



Artículo disponible en:  
[www.sietediasmedicos.com](http://www.sietediasmedicos.com)

Evaluación y acreditación en:  
[www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com)

Cada tema está acreditado por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries- Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con **0,2 créditos**



## TEMA 2

### ADOLESCENTES: ¿LOS GRANDES OLVIDADOS DE LAS CONSULTAS?

**Rosario Jiménez Leal**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria Vallcarca-Sant Gervasi. Barcelona

#### Objetivos de aprendizaje

- ▶ **¿Es verdad que los adolescentes no consultan a sus profesionales sanitarios de referencia?**
- ▶ **¿Estamos capacitados para atender y entender a los adolescentes que acuden a nuestras consultas?**
- ▶ **¿Cuál es el marco legal y ético que permite trabajar con adolescentes y hacerlos protagonistas de su salud?**
- ▶ **¿Qué pasa con la familia y los tutores de los adolescentes a quienes visitamos?**

## ADOLESCENCIA

### Josep Bras Marquillas

Coordinador pediátrico de la Unidad de Investigación, Formación Continuada y Docencia del ICS de Barcelona. Pediatra de Atención Primaria. ABS Poblenou. Barcelona

El adolescente: ¿ese monstruo?

**Adolescentes: ¿los grandes olvidados de las consultas?**

Psicología del adolescente y su entorno

La tormenta hormonal del adolescente

### Motivos de consulta durante la adolescencia

Los adolescentes se pueden considerar los grandes olvidados del sistema sanitario: los programas de atención a la infancia sana concluyen sobre los 14 años y la mayoría de actividades preventivas de adulto se aplican a partir de los 18 años.

La adolescencia es una etapa en la que lo habitual y más común es estar sano. De ahí que a menudo se crea que los adolescentes no acuden a las consultas de atención primaria. Sin embargo, existen múltiples motivos por los que el adolescente puede visitar un centro de salud, entre ellos los siguientes:

- Causas orgánicas: infecciones respiratorias de las vías altas, traumatismos, accidentes, trastornos en la menstruación y problemas dermatológicos (sin duda el más frecuente es el acné, pero también las micosis y el hirsutismo pueden ser motivos de consulta).
- Causas funcionales: cansancio injustificado, pérdida de la capacidad de estudio, alteraciones en la percepción de la imagen...

- Causas ocultas (pueden manifestarse a raíz de motivos de consulta aparentemente orgánicos o bien funcionales): pérdida de autoestima, dificultades de relación, problemas familiares, dudas relacionadas con la sexualidad, ansiedad, depresión...
- Consulta sobre imagen, peso y técnicas de *body art* como tatuajes o *piercing*.

Es importante que el adolescente establezca un vínculo asistencial con sus profesionales de referencia (pediatra/médico de familia y enfermera) y que las consultas se realicen en su centro de salud de referencia y con los profesionales responsables. La adolescencia no es una época del desarrollo que se caracterice precisamente por la paciencia, y ello hace que, si el adolescente no tiene un referente asistencial claro, acuda al servicio de urgencias para intentar solucionar los problemas o temas que le preocupan. Cuando esto sucede, se pierde el continuo asistencial, que en estas edades, como veremos, es un factor fundamental.

A veces puede ocurrir que el adolescente acuda al médico acompañado y

forzado por la familia, que es quien percibe que hay un problema, no el propio menor. Esto hace que la actitud inicial del adolescente hacia al médico que lo atiende sea negativa. Cuando hablemos de la entrevista clínica ya veremos cómo intentar mejorar este marco asistencial.

Aunque en ocasiones los motivos por los que reclaman nuestra atención puedan parecer banales, no podemos subestimarlos ni dejar de atender aquello que les preocupa, porque si no intentamos solucionar lo que los ha llevado a la consulta será imposible trabajar otros aspectos preventivos.

Si queremos visitar a adolescentes lo mejor posible debemos actualizarnos en temas tan propios de esa edad como los trastornos de conducta alimentaria, los *piercings* o las crisis de pánico y el trastorno de ansiedad, por poner sólo algunos ejemplos característicos.

### La consulta oportunista

Se han desarrollado experiencias muy válidas en algunos territorios sobre cómo realizar visitas programadas durante la adolescencia y mantener así los programas infantiles preventivos (tabla 1). De todas maneras, es posible que a estas visitas de control acudan sobre todo los adolescentes menos problemáticos o con familias más motivadas en su cuidado, y que los adolescentes de mayor riesgo queden al margen.

No podemos olvidar que durante la adolescencia las actividades preventivas se han de vincular a la detección de conductas de riesgo, y es importante aprovechar cualquiera de los escasos contactos que los adolescentes tendrán con el sistema sanitario a lo largo de esta etapa para abordar cuestiones como las posibles conductas de riesgo (el consumo de sustancias adictivas, por ejemplo), el inicio de las relaciones sexuales, el peso y las dificultades psicológicas propias de la edad.

En cualquier caso, y por banal que sea el motivo de consulta, ésta siempre es una oportunidad para trabajar la rela-

Tabla 1. Actividades preventivas por edades según Previnfad. Calendario de controles durante la adolescencia		
Actividad	12-14 años	16-18 años
<b>Recogida de información</b>		
Identificación de riesgos (individual o familiar)	Sí	Sí
Tabaquismo pasivo/activo	Sí	Sí
Alimentación	Sí	Sí
<b>Exploración/cribado</b>		
Peso/talla/índice de masa corporal	Sí	Sí
Indicadores de maltrato	Sí	Sí
Visión	Sí	Sí
Presión arterial	Sí	Sí
Examen bucodental	Sí	Sí
Colesterol	En grupos de riesgo	
Desarrollo puberal	Sí	No
<b>Consejos</b>		
Alimentación	Sí	Sí
Tabaquismo pasivo	Sí	Sí
Actividad física	Sí	Sí
Accidentes	Sí	Sí
Bucodentales	Sí	Sí
Protección solar	Sí	Sí
Sexualidad/prevenición de las infecciones de transmisión sexual/embarazo adolescente	Sí	Sí
Consumo de tabaco/alcohol/drogas	Sí	Sí
<b>Inmunizaciones</b>		
Según calendario vacunal	Sí	Sí

ción asistencial y la educación sanitaria en temas de autocuidado y conductas saludables como el ejercicio físico y la dieta.

### Conductas de riesgo y prevención

La adolescencia es una época en la que el individuo es más vulnerable a las diferentes conductas de riesgo. Esto se debe en parte a tres rasgos característicos del pensamiento del joven: a) la sensación de invulnerabilidad ante el peligro; b) la prioridad que da a la gratificación inmediata y a vivir el presente, y c) la curiosidad por experimentar nuevas vivencias estimulantes y arriesgadas.

Así, por ejemplo, en el consumo de sustancias psicoactivas ese tipo de pensamiento propio del adolescente

disminuye la percepción del riesgo que implican, y cuanto menor sea esa percepción, mayor será el consumo. De ahí que en los últimos años haya aumentado el consumo de cannabis, debido al escaso riesgo percibido por los jóvenes.

La mayoría de los adolescentes sin dificultades psicológicas o familiares graves tienen conductas de riesgo esporádicas y transitorias, pero es importante ofrecer un espacio en la consulta donde poder reflexionar sobre ellas, sin emitir juicios morales ni estigmatizar. Prevenir, en estos casos, no significa prohibir, sino fomentar el desarrollo de factores de protección, como son la capacidad crítica, las habilidades sociales o la resistencia a la presión de grupo.

Una actitud abierta de escucha y confianza nos permitirá detectar qué situaciones suponen realmente un riesgo, potencial o real, y poder hacer un seguimiento.

En la tabla 2 se señalan algunas situaciones relevantes en el ámbito familiar que pueden favorecer la adopción de conductas de riesgo por parte del adolescente.

### La entrevista clínica con el adolescente

La entrevista clínica es una herramienta fundamental en el ámbito asistencial, a todas las edades: de nuestra capacidad para comunicarnos depende el éxito de la intervención en salud que realizamos, pero también el futuro de la relación asistencial. Los primeros contactos del adolescente con sus profesionales de salud establecerán las bases del futuro adulto con el mundo sanitario.

A continuación analizaremos algunas características propias de las entrevistas clínicas a adolescentes en la consulta que puedan facilitar la atención sanitaria a esta población.

Todo profesional de atención primaria que tiene contacto sanitario con un adolescente debería tener claros algunos de los objetivos primordiales de la misma:

- Establecer una relación de confianza. Los jóvenes son individuos normalmente sanos que frecuentan poco los centros de salud y, sin embargo, es una época vital crucial para la adquisición de hábitos beneficiosos o peligrosos para la salud. Para tranquilizar a un joven que consulta por algo que le preocupa o para trabajar con él temas preventivos, es imprescindible crear un clima de respeto, confianza y comodidad.
- Respeto a la privacidad y a la intimidad. Dentro de este clima de confianza es importante que la entrevista clínica, sobre todo en el momento de abordar conductas de riesgo, se realice en un ámbito privado; si el adolescente acude acompañado de

### Tabla 2. Situaciones de riesgo en la familia para conductas de riesgo durante la adolescencia

- Conflictos no resueltos durante la infancia
- Cambios ambientales y pérdidas relevantes:
  - Muerte de un familiar próximo
  - Inmigración
  - Maltratos y abusos
- Enfermedades orgánicas en el menor:
  - Enfermedades crónicas como diabetes o asma
  - Enfermedades agudas que conlleven limitaciones o riesgo para la vida
  - Discapacidad o minusvalía
- Características familiares:
  - Familia desestructurada (conflictos graves y crónicos de pareja, psicopatología de los padres)
  - Situación socioeconómica muy desfavorable
  - Despreocupación o desinterés por el hijo adolescente
  - Padres excesivamente normativos o rígidos
  - Padres con enfermedades orgánicas y/o graves
  - Hijos de padres con toxicomanías, psicosis o historia de delincuencia

sus padres, éstos deben esperar fuera. Asimismo, hay que tener en cuenta que al realizar la exploración (física, emocional o psicológica) del adolescente podemos incomodarlo por abordar parcelas que pueden pertenecer a su intimidad. Hemos de explicarle lo que estamos haciendo para disipar las dudas o inquietudes que pueda tener.

- Remarcar la confidencialidad. Muchos autores insisten en que sin confidencialidad no existe confianza, y sin confianza la relación asistencial no puede desarrollarse en beneficio del paciente. En el caso del adolescente, esta confidencialidad debe ser mencionada de forma explícita en la consulta: hay que explicarle al paciente, que habitualmente no conoce este derecho, que todo lo que diga es confidencial, y a menudo conviene recordárselo a la familia. La confidencialidad a veces puede ge-

nerar algunas dudas, que intentaremos aclarar en el apartado del marco legal y ético de la atención al menor.

- El papel de la familia. Es habitual que el adolescente acuda a la consulta acompañado por uno de sus padres. Los motivos de consulta más frecuentes, como hemos visto, son banales o están relacionados con alguna patología aguda, pero otras veces la visita al médico se debe a dificultades de relación en casa o en la escuela o a conductas de riesgo detectadas por los padres. En este último caso, la actitud del adolescente dificultará la entrevista y los padres se mostrarán reticentes a no tener información sobre ésta. Es importante no excluir a los padres en estas situaciones y no tomar partido ni por unos ni por otros: siempre hemos de escuchar lo que los padres tengan que explicar y ofrecerles un espacio a ellos independiente; puede darse la situación de que tengamos que compartir con los padres situaciones de riesgo del adolescente, pero siempre será en beneficio de éste y con su conocimiento previo.

En la tabla 3 se señalan los objetivos de las primeras entrevistas con los adolescentes.

La entrevista al adolescente nos sirve para profundizar en el motivo de consulta y para completar su historia psicosocial. No hay que olvidar que lo importante es crear un clima distendido y de confianza, intentando mantener una charla o conversación fluida.

Debemos hablarle en un lenguaje inteligible, adaptado a la capacidad de comprensión del adolescente, y asegurarnos de que comprende el sentido de las preguntas que le planteemos. Hay que utilizar un vocabulario sencillo y coloquial, fácil de entender, y de ser posible, que recoja expresiones propias de su estilo de comunicación. Sin embargo, no debemos caer en el error de aparentar que somos «colegas»; el objetivo es intentar convertirnos en interlocutores válidos en temas de salud.

### Tabla 3. Objetivos de las primeras entrevistas con adolescentes. Tareas que deben incorporarse

- Orientar la entrevista para conseguir una relación de confianza con el adolescente de cara a las siguientes visitas
- Aprovechar la consulta para explorar otras áreas de salud, sobre todo las relacionadas con las conductas de riesgo más frecuentes en los jóvenes: consumo de alcohol, conducción de motos y automóviles, consumo de tabaco, integración social, proyecto vital, etc.
- Informar sobre la cartera de servicios disponibles en el centro de salud y sobre cómo puede acceder a ellos de la manera más cómoda y en el menor tiempo posible
- Utilizar todas las visitas para realizar actividades de educación para la salud, orientadas especialmente hacia las conductas de mayor riesgo que se hayan identificado

Además, deberemos estar atentos a la comunicación no verbal del paciente, ya que ese lenguaje puede ofrecer una información emocional que a veces al adolescente le cuesta expresar en palabras.

Algunas de las técnicas que pueden ayudar al joven a responder son:

- Utilizar preguntas abiertas: permiten que la respuesta no se limite a un sí o un no, y de esta manera ayudan al joven a reflexionar en voz alta. Por ejemplo: «¿Qué opinas del tabaco?».
- Utilizar preguntas facilitadoras: son útiles para abordar temas delicados o con una gran carga emocional, y le transmitimos al joven que lo que le sucede a él también es común en otras personas. Por ejemplo: «A menudo las chicas de tu edad tienen dudas sobre algún tema de sexualidad. ¿Quieres consultar algo?».
- Estrategias de empatía: le hacemos saber que entendemos lo que le sucede, estemos o no de acuerdo con su conducta. Por ejemplo: «Entiendo que para no ser diferente de tus amigos sigas fumando porros, pero me preocupa porque no sé si esto es lo mejor para ti. ¿Tú qué crees?».

- Sumarios: hacemos resúmenes en voz alta de lo que nos ha explicado, que aclaran lo que hemos entendido y ponen de relieve las posibles conductas contradictorias. Por ejemplo: «Por lo que me has dicho a ti no te gusta fumar, pero como tus amigos fuman tú también lo haces. ¿Realmente son amigos con los que puedes contar? ¿Le has explicado a alguno de ellos lo que te pasa?».
- Silencios funcionales: un silencio prolongado puede significar que el adolescente está elaborando una respuesta o bien que la pregunta le incomoda emocionalmente; si no quiere responder debemos respetarlo, pero sin olvidar que ese silencio puede indicar un problema, que deberá ser abordado más adelante. Por ejemplo: «Parece que este tema te incomoda. Recuerda que la relación es confidencial y que si tú quieres podemos comentarlo más adelante».

Existen multitud de cuestionarios elaborados por distintos autores con el objetivo de hacer entrevistas sistemáticas a adolescentes que recojan todos los aspectos biológicos, sociales y psicológicos que pueden influir en su salud y en la adopción de conductas de riesgo. Aunque no se trata de hacer un interrogatorio, pueden favorecer la interacción con el joven, evitando que queden áreas sin explorar. La mayoría de ellos recogen temas sobre la familia, los estudios, la alimentación, las sustancias de consumo, la sexualidad y el estado anímico. A modo de ejemplo, en la tabla 4 recogemos uno de ellos desarrollado hace años para su uso en la consulta de atención primaria.

### Marco legal y ético de la atención al menor

#### Marco legal

Hablar de atención a la adolescencia genera dudas en muchos profesionales en relación con posibles problemas legales, dado que la mayoría de adolescentes son menores de edad y están bajo la tutela de sus padres o tutores.

Todo acto médico necesita el consentimiento del paciente, y para que este

consentimiento sea válido el individuo que lo otorga ha de tener la capacidad de obrar o madurez suficiente. A partir de la mayoría de edad, se considera que esta capacidad existe siempre; la posible incapacidad constituye una excepción y habría que demostrarla por vía judicial. El Real Decreto-Ley 33/1978, de 16 de noviembre, dispone que la mayoría de edad en España se inicia a los 18 años cumplidos, por lo que no debemos plantearnos ninguna duda legal para atender a estos jóvenes.

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, establece diferentes derechos de los pacientes (y, por supuesto, también de los adolescentes): a) derecho de información sanitaria, b) derecho a la intimidad, c) respecto a la autonomía del paciente, y d) historia clínica.

Es cuando se habla de la «autonomía» del paciente cuando en el texto se hace referencia al consentimiento informado y a sus límites. Con respecto a la edad, señala varias diferencias:

- Si la persona tiene menos de 12 años, en general se presume que no tiene capacidad o madurez suficiente y han de consentir por ella.
- Si el menor tiene 16 o más años, es él quien ha de dar personalmente el consentimiento, y si la intervención es muy grave el facultativo decidirá si debe informar a los padres, aunque éstos no podrán decidir por el menor si éste es capaz. Sin embargo, existen un par de excepciones que desarrollaremos más adelante.
- Si el menor no es capaz intelectual y emocionalmente de tomar la decisión, el consentimiento lo dará el representante legal, escuchando la opinión del menor si éste tiene más de 12 años. Así pues, es en esta franja de edad, entre los 12 y 16 años, donde los profesionales hemos de decidir sobre la supuesta capacidad de obrar o madurez del menor, y eso dependerá no sólo de la edad, sino también de la demanda en con-

**Tabla 4. Cuestionario de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària**

Este cuestionario es administrado por un profesional sanitario, aprovechando una visita espontánea o programando una específica, después de resolver el motivo de consulta. En cualquier caso, se efectúa sin la presencia de los padres y remarcando la confidencialidad.

### Realización o revisión del genograma

- Recoger antecedentes familiares
- Identificar convivientes y señalarlos
- Explorar dinámicas familiares y posibles duelos

### Rendimiento escolar/laboral

- ¿Qué curso haces? ¿Has repetido? ¿Querrás seguir estudiando?
- ¿En qué trabajas? ¿Te gusta tu trabajo?

### Tabaco

- ¿Fumas diariamente? ¿Cuántos cigarrillos?
- ¿Has fumado en alguna ocasión?
- ¿Fuma alguien en tu casa? ¿Y en tu grupo de amigos?
- ¿Qué opinas del tabaco?

### Alcohol

- ¿Tomas bebidas con alcohol? ¿Cuáles?
- ¿En casa? ¿Los fines de semana?
- ¿Qué piensas del alcohol?
- ¿Has ido en moto o en coche con alguien que haya bebido?

### Otras drogas

- ¿Has tenido contacto con otras drogas? ¿Cuáles?
- ¿Conoces a alguien que las consuma? ¿En tu grupo de amigos?
- ¿Quiere hacer alguna pregunta sobre estos temas?

### Actividad física y tiempo libre

- ¿Practicas algún deporte? ¿Cuál? ¿Cuánto tiempo dedicas?
- ¿Qué haces los fines de semana? ¿Sales en grupo?
- ¿Tienes pareja? ¿Sales con alguien?

### Actividad sexual

- ¿Has recibido información sobre anticonceptivos? ¿En casa? ¿En la escuela?
- ¿Cuáles conoces?
- ¿Y sobre enfermedades de transmisión sexual? ¿Cuáles te suenan?
- ¿Quieres hacer alguna pregunta sobre estos temas?

### Alimentación

- ¿Haces o has hecho algún tipo de dieta? ¿De qué tipo?
- ¿Conoces a alguien con problemas de anorexia o bulimia? ¿Qué opinas?

### Salud mental

- ¿Cómo crees que va tu vida?
- ¿Con quién hablas cuando las cosas no van bien?
- ¿Te sientes muy deprimido con frecuencia? ¿Tanto como para haber pensado en suicidarte?

creto y de la gravedad de la intervención (no es lo mismo dar un tratamiento poscoital a una chica de 15 años en la consulta que un sábado en urgencias y cuando tiene signos evidentes de haber consumido alcohol en exceso).

- Según esta ley, la interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de en-

sayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad.

En 2010 se aprueba la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo, que recoge el derecho de las me-

nores de 16 y 17 años a dar su consentimiento en la interrupción del embarazo, aunque se ha de informar a los padres de la decisión de la hija. Sólo se prescindirá de dicha información cuando la menor alegue que eso puede provocar un conflicto grave. Se modifican así las excepciones que previamente recogía la Ley 41/2002.

En la tabla 5 se ofrece un resumen del marco legal de atención a los adolescentes y jóvenes.

### Marco ético

Una vez visto lo que establece el marco legal, desde el punto de vista ético la atención a un adolescente que demanda ayuda no nos deja indiferentes y la relación de éste con su familia o sus tutores será imprescindible para tomar algunas decisiones. La bioética nos tiene que ayudar a tomar decisiones cuando puedan entrar en conflicto los intereses del menor y los de los padres o tutores.

Es importante recordar los principios bioéticos clásicos de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, así como el derecho a la privacidad y a la confidencialidad recogidos en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco en 2005. Además, en el caso del menor también hemos de considerar su vulnerabilidad (es vulnerable la persona que puede ver su autonomía, dignidad o integridad amenazada).

### Principio de autonomía

Quizá la base de la atención médica actual, huyendo del antiguo paternalismo, la constituya el principio de autonomía, que es la capacidad de decidir por uno mismo y de asumir la responsabilidad moral de las propias decisiones. En el ámbito sanitario hemos de respetar, permitir y promover la autonomía de los menores, pero no debemos caer en los siguientes errores:

- Abandonar al menor en la toma de decisiones. Hemos de informarlo y asegurarnos que entiende la situación y ayudarlo si fuera preciso.

**Tabla 5. Resumen del marco legal de atención a los adolescentes y jóvenes**

Edad (años)	Tipo de atención sanitaria
18 o más	Estos pacientes, excepto si han sido incapacitados legalmente, siempre son autónomos, en el ámbito sanitario y en cualquier otro
16-18	Son autónomos en el ámbito sanitario y pueden dar siempre su consentimiento, excepto para ensayos clínicos y prácticas de técnicas de reproducción asistida Según la gravedad de la situación, el profesional sanitario lo comunicará a los padres o tutores, con el conocimiento del menor
12-16	La autonomía dependerá de si existe o no madurez suficiente: no es absoluta, depende del acto médico en sí y es decidida por el profesional que presta la atención Aunque el menor no sea considerado maduro, siempre, como mínimo, habrá que informarle y escuchar su opinión
Menos de 12	No tiene capacidad suficiente y han de consentir por él Ha de recibir una información clara e inteligible de la asistencia que va a recibir, para minimizar los posibles miedos a la atención médica

- Olvidar a los padres. El apoyo de los padres y la confianza mutua son factores que facilitan la toma de decisiones en temas de salud y generan aprendizaje para saber actuar con mayor autonomía y responsabilidad. A veces será preciso intentar que el adolescente confíe y se apoye en los padres o tutores para tomar sus decisiones.
- Considerarlos siempre autónomos. La competencia es una cualidad no permanente: se puede tener hoy y no mañana en una situación diferente.
- No ayudarlos cuando decidan algo que va contra nuestra opinión. Siempre debemos atenderlos.

#### *Derecho a la confidencialidad*

De este principio ético de autonomía, deriva el derecho de confidencialidad que es imprescindible en la atención a estas edades: sin el respeto a la confidencialidad no hay confianza, y sin confianza no se pueden establecer relaciones asistenciales de calidad para trabajar temas tan importantes como la prevención. Este derecho a la confidencialidad tiene unos límites que debemos conocer:

- Riesgo real para un tercero si no lo informamos de la situación.
- Grave riesgo para la salud o la vida del menor si no informamos de la situación. De todas maneras si el menor es maduro será su decisión la que prevalezca sobre la opinión de los padres, pero si creemos que la decisión de no informar a los padres le perjudica, debemos hacerlo aunque el menor se oponga.

- En caso de que el menor sea víctima o se sospeche de un delito de maltrato, agresión o abuso sexual.
- En caso de que existan motivos de salud pública.

Hay situaciones en que los profesionales tienen la obligación de informar a los padres y tener en cuenta su opinión, de cara a asegurar la protección del adolescente. Esto también puede darse en mayores de edad con sus capacidades reducidas: estado físico o psíquico que no permita hacerse cargo de la situación, incapacitaciones legales, situaciones de riesgo grave, adicción o dependencia a sustancias... Al revelar la información se ha de hacer de forma discreta y exclusivamente a quien corresponda, pero es conveniente informar al menor de este hecho.

#### **Menor maduro**

La madurez en el ámbito sanitario significa tener suficiente competencia y recursos personales para comprender, en situaciones que afectan a la salud, las alternativas posibles, evaluar las consecuencias de cada una de ellas y decidir. El grado de madurez capacita al menor para ejercer su autonomía y tomar decisiones en una situación concreta. Desde el punto de vista psicológico, un adolescente se considera maduro si es capaz de:

- Saber qué quiere.
- Entender que los otros pueden querer algo diferente.
- Saber identificar situaciones de conflicto.

- Reflexionar en lugar de actuar impulsivamente.

La mayor parte de las consultas, sobre todo en atención primaria, no entrañan ninguna dificultad, pero a veces se da la situación de que el menor toma una decisión determinada y los padres no están de acuerdo, o que el menor no quiere que éstos sepan lo que ha decidido. Cabe recordar que en el caso de los mayores de 16 años o menores con madurez suficiente, tendremos que respetar de entrada su decisión. Esto no excluye que intentemos detectar el conflicto entre el adolescente y sus padres y, si consideramos que la intervención de éstos puede ser positiva, trabajar para facilitarla.

Entre los 12 y 16 años es cuando se hace imprescindible esta determinación de madurez, que hace prevalecer el deseo del adolescente sobre el derecho a la información o decisión de los padres y tutores. Sería muy conveniente contar con herramientas de medida de la competencia para usar en situaciones dudosas y puntuales, pero éstas no existen. Hay cuatro aspectos que pueden ayudarnos a determinar si el menor es competente:

1. Capacidad de expresar una elección.
2. Capacidad para entender la información relevante de la situación en que se encuentra antes de tomar la decisión.
3. Capacidad de evaluar la información y las consecuencias que cada opción puede tener en su salud.

### RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

- Los motivos de consulta banales que llevan a los adolescentes a los centros de salud son oportunidades ideales para explorar y detectar posibles conductas de riesgo para la salud en estas edades.
- La entrevista clínica con el adolescente debe realizarse a solas, respetando la confidencialidad y facilitando la comunicación en un clima de confianza.
- La mayoría de edad desde el punto de vista sanitario son los 16 años, exceptuando la participación en ensayos clínicos y en técnicas de reproducción asistida.
- Un menor entre los 12 y 16 años puede ser maduro si el profesional que lo atiende considera que tiene la capacidad para tomar decisiones sanitarias.
- La madurez de un menor no es permanente, depende del individuo pero también del motivo de consulta.

4. Capacidad para razonar, a partir de la información recibida y fundamentando su decisión ponderando riesgos y beneficios.

Así pues, cabe insistir en que esta madurez o competencia no es permanente y dependerá del momento y la decisión que tomar. La determinación de dicha madurez en cada caso concreto corresponderá al profesional que proporciona la atención. Entre las variables que hay que valorar en cada situación se encuentran:

- La capacidad personal del menor.
- El estado emocional.
- La edad.
- La gravedad de la decisión.
- El riesgo secundario.
- Las consecuencias de la decisión.

Aplicar la doctrina del menor maduro en situaciones de gran beneficio y escaso riesgo (la mayoría de las de atención primaria) resulta sencillo. Es en las pocas situaciones en las que la decisión del menor comporta gran riesgo para la salud cuando tendre-

mos que valorar su madurez y el límite de su autonomía, y si tenemos dudas habrá que intentar trabajar con el principio de beneficencia y decidir siempre aquello que sea mejor para el paciente.

Aunque cada situación, cada motivo de consulta, cada menor y cada familia es diferente, debemos garantizar que la atención sanitaria que reciben nuestros menores se basa en criterios de calidad y contribuye a hacerlos autónomos y cada vez más responsables de su salud.

### Bibliografía

- Casado I. Entrevistando a los adolescentes. AMF. 2005; 1(3): 138-147.
- Cerro A, Jiménez R. CAAPS III: Curso autoformativo en atención primaria de salud. Cuaderno 6: Adolescencia. Barcelona: IES, 2004-2005.
- Gracia D, Jarabo Y, Martín Espildora N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. Med Clin (Barc). 2001; 117: 179-190.
- Jiménez R, Asensio S. El médico de familia y el adolescente. La entrevista clínica y la detección e intervención en las conductas de riesgo de los adolescentes. El Médico. Formación acreditada online; octubre de 2003-octubre de 2004.
- Jiménez R. El menor, ¿protagonista de su salud? AMF. 2010; 6: 309-315.
- Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria (AEPAP): [www.aepap.org](http://www.aepap.org) (web en la que se ofrecen consejos para adolescentes y sus familias; también incluye las recomendaciones y principales actividades preventivas del grupo PrevInfad).