

Toma de decisiones en el paciente menor de edad

Diego Gracia^a, Yolanda Jarabo^b, Nieves Martín Espíldora^c y Julián Ríos^d, para el Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud*

^aMédico. Catedrático. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Director del Instituto de Bioética. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Cuenca I. ^cPediatra, Centro de Salud ActurSur. Zaragoza. ^dProfesor de Derecho Penal. ICAE. Madrid.

Casos clínicos

1. La Dra. Gil** está de guardia en un centro de salud. A las 5 de la madrugada atiende a una joven muy asustada. El motivo es que mientras tenía relaciones sexuales con su novio, se les rompió el preservativo. Solicita la pastilla poscoital: «No se puede imaginar lo que me solucionaría si me la da». La Dra. Gil le pregunta la edad. «Tengo 18 años», responde, pero la doctora consulta la cartilla de la Seguridad Social, donde descubre que sólo tiene 14 años. «Lo siento pero no te la puedo dar sin el permiso de tus padres, porque si así lo hiciera podrían incluso llevarme a prisión.»

2. Rocío es una joven de 14 años, que acudió a consulta de su médico de familia por presentar náuseas y vómitos. En la anamnesis se encuentra un retraso menstrual de 5 días y, pese a que la paciente niega haber tenido relaciones sexuales completas, su médico le solicita un Gravindex, que resulta ser positivo. Ante la noticia de que está embarazada, Rocío solicita la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Su médico le indica que debe hablar del problema con su madre antes de tomar ninguna decisión y que, de lo contrario, se verá obligado a hacerlo él mismo por tratarse de una menor de edad.

Rocío apela a la confidencialidad del ejercicio profesional y amenaza al médico con ir a algún sitio (fuera de la red sanitaria) donde sabe que hacen ese tipo de intervenciones, amenazándole con que si le pasa algo será responsabilidad suya por no haberle querido ayudar.

3. Ana F. es una joven de 15 años que acude a la consulta del Dr. Hernández por un catarro de vías altas. Al médico le llama la atención el comportamiento desinhibido de la joven, y le da la impresión de que «va colocada». Al interrogarle sobre hábitos de vida, Ana reconoce fumar 20 cigarrillos y algún «porro» casi todos los días, así como esnifar cocaína «cuando se tercia» y haber probado «éxtasis». No considera que con ello perjudique su salud y, por supuesto, no está dispuesta a hablar de ello con sus padres, «porque no lo entenderían»¹.

4. Paloma es una adolescente de 17 años de edad, que acude a la consulta acompañada de su madre. Ésta refiere que ha notado que su hija come menos de lo habitual desde hace varios meses y que unos días atrás la encontró vomitando en su habitación. Hablando con la joven a solas nos cuenta que desde hace tiempo «se nota muy gorda» y que ha intentado realizar diversas dietas en varias ocasiones sin lograr bajar de peso. Por este motivo una amiga del colegio le recomendó darse «atracones» de comida, preferentemente dulces, que compra a escondidas de sus padres. Una vez consumidos, se siente mal por lo que ha hecho y se provoca el vómito cuando está sola en su cuarto. Los restos alimenticios los guarda en una bolsa de plástico antes de hacerlos desaparecer. Después de esto realiza ejercicio físico intenso durante casi una hora. La paciente dice que no le apetece hablar ni relacionarse con su familia, que pasa las horas en su habitación y que no tiene ganas de salir con sus amigos. El médico del centro de atención primaria (CAP) sospecha un posible trastorno del comportamiento alimentario, concretamente una bulimia purgativa, y después de efectuarle una analítica le remite al psiquiatra del centro de salud mental del área sanitaria, que la pone en tratamiento con fluoxetina. Seis semanas más tarde, la madre encuentra a su hija tumbada en la cama de su habitación; está inconsciente, no responde a sus llamadas y aprecia que el tubo de las pastillas que tomaba está vacío. La lleva urgentemente al hospital más próximo, donde es diagnosticada de intoxicación por fluoxetina, precisando lavado gástrico, estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y posteriormente varios días más de ingreso en planta. Una vez recuperada y de vuelta a su casa, dice que «se arrepiente de lo que ha hecho y del disgusto que ha dado a sus padres». No obstante, el médico de familia no está seguro de que este episodio no vuelva a repetirse, dado que este tipo de pacientes tiende a autoengañarse mintiendo, sobre todo en las fases depresivas de su enfermedad.

Preguntas que suscitan los casos clínicos

1. En las cuestiones importantes relacionadas con su salud ¿deben los menores de edad ir siempre acompañados de alguno de sus padres?
2. ¿Hay situaciones en las que puede y debe atenderseles aunque los padres no tengan conocimiento de ello? ¿Qué situaciones son éstas?
3. ¿Pueden solicitar los adolescentes menores de edad métodos anticonceptivos?
4. ¿Pueden solicitar la interrupción de un embarazo?
5. ¿Es necesario comunicar a sus padres sus drogodependencias, pasando por encima del secreto profesional?
6. ¿Desde qué edad puede y debe tenerse en cuenta la opinión del menor?
7. Lo mismo que hay mayores de edad inmaduros o incapaces, ¿puede haber menores de edad maduros o capaces? ¿En qué consiste la doctrina del «menor maduro»?

*Este trabajo ha sido escrito por Diego Gracia, Yolanda Jarabo, Nieves Martín Espíldora y Julián Ríos para la serie de artículos «Bioética para clínicos» del Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. Los miembros del Grupo Técnico del citado proyecto son: Diego Gracia (director); Javier Júdez (coordinador); Rogelio Altisent; Javier Barbero; Francesc Borrell, Fernando Carballo; Pilar García-Olmos; Manuel de los Reyes; Pablo Simón; José Zarco. La Fundación de Ciencias de la Salud no se identifica necesariamente con el contenido de este trabajo, ni éste representa su posición oficial sobre los temas objeto de estudio en el mismo.

**Aunque los casos clínicos están extraídos de experiencias reales de la práctica clínica, todos los nombres empleados en la recreación de los mismos son inventados y no corresponden a ninguna persona real.

Correspondencia: Dr. J. Júdez.
Instituto de Bioética. Fundación de Ciencias de la Salud.
Avda. de Pío XII, 14. 28016 Madrid.
Correo electrónico: jjudez@fcs.es

Recibido el 26-10-2000; aceptado para su publicación el 14-12-2000

Med Clin (Barc) 2001; 117: 179-190

8. Los jóvenes que padecen enfermedades crónicas ¿deben ser atendidos por especialistas de adultos, de adolescentes o de niños?

9. ¿Es adecuada la colaboración interdisciplinaria (p. ej., entre medicina de familia y salud mental) para abordar los problemas familiares de relación, las prácticas de riesgo o la influencia peligrosa de ciertos hábitos socioculturales?

10. ¿Están definidos y se aplican correctamente los criterios de internamiento voluntario o forzoso del menor (p. ej., ante el peligro o la ejecución de intentos autolíticos)?

Los problemas éticos que subyacen en estas preguntas se encuentran sintetizados en la tabla 1. Los términos más significativos que se utilizan a lo largo del texto se hallan recogidos en el glosario.

Marcos ético y normativo

Nunca ha resultado fácil dar una respuesta clara y contundente al tema de cuándo comienzan los seres humanos a ser moral y jurídicamente responsables de sus actos. Aristóteles dice en la *Ética a Nicómaco* que «los jóvenes pueden ser geómetras y matemáticos y sabios en cosas de esa naturaleza, y, en cambio, no parece que puedan ser prudentes»². La virtud moral por antonomasia, la prudencia, parece, según ese texto, alcanzarse muy tardíamente. Es evidente, sin embargo, que esos jóvenes que pueden ser geómetras y matemáticos son personas capaces de darse cuenta de las situaciones, y por tanto responsables de sus actos. Esta distinción es muy importante. No puede confundirse la madurez moral con la capacidad moral, o incluso con la jurídica. De hecho, la tradición hizo coincidir la responsabilidad moral con el llamado «uso de la razón», que se situó tradicionalmente en torno a los 7 años³.

Estos conceptos han cambiado drásticamente en las últimas décadas. En los años treinta de nuestro siglo, Jean Piaget publicó un estudio defendiendo la tesis de que el niño evoluciona desde un estadio premoral a otro de respeto hacia la autoridad de los individuos o de las cosas. El niño de 3 a 8 años identifica las reglas morales con las leyes físicas y, por tanto, considera que las normas morales son predicados físicos de las cosas, que no tienen relación directa con la intención o los valores humanos. El «realismo» del niño pequeño, dice Piaget, le hace identificar lo moral con lo real y considerar que las normas morales, como las físicas, son absolutas, sagradas e intocables (heteronomía). A partir de aquí comienza un lento proceso de evolución, que poco a poco va interiorizando las normas, de modo tal que los sujetos acaban distanciándose de las demandas externas en favor de los principios internos (autonomía). Para Piaget estos criterios internos vienen a identificarse al comienzo con el principio de justicia, es decir, de igual trato para todos en similares circunstancias (lo cual acontece entre los 8 y los 11 años), siendo más tarde completados con criterios de equidad, que modulan el anterior criterio de igualdad de acuerdo con las circunstancias concretas de cada caso (proceso que se inicia alrededor de los 11-12 años)⁴.

Partiendo de estos datos, Kohlberg⁵ realizó un conjunto de estudios empíricos que en parte le llevaron a confirmar las conclusiones de Piaget y en parte a reformarlas. De este modo, elaboró un sistema de evolución de la conciencia moral del niño de tres niveles y seis grados (tabla 2).

Los datos reunidos por Kohlberg hacen pensar que el nivel preconventional es el propio del 80% de los niños hasta los 10-12 años, y que el nivel convencional es el más frecuente entre los adultos. La fase posconventional la alcanza un número reducido de personas y en edades más bien tardías. En este punto ha habido una evolución en la propia obra de

TABLA 1

Problemas que plantean los casos clínicos

1. Cómo determinar el grado de madurez del adolescente
2. Cómo definir el grado de desarrollo moral que puede considerarse «normal»
3. Qué sucede cuando la adquisición de ese desarrollo no coincide con la mayoría de edad jurídica
4. Cuánta madurez se requiere para que alguien pueda tomar decisiones que redunden en perjuicio suyo, y si esa madurez es similar a la que se necesita para las decisiones que no le generan perjuicio sino sólo beneficio
5. Quién puede o debe definir qué es perjuicio y qué es beneficio
6. Qué dice la legislación a propósito de la capacidad del adolescente para tomar decisiones sobre su vida y su salud
7. Cuál es la función de los padres y tutores en todo este proceso
8. Cuál es la función del juez
9. Qué criterio debe utilizar el sustituto que decide por un menor: si debe decidir siempre en su mayor beneficio o si, por el contrario, tiene capacidad para tomar decisiones que puedan acarrear un perjuicio al menor
10. El problema de los llamados derechos humanos personalísimos o de la personalidad: si se poseen desde el momento en que el sujeto tiene capacidad para disfrutarlos, o sólo cuando éste llega a la mayoría de edad. Y si sucede esto último, qué sentido tiene hablar de derechos personalísimos
11. El problema del internamiento voluntario o forzoso del menor

TABLA 2

Psicología del desarrollo moral (Kohlberg)

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nivel I. Preconventional |
| Estadio 1. Moralidad heterónoma |
| Estadio 2. Moralidad individualista, instrumental |
| Nivel II. Convencional |
| Estadio 3. Moralidad de la normativa interpersonal |
| Estadio 4. Moralidad del sistema social |
| Nivel III. Posconventional o de principios |
| Estadio 5. Moralidad de los derechos humanos y de bienestar social |
| Estadio 6. Moralidad de principio(s) ético(s) universal(es), universalizable(s), reversible(s) y prescriptivo(s) |

Kohlberg, que cada vez ha ido reduciendo el número de las personas en fase posconventional e incrementando su edad. Esto hizo que al final de su vida pusiera en cuestión la propia existencia del estadio 6. Según Kohlberg, el desarrollo adulto es más asunto de *estabilización* que de aparición de formas de pensamiento nuevas o más elevadas. En cualquier caso, todo esto se halla muy relacionado con el propio modo como Kohlberg entendió el razonamiento moral y con los procedimientos que diseñó para medirlo. El razonamiento moral es quizá más complejo de lo que Kohlberg supuso, como se ha encargado de señalar una de sus discípulas, Gilligan. El pensamiento moral maduro una factores deontológicos, más universales y abstractos, con otros de responsabilidad, de carácter preponderantemente concreto^{6,7}. Esto permitiría explicar por qué los estadios últimos del desarrollo moral no se adquieren hasta una edad más bien tardía, a pesar de que la imputabilidad moral surge mucho más tempranamente.

El desarrollo moral, pues, parece haber alcanzado ya una cierta madurez en torno a los 16-18 años. Ello explica la paulatina convergencia de las legislaciones hacia esas fechas. Las leyes liberales del siglo XIX situaron la fecha de la mayoría de edad de los seres humanos en los 21 años y la de la emancipación en los 18. Más adelante, ya en nuestro siglo, se produjo un nuevo recorte, quedando establecida la mayoría de edad en los 18 y la emancipación en los 16. Pero los estudios de psicología evolutiva de la moralidad demuestran que la mayor parte de los adolescentes alcanzan su madurez moral bastante antes de esa edad, entre los 13 y los 15 años. Hay algunos, ciertamente, que necesitan más tiempo y siguen evolucionando hasta los 19 años, pero la mayoría ha alcanzado ya su desarrollo moral cuatro, cinco o seis años an-

tes⁸. Este dato ha sido fundamental en el desarrollo de la doctrina del «menor maduro»⁹. La base teórica de este concepto se halla en el principio de que los derechos de la personalidad y otros derechos civiles pueden ser ejercitados por el individuo desde el mismo momento en que éste es capaz de disfrutarlos, lo que puede suceder, y seguramente sucede con gran frecuencia, bastante antes de los 18 años¹⁰. Esto ha llevado a elaborar toda una doctrina nueva de los derechos del menor y a establecer en los 12 años la fecha en que un menor puede disfrutar, si goza de madurez, de sus propios derechos humanos. Ya con anterioridad a estos datos nuestro Código Civil (CC) establecía ciertas limitaciones a la representación legal que ostentan los padres respecto de los menores no emancipados, entre las que se encontraban las siguientes: «1. Los actos relativos a *derechos de la personalidad* u otros que el hijo, de acuerdo con las Leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo. 2. Aquellos en que exista conflicto de intereses entre los padres y los hijos» (art. 162 del CC). Por tanto, los derechos de personalidad no pueden ser objeto de patria potestad en el caso del menor maduro. Entre ellos se encuentran, evidentemente, el derecho a la salud y el derecho al ejercicio y el uso de la sexualidad¹¹. Esto explica también que, en ciertos supuestos de patria potestad, el juez haya de tener en cuenta la opinión del hijo «si tuviera suficiente juicio y en todo caso si fuera mayor de 12 años» (art. 156 CC; cf. arts. 159 y 177). La Constitución Española (CE) de 1978, en su artículo 39.4 establece que «los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos». La legislación posterior a la Constitución no ha hecho sino reforzar esta doctrina, ya establecida con anterioridad por el CC, de que los «derechos de la personalidad» deben ser respetados en el menor maduro. El artículo 3.1 de la Ley Orgánica 1/1982, del 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, dice que «el consentimiento de los menores e incapaces deberá prestarse por ellos mismos si sus condiciones de madurez lo permiten, de acuerdo con la legislación civil». Los derechos personalísimos, por tanto, deben ser gestionados por el propio menor cuando tiene la suficiente madurez para ello. El punto 2 del artículo 3 de la citada ley añade que «en los restantes casos, el consentimiento habrá de otorgarse mediante escrito por su representante legal, quien estará obligado a poner en conocimiento del Ministerio Fiscal el consentimiento proyectado». Esto significa que el consentimiento a que se refiere el punto 1 se considera correcto y no tiene por qué ser puesto en conocimiento del Ministerio Fiscal. Por su parte, la Ley Orgánica 1/1996, del 15 de enero, de protección jurídica del menor, afirma en su exposición de motivos lo siguiente: «Las transformaciones sociales y culturales operadas en nuestra sociedad han provocado un cambio en el *status* social del niño y como consecuencia de ello se ha dado un nuevo enfoque a la construcción del edificio de los derechos humanos de la infancia. Este enfoque reformula la estructura del derecho a la protección de la infancia vigente en España y en la mayoría de los países desarrollados desde finales del siglo XIX, y consiste fundamentalmente en el reconocimiento pleno de derechos en los menores de edad y de una capacidad progresiva para ejercerlos. El desarrollo legislativo posconstitucional refleja esta tendencia, introduciendo la condición de sujeto de derechos a las personas menores de edad. Así, el concepto ser escuchado si tuviere suficiente juicio se ha ido trasladando a todo el ordenamiento jurídico en todas aquellas cuestiones que le afectan. Este concepto introduce la dimensión del *desarrollo evolutivo en el ejercicio directo de sus derechos*». Se trata, pues, de un nuevo enfoque al tema de los derechos huma-

nos de la infancia, reconociendo la plena titularidad de los derechos de los menores de edad y su capacidad evolutiva para ejercerlos. De ahí que la citada Ley Orgánica dedique todo un capítulo a hablar de los «derechos del menor», en el que se encuentran afirmaciones como esta del artículo 4.1: «Los menores tienen derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. Este derecho comprende también la inviolabilidad del domicilio familiar y de la correspondencia, así como del secreto de las comunicaciones». Y el artículo 6.1 establece: «El menor tiene derecho a la libertad de ideología, conciencia y religión».

La Ley del Menor consagra un nuevo estilo en el manejo de los conflictos entre el contenido de los deberes de la patria potestad de los padres (cuidado, alimentación, protección, etc.) y la autonomía de los hijos. Esta nueva filosofía se basa en un mayor reconocimiento del papel que el menor desempeña en la sociedad y en la exigencia de un mayor protagonismo para el mismo. Las transformaciones sociales y culturales operadas en nuestra sociedad han provocado un cambio en el *status* social del niño y, como consecuencia de ello, se ha dado un nuevo enfoque a la construcción del edificio de los derechos humanos de la infancia. *Este nuevo enfoque consiste en el reconocimiento pleno de la titularidad de los derechos de los menores de edad y una capacidad progresiva para ejercerlos*. Esta ley concibe al menor como sujeto activo, participativo, creativo, con capacidad para modificar su propio medio personal y social, para participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás. En esta línea de garantizar la mayor autonomía del menor, es fundamental el artículo 2 de la citada ley, según el cual «las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores se interpretarán de forma restrictiva», es decir, intentando respetar siempre lo más posible su autonomía y situando la carga de la prueba del lado de quien quiera ir en contra de uno de sus derechos.

Esta filosofía ha tenido ya su plasmación en algunas normas concretas, como el Real Decreto 561/1993 de Ensayos Clínicos, que para incluir a un niño en un ensayo clínico exige solicitar el consentimiento del niño «cuando las condiciones del sujeto lo permitan y, en todo caso, cuando el menor tenga 12 o más años». Además, deberá darse cuenta al Ministerio Fiscal, dado que éste tiene como uno de sus cometidos la tutela de los menores¹².

En otros campos, como el de la interrupción voluntaria del embarazo o la no transfusión de sangre a menores testigos de Jehová, las opiniones siguen divididas, aunque todo hace pensar que poco a poco irán respetándose más las decisiones del menor maduro. En el caso concreto de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), el art. 417 bis del antiguo Código Penal que se mantiene en vigor declara expresamente no punible la práctica del aborto en los supuestos de «grave peligro para la vida o integridad física de la embarazada», «delito de violación» y presunción de que habrá de nacer con «graves taras físicas o psíquicas». Pero para que estas indicaciones desplieguen toda su eficacia justificante, es necesario que se dé entre varios requisitos comunes el «consentimiento expreso de la mujer embarazada» (art. 417 bis 1). De este consentimiento sólo se puede prescindir «en caso de urgencia por riesgo vital de la gestante» (art. 417 bis 1.1). Nada se dice en la ley respecto al consentimiento en caso de aborto en menores e incapaces, y esto ha dado lugar a discrepancias doctrinales acerca del criterio para determinar la minoría de edad y las reglas sobre el consentimiento. Existen varias posiciones, unas más extremas que otras, que se encuentran descritas en la tabla 3.

Otro tema jurídicamente complejo es el de la conducta a seguir con jóvenes que se niegan a recibir tratamientos que son

necesarios para la conservación de la vida^{13,14}. Un ejemplo paradigmático de esto lo constituyen los testigos de Jehová adolescentes que se niegan a recibir transfusiones de sangre. Hay una sentencia del Tribunal Supremo (n.º 950/1997, de 27 de junio de 1997) sobre unos testigos de Jehová que no autorizaron transfusión de sangre a su hijo de 13 años, produciéndose la muerte al ser el único tratamiento médico válido. A los padres se les condena por un delito de homicidio en comisión por omisión, debido a que la patria potestad les colocaba respecto de su hijo en posición de garante¹⁵, teniendo «la obligación legal o contractual de actuar» e impedir su muerte. Esta sentencia del Tribunal Supremo debe tenerla en cuenta todo profesional sanitario ante una situación que ponga en riesgo la vida o en la que se plantee permitir el fallecimiento de un menor ante la negación explícita de éste a recibir un tratamiento concreto necesario para mantenerle con vida. Las argumentaciones de la citada sentencia se hallan extractadas en la tabla 4.

Toda la ambigüedad de los juicios sociales y jurídicos respecto de la conducta moral de los adolescentes tiene como base

TABLA 3

Consentimiento informado de menores e incapaces en caso de aborto. Posturas de la doctrina jurídica

1. Ciertos autores defienden que, aun en el caso de la menor de edad, el consentimiento corresponde a la mujer embarazada⁴³
2. Otros autores piensan que en tales situaciones se entiende que el consentimiento debe ser prestado por sus representantes legales, excepto en el caso de las mujeres menores que hayan cumplido la edad en la que ya pueden contraer matrimonio (14 años), ya que en éstas su decisión de abortar, salvo que esté viciada por otras causas, no tiene por qué ser autorizada o confirmada por la de sus padres o tutores, pues se trata de un derecho de la personalidad que puede ejercer por sí misma (art. 162.1 del Código Civil)⁴⁴
3. Otra parte de la doctrina entiende que es necesario que el juez complementemente el consentimiento de la menor para considerarlo válido a efectos de la despenalización del aborto. En este sentido, el auto de la Audiencia Provincial de Valladolid de 28 de octubre de 1994 dice: «La intervención del juez es insoslayable para considerar válido el consentimiento de la menor, atendida la enorme trascendencia que este hecho tiene en la personalidad de la menor, no resultando suficiente el consentimiento de su representante legal, sino que éste debe interesar autorización judicial, en forma análoga [a la de los] supuestos de esterilización y trasplantes de órganos, [...] lo que no es óbice para que el criterio de la mujer embarazada deba tenerse muy en cuenta cuando parezca madura y capaz de conocer el alcance de la interrupción del embarazo, así como las consecuencias de negarse a ello»
4. La edad para prescindir de la autorización de los representantes legales debe ser, según Serrano Gómez⁴⁵, 18 años cumplidos. Este autor prefiere fijar el criterio objetivo de la edad. Su argumento es el siguiente: aunque parece que debía seguirse el criterio de contar con la opinión de la embarazada menor de 18 años (siempre que fuera capaz de conocer el alcance de la interrupción del embarazo, así como las consecuencias de negarse a ello), lo mismo que para cualquier intervención quirúrgica, esto crearía problemas en no pocas ocasiones, unas veces porque la joven no es capaz de conocer la trascendencia de su decisión, y otras porque podría decidirse en función de consejos o presiones de los familiares más allegados, sin excluir la participación del varón que dio origen a la fecundación; por ello, dice este autor que es mejor fijar el criterio de la edad: 18 años. No obstante, señala que en los casos próximos a los 18 años debe respetarse la voluntad de la embarazada en los supuestos de aborto como consecuencia de determinados delitos contra la libertad sexual, cuando sea capaz de conocer las consecuencias de la interrupción de su embarazo y siempre que ni ella ni el feto tengan ningún tipo de riesgo
5. Para otros autores, hay que respetar la opinión de la menor, y en caso de conflicto entre su criterio y el de los representantes legales habría que recurrir a la figura del defensor judicial, con la consiguiente intervención del juez, pues la figura del defensor judicial prevista en el artículo 162 del Código Civil no puede reservarse exclusivamente al terreno puramente económico y patrimonial⁴⁶
6. El Código Civil tampoco da solución al conflicto, porque su artículo 154, relativo a la patria potestad, no está previsto para el caso del consentimiento. Este artículo dice que «los hijos no emancipados están bajo la patria potestad del padre y de la madre», y añade que «si los hijos tuvieran suficiente juicio deberán ser oídos siempre antes de tomar decisiones que les afecten», pero parece que esto no posibilita directamente a los padres a decidir la interrupción del embarazo, incluso oyendo la opinión del hijo

el conflicto entre dos modos distintos de entender su vida moral, el modo o modelo «paternalista» o clásico y el «autonómico» o moderno. El primero considera que todo menor de edad es un incompetente completo, incapaz de tomar decisiones sobre su cuerpo y su vida de modo racional y «prudente». Las decisiones sobre el cuerpo y la vida del niño y del joven deben hacerse siempre buscando su «mayor beneficio», coincida éste o no con el deseo o el criterio del propio sujeto. Naturalmente, siempre que esté en juego la vida, la salud o el bienestar del niño, el mayor beneficio consiste en la defensa de esos valores, aun a costa de contrariar su voluntad. Por tanto, los conflictos entre beneficencia y autonomía han de resolverse siempre, en los casos del menor, en favor de la primera, aunque ello suponga una lesión de la segunda.

Ahora bien, esto plantea un problema de enorme magnitud, y es el de saber qué debe entenderse por «mayor beneficio» y quién debe definir algo como tal. La tesis clásica es que lo bueno y lo malo son predicados objetivos, ya que expresan cualidades reales de las cosas y de los actos. La salud es en sí buena, y el matar es en sí malo. La salud es buena en sí, y el homicidio malo en sí. Por tanto, determinar cuál es el mayor beneficio es algo que puede hacer cualquier persona en su sano juicio, ya que poseyendo éste todas y cada una coincidirán en la solución. Naturalmente, siempre tendrá que haber una que se haga en cada caso responsable directa de la decisión. Por pura lógica, esa responsabilidad se ha dejado en manos de los padres. Así lo hace, por ejemplo, nuestro Código Civil al hablar de la patria potestad (art. 154 y ss.) y de la tutela (art. 216). La patria potestad, dice el primero de los artículos, «se ejercerá siempre en beneficio de los hijos», y deber de éstos será «obedecer a los padres mientras permanezcan bajo su potestad, y respetarles siempre» (art. 155). En cualquier caso, como puede ser que los padres no interpreten bien el principio del mayor beneficio, o que actúen de modo contrario a él, es decir, en perjuicio del menor (cf. art. 158.3), el juez tiene siempre la potestad de suspen-

TABLA 4

Argumentos de la sentencia 950/1977 sobre la no autorización de transfusión de sangre a un menor testigo de Jehová

1. El consentimiento del menor –en este caso, de 13 años de edad– carece de relevancia jurídica en orden a aceptar o rechazar un determinado tratamiento médico, correspondiendo dicha facultad a los padres, tutores o guardadores de hecho
2. El derecho a la vida y a la salud del menor no puede ceder ante la afirmación de la libertad de conciencia u objeción de los padres. Si éstos dejan morir a su hijo menor porque sus convicciones religiosas prohíben el tratamiento hospitalario o la transfusión de sangre, se genera una responsabilidad penalmente exigible
3. Los padres tienen respecto a sus hijos menores la específica obligación legal a la que se refiere el citado apartado a) del artículo 11 del Código Penal, por venir así exigido por el ordenamiento jurídico. El artículo 39.1 de la Constitución consagra el deber que tienen los padres de prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio durante su minoría de edad y el artículo 110 del Código Civil dispone que los padres están obligados a velar por los hijos menores, incluso aunque no ostenten la patria potestad. En el supuesto que examinamos, resulta bien evidente que los padres, que se encontraban en el ejercicio de la patria potestad, estaban en posición de garantes de la salud de su hijo, correspondiéndoles el deber moral y legal de hacer todo lo que fuere preciso para hacer efectivo dicho deber, en aras de evitar cualquier situación que ponga en peligro su salud o su vida, estando obligados a proporcionar a su hijo la asistencia médica que hubiere precisado. La posición de garante, presente en los padres, no se ve afectada por el hecho de que el hijo, miembro de la misma confesión religiosa, también se opusiera a la transfusión de sangre. Como destaca el Ministerio Fiscal, en los razonamientos de su recurso, el derecho positivo aporta expresivos ejemplos acerca de la irrelevancia del consentimiento u oposición de un niño de 13 años de edad, máxime cuando, como en este caso, está en juego su propia vida

der la patria potestad y promover la tutela del menor (art. 215 y ss.). La función del fiscal, y en última instancia del juez, no es definir lo que es el mayor beneficio del niño, puesto que se supone que esto se halla ya objetivamente definido, sino velar porque los padres respeten ese principio y lo apliquen en su toma de decisiones. Por tanto, se parte de que el beneficio es objetivo y debe ser cumplido por todos en las decisiones de sustitución sobre menores o incapaces. Éste es también el caso del médico. En las situaciones de enfermedad la doctrina clásica ha considerado que quien se halla mejor capacitado para comprender de forma objetiva lo que es el mayor beneficio del menor es el médico. De ahí que nadie, ni los padres, hayan tenido la capacidad de interferir en el juicio del médico, cuando la vida, la salud o el bienestar del menor están en juego. Lo contrario sería no sólo un acto inmoral sino también antijurídico.

Ese modo de razonar es inobjetable siempre y cuando se considere posible definir de modo objetivo el mayor beneficio. Pero esto se ha hecho cada vez más problemático, y el pensamiento liberal moderno lo acepta difícilmente. No hay, en contra de lo que pudiera parecer, un concepto objetivo de salud o de bienestar, porque en su definición intervienen siempre valores, y éstos no sólo no son homogéneos en las sociedades llamadas pluralistas, sino que además ese pluralismo axiológico se halla protegido en nuestras sociedades liberales por un derecho humano: el derecho a la libertad de conciencia.

Naturalmente, los derechos humanos son valores, y se supone que valores compartidos por todo el conjunto de los seres racionales. Por tanto, parece que el pluralismo nunca puede ser absoluto y que tiene que haber un ámbito de algún modo exento de variabilidad. El problema es cómo se determina ese ámbito. La tesis que se ha ido imponiendo en los siglos modernos es que el mundo de los valores debe ser, en principio, de gestión privada, y que los valores públicos, que todos debemos respetar por igual, no pueden surgir más que del consenso racional entre los miembros de la sociedad. De ahí que el mundo moderno haya tenido que dividir el viejo constructo de la «beneficencia» o del «mayor beneficio» en dos principios distintos, que hoy se denominan, respectivamente, de «beneficencia» y de «no maleficencia». La beneficencia queda, en principio, a la libre gestión de los individuos particulares, de acuerdo con sus peculiares sistemas de valores y proyectos de vida. Por el contrario, la no maleficencia pública, exigible a todos por igual, ha de establecerse por consenso racional y debe ser siempre gestionada por el Estado.

Esta distinción resuelve muchos problemas del mundo de las personas adultas, pero en el caso de los niños e incapaces plantea otro aún más agudo. Los niños, al menos los muy pequeños, los menores de 12 años, no tienen sistema de valores propio, ni por tanto pueden definir su propia beneficencia. Pero por otra parte, el Estado, y en su representación el juez, no puede intervenir directamente en la determinación del sistema de valores del niño, inclinándole hacia unas determinadas opciones religiosas o políticas o hacia un tipo u otro de vida, ni por consiguiente definir su idea del bien (beneficencia), sino sólo cuidar de su no maleficencia, de que no se le haga mal. Y entonces se plantea el problema de cómo determinar el contenido de la beneficencia en el caso de los menores e incapaces. Es el problema de las llamadas «decisiones de sustitución».

Según el modelo clásico, las decisiones de sustitución se hacían siempre proyectando sobre el incapaz lo que la familia, el médico, el juez o toda la sociedad consideraban que era su «beneficio» o su «mayor interés». En la situación moderna eso ya no es posible, dado que la sociedad no puede ni debe determinar el beneficio de una persona, capaz o incapaz,

sino sólo protegerla del perjuicio. Pero eso no significa que no pueda y deba intentarse definir lo que es el mayor beneficio de un niño. Una pista nos la da el propio Código Civil, cuando afirma que estas decisiones les corresponden, en principio, a los familiares. Ello no se debe sólo ni principalmente al hecho de que los padres suelen querer a los hijos, etc. La razón es, probablemente, más profunda. Se trata de que la familia es, desde su raíz, una institución de beneficencia. Así como la función del Estado es la no maleficencia, la de la familia es la beneficencia. La familia es siempre un proyecto de valores, una comunión de ideales, una institución de beneficencia. Lo mismo que los familiares tienen derecho a elegir la educación de sus hijos, o a iniciarlos en una fe religiosa, tienen también derecho a dotar de contenido a la beneficencia del niño, siempre y cuando, naturalmente, no traspasen el límite de la no maleficencia. Los padres tienen que definir el contenido de la beneficencia de su hijo, pero no pueden actuar nunca de modo maleficente.

En consecuencia, pues, ni el médico ni el Estado tienen capacidad para definir lo que es el mayor beneficio de un niño. Esta capacidad no les corresponde más que a los padres o a los tutores. La función del Estado no es ésta, sino otra muy distinta, que consiste en vigilar para que padres y tutores no traspasen sus límites y, so pretexto de promover la beneficencia de sus hijos, no estén actuando en perjuicio suyo, es decir, maleficentemente. El médico, por su parte, tampoco es quién para definir la beneficencia del menor. Por más que tradicionalmente lo haya hecho así, este proceder debe considerarse hoy incorrecto. Eso es lo que se entiende por «paternalismo». De ahí que la doctrina antipaternalista por autonomía, el consentimiento informado, sea de aplicación estricta en pediatría. La única diferencia con el caso de los adultos es que aquí el consentimiento tienen que darlo los familiares, sobre todo cuando el niño es menor de 12 años o no tiene suficiente juicio. En el caso contrario, cuando es mayor de 12 años y tiene suficiente juicio, la decisión deberá o no tomarla el menor, según las situaciones, pero en cualquier caso siempre deberá ser oído con antelación. Y lo que debe siempre tenerse en cuenta, como afirma en la exposición de motivos la Ley Orgánica 1/1996, ya citada, es «que no existe una diferencia tajante entre las necesidades de protección y las necesidades relacionadas con la autonomía del sujeto, sino que la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección a la infancia es promover su autonomía como sujetos». Este principio, claramente antipaternalista, es el que debe regir la actuación del profesional. El tema es, ciertamente, de una gran complejidad, sobre todo en su aplicación a situaciones y conflictos concretos. De ahí la necesidad de que analicemos en el siguiente epígrafe el modo de proceder para el manejo de los casos concretos¹⁶.

Como conclusión de todo este apartado cabe decir que la madurez de una persona, sea ésta mayor o menor de edad, debe medirse por sus capacidades formales de juzgar y valorar las situaciones, no por el contenido de los valores que asuma o maneje. El error clásico ha estado en considerar inmaduro o incapaz a todo el que tenía un sistema de valores distinto del nuestro. Ése fue el gran error del paternalismo. Las personas son respetables por su carácter de personas, no por los valores que defienden, al menos cuando éstos se hallen dentro de unos límites considerados razonables. En el caso del menor, es muy frecuente evaluar su madurez por nuestra mayor o menor proximidad a su sistema de valores. No podemos considerar inmaduro o incapaz a todo el que piensa de modo distinto a nosotros, por más que eso sí nos obligue a intentar dar razones de por qué consideramos que ciertos valores son mejores o peores que otros. Casi todos los casos clínicos del principio de este trabajo tienen más que

ver con los valores asumidos por los jóvenes que con su falta de madurez. Estudiando los patrones de consumo de sustancias psicoactivas en el País Vasco, Elzo ha identificado 5 tipos de jóvenes: los «comprometidos, exploradores e inquietos», los «apocados y retraídos», los «pragmáticos y hogareños», los «deportistas pero no aventureros» y los «hedonistas y disfrutadores». Estos últimos, dice Elzo, no son altruistas, tampoco parecen abiertos a la dimensión más espiritual de la vida, no valoran la vida hogareña, toman una actitud muy crítica respecto a sus padres, no son deportistas y son los máximos consumidores «tanto de drogas legales como ilegales, tanto los fines de semana como a lo largo de la semana»¹⁷. Ni que decir tiene que estos jóvenes no son menos maduros que los de los otros grupos. Lo que sí tienen es un diferente sistema de valores. Ese es el verdadero problema que debe afrontarse, y que no se resolverá nunca por la vía de negarles capacidad, competencia o madurez¹⁸.

Deliberación práctica sobre el tema

La adolescencia es una etapa especialmente dificultosa y conflictiva de la vida humana. Las estadísticas demuestran que las personalidades se logran o se malogran en la adolescencia. Es significativo, por ejemplo, el hecho de que el pronóstico de las drogodependencias sea inversamente proporcional a la edad en que comienza el contacto con la sustancia, considerándose de altísimo riesgo cuando ésta sucede antes de los 18 años. El adolescente vive un período de incertidumbre, mayor o menor, según los casos, que resulta particularmente complejo y peligroso. Se trata del momento en que su propia madurez le hace distanciarse de los criterios morales recibidos del entorno en que vive (familia, profesores, compañeros, usos y costumbres sociales) sin que todavía tenga otros de recambio. Ese distanciamiento supone un evidente signo de madurez, pero ésta no llega al punto de tener una alternativa clara. Ésa es la llamada «fase o etapa de protesta», de contenido profundamente moral. El descubrimiento de la hipocresía en los modelos recibidos lleva a expresar del modo más llamativo posible su rechazo. Esto se hace mediante todo tipo de expresiones actitudinales y comportamentales. La protesta del joven se expresa bajo forma de rebeldía a la autoridad, ruptura con los esquemas recibidos, deseo de libertad y autonomía, etc. Expresiones extremas de esta protesta son, por ejemplo, el embarazo como protesta ante los padres o la sociedad, o el comienzo del uso de sustancias psicoactivas¹⁹⁻²¹. Kohlberg²² estudió esta situación, lo que le llevó a diferenciar una fase o subfase en el desarrollo de la conciencia moral, que denominó «fase 4,5». Se ha pasado del período convencional pero sin haber llegado al posconvencional.

¿Es el joven maduro en esas situaciones? La respuesta fácil es decir que no, que la madurez sólo se alcanza al adquirir un pensamiento decididamente posconvencional. Sin embargo esto no se compadece con los hechos. Es sabido que la mayor parte de los adolescentes y de los adultos no supera la fase convencional, razón por la cual en los años de su adolescencia están actuando de modo prácticamente idéntico a como lo seguirán haciendo todo el resto de su vida. A los adultos que no han pasado de la fase convencional difícilmente les podemos negar la madurez. Y sin embargo intentamos negársela a ese grupo de jóvenes, más o menos reducido, que por su mayor inquietud consiguen traspasar ese límite y van más allá, en busca de algo distinto y superior. Este simple razonamiento parece suficiente para desactivar todo intento de argumentación por ese camino.

Nuestra opinión es que el planteamiento dilemático del tema, en términos de madurez sí o no, es erróneo y no llevará nun-

ca a una solución correcta. El problema no es si el joven es o no maduro. Por principio cabe decir que en muchos casos es tan maduro como lo será más adelante, o tan maduro como otros muchos ciudadanos adultos, a los que nadie cuestiona su autonomía para tomar decisiones. Aunque desde luego en otros casos es claro que el adolescente no es tan maduro como lo será años después, cuando su proceso de evolución personal haya logrado nuevas cotas. Habría que decir, por tanto, que los que luego van a evolucionar más, los que van a llegar a un pensamiento más posconvencional, son los que tienen el riesgo de parecerse más inmaduros en la adolescencia. Tendemos a exigir más, paradójicamente, a los más maduros.

El planteamiento de este problema no parece que deba hacerse en términos dilemáticos, contraponiendo de modo categórico y absoluto madurez a inmadurez. Más bien habría que enfrentar la cuestión con una mentalidad distinta y más abierta, deseosa de reconocer la madurez y la autonomía que hay en el adolescente y dispuesta a fortalecerla en vez de anularla, ofreciendo al joven compañía, comprensión y ayuda en una fase tan compleja y problemática de la vida.

Dicho en otros términos, lo que hace falta es «deliberar» con el adolescente. Lo fundamental es incluirle en un proceso serio, honesto y sincero de deliberación, oyendo sus razones y dándole a la vez razones de los propios puntos de vista, haciéndole ver los criterios posconvencionales que va buscando, y a la vez la paradoja de que la sociedad como un todo no se rija en la mayoría de los casos por esos criterios, sino por otros que son claramente convencionales.

Se hace difícil, en un proceso de deliberación serio y respetuoso, exigir al joven algo más que la pura convención, cuando la mayor parte de la sociedad se halla asentada en ella. El nivel posconvencional no se puede exigir, aunque sí se debe promover. Éste es el punto fundamental, la diferencia entre la imposición y la promoción. Sólo cabe imponer las convenciones sociales que adquieren la forma de preceptos jurídicos. Todo lo demás no puede ser objeto de imposición sino sólo de exhortación, de promoción.

La deliberación con el joven es especialmente compleja y, en consecuencia, difícil. Exige siempre una gran madurez en quien conduce el proceso. El adolescente precisa de escucha atenta (la angustia no deja por lo general escuchar al otro, precisamente porque se tiene miedo de lo que pueda decir), un gran esfuerzo por comprender su situación, el análisis de sus valores, la argumentación racional sobre los cursos de acción posibles y los cursos óptimos, la aclaración del marco legal, el consejo no directivo y la ayuda aun en el caso de que la opción que elija no coincida con la que el profesional considera correcta, o la derivación a otro profesional en caso contrario. Por supuesto, el profesional también tendrá que denunciar todas aquellas conductas que sean claramente ilícitas o penales. Y en el proceso de argumentación con el adolescente le tendrá que hacer ver la importancia de integrar a los padres en el proceso de toma de decisiones. No obstante, cuando ese objetivo resulta imposible de lograr y lo que está en juego son derechos personalísimos, relacionados con la intimidad espiritual, corporal o sexual, no parece aconsejable que el profesional ponga el asunto en conocimiento de los padres en contra de la voluntad del joven cuando éste es suficientemente maduro, salvo caso de claro imperativo legal.

El tema de la madurez del adolescente pone al descubierto el problema de la madurez de los adultos (familiares, educadores, profesionales, etc.). Es un principio bien conocido en teoría de las relaciones humanas que nadie puede ayudar a otro en un conflicto que él mismo no tenga básicamente resuelto. Las relaciones de ayuda exigen una gran madurez psicológica. Y cuando lo que se plantean son problemas mo-

rales, necesitan también de un adecuado desarrollo moral. Es frecuente que los profesionales tengan miedo a este tipo de cuestiones. Ello les genera angustia, que a la vez dispara sus estrategias inconscientes de defensa. El resultado es la puesta en práctica, por supuesto inconsciente, de mecanismos como los de negación, rechazo, compulsión, culpabilización, imposición, etc. De ahí derivan actitudes poco responsables, incapaces de hacerse cargo de los problemas y de ayudar a los demás. Frente a las actitudes rígidamente impositivas, por un lado, y despreocupadamente permisivas, por otro, deben situarse las actitudes responsables, basadas en la deliberación participativa, la escucha atenta, el respeto de las opiniones de todos y la búsqueda de actitudes razonables y prudentes. Esto debe promoverse a todos los niveles, desde el familiar, sin duda el más importante, hasta el escolar, el sanitario, etcétera.

El problema de los profesionales se ve acentuado por su falta de formación en estas cuestiones, lo que les impide sentirse bien, manejar estos casos con una cierta seguridad y confianza y hacer del acto clínico una verdadera relación de ayuda. Todo lo que se haga por remediar esta lamentable situación redundará de modo positivo en la calidad de la asistencia sanitaria.

De todo lo anterior cabe extraer algunas conclusiones prácticas. La primera y más importante es que la inclusión del adolescente en un proceso serio de deliberación comporta establecer una relación abierta y respetuosa con el mismo. Una comunicación eficaz es la clave del éxito de cualquier intervención, para lo cual hay que tener en cuenta las características especiales que encierra la entrevista clínica con este grupo de edad. A la hora de entrevistar al adolescente se hace necesario tener presente que²³:

– La confidencialidad es el pilar básico sobre el que se asienta la medicina del adolescente. Cualquier paciente, de cualquier edad, debe tener la oportunidad de exponer a su médico sus preocupaciones y dudas en un ambiente privado²⁴. Contrariamente a lo que pudiera parecer, el adolescente tiende a ofrecer al profesional toda la información necesaria, siempre y cuando se den las condiciones adecuadas, y éstas incluyen la existencia de una relación explícita de consentimiento y confianza. Por todo lo expuesto más arriba, el profesional tendrá en última instancia que decidir, poniendo en uno de los lados de la balanza el derecho a la autonomía del adolescente y el grado de madurez del mismo y en el otro el riesgo que para la salud de éste y de los que le rodean pueda suponer el mantenimiento de una conducta confidencial²⁵.

– Las características de la práctica en atención primaria permiten establecer una relación sólida y continuada con la familia del adolescente, que mejora la atención al mismo. Es frecuente que el menor que acude a consulta con un problema psicosocial grave, como el consumo de drogas o un embarazo no deseado, se oponga a que lo sepan sus progenitores. Es más, una de las mayores barreras que limitan el uso de la medicina de familia por el adolescente es el hecho de que su médico sea también el de su familia, lo que le genera desconfianza y le hace buscar otros recursos sanitarios distintos. En muchas ocasiones, conseguir que el joven decida comunicar a su familia el hecho supone ya un avance en el abordaje del problema en cuestión, a la vez que favorece el establecimiento de un nuevo sistema terapéutico: médico-adolescente-familia. Y cuanto más cercano esté el profesional, más fluidas serán todas las transacciones en dicho sistema²⁶. Además, no hay que olvidar que los jóvenes que más se oponen a que sus padres sean informados son, precisamente, los que más necesitan la implicación de los mismos en el tratamiento²⁷.

– Una buena parte del abordaje terapéutico de los problemas psicosociales del adolescente lo ocupa la escucha activa; «comprender» ya es tratar. La atención a este grupo de edad y las decisiones implícitas que tal atención comporta, requieren tiempo²⁸. Siempre que sea posible, debe alentarse al joven a que considere las diversas opciones y elija su propio camino, lo que promueve el desarrollo de la independencia y de la responsabilidad. Durante la entrevista se debe intentar que exprese sus ideas respecto a una decisión determinada, momento que el profesional puede aprovechar para señalar las incongruencias en su proceso de razonamiento y proponer otras alternativas, pero constatando que en última instancia la decisión es básicamente del joven. Por lo general, los adolescentes desean tomar las decisiones correctas que recibían la aprobación de los adultos que les rodean²⁹.

– La exploración física puede llegar a ser una experiencia muy angustiada para los adolescentes, que suelen gastar mucha energía en tratar de parecer tranquilos durante la misma. Es útil, por tanto, normalizar ese sentimiento: «es normal que mientras te exploro te pongas nervioso, a mucha gente le pasa igual»; utilizar dicho momento de la entrevista para explorar la propia percepción corporal: «¿qué piensas de tu aspecto físico?» y para hacer educación para la salud: «¿sabes cómo se hace la autoexploración mamaria?». No se debe olvidar el dejar explícito que los hallazgos físicos han sido normales³⁰. Una vez acabadas las maniobras exploratorias, el menor suele estar más tranquilo, lo que da paso a una atmósfera más propicia para el abordaje de temas conflictivos.

– La toma de decisiones con el paciente menor puede llegar a estar muy influida por la actitud subyacente del profesional³¹, que muchas veces viene determinada por estereotipos culturales que identifican al adolescente con «un problema», lo que lleva a adoptar actitudes de rechazo y distanciamiento o, en el extremo opuesto, por la creencia de que la culpa de los problemas del joven la tienen sus padres, lo que conduce a asumir un papel paternalista. Por otro lado, la relación con el adolescente puede movilizar gran cantidad de reacciones contratransferenciales, reactivando antiguos conflictos del clínico aún no resueltos, especialmente en temas tales como sexualidad, dificultades con la autoridad, necesidad de reconocimiento y afecto, etc. Por ejemplo, ciertas actitudes sobreprotectoras del profesional pueden estar reflejando una respuesta narcisista que trata de compensar una adolescencia pasada vivida como infeliz. Es obvio que la atención a este tipo de pacientes exige una honesta reflexión que nos lleve a comprender cómo nos hace sentir el adolescente y cómo estos sentimientos influyen en la relación que tratamos de establecer con él.

– Por último, conviene tener en cuenta las recomendaciones técnicas para conducir la entrevista que se hallan especificadas en la tabla 5.

Comentario final sobre los casos clínicos

Caso 1

El primer caso es el de la administración de la píldora del día siguiente (la anticoncepción poscoital con altas dosis de hormonas femeninas, que no debe confundirse con la llamada «píldora abortiva») a una joven de 14 años que quiere prevenir el posible embarazo. La médica que le atiende se niega a suministrarla sin el permiso de sus padres, aduciendo motivos legales, dada la minoría de edad de la joven. Se trata de uno de los dos cursos extremos, entre todos los posibles. Uno de éstos es el rechazo absoluto a la petición de la joven, y el otro acceder directamente a su petición, sin ningún tipo de medida coadyuvante. En ambos casos las consecuencias

TABLA 5

Recomendaciones técnicas para conducir la entrevista clínica con el adolescente

Asegure un ambiente de privacidad
 Muestre interés genuino: «Me gustaría saber cuál es tu versión del tema»
 Evite juicios y sermones
 Intente no tomar notas, cree un clima de conversación
 Utilice la empatía como hilo conductor: «Me imagino cuánto debe angustiarte el que se rompa el preservativo»
 Comience con preguntas abiertas: «Cuéntame más acerca de eso».
 Intente establecer un diálogo y posteriormente utilice preguntas más directas si fuese necesario. No haga preguntas que incluyan la respuesta ni condicione ésta
 Cuando vaya a abordar temas delicados, cree un contexto facilitador:
 «Muchos de los adolescentes que acuden a mi consulta han probado en más de una ocasión las bebidas alcohólicas fuertes, ¿es ese tu caso?»
 Repita lo que ha dicho el adolescente: «Vamos a ver si me he enterado; dices que se te ha retrasado la regla y que tienes ganas de vomitar por las mañanas, pero que no crees que estés embarazada porque no tienes relaciones sexuales completas. ¿Es así?»
 Si el adolescente tiene conductas perjudiciales para su salud, anímelos a que verbalice los motivos de dicho comportamiento, mostrándole sus incoherencias y contraponiendo otra información: «Sí, supongo que es muy fácil tomar 'pastillas' si todos tus amigos lo hacen, pero a mí me pareces una persona que le gusta hacer lo que realmente quiere y no dejarse llevar por lo que hacen otros»
 Insista sobre los efectos a corto plazo de un hábito insano en lugar de abordar las consecuencias a largo plazo: «Desde luego, el fumar no ayuda a tener una piel bonita»; «Entiendo que tu novia no quiera salir contigo si te emborrachas»
 Si trata de negociar cambios, comience por modificaciones ligeras: «¿Qué te parece si dejas de beber cerveza los días de diario?»
 En caso necesario, usted está en su derecho a mostrar una postura crítica ante una actitud del adolescente, pero evite que dicha crítica alcance al mismo como individuo: «Creo que es muy peligroso para ti y para tu novia que tengáis relaciones sexuales completas sin utilizar un método anticonceptivo seguro» es muy distinto de decir: «¡Qué desastre eres, sólo a ti se te ocurre acostarte a pelo!»

TABLA 6

Adolescentes de alto riesgo: factores asociados²⁴

Pobreza
 Baja autoestima
 Fracaso escolar
 Violencia doméstica
 Abuso infantil
 Abuso de sustancias tóxicas
 Minoría racial
 Síntomas depresivos. Intentos de suicidio
 Analfabetismo
 Conductas delictivas
 Abuso de sustancias tóxicas en los padres
 Actividad sexual precoz

que se siguen son muy peligrosas. En el primero, un posible embarazo no deseado en una adolescente; en el segundo, un ejercicio muy temprano y poco responsable de la sexualidad. Hay otros cursos de acción posibles, todos los cuales se dan en la práctica clínica diaria: recomendarle que acuda a su médico de cabecera, que conoce mejor a la paciente, así como sus circunstancias médicas y sociofamiliares, ya que el plazo para la administración de la pastilla es de 72 horas; remitirla a un servicio de planificación familiar; informar de los mecanismos de acción y efectos secundarios de este medicamento, dándole a leer y firmar un impreso de consentimiento informado y administrándole la pastilla; explicarle brevemente los efectos secundarios de forma verbal, proporcionándole las pastillas y no registrando por escrito en ningún sitio las posibles complicaciones legales que pudieran derivarse, etcétera.

En la práctica, las actuaciones más frecuentes son las más extremas, la primera de las enumeradas más arriba (rechazo frontal de la petición de la paciente, aduciendo las razones morales citadas o incluso razones legales, ya que los preparados de hormonas femeninas no estaban aprobados hasta

el 23 de marzo de 2001 para esta indicación, motivo por el cual su uso debía considerarse, cuando menos, una irregularidad administrativa) y la última de las citadas (aceptación de su demanda sin mayores problemas). Evidentemente, el curso de acción óptimo es intermedio, y pasa por aprovechar la petición de auxilio de la joven para ayudarla a ejercer su sexualidad de modo responsable, utilizando la ocasión para darle una información y educación adecuadas. Eso puede realizarse muy difícilmente en un servicio de urgencia, razón por la cual la solución que se tome, sea la que fuere, debería pasar por la puesta en contacto de la paciente con su médico de familia o el equipo de atención primaria. Esto podría hacerse de dos maneras: bien remitiendo directamente a la joven a su médico, bien dándole la pastilla y poniéndola en contacto con el equipo de salud para que lleve a cabo un estudio más pormenorizado de su situación.

La primera de esas opciones, remitir a la joven al médico de familia, será, sin duda, la elegida como óptima por muchos profesionales. Es indudable que esta joven necesita información y educación sexual³², que debe estar a su disposición en su centro de salud o en cualquier centro de planificación familiar. El médico de familia es, probablemente, el más cualificado para atender la demanda de la paciente, ya que puede conocer con aproximación su grado de madurez y sus circunstancias sociofamiliares. Esto le permitiría, además, si la menor consiente y el médico considera adecuada a la familia, implicar a los padres en este proceso y/o en el seguimiento ulterior. También podría resultar idóneo para educar y aconsejar a la adolescente.

Caso de que la paciente opte por no acudir a su médico de familia, se le podría dirigir hacia una «consulta joven», o hacia un centro de planificación familiar. Allí pueden asesorarla también sobre los métodos anticonceptivos y los problemas relativos a la llamada píldora del día siguiente.

Otros profesionales optarán por la segunda opción, aceptar la demanda de la paciente y aprovechar la ocasión para integrarla en un proceso más amplio de ayuda. La razón que aducirán es que se trata de un caso de ejercicio precoz de la sexualidad, que se asocia muy frecuentemente a otros factores que configuran el perfil del adolescente de alto riesgo (tabla 6).

Este dato, unido al hecho de que el adolescente que no se siente ayudado en el momento de crisis no suele volver a visitar los dispositivos sanitarios³³, hace que la vinculación al mismo en esta situación sea clave para establecer una continuidad de cuidados que puedan, a la larga, influir positivamente en su salud. Por otro lado, esta paciente no confiará si no siente que el profesional, de una forma u otra, le va a facilitar la píldora del día siguiente. En definitiva, hay que «captar» a esta adolescente, lo que significa no sólo atender a su solicitud, sino también ofrecer mucho más: interés y profesionales capacitados para ayudarla (a través de su centro de salud o del centro de planificación familiar). No debe olvidarse que éste puede ser el primer contacto del adolescente con el Sistema de Salud. También es importante tener en cuenta que el ejercicio de la sexualidad es cuestión de dos personas, y que debe intentarse la implicación del otro miembro de la pareja.

En resumen, pues, cabe decir que hay dos posturas «extremas» (rechazo total o aceptación total de la solicitud de la joven) y otras dos «intermedias» (remisión al médico de cabecera o el equipo de salud, o en su defecto al centro de planificación familiar, y aceptación de su solicitud como inicio de una relación de ayuda más completa). Las posturas extremas no parecen las más prudentes. En cuanto a las intermedias, la elección entre ellas dependerá de las circunstancias concretas del caso y del sistema de valores y creen-

cias del propio profesional. Legalmente, al joven se le reconoce, a partir de los 13 años (anteriormente a los 12), la capacidad de mantener relaciones sexuales. El Código Penal considera abuso sexual no consentido por el menor el que se ejecuta con menores de 13 años, aunque éstos presten su consentimiento (arts. 180.1 y 181.2), de lo que se deduce, *sensu contrario*, que a partir de los 13 años tiene capacidad para consentir una relación sexual, sin que ésta, en principio, sea delito.

Sea cual fuere el curso de acción que se adopte, deberá ir acompañado de un proceso franco de información y comunicación, lo cual no es sencillo. La píldora del día siguiente es considerada por muchos un método anticonceptivo más, pero otros ven en ella un procedimiento abortivo³⁴. Los primeros aducen en su favor el hecho de que el cigoto tiene la dotación cromosómica humana y se le supone dotado de la potencialidad para dar de sí un ser humano completo, en tanto que los segundos creen que la realidad humana, como cualquier otra realidad biológica, es el resultado de un proceso que se desarrolla en el tiempo y que necesita de la convergencia de múltiples factores, unos endógenos y otros exógenos. Estos últimos consideran, además, que carece de todo sentido obstétrico hablar de embarazo antes de la anidación, y que el aborto es la interrupción de un embarazo. Ante esta disparidad de planteamientos, parece que el diálogo del profesional con la joven debería ir dirigido a contrastar si ésta tiene algún tipo de preocupación, duda o conocimiento erróneo sobre el ejercicio de la sexualidad, de la anticoncepción y de la píldora del día siguiente, y a evaluar la necesidad de ayuda que precisa. Todo esto debe hacerse con la máxima discreción, evitando presionar psicológicamente o culpabilizar moralmente a la joven. En cualquier caso, la joven debería poder discutir todos estos problemas con algún profesional (*counselling*, apoyo no directivo) que tuviera la capacidad de ayudarla a madurar su juicio sin dirigirlo o manipularlo. El profesional que considerara este procedimiento como abortivo debería advertirlo desde el principio, explicando su objeción de conciencia al uso de esta píldora.

Un adecuado proceso de información y comunicación debería incluir siempre un buen consentimiento informado, no sólo oral sino también escrito³⁵. En él se debe explicar en términos claros y comprensibles en qué consiste la anticoncepción poscoital, cómo deben administrarse las pastillas, durante qué período de tiempo son eficaces, la necesidad de comprobar antes que la persona no está embarazada, ya que en caso contrario está contraindicada, la eficacia alta pero no total del método, sus efectos secundarios, las opciones existentes y la remisión al ginecólogo para que compruebe el resultado del tratamiento³⁶. Un formulario de consentimiento informado bien elaborado es la mejor garantía tanto para el médico como para la paciente y el testimonio de que la relación clínica se quiere establecer sobre la base del respeto mutuo, la información veraz y la búsqueda del mayor bien del paciente.

Caso 2

Rocío es otra joven de 14 años con vida sexual activa que se halla embarazada y solicita la interrupción voluntaria del embarazo. Como en el caso anterior, el médico se niega a atender su petición por ser una menor de edad. Quizá lo hace por motivos de conciencia, porque considera que todo aborto es inmoral, o quizá porque piensa que su realización en menores de edad sin el consentimiento de sus padres es un acto delictivo, o que Rocío no se halla incluida en ninguna de las indicaciones contempladas por la ley. Ya hemos visto que éste es un tema jurídicamente discutido y discutible, en el

que las opiniones están divididas. Como lo están también en la valoración moral del aborto. Todo va a depender, por tanto, de las convicciones del profesional.

Como es bien sabido, las posturas básicas ante esta cuestión son fundamentalmente dos, conocidas en la bibliografía con los nombres de posturas «provida» (*pro-life*) y «proelección» (*pro-choice*). Generalmente se considera que quienes defienden la primera piensan que la vida específicamente humana comienza en el momento de la concepción, en tanto que los otros sitúan ese comienzo en algún momento posterior. Pero esto no es necesariamente así. De hecho, esa terminología surgió en el debate jurídico de los años sesenta y setenta, y se refiere sólo a la tipificación o no del aborto como delito en el Código Penal. Por tanto, de lo que se trata es de saber si debe ser perseguido por el Estado, o si dentro de ciertos límites debe quedar a la gestión privada de los individuos, quienes serán libres de actuar conforme a sus propios criterios morales. Lo que sí está claro es que las legislaciones han tenido que despenalizar las interrupciones de embarazos en ciertos supuestos, debido a la falta de homogeneidad de las llamadas sociedades pluralistas en torno al origen de la vida específicamente humana. Esa falta de homogeneidad es también evidente en el mundo de los profesionales sanitarios, que ante casos como el de Rocío emiten juicios de valor muy distintos. Lo que no se puede es permanecer neutral ante este tipo de cuestiones. Los valores del médico siempre están presentes cuando aconseja a un paciente. Las convicciones del profesional, pues, influirán en el proceso de información que debe preceder a la realización de toda IVE. El artículo 9 del RD 2409/1986 dice: «Los profesionales sanitarios habrán de informar a las solicitantes sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo, de la existencia de medidas de asistencia social y de orientación familiar que puedan ayudarles». No se puede pretender que esta información sea «neutra», ya que el profesional hablará de acuerdo con su opinión y su formación previa respecto a lo que es el aborto³⁷. Pero también es claro que el profesional no tiene derecho a utilizar su situación de prevalencia para presionar al paciente en un cierto sentido o para imponer, si no por la fuerza física sí, muchas veces, por la presión psicológica, su propio punto de vista. Esto atentaría claramente contra el derecho a la libertad de conciencia del paciente. Por tanto, si bien la neutralidad total es imposible, el profesional tiene obligación de informar al paciente de todas las acciones posibles, de aconsejarle sobre los cursos menos lesivos o más razonables, pero sin presionarle, culpabilizarle o coaccionarle psicológica o físicamente. Esta actitud serena y responsable no es fácil de lograr en la práctica, razón por la cual lo que el profesional muchas veces transmite a su paciente son mensajes incorrectos, distorsionados, que van desde el rigorismo hasta la trivialización. Quizá uno de los graves problemas que en este momento tiene nuestra sanidad es la falta de formación de los profesionales en cuestiones éticas, lo que hace que, por lo general, no sepan manejar este tipo de conflictos y que, presionados por su propia angustia, tomen actitudes muy extremas, que van del rechazo del paciente a la trivialización del problema.

Si se exceptúan esos cursos extremos de acción, quedan otros varios, que pueden resumirse en dos. El primero es el de aquellos profesionales que no objetan la interrupción del embarazo, que por tanto no descartan esa salida en sus decisiones, pero que tampoco la trivializan y que la consideran siempre un mal que, dentro de lo posible, debe ser evitado. Por ello mismo, estos profesionales intentarán ayudar a Rocío. Ellos verán en la historia de Rocío una demanda explícita de ayuda, por lo que pensarán que el profesional no debería

«abandonar» a la paciente. Ante la situación dada parece que sólo cabe tratar de revisar con la joven las opciones o salidas que tiene, acompañándola en el proceso de deliberación pero no en el de decisión: «Bueno, Rocío, en tu situación puedes decidir seguir adelante con la gestación, pero si optas por lo contrario debes tener claro que la legislación española, en tu caso, sólo contempla la práctica del aborto si se considerara que un embarazo pudiera poner en grave peligro tu salud mental. Como puedes imaginar, sería imposible que este proceso se pudiera llevar a cabo sin que tus padres se enterasen. Respecto a la idea que tienes de 'irte a abortar por tu cuenta' piensa que has de buscar un centro que reúna las mínimas condiciones sanitarias, por lo que, si es eso lo que decides, has de contar con alguien que te ayude a buscar dicho centro, cubrir gastos y correr contigo el riesgo de incurrir en la ilegalidad. Por último, me preocuparía en verdad mucho que te fueras, tal y como amenazas, a un centro clandestino que no cumpla las normas mínimas de seguridad. A lo mal que lo estás pasando se podrían añadir otras muchas complicaciones que pondrían en peligro tu vida, y que te harían sentirte aún peor de cómo ya te sientes. ¿Me explico?».

El otro curso de acción es el de quienes expresarán al paciente su actitud contraria al aborto, por tanto su objeción de conciencia a participar en él, y se ofrecerán a ayudar a la joven buscando soluciones alternativas. En este caso el proceso de información a la joven no será muy distinto del anterior, aunque sí tendrá algunas notas diferenciales. Así, por ejemplo, en el diálogo anterior se insinúa que en el caso de Rocío la única posibilidad de interrumpir el embarazo es apelando a la excepción de «grave riesgo para la salud física o mental», y se intenta de ese modo hacerla reflexionar sobre la necesidad de implicar a los padres, ya que en ese caso no podrían quedar al margen de todo el asunto. En este segundo escenario no se haría seguramente tal insinuación, ya que el profesional considerará que no hay elementos que indiquen «grave riesgo para la salud física o mental», sino los serios inconvenientes derivados de la maternidad adolescente. Lo más probable, pues, es que se preste a colaborar buscando vías para no interrumpir el embarazo, como la adopción.

Otro problema de esta historia es el de la comunicación a los padres. Rocío ha recordado al profesional su obligación de secreto, prohibiéndole de ese modo involucrar a sus padres en el asunto. Aquí también hay que huir de los cursos extremos de acción, hablar o no hablar con los padres, razón por la cual lo más prudente es trabajar el tema con la propia Rocío, explicándole bien la situación y haciéndole madurar en su juicio, aunque desde luego sin influir su decisión. Los dos tipos de profesionales que hemos descrito en los párrafos anteriores estarán de acuerdo en que es necesario, o cuando menos conveniente, poner el asunto en conocimiento de los padres e involucrarles en él. El primero de los médicos ha intentado hacérselo ver a Rocío en el texto antes transcrito. El segundo es probable que considerara también prudente no informarles de entrada y que la citara para tener otra entrevista con ella en un plazo muy breve, intentando no abandonarla. En caso de que no volviera, probablemente haría lo posible por poner el asunto en conocimiento de sus padres, puesto que la joven puede poner en peligro su vida acudiendo quizá a un centro clandestino. Es importante no perder de vista que en muchos de estos casos es la familia la que puede resolver de modo óptimo, o menos traumático, estas situaciones tan dilemáticas. La madre suele ser más comprensiva que la propia hija, y se convierte las más de las veces en una gran ayuda en vez de en un obstáculo. El profesional puede desempeñar un importante papel de mediador entre el adolescente y la familia, y si está en sus manos el hacerlo, debe ofrecerse para establecer el contacto.

Se acepte o no que la vida estrictamente personal y humana comienza con la fecundación, es necesario que los profesionales colaboren en la educación de los adolescentes en el ejercicio responsable de la sexualidad y el respeto de la vida humana en formación. Hay que evitar por todos los medios que el aborto se convierta en un método anticonceptivo. El aborto es siempre un mal que debe ser prevenido; en especial el aborto adolescente, que suele deberse a la concurrencia de uno o varios de los factores que en el comentario al caso anterior denominamos «de alto riesgo». El incremento de las tasas de aborto adolescente acontecido en España en los últimos años³⁸ es un dato que debería hacer reflexionar a todos sobre las deficiencias en la educación sexual y moral, no sólo de los adolescentes, sino quizá también de los educadores (padres, maestros, sanitarios, etc.).

Caso 3

El de Ana F. es un caso claro de drogodependencia. Se trata de un caso grave, dado que el pronóstico de la drogodependencia es tanto más grave cuanto más temprana es la edad de inicio de la conducta adictiva. En ese sentido, Ana necesita un gran apoyo y la movilización de múltiples recursos. El hecho de que esa conducta haya sido asumida más o menos libremente por la joven no nos exime de responsabilidad para con ella. Tampoco nos exime el hecho de que algunos consumos parezcan estar en algún sentido socialmente tolerados por ciertos sectores de población³⁹. El profesional sanitario tiene la obligación de no abandonar al paciente. Por más que el consumo de ciertas sustancias pueda verse como una especie de suicidio lento, es importante no olvidar que el drogodependiente es un ser humano que no pierde ninguno de sus derechos por su condición de tal, ni exime al profesional del deber de asistencia y cuidado. No hay excusas para no tratarles con la máxima diligencia profesional y humana. Debería, pues, estudiarse con cuidado la situación personal, familiar, social, etc. de Ana, a fin de identificar los puntos en que puede ayudársela y los recursos que deben ser movilizados. Para ello es necesario que no pierda su confianza en el médico de familia y que la relación pueda mantenerse a lo largo del tiempo, ya que debería ser este último quien coordinara toda la estrategia. En este sentido, no parece conveniente informar inmediatamente a los padres. Debería demorarse la información a los padres hasta que se haya logrado un buen contacto con la joven. Es importante intentar que Ana comprenda la gravedad de su actuación y la necesidad de ayuda especializada, ofreciéndosele disponibilidad completa. Se debe iniciar una labor educativo-conductual preparatoria a la terapia definitiva, que permita en su momento la derivación a un servicio especializado. Debe intentarse que sea la propia paciente la que informe del problema a sus padres, buscando el momento y las circunstancias más oportunas, y ofreciéndose el profesional como moderador¹. Si el caso es muy rebelde, es necesario implicar a la familia.

En este caso la tarea más importante que tiene por delante el profesional de atención primaria es establecer una relación de confianza que le permita⁴⁰:

1. Hacer una evaluación psicosocial general que incluya relaciones familiares, rendimiento escolar, grupo de pertenencia, dificultades legales, ocio y autopercepción.
2. Evaluar el nivel sociocultural de la familia, ya que si es bajo, o si la familia está fuertemente desestructurada, hay menos probabilidades de que la paciente reciba un apoyo adecuado y tendrá más necesidad de ayuda externa. Detrás de un adolescente con problemas suele haber un entorno familiar problemático, lo que hace mucho más compleja su atención y muy difícil la labor de los profesionales.

3. Establecer el patrón de consumo de drogas. Para ello es conveniente comenzar indagando sobre el abuso de sustancias de los compañeros que rodean a la joven y/o de la pareja, y utilizar una perspectiva histórica, es decir, pedir a la adolescente que describa su primera experiencia con cada una de las sustancias tóxicas antes de llegar al consumo actual.

4. Derivar a la paciente a un centro especializado. Esto requerirá tiempo, pues no se debe esperar que en estas situaciones la evaluación del profesional sea aceptada automáticamente. Resulta de suma importancia que la joven no perciba la remisión como una forma de rechazo o abandono: «Yo sigo siendo tu médico de cabecera, pero también debemos contar con la ayuda de un experto... Creo que te sentirás mejor si tú y tu familia supierais algo más sobre la dependencia y te inscribieras en uno de esos programas...».

Algunos consejos:

– Acepte, de entrada, el lenguaje un tanto grosero y provocador que muy frecuentemente exhiben los adolescentes con este tipo de problemas como una estrategia protectora.

– Deje claro que se da cuenta de sus intentos de engaño: «Esto no tiene sentido, antes me dijiste que... y ahora me dices que... esto no encaja».

– Aproveche la vulnerabilidad inmediata que producen las experiencias médicas negativas debidas al consumo de drogas para abordar la necesidad de ayuda. Por ejemplo, tras una visita a la sala de urgencias como consecuencia de un traumatismo derivado del consumo de drogas o tras una intoxicación alcohólica aguda, tanto los adolescentes como sus familiares suelen estar más dispuestos a buscar soluciones «consensuadas».

– Tenga siempre presente que este tipo de problemas requieren dedicación profesional y una formación adecuada.

Caso 4

Paloma es una enferma psiquiátrica grave, que necesita un diagnóstico preciso y una estrategia terapéutica correcta. Esto último no es, con frecuencia, posible, debido a la falta de unidades psiquiátricas para adolescentes. Esa etapa intermedia entre la niñez y la vida adulta, probablemente la decisiva en la vida de una persona, tiene contornos muy difusos que la hacen perder identidad. Esto tiene como consecuencia que muchas veces a estos jóvenes se les trate como niños, lo que ya no son, o como adultos, lo que aún no han llegado a ser. El resultado es que los internamientos se hacen con frecuencia en unidades inapropiadas, donde el abordaje correcto de estas situaciones se hace sumamente difícil. De ahí que sea necesario llamar la atención sobre la importancia de crear unidades de salud mental específicas para adolescentes.

Hoy por hoy, quizá lo más adecuado sea remitir a la joven a algún servicio de salud mental infantojuvenil, donde en la práctica atienden a pacientes hasta los 18 años. El abordaje de estos pacientes es muy complejo y requiere de un equipo altamente especializado. Sólo él podrá valorar si es necesario el internamiento, voluntario o forzoso, el tipo de conducta a seguir con el paciente, etc. Los detalles técnicos, jurídicos y éticos del manejo de esta compleja patología pueden encontrarse en el trabajo de Muñoz Calvo et al⁴¹.

El médico de familia o el pediatra debería seguir también el caso de cerca, citando a la joven periódicamente, de momento con frecuencia. Esto le permitiría estar al tanto de la evolución del proceso, colaborar con el psiquiatra y poder hacerse cargo de la joven cuando éste la dé de alta. El médi-

co de familia o el pediatra, por otra parte, tendrá más datos para evaluar la situación del entorno familiar, tan importante en estos casos. Precisamente porque la relación con la familia es tan importante a esta edad, es frecuente que detrás de un adolescente con problemas haya un entorno familiar problemático, lo que hace mucho más difícil su atención, así como la colaboración de otros profesionales. Es importante añadir que, llegado el momento, el psiquiatra, el médico de familia o el pediatra deberían poner a la paciente y a su familia en contacto con las asociaciones de padres y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, que pueden resultar una ayuda inapreciable.

Por otra parte, el problema no es sólo médico sino también social, cultural y familiar. De ahí la importancia de incidir sobre todos esos factores. No hay enfermedades puramente somáticas. La enfermedad es siempre el resultado de la interacción entre hechos biológicos y valores culturales; es decir, no es un fenómeno puramente natural sino también moral. No puede esperarse que la medicina o la psiquiatría puedan arreglar problemas que tienen su raíz en la propia matriz axiológica y cultural de nuestras sociedades. Esto sucede, concretamente, con los cánones y estereotipos de belleza, que hoy son el resultado de un amplio dispositivo comercial y publicitario que supera, con mucho, la capacidad de influencia del sistema de salud. La tarea no es sólo médica sino también, y quizá principalmente, moral. De nuevo remitimos al trabajo de Muñoz Calvo et al⁴¹.

Agradecimientos

Los autores agradecen las opiniones y comentarios expresados por Teresa Blasco, y por los miembros del Grupo Técnico y del Grupo Asesor del Proyecto de Bioética para Clínicos: (Amando Martín-Zurro, Manuel González-Barón y Amalia Velázquez), y del Consejo Asesor Nacional del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud no incluidos en ninguno de los grupos anteriores (Francisc Abel, Javier Elizari, Javier Gafó¹, Carlos Romeo-Casabona y Javier Sánchez-Caro).

Glosario

Asentimiento. Acto imperfecto de aceptación realizado por una persona parcialmente incapaz, como puede ser un menor. El asentimiento tiene validez en ciertos supuestos, pero debe ir acompañado siempre del consentimiento de los padres o tutores.

Capacidad. Estado mental y físico que permite a una persona gobernarse a sí misma. La capacidad admite muchos grados y puede ser parcial o total. Muchos niños y muchos enfermos son capaces para unas cosas pero no son capaces para otras. No se trata, pues, de un concepto fijo y absoluto sino móvil y relativo. Un artículo específico de esta serie aborda este tema (en adultos)⁴².

Confidencialidad. Es un derecho del ciudadano: el derecho a que el profesional sanitario no revele los datos que ha conocido en el ejercicio de su profesión sobre la vida del paciente. Durante muchos siglos se ha venido hablando de *secreto profesional*, que nunca se concibió como un «derecho» del paciente, sino como un «deber» del profesional. La confidencialidad es un derecho del paciente, y el secreto un deber del profesional. Un artículo específico de esta serie aborda este tema.

Consentimiento. Acto de aceptación realizado libremente y sin coacción por una persona dotada de capacidad y bien informada. El artículo específico de esta serie aborda este tema.

Criterio del mayor beneficio. Es el criterio propio de las decisiones de sustitución. Cuando alguien decide por otro que no está en condiciones de hacerlo y que no ha expresado de modo fehaciente e inequívoco su voluntad, debe regirse por el criterio del beneficio de aquel por quien decide. Así, por ejemplo, las funciones tutelares han de ejercerse siempre «en beneficio del tutelado» (arts. 216, 233 y 235 del Código Civil).

Derechos personales o de la personalidad. Derechos básicos inherentes a todo ser humano por el mero hecho de serlo. El ser humano es sujeto de estos derechos desde el mismo momento en que es capaz de disfrutarlos. De algún modo, son anteriores a su reconocimiento positivo por parte de las leyes. Lo que éstas hacen es reconocerlos y positivarlos. Los cuatro derechos personales (del individuo) básicos reconocidos clásicamente en la tradición liberal son el derecho a la vida, el derecho a la salud, el derecho a la libertad y el derecho de propiedad. Este último no se considera en nuestros días técnicamente un derecho de la personalidad.

Fiscal de menores. Institución encargada de la defensa de la legalidad, de los derechos de los ciudadanos y del interés público tutelado por la ley (art. 124

CE). Su Estatuto Orgánico concreta esta responsabilidad al encomendarle la representación y defensa, en juicio y fuera de él, de quienes por carecer de capacidad de obrar o de representación legal no pueden actuar por sí mismos, así como promover y formar parte de los organismos tutelares que tenga por objeto la protección y defensa de los menores y desvalidos. En el ejercicio de las funciones expresamente tuitivas de los menores y que se encuentran recogidas en el código y leyes de enjuiciamiento civiles, interviene activamente en los supuestos tanto de desprotección del menor –la ley exige una superior vigilancia del fiscal– como de crisis familiares, así como en la protección del honor, imagen e intimidad de los menores.

Incapacidad. Estado mental o físico que impide a una persona gobernarse a sí misma (art. 200 del Código Civil). La incapacidad puede ser *de facto* (de hecho) o *de iure* (de derecho). Esta última no puede establecerla más que el juez (art. 199 del Código Civil). En medicina es muy frecuente la incapacidad transitoria, que no se convierte en permanente y, por tanto, no da lugar a un proceso judicial de incapacitación. Un artículo específico de esta serie aborda este tema.

Menor de edad. Término jurídico que define el período inicial de la vida del ser humano, en que carece de plena capacidad jurídica. La legislación española lo fija en los 18 años, tanto civil como penalmente.

Menor maduro. Expresión surgida para designar aquel sujeto que, siendo menor de edad, posee un grado de madurez psicológica y humana que le permite disfrutar de los derechos de personalidad en grado mayor o menor.

Patria potestad. Conjunto de derechos y obligaciones de los padres para con los hijos no emancipados. «La patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos» (art. 154 del Código Civil).

Posición de garante. Es el concepto jurídico cuyo contenido exige a personas determinadas el deber de evitar resultados lesivos. Esta exigencia se impone en el ámbito penal a quienes tienen una obligación legal o contractual de actuar, o cuando quien omite un cuidado haya creado una ocasión de riesgo para el bien jurídicamente protegido mediante una acción u omisión precedente (art. 11 del Código Penal).

Tutor. Persona encargada de guardar y proteger las personas y/o los bienes de los menores e incapaces (art. 215 del Código Civil).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altisent Trota R, Delgado Marroquín MT, Martín Espíldora. Bioética y atención primaria. En: Gil V, Merino J, Orozco D, Quirce F, editores. Manual de metodología de trabajo en atención primaria. Alicante: Universidad de Alicante, 1997; 281.
2. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1970; 95-96; 1142-13-14.
3. Roldán A. La conciencia moral. Razón y Fe 1966; 165.
4. Pérez-Delgado E, García-Ros R, compiladores. La psicología del desarrollo moral. Madrid: Siglo XXI, 1991; 57.
5. Kohlberg L. Psicología del desarrollo moral. Bilbao: Desclée de Brouwer 1992; 188.
6. Gilligan C. La moral y la teoría: psicología del desarrollo moral. México: FCE 1985.
7. Kuhmeker L, editor. L'eredità di Kohlberg. Florencia: Giunti, 1995; 69.
8. Pérez-Delgado E. Psicología, ética, religión. Madrid: Siglo XXI, 1995; 214.
9. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo I. La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: Un problema ético y jurídico. Rev Esp Pediatr 1997; 53: 107-118.
10. Tejedor Torres JC, Crespo Hervás D, Niño Ráez E. Consentimiento y confidencialidad en medicina del niño y adolescente. Med Clin (Barc) 1998; 111: 105-111.
11. Couceiro A. Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia: consideraciones históricas y éticas. Rev Esp Pediatr 1997; 53: 162-171.
12. De Abajo FJ. Investigación clínica en niños: fundamentos y requisitos éticos. Rev Esp Pediatr 1997; 53: 134-150.
13. Holder AR. Minors' rights to consent to medical care. JAMA 1987; 257: 3400-3402.
14. Leikin S. A proposal concerning decisions to forgo life-sustaining treatment for young people. Pediatrics 1989; 115: 17-22.
15. Romeo Casabona CM. ¿Límites a la posición de garante de los padres respecto al hijo menor? (La negativa de los padres, por motivos religiosos, a una transfusión de sangre vital para el hijo menor). Revista de Derecho Penal y Criminología 1998; 2.ª época (2): 327-357.
16. Gracia D. Bioética y Pediatría. Rev Esp Pediatr 1997; 53: 99-106.
17. Fundación de Ciencias de la Salud/Plan Nacional Sobre Drogas. Nuevos patrones y tendencias de consumo. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud/Editorial Doce Calles, 2000.
18. King NMP, Cross AW. Children as decision makers: guidelines for pediatricians. Pediatrics 1989; 115: 10-16.
19. Oliveros Calvo S. La adolescencia: un terreno abonado para las toxicomanías. Med Clin (Barc) 1995; 104: 777-779.
20. Nebot M, Rohlfs I. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes usuarias de planificación familiar. Med Clin (Barc) 1994; 103: 366-370.
21. Villalbí JR, Nebot M, Ballestín M. Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas institucionalizadas. Med Clin (Barc) 1995; 104: 784-788.
22. Kohlberg L. Psicología del desarrollo moral. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1992; 200.
23. Jarabo Crespo Y, Vaz Leal FJ. La entrevista clínica con adolescentes. FMC 1995; 2: 455-465.

24. Sylvester C, Kastner L, Gore E. Age of first confidential paediatric interview in primary care. Fam Pract 1990; 8: 202-208.
25. Pavlanis AV. Ethical questions in adolescent contraception. Can Fam Physician 1989; 35: 1317-1320.
26. Henao S. Evaluating and counseling adolescents. En: Henao S, Grose NP, editores. Principles of family systems in family medicine. Nueva York: Brunner/Mazel, 1985; 150-164.
27. Goldenring JM, Cohen E. Getting into adolescent heads. Contemp Pediatr 1988; 5: 75-90.
28. Sider RC, Kreider SD. Coping with adolescent patients. Med Clin North Am, 1977; 61: 844-854.
29. Felice ME, Friedman SB. Behavioral considerations in the health care of adolescents. Pediatr Clin North Am 1982; 29: 399-413.
30. Brown RT, Henderson PB. Treating the adolescent: the initial meeting. Semin in Adolesc Med 1987; 3: 79-91.
31. Silber TJ. Approaching the adolescent patient. J Adolesc Health Care 1986; 7 (Supl): 31-40.
32. Ruiz Nieto V. Educación sexual. Dimens Hum 1999; 3: 42-46.
33. Bunsen NH. Counseling the high-risk adolescent. J Pediatr Health Care 1992; 6: 194-199.
34. Balasc Cortina J. Estrógenos y progestágenos: farmacología y aplicaciones clínicas. Medicine (7.ª serie) 1997; 7: 3177-3192.
35. Simón Lorda P, Concheiro Carro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (I y II). Med Clin (Barc) 1993; 100: 659-63; 101: 174-182.
36. Glasier A. Emergency Postcoital contraception. N Engl J Med 1997; 337: 1058-1064.
37. Ruiz MT, Pascual E, Colomer J, Sánchez S, Álvarez Dardet C. Opinión de los estudiantes de medicina sobre la prescripción, el consejo y la práctica de interrupciones voluntarias del embarazo. Med Clin (Barc) 1991; 96: 281-284.
38. Constenla T. Más de 7.500 jóvenes de 15 a 19 años abortaron durante 1998. El País, 13 de mayo de 2000; 33.
39. Bruner AB, Fishman M. Adolescentes y uso de drogas ilegales. JAMA (ed. esp.) 1999; 8: 115-117.
40. Anglin TM. Interviewing guidelines for the clinical evaluation of adolescent substance abuse. Pediatr Clin North Am 1987; 34: 381-398.
41. Muñoz Calvo MT, Casas Rivero J, Jáuregui Lobera I, Ceñal González-Fierro MJ, Reyes López M. Los trastornos del comportamiento alimentario: aspectos clínicos, orientaciones terapéuticas y sus implicaciones éticas y legales. Rev Esp Pediatr 1997; 53: 172-187.
42. Simón Lorda P, Rodríguez Salvador JJ, Martínez Maroto A, López Pisa RM, Júdez Gutiérrez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. Med Clin (Barc) 2001; (en prensa).
43. Dolz Lago MJ. Menores embarazadas y aborto, ¿quién decide? Atención Primaria 1996; 29: 539.
44. Muñoz Conde F. Derecho penal. Parte especial (12.ª ed.). Valencia: Tirant lo Blanc, 1999; 91.
45. Serrano Gómez, A. Derecho penal, Parte especial (5.ª ed.). Madrid: Dykinson, 2000; 80.
46. Sierra S. La objeción de conciencia sanitaria. Madrid: Dykinson, 2000; 225.

TABLA 7

Para ampliar conocimientos

Bibliografía

Blustein J, Levine C, Dubler NE. The adolescent alone. Decision Making in Health Care in the United States. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

Alderson P, Montgomery J. Health care choices: making decisions with children. Institute for Public Policy Research (IPPR), 30-32 Southampton Street, Londres: WC2E 7RA, 1996.

Pérez-Delgado E, García-Ros R, compiladores. La psicología del desarrollo moral. Madrid: Siglo XXI, 1991.

Delval J, Enesco I. Moral, desarrollo y educación. Anaya: Madrid, 1994.

Simón Lorda P, Barrio Cantalejo I. La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: un problema ético y jurídico. Rev Esp Pediatr 1997; 53: 107-118.

Barrio Cantalejo IM. El problema de la capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: nuevo contenido en la responsabilidad profesional de la enfermera. Enferm Clínica 1998; 8: 161-165.

Tejedor Torres JC, Crespo Hervás D, Niño Ráez E. Consentimiento y confidencialidad en medicina del niño y adolescente. Med Clin (Barc) 1998; 111: 105-111.

Holder AR. Adolescents. En: Reich WTH, editor. Encyclopedia of Bioethics (revised edition). Nueva York: Simon & Schuster Macmillan, 1995; 1: 63-71.

Internet

Child Rights Information Network (CRIN). www.crin.org

United Nations High Commissioner for Human Rights Committee on the Rights of the Child (CRC): www.crc/htm

Oneworld Online: Guide to Children's Rights: www.oneworld.org/guides/child_drights/index.html

UNICEF, Children's Rights Pages

AMA-Adolescent Health On-Line: www.amassn.org/adolhth/adoulhth.htm

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry: www.aacap.org