

---

La persona  
**menor de edad**  
en el ámbito de  
**la salud**

[ Comitè  
Bioètica  
Catalunya ]



# **LA PERSONA MENOR DE EDAD EN EL ÁMBITO DE LA SALUD**

## **I. PARTE GENERAL**

### **1. A manera de introducción**

### **2. Consideraciones bioéticas**

- 2.1 El principio de autonomía**
- 2.2 La confidencialidad**
- 2.3 La vulnerabilidad**

### **3. El marco legal**

#### **3.1. Los derechos de la persona menor en el ámbito sanitario**

- 3.1.1 El derecho a la intimidad y a la confidencialidad**
- 3.1.2 El derecho a la información y al consentimiento**

### **4. La competencia en la adolescencia**

- 4.1 Criterios para la valoración de la competencia del adolescente**

### **5. Situaciones a tener en cuenta en la atención al menor**

- 5.1 Cuando el menor no tiene la madurez o la capacidad natural suficientes para un tratamiento o una intervención médica**
- 5.2 Cuando el menor de edad tiene la madurez o la capacidad suficientes para a un tratamiento o una intervención médica**
- 5.3 Los adolescentes de dieciséis o más años**
  - 5.4 Situaciones respecto a la información**
  - 5.5 Beneficios de la comunicación con los padres**

## **II. ALGUNOS ASPECTOS CONCRETOS**

## **6. La entrevista clínica con menores**

**6.1 Resolver el motivo inicial de consulta**

**6.2 Construir una buena relación con el adolescente**

## **7. Algunos ámbitos concretos de la atención al adolescente**

**7.1 La consulta de Atención Primaria**

**7.2 La acogida a los adolescentes**

**7.3 El ámbito de la consulta**

**7.4 La consulta en un Servicio de Urgencias**

**7.5 La consulta y el ingreso hospitalario**

## **8. La educación para la salud**

**8.1 La prevención del riesgo**

**8.2 El Programa Salud y Escuela**

## **9. La salud sexual y la afectividad**

**9.1 La salud sexual en la adolescencia**

**9.2 La demanda de anticoncepción de urgencia**

## **10. El menor y otros ámbitos de interés**

**10.1 El menor y la investigación biomédica**

**10.2 Las intervenciones estéticas**

**10.3 Los tatuajes y los *piercing***

**10.4 El menor y el deporte**

## 1. A manera de introducción

En la atención sanitaria a las personas menores ante un mismo problema de salud pueden observarse comportamientos diferentes, en parte como consecuencia de las posibilidades que ofrece la técnica, pero sobre todo porque hay concepciones o formas diferentes de entender la vida. Todas estas formas tienen cabida y pueden expresarse en el ordenamiento jurídico vigente, pero generan dudas e inquietud tanto en los profesionales que tienen que atender a los menores como en los padres o en los propios menores.

La aplicación de los principios, normas, derechos y deberes que establecen las leyes, exige ponderar los factores que concurren en un acto o situación concretos. La madurez o la capacidad personal del menor, su estado emocional, la edad, la reversibilidad o irreversibilidad de la actuación, la gravedad o el riesgo que el acto comporta nos ayudarán a buscar la solución más óptima, más beneficiosa, menos lesiva y más respetuosa. Porque el menor, como el adulto, es sujeto de derechos y respeto en el ámbito de la salud y la atención sanitaria, y aunque esté inmerso en un proceso de maduración, va adquiriendo progresivamente capacidad para decidir por sí mismo.

Los padres o tutores tienen una gran responsabilidad, y un deber, de favorecer este crecimiento personal. Este deber comporta la responsabilidad de decidir por el menor cuando éste no es capaz de hacerlo por sí mismo, y también comporta la responsabilidad de procurar tener en cuenta la opinión del hijo e, incluso, promover que vaya decidiendo de forma autónoma, respetando sus decisiones.

Los profesionales sanitarios también tienen el deber, ético y legal, de respetar a los menores de forma equilibrada, dando prioridad a la opinión del menor competente y teniendo en cuenta el respeto a la opinión de los padres, o tutores, siempre que sea necesaria y conveniente para el menor.

Podemos encontrarnos con menores que ya han madurado y desean compartir sus decisiones con los padres. Muchos menos serán los casos en que deberemos respetar la opinión de un menor que consideramos maduro para decidir por sí mismo y que no quiere compartir la información sobre su salud con sus padres o tutores. La tarea de los profesionales sanitarios será ayudarlo a decidir en su beneficio e intentar facilitar la comunicación con los padres o tutores, siempre que esta no sea negativa para el menor.

Por ello los objetivos de este informe son:

- Ofrecer a los profesionales sanitarios unos elementos de reflexión y unas recomendaciones para la práctica de una atención respetuosa con la voluntad del menor, compatible con su grado de madurez y la potestad parental o de los tutores, que se base y fundamente en la confianza mutua

y la responsabilidad compartida.

- Fomentar el diálogo fluido entre menores, padres y profesionales sanitarios, para favorecer el crecimiento en esta confianza y permitir mejorar el proceso de la toma de decisiones.
- Promover y facilitar el respeto a la persona menor y a sus derechos y deberes mediante la correcta aplicación, por parte de los profesionales sanitarios, de las correspondientes previsiones normativas, reglas deontológicas y principios éticos.

## 2. Consideraciones bioéticas

La bioética en el estudio y la reflexión, a la luz de los valores y los principios morales, de la conducta humana, y especialmente la atención a la salud, puede ayudar a elegir la que pensamos que es la mejor opción a tomar en beneficio del menor, argumentando las razones de nuestra decisión para que las personas implicadas puedan comprenderla y compartirla, y por lo menos, respetarla.

Estos principios consensuados por la bioética americana, a partir del Informe Belmont<sup>1</sup> y posteriormente ampliados por Beauchamp y Childress,<sup>2</sup> se han vuelto indispensables en la reflexión de esta práctica bioética. Se trata de los principios de no maleficencia y del de beneficencia, que ya figuran en la deontología médica clásica, y los de autonomía y justicia provenientes de la ética filosófica y de la tradición judeocristiana.

El principio de no maleficencia designa la obligación de no hacer daño a otros (*primum non nocere*) ni por acción ni por omisión. Es decir, debe procurarse que la relación entre el riesgo y el beneficio sea la adecuada, de acuerdo no solamente a los criterios de posibilidades médicas sino también a los valores, los deseos y las creencias del paciente. El principio de beneficencia implica que debe hacerse el bien, pero entendiendo que éste no puede imponerse y que hace falta tener el consentimiento de quien recibirá nuestro supuesto bien. El principio de justicia exige tratar a todos con la misma consideración y respeto y obliga a distribuir equitativamente los recursos disponibles. Finalmente, el principio de autonomía hace referencia a la capacidad del ser humano de tomar, libre y responsablemente, sus decisiones.

Posiblemente sea el principio de autonomía el que representa una superación más importante de la ética médica clásica, la del juramento hipocrático que ve

---

<sup>1</sup>Informe Belmont. Principios éticos y orientaciones para la protección de los seres humanos en la experimentación. Comisión nacional para la protección de seres humanos de la experimentación biomédica y de la conducta. EE. UU., 30 de setiembre de 1978.

<sup>2</sup> Beauchamp y Childress incorporaron posteriormente el principio de no maleficencia.

al médico como gobernado del cuerpo de sus pacientes y que no se cuestiona sus creencias, ni las preferencias, ni las opiniones. Pero esta superación del paternalismo y el ejercicio de la libertad personal no significa una relación contractual fría, sino una relación que debe incluir una cierta implicación y una razonable persuasión del profesional para ayudar a elegir la mejor opción, sobre todo en el caso del menor, cuya capacidad de hecho o la competencia personal para comprender el alcance de una decisión puede variar mucho.

A partir de estos cuatro principios que no son absolutos y que admiten excepciones, la bioética quiere fomentar el debate de manera racional y responsable, siempre teniendo en cuenta el contexto de la situación. Esto es importante en el caso del menor, en el que deben tenerse presentes otros aspectos o principios como el de la vulnerabilidad, que ya recoge la Declaración de Barcelona,<sup>3</sup> según el cual entendemos como vulnerables las personas que pueden ver amenazada su autonomía, dignidad o integridad y que, por esto, han de recibir una ayuda especial para poder darse cuenta de su potencial. O, también, el principio del derecho a la privacidad y a la confidencialidad que también recoge la Declaración de bioética de la UNESCO,<sup>4</sup> recordando asimismo que el respeto a la confidencialidad al cual están sometidos los profesionales sanitarios no significa que el menor quiera siempre ocultar la información a sus padres ni que no se pueda intentar modificar su opinión de una manera razonable, si se considera que informar a los padres puede ser beneficioso para su salud.

Más allá del principalismo, o de otros métodos de análisis como la causídica o la ética narrativa, la bioética nos aporta unas herramientas de trabajo fundamentales: la deliberación y el diálogo. La bioética permite ponderar los factores que intervienen en un acto o situación concreta, la madurez o la capacidad del menor en cuestión, la reversibilidad o irreversibilidad, el riesgo que comporta, etc., y nos ayuda a buscar la solución óptima o la menos lesiva. Esta deliberación y este diálogo nos permitirán explorar aquello que es más valioso, querido o deseado por cada uno, el menor y los padres, y sopesar los pros y los contras de las diferentes opciones.

## 2.1 El principio de autonomía

Entendemos por *autonomía* la capacidad de decidir por uno mismo y asumir la responsabilidad moral de las propias decisiones. El sanitario puede ayudar lealmente (es decir, sin llegar a la coacción) a que el paciente tome la mejor decisión y lo debe hacer consciente de que cuanto más autónoma sea una persona, mayor capacidad tendrá de actuar positivamente sobre su salud. Pero respetar, permitir y promover la autonomía de los menores en el ámbito sanitario no quiere decir:

---

<sup>3</sup> Declaración de Barcelona sobre principios éticos básicos en bioética y bioderecho. Noviembre de 1998.

<sup>4</sup> *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos*. UNESCO, 19 de octubre de 2005

**Dejarles desamparados.** La obligación de los profesionales sanitarios es trabajar por el bien del paciente, en este caso un menor. Aunque respetemos su autonomía, nunca podemos renunciar a darle toda la información necesaria, de manera clara, comprensible y adecuada a su nivel de comprensión; a asegurarnos que el menor entienda dicha información y sea capaz de asumirla e, incluso, ayudarlo a tomar la mejor decisión para su propio beneficio.

**Olvidar a los padres** en el proceso de salud y enfermedad del menor. La situación especial del menor precisará a menudo del apoyo externo de personas adultas. Cuando así sea, nuestra obligación será trabajar con los menores para conseguir que compartan (si es necesario a través nuestro) sus problemas o sus decisiones con quien ellos deseen (en general los padres). En este terreno también nos hará falta saberles orientar y conducir.

**Obligarles a decidir**, incluso si no lo desean o no se atreven. A menudo las personas, y más en situación de debilidad por enfermedad, no se ven capaces de asumir toda la información ni de tomar una decisión. En este caso, y aún más tratándose de un menor, será necesario que seamos prudentes con la información que hay que dar (la necesaria y ninguna más) y al ayudar a tomar la decisión (o incluso decidir por él, si nos lo pide). En este sentido, y con el consentimiento del menor, será muy importante la participación de las personas adultas que le merezcan más confianza.

**Hacerles caso «con los ojos cerrados»** cuando su decisión está limitada por otros factores. La competencia es una cualidad no permanente; se puede tener hoy y no mañana, en un tema determinado. La angustia por la enfermedad o la propia enfermedad en el caso, por ejemplo, de los problemas mentales o adicciones, puede inhabilitar al menor para decidir autónomamente. En estos casos será necesario que otra persona decida por el menor.

**Negarse a ayudarles** si deciden algo en contra de nuestra opinión. Que un menor no quiera hacer caso de nuestro consejo médico no nos permite abandonarlo. Tenemos siempre el deber de atenderle.

## 2.2 La confidencialidad

Del principio ético de la autonomía de la persona se deriva el deber de confidencialidad: los seres autónomos pueden decidir por sí mismos que información quieren o no compartir con los otros.

Pero la confidencialidad no es solamente una obligación ética, deontológica y legal de los [profesionales de la salud](#), sino también una herramienta imprescindible para hacer bien su trabajo. Sin el respeto a la confidencialidad no hay confianza, y sin confianza el [profesional de la salud](#) difícilmente podrá



desarrollar su trabajo.

La autonomía, y el derecho a la confidencialidad que se deriva de ésta, tienen limitaciones cuando la persona no es competente para tomar una decisión o puede provocarse daño a un tercero. Habrá que tener mucho cuidado en las situaciones de riesgo grave para la salud y tener en cuenta las limitaciones legales.

### **2.3 La vulnerabilidad**

También hay que tener presente la mayor vulnerabilidad en que se encuentra el menor, lo que hace que su autonomía esté más amenazada y que, por tanto, deba recibir una ayuda especial para darse cuenta de su potencial.

Desde el punto de vista ético, la medida de cómo actuar ante un menor no nos la da simplemente la edad, sino su grado de competencia para tomar una decisión y su capacidad para comprender y decidir sobre la situación en que se encuentra.

## **3. El marco legal**

El marco legal general es el mismo para todas las personas. Pero, como en otros ámbitos, en la salud existen regulaciones específicas y condiciones de ejercicio, relativas a la capacidad o la madurez, la edad y el alcance de la potestad parental, hasta que se llega a la *mayoría de edad sanitaria*, la cual, con alguna excepción, se establece a los dieciséis años.

De manera progresiva, el ordenamiento jurídico va reflejando, desde hace años, una concepción de los menores como sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad para modificar su propio ámbito personal y social en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades.

La **Ley Orgánica 1/1996**, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, establece que, de acuerdo con los conocimientos científicos actuales, no existe una diferencia relevante entre las necesidades de protección y las necesidades relacionadas con la autonomía de la persona. La mejor manera de garantizar social y jurídicamente la protección del menor es promover que vaya adquiriendo progresivamente el control de su situación personal y de su proyección de futuro.

Pero es necesario ponderar adecuadamente los principios jurídicos en cada situación, ya que la capacidad de obrar depende de la importancia del acto, del riesgo y de sus consecuencias.

Por otro lado, los padres son titulares de la potestad parental, que debe

ejercerse siempre en beneficio de los hijos y ayudando al desarrollo de su personalidad. Tienen que cuidarse del menor, alimentarle, tenerlo en su compañía, educarle y procurarle una formación integral. Los hijos han de colaborar en estas tareas en la medida de sus posibilidades, y en beneficio propio y de la familia.

### **3.1 Los derechos de la persona menor en el ámbito sanitario**

La **Ley 21/2000** del Parlamento de Cataluña, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica; y su homóloga a nivel estatal, la **Ley 41/2002**, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, relacionan diferentes derechos.

#### **3.1.1 El derecho a la intimidad y a la confidencialidad**

Todas las personas tienen derecho a que se respete la confidencialidad de la información y los datos que hacen referencia a su salud. Con carácter general, el deber de confidencialidad también ha de presidir las relaciones de los profesionales sanitarios con el menor capaz o maduro, pero no tiene el carácter absoluto respecto a los padres o tutores.

Por tanto, el profesional sanitario, además de tener en cuenta las previsiones legales respecto a la edad, también debe valorar la situación, la información concreta y el riesgo que asume la persona menor, entre otras circunstancias.

Y si considera que tiene la capacidad y la madurez suficientes en relación con una intervención o tratamiento en el ámbito de la salud y no quiere que se informe de ello a los padres y tutores, el profesional ha de priorizar el deber de respeto a su voluntad y mantener la confidencialidad, excepto cuando:

1. La situación médica represente un riesgo real para un tercero si no le informan de la situación. El profesional sanitario tratará de persuadir al paciente de la necesidad de informar al tercero y, si no lo consigue, lo hará él mismo. Los criterios a tener en cuenta para no mantener la confidencialidad, en caso de riesgo de daños a terceros, son:
  - la gravedad del daño;
  - la probabilidad de que ocurra;
  - la posibilidad de identificar a las víctimas potenciales;
  - su inminencia;
  - la probabilidad de que una comunicación o intervención pueda disminuir el riesgo y la gravedad del mismo; y
  - si el propio paciente es el agente del daño.

2. Haya un grave riesgo para la salud o la vida del menor. Entonces los padres serán informados y su opinión se tendrá en cuenta para la toma de la decisión, aunque el menor tiene que dar su consentimiento. Por ello, aunque el menor tenga madurez suficiente para dar el consentimiento, si actúa de manera que ponga en grave peligro su salud o en caso de que la decisión de no informar a los padres o tutores le perjudique, el médico deberá informarles, aunque el menor se haya opuesto a ello.
3. En caso de que la persona menor sea víctima o se sospeche un delito de maltrato, agresión o abuso sexual, puesto que es obligación de los profesionales asegurar la protección de la persona menor, evitando el riesgo de victimización de cualquier tipo, y comunicarlo al núcleo familiar no abusador, a la Fiscalía de Menores y a la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA).
4. En caso de que haya motivos de salud pública, porque la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, en materia de salud pública, permite adoptar medidas contra la voluntad de las personas:
  - por razones sanitarias de urgencia, y
  - por razones de necesidad.

Las medidas que se pueden adoptar al amparo de esta ley son reconocimientos sanitarios y tratamientos obligatorios, hospitalización obligada, controles sanitarios, vacunaciones, etc. Estas medidas limitadoras del derecho fundamental a la libertad deben utilizarse excepcionalmente. Sólo la autoridad sanitaria puede dictarlas, justificando su urgencia y necesidad. Sin embargo, es bastante común la opinión que, cuando se adopten medidas de este tipo, conviene acudir al juez para que, basándose en los motivos que alega la Administración sanitaria, las [ratifique](#)

La revelación de la información necesaria tiene que hacerse con discreción *exclusivamente* a quien corresponde (padres, tutores o juez), cuando se prevé un beneficio muy probable para el paciente y el silencio comporte un perjuicio muy probable para él u otras personas. [Y, en la medida que sea posible debe informar a la persona menor .](#)

### **3.1.2 El derecho a la información y al consentimiento**

El menor tiene derecho a recibir la información de forma adecuada a sus necesidades y capacidad de comprensión. Sólo de esta manera podrá participar en el proceso de toma de decisiones. A pesar de que la decisión final no le corresponda, su opinión debe tenerse en cuenta. Además, esta información también contribuye a su educación sobre la salud.

La información tiene que darse de forma comprensible y adecuada a las necesidades y los requerimientos del menor, para ayudarle a tomar decisiones autónomamente. Ésta debe incluir todo lo que tenga relación con la intervención o la actuación en el ámbito de la salud y, por tanto, debe comprender, como mínimo, la finalidad, su naturaleza, los riesgos y las consecuencias.

Como el adulto, el menor puede renunciar a recibir información y cuando, según el criterio del médico que le atiende, no tenga capacidad para entenderla debido a su estado físico o psíquico, y considere que el desconocimiento de la situación por parte de los padres puede perjudicarle, les informará.

Un vez recibida la información por parte del médico o el equipo asistencial, el paciente ha de dar el consentimiento con carácter previo a la realización de cualquier actuación. Este consentimiento será, por regla general, verbal y escrito cuando la trascendencia del acto o la ley así lo requiera.

El consentimiento de personas de más de dieciséis años para una intervención o tratamiento prestado de manera plena, libre y consciente, es válido y suficiente excepto en el caso de las intervenciones o los tratamientos que puedan comportar un riesgo grave para la vida o la salud.

En los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, ensayos clínicos, técnicas de reproducción humana asistida, donación de órganos y voluntades anticipadas, hay que atenerse a lo que establece la legislación general o específica, si existe, para dar el consentimiento.

En caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres podrán ser informados y su opinión se tendrá en cuenta para la toma de decisiones. El profesional sanitario también puede considerar que la persona de dieciséis años o más no tiene capacidad o madurez suficientes en relación con una intervención o tratamiento, ya sea por incapacidad, adicción o dependencia.

- Por debajo de los dieciséis años, si el menor es capaz intelectual y emocionalmente de comprender la información, el alcance de la intervención, y evaluar los riesgos y las consecuencias de la misma, entonces puede considerarse maduro para consentir una intervención o tratamiento. Si el profesional sanitario considera, de manera razonada, que no tiene la madurez suficiente para una intervención o tratamiento, se requiere que lo ponga en conocimiento de sus padres o tutores para

que den el consentimiento.

- En el caso de personas de doce o más años, el consentimiento de los padres o los representantes legales debe darse después de haber escuchado la opinión de la persona menor.
- En general, se presume que la persona de menos de doce años no tiene capacidad o madurez suficientes.
- Cuando se trate de menores de dieciséis años emancipados, o con dieciséis o más años y que no sean incapaces ni incapacitados, el menor tendrá que dar personalmente su consentimiento.

Ambos progenitores han de dar el consentimiento, a no ser que uno de ellos actúe con el consentimiento del otro, o en los casos de necesidad urgente o en situaciones en las cuales se acepte socialmente que actúe cualquiera de los dos individualmente.

En caso de que se produzca divergencia y la opinión de los padres sea contraria a la voluntad expresada por el hijo, el profesional sanitario puede pedir el asesoramiento del Comité de Ética Asistencial de su institución y, si fuese necesario, tendría que pedir la correspondiente autorización al juez, de acuerdo con los criterios médicos y clínicos, que le autorice a actuar inmediatamente y no sólo en caso de situación límite.

Cuando en una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica de la persona menor no es posible conseguir la autorización de los padres, los médicos deberán decidir conforme a criterios del mejor interés para el menor.

En los casos de sustitución de la voluntad del afectado, la decisión ha de ser objetiva, la más adecuada a las circunstancias y proporcional a las necesidades que deban atenderse. Debe ser en beneficio de la persona menor, hay que respetar su dignidad y proteger su interés y, siempre que sea posible, el menor ha de intervenir en la toma de decisiones.

### **Los deberes de la persona menor en el ámbito de la salud**

El menor también tiene deberes respecto a su salud. Exigir y educar en estos deberes contribuye a su maduración.

- Tener cuidado y ser responsable de su salud, de acuerdo con su edad y nivel de capacidad o madurez.
- Adoptar conductas y hábitos saludables, y hacer caso de los consejos de salud de sus padres o tutores.
- Conocer aquellos hábitos y factores más relevantes que inciden en su

salud y los que comportan un riesgo.

- Participar en las cuestiones y decisiones que afectan a su salud y colaborar con los padres o tutores en las actuaciones que se hagan en su beneficio.
- Respetar y cumplir las medidas de salud pública.

### **Los derechos y los deberes de los padres o tutores para con los menores**

La **Ley 9/1998**, de 15 de julio, del Código de familia regula los deberes de los hijos, la representación legal y sus excepciones.<sup>5</sup>

El artículo 155 del Código de familia excluye de la potestad parental la representación legal en lo que se refiere a los actos relativos a los *derechos de la personalidad* del menor que el hijo, de acuerdo con las leyes, la edad y sus condiciones de madurez pueda realizar por sí mismo; pero no niega la función tutelar de los padres de velar y tener cuidado de la persona menor, hasta que cumpla los dieciocho años.

Por tanto, en el caso de los menores, el alcance del ejercicio de sus derechos puede verse modulado por la potestad parental de los padres en los casos en que sea necesario completar su capacidad y, especialmente, por el deber de los padres o tutores de velar y tener cuidado de las personas menores. Sobre todo cuando el menor se encuentra en una situación de riesgo para su vida o salud.

Es decir, la potestad parental ejercida en beneficio de sus hijos se concreta en el deber de cuidar de la salud los mismos.

### **El deber de guardar secreto del profesional sanitario**

La situación más habitual es que el menor que tiene capacidad para dar el consentimiento informado permita, expresa o tácitamente, que se informe a sus padres o tutores, de manera que la comunicación se dé con naturalidad.

Pero puede pasar que el menor con suficiente capacidad para consentir el tratamiento o la intervención se oponga expresamente a que se comunique su situación médica a sus padres o tutores, exigiendo la confidencialidad.

En estos casos el profesional deberá respetar la voluntad de la persona menor, no sin intentar, si considera que es beneficioso, promover y ayudarle a que comparta la decisión con los padres o tutores.

---

<sup>5</sup> En los artículos 133, 143, 144 y 155, que se refieren, respectivamente, a los derechos y deberes de los padres.

Ahora bien, en determinados casos, como la reiteración de petición de asistencia tras actuaciones inadecuadas, como por ejemplo intoxicaciones etílicas, consumo reiterado de otras sustancias, incumplimiento del tratamiento de una enfermedad crónica, etc., que ponen en duda la supuesta madurez del menor, es necesario que esta confidencialidad decaiga y se informe a los padres.

### **La confluencia del derecho a la intimidad y a la confidencialidad del menor y la potestad de los padres**

Ya se ha dicho que el derecho a la intimidad y a la confidencialidad en los menores no tiene un carácter absoluto respecto a los padres y tutores. Según se desprende de la Sentencia TC 141/2000, de 29 de mayo de 2000,<sup>6</sup> el consentimiento informado no es un acto personalísimo, de aquellos que nadie puede realizar en sustitución de la persona. Así, en caso de que la persona menor no tenga la capacidad o madurez suficientes, este consentimiento debe completarse o sustituirse con el consentimiento de los padres o los representantes legales.

Pero las limitaciones al ejercicio de los derechos del menor se han de interpretar de la manera más favorable para que el menor pueda ejercer los derechos por sí mismo.

Habrá que informar a los padres o tutores cuando el menor lo consienta expresamente o tácitamente, cuando no tenga suficiente madurez para decidir sobre los tratamientos o las intervenciones médicas o cuando, teniéndola, se encuentre en una situación de grave riesgo para su vida o salud, o si la decisión de no informarlos le perjudica.

Deberán tenerse en cuenta las circunstancias de cada caso. Considerando los principios del mejor interés para el menor, el ejercicio de la potestad parental o de la tutela puede quedar en suspenso cuando el profesional sanitario considere que la relación de confianza con el menor y su participación en el proceso de toma de decisiones puede comportar un beneficio, de manera que mantenga temporalmente la confidencialidad de acuerdo con esta finalidad. En ningún caso esta consideración es aplicable a los maltratamientos, los delitos o las agresiones.

El menor ha de poder acceder a los servicios sanitarios con la confianza de que se le ayudará, atenderá y respetará. La confidencialidad puede ser una condición necesaria, especialmente cuando la persona menor pide ayuda. Los

---

<sup>6</sup> «Los menores de edad son titulares plenos de sus derechos fundamentales, sin que el ejercicio de los mismos y la facultad de disponer sobre ellos se abandonen por entero a lo que al respecto puedan decidir aquellos que tengan atribuida su guarda y custodia o su patria potestad, cuya incidencia sobre el disfrute del menor de sus derechos fundamentales se modulará en función de la madurez del niño y los distintos estadios en que la legislación gradúa su capacidad de obrar.»

padres o tutores han de poder confiar en los profesionales sanitarios. Si no se consigue este marco de confianza entre los menores, los padres o tutores y los profesionales, se corre el riesgo de que las personas menores no vuelvan a buscar la ayuda sanitaria, ni la de los padres o tutores. Esto puede incentivar que los menores busquen la solución a su problema en ámbitos extrasanitarios, ya sea en los amigos o en establecimientos no profesionales, productos y servicios ofrecidos en el mercado, sin ningún tipo de control ni garantía. Esta situación sería contraria a la propia finalidad de la potestad parental o de la tutela, ya que implicaría lesionar el derecho a la salud de las personas y las condiciones de equidad en el acceso a la salud.

Por tanto, el ejercicio del derecho de acceso a los servicios de salud por parte del menor no puede verse limitado por una interpretación restrictiva del deber de la confidencialidad; pero tampoco por una interpretación excesiva del alcance del deber de informar a los padres o tutores. La adecuada ponderación de los diferentes principios y derechos en juego permitirá al profesional tomar la decisión más acertada.

Pero, si el profesional sanitario, habiendo tratado que el menor intelectual y emocionalmente maduro comparta la información con sus padres, no consigue modificar la voluntad de éste de no informarles, entonces debe mantener la confidencialidad, excepto si existe una de las razones señaladas anteriormente.

En caso de que el profesional sanitario considere que la persona menor es madura, es decir, que tiene la suficiente madurez o capacidad, tanto intelectual como emocional, en relación con una determinada intervención, y que de manera razonada manifieste su voluntad de no informar a los padres o tutores, el profesional sanitario debe mantener la confidencialidad, a no ser que exista una causa de excepción a la misma.

Hay algunas consideraciones que el profesional debe valorar a la hora de mantener la confidencialidad en cada caso y de manera individualizada, como por ejemplo que:

- el tratamiento esté clínicamente indicado;
- la falta de tratamiento sea perjudicial para la persona menor;
- el tratamiento haya sido solicitado libremente y conscientemente por el menor;
- el médico considere que la persona menor tiene la suficiente madurez para intervenir constructivamente en la toma de decisiones; y que
- la intervención de los padres pueda comportar que el menor rechace el tratamiento.



## 4. La competencia en la adolescencia

La adolescencia es el período del desarrollo humano que abarca desde el inicio de los primeros cambios puberales hasta el inicio de la edad adulta.<sup>7</sup> Se producen una serie de cambios que afectan al adolescente y a los adultos. Quien hasta ahora era un niño, o una niña, tiene que renunciar a esta condición, con todo lo que comporta de seguridad, protección y dependencia. Los padres también deben renunciar a la visión infantil que tienen de su hijo, con lo que comporta de verlo irresponsable, inmaduro, inexperto, etc., y darle oportunidades de experimentación. Es difícil decir qué cuesta más: que el adolescente renuncie a sus aspectos infantiles o que los adultos toleren la integración del adolescente en su mundo.

Los adolescentes reclaman, y muchas veces exigen, a los padres y a los adultos que respeten su manera de ser y de pensar, de hacer y de comportarse, cuando todavía son profundamente dependientes de sus aspectos infantiles y, consecuentemente, de la familia. Puede ser una etapa de mucho sufrimiento para ellos y para su familia. Han de hacer frente a un cambio en la manera de ser, de pensar, de vivir las cosas complejas y difíciles, que les llevará a situaciones de verdadera crisis, vividas de formas muy diferentes.

### 4.1 Criterios para la valoración de la competencia del adolescente

En la adolescencia, el acceso al pensamiento abstracto permite reflexionar y discutir a partir de hipótesis, deducir consecuencias y detectar incoherencias en el razonamiento de los otros. El desarrollo moral está vinculado al desarrollo cognitivo, pero la capacidad cognitiva no es suficiente para garantizar el desarrollo moral, porque éste está influenciado por el entorno familiar y social. Kohlberg (1984), siguiendo a Piaget (1932), estudió las etapas del desarrollo moral y concluyó que existe una secuencia y que algunas personas de entre 12 y 15 años ya han alcanzado buenos niveles de madurez moral, si bien otras necesitan más tiempo.

En el ámbito psicológico, un adolescente se puede considerar maduro si muestra un nivel de diferenciación psicológica suficiente para:

- reconocer las opciones personales (saber qué quiere);
- tener la capacidad de ponerse en el lugar del otro (entender que los

---

<sup>7</sup> La OMS define *adolescencia* como el grupo de edad entre los 10 y 19 años, y los *jóvenes* como las personas entre los 15 y 24 años.

- otros pueden querer algo diferente);
- saber identificar situaciones de conflicto (detectar y tener recursos para tolerar y afrontar el conflicto); y
- mostrar recursos para guiar su acción a partir de la reflexión (mayor tendencia a reflexionar que a actuar impulsivamente).

Estos datos evolutivos son fundamentales para el concepto *menor maduro*, que en el ámbito sanitario significa tener suficiente competencia y recursos personales para comprender las alternativas posibles, evaluar las consecuencias de cada una de ellas y decidir en situaciones que afectan la salud. El reconocimiento social de la capacidad para decidir nunca debe entenderse como una obligación por parte de la persona menor.

A efectos prácticos, conviene diferenciar entre el **proceso de maduración** de la persona, en el cual intervienen factores genéticos, psicológicos y ambientales y que no es homogéneo en todas las áreas del desarrollo personal, y el **grado de madurez**, que capacita al menor para ejercer su autonomía y tomar decisiones en una *situación concreta*.

Cualquier situación problemática desvela emociones que pueden interferir en la comprensión y la toma de decisiones. El apoyo de los padres y la confianza mutua son factores que facilitan la toma de decisiones en temas de salud y, al mismo tiempo, generan aprendizaje para saber actuar con mayor autonomía y responsabilidad.

La dificultad para los profesionales surge cuando la persona menor muestra suficiente madurez para tomar una decisión determinada y los padres no están de acuerdo, o bien la persona menor no quiere que los padres lo sepan. La mediación del profesional sanitario será imprescindible para respetar los derechos del menor y los de los padres. En su intervención tendrá que:

- asegurarse de que el menor tenga un grado de madurez suficiente;
- detectar el motivo del conflicto entre el menor y los padres; y
- facilitar la resolución del mismo.

En su actuación, el profesional ha de tener en cuenta que:

- La evaluación de la competencia debe referirse a una situación concreta, una práctica de riesgo, un tratamiento, una intervención quirúrgica, etc.
- Los datos para determinar si el menor es competente deben recogerse en el **contexto sanitario** del menor, teniendo en cuenta que, a veces, habrá emociones intensas o criterios de urgencia que pueden interferir en el proceso.
- Hay que tener **conocimientos y habilidades de entrevista** para facilitar al máximo la comunicación, observar si el menor se muestra

receptivo, recogiendo indicios verbales y no verbales, y estimulándole para que pueda expresar su situación, sus valores y la responsabilidad frente a su decisión.

- La **información** que se facilite al menor debe ser veraz, comprensible y adecuada a los requerimientos del paciente.
- Cuando el menor no consiente de manera explícita una propuesta de intervención que el profesional le formula, no significa que no necesite ayuda y, por tanto, hay que valorar si existen alternativas factibles y razonables que se le puedan ofrecer.

Sería muy conveniente contar con instrumentos de medida de la competencia, adaptados a nuestro entorno, para utilizar en situaciones dudosas y puntuales; pero, desafortunadamente, todavía no disponemos de ellos. Entre otros, podemos destacar la escala móvil de capacidad de Drane, con tres niveles y en la cual el punto de corte personal depende de la complejidad de la decisión a tomar. También están los criterios de evaluación de la competencia de MacCAT-T, que se reproducen en la tabla adjunta, o el Aid to Capacity Evaluation (ACE) de la Universidad de Toronto.

Mientras no dispongamos de estos instrumentos, en situaciones complejas es recomendable la evaluación de la capacidad por otro profesional, a parte del responsable. Con todo, hay cuatro aspectos que pueden **determinar si el menor es competente** para tomar autónomamente una decisión:

- 1 Capacidad para expresar una elección.
- 2 Capacidad para entender la información relevante de la situación en que se encuentra antes de tomar ninguna decisión.
- 3 Capacidad para evaluar el sentido de la información en lo referente a su situación, especialmente la enfermedad y las consecuencias que cada opción puede tener en su salud y calidad de vida.
- 4 Capacidad para razonar y desarrollar un proceso lógico en el cual, partiendo de la información recibida, considere la situación desde su realidad y fundamente su decisión, ponderando riesgos y beneficios.

<i>Criterio</i>	<i>Subcriterio</i>
Comprensión	<ul style="list-style-type: none"> <li>•1 De la enfermedad</li> <li>•2 Del tratamiento</li> <li>•3 De los riesgos y beneficios</li> </ul>
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>•1 De la situación de la enfermedad</li> <li>•2 Del objetivo general del tratamiento</li> </ul>
Razonamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>•1 Lógico – Secuencial</li> <li>•2 Lógico – Comparativo</li> <li>•3 Predictivo (consecuencias de la elección)</li> <li>•4 Consistencia interna del procedimiento de la elección</li> </ul>
Elección	<ul style="list-style-type: none"> <li>•1 Expresa una decisión</li> </ul>

MacCAT-T (Grisso y Appelbaum, 1988)

## **5. Situaciones a tener en cuenta en la atención al menor**

De acuerdo con el marco legal, debe escucharse a la persona menor y su opinión se tomará en consideración como un factor que será determinante en función de su edad y su grado de madurez.

### **5.1 Cuando el menor no tiene la madurez o la capacidad natural suficientes para un tratamiento o una intervención médica**

En este supuesto, los padres o los representantes legales del menor son quienes tienen que dar el consentimiento. Los padres han de escuchar al menor, ya que es el titular del derecho a la información si tiene más de doce años y también antes, si tiene suficiente madurez para mantener una conversación coherente sobre el tema, ya que no tener capacidad para consentir no significa que no la tenga para opinar. Deberá informarse al menor sobre su situación médica en la medida y la manera que lo permita su grado de desarrollo intelectual y emocional. Es decir, el menor ha de intervenir tanto como sea posible en la toma de decisiones.

Los padres han de actuar conforme al mejor interés para el menor, coincida o no éste con sus convicciones personales ideológicas o religiosas. La decisión tiene que ser la más objetiva y proporcional posible, en beneficio del menor. Si no fuese así, el profesional sanitario debería dirigirse al juez para que resuelva y decida conforme al mejor interés objetivo para el menor. Además, debería decidir exclusivamente según criterios médicos, en los casos en que la necesidad urgente así lo requiriese.

### **5.2 Cuando el menor de edad tiene la madurez o la capacidad suficientes para un tratamiento o una intervención médica**

Por debajo de los dieciséis años, y siempre que no se haya producido la emancipación del menor, la ley deja la puerta abierta al análisis, en cada caso concreto, según el grado de madurez. Por tanto, hay que valorar la madurez de un menor determinado en relación con una decisión concreta y, en caso de que determinemos que es maduro, debe respetarse la posibilidad de que el menor tome decisiones en el ámbito de la salud. Lo contrario supondría una vulneración del desarrollo libre y progresivo de su personalidad. Esto comporta, además de la posibilidad de que el menor dé por sí mismo el consentimiento informado a los tratamientos y las intervenciones médicas, la posibilidad de que exija también el respeto a su derecho a la intimidad con la garantía de confidencialidad.

La determinación de la madurez en cuanto a un acto asistencial concreto corresponde al profesional que deberá comprobar la aptitud del menor para entender los riesgos y los beneficios del tratamiento o la intervención, y la mayor o menor gravedad de éstos, ya que no es igual dar el consentimiento a la administración de una vacuna que a una intervención a corazón abierto.

La intervención de los padres ha de ser inversamente proporcional a la madurez del menor: cuanta más capacidad natural, menos intervención de los padres.

Pero, en cualquier caso, en la atención a los menores no se puede dar por supuesto que no se quiere informar a los padres o que no se puede intervenir porque el menor cambie de actitud si es en beneficio suyo. El respeto a la confidencialidad a que están sometidos los profesionales [de la salud](#) no significa que el [profesional](#) no pueda intentar modificar la opinión del menor, de una manera razonable, si considera que informar a los padres puede ser beneficioso para su salud, y deben entenderse excluidos del deber de confidencialidad los casos señalados en el apartado 3.1.1.

La dificultad para los profesionales surge cuando la persona menor muestra suficiente madurez para tomar una decisión determinada y los padres no están de acuerdo, o bien la persona menor no quiere que los padres lo sepan. La mediación del profesional sanitario será imprescindible para respetar los derechos del menor y los de los padres. En su intervención tendrá que:

- asegurarse de que el menor tenga un grado de madurez suficiente;
- detectar el motivo de conflicto entre el menor y los padres; y
- facilitar la resolución del mismo.

### **5.3 Los adolescentes de dieciséis o más años**

Los dieciséis años, y la emancipación por matrimonio antes de esta edad, constituyen un criterio legal objetivo de determinación de la madurez. Se presume que el menor tiene capacidad para decidir por sí mismo sobre su salud y, por tanto, no se requiere el consentimiento por representación de los padres o de los tutores, excepto cuando:

- el estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación;
- haya incapacitación legal;
- el paciente menor de edad no sea capaz, intelectual ni emocionalmente, de comprender el alcance de la intervención; y
- el facultativo determine una situación de riesgo grave.

Si el profesional responsable de la asistencia considera que, desde un punto de vista clínico, la persona menor presenta una falta de capacidad para tomar decisiones, ya sea por inmadurez, adicción o dependencia, o bien haya un

riesgo importante para la vida o la salud inherente a una determinada intervención, entonces tiene la obligación de informar a los padres para que su opinión se tenga en cuenta en la toma de decisiones.

Cada caso debe valorarse individualmente, pero también puede ser de ayuda tener en cuenta cual es el mejor interés para el menor. Por ello es conveniente considerar:

- la perspectiva del adolescente, siempre que la pueda expresar;
- la perspectiva de los padres;
- la perspectiva de otras personas cercanas al adolescente;
- las creencias religiosas, culturales o de otros tipos y los valores del adolescente y de los padres;
- la perspectiva de otros profesionales de la asistencia sanitaria implicados en la atención sanitaria del adolescente, y de otros profesionales que tienen interés en su bienestar; y
- que elección, si hay más de una, limitará menos las futuras opciones del adolescente.

El peso de cada punto dependerá de las circunstancias y debe considerarse cualquier otra información pertinente. No deberíamos hacer suposiciones injustificadas sobre los mejores intereses de un adolescente basándonos en factores irrelevantes o discriminatorios, como su comportamiento, el aspecto o una discapacidad.

También hay que tener presente que la legislación actual no reconoce la capacidad para decidir a los dieciséis años y la aplaza hasta la mayoría de edad (dieciocho años) en los casos de:

- interrupción voluntaria del embarazo,
- participación en ensayos clínicos,
- técnicas de reproducción asistida,
- donación de órganos, y
- otorgamiento de las voluntades anticipadas.

En nuestra opinión, el marco normativo de aplicación en estas situaciones particulares debería adecuarse al criterio expresado de presunción de capacidad a partir de los dieciséis años.

#### **5.4 Situaciones respecto a la información**

Lo que hemos dicho en los dos apartados anteriores, en referencia a la

capacidad para tomar decisiones autónomamente, nos vale aquí en lo que respecta a la información. Cuando consideramos que un menor tiene la madurez suficiente para tomar una decisión sin el consentimiento de los padres, consideraremos también que el menor es titular de la información y, por tanto, el primer destinatario de la misma.

Cuando consideramos que un menor es competente para decidir en aquella situación, deberíamos facilitarle la información pertinente y esperar a que determine si la comparte con los padres. En la mayoría de situaciones será conveniente ayudar al menor a compartirla.

En nuestro entorno es frecuente amagar la información a pacientes adultos plenamente competentes en caso de enfermedades con evolución desfavorable (por ejemplo, cáncer o enfermedades neurodegenerativas); a menudo hablamos primero con los familiares. De manera similar actuamos con los menores, ni que sean considerados maduros. Esta es una práctica que tendríamos que ir revisando y modificando con la debida prudencia; el menor que consideramos maduro, igual que el adulto, debería ser siempre el primer depositario de su información. En este sentido, será también una tarea del profesional ayudar a los padres a entender la importancia del conocimiento de la realidad (adaptado a su madurez) por parte del menor.

Muchos padres, sobre todo ante la sospecha de enfermedades graves y de evolución desfavorable, piden:

a) Que no se informe adecuadamente al menor, con el deseo comprensible de evitarle el sufrimiento que provoca asumir un diagnóstico de esta naturaleza.

Una buena información abre el diálogo y la participación del paciente y, en la mayoría de los casos, representa un beneficio para el adolescente enfermo. Además, una vez asimilado el diagnóstico, el menor afronta con menos angustia los tratamientos habitualmente agresivos y adquiere la fortaleza necesaria que da el conocimiento de la realidad. Una vez hecho el diagnóstico, es una buena práctica médica dejar un tiempo prudencial, para que los padres asimilen la nueva situación y, a continuación, ayudar a que se garantice la aplicación del derecho de información al adolescente. Como el adulto, el menor maduro es el titular del derecho a la información y, por tanto, la eventual vulneración de su derecho a ser informado debe justificarse sobre la base de la existencia de un estado de necesidad o de un posible beneficio terapéutico. Por esto es importante fomentar un proceso deliberativo previo entre los padres y los médicos, en el cual es muy conveniente huir de posturas extremas.

b) Que los padres tomen la decisión y, por tanto, sean ellos mismos quienes informen a su hijo enfermo sobre las posibilidades de tratamiento.

Esto es así cuando el menor no tiene capacidad para comprender lo que ha

de decidir. Pero, cuando el menor tiene la madurez suficiente, es necesario considerar su opinión, sobre todo cuando se trata de decisiones de fuerte impacto emocional. Los padres decidirán en caso de que el hijo no tenga suficiente madurez, pero habrá que informarle atendiendo a sus circunstancias personales y considerando su opinión.

c) Que prevalega la opinión de los padres cuando haya discrepancias respecto a la toma de decisiones entre los padres o vinculados responsables y el menor con capacidad o madurez.

Afortunadamente, esta situación es excepcional. Por otro lado, presenta muchas dificultades, ya que según la legislación vigente:

- los menores de doce años no pueden decidir solos y, por tanto, tendremos que informar a los padres y escuchar, siempre que sea posible, la opinión del menor;
- deberemos valorar el grado de madurez de los menores de entre 12 y 16 años, y actuar en consecuencia; y
- a partir de los dieciséis años, el menor será tratado como si fuese mayor de edad, pero escucharemos la opinión de los padres, siempre que el menor no se oponga.

En general, acabaremos dando la información al menor maduro y a los padres, procurando que la interacción entre ambos sea favorable para el menor y le ayude a determinar lo que es mejor para él.

En el caso excepcional de que el menor maduro, a quien hemos considerado competente, no quiera que se informe a los padres, deberemos actuar en su beneficio:

- Respetaremos su **voluntad** si creemos que no implica ningún problema para una adecuada decisión por su parte.
- Respetaremos siempre su decisión si consideramos que la participación de los padres podría ser maléfica.
- Procuraremos ayudarle a compartir la información con los padres si creemos que en este caso le ayudaría a afrontar mejor el problema.

Si aparecen discrepancias, el equipo de tratamiento tendrá que hacer prevalecer la opinión del menor considerado maduro, incluso en lo referente a la confidencialidad respecto de los padres o tutores. Es muy conveniente en estas situaciones pedir la ayuda de un Comité de ética asistencial.

## **5.5 Beneficios de la comunicación con los padres**

En caso de que el menor sea reticente a comunicar la situación a sus padres, el profesional sanitario ha de intentar modificar esta opinión razonablemente, si considera que informar a los padres puede ser beneficioso para la salud del



menor o si la participación de los padres en el tratamiento o su intervención en el proceso educativo en materia de salud resulta beneficiosa.

Incluso puede llegar a ser necesario romper el deber de confidencialidad, porque el conocimiento de la situación del menor por parte de los padres comportará un beneficio para el menor en cuanto a orientación, apoyo emocional y corresponsabilización en la toma de decisiones.

Cuando se haya constatado que la intervención de los padres, lejos de ser positiva para la evolución del menor, representa una inestabilidad emocional a causa de una actitud intransigente o intolerante, o por comportamientos violentos, entonces quedará justificado que no se informe a los padres.

## **II. ALGUNOS ASPECTOS CONCRETOS**

En los apartados siguientes se comentan algunos aspectos concretos de los cuales se recogen consideraciones generales. Una exposición más a fondo requeriría un tratamiento específico que no es el objeto de este informe.

### **6. La entrevista clínica con menores**

La mayoría de los menores que consultan se encuentran dentro de los parámetros «habituales». No obstante, cada joven es diferente y a menudo tendremos que adaptarnos a la realidad del paciente que tenemos delante y al motivo de consulta. Siempre hay entrevistas especialmente complicadas, pero la mayoría de los menores entrará en la consulta por motivos banales y deberemos indagar sobre aquellos hábitos y aspectos relacionales que pueden ser importantes.

A continuación se describen los objetivos de la entrevista clínica con el adolescente.

#### **6.1 Resolver el motivo inicial de consulta**

El joven se dirige a la consulta con una demanda concreta. Puede ser un problema físico, un malestar psicológico o la necesidad de algún documento burocrático (carnés de vacunas, certificados deportivos, etc.), es decir, con una petición de ayuda. Es importante que dediquemos unos momentos a reflexionar sobre como aportarle el mayor beneficio, para que el motivo de consulta quede resuelto cuando acabe la entrevista. Si nosotros no se lo vamos a resolver, le procuraremos la información suficiente y adecuada para que

encuentre la solución a su demanda.

Por ejemplo:

- 1 Consulta por fiebre: el profesional ha de explorar al paciente, hacer el diagnóstico y darle un tratamiento. Si no lo hace así, aunque lo cure con pastillas, el joven pensará «fíjate, ¡ni me ha mirado!» Las explicaciones sobre el proceso siempre han de ser sencillas y entendedoras, implicando al joven en la toma de decisiones y acabando la consulta con un «¿quieres preguntar algo más? ¿tienes alguna duda?»
- 2 Consulta por malestar psicológico ante una rotura de pareja: no sirven las apreciaciones del tipo «no te preocupes, eso son tonterías de la juventud. ¡En tres días se te pasará!» Esto hace que el chico o la chica piense que el profesional no valora su sufrimiento y da las mismas respuestas que a sus padres. Es necesario escucharle activamente y desdramatizar la situación que vive el joven, en un clima de empatía que pueda ser percibido por éste y que le ayude a confiar en las posibles vías de actuación.
- 3 *Chica de 14 años y 8 meses, atendida en pediatría y que consulta pidiendo la anticoncepción de urgencia por una relación con rotura de preservativo.*

Esta puede ser una decisión difícil, pero el punto de partida de la solución tiene que ser evitar el mal mayor de un embarazo adolescente y, después, analizar con la chica qué ha pasado realmente. Si negamos el tratamiento a esta joven o, en el otro extremo, damos el anticonceptivo de urgencia sin una reflexión posterior, estaremos realizando una asistencia sin tener en cuenta el mayor beneficio para la persona atendida. En el apartado 8.2 se detallan algunos criterios a tener en cuenta.

Una característica diferencial de las demandas de consulta de los menores es el hecho de que éstos pueden venir acompañados por los padres o incluso «arrastrados» por ellos. La actitud inicial de este joven en la consulta será de rechazo si él no quería ir; más adelante veremos como conseguir una relación asistencial de confianza en estos casos. Con todo, también tendremos que determinar muy bien cual es la demanda que hacen los padres y darle respuesta.

- 4 *Madre que lleva al hijo de 16 años porque es desordenado, ha empezado a fumar y se relaciona con unos compañeros que a ella no le gustan.*  
Comenzaremos la entrevista descargando las preocupaciones de la madre y, cuando esta nos haya explicado todo lo que la ha llevado a pedir visita, nos centraremos en la atención al joven en un ámbito que

respete la privacidad.

## 6.2 Construir una buena relación con el adolescente

Lo primero que tenemos que hacer cuando visitamos a un adolescente, como con cualquier otro paciente, es presentarnos. Los jóvenes tienen pocos contactos con el ámbito sanitario y es necesario que, una vez acabada la visita, sepan quien les ha atendido. El momento de la presentación es ideal también para clarificar las bases de la entrevista [clínica](#) privacidad y confidencialidad.

**Garantizar la intimidad** es la premisa para visitar a un joven si queremos profundizar en temas de prevención y hablar con él con confianza. Con los acompañantes delante no sabemos si este joven nos explicará realmente lo que le está sucediendo. Antes de pedir a los acompañantes que se esperen fuera, es importante escuchar todo lo que éstos quieren explicar al profesional. Tampoco es correcto forzar a un adolescente que se siente incómodo a quedarse a solas con el profesional. No olvidemos que cada visita y cada adolescente tendrá sus propias características.

Los [profesionales de la salud](#) tienen miedo que, al pedir a los padres que abandonen la consulta, éstos se molesten y reivindiquen su derecho a estar presentes. Normalmente no hay ninguna dificultad, si el acompañante ha explicado todo lo que quería, la entrevista se hace con empatía hacia todos y se considera el hecho de la privacidad como habitual (tal como debería ser realmente).

Una fórmula que puede servir es:

«Entiendo, por lo que me ha explicado, que usted está preocupada por la conducta de su hijo. Si no me tiene que decir nada más, y su hijo no tiene ningún inconveniente, le ruego que se espere fuera para poder comentar todo esto y completar su historial. Normalmente lo hago así en estas edades.»

**La confidencialidad** es el otro eje de la entrevista. Creemos especialmente importante que esta quede explicitada, sino los jóvenes y los padres pueden pensar que lo que se habla en la consulta, en un ámbito de privacidad, después puede ser explicado.

En el apartado 3 se explican cuales son los límites de esta confidencialidad. En el día a día asistencial, la mayor parte de las visitas no nos presentará ninguna duda sobre si debemos explicar alguna cosa a los padres. Sin embargo, si tenéis estas dudas, siempre tenéis que pensar qué será lo mejor para el adolescente que tenéis delante. Podemos valorar que lo mejor es no explicar nada, mantener el contacto y, más adelante, ayudar al chico para que lo pueda explicar él mismo; o, al contrario, podemos valorar que lo que nos ha explicado comporta un riesgo que debe ser comunicado. Es importante explicar

al chico o a la chica la decisión tomada y el motivo sanitario que nos la hace tomar.

Una vez a solas con el joven, es necesario que la entrevista tenga empatía, no tomar muchas notas delante suyo, intentar hacerle reflexionar sobre temas preventivos, adoptar una actitud de no juzgar, no dar por hecho que son demasiado jóvenes, etc.

Alguna vez podemos visitar a un menor y creer que los padres están descuidando las curas básicas. Es nuestra obligación procurar implicar a estos padres y no sustituirlos. Las actitudes paternalistas no pueden ser la base de una relación sanitaria y asistencial.

Los jóvenes han de ser tratados como adultos, pero también hay que estar pendientes de que sus necesidades, afectivas y sociales, en esta época de cambio, sean atendidas por sus padres, los cuales son los responsables finales de su desarrollo.

## **7. Algunos ámbitos concretos de la atención al adolescente**

Los adolescentes normalmente gozan de buena salud y, cuando consultan, a menudo lo hacen por una enfermedad urgente y de poca importancia. Por esto, es conveniente aprovechar cualquier contacto con los servicios sanitarios y profundizar sobre los posibles riesgos a los que, por su condición de adolescentes, están más expuestos.

### **7.1 La consulta de Atención Primaria**

En la atención primaria las visitas pueden parecer cortas, pero la ventaja es la continuidad asistencial. Cualquier contacto del joven con su médico o profesional [de la salud](#) ha de permitir que el menor conozca el funcionamiento del Centro de Atención Primaria (CAP) y los profesionales que serán interlocutores válidos para los términos de salud y los aspectos preventivos. Podemos aprovechar las primeras visitas para comentarle como funciona el centro y qué tiene que hacer para pedir cita o visitarse (vale la pena que el joven aprenda que la salud comienza a ser responsabilidad suya y no sólo de sus padres).

Los adolescentes tienen dificultades para conocer a su médico o pediatra de cabecera. Sus peticiones de consulta tienen carácter de urgencia y las más frecuentes son por enfermedad de vías respiratorias altas o traumatismos leves. Además, por su peculiar manera de ver las cosas, la respuesta ha de ser inmediata. Esto hace que acudan sin hora o con visita urgente.

## 7.2 La acogida de los adolescentes

En general, mejorar el acceso de los pacientes a los servicios sanitarios pasa por evitar las largas listas de espera, las preguntas íntimas sobre el motivo de consulta en el mostrador, los horarios incompatibles con la actividad habitual, la citación telefónica con dificultades de accesibilidad, etc. Todas estas son dificultades para aquellas personas como los adolescentes, con un conocimiento escaso del funcionamiento del sistema sanitario y con poca paciencia. El Programa Salud y Escuela puede facilitar estas citas con el médico, el pediatra o los espacios de atención específicos para jóvenes y, además, puede explicar el caso a los profesionales que después deben atenderlo.

A la hora de hacer el seguimiento de un adolescente es importante conocer su grado de madurez y, sin duda, esto es más fácil desde el *continuo asistencial* que nos ofrece la atención primaria y no desde un servicio de urgencias.

Es por este motivo que la atención primaria debería intervenir activamente en la mejora de los primeros contactos de estos jóvenes con los profesionales sanitarios y también debería:

- 1 sensibilizar las unidades de atención a los usuarios, ya que son la primera puerta de entrada;
- 2 explicar desde la consulta como funciona el centro y presentarnos como sus profesionales de referencia;
- 3 si el adolescente o el joven es visitado de urgencias, se debería intentar derivarlo a su médico de cabecera o pediatra, una vez solucionada la petición urgente;
- 4 aprovechar cualquier contacto para completar la historia clínica e intentar detectar y prevenir los posibles riesgos en un ámbito de privacidad y sin olvidar que es necesario remarcar la confidencialitat;
- 5 crear en la consulta un ámbito de escucha que permita la relación asistencial de calidad;
- 6 colaborar con las entidades y los centros docentes de la zona geográfica para que los jóvenes conozcan su centro de salud de referencia; y
- 7 facilitar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (Atención Primaria, Especializada) y los diferentes servicios y programas en el territorio (Salud y Escuela, ASSIR).

## 7.3 El ámbito de la consulta

Tal como se ha dicho anteriormente, el derecho a la **confidencialidad** es un derecho básico en cualquier acto asistencial, íntimamente vinculado al derecho a la autonomía y al derecho a la intimidad de la persona. En el caso del joven, a veces es recomendable que se lo explicitemos, ya que podría no donar información trascendente para su asistencia por miedo a que después esta

información se revelase a quien no desea.

Garantizar la **privacidad** es imprescindible cuando tratamos adolescentes, si queremos realizar un abordaje integral, biológico y psicosocial. Para tratar en la consulta temas preventivos del ámbito de la sexualidad, el posible consumo de drogas legales o ilegales, las dificultades de la relación familiar, etc., es necesario entrevistar a los jóvenes a solas. A menudo, éstos acuden a la consulta acompañados por el padre o la madre y, sin incomodar a nadie, debemos pedir a estos últimos que se esperen fuera de la consulta.

Si el joven que consulta en un centro de atención primaria se siente bien recibido, escuchado, no juzgado y se responde a sus necesidades médicas, muy raramente preferirá acudir a urgencias. A pesar de todas las posibles barreras que hemos revisado antes, lo que más valora el joven es lo que hay al otro lado de la mesa de la consulta. Son lo bastante críticos como para conocer la calidad de la atención recibida y valorar el hecho de encontrar un profesional sanitario de confianza cuando haga falta.

#### **7.4 La consulta en un servicio de urgencias**

El adolescente puede decidir acudir sin los padres o tutores a un servicio de urgencias, sea hospitalario o de atención primaria, por motivos de disponibilidad horaria, por una mayor sensación de anonimato, porque no conoce ningún otro tipo de servicio, porque vive la situación como una urgencia o porque realmente lo es.

Ante todo, hay que tener presente que cuando un joven acude a un servicio de urgencias es para pedir ayuda. Si se considera que no es el recurso sanitario más indicado, deben aprovecharse estos contactos para explicarle las otras opciones que tiene para ser atendido.

En este servicio encontrará profesionales sanitarios con una importante carga asistencial y con la dificultad añadida de distinguir lo que es verdaderamente urgente de lo que no lo es. Además, si el menor consulta solo o acompañado de otros menores, habrá que averiguar si es necesario o no llamar a los padres o tutores.

Esta puede ser una decisión difícil, tanto en un sentido como en otro; en un menor de diecisiete años, con una intoxicación etílica importante, puede estar indicado avisar a los padres para asegurarse de que llegue sin problemas a su domicilio, pero una chica de quince años que pide la anticoncepción de urgencia puede ser lo bastante madura como para que la atiendan sin ninguna distinción respecto a una de dieciocho años. Por tanto, es normal que el profesional responsable se pregunte: «¿Cuál es la mejor actuación para el paciente? ¿Hace falta avisar a los padres?»

Si un profesional decide avisar a los padres o tutores, es recomendable que

explique al joven el motivo por el cual toma esta decisión y que esté presente en el momento en que éstos lleguen al centro.

### **7.5 La consulta y el ingreso hospitalario**

La hospitalización del menor presenta algunos problemas ético-asistenciales específicos que hay que tener en cuenta, para garantizar el respeto a su dignidad y intimidad y su derecho a ser hospitalizado en un ámbito propio y con medios que mejoren su calidad de vida en las estancias largas y dolorosas. También debe garantizarse el derecho a la confidencialidad, a recibir atención educativa, a ser informado sobre la enfermedad y el derecho a que se tenga en cuenta su participación en la toma de decisiones. Hay que tener presentes las circunstancias de ingreso, ya que no es lo mismo estar en un hospital comarcal que en una unidad de hepatología infantil, donde los derechos no pueden ser ejercidos de igual manera. Además de los derechos que ya se han mencionado anteriormente, inherentes a cualquier acto asistencial, y también de aquellos que son de aplicación a cualquier paciente, con independencia de la edad, el menor tiene derecho a:

- ser atendido debidamente en caso de diferencias lingüísticas, ideológicas, religiosas o culturales;
- tener la seguridad y la protección garantizadas cuando ingresa en una institución sanitaria, ya sea un hospital de agudos o un centro de salud mental;
- estar acompañado por los padres o las personas responsables durante tanto tiempo como sea posible;
- ser hospitalizado, en la medida de lo posible, en un ambiente adecuado a su edad y ser atendido por personal formado en sus necesidades;
- disponer de atención escolar, compartir su experiencia hospitalaria con compañeros de edad similar y donde los padres de los niños con enfermedades crónicas o graves puedan ser asesorados y al mismo tiempo recibir apoyo psicológico (este es un derecho que debe mantenerse en casos de adolescentes con enfermedades psiquiátricas); y
- a disfrutar de material lúdico y bibliográfico y, si es procedente, de nuevas tecnologías que, además de la vertiente estrictamente lúdica, aporten valor educativo.

## **8. La educación para la salud**

La educación para la salud ha de tener un papel destacado en el desarrollo de

la infancia y la adolescencia. Los conocimientos aprendidos en la infancia y la primera adolescencia, mediante un proceso educativo continuado en lo referente a la salud, pueden ayudar a reforzar la personalidad y la autoestima, alcanzar la identidad individual, facilitar la adopción de actitudes positivas con respecto a la afectividad, respetar a los otros y sus diferencias en las relaciones compartidas, vivir la sexualidad de manera positiva y saludable, etc.

A la vez, una información correcta y un buen aprendizaje en temas de salud, desde su sentido más amplio, darán herramientas a los menores para ser más asertivos y poder discernir y situarse ante los diferentes riesgos a los que se pueden enfrentar; para reconocer y cambiar una alimentación inadecuada; para ser críticos frente al consumo de drogas; para reconocer las dificultades y los peligros en las relaciones compartidas, etc., y, por tanto, les permitirá adquirir habilidades que les lleven a desarrollar hábitos y conductas saludables o a pedir ayuda cuando la necesiten.

Los padres o los tutores son los principales responsables y los actores más importantes en la educación de los menores y tendrán que ejercer esta responsabilidad, respetando la progresiva autonomía del hijo.

Los profesionales, tanto en su papel educativo como sanitario, serán siempre respetuosos con las lícitas opciones personales, sociales, culturales y religiosas de las personas menores y también de sus padres o tutores.

Ahora bien, educar no es solamente informar. La información aislada, lejos de la relación interpersonal y sin un acompañamiento a lo largo del proceso de crecimiento, que contemple la importancia de los cambios emocionales, el derecho a equivocarse, probar, experimentar, compartir, etc., no puede tener el efecto de una vacuna.

Esto es lo que pretenden explicar los diferentes «factores sociales» cuando hablan de la saturación de la información en la sociedad actual. Ante cualquier consecuencia de un comportamiento de riesgo, a menudo se hace referencia a la cantidad de información disponible, pero pocas veces se comentan los efectos y la calidad de esta información o el proceso seguido para convertirla en conocimiento.

La educación de la persona abarca el saber, el saber hacer y el saber ser, respondiendo a tres objetivos claves como son informarse, actuar y hacerse responsable. La educación para la salud se ha de basar en la información continuada, contrastada con el saber y las vivencias anteriores del menor y según las diferentes experiencias que va recogiendo en cada momento.

La atención en estas primeras etapas de la adolescencia es importante, ya que es el período de eclosión de la personalidad y de reafirmación de la identidad, durante la cual se construirán los valores, las actitudes y los estilos de vida, tan importantes para la salud futura del adolescente y el joven.



La escucha y el apoyo continuado de un referente familiar, profesional de la salud, educador, monitor, etc., muy a menudo serán esenciales para reconducir conductas poco o nada saludables y para que los menores se atrevan a pedir ayuda cuando se encuentren en una situación difícil o desesperada.

Durante los momentos de la pubertad, entre la infancia y la adolescencia, en que tienen lugar los cambios corporales y psicológicos más marcados y la identificación con los iguales es tan importante, es esencial abordar los diferentes temas relacionados con la salud en su sentido más amplio, con un trabajo educativo en grupo, de manera dinámica y que fomente la participación. Hay que subrayar que en el trabajo en grupo siempre se ha de partir de los conocimientos y vivencias de los participantes y de las necesidades del momento.

### **8.1 La prevención del riesgo**

La educación para la salud trata de **preparar a la persona para que pueda reconocer y aceptar el riesgo y sea capaz de enfrentarse con el suficiente conocimiento y criterio**. Eliminar el riesgo es una tarea imposible; por tanto, la creencia de que el peligro se puede evitar o eliminar es un engaño y nos lleva a una negación de la realidad. De todas maneras, no hemos de olvidar que los hábitos saludables y los valores aprendidos durante la infancia, en el entorno de la familia, reforzarán o empobrecerán el grado de salud y la capacidad de prevención del adolescente. Este concepto de prevención contempla el hecho educativo desde un ámbito muy amplio, en el cual los profesionales de la salud tenemos un papel importante. Se trata de poder aprender de los sustos y de las experiencias poco favorables.

Para ayudar a reducir los posibles daños, debe aceptarse todo lo que el menor ya ha vivido y ofrecer el acompañamiento y el apoyo para la resolución del conflicto, con una mirada positiva y de crecimiento.

Si escuchamos en primer lugar las experiencias vividas por los menores adolescentes, con sus dificultades, miedos y emociones, la información que se les ofrecerá se integrará más fácilmente y se convertirá en conocimiento útil para la reflexión y el desarrollo del sentido crítico, para poder prever las situaciones poco favorables y saber discernir y gestionarlas mejor. Se deberá informar de manera continuada y contemplando siempre lo esencial del período de los chicos y chicas. Así, el conocimiento que se vaya adquiriendo será útil al menor a fin de observar actitudes preventivas y de reducción del daño.

La necesidad de crear un marco de confianza y de garantizar la debida atención al menor requiere poder atender siempre su demanda, no desviar la cuestión planteada, ni dificultar el acceso a la educación para la salud y ayudarle a reconvertir las conductas y las actitudes poco saludables. Por estos

motivos, se considera que cualquier servicio asistencial debe disponer de profesionales expertos y motivados para atender las peticiones de los menores.

Por lo que respecta al centro educativo, éste se ha de considerar como el marco donde desarrollar la promoción de la salud y la prevención, las cuales deben basarse especialmente en la realización de actividades específicas dentro del aula. También se ha de procurar que el ambiente y la organización del centro educativo sea propicio a la educación de hábitos saludables.

En las intervenciones en las escuelas en materia de educación de la salud, los profesionales sanitarios tendrán que buscar la complicidad con los tutores y los educadores para programar conjuntamente diferentes actividades encaminadas a crear un entorno saludable dentro de la escuela.

## **8.2 El Programa Salud y Escuela**

El Programa Salud y Escuela tiene la finalidad de promover la prevención y mejorar la salud de los adolescentes. Va dirigido a unos 120.000 alumnos de tercero y cuarto de ESO (14 y 16 años) de los centros públicos y concertados.

Este programa contempla, básicamente, dos actuaciones en las escuelas:

1. La **consulta abierta**, a la cual los adolescentes pueden acudir espontáneamente para realizar consultas relacionadas con su salud, favoreciendo así la accesibilidad a los diferentes programas de promoción y prevención. La consulta es atendida por profesionales de enfermería que garantizan la privacidad y la confidencialidad de la información, como en cualquier acto asistencial.
2. Actividades encaminadas a la educación para la salud y la prevención: la salud afectiva y sexual, la salud mental, el consumo de drogas y alcohol y la salud alimentaria. Se contempla la posibilidad de hacer actuaciones e intervenciones orientadas a la comunidad, con el consenso de los diferentes servicios de Atención Primaria de Salud, Especializados (ASSIR, CSMIJ, etc.), Salud Pública y Equipos de Asesoramiento Psicopedagógico (EAP).

A veces puede producirse un cierto conflicto entre el profesional sanitario y el personal docente en cuanto a la confidencialidad y hasta que punto se ha de compartir la información de la consulta con el director de la escuela, el tutor y los profesores. Los profesionales sanitarios no han de comunicar ninguna información confidencial a los profesores (con las excepciones habituales, como podría ser un posible daño a terceros). En cambio, sí es conveniente que los problemas detectados, sin identificar a las personas que los han manifestado, sean comunicados a los educadores para que puedan intervenir en beneficio del conjunto de la comunidad escolar.

También debe tenerse en cuenta que en algunos lugares, más a menudo en el medio rural, la enfermera puede ser vista por el chico o la chica como alguien demasiado cercano a los padres y esto puede influir en el grado de confianza. Es necesario recordar que el concepto de confidencialidad en la relación con el adolescente no ha de ser diferente del que el profesional de la salud mantiene en un centro de salud.

El profesional de la salud debe ayudar y acompañar al adolescente a comprender la necesidad de informar al padre o a la madre en los casos más graves en que haya peligro para la salud. Muchas veces, el hecho de conseguir que el adolescente decida comunicar el problema a la familia representa un avance en el abordaje del mismo y un buen paso para su resolución.

En muchos casos, un tutor con una buena relación con sus alumnos puede ser el intermediario adecuado, tanto para avanzar en la ayuda al menor y la resolución del problema detectado, como para acercar e implicar a los padres cuando sea necesario.

## **9. Salud sexual y afectividad**

### **9.1 La salud sexual en la adolescencia**

Para atender a los menores, en relación con los temas de afectividad y sexualidad, es importante recalcar que a menudo se generan emociones y sentimientos difíciles de gestionar y que pueden comportar confusión a los profesionales y a los menores.

En el momento de la adolescencia, la sexualidad se expresa con todo su potencial y se busca con quien compartirla, gozarla, ponerla a prueba, etc., con el objetivo de reafirmar o consolidar la identidad sexual y la orientación del deseo.<sup>8</sup> La sexualidad ocupa un lugar central en la vida de las personas.

En esta época de cambios, las chicas, por su fisiología y quizás porque son más capaces de compartir las dificultades, buscan y piden información y ayuda con mayor facilidad. En cambio, el camino hacia la identidad sexual de los chicos, en general, es más silencioso y solitario. Les cuesta más hablar de sus sentimientos, miedos y dificultades. Es necesario que el profesional conozca las expectativas y los pensamientos que acompañan los comportamientos sexuales de unos y otros durante la adolescencia.

Los profesionales que atienden a los adolescentes han de aceptar y entender la posibilidad del fracaso contraceptivo, como por ejemplo la rotura del

---

<sup>8</sup> Según la descripción de la OMS de 1975, «la sexualidad es una energía que nos motiva a buscar afecto, contacto, placer, ternura e intimidad, e influye en nuestros pensamientos, sentimientos, acciones e interacciones y, por tanto, repercute en nuestra salud física y mental.»

preservativo o su uso incorrecto y las relaciones no protegidas. En cualquiera de estas situaciones, la anticoncepción de urgencia deberá considerarse como un método preventivo para evitar un daño mayor, como puede ser un posible embarazo inesperado.

Hay que tener en cuenta que las conductas demasiado transgresoras y repetidas de los adolescentes tienen una relación directa con muchos de los valores aprendidos o las situaciones vividas en el entorno familiar y social durante la infancia.

Las características propias de la adolescencia hacen más propicios los comportamientos de riesgo. Pero los chicos y las chicas que viven y se relacionan en un entorno familiar y social poco favorable tienen más posibilidades de caer en conductas de mayor riesgo. Ahora bien, a veces hay situaciones que acompañan al adolescente (p. ej. el divorcio de los padres, las pérdidas de familiares o amigos, el maltrato, el abuso, etc.) que pueden conducirle a enfrentarse a comportamientos contradictorios y poco saludables, que no pueden ni saben gestionar.

En cualquier conducta de riesgo reiterada debe evaluarse qué lleva al adolescente a actuar de aquella manera y, desde el conocimiento del posible origen de la conducta, intentar actuar de manera integrada.

El mantenimiento de la confidencialidad es muy importante para los adolescentes que piden asistencia o consejo en relación con su salud sexual.

Por otro lado, las relaciones sexuales a veces también pueden representar un riesgo para la propia salud y para la de los otros. Si un adolescente realiza actividades sexuales seriamente peligrosas o nocivas, tenemos que protegerlo dando parte a la policía, el juez, los servicios sociales y los padres, con profesionalidad e inmediatamente.

Cada caso debe valorarse de manera individualizada y teniendo en cuenta el comportamiento de los adolescentes, las circunstancias de la vida, la madurez, los trastornos graves de aprendizaje y otros factores que les podrían hacer especialmente vulnerables.

Con carácter general, debe informarse a los padres sobre las relaciones sexuales de los menores de trece años, ya que se considera que a esta edad son legalmente incapaces de consentirlas.

Con independencia de la edad, no se ha de mantener la confidencialidad de la información sobre las actividades sexuales seriamente peligrosas o que comporten riesgo y que impliquen a cualquier adolescente con otra persona cuando:

- el adolescente es demasiado inmaduro para entender o dar su consentimiento;
- hay una gran diferencia de edad, madurez o poder entre los miembros de una pareja;
- la pareja del adolescente tiene una posición de excesivo poder sobre éste;
- el adolescente está sometido a coacción, presión emocional o psicológica, soborno o pago, tanto por el hecho de tener relaciones sexuales, como para mantenerlas en secreto;
- las drogas o el alcohol se utilizan para influir en un adolescente para que mantenga relaciones sexuales que, de otra manera, no tendría; o
- se trata de una persona de quien se conocen antecedentes de abuso a menores.

## **9.2 La demanda de anticoncepción de emergencia**

Un probable motivo de consulta, a partir de una práctica sexual poco o nada protegida, es la prescripción de la anticoncepción de emergencia (CE).

Esta demanda se puede dar en una primera visita o en urgencias, y es posible que en esta primera entrevista, con lo que nos explica el adolescente, no se llegue a saber si existe un verdadero riesgo. A partir de la escucha y el respeto, la relación que se establece en esta petición de ayuda, aunque parezca muy sencilla, será la base para generar nuevas consultas sanitarias, ya sea en su Centro de Atención Primaria o en un servicio especializado. Estas visitas pueden servir para acompañar a la chica, al chico o a la pareja, durante su crecimiento. Este buen contacto permitirá ofrecer un buen consejo preventivo y anticonceptivo.

A lo largo de las diferentes entrevistas, el profesional debería intentar conocer la situación personal y familiar del adolescente e interesarse por su estado de ánimo y los sentimientos que la situación le ha generado. El verdadero riesgo actual y futuro deberá averiguarse en relación con su comportamiento general por lo que respecta a la sexualidad y la afectividad. Entre otras, se considerará su necesidad de ser aceptado por el grupo, de evitar la soledad al precio que sea, que lo tengan en cuenta y no pasar desapercibido, la timidez, la inseguridad, la falta de límites, etc.

A la hora de facilitar la toma de la AE, hay que tener en cuenta algunas características de la misma: para asegurar la mayor eficacia deberá tomarse tan pronto como sea posible; se les ha de explicar que la seguridad no es del

100% y que en el período más fértil hay más peligro de embarazo; hay que dejar bien claro que esta anticoncepción es de urgencia y que no se ha de utilizar como anticonceptivo habitual y que, además, no protege de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH (el sida).

Éste será un momento clave para que el profesional sanitario aproveche para promover hábitos sexuales que eviten la necesidad de volver a usar la AE y el peligro de contagio del VIH. Es un deber de los sanitarios hacer todo lo que está en sus manos para informar, formar y prevenir que el adolescente recaiga en situaciones parecidas.

Como el riesgo deriva de una relación con otra persona, si la chica viene sola, el profesional ha de interesarse por la pareja sexual e indicar a la chica que hable con él y ofrecerle la posibilidad de otra consulta con la pareja. Es importante que el chico participe y que un profesional le informe de todo lo que comporta una relación no protegida. Si se ha establecido una buena comunicación y una relación de confianza, tanto la chica como el chico serán más capaces de pedir ayuda siempre que se encuentren en una situación personal difícil.

Debe aceptarse que la información no tiene el efecto de una vacuna; hay que interiorizar lo que se va escuchando y experimentando y convertirlo en conocimiento. La capacidad del adolescente para concienciarse del riesgo, ya sea en la práctica sexual o en otros comportamientos que pueden estar relacionados, como el uso de sustancias adictivas, se va adquiriendo con el tiempo y las diferentes experiencias. Habrá que tener muy en cuenta esta evolución a la hora de asesorar a la persona menor.

En cualquier caso, tenemos que advertir sobre los riesgos y concienciar a los adolescentes de la importancia y las posibles consecuencias de estas primeras experiencias cuando no se realizan con las máximas garantías físicas y psíquicas.

A parte de la responsabilidad de los padres, cualquier contacto con los servicios sanitarios debería ser aprovechado, en la medida de lo posible, para ayudar a reflexionar sobre el valor de la sexualidad en el conjunto de la persona y de las relaciones interpersonales.

Es posible que en los Servicios de Urgencias deba atenderse a chicas menores que hacen un uso muy frecuente de la píldora del día después. En estos casos, más allá de dar respuesta a la demanda puntual y proporcionar el consejo educativo necesario, hay que articular un tipo de visita preferente en las Unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR), mediante el cual pueda hacerse un seguimiento de estas chicas.

La situación varía en función de la edad y del grado de madurez, pero es conveniente proporcionar la anticoncepción de urgencia sin conocimiento de

los padres, o sin su consentimiento, a adolescentes menores de dieciséis años cuando las consideremos competentes para tomar esta decisión.

Se deberá intentar facilitar el diálogo entre los padres/tutores legales y el/la menor ayudándolos o implicándolos en su proceso de maduración como personas y en su proceso educativo.

En caso de reincidencias frecuentes de la menor en la demanda de la píldora del día después debe intentarse reconducir la situación, dialogar con la chica o pareja, y recomendar la posibilidad de hablar con los padres o tutores o personas vinculadas, valorando su papel en la ayuda a sus hijos/ persona menor en el proceso de crecimiento. En caso de riesgo grave para la salud, el profesional de la salud debe informar a los padres o tutores.

En caso de solicitud de IVE de una menor de 18 años debe pactarse con la interesada, facilitar y permitir el acompañamiento por parte de los padres o tutores en la toma de decisiones difíciles y su seguimiento.

## **10. El menor y otros ámbitos de interés**

### **10.1 El menor y la investigación biomédica**

En la investigación que implica a menores hay que tener presente que éstos pueden ser más vulnerables porque no siempre pueden reconocer sus principales intereses, expresar sus necesidades o defender sus derechos. Por esto, solamente deberían estar implicados cuando la investigación realizada en adultos no puede proporcionar los mismos beneficios para los menores.

Es decir, cuando la investigación tenga:

1. beneficios potenciales para los menores en general, no vaya en contra de sus principales intereses e implique un riesgo mínimo (hacer preguntas o sacar muestras de sangre), entendiendo que la evaluación del riesgo también depende de la perspectiva del menor; o
2. beneficios terapéuticos potenciales para ellos, que superen cualquier riesgo previsible y que éste sea el mínimo posible.

Hay que recordar que la legislación vigente sobre ensayos clínicos<sup>9</sup> otorga al menor de más de doce años el derecho de consentir su participación (consentimiento que complementa el otorgado por los padres o los representantes legales) y que el menor «capaz de formarse una opinión en función de la información recibida», es decir, el menor maduro, con independencia de su edad, puede decidir por sí mismo no participar o retirarse del ensayo.

---

<sup>9</sup> Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el cual se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.

Por tanto, los menores no han de estar implicados en la investigación si no están de acuerdo, tanto si se niegan de palabra como con hechos, aunque sus padres lo consientan.

Si los menores dan su consentimiento, también es necesario el de los padres y éstos deben implicarse.

Tampoco debe presionarse a los menores o a los padres para que accedan a la investigación, alegando beneficios terapéuticos, financieros o de cualquier otro tipo. Antes de involucrar a niños o adolescentes en la investigación, es necesaria la aprobación de un comité de ética de investigación clínica.

## 10.2 Las intervenciones estéticas

Las intervenciones puramente estéticas, no indicadas médicamente, deben considerarse como no permitidas en menores de edad y no las pueden consentir ni ellos ni sus padres. A pesar de que esta previsión no es explícita en la ley, se desprende del hecho de que los padres sólo pueden tomar decisiones médicas en sustitución de los hijos para protegerlos y velar por ellos. Esta situación no se da en intervenciones puramente estéticas no indicadas médicamente.

Excepto en los casos excepcionales que pueden comportar un gran sufrimiento psicológico, el profesional [de la salud](#) debería aplazar la intervención hasta que el menor alcance la mayoría de edad legal y debe tener presente que:

- La decisión del menor no ha de perjudicarlo clínicamente, ni en el presente ni en el futuro.
- Ha de tener en cuenta la voluntad del menor, de acuerdo con su nivel de madurez, y de manera que sea compatible garantizar el mayor beneficio para la persona menor con un nivel de riesgo mínimo.
- Es necesario valorar el requisito del consentimiento de los padres, aunque el riesgo sea mínimo o despreciable.

## 10.3 Los tatuajes y los piercing

En los últimos años, la práctica de la decoración corporal ha salido del ámbito restringido de ciertos grupos y se ha convertido en una moda, que no está exenta de riesgos. Por esto, el Departamento de Salud aprobó el Decreto 90/2008,<sup>10</sup> el cual introduce el requisito del consentimiento informado para la

---

<sup>10</sup> Decreto 90/2008, de 22 de abril, por el cual se regulan las prácticas de tatuaje, micropigmentación y piercing, además de los requisitos higiénico-sanitarios que han de cumplir los establecimientos donde se realizan estas prácticas.



realización de estas técnicas. Así pues, cualquier persona que se haga un tatuaje, un piercing o una micropigmentación deberá firmar previamente y por escrito el consentimiento informado. En este documento ha de constar la práctica a realizar, los riesgos sanitarios y las complicaciones, las cures necesarias para la cicatrización, las condiciones de reversibilidad de la práctica, las indicaciones y las contraindicaciones en estas prácticas y las características de los productos y los materiales a implantar o utilizar en la práctica escogida.

En lo referente a los menores de dieciséis años, dicha norma, además de su consentimiento informado, exige que deberán aportar "un escrito de madurez" firmado por el padre, la madre o el tutor legal.

#### **10.4 El menor y el deporte**

De manera creciente, las prácticas deportivas de alta competición comienzan a una edad más temprana. Pero los beneficios que esto comporta merecen una cierta vigilancia porque, a veces, el propio entusiasmo puede no tener en cuenta la voluntad de los menores de proseguir una carrera llena de obstáculos y sacrificios. Y más cuando estos obstáculos y sacrificios pueden tener efectos negativos sobre la vida y la salud de los menores implicados.

Además del hecho de que la práctica intensiva de algunos deportes concretos puede causar retrasos de crecimiento y del desarrollo biológico, también se ha tener en cuenta que el hecho de no conseguir éxitos en las prácticas deportivas, en unas personalidades en formación y naturalmente inmaduras como las de los adolescentes, puede causarles frustraciones con repercusión sobre la salud mental y la vida, trastornos relacionales, del humor y de la autoestima.

El sobreesfuerzo es el factor más común entre los causantes de lesiones, y el exceso de entrenamiento puede comportar un desgaste físico y psíquico que puede llevar al menor a abandonar la actividad deportiva. Este agotamiento deportivo se define como el conjunto de cambios psicológicos, fisiológicos y hormonales que conducen a una reducción de las realizaciones deportivas.

Es necesario que la responsabilidad ética de los educadores y los profesionales de la salud que trabajan con niños y adolescentes contemple estas realidades, así como las autoridades deportivas, educativas y del bienestar y la protección a la infancia han de velar para que así sea.

## **Miembros del grupo de trabajo sobre la persona menor en el ámbito de la salud**

**Xavier Allué i Martínez.** Pediatra y doctor en Antropología. Jefe del servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII.

**Josep Ramon Arisa i Clusella.** Economista y abogado. Diplomado en Finanzas ESADE. Coordinador de procedimientos y organización. Asesoría Jurídica del CatSalut.

**Josep Maria Busquets i Font.** Médico. Responsable de Bioética. Departamento de Salud.

**Margarita Coll i Falgàs.** Enfermera. Programa Salud y Escuela. Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud.

**M. Pilar Cortés i Viana.** Médico pediatra. Grupo de Adolescencia SEMERGEN Catalunya

**Montserrat Daniel i Llach.** Psicóloga adjunta del Servicio de Pediatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

**Alejandra De Lama i Aymà.** Profesora lectora de Derecho Civil. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)

**Sabel Gabaldón i Fraile.** Jefe de Sección de Psiquiatría. Hospital Sant Joan de Déu. Máster en Bioética.

**Alfons Icart i Pujol.** Psicólogo. Director General de la Fundación Orienta. Director de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y el adolescente.

**Rosario Jiménez i Leal.** Médico de familia. Atención Primaria Vallcarca-Sant Gervasi. Barcelona.

**Francesc José María i Sánchez.** Abogado.

**Araceli Lázaro i Aparicio.** Educadora Social y Pedagoga. Analista de políticas sociales de infancia y adolescencia y Secretaria del Observatori dels Drets de la Infància.

**Rosa Maria Martínez i Casado.** Psicóloga. Profesora de Criminología. Facultad de Derecho UB. Mediadora de Justicia Juvenil. Centro Educativo L'Alzina. Departamento de Justicia.

**Helena Mestre i Sans.** Enfermera. Jefe de atención al cliente y comunicación y Secretaria del CEA. Hospital Comarcal Alt Penedès.

**Isabel Minguella i García.** Médico pediatra. Máster en Bioética y Derecho por la Universidad de Barcelona. Sociedad Catalana de Pediatría.

**Joan Monés i Xiol.** Profesor titular de Medicina y Bioética. Universidad Autónoma de Barcelona. Gastroenterólogo del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Coordinador responsable de la redacción y la aprobación del Código de Deontología de Cataluña del año 1996 y de su actualización en el 2005.

**Núria Parera i Junyent.** Jefe de la Unidad de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia. Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona.

**Dolors Petitbò i Antúnez.** Médico de familia. EAP Santa Eulàlia Nord. L'Hospitalet de Llobregat. ICS

**Dolors Petitbò i Rafart.** Psicóloga clínica. Jefe de Sección de Psicología. Hospital de Sant Joan de Déu. Esplugues.

**Albert Planes i Magriñà.** Médico de familia. Grupo de ética de la Sociedad Catalana de Medicina de Familia.

**Jordi Sáez i Ferrer.** Jefe del servicio de Obstetricia y Ginecología. Presidente del CEA. Consorcio Sanitario de Terrassa.

**Olga Ruesga i Fernández.** Trabajadora social. Directora de Comunicación y Atención al Usuario de Badalona Serveis Assistencials. Hospital Municipal de Badalona.

**Rosa Ros i Rahola.** Médico. Directora del Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat. Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears.

**Rosa Maria Securún i Fuster.** Psicopedagoga. Programa Salud y Escuela. Departamento de Educación.