
La relación médico-adolescente

The doctor-adolescent relationship

J. Cornellà¹, A. Llusent²

RESUMEN

La atención a la salud integral de los adolescentes requiere, además de una sólida formación sobre su desarrollo, su forma de enfermar y los recursos terapéuticos de que disponen, una capacidad para "sentirse a gusto" delante del adolescente y cierta experiencia en el trato con la gente joven. Se consideran las cualidades que debe tener la atención a este grupo de edad: disponibilidad, visibilidad, calidad, confidencialidad, satisfacción, flexibilidad y coordinación.

Se comentan las barreras físicas y psíquicas que dificultan el acceso del adolescente a los servicios de salud. Se pone énfasis en la confidencialidad como instrumento básico en la relación médico-adolescente, se comentan sus características (asimétrica y retroactiva) y se establece un marco bioético en el cual debe desarrollarse: respeto por su autonomía, interés por su beneficio y aplicación del principio de justicia, ofreciendo continuidad y ayudando a decidir sin aceptar la coacción moral y desde la autocritica.

Palabras clave. Relación médico-adolescente. Salud integral. Confidencialidad.

SUMMARY

Care for the integral health of adolescents requires, besides a solid education concerning their development, their form of falling ill and the therapeutic resources that are available, a capacity to "feel comfortable" in the presence of adolescents and certain experience in the treatment of young people. Consideration is given to the qualities that must be present in care for this age group: availability, visibility, quality, confidentiality, satisfaction, flexibility and coordination.

We comment on the physical and psychic barriers that hinder access by the adolescent to the health services. Emphasis is placed on confidentiality as a basic tool in the doctor-adolescent relationship, its characteristics (asymmetry and retroactive) are commented upon, and a bioethical frame is established in which respect must be developed for their autonomy, interest for their welfare and application of the principle of justice, offering continuity and helping to decide without accepting moral coercion and from an attitude of self-criticism.

Key words. Doctor-adolescent relationship. Integral health. Confidentiality.

ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 2): 145-149.

1. Pediatra Coordinador del Programa de Atención al Adolescente. Centro de especialidades Güell. Girona.
2. Alumno 5º Medicina.

Correspondencia:
Josep Cornellà i Canals
Pujada de la Creu de Palau, 20
17003 Girona
E-mail: cornella@comg.es

INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa un período de cambios rápidos que afectan las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la persona. La medicina del adolescente es relativamente joven. Se puede decir que nace con las primeras clínicas específicas para adolescentes que abrió Roswell J. Gallagher, en Boston, a principios de los años cincuenta. En este escaso medio siglo se han ido desarrollando las técnicas clínicas y de investigación en este campo de la medicina, y se han ido definiendo las características de su atención específica.

Para atender adolescentes no basta con tener unos conocimientos sobre las características de su desarrollo, su forma de enfermar y los recursos terapéuticos de que se disponen, sino que también es necesaria una capacidad para “sentirse a gusto” delante del adolescente y cierta experiencia en el trato con la gente joven.

La *Society for Adolescent Medicine*¹ ha definido las siete características que deben de configurar la atención a este grupo de edad. De su aplicación derivará una atención satisfactoria tanto para el adolescente como para el médico. Estas características son:

- Disponibilidad.
- Visibilidad.
- Calidad.
- Confidencialidad.
- Satisfacción.
- Flexibilidad.
- Coordinación.

EL ACCESO DEL ADOLESCENTE A LA CONSULTA

El adolescente se encuentra en un largo proceso de crecimiento y maduración, con unas tareas muy concretas, cuyo objetivo final debe ser la adquisición de las siguientes capacidades:

- Identidad: encontrar un sentido coherente a su existencia.
- Intimidad: adquirir la capacidad para las relaciones maduras.
- Integridad: adquirir un sentido claro de lo que está bien y lo que está mal.

- Independencia psicológica: adquirir la capacidad para tomar las decisiones por sí mismo, sin depender de los demás, asumiendo el rol de persona adulta.
- Independencia física: adquirir la capacidad para ganarse la vida y ser independiente de la familia.

Durante estos últimos años, los problemas de salud de los adolescentes y jóvenes se han hecho más complejos: dificultades adaptativas y alteraciones en la salud mental, dificultades escolares, consumo de alcohol y drogas, inicio precoz de relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual... De la misma manera se han ido complicando las barreras que obstaculizan el acceso de los adolescentes a los servicios de promoción de salud²:

- La burocratización de nuestros sistemas de atención a la salud, que impiden el sentimiento de confidencialidad, que es la base para una buena relación entre el médico y el adolescente.
- El tipo específico de atención que precisa el adolescente: más tiempo disponible y más proximidad de la consulta en una etapa de la vida en que existen más dificultades de comunicación verbal.
- La falta de conocimientos sobre los recursos sanitarios a los que puede acudir.
- La misma etapa del desarrollo psicológico del adolescente (“pensamiento mágico”) que le lleva a negar o a infravalorar un problema.
- La amenaza para la autoestima que le supone admitir la posibilidad de problemas en su salud física o mental.

De la consideración de estas barreras se ha derivado el interés que tiene la atención específica al adolescente, la educación para la salud, y la organización de unos servicios primarios básicos de atención a su salud física y mental. Muchos de los problemas de salud que hoy en día son objeto de grandes desembolsos económicos tienen su origen en conductas iniciadas durante la adolescencia y juventud (consumo de alcohol y drogas, conductas sexuales que aumentan el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y embara-

zos no deseados, consumo de tabaco, actividad física insuficiente, malos hábitos nutritivos, trastornos en la conducta alimentaria...).

CONFIDENCIALIDAD: INSTRUMENTO BÁSICO

La confidencialidad se refiere al carácter privilegiado y privado de la información aportada durante la transacción de la atención sanitaria³. La mayoría de los médicos dan apoyo a las actividades sanitarias confidenciales para adolescentes⁴. Para los adolescentes, la garantía de confidencialidad es una condición muy valorada en el momento de utilizar los servicios sanitarios⁵, en especial para lo que se refiere a problemas relacionados con la sexualidad, el abuso de sustancias y la salud mental⁶. En una encuesta hecha entre adolescentes de Barcelona⁷, siete de cada diez pensaban que no podían hablar de cualquier tema con su médico, siendo las razones más frecuentes la falta de confianza y el miedo de que se lo cuente a sus padres.

La confidencialidad es esencial para que el paciente deposite confianza en su proveedor de asistencia sanitaria y pueda aportarle la información que, suponiendo aspectos de su intimidad y de su vida personal, puedan ser útiles en su proceso diagnóstico y terapéutico. Se dice que no hay medicina sin confianza, no hay confidencia sin confianza y no hay confianza sin secreto⁸.

La confidencialidad en la relación entre el médico y el adolescente debe existir siempre que sea posible, teniendo en cuenta la edad, la capacidad de entender el problema y de tomar decisiones, así como las repercusiones futuras de estas decisiones, las relaciones con los padres y los impedimentos legales.

El derecho a la confidencialidad viene legitimado por las recomendaciones del Código de Deontología del *Consell de Col·legis de Metges de Catalunya*⁹, de la *American Medical Association*¹⁰ y por la legislación vigente¹¹.

EL PEDIATRA, MÉDICO DE ADOLESCENTES

Todas estas consideraciones nos llevan a la conclusión de que, como pediatras, debemos adaptarnos a las peculiaridades y demandas del adolescente para atenderles con eficacia. Más que crear una nueva especialidad se trata de ser capaces de crear en nuestro sistema las modificaciones pertinentes que posibiliten que el adolescente se sienta cómodo en nuestra consulta.

Como médicos de niños, todos hemos ido desarrollando un modelo de atención pediátrica en nuestros actos médicos en los que son los padres quienes conciertan la visita, explican los síntomas, se interesan por el tratamiento, y toman decisiones. Nos hará falta desarrollar un modelo específico para la atención al adolescente. En este modelo es más importante la actitud interior del médico que las características del lugar donde se atiende al adolescente.

La relación entre el médico y el adolescente debe basarse en el respeto por su autonomía, buscando siempre su beneficio, desde el principio de la justicia. En nuestra relación profesional con el adolescente se pueden presentar situaciones en las que se plantee un conflicto entre los principios de responsabilidad de los padres y el respeto por la autonomía del paciente.

Debido a que la incertidumbre sobre la confidencialidad de los servicios sanitarios hace que algunos adolescentes y jóvenes callen información relevante y aplacen o eludan la asistencia sanitaria¹², es importante dejar los conceptos bien claros en la primera entrevista que mantengamos con el adolescente y sus padres. En mi experiencia personal, cuando un paciente me ha confiado conflictos importantes que, sin representar una situación de riesgo vital, creo que deberían ser puestos en conocimiento de sus padres, nunca he tenido dificultades. Con mucha paciencia y sin ninguna prisa, se trata de ir argumentando al adolescente los efectos beneficiosos de mantener una conversación con sus padres sobre aquellos temas más conflictivos. Se propone al adolescente un encuen-

tro entre sus padres, él mismo y el propio médico, comprometido a hacer el papel de abogado defensor del adolescente. Se trata de una sencilla técnica que me ha proporcionado vivencias muy gratas en el ejercicio de mi profesión. Así, la garantía de confidencialidad posibilitará un acercamiento del adolescente, facilitando su acceso a la consulta.

Las limitaciones de esta garantía de confidencialidad aparecen cuando se pone en riesgo la propia vida o la de una tercera persona. El "paternalismo justificado" sólo es aceptable cuando el daño que se evita al adolescente es más grande que el perjuicio causado por la violación de la norma moral que protege la autonomía¹³.

CONSIDERACIONES FINALES

La relación entre el médico y el adolescente es asimétrica por lo que se refiere a la capacidad del médico y a la necesidad del adolescente. Es además una relación retroactiva en la que el adolescente manifiesta un estado de necesidad global que da el poder al médico, para el que supone aceptar una responsabilidad.

Aparte de la motivación e ilusión necesaria para la práctica de la medicina, es también necesario poseer una formación adecuada en psiquiatría y psicología, en sexualidad y ginecología, en endocrinología, y también en sociología y ética.

El médico que atienda adolescentes debe ser paciente, sin desesperarse ni perder su voluntad para tratar con ellos; debe callar y saber disimular; debe comprometerse a dar él mismo, afecto, apoyo y autoridad. Asimismo, es necesario crear una relación basada en la libertad, orientar hacia la responsabilidad sin imponer valores y fomentar la reflexión, el análisis y el encuentro consigo mismos, sin manipular las conciencias.

El médico debe tener la capacidad para desarrollar la identidad como médico, su vocación de servicio, y el afán de tener un sentido humanista de la propia existencia. Debe estar imbuido, desde su propia madurez, de un espíritu abierto, sincero y franco.

Además, el médico debe realizar un examen de conciencia para analizar si posee una correcta y sólida formación clínica en aspectos somáticos (crecimiento y desarrollo) y psicológicos. En caso negativo, debe plantearse si está dispuesto a formarse. Al tratar con adolescentes, es también necesario plantearse si uno está dispuesto a trabajar en un equipo multidisciplinar, aceptando ser, a su vez, el médico del adolescente. Este examen de conciencia implica además cuestionarse si se acepta la necesidad de formación continuada y de seguir los cambios que afectan a la sociedad y al perfil de los adolescentes, si se ha elaborado la historia personal, si uno ha superado su propia adolescencia y si se está en condiciones de afrontar los problemas cotidianos del adolescente con madurez, equilibrio y distancia.

Al establecer una relación entre el médico y el adolescente puede suceder que el médico actúe como un aliado del adolescente, de los padres; puede ser que actúe de forma moralizante o que el médico sea un individuo afectivamente inmaduro. El perfil que facilite una buena relación es el del médico que favorece la cita personal, facilita la consulta sin padres, da explicaciones al adolescente, los ayuda a comprender la realidad, los implica en el mantenimiento y recuperación de su salud, y tiene como objetivo desarrollar la autonomía.

Los adolescentes nos piden que recordemos que un día fuimos adolescentes, que mostremos interés por sus intereses, que no menospreciemos su entusiasmo, y que no les pidamos lo imposible. También nos piden comprensión, que no dejemos de ser adultos, que actuemos como modelos, y que no descarguemos en ellos nuestras responsabilidades.

Sin olvidar que, como médicos, debemos ser responsables ante el adolescente, sin imponerles nuestra consciencia, contando con que nuestra sociedad es moralmente plural.

Seremos buenos médicos de adolescentes si sabemos responder con lealtad a la confianza depositada, con atención a las necesidades globales del adolescente, ofreciendo continuidad y ayudando a deci-

dir, sin aceptar la coacción moral, y desde la autocrítica.

BIBLIOGRAFÍA

1. KLEIN JD, SLAP GB, ELSTER AB, SCHONBERG SK. Access to health care for adolescents. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 1992; 13: 162-170.
2. KAPLAN AW. Centros de salud escolares: atención primaria en la escuela secundaria. *MTA-Pediatría* 1996; 17: 440-450.
3. AMA Council on Scientific Affairs. Confidential health services for adolescents. *JAMA* 1993; 269: 1420-1424.
4. RESNICK MD, LITMAN TJ, BLUM RW. Physician attitudes toward confidentiality of treatment for adolescents: findings from the Upper Midwest Regional Physicians Survey. *J Adolesc Health* 1992; 13: 616-662.
5. RESNICK MD, BLUM RW, HEDDIN D. The appropriateness of health services for adolescents: youths' opinions and attitudes. *J Adolesc Health Care* 1980; 1: 137-141.
6. FORD CA, MILLSTEIN SG, HALPERN-FEISHER B, IRWIN CE JR. Confidentiality and adolescent's disclosure of sensitive information [abstract]. *J Adolesc Health* 1996; 18: 111.
7. SURÍS JC, PARERA N, PUIG C. Enquesta de salut als adolescents de la ciutat de Barcelona 1993. Barcelona: Unitat d'Adolescents Institut Dexeus, 1994.
8. GIRARD GA. Aspectos éticos en la atención de adolescentes y jóvenes. *An Esp Pediatr* 1996; 80: 61-64.
9. Codi de Deontologia. Normes d'Ètica Mèdica. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. 1997.
10. ELSTER AB, KUZNETS NJ. AMA Guidelines for adolescent preventive services (GAPS). Recommendations and rationale. Williams and Wilkins. Baltimore (USA), 1994.
11. DOLZ MJ. Capacidad de obrar del menor en su esfera personal (en especial, sobre su libertad sexual). En: *Adolescencia y salud. Jornada sobre la atención a la sexualidad en el adolescente*. Conselleria de Salut. Generalitat Valenciana. Valencia, 1998.
12. HOFMANN AD. A rational policy toward consent and confidentiality in adolescent health care. *J Adolesc Health Care* 1980; 1: 9-17.
13. SILBER TJ. Paternalismo justificado en el cuidado de la salud del adolescente. Casos de anorexia nerviosa y abuso de sustancias. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín* 1991; 4: 14-19.