

Hablemos de...

La atención al adolescente y los aspectos legales

LUIS RODRIGUEZ MOLINERO^a y FEDERICO DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN^a

^aDoctor en Medicina. Pediatra acreditado en Medicina del Adolescente por la Asociación Española de Pediatría. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid. España.

^bProfesor propio adjunto Derecho Constitucional, UP Comillas (ICADE). Vicepresidente Comité de Bioética de España. Madrid. España. lrmolinero@gmail.com; fmontalvo@der.upcomillas.es

Puntos clave

- Los problemas de salud más relevantes de los adolescentes no son contemplados de forma eficiente en España.
- El contexto externo e interno influye en la calidad de la relación clínica con el adolescente.
- La entrevista clínica es la herramienta más útil en el tratamiento de los adolescentes, viendo marcada la calidad de la misma por la actitud y las características relacionales del profesional que atiende a adolescentes.
- La Ley de Autonomía del Paciente ha aclarado algunos aspectos de la relación médico-adolescente que dan seguridad profesional, aunque el criterio objetivo de edad que establece la ley plantea problemas al amparo de la evidencia científica sobre el desarrollo de la madurez y capacidad del menor.
- Sería conveniente desarrollar una escala móvil para determinar la madurez real del menor que atendiera sustancialmente la gravedad, la irreversibilidad y las consecuencias a medio o largo plazo.

«... La vida moderna es mucho más nociva para los adolescentes y los jóvenes».

Doctor Russell Viner, Universidad de Londres.

Introducción

La atención al adolescente en nuestro sistema de salud es una laguna asistencial cada vez más patente¹.

Hasta el año 1993, la edad pediátrica llegaba hasta los 7 años. Y a partir de ese año se amplió hasta los 14 años. (RD 1575/1993). La Declaración de Santiago en el primer punto se decía: «Aceptar como edad de la adolescencia la segunda década de la vida. Y su asistencia debe hacerse de forma flexible, pues hay evidencia de comienzo puberal antes de esa edad y problemas que no se resuelven antes de los 20 años»².

Principios de la comunicación humana

Desde el nacimiento, estamos aprendiendo cómo satisfacer las necesidades básicas a través del tacto, la vista y el olfato. Posteriormente, vamos perfeccionando el lenguaje verbal o gestual. Es a través de la comunicación como conseguimos satisfacer nuestras necesidades (Maslow).

Los axiomas de Watzlawick están vigentes en la comunicación entre médicos y adolescentes (tabla 1). Para lograr una comunicación eficaz, es recomendable tener en cuenta algunas estrategias citadas en la tabla 2. Los errores que se cometen con más frecuencia se describen en la tabla 3.

Relación médico-paciente

La relación médico-paciente, a pesar del avance técnico, tendrá siempre una importancia definitiva en la curación de los pacientes. En esta relación es donde se contempla el componente emocional del ser humano, en situación de necesidad o enfermo³.

Actualmente, se entiende que todo proceso morboso afecta tanto a lo corporal como a lo mental. Cualquier proceso tiene un componente físico y otro psíquico. El efecto placebo es responsable del 30-40% del éxito de un tratamiento. Este efecto está basado en el aspecto psíquico o espiritual de la persona (relación chamánica)⁴.

Llamamos contexto al ambiente físico, social y cultural en que se desarrolla la relación. Se han descrito 2 contextos: uno extenso y otro reducido. El primero se refiere a la sala de espera, el sistema de citación, el tiempo de espera, la movilidad de los profesionales, el sistema de información y la existencia de otros profesionales con los que se trabaja. El segundo se refiere al lugar de la propia consulta: el espacio, la camilla, la decoración, el tiempo dedicado, la entrada y salida de gente, la asistencia de la enfermera.

Todos los datos que se conocen a lo largo de la entrevista clínica (EC) se recogen en la historia clínica (HC). Si no se garantiza el secreto de los datos, será difícil que logremos la confidencialidad de los pacientes. Estos datos sirven para

facilitar el seguimiento de los problemas, además de ser un instrumento importante para la docencia y la investigación⁵.

Relación médico-adolescente

Todos los datos obtenidos en la entrevista con el adolescente se anotan en el documento de la HC. La verbalización de las quejas o síntomas a lo largo de la EC forman parte del proceso relacional-terapéutico. Preguntas clave: ¿cuál es el problema?, ¿quiénes son los que reconocen el problema?, ¿cómo afronta el problema el adolescente? y ¿cómo reacciona la familia, la escuela o la sociedad ante ese problema?⁶.

Algunos datos son emocionalmente neutros pero otros serán privados, incluso secretos, con alto contenido afectivo, y no se revelarán mientras no se hayan garantizado algunos requisitos que den confidencialidad al encuentro. Aquí es donde la entrevista tiene todo su valor, por la importancia que el adolescente da a sus confidencias, siendo muchas veces clave en la comprensión de sus quejas. La entrevista se convierte en un conjunto de actitudes y técnicas fruto de un aprendizaje autocrítico, de modo que el buen entrevistador no «nace», sino que se «hace»⁷.

El médico que es asertivo asume y reconoce que puede cometer errores, que no es posible quedar bien con todos los pacientes, aunque es el que tiene la autoridad en la consulta. Hay muchos tipos de pacientes: comunicativos, silenciosos, emocionales-llorosos y agresivos-oposicionistas. Cada caso exige actitudes distintas, pero siempre teniendo en cuenta lo dicho anteriormente.

Aspectos legales del adolescente en el ámbito sanitario

El adolescente también plantea dilemas desde la perspectiva legal en el ámbito sanitario. Además, el menor es protago-

Tabla 1. Axiomas de Watzlawick

1. Es imposible no comunicarse
2. Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel de relación, por ejemplo, el comunicador dice: «Cuidate, chaval». El mensaje, en cuanto a contenido, en este caso podría ser «Evita que pase algo malo» y en cuanto a nivel de relación denotaría amistad y paternalismo
3. La naturaleza de una relación depende de la gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales entre ellos: un ejemplo es el conflicto entre padres y adolescentes, donde cada parte actúa aseverando que no hace más que defenderse ante los ataques de la otra
4. La comunicación humana implica 2 modalidades: la digital (lo que las palabras dicen) y la analógica (el cómo se dice, el lenguaje no verbal)
5. Los intercambios comunicacionales pueden ser simétricos o complementarios. Por ejemplo, la relación entre hermanos es simétrica y entra padre e hijo complementaria

Durante muchos años, no se percibía esta edad como necesitada de salud. En la actualidad, debido al conocimiento mejor, se entiende como etapa clave en el desarrollo y la calidad de vida futura.

nista de la nueva regulación de los derechos de los pacientes aprobada en nuestro país a partir del siglo XXI. Así, se ha pasado de una situación previa de falta de regulación de la capacidad de obrar del menor en el ámbito sanitario a un marco en el que existe ya un régimen jurídico específico de dicha capacidad de obrar y que se contiene principalmente en la ley de autonomía del paciente (Ley 41/2002) y la legislación autonómica de desarrollo de la misma.

Tabla 2. Comunicación eficaz. Principios básicos

- El código del mensaje es correcto. Médicos y adolescentes entienden lo mismo
- Se evitan alteraciones en el código dentro del canal. No hay nada ni nadie que interfiera en lo que quieren decir
- Se toma en cuenta la situación del receptor. El médico entiende que el muchacho puede no comprender bien, repite el mensaje, le pregunta y al final se asegura de que lo ha entendido
- El entorno en el que se produce la comunicación es el correcto, o ambas partes, médico y adolescente, asumen que no lo sea (p. ej., si las consultas no tienen un mínimo de confort para garantizar la confidencialidad y la privacidad), sin que por ello se devalúe la comunicación
- Tanto médico como adolescente coinciden en la valoración de los problemas de salud que se plantean
- La comunicación digital concuerda con la comunicación analógica, es decir, hay concordancia entre el lenguaje verbal y el gestual

Tabla 3. Fallos en la comunicación

- Ambos se comunican en un código distinto si el lenguaje que usan un médico y un muchacho de 14 años no es el mismo
- No hay coherencia entre el lenguaje verbal y el no verbal, por ejemplo, se da un consejo antitabaco y el profesional huele a nicotina
- Se produce una falsa interpretación de la situación. Por ejemplo, se evidencia que el valor de la salud para un médico no es el mismo que para un adolescente
- Se confunde el nivel de relación con el nivel de contenido. Cuando hablamos, por ejemplo, de las ventajas de hacer deporte, y esto se interpreta como deseo de controlar nuestra vida de forma impositiva
- Se espera un intercambio comunicacional complementario y se recibe uno paralelo o simétrico. Esto sucede cuando los médicos ejercen de colegas mientras que lo que espera el joven es que un adulto le transmita seguridad, confianza y ayuda

La mayoría de los adolescentes pasan esta etapa de forma saludable. Cerca de un 10%, tendrá secuelas permanentes que repercutirán en su vida biopsicosocial. La asistencia a los adolescentes en España se reparte tanto en Atención Primaria como especializada de forma parcelar. Los pediatras solo atienden hasta los 14 años, siendo esta edad clave en el desarrollo evolutivo. La interrupción asistencial hace perder tiempo y calidad en el tratamiento y en la relación del adolescente con el sistema de salud.

La entrevista clínica sigue siendo la herramienta más importante en la calidad asistencial.

Este nuevo régimen jurídico sigue fundamentalmente un criterio objetivo, de manera que el factor que determina que se atribuya o no capacidad de obrar al menor es la edad. Los menores de 12 o más años deberán ser escuchados a la hora de adoptar una decisión médica que les afecte, mientras que los de 16 o más años son ya, en principio, titulares del derecho a aceptar o rechazar el tratamiento médico.

Este régimen general queda matizado con una serie de excepciones en las que se seguirá el criterio general de mayoría de edad (18 años) y que atienden a la naturaleza y/o gravedad del acto médico. Así pues, podemos decir que la Ley no crea claramente una nueva mayoría de edad en el ámbito sanitario a los 16, ya que muchas de las excepciones son muy relevantes, principalmente, la que dispone que el menor no decidirá a los 16 o más años cuando el rechazo del tratamiento suponga un grave riesgo para su vida o integridad física.

Pese a que la Ley de autonomía del paciente supone un avance en los derechos del menor, esta nueva regulación ha provocado dudas acerca del nuevo estatus jurídico del menor en el ámbito sanitario, por algunas imprecisiones y deficiencias. Entre estas destaca que la ley atiende a un criterio excesivamente objetivo para evaluar la capacidad de decisión del menor, olvidando que si bien la edad puede actuar como presunción de capacidad, ello no se corresponde con la realidad de los diferentes casos, pudiendo existir menores de 16 años con madurez suficiente para autorizar determinados actos sanitarios.

Así, si bien el criterio objetivo ofrece mayor seguridad jurídica, no encaja bien con el hecho de que lo relevante parece ser no tanto la edad, sino la verdadera madurez del menor. El propio saber científico nos informa que, si bien el proceso que se observa en todo menor tiene caracteres de universalidad, no es plenamente equiparable en todos los menores. Los estudios muestran que lo relevante pudieran ser tramos de edad.

La Ley de autonomía del paciente olvida que existen diferentes tipos de menores y que no todos ellos, en función de sus experiencias personales, familiares o culturales, responden a un patrón claro en el que determinada edad haya de provocar necesariamente el reconocimiento o no de facultades de decisión sobre el acto médico. En muchos casos, la mera gradua-

ción hipotética no responde a la verdadera capacidad volitiva y cognitiva del menor.

Los diferentes estudios empíricos sobre esta materia nos informan en contra de establecer meros criterios por edad, por varias razones: *a)* no todos los menores de 16 años tienen la misma madurez (es un proceso universal pero con diferencias individuales); *b)* tan importante como el elemento volitivo es el elemento moral y los factores psicosociales (elemento afectivo); *c)* el adolescente habitualmente rechaza las figuras de autoridad (padres, profesor, médico, etc.); *d)* los menores asumen más fácilmente los riesgos, y *e)* se parte de una evidencia fundamentada en estudios antiguos y respecto del sexo masculino.

La psicología evolutiva también informa que los menores sí tienen plena capacidad de decisión respecto de aquello que tiene consecuencias a corto plazo, pero no respecto de lo que produce consecuencias a medio o largo plazo. El menor conoce el acto que realiza pero no tanto las consecuencias del mismo, sobre todo, cuando dichas consecuencias no son inmediatas, sino a medio o largo plazo.

También la neurociencia ha demostrado en los últimos años que en los adolescentes el lóbulo central no está totalmente desarrollado, lo que les hace más vulnerables a fallos en el proceso cognitivo de planificación y formulación de estrategias. Ello explicaría varios de los comportamientos que pueden observarse en ellos, tales como, la dificultad para controlar sus emociones, la pobre capacidad de planificación y anticipación de las consecuencias negativas de sus actos o la tendencia a tener gratificaciones inmediatas, sin demora de respuesta.

De todo ello, se deduce que la determinación de la capacidad del menor en el ámbito sanitario ha de atender a 3 elementos: la capacidad de prever las consecuencias a medio y largo plazo es, en principio, inferior en los adolescentes, el lóbulo central no está desarrollado plenamente en los adolescentes (control emociones) y el marco de la enfermedad supone un contexto de decisiones especial y distinto de muchos otros ámbitos (familiar, escolar, etc.).

Por todo ello, sería conveniente desarrollar una escala móvil, de manera que la capacidad de decisión del menor, sobre todo, en lo que viene referido a su derecho a rechazar el tratamiento fuera matizada en atención a la concurrencia de una serie de elementos (la gravedad, irreversibilidad y consecuencias a medio o largo plazo).

Es interesante destacar la circular 1/2012 de la Fiscalía General del Estado, que viene a abordar el problema del rechazo a los tratamientos médicos por parte de los menores y, específicamente, el rechazo a las transfusiones de sangre. La circular considera que la capacidad de los menores para prestar el consentimiento informado debe entenderse modulada cuando se trate de intervenciones «de grave riesgo», de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 9.3 c) Ley 41/2002. Para la Fiscalía, cuando el menor que deba considerarse maduro se niega a una transfusión de sangre u otra intervención médica con grave riesgo para su vida o salud, si los representantes legales son favorables a que se realice la misma, podrá, sin necesidad de acudir al juez, llevarse a cabo la intervención. No obstante, siempre que la situación no sea de urgencia, será aconsejable como más respetuoso con el principio de autonomía del menor,

plantear el conflicto ante el juez de guardia, directamente o a través del fiscal. Por el contrario, cuando el parecer de los representantes legales coincide con el rechazo del menor maduro, el médico debe plantear el conflicto ante el juez de guardia, directamente o a través del fiscal, sin perjuicio de que si concurre una situación de urgencia pueda, sin autorización judicial, llevar a cabo la intervención amparado por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

Por último, otro de los conflictos que plantea el adolescente en el ámbito sanitario es el de la confidencialidad de sus datos contenidos en la HC frente a terceros, sobre todo, frente a sus padres y representantes. Ni el artículo 10 de la Ley General de Sanidad ni la Ley de autonomía del paciente contienen ninguna disposición al respecto. Esta última Ley regula la capacidad del menor para autorizar o rechazar el tratamiento pero no aborda los problemas derivados de la confidencialidad de los datos sanitarios del menor. Sin embargo, la Agencia Española de Protección de Datos en relación con la facultad de acceso de los padres a los historiales clínicos de sus hijos en su Informe 409/2004, en respuesta a una consulta acerca de una menor de 17 años, considera que los mayores de 14 años disponen de las condiciones de madurez precisas para ejercitar, por sí mismos, el derecho de acceso a sus datos de carácter personal, sin que pueda admitirse la existencia de una representación del titular de la patria potestad. Sin embargo, la misma agencia señala, a continuación, que respecto de los restantes menores de edad, no puede ofrecerse una solución claramente favorable⁸.

El menor también plantea problemas en cuanto a su asistencia clínica y a su capacidad de rechazar el tratamiento desde una perspectiva legal. Tales problemas se han visto en parte solventados por la aprobación de la Ley de autonomía del paciente. Sin embargo, la evidencia científica considera que alguna de las propuestas de dicha ley puede ser incorrecta.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía



1. Editorial. Revista on-line *Adolescere*. Volumen XXII. Enero/Febrero 2013. N.º 1 1 Disponible en: http://www.adolescenciasema.org/secciones/portada/slider/Adolescere_n1.pdf
2. Prieto de Sosa R, Tojo Sierra R, Cornellà i Canals J. Declaración de Santiago de Compostela. *An Esp Pediatr*. 1999;51:345.
3. Laín Entralgo P. La relación médico enfermo. Madrid: Alianza Editorial; 1983.
4. Lévi-Strauss C. Las estructuras elementales del parentesco. Editorial Paidós, 1991. p. 194. Disponible en: books.google.es/books?isbn=8437061148.
5. Castellano G, Hidalgo I. Entrevista clínica del adolescente. En: *Medicina de la adolescencia atención integral*. 2.ª ed. Madrid: Ed Ergon; 2012. p. 11.
6. Rodríguez Molinero L. Entrevista clínica al adolescente. *Pediatr Integral*. 2013;XVII(2):128-32.
7. Madrid J. Los procesos de la relación de ayuda. Bilbao: Ed Desclée de Brouwer S.A.; 2005. p. 57.
8. De Montalvo Jääskeläinen F. La autonomía de voluntad del menor en el ámbito sanitario. En: Gascón Abellán M, et al. *Derecho sanitario y bioética*. Valencia: Tirant lo Blanch; 2011.