ASPECTOS ÉTICOS DE LA ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE

ETHICAL ASPECTS OF ADOLESCENT HEALTH CARE

TOMÁS JOSÉ SILBER, MD, MASS (1)(2)(3)(4).

1. DIRECTOR, PROGRAMA DE ÉTICA PEDIÁTRICA.
2. DIRECTOR DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA.
3. DIRECTOR MÉDICO DEL PROGRAMA DONALD DELANEY DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN; DIVISIÓN DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA. CHILDREN'S NATIONAL MEDICAL CENTER
4. PROFESOR DE PEDIATRÍA, PROFESOR DE SALUD GLOBAL. THE GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY.

Email: tsilver@cnmc.org

RESUMEN

Querámoslo o no los adolescentes nos observan, nos juzgan... y nos necesitan. La relación médico-paciente adolescente presenta una oportunidad única para ayudar a los jóvenes a reflexionar acerca de las circunstancias que confrontan y los correspondientes problemas morales que se les presentan a diario. El proceso de maduración de los adolescentes incluye la elaboración de su propio sistema de valores y esto puede ser apoyado por el clínico que sabe escuchar y sabe preguntar. Los jóvenes entonces descubren que el médico no solamente posee su habilidad profesional, sino también puede ser un modelo de ser humano. Este artículo describe casos concretos de nuestros consultorios y salas de internación y como entroncan con la teoría ética. Propone que así como los pediatras deben saber y dedicarse a monitorear el crecimiento y desarrollo de sus pacientes adolescentes, deben del mismo modo sentirse confortables cuando surge el tema del crecimiento moral de sus pacientes.

Palabras clave: relación médico-paciente adolescente, dilemas morales, teoría ética.

SUMMARY

Whether we want it or not, teenagers observe and judge us... and they need us. The physician-adolescent patient relationship offers a unique opportunity to help young people reflect about the circumstances they have to confront and the corresponding moral choices they face in everyday life. Adolescent maturation

involves the development of ones own value system, and that can be given support by clinicians who know how to listen and what questions to ask. Young people then learn that the doctor not only possesses professional knowledge, but can also serve as a role model for a human being. This article describes real cases from our offices and inpatient units and places them in the context of ethical theory. It proposes that the same way a pediatrician needs to monitor a child's growth and development; he/she should feel equally comfortable when the subject of the moral growth of their patients comes up..

Key words: Physician - Adolescent, patient relationship, moral dilemmas, ethical theory.

INTRODUCCIÓN

La relación del enfermo con su médico ya ha sido estudiada magistralmente por Pedro Laín Entralgo, cuando fue Director de la Real Academia Española y catedrático de Historia de la Medicina (1). En este modesto ensayo sólo intentó enfatizar algunos aspectos particulares de la relación médico-paciente adolescente.

DESARROLLO DEL TEMA

I. Adolescentes y Médicos

El "paciente adolescente" desde ya es una abstracción, dado que hay dentro de dicho grupo etario marcadas diferencias individuales, dadas por la edad, el estadio de maduración, el género, la clase social, la etnia, el estado de salud, etc. Sin embargo todos los adolescentes tienen algo en común:

están viviendo lo que Peter Bloss sagazmente nombró “el segundo periodo de individuación” (2). Por cierto deben cumplir con las tareas nuevas que exige la adolescencia. Dichas tareas varían de acuerdo a la cultura, pero son universales en su trayectoria. El “Group for the Advancement of Psychiatry” las describe de este modo: “El adolescente aprende que tiene que cumplir con la tarea de moverse de su familia de origen a otra diferente (la propia) familia de procreación: para asumir la función reproductiva del adulto deben cortar lazos muy fuertes que los unen a su familia nuclear y establecerlos con extraños a su sangre” (3). Se trata del gran cambio, pasar de ser el que es nutrido para convertirse gradualmente en el que va a nutrir. Y todo esto se da al mismo tiempo que la monumental tarea de elaborar la propia identidad y por ende desarrollar el propio sistema de valores (4).

Es dentro de dicho contexto que los adolescentes son nuestros pacientes, sea porque desean la consulta o porque vienen obligados. A veces es difícil entenderlos, descubrir que están muy preocupados por los dilemas morales que encuentran, especialmente cuando están cohibidos o carecen de habilidad para expresarse.

También “el médico” es una abstracción: hay indudables diferencias de enfoque entre los pediatras, ginecólogos, generalistas, psiquiatras y cirujanos que atienden adolescentes. Indudablemente también hay diferencias de género, de temperamento, de experiencia, que también van a impactar la relación con el paciente adolescente. Sin embargo, a pesar de tantas diferencias, todos los médicos poseen algo en común: la obligación de beneficiar a sus pacientes. Si bien existe controversia acerca de la naturaleza de dicha obligación, abarcando desde aquellos que privilegian la perspectiva técnico-científica, a otros que favorecen una visión más amplia, incluyendo la promoción de la salud y la medicina integral, todos deben entender y aceptar el aspecto fiduciario de la relación médico-paciente (1).

En medio de todo esto hay un componente al que se le debe prestar atención: para los adolescentes el médico es diferente de los otros adultos en su vida, porque al obtener una historia clínica se dirige directamente a él, lo escucha. Es así que se establece una relación humana que potencialmente puede tener momentos cognoscitivos, momentos afectivos, momentos operativos y momentos éticos (1). Con experiencias similares Szas y Hollender han descrito tres modelos básicos de la relación médico-paciente (5).

En el **modelo activo-pasivo**, el médico le hace algo al paciente y el paciente no tiene la capacidad de responder. La aplicación clínica de dicho modelo se ve en las situaciones críticas, tales como el trauma agudo, el delirio y la administración de anestesia general. El prototipo en la vida cotidiana de ese tipo de relación es la de los padres con su recién nacido.

En el **modelo guía-cooperación**, se incluyen las situaciones habituales. Aquí el médico le dice al paciente lo que debe hacer y tiene la expectativa de que el paciente le va a obedecer. La aplicación clásica de dicho modelo se da en el tratamiento antibiótico de las enfermedades infecciosas agudas. El prototipo en la vida cotidiana de ese tipo de relación es la relación de los padres con sus hijos en edad escolar. Este modelo diverge del activo-pasivo por el hecho de que ambos participantes son activos: contribuyen a la rela-

ción y a su resultado. Sin embargo aun así debe notarse que “la diferencia primordial entre los dos participantes radica en **el poder** y su uso actual o potencial” (5). Esto es el caso porque si bien el paciente asume alguna responsabilidad, es el médico el que se encuentra en una posición dominante.

En el **modelo de participación mutua**, la tarea del médico es la de ayudar al paciente para que se ayude a sí mismo, la tarea del paciente es la de participar como “socio”, elaborando la ayuda del experto. La aplicación clínica de dicho modelo se ve en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas y en las psicoterapias. En la vida cotidiana el prototipo es la relación adulto-adulto. Los participantes de la relación se necesitan mutuamente y la relación de poder es menos desigual.

Cada uno de los tipos de relación puede ser apropiada de acuerdo a las circunstancias. ¿Cómo se aplica esta tipología a la relación con el paciente adolescente? Para contestar esta pregunta debemos identificar de qué manera nuestro paciente está cumpliendo con sus tareas de la adolescencia. Dependiendo de donde se encuentre en su trayectoria, la relación caerá dentro de un modelo u otro... a veces en un mismo día. Se trata de la relación especial con “un adulto en ciernes” (6). Para vivir una experiencia mutuamente constructiva, el médico que ve niños que se van transformando en jóvenes debe vivir un proceso de cambio similar a otro muy conocido “la necesidad de los padres de relacionarse en forma cambiante con sus hijos que están creciendo” (3).

II. La Dimensión Ética

Una vez introducida la temática de los adolescentes, los médicos y el tipo de relaciones médico-paciente podemos enfocarnos en la dimensión ética. Paso a ilustrar el tema con dos historias de adolescentes y sus médicos. Fueron escogidas por ser representativas de la tarea de un Centro Ambulatorio de Atención al Adolescente y de una Sala de Internación de Adolescentes, respectivamente.

Caso Ambulatorio:

Alicia acaba de cumplir 16 años, consulta por náusea y vómitos matutinos... se le diagnostica un embarazo temprano. Tanto ella como su novio (de la misma edad) concurren a una escuela secundaria privada y son excelentes alumnos. Ella es hija única de una madre profesional, divorciada. Este embarazo fue el resultado del único coito de la pareja. Alicia vive la situación con gran ansiedad y comienza a desesperarse. No quiere hablar con su madre todavía y considera la posibilidad de solicitar un aborto. Le preocupa sobremanera la opinión que tendría sobre ella su madre si se enterara de su embarazo, el temor de ser descubierta y apresada si obtuviese un aborto, miedo a sangrar y morirse, y el conflicto relacionado a sus convicciones religiosas. Llorando le pide a su médica atención confidencial y que la aconseje sobre lo que debe hacer.

Caso de Internación:

María Belén, de 17 años, vive en un barrio metropolitano en situación económica precaria. Había consultado por una descarga vaginal y se le diagnosticó gonorrea, pero ella nunca tomó el antibiótico recetado. Al poco tiempo fue internada tras presentarse a la sala de primeros auxilios con

fiebre y dolor abdominal severo, con signos peritoneales. Esta fue su segunda internación por enfermedad pélvica inflamatoria. Durante los dos primeros días de hospitalización siguió muy dolorida a pesar del suministro generoso de analgesia y sus antibióticos endovenosos. Al tercer día, quejándose y hostil, confrontó al médico de sala y a la enfermera, protestando que no la estaban curando “como lo habían hecho los otros doctores la otra vez”. Su médico, el Dr. S, decidió repasar otra vez sus medicaciones antes del pase de sala. Para su horror descubre que el tratamiento era insuficiente dado que no se había pasado y aplicado las instrucciones de agregar un antibiótico adicional. De inmediato corrige el error y se pregunta si debe decirle a la paciente lo que había ocurrido.

III. La Teoría Ética

Acudamos ahora a la Teoría Ética para entender mejor estos dilemas (7). La Teoría Ética es el intento de dar una explicación racional acerca de la moralidad. Puede proveer un conocimiento satisfactorio para el médico que confronta problemas morales (8). Si bien la Teoría no siempre puede dar una respuesta concreta a problemas específicos, sí puede servir de guía sobre cómo buscar y pensar acerca de las posibles respuestas y cómo identificar los factores relevantes al caso. Toda teoría de la moralidad tiene la función de iluminar conclusiones, comprobar consistencias y explicar decisiones. Son muchos los senderos que han enriquecido la filosofía moral, todos difiriendo en los criterios utilizados para decidir que es “lo bueno”. A continuación se presentarán los más relevantes.

Algunas teorías se definen por la primacía de cuáles serán las consecuencias de una conducta (Ética Consecuencialista). Como ejemplo: algunos ven el incrementar el placer y disminuir el dolor como el criterio decisivo (Hedonismo Ético), otros, más pragmáticos, buscan “la mayor felicidad para el mayor número” (Utilitarismo) (Stuart Mill es el máximo exponente de dicha escuela filosófica).

Un punto de partida diferente es el de la llamada “Ética de la Virtud”, de base Aristotélica, en la cual el comportamiento virtuoso no proviene de una teoría sino de una práctica diaria que lleva al desarrollo de un carácter virtuoso (Autorrealización).

Los Formalistas, por otra parte, apelan a un concepto deontológico, proveniente de la palabra griega “deontos” (“El Deber”). Ellos insisten que lo bueno en una acción no está determinado por las consecuencias sino por la clase del acto en sí (Kant es el máximo exponente de dicha escuela filosófica).

Los existencialistas niegan la importancia de toda teoría y preconizan que es sólo en el momento de la toma de decisión cuando se da la dimensión ética y que cuando esta falla se trata, no de ignorancia ni de un error, sino de un acto de “mala fe” (Sartre es el máximo exponente de dicha escuela filosófica).

El movimiento feminista ha contribuido a la “ética de relación”, que enfatiza que los roles morales deben tener como fundamento el tipo de relación entre las personas envueltas en una situación.

En los últimos años ha tomado la primacía de “Principios filosóficos” ha tomado vigencia en los círculos bioéticos norteamericanos, destacando los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia (9).

Finalmente, diversas religiones también han contribuido a la bioética, especialmente el cuerpo de contribuciones católicas y judías. La católica ha inspirado una posición independiente, la de los partidarios de la casuística (Un equivalente filosófico de la jurisprudencia, basada en el análisis de casos semejantes). A modo de contraste el relativismo cultural, tan difundido en décadas previas, a lo largo de intensos debates filosóficos ha perdido su fuerza y prestigio.

IV Aplicación de la Teoría Ética

¿Pueden aplicarse estas nociones, a menudo contradictorias, a la relación médico-paciente adolescente? Pueden y deben, debido a que la moralidad está implícita en lo que sucede todos los días en nuestros consultorios y hospitales. La resolución de dilemas morales requiere una secuencia de razonamiento lógico, aplicado a una situación que requiere respuesta.

La realidad es siempre más compleja que lo hipotético; uno nunca posee toda la información relevante a un caso, ni puede ser capaz de asegurar cual será la consecuencia de un acto. El proceso de “pensar lo que está bien hacer” puede ser un esfuerzo conciente y/o un proceso inconciente. Cada vez que confrontamos un problema moral obviamente no revisamos toda la Teoría Ética. Cada uno de nosotros posee una moralidad, una serie de principios y valores que normalmente guían nuestras acciones. Desafortunadamente a veces estos principios se contradicen, los valores se encuentran entremezclados y puede haber confusión al respecto. Es precisamente cuando hay duda u opiniones opuestas, cuando es más útil el conocimiento de la Teoría Ética. Por ejemplo la teoría ayuda en la búsqueda por las preguntas a explorar. En el caso de los adolescentes que a menudo no tienen todavía la capacidad para articular bien sus desazones, el hacerles determinadas preguntas puede facilitarles el pensar al respecto de lo que los aqueja. Se les puede asistir también comprobando si los adolescentes se hicieron las preguntas pertinentes al caso y a continuación encaminarlos a que descubran los conflictos implícitos en las varias alternativas. Se trata de un estímulo para que sean ellos los que prosigan la reflexión y tengan una visión más completa acerca de su decisión.

En síntesis, es mediante el análisis que hacemos de la condición en que se encuentra nuestro paciente y de cuáles son sus necesidades, por la destreza y persistencia en identificar sus problemas, por la atmósfera que creamos en la entrevista, por la conversación en la que estamos dispuestos a participar, que nosotros influenciamos el desarrollo moral de nuestros pacientes. Tal vez más importante aun que la responsabilidad de aconsejar, de ayudar a clarificar valores, es el hecho de que en la interacción el adolescente vislumbra al médico como modelo de un ser humano.

Comentario: La ética en acción

Volviendo ahora a los dos casos descriptos, observemos la dimensión ética desde la perspectiva de la paciente (Alicia) y del médico (Dr. S). En el primer caso, ella debe escoger una conducta. Su embarazo no deseado destaca

una situación frecuente en la relación médico-adolescente, la necesidad de ocuparse de material *éticamente cargado*.

En nuestra formación profesional se nos conmina a no emitir juicios de valor. ¿Qué es exactamente lo que eso significa? ¿Hasta dónde llega la responsabilidad del médico y cuál es la responsabilidad de la adolescente?

Es importante aclarar que el no emitir juicios de valor no significa que uno deba ignorar o “suspender” sus propios valores, ni que en cierta forma sea indiferente o ciego a lo ético. Tampoco permite asumir un “psicologismo” reductivo que asume que la ética es “meramente nada más que...”. El “no emitir juicios de valor” consiste en el compromiso de hacer el mayor esfuerzo para mantener la objetividad en el análisis de una situación. Un componente clave de la objetividad es el de no imponer los propios valores morales tanto en forma directa como en forma velada. En respuesta a la solicitud de Alicia, la médica le ayudó a hacerse las preguntas necesarias. Alicia reflexionó con intensidad: “¿Hay algo que yo estoy *obligada* a hacer?”, “Después de mi decisión... ¿*qué clase de persona voy a ser?*”, “¿Cómo va a afectar esto a mi madre?”, “¿A mi pololo?”, “¿A mi futuro?”. Por cierto ella sabía que no había una solución fácil a su dilema. Sin saberlo comenzó a sumergirse en la filosofía moral, siguiendo titubeante los pasos de deontólogos, utilitarianos, aristotélicos, principistas, partidarios de la ética de relación etc. Al final Alicia comparó su razonamiento con su intuición moral y tomó su decisión. Esa misma tarde habló con su madre.

En el caso del Dr. S, el también debió escoger. Las preguntas que se hizo fueron: “¿En qué consiste mi obligación con respecto a mi paciente?”, “¿Qué decisión es congruente con el mejor interés de mi paciente?”. ¿Qué debe hacer un médico cuando descubre un error? Fue así que en el caso de María Belén el Dr. S. decidió revelarle lo que había pasado y disculparse por su error. Con esta acción el Dr. S. indudablemente endosó el modelo de relación médico-adolescente de participación mutua, dado que compartió con ella el motivo verdadero por el cual no había respondido adecuadamente a su tratamiento. El resultado fue positivo: el médico sintió que había actuado de acuerdo a su ética profesional y, contrariamente a lo que lo tenía preocupado, la joven en lugar de increparlo le correspondió: “Dr. S., gracias por hacerme saber lo que estaba pasando, porque yo me

estaba asustando. Gracias por ocuparse de mi... qué le vamos a hacer... yo también a veces meto la pata...”.

En estos casos como en tantos otros, se debe elegir una conducta, a veces en circunstancias no del todo claras. La decisión a tomar es importante e incluye como afecta la de otros tanto como la propia. ¿Qué constituye pues una dimensión ética bien explorada? La mejor respuesta que puedo dar es que vamos por buen camino si exploramos la teoría y los principios relevantes al caso, nos interrogamos acerca de los valores y lealtades envueltas y cuestionamos juiciosamente cada posible alternativa. Si esto se logra la relación médico-paciente adolescente toma la magnitud del encuentro.

CONCLUSIONES

En la relación médico-paciente adolescente los dilemas morales son inevitables. Frente a todo dilema moral existe la posibilidad de ignorarlo o explorarlo. Este artículo propone que así como los pediatras deben saber y dedicarse a monitorear el crecimiento y desarrollo de sus pacientes adolescentes, deben del mismo modo sentirse confortables cuando surge el tema del crecimiento moral de sus pacientes. Al hacer esto no se usurpa el rol de padres, ni el de consejeros religiosos/espirituales, ni tampoco de terapeutas. Simplemente se trata de saber ayudara a los adolescentes a detectar sus disonancias éticas y a empezar a procesarlas en el transcurso de la visita médica. Al final de varios senderos muchos encuentran un camino en común, un mundo ético que todos podemos compartir, como el que ya destacara Nye con gran sabiduría hace casi medio siglo (10), incluyendo:

- El respeto por la verdad como un valor moral definible.
 - La fe en el juego libre de la inteligencia crítica.
 - El respeto por el valor básico, la igualdad y la dignidad de cada individuo.
 - El reconocimiento del derecho a la autodeterminación.
 - El valor y la necesidad del esfuerzo cooperativo en pro del bien común.
- Estos valores éticos generales pueden servir de base y de guía a los adolescentes en transición en un mundo en transición. Una vez que se ha dicho todo lo que aprendemos y lo que enseñamos es el significado de estar al servicio de los demás.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laín Entralgo P. La relación medico-enfermo. Madrid. Alianza Editorial, 1983.
2. Blos P. On Adolescence: A Psychoanalytic Interpretation. New York, MacMillan, 1962.
3. Committee on Adolescence, GAP: Normal Adolescence. The Scribner Library, 1968.
4. Kohlberg L. The Adolescent as a Philosopher. Daedalus. Am. Acad. Arts Sciences. Boston MA, 1971.
5. Szasz T, Hollander M. A contribution to the philosophy of medicine. Arch Int Med 1956;97:55-59.
6. Silber TJ. Models of the physician- patient relationship. JAMA 1992;268:1410-1411.
7. Melden AI. Ethical Theories. Englewood Cliffs. Prentice Hall, New York, 1967.
8. Silber TJ: Ethical Issues in the Treatment of Children and Adolescents. CB Slack, Thorofare, NJ 1983.
9. Beauchamp TL, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, 5th edition, 2001.
10. Nye I: Values, Family and Changing Society. J. Marriage Family 1967;22:241-244.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.