

LA CAPACIDAD DEL MENOR EN EL ÁMBITO DE LA SALUD. “Dimensión socio-sanitaria”

Koldo Martínez Urionabarrenetxea

*“Lo que es mejor para el menor
a menudo sólo se entiende veinte
años después de la niñez.”ⁱ*

Es bien conocida la importante construcción teórica culminada a lo largo de la segunda mitad del siglo XX sobre el principio de que los derechos de la personalidad y otros derechos civiles pueden y deben ser ejercitados por las personas desde el momento en que tengan juicio natural suficiente, hecho o circunstancia que en la mayoría de las personas sucede bastante antes de los dieciocho añosⁱⁱ, y de cómo esta construcción teórica ha tenido su reflejo en las Convenciones internacionales y en las legislaciones nacionales. El ordenamiento jurídico español ha incorporado también estas tendencias. Veámoslo sucintamente.

Introducción.

En esta presentación intentaré aclarar los tres conceptos que se enuncian en el título de la charla: menor, salud y capacidad. Pasaré posteriormente a relacionar la capacidad de los menores con los problemas que se suscitan en el área de la atención a su salud y en el de su promoción, si bien es cierto que estos campos de actuación difícilmente pueden separarse *de facto* en una fase de la vida como la adolescencia. Terminaré haciendo una breve reflexión final que junto con unas pocas preguntas, espero, sirvan de base para seguir profundizando en la cuestión.

El contexto pediátrico.

Los profesionales de la salud no sólo debemos tratar la enfermedad del paciente sino que debemos también atender al contexto personal y social porque éste influye en su situación médica. El contexto pediátrico es especialmente controvertido porque está rodeado de una gran incertidumbre y de una intensa emocionalidad. La sociedad exige que los profesionales promocionen la salud y el bienestar del menor así como su autonomía y que al mismo tiempo ayuden además a mantener los lazos familiares. Para enfrentarse a esta problemática cuestión, dos posturas extremas suelen ser las más defendidas: por un lado están las actitudes denominadas proteccionistas que promueven la necesidad y la indicación de proteger al menor de los distintos males que pueden encontrar en el mundo (entre ellos, a ellos mismos) e indican que siempre es mejor contar con los padres o los representantes de los menores para la toma de decisiones y, por otro, las llamadas liberacionistas que, en clara oposición a las actitudes mencionadas, apoyan dar siempre la primacía a la opinión y los deseos de los menores, sin contar con la intervención parental en la inmensa mayoría de los casos. Entre ambos extremos está la postura que personalmente defiendo y que explicitaré más adelante. Este modo de comportamiento que preconizo exige técnica y arte, talento diagnóstico y excelencia en el discernimiento. Esto es, una virtud de virtudes sobre la que descansa la práctica profesional competente. La bioética es precisamente una herramienta de conocimientos, habilidades y actitu-

des que pretende ayudar al profesional de la salud a encontrar esa metavirtud para poder articular sobre ella lo que yo entiendo debe ser el arte del sanador.

El concepto de menor ha evolucionado con el tiempo. En los Tratados hipocráticosⁱⁱⁱ podemos leer una clasificación de las edades del hombre que se dividen en múltiplos de siete. Así, hasta los siete años (caída de los dientes) tendríamos al *paidion* o *puerulus*; hasta los 14 (aparición del semen) al *país* o *puer*; hasta los 21 (barba), al *meirákion* o *adolescens*; hasta los 28 (en que crece todo el cuerpo) al *neanískos* o *juvenil*; seguidos de otras etapas que llamaron *anèr* o *vir*, hasta los 35; *presbýtes* o *junior*, hasta los 42; y *géron* o *senex* de ahí en adelante. Aristóteles también dejó clara su percepción de la juventud al afirmar que “*Los jóvenes pueden ser geómetras y matemáticos y sabios en cosas de esa*

naturaleza, y, en cambio, no parece que puedan ser prudentes.”^{iv} Durante gran parte de la historia de la humanidad los niños han sido, no seres más o menos autónomos, como pueden ser considerados hoy, sino propiedad de los padres. Mucho han cambiado estos conceptos y todos los relacionados con ellos desde entonces.

La Convención de Derechos del Niño define a éste como “*todo ser humano por debajo de la edad de 18 años a menos que, según la ley aplicable al niño, la mayoría se alcance antes*”. La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, define la adolescencia como el período de vida entre la edad de 10 y 19 años. Sin embargo, diversos autores dedicados al estudio de esta fase de la vida localizan su inicio y final en momentos diferentes, tal y como se muestra en la siguiente Tabla^{v,x}.

	8	9	10	11	12	13	14 años	
Acuff (1997)		Preadolescencia					Adolescencia Temprana	
US DHHS (2004)		Preadolescencia						
ONDCP (2002)		Adolescencia Temprana						
Steinberg (1999)					Adolescencia Temprana			
Neinstein (2002)					Adolescencia Temprana			
Juszczak (1999)					Adolescencia Temprana			

Independientemente de dónde se pongan estos límites, lo que de por sí crea ya un verdadero problema de definición del concepto de adolescencia, lo cierto es que este periodo de la vida está marcado por unos grandes cambios en

el contexto social, el conocimiento y el concepto de sí mismos de los menores que sistematizo, un tanto libremente, en la siguiente Tabla^{xi,xii}.

	Niñez temprana (4-6 años)	Niñez media (7-10 años)	Adolescencia temprana (11-14 años)	Adolescencia media (15-17 años)
Contexto social	Hogar Interacción clave niño-familia	Más amplio Desarrolla sentido de laboriosidad Aprende a colaborar con pares y adultos	Mayor independencia Aumenta enfoque a sus pares Comprende la perspectiva de los demás	Autonomía de los padres
Conocimiento	Escoge ente múltiples ideas Explica por qué algo no es justo	Comienza a planear de forma consciente, coordina acciones, evalúa progreso y modifica planes basado en evaluación y reflexión	Piensa en consecuencias a corto y largo plazo Pensamiento abstracto progresivo Capaz de recuperar información y usarla para solucionar nuevos problemas	Procesos de solución de problemas Especula sobre las mejores alternativas Identifica factores no controlables Identifica estándares externos de justicia
Concepto de sí mismo	Optimismo acerca de sus habilidades	10 años: auto-reflexión habilidades, éxitos y fracasos	Desarrollo de un sentido de sí mismo como ser autónomo	Profundiza en su sentido de sí mismo

Existe un acuerdo generalizado de que el desarrollo adolescente presenta tres características que se dan universalmente. Son el inicio de la pubertad, la emergencia de capacidades cognitivas más avanzadas, y la transición a nuevos roles en la sociedad. Sin excepción, todos los adolescentes en todas las sociedades atraviesan estas tres fases^{xiii}. Estas características han sido posteriormente organizadas bajo las categorías de los cambios biológicos, cognitivos y socio-emocionales que las acompañan. Estas características universales no se dan en un momento concreto en el tiempo que separaría la infancia de la adolescencia sino que se introducen gradualmente a lo largo del *continuum* del periodo de la adolescencia. Estos cambios biológicos, cognitivos y socio-emocionales aumentan en complejidad a medida que el adolescente se desplaza de una fase de desarrollo a la siguiente.

En estas fases se pueden y deben ir adquiriendo unas habilidades específicas que llamaré habilidades clave para la vida, que son componentes esenciales de un desarrollo saludable, y

que definen a un niño de carácter fuerte. Se ha encontrado que estas habilidades particulares funcionan como mediadores de conducta en la adolescencia. Estas habilidades para la vida abarcan tres categorías básicas, que se complementan y fortalecen entre sí^{xiv,xv}:

- Habilidades sociales o interpersonales, que incluyen habilidades de comunicación, de negociación/rechazo, aserción, confianza, cooperación, empatía y toma de perspectivas.
- Habilidades cognitivas, que son las relacionadas con la toma de decisiones para la solución de problemas, comprensión de consecuencias de las acciones, de soluciones alternativas para los problemas, de pensamiento crítico, de análisis de la influencia de sus pares y de los medios de comunicación, de las propias percepciones de las normas y creencias sociales, y auto-evaluación y clarificación de valores.

- Habilidades para el control de las emociones, entre ellas el estrés, los sentimientos, la ira, y para aumentar el locus de control interno (manejo y monitorización de uno mismo)

Los psicólogos suelen diferenciar tres tipos de autonomía en la adolescencia:

- La autonomía emocional, que hace referencia a la independencia emocional en las relaciones con los demás, especialmente los padres. Ésta se desarrolla mejor en circunstancias que promueven tanto la individuación como la intimidad emocional.
- La autonomía conductual, que se refiere al desarrollo de la capacidad para la toma de decisiones. A medida que los individuos maduran, se vuelven más capaces de buscar y ponderar los consejos de otras personas con distintos grados de experiencia y de utilizar esta información para tomar decisiones independientes. Diversos estudios del desarrollo de las funciones ejecutivas en los menores y adolescentes ilustran la probable cronología diferencial para la maduración de funciones tales como la capacidad de resolver problemas, de planificar el futuro y de controlar los impulsos. Se han encontrado aumentos significativos en algunas de estas funciones en relación con la edad, pero que van más allá de los 15 años^{viii}.
- La autonomía de los valores, en relación con el desarrollo de creencias independientes. Piaget^{xvi} afirma que el desarrollo cognitivo y moral de las personas se da a través de unas etapas concretas, pasando de un estado premoral al de respeto hacia la autoridad entre los 3 y 8 años; adquiriendo el principio de justicia entre los 8 y 11 años, y desarrollando posteriormente criterios de equidad, hacia los 11 ó 12 años. Según la teoría del desarrollo del razonamiento moral de Kohlberg^{xvii}, la adolescencia es un tiempo de interiorización potencial del bien y

del mal sobre la base de los principios morales de uno mismo y no sólo en los términos de las reglas de la sociedad y de sus consecuencias. Tradicionalmente este cambio no ocurre hasta tarde en los adolescentes que no han desarrollado previamente estándares internos y convicciones personales fuertes, sugiriéndose así que la autonomía de valores se da más tarde que el desarrollo de la autonomía, tanto emocional como conductual.

Podemos pues afirmar que la adolescencia es un período crítico de marcado desarrollo interior y de una masiva indoctrinación cultural^{xviii} y que su objetivo final es precisamente el logro de la identidad^{xix}. Pero me pregunto si estas afirmaciones no son también aplicables a la vida adulta.

La salud.

Muchas han sido las definiciones que de salud se han dado. La Organización Mundial de la Salud la definía en 1947 como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, celebrada en Alma-Ata, URSS, en setiembre de 1978 se afirmaba además que es un derecho fundamental. En 1989 la OMS citaba determinadas condiciones como básicas para la salud, y en 1997 UNICEF mencionaba los siguientes requisitos básicos para la misma: la nutrición, el ejercicio, el tiempo libre y el acceso a servicios sanitarios. La propia Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, organizada por varios Estados que la suscribieron (con el compromiso político que ello supone) y por la propia OMS, afirmaba que las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

Diego Gracia^{xx} ha llegado a decir de la salud que es “*la capacidad de posesión y apropiación del cuerpo, es decir, cultura del cuerpo. Sano no está quien mayor bienestar siente, sino quien más ple-*

namente es capaz de apropiarse y cultivar su propio cuerpo. La sanidad es la ciencia del cultivo de la salud o cultura del cuerpo. Este cultivo de la salud no puede entenderse como la pura lucha contra la enfermedad o el simple logro del bienestar físico sino como el lento proceso de apropiación y posesión por parte del hombre de su propio cuerpo. Apropiarse del cuerpo es ponerlo al servicio de la vida y la libertad de la persona.” Y abundando en este sentido podemos afirmar que la salud es la capacidad de trabajar hacia los objetivos vitales y hacia vidas plenas y satisfactorias como parte esencial de nuestra red social.

La salud es, pues, función de los individuos y del medio en que viven: familia, redes sociales, organizaciones, comunidades y la sociedad en su totalidad. Está sujeta a múltiples factores: 1) predisponentes, entre ellos el conocimiento, las creencias, los valores, las actitudes, la confianza; 2) reforzadores, como la familia, los amigos, profesores, empresarios, líderes de la comunidad, etc.; y 3) capacitadores, como los recursos sanitarios, las habilidades para la salud, las leyes de salud, factores que influyen de manera importante en las condiciones de vida de las personas. Todos los factores influyen en la conducta específica de los individuos y de las organizaciones, y se da una interrelación poderosa entre estas conductas y las condiciones de vida. De la relación entre éstas depende la salud de los individuos y los grupos.

La ley.

Hoy existe un consenso ético básico por el que se acepta -y así lo afirma la legislación española en la llamada Ley de Autonomía del Paciente- que *“toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios”* y que se otorgará el consentimiento por representación *“cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cum-*

plidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”. La ley continúa diciendo que *“La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación”*. También se aplica el criterio general de mayoría de edad como requisito para la donación de vivo y la elaboración de documentos de voluntades anticipadas, aspectos éstos fuertemente criticados por algunos en nuestro país y fuera de él.

Por su parte la Ley de Protección Jurídica del Menor consolida el reconocimiento pleno de la titularidad de los derechos de los menores de edad y una capacidad progresiva para ejercerlos. Esta Ley concibe al menor como sujeto activo, participativo, creativo, con capacidad para modificar su propio medio personal y social, para participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás. Y por ello, en el artículo 2 dice que *“las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores se interpretarán de forma restrictiva.”*

Somos muchos los profesionales de la salud que afirmamos que nuestra legislación es compleja, ambigua y con indefiniciones. Entre éstas estaría la cuestión de la definición del menor maduro. Pero ya ha quedado claro que tampoco los profesionales de la salud han llegado a acuerdos sobre la definición y los límites etarios de estos grupos de personas. Lo cierto es que los menores, como grupo, están legalmente incapacitados para algunas decisiones, esto es, se presume que carecen de las habilidades necesarias para una toma de decisiones competente en esas materias y ésta es requisito *sine qua non* para el ejercicio de los derechos legales^{xxi,xxii}. Estas ambigüedades son las que han permitido que un grupo de

médicos haya recurrido ante los Tribunales de Justicia el nuevo Código Deontológico del Colegio de Médicos de Barcelona que en su punto 33 dice: “*El médico, en caso de tratar a un paciente menor de edad y cuando le considere con las suficientes condiciones de madurez, deberá respetar la confidencialidad hacia los padres o tutores y hacer prevalecer la voluntad del menor*” y en el punto 59 afirma: “*El médico no practicará nunca una interrupción de embarazo o esterilización sin el consentimiento libre y explícito del paciente, dado después de una información adecuada, en especial cuando éste sea menor, pero con capacidad para comprender aquello que consiente. Cuando no se dé esta capacidad, valdrá el consentimiento de las personas vinculadas responsables.*” Puntos del Código Deontológico, quiero dejarlo claro desde este momento, con las que estoy ideológicamente de acuerdo.

La capacidad.

La capacidad -término legal- o competencia -concepto más utilizado en la clínica- se define como “la aptitud de un individuo de entender lo suficiente como para tomar una decisión autónoma”^{xxxiii}. Ser considerado capaz para tomar una decisión implica la capacidad de^{xxiv-xxix}: expresar una elección entre alternativas; entender los riesgos, beneficios y alternativas cuando se consideran diversas posibilidades; razonar racional y lógicamente; decidir razonablemente; y hacerlo sin coerción, libremente. La madurez de una persona, sea ésta mayor o menor de edad, debe medirse por sus capacidades formales de juzgar y valorar las situaciones, no por el contenido de los valores que asuma o maneje^{xxx}. La capacidad es decisión-específica; esto es, se relaciona con el tratamiento concreto propuesto al paciente concreto en la situación concreta^{xxxi}, no siendo necesaria la misma capacidad para unas decisiones que para otras. Por ejemplo, se necesita mucha menos capacidad para decidir la vía por la que una persona decide recibir un tratamiento -oral o parenteral- si ambas son igual de eficaces que para decidir donar un riñón o una parte del hígado para trasplante.

En relación directa con la capacidad está el Consentimiento Informado (CI) que comprende varios factores que pueden ser resumidos en tres^{xxxii}: voluntariedad, conocimiento y competencia o inteligencia. Esto es, el paciente debe participar en el tratamiento voluntariamente (sin coerción); no sólo debe estar de acuerdo con el tratamiento sino que debe conocer sus posibles riesgos y beneficios; y por último, debe ser capaz de entender toda la información que le ha sido presentada y tomar una decisión lógica de cara al consentimiento. El CI no es algo que ocurre en un momento puntual sino que es de hecho un proceso dinámico que se da a lo largo de toda la relación clínica^{xxxiii}. Los objetivos del CI incluyen el desarrollo de la comprensión global del paciente de la situación clínica y la toma de las decisiones que le competen en relación con su circunstancia^{xxxiv,xxxv}.

Algunos autores han analizado la capacidad profundizando en los tres factores del consentimiento, intentando eliminar la edad como elemento de la competencia e incorporando una aproximación al tema más fluida y comprensiva. Así hablan de:

- Consentimiento consciente.

Constituye la comprensión que una persona tiene del contenido semántico. Se analiza pidiendo al paciente que parafrasee en sus propias palabras la información recibida del clínico^{xxviii}. Piaget describía que, aparte de la inexperiencia, la mayoría de las personas de 14 años de edad o mayores tienen las mismas capacidades para procesar la información que los adultos^{xvi}.

- Consentimiento inteligente.

El paciente debe ser capaz de tomar decisiones inteligentes basándose en la información recibida. El consentimiento inteligente no consiste sólo en aceptar; se trata de un proceso activo más complejo. Para que una persona proporcione competentemente un consentimiento inteligente, debe tener capacidad de: 1) atender la tarea; 2) retrasar la respuesta para poder procesar la información; 3) realizar un procesamiento complejo; 4) sopesar los beneficios y riesgos del

tratamiento; y 5) razonar tanto inductiva como deductivamente^{xxxvi}.

- Consentimiento voluntario.

Hace referencia al grado de autonomía con el que una persona proporciona su consentimiento. Cuestiones que a menudo dificultan la tendencia del menor a la autonomía incluyen las influencias parentales y profesionales, el deseo de aprobación, la complianza, la conformidad, y la lucha directa del menor contra ella. Para algunos autores, la capacidad del menor es función de muchos factores tales como la edad, la naturaleza de la decisión, la gravedad de sus consecuencias, la relación con los padres y los límites legales^{xxxvii}. En la preadolescencia y al inicio de la misma los menores tienden más a actuar de acuerdo con las influencias externas que a otras edades. Pero es importante recordar que también muchos adultos sucumben a esas mismas influencias externas.

Hay quien asegura que, sin exagerar mucho, toda la bioética no es más que una nota al pie del CI^{xxxviii}. Es habitual interpretar que el CI es un tipo de doctrina, una amalgama de razonamientos legales y filosóficos con un marco conceptual y cierto número de recetas concretas. Este marco supone unas pocas acciones básicas y presupone ciertas condiciones. En la médula de la doctrina está el principio legal que reconoce que el derecho de una persona competente a rechazar un tratamiento médico es virtualmente absoluto^{xxxix}. La naturaleza individualista de esta línea de pensamiento es evidente: La persona es conceptualizada como poseedora de una esfera de actividad protegida o de privacidad libre de interferencias no deseadas. Dentro de esta zona de privacidad, uno es capaz de ejercer su libertad. La persona es opaca a los demás y por tanto el mejor juez y guardián de sus propios intereses^{xl}. La doctrina del CI se basa en un perfil individual más que en un retrato de familia. Frente a esta posición individualista se han levantado voces que, al denunciar que las discusiones legalistas de intereses y derechos individuales ocultan y olvidan la profundidad de los lazos y vínculos entre los miembros de

las familias, reivindican el papel de éstas en la toma de decisiones^{xli-xliii}. Y, yo personalmente, defiende más un concepto de autonomía relacional^{xliv} que el típica y meramente individualista, sin caer tampoco en las enormes constricciones de algunos comunitaristas.

Parece lógico concluir de lo dicho hasta ahora que la determinación de la capacidad de alguien no es algo momentáneo sino que constituye un proceso, un proceso tan importante como el método lo es para los hallazgos científicos, y un proceso además en el que la capacidad se va adquiriendo de modo gradual^{xlv,xlvi}. Su determinación requiere del profesional sanitario habilidades de colaboración, método dialógico, compromiso profesional y una actitud ética proactiva. Para que esto se dé el profesional deberá balancear caso por caso y llevar a cabo un conjunto de negociaciones que aseguren la confidencialidad y privacidad del menor por un lado -en el tema que nos ocupa- y su seguridad y bienestar, por otro.

La capacidad y la salud en la adolescencia.

Es debido a esta dificultad que se han propuesto múltiples vías de determinación de la capacidad. Pearce^{xlvii} incorporó los conceptos mencionados y desarrolló unas sugerencias para evaluar la competencia de los menores para dar su consentimiento. Así, el menor debería:

1. Poseer un concepto claro de sí mismo en relación con los demás.
2. Proporcionar una comprensión clara de su problema y de las implicaciones del tratamiento.
3. Entender tanto los riesgos como los beneficios, y hacerlo además en relación con la influencia del tiempo.

Glenn^{xlviii} por su parte propuso la utilización de la edad mental más que la cronológica para determinar la competencia. Pero esta aproximación puede ser tan estrecha en su objetivo como la del punto

de vista legal (que acepta que cierta edad proporciona inequívocamente un estándar de competencia.)

Belter y Grisso^{xlix} realizaron un estudio con el objetivo de examinar si informar a los menores de sus derechos (conocimiento) tenía algún efecto en su capacidad de reconocer las ocasiones en que éstos eran violados y de tomar las decisiones apropiadas para protegerse a sí mismos (inteligencia). Los resultados indicaron que los menores de 10 años parecen ser incapaces de proteger sus derechos. Los mayores de 15 demostraron ser competentes en esta auto-protección. Por último, los niños de entre 10 y 15 pueden estar desarrollando la capacidad de auto-protección pero no parece que en esta área puedan ser considerados competentes.

Grisso y Vierling^{xxviii} afirman que, habitualmente, nadie menor de 11 años es competente para dar un CI. A los 15 años, es probable que el menor sea competente para dar su consentimiento. Esto indica que entre los 11 y los 15 años se da un período transicional durante el cual un menor puede o no comprender los elementos necesarios requeridos para dar un CI. Melton^l también cree que la edad de 15 años es la mínima para que un menor sea competente para dar su CI.

Leikin^{xlvi} describe que aproximadamente a la edad de 12 años, muchos adolescentes han desarrollado la capacidad de pensamiento abstracto, pueden hacer hipótesis de entre varias alternativas y predecir consecuencias, por lo que son competentes para tomar decisiones sobre su atención sanitaria. Sin embargo, afirma también que la voluntariedad puede no ser posible antes de los 14 ó 15 años debido a la tendencia de los menores más jóvenes a rechazar las figuras de autoridad tales como los padres o los médicos. Por el contrario, hay quien refiere que los adolescentes generalmente dejan las decisiones médicas en manos de sus padres, con la excepción de situaciones que tienen consecuencias graves, en las que pueden tener resistencias a hacerlo^{li}.

Varios estudios que concluyen que los adolescentes de 14 años de edad o más pueden tener unas capacidades de toma de decisiones en el campo de

la salud tan desarrolladas como los adultos^{lii,liii}. Algunos autores han encontrado que, globalmente, los niños de 14 años no difieren significativamente de los de 18-21 años (y que éstos tampoco lo hacen entre ellos)^{liv}. Otros piensan que limitar las decisiones que los adolescentes tomen puede provocar en éstos actitudes negativas o cínicas conducentes al desapego, a la apatía o a una competencia pobremente desarrollada^{lv}. Otros concluyen que cuando se les da toda la información para la toma de decisiones sanitarias, los adolescentes de inteligencia normal las toman de manera prudente o, cuando menos, similar a los adultos^{lvi-lviii}. De otros estudios se deduce que los menores crítica o gravemente enfermos pueden estar intensamente interesados en la toma directa de decisiones que les afectan^{lix} y su conocimiento y experiencia del enfermar puede llevarles a una toma de decisiones sanitarias mucho más capacitadas que las de algunos adultos sanos, con la importancia que este hecho puede tener, por ejemplo, de cara a la posibilidad de la elaboración de documentos de instrucciones previas.

La capacidad de razonar de forma abstracta parece darse, pues, de forma gradual. No hay una edad definida y concreta en la que los menores se vuelven competentes. La autonomía legal de los adolescentes es un acertijo, una adivinanza. No existe un test del todo o nada para juzgar si un individuo es competente o maduro^{lx}. Quizás por esta dificultad se ha sugerido que se considere siempre la proporcionalidad de la decisión. La proporcionalidad hace referencia a una escala deslizante de capacidad: cuanto más importante o grave el resultado de la relación riesgo/beneficio implicada, mayor nivel de capacidad debiera exigirse a la persona que toma la decisión^{xxvi, lxi-lxiii}. Por ello, algunos autores hablan de la escalera de la participación defendiendo este concepto de proporcionalidad^{lxiv, lxv}.

El Comité de Bioética de la Academia Americana de Pediatría afirma que en la consulta el médico se va a encontrar con adolescentes que pueden ser clasificados en una de estas tres categorías^{lxvi}: 1) adolescentes entre 14 y 17 años sobre los que no hay ninguna duda de su competencia; 2) adolescen-

tes y menores de 14 años carentes de capacidad para tomar decisiones; y 3) adolescentes entre 14 y 17 años sobre cuya capacidad hay dudas. Evidentemente, cada uno deberá ser tratado de forma diferente y por eso se propone escuchar siempre al menor, entender que el consentimiento es un proceso y no un suceso momentáneo, aceptar que la capacidad es un aspecto del desarrollo de la autonomía del menor, entendiendo que a medida que aumenta la propia autonomía también aumenta el peso o la gravedad de las decisiones a tomar, y finalmente, la influencia que la decisión puede tener no sólo en uno mismo sino también en los demás (incluyendo en este concepto también el adulto que el menor ha de llegar a ser)^{lxv}. En clara relación con estas aportaciones, la Asociación Real (británica) de Pediatras y Salud del Niño^{lxvii} distinguía entre 1) informar al menor; 2) escucharle; 3) anotar sus opiniones de modo que pueda influir en la toma de decisiones; y 4) respetar al menor competente como el decisor principal.

A pesar de que se ha demostrado una diferencia significativa entre la evaluación de las capacidades del menor para la toma de decisiones hecha por los padres y la auto-evaluación del propio menor, siendo ésta siempre superior^{lxviii} y que los padres generalmente infravaloran muchas conductas de riesgo de sus hijos (drogas, intentos de suicidio, actividad sexual)^{lxix}, es habitual afirmar que a los padres se les debe permitir participar en la toma de decisiones sobre la salud del menor^{lxx, lxxi}. La cuestión de quién tiene la autoridad para tomar las decisiones se convierte en especialmente exigente cuando los padres o tutores y el menor no están de acuerdo sobre un tratamiento. El reto clínico es entonces doble. Por un lado se debe determinar si el adolescente tiene de hecho la capacidad de consentir o rechazar un tratamiento, y por otro, se debe trabajar con el cuidador y el adolescente de una manera que sea respetuosa para todos^{lxxxi}. Pero en el caso de que el menor rechace la participación de los padres en la toma de decisiones, en mi opinión, tal rechazo debería respetarse si: 1) la intervención de los padres pudiera provocar que el menor rechazara el tratamiento; 2) el tratamiento está clínicamente indicado; 3) la falta

de tratamiento es perjudicial para el menor; 4) el tratamiento ha sido solicitado libre y conscientemente por el menor; y 5) el médico considera al menor lo suficientemente maduro como para intervenir de manera productiva en la toma de decisiones. Defiendo, pues, que independientemente de las obligaciones legales y éticas, siempre se debe proporcionar al menor la mayor oportunidad posible de ejercer sus derechos respecto de la toma de decisiones. Considero que esta participación, además de profundizar y reforzar la relación clínica y la alianza terapéutica, aumenta la capacidad del menor para autodeterminarse^{lxxiii}. Se trata, en definitiva, de apostar por el menor, de forma prudencial.

Informar obligatoriamente a los padres limita la confidencialidad de la atención sanitaria y con ella el acceso de los adolescentes a ésta, lo que genera más riesgos que beneficios. El mayor es que los adolescentes que necesitan atención sanitaria no la solicitarán ni la recibirán por lo que, a pesar de sufrir problemas prevenibles y/o solucionables, pondrán en peligro su propia salud y a menudo también la salud pública. Este resultado no va en el mejor beneficio del adolescente, ni de sus padres, ni de los profesionales dedicados a preservar la salud y el bienestar de los menores, ni de la sociedad en general^{lxxii}.

A pesar de ser un período relativamente saludable, la adolescencia es descrita a menudo como un tiempo de gran distress y enormes alteraciones, y las conductas de los adolescentes, especialmente las que son vistas como potencialmente comprometedoras para la salud de los jóvenes, siguen constituyendo un tópico, un lugar común entre las personas preocupadas por aumentar la salud de estos menores^{lxxiii}. La adolescencia es un tiempo en el que las principales causas de mortalidad y morbilidad están íntimamente relacionadas con las decisiones de conducta del individuo. Más aún, es un período en el que se desarrolla un número de costumbres saludables y no saludables que puede durar toda la vida^{lxxiv}. Porque los adolescentes toman decisiones sobre con quién intiman, qué sustancias exploran y contra qué o quién luchan, decisiones que impactan

enormemente en su propia salud y muchas veces también en la de los demás^{lxxv}. Por eso se considera un objetivo primordial de la promoción de la salud para la adolescencia un cambio de conducta positivo y sostenible que permita a los jóvenes convertirse en actores de su propio cambio y lograr sus propios objetivos.

Las oportunidades de los profesionales sanitarios de intervenir en las necesidades de salud de los adolescentes dependen en gran medida de que los propios adolescentes en riesgo busquen atención sanitaria. La atención sanitaria relacionada con los problemas emocionales, el consumo de drogas y la sexualidad es particularmente importante porque gran parte de la morbilidad y mortalidad entre los adolescentes está relacionada con lesiones por vehículos motorizados, suicidio, uso de tabaco y de alcohol, y conductas sexuales^{lxxvi,lxxvii}. Conductas prevenibles son las responsables de más del 50% de la morbilidad y mortalidad adolescentes^{lxxviii}. Son las conductas relacionadas con la actividad sexual, el uso de drogas, tabaco y alcohol, la falta de actividad física, los problemas en la nutrición y la violencia las que suponen el 70% del riesgo de para la salud de los adolescentes. La conducta durante la adolescencia, pues, determina la salud adulta. Por tanto, establecer conductas saludables durante la adolescencia abriga un enorme potencial de cara a la reducción de problemas serios de salud más tarde en la vida^{lxxix}. Y esto debe hacerse mediante la prevención, la intervención precoz y la educación^{lxxx}.

Si, como sabemos, las conductas de las personas están influidas por factores individuales, patrones interactivos, factores relacionales y otras influencias sociales, a todos estos niveles se deberá actuar para promover conductas saludables. Y esto deberá hacerse donde realmente esté el menor, no donde los profesionales de la salud piensen que se encuentra o que debiera estar, basados en su talla, apariencia y/o edad cronológica. La OMS^{lxxxii} recomienda actuar en la preadolescencia, antes de los 14 años, antes de que las conductas comprometedoras de la salud se hayan arraigado profundamente. Es decir, mucho antes de la práctica habitual de co-

menzar progresivamente con esta tarea en el grupo de 15 a 19 años de edad.

Una amplia variedad de factores sociales y económicos influye en el acceso y utilización de los servicios sanitarios tanto por los menores como por los adultos^{lxxxii-lxxxv}. En relación con los adolescentes se ha demostrado que la existencia de una fuente habitual de atención sanitaria y las percepciones de los lugares donde ésta se presta así como de los profesionales de la salud, entre otros, influyen en la utilización de dichos servicios^{lxxxvi-xciii}. Los adolescentes manifiestan que sus preocupaciones sobre la confidencialidad influyen en sus deseos de búsqueda de atención sanitaria y que les preocupan posibles rupturas de la confidencialidad que posibiliten el paso de información sobre cuestiones sanitarias sensibles a sus padres^{xciii-xcvi}. Llamamos confidencialidad al “acuerdo entre paciente y profesional sanitario de que la información analizada durante y después del encuentro no será compartida con nadie sin el permiso explícito del paciente”^{xcviii}. Y esta definición es independiente de la edad del paciente.

Varios estudios han demostrado que entre los adolescentes que informan de una historia de falta de consecución de la atención sanitaria que necesitaban, la razón más importante es que no querían que sus padres lo supieran^{xcix-ci}. Cuando los adolescentes preocupados por la confidencialidad solicitan atención, muchas veces la retrasan al máximo^{cii}, eligen de manera preferente los lugares que ellos creen que les ofrecen confidencialidad^{xcv,ciii,civ} y limitan su comunicación con los profesionales sobre las cuestiones que ellos consideran sensibles^{xcvi}.

Otros autores^{cv} concluyen que anualmente uno de cada 5 adolescentes siente que debe recibir atención sanitaria pero no la pide. Muchos de estos adolescentes participan en conductas que les colocan situaciones de alta vulnerabilidad a corto y largo plazo o presentan síntomas que sugieren que pueden tener ya necesidades emocionales y de problemas de salud física graves. La razón aducida más frecuentemente para no solicitar atención sanitaria es que “pensaban que el problema desaparecería” (63,3%), seguida de miedo por lo que el médico

podiera decir o hacer (15,5%), incapacidad para pagar la asistencia (14%) y preocupaciones sobre la confidencialidad (11,5%). De todos modos, en Canadá, donde existe seguro universal sanitario, entre el 40-60% de los adolescentes preocupados por cuestiones tales como problemas emocionales, control de natalidad, consumo de alcohol o enfermedades de transmisión sexual, no había consultado a un médico o enfermera ni creía que fuera a hacerlo^{cvi}.

De estudios recientes^{cvi-cix} puede deducirse que unas 18.000 menores de 19 años de quedan embarazadas al año, y que del 25% de adolescentes de entre 15 y 17 años que reconoce tener relaciones sexuales, sólo el 12,7% asegura que utiliza algún método anticonceptivo. La edad de las relaciones sexuales entre los jóvenes españoles se sitúa en torno a los 16 años para los chicos y los 17 para las chicas. El 26% de los menores de edad de entre 15-18 años (un 27,3% de los chicos y un 24,8% de las chicas) afirma haber tenido relaciones sexuales completas. El 16% las tiene a las edades de 15 y 16; este porcentaje sube al 36% a los 18 años. Un 10,4% de los chicos menores de 14 años afirma haber tenido relaciones sexuales completas frente a un 4,5% de las chicas.

La decisión de un adolescente de iniciar o retrasar la actividad sexual, así como la de utilizar o no contraceptivos, es compleja^{cx-cxvi}. A pesar de que la tendencia ha mejorado, siendo más frecuente el uso habitual de los mismos y mayor el uso de preservativos en la primera relación, la utilización consistente de los mismos sigue siendo un reto para ellos. La principal razón por la que los adolescentes no recurren a servicios sanitarios relacionados con la sexualidad es su preocupación por la confidencialidad^{cxvii}. En un estudio^{cxviii}, la mitad de las jóvenes menores de 18 años, solteras, sexualmente activas, estudiadas en clínicas de planificación familiar afirmaba que dejaría de asistir a la clínica en el caso de que se hiciera obligatorio notificar a los padres para conseguir anticonceptivos. Estas menores utilizarían entonces métodos menos seguros o ninguno. Un 12% adicional afirmó que retrasaría o abandonaría la utilización de servicios específicos tales como

los de prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Sólo un 1% afirmó que dejaría de tener relaciones sexuales.

Por otro lado, casi la mitad de un amplio grupo de adolescentes afirma obtener información sobre ETS, ejercicio y salud, uso de tóxicos, sexualidad, ligues, violencia y violación, y medicinas a través de Internet, y cree que esta fuente de información es digna de confianza^{cxix}. Frente a ello, pienso que lo que a los adolescentes les conviene es acceso a un profesional de la salud con el que tengan una relación de confianza que se mantenga a lo largo del tiempo. Les conviene alguien que conozca las cuestiones que les preocupan y que se acerque a la relación clínica sin prejuicios, con una actitud no juzgamental y con comprensión. La confidencialidad crea confianza en la relación clínica y permite que los adolescentes proporcionen información que de otra forma callarían. La confianza ayuda a reafirmar la relación y da poder al médico para sugerir y recomendar y asociarse con el adolescente de cara a la promoción de la salud.

Por supuesto que hay situaciones en que esta confidencialidad puede romperse, pero son excepcionales^{cxx}. En mi opinión, el profesional debe balancear siempre la necesidad de confidencialidad y de privacidad con la seguridad última del paciente. Las situaciones que amenazan la confidencialidad de la relación clínica son siempre difíciles de resolver, sus límites son difíciles de definir, y ni las leyes ni los códigos deontológicos los definen con la precisión que los profesionales suelen desear. Por ello se han propuesto siete criterios que parecen relevantes en las situaciones de posibles daños a terceros: 1. La gravedad del daño; 2. Su probabilidad; 3. La identificabilidad de sus víctimas potenciales; 4. Su inminencia; 5. La probabilidad de que una intervención pueda mitigarlo; 6. El grado en que se hayan utilizado otros medios distintos a la ruptura de la confidencialidad; y 7. Si el propio paciente es el agente del daño^{cxxi}.

Los contrarios al mantenimiento de la confidencialidad con el menor afirman que ésta usurpa los roles de los padres y que es antitética a los valores

familiares^{cxxii}. Sin embargo, la ausencia o la eliminación del consentimiento paterno no eliminan el valor del deseo de la implicación de los padres. Además, la mayoría de los sanitarios, y yo entre ellos, cree que esta implicación es generalmente positiva y que debe ser animada o apoyada^{cxxiii}, aunque no impuesta.

En cuanto al uso de drogas, sabemos que el consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años el consumo se ha mantenido prácticamente estable entre 1994 y 2004, aunque entre los de 14-16 años puede haber descendido algo. Y la edad de inicio en su consumo se ha mantenido bastante estable, alrededor de los 13,9 en 1994 y 13,2 en 2004 si bien la edad de inicio de consumo diario se ha mantenido estable, alrededor de 14,5 años.

Sin embargo, el consumo intenso de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ha aumentado. De hecho, en esta población, la prevalencia de borracheras en los 30 días previos a la encuesta pasó de 20,7% en 1994 a 34,8% en 2004 y la proporción de bebedores de riesgo en esos 30 días subió de 8,6 en 1996 a 12,3% en 2004. Las edades de inicio en el consumo de alcohol no han variado, y están alrededor de los 15,1 años para el consumo semanal, 13,7 años para el consumo esporádico.

La edad de inicio de consumo de cannabis ha bajado desde los 15,1 años en 1994 a 14,7 en 2004 habiéndose mantenido sin cambios para las demás drogas (cocaína, heroína, anfetaminas, alucinógenos, sustancias volátiles y éxtasis) Lo que sí ha sido disminuido claramente ha sido el riesgo percibido ante el consumo de alcohol, cannabis e hipnoseantes, tanto en la población general de 15-64 años como entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Además, en este grupo también ha disminuido el riesgo percibido ante el consumo esporádico de cocaína. Esta caída de percepción de riesgo ha sido especialmente intensa en el caso del cannabis: entre los estudiantes de 14-18 años, la proporción de los que pensaban que su consumo esporádico podía

producir muchos o bastantes problemas pasó de 60% en 1994 a 36,9% en 2004.

Reflexión y preguntas finales.

Múltiples investigaciones concluyen que los adolescentes de 14 años presentan una capacidad para la toma de decisiones comparable a la de los adultos jóvenes^{cxxiv}. Por todo ello creo conveniente recordar que son actitudes y conductas muy distintas ética y profesionalmente la manipulación de los menores, el mercadeo o regateo con ellos, la consulta con los menores informados y por último, la que considero más adecuada, la toma de decisiones compartidas con ellos en asuntos que a ellos les interesan. Las constataciones realizadas nos deben llevar a **proporcionar siempre al menor la mayor oportunidad posible de participar en la toma de decisiones**, y de decidir. Para que ésta sea una decisión prudencial más acertada aún deberemos seguir actuando, investigando, evaluando y corrigiendo nuestras actuaciones, de forma prudencial y comprometida.

No quiero terminar sin plantear públicamente unas preguntas que me hago y hago. Si damos lo hasta aquí expresado por bueno, ¿cuáles son los motivos para impedir legalmente que un menor redacte un documento de voluntades anticipadas? ¿Cuáles son las razones para impedir por ley que un menor pueda donar sus órganos (riñón, parte del hígado) en vivo? ¿Cuáles los razonamientos que impiden la práctica de una interrupción de embarazo a una menor con sólo su consentimiento? ¿Cuáles las excusas para no dar la llamada "píldora del día después" a las adolescentes que acuden preocupadas por un posible embarazo a los centros de salud y hospitales?

Todo lo dicho hasta ahora hace referencia a "nuestros" menores. Sin embargo, vivimos hoy en un mundo globalizado y en un país en el que la inmigración adquiere cada día una mayor importancia. La ley interesa por igual a todos los ciudadanos pero la ética ha de analizar los casos concretos en las situaciones concretas y buscar las mejores salidas

posibles a los problemas específicos. ¿Cómo compaginamos la diferente concepción de menor, menor maduro e incluso de adulto que tienen otras culturas con nuestros análisis? ¿Qué tipo de repercusión tienen estas diferencias en la atención a la salud? ¿Debe tener alguna? Preguntas que dejo abiertas porque considero deben ser respondidas entre todos, de forma razonada, razonable y prudencial.

Quiero terminar con la frase de Melton^{xxxv} que hablando de los niños afirma que “Nada es más

fundamental para la experiencia de ser tenido seriamente en cuenta que poder decir algo, ser escuchado educadamente y ver que tu punto de vista es tenido en cuenta –en efecto, ser parte de una conversación en cuestiones que tienen significado personal.” Por cierto, también para los adultos en nuestras relaciones interpersonales, de pareja, con nuestros empleadores, con los políticos, etc.

i Abella RS. The law of the family in the year of the family. *Ottawa Law Rev* 1994; 126: 533

ii P. SIMÓN LORDA, *La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias. Un problema ético y jurídico*, Revista Española de Pediatría, 1997, advierte de cómo los estudios de psicología evolutiva de la moralidad demuestran que la mayor parte de los adolescentes alcanzan su madurez moral entre los 13 y los 15 años.

iii Hipócrates. *Tratados hipocráticos*. Madrid: Gredos, 2000

iv Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1970; 95-96; 1142-13-14

v Acuff D. *What Kids Buy and Why: The Psychology of Marketing to Kids*. New York: The Free Press, 1997

vi United States. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. *Youth Media Campaign. Resources and Reports*. DHSS: 2004

vii Office of National Drug Control Policy. *National Youth Anti-Drug Media Campaign*, 2002

viii Steinberg L. *Adolescence*. 5th ed. New York: McGraw-Hill, 1999

ix Neinstein L. *Adolescent Health Care: A Practical Guide*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2002

x Juszczak L, Sadler L. Adolescent development: setting the stage for influencing health behaviors. *Adolesc Med* 1999; 10: 7-17

xi Crawford D, Bodine R. Conflict resolution education: A guide to implementing programs in schools, youth-serving organizations, and community and juvenile justice settings. US Department of Justice and US Department of Education, 1997

xii Eccles J. The development of children ages 6 to 14. *The Future of Children* 1999; 9: 30-44

xiii Hill J. Early adolescence: a framework. *J Early Adolesc* 1983; 3: 1-21

xiv Mangrulkar L, Whitman CV, Posner M. *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, 2001

xy Organización Mundial de la Salud. *The Development of Dissemination of Life Skills Education: An Overview*. Programme on Mental Health. Ginebra, 1993

xxvi Piaget J. Intellectual Evolution from Adolescence to Adulthood. *Human Development* 1972; 15: 1-12

xxvii Kohlberg L. *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1992

xxviii Pipher M. *Reviving Ophelia. Saving the Selves of Adolescent Girls*. New York: Ballantine Books, 1994

xxix Erikson E. *Identity, youth and crisis*. New York: Norton, 1968

xxx Gracia D. Salud, ecología, calidad de vida. *JANO* 1988; 35: 133-143

xxxi Weir RF, Peters Ch. Affirming the decisions adolescents make about life and death. *Hastings Cent Rep* 1997; 27: 29-40

xxxii Derish MT, Heuvel KV. Mature minors should have the right to refuse life-sustaining medical treatment. *J Law Med Ethics* 2000; 28: 109-124

xxxiii Levine M, Anderson E, Ferreti L, Steinberg K. Legal and ethical issues affecting clinical child psychology. En: TH Ollendick, RJ Prinz (eds.). *Advances in Clinical Child Psychology*. New York: Plenum Press, 1993, 81-117

xxxiv Weithorn LA, Campbell SB. The competency of children and adolescents to make informed decisions. *Child Dev* 1982; 53: 1589-1598

xxxv American Academy of Pediatrics Comité on Bioethics. Guidelines on forgoing life-sustaining medical treatment. *Pediatrics* 1994; 93: 532-536

xxxvi Wert DC, Fangos JH, Reily PR. Genetic testing for children and adolescents. Who decides?. *JAMA* 1994; 272: 875-881

xxxvii Leikin S. The role of adolescents in decisions concerning their cancer therapy. *Cancer* 1993; 71: 3342-3346

xxxviii Grisso T, Vierling L. Minors' consent to treatment: A developmental perspective. *Professional Psychology* 1972; 9: 412-426

xxxix English A. Treating adolescents: legal and ethical consequences. *Med Clin North Am* 1990; 74: 1097-1112

xxx Gracia D, Jarabo Y, Martín N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Med Clin* 2001; 117: 179-190

xxxxi Schachter D, Kleinman I, Harvey W. Informed consent and adolescents. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 534-540

xxxii Appelbaum PS, Lidz CW, Meisel A. *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice*. New York: Oxford University Press, 1989

- xxxiii Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals*. New York: Oxford University Press, 1998
- xxxiv Lidz CW, Appelbaum PS, Meisel A. Two models of implementing informed consent. *Arch Int Med* 1988; 148: 1385-1389
- xxxv President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Research and Behavioral Research. *Making Health Care Decisions: A Report of the Ethical and Legal Implications of Informed Consent on the Patient-Practitioner Relationship*. Washington, DC: US Government Printing Office, 1982
- xxxvi Hall AS, Lin MJ. Theory and practice of childrens' rights: Implications for mental health counselors. *J Mental Health Couns* 1995; 17: 63-80
- xxxvii Grochowski EC, Bach S. The ethics of decision making with adolescents: what a physician ought to know. *Adolesc Med* 1994; 5: 485-495
- xxxviii Kuczewski MG. Reconciling the family. The process of consent in medical decisionmaking. *Hastings Cent Rep* 1996; 26: 30-37
- xxxix Meisel A. The legal consensus about forgoing life-sustaining treatment: its status and prospects. *Kennedy Inst Ethics J* 1992; 2: 309-345
- xl Faden RR, Beauchamp TL. *A history of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986
- xli Hardwig J. What about the family? *Hastings Cent Rep* 1990; 20: 5-10
- xlii Nelson JL. Taking families seriously. *Hastings Cent Rep* 1992; 22: 6-12
- xliiii Blustein J. The family in medical decisionmaking. *Hastings Cent Rep* 1993; 23: 6-13
- xliv MacKenzie C, Stoljar N. *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*. Oxford: Oxford University Press, 2000
- xlv Oberman M. Minor rights and wrongs. *J Law Med Ethics* 1996; 24: 127-138
- xlvi Leikin SL. Minors' assent or dissent to medical treatment. *J Pediatr* 1983; 102: 169-176
- xlvii Pearce J. Consent to treatment during childhood: The assessment of competence and avoidance of conflict. *Br J Psych* 1994; 165: 713-716
- xlviii Glenn CM. Ethical issues in the practice of child psychotherapy. *Professional Psychology* 1980; 11: 613-619
- xlix Belter RW, Grisso T. Childrens' recognition of rights violations in counseling. *Professional Psychology* 1984; 15: 899-910
- ¹ Melton GB. Childrens' participation in treatment planning: Psychological and legal issues. *Professional Psychology* 1981; 12: 246-252
- li Scherer DG, Repucci ND. Adolescents' capacities to provide voluntary informed consent: The effects of parental influence and medical dilemmas. *Law Human Behav* 1988; 12: 123-141
- lii Brock DW. Childrens' competence for health care decision-making. En: Kopelman LM, Moskop JC, (eds.). *Children and Health Care: Moral and Social Issues*. Boston, MA: Kluwer Academic Publishers, 1989
- liii Lewis CE, Lewis MA, Ifekwunigwe M. Informed consent by children and participation in an influenza vaccine trial. *Am J Public Health* 1978; 68: 1079-1082
- liv Weithorn LA, Campbell SB. The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. *Child Develop* 1982; 53: 1589-1598
- lv Mann L, Harmoni R, Power C. Adolescent decision-making: The development of competence. *J Adolescence* 1989; 12: 265-278
- lvi Dickey SB, Deatrick J. Autonomy and decision-making for health promotion in adolescence. *Ped Nursing* 2000; 26: 461-467
- lvii Angst DB, Deatrick JA. Involvement in health care decisions: Parents and children with chronic illnesses. *J Fam Nursing* 1996; 2: 174-194
- lviii Beidler SM, Dickey SB. Childrens' competence to participate in health care decisions. *JONA's Health Care Law, Ethics and Regulation* 2001; 3: 80-87
- lix Hollen P, Hobbie W, Finley S. Cognitive late effect factors related to decision-making and risk behaviors of cancer surviving adolescents. *Cancer Nursing* 1997; 20: 305-314
- lx Glass KC. Refining definitions and devising instruments: two decades of assessing mental competence. *Int J Law Psychiatry* 1977; 20: 5-33
- lxi Drane JF. Competency to give an informed consent. A model for making clinical assessments. *JAMA* 1984; 252: 925-927
- lxii Drane FJ. The many faces of competency. *Hastings Cent Rep* 1985; 15: 17-21
- lxiii Gaylin W. The competence of children: no longer all or none. *Hastings Cent Rep* 1982; 12: 33-38
- lxiv Hart R. *Childrens' participation: from tokenism to citizenship*. Florence: UNICEF, 1992
- lxv Lansdown R. Listening to children: have we gone too far (or not far enough)? *J R Soc Med* 1998; 91: 457-461
- lxvi American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics* 1995; 95: 314-317
- lxvii Royal College of Paediatricians and Child Health. *Withholding or withdrawing life saving treatment in children: a framework for practice*. London: Royal College of Paediatricians and Child Health, 1997
- lxviii Varhely SC, Cowles J. Counselor self-awareness and client confidentiality: A relationship revisited. *Elementary School and Guidance Counseling* 1991; 25: 269-276
- lxix Young TL, Zimmerman R. Clueless: parent knowledge of risk behaviors of middle school students. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152: 1137-1139
- lxx Traugott I, Alpers A. In their own hands: adolescents' refusals of medical treatment. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151: 922-927
- lxxi Holder AR. Disclosure and consent problems in pediatrics. *Law Med Health Care* 1988; 16: 219-228
- lxxii Ford CA, English A. Limiting confidentiality of adolescent health services. What are the risks? *JAMA* 2002; 288: 752-753
- lxxiii McGee R, Williams S. Does low self-esteem predict health-compromising behaviours among adolescents? *J Adolesc* 2000; 23: 569-582
- lxxiv Heaven PCL. *Adolescent health: The role of individual differences*. London: London, 1996
- lxxv Williams PG, Holmbeck GN, Greenley RN. Adolescent health psychology. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 828-842

- ^{lxxvi} Sells CW, Blum RW. Morbidity and mortality among US adolescents: an overview of data and trends. *Am J Public Health* 1996; 86: 513-519
- ^{lxxvii} Ozer EM, Brindis CD, Millstein SG, Knopf DK, Irwin CE. *America's adolescents: Are they healthy?*. San Francisco, CA: National Adolescent Health Information Center, Division of Adolescent Medicine, Dept of Pediatrics and Institute for Health Policy Studies, School of Medicine, University of California, San Francisco, 1997
- ^{lxxviii} Turner RA, Irwin CE Jr, Tschann JM, Millstein SG. Autonomy, relatedness and initiation of health risk behaviors in early adolescence. *Health Psychol* 1993; 12: 200-208
- ^{lxxix} Broadstock M, Borland R, Hill D. Knowledge, attitudes and reported behaviours relevant to sun protection and sun tanning in adolescents. *Psychol Health* 1996; 11: 527-539
- ^{lxxx} Brindis CD, Morreale MC, English A. The unique health care needs of adolescents. *Health Insurance for Children* 2000; 13: 117-135
- ^{lxxxi} Breinbauer C, Maddaleno M. *Youth: choices and change. Promoting healthy behaviours in adolescents*. Washington: PAHO, 2006
- ^{lxxxii} Weissman JS, Epstein AM. *Falling Through the Safety Net: Insurance Status and Access to Health Care*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press, 1994
- ^{lxxxiii} Millman M., ed. *Access to Health Care in America*. Washington, DC: National Academy Press, 1993
- ^{lxxxiv} Anderson R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Quarterly* 1973; 51: 95-124
- ^{lxxxv} Aday LA, Andersen R. *Development of Indices of Access to Medical Care*. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press, 1975
- ^{lxxxvi} Wood DL, Hayward RA, Corey CR, Freeman HE, Shapiro MF. Access to medical care for children and adolescents in the United States. *Pediatrics* 1990; 86: 666-673
- ^{lxxxvii} Bartman BA, Moy E, D'Angelo LJ. Access to ambulatory care for adolescents: the role of a usual source of care. *Journal of Health Care Poor Underserved* 1997; 8: 214-226
- ^{lxxxviii} Newacheck PW. Improving access to health services for adolescents from economically disadvantaged families. *Pediatrics* 1989; 84: 1056-1063
- ^{lxxxix} Newacheck PW, Stoddard JJ, Hughes DC, Pearl M. Health insurance and access to primary care for children. *NEJM* 1998; 338: 513-542
- ^{xc} Lieu TA, Newacheck PW, McManus MA. Race, ethnicity, and access to ambulatory care among US adolescents. *Am J Public Health* 1993; 83: 960-965
- ^{xc1} Ginsburg KR, Slap GB, Cnaan A, Forke CM, Balsley CM, Rouselle DM. Adolescents' perceptions of factors affecting their decisions to seek health care. *JAMA* 1995; 273: 1913-1918
- ^{xc2} Lane M, McBright J, Garrett K, Millstein S, Bolan G, Ellen J. Features of sexually transmitted disease services important to African American adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 829-833
- ^{xc3} Chamie M, Eisman S, Forrest DJ, Orr MT, Torres A. Factors affecting adolescents' use of family planning clinics. *Fam Plann Perspect* 1982; 14: 126-139
- ^{xc4} Marks A, Malizio J, Hoch J, Brody R, Fisher M. Assessment of health needs and willingness to utilize health care resources of adolescents in a suburban population. *J Pediatr* 1983; 102: 454-606
- ^{xcv} Cheng TL, Savageau JA, Sattler AL, DeWitt TG. Confidentiality in health care: a survey of knowledge, perceptions, and attitudes among high school students. *JAMA* 1993; 269: 1404-1407
- ^{xcvi} Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin CE. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. *JAMA* 1997; 278: 1029-1034
- ^{xcvii} Thrall I, McCloskey L, Ettner S, Rothman E, Tighe J, Emans SJ. Confidentiality and adolescents' use of providers for health information and for pelvic exams. *J Adolesc Health* 2000; 27: 25-33
- ^{xcviii} Sigman GS, O'Connor C. Exploration for physicians of the mature minor doctrine. *J Pediatr* 1991; 119: 520-525
- ^{xcix} Schoen C, Davis K, DesRoches C, Shekhdar A. *The Health of Adolescent Boys: Commonwealth Fund Survey Findings*. New York, NY: The Commonwealth Fund, 1998
- ^c Schoen C, Davis K, Collins KS, Greenberg L, DesRoches C, Abrams M. *The Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls*. New York, NY: The Commonwealth Fund, 1997
- ^{ci} Klein J, Wilson K, McNulty M, Kappahn C, Collins K. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. *J Adolesc Health* 1999; 25: 120-130
- ^{cii} Zabin L, Stark H, Emerson M. Reasons for delay in contraceptive clinic utilization: adolescent clinic and nonclinic populations compared. *J Adolesc Health* 1991; 12: 225-232
- ^{ciii} Sugerman S, Halfon N, Fink A, Anerson M, Valle L, Brook R. Family planning clinic clients: their usual health care providers, insurance status, and implications for managed care. *J Adolesc Health* 2000; 27: 25-33
- ^{civ} Meehan TM, Hansen H, Klein WC. The impact of parental consent on the HIV testing of minors. *Am J Public Health* 1997; 87: 1338-1341
- ^{cv} Ford CA, Beraman PS, Moody J. Foregone health care among adolescents. *JAMA* 1999; 282: 2227-2234
- ^{cv1} Hodgson C, Feldman W, Corber S, Quinn A. Adolescent health needs. II: utilization of health care by adolescents. *Adolescence* 1986; 21: 383-390
- ^{cv2} Moreno MC, Muñoz MV, Pérez PJ, Sánchez I. *Los adolescentes españoles y su salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002
- ^{cv3} DGPNSD. *Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)*, 2005
- ^{cv4} Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. *Recomendaciones sobre salud sexual y reproductiva, consumo de alcohol y salud mental*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002
- ^{cv5} Boyer CB. Psychosocial, behavioral, and educational factors in preventing sexually transmitted diseases. *Adolesc Med State Art Rev* 1990; 1: 597-613
- ^{cv6} Brooks-Gunn J, Furstenburg FF. Adolescent sexual behavior. *Am Psychol* 1989; 10: 249-257
- ^{cv7} Jaskiewicz JA, McAnarney ER. Pregnancy during adolescence. *Pediatr Rev* 1994; 15: 32-38
- ^{cv8} Allan Guttmacher Institute. *Sex and America's Teenagers*. New York, NY: The Allan Guttmacher Institute, 1994
- ^{cv9} Hollert S, Hayes C, eds. Contraceptive decision-making among adolescents. En: *Risking the Future: Adolescent Sexuality, Pregnancy, and Childbearing, II*. Washington, DC: National Academy Press, 1987

^{cxv} Jaccard J, Dittus PJ, Gordon VV. Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior. *Fam Plann Perspect* 1996; 28: 159-165

^{cxvi} Jaccard J, Dittus PJ. *Parent-Teen Communication. Toward the Prevention of Unintended Pregnancy*. New York, NY: Springer-Verlag, 1991

^{cxvii} American Medical Association, Council on Scientific Affairs. Confidential health services for adolescents. *JAMA* 1993; 269: 1420-1424

^{cxviii} Reddy DM, Flemin R, Swain C. Effect of mandatory parental notification on adolescent girls' use of sexual health care services. *JAMA* 2002; 288: 710-714

^{cxix} Borzekowski DLG, Rickert VI. Adolescent cybersurfing for health information: A new resource that crosses barriers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155: 813-817

^{cxx} Silber TI. Justified paternalism in adolescent health care. *J Adolesc Health Care* 1989; 10: 449-453

^{cxxi} Rivas JD, Sulmasy DP. Sexually transmitted disease: A private matter?. *Am Fam Phys* 2002; 66:1351-2, 1355

^{cxxii} Duplantier F. *Parental rights check state power*. America's Future Newsletter Online 1996. Accesible en: www.americasfuture.net

^{cxxiii} Hofmann AD. Consent and confidentiality. En: Greydanus D, Hofmann AD (eds.). *Adolescent Medicine*. Stamford, CT: Appleton and Lange, 1997

^{cxxiv} Kuther TL. Medical decision-making and minors: issues of consent and assent. *Adolescence* 2003; 38: 343-358

^{cxxv} Melton GB. Parents and children: Legal reform to facilitate children's participation. *Am Psychol* 1999; 54: 935-944