

# La relación médico-paciente adolescente: su dimensión ética\*

Tomás José Silber, MD, MASS

“El más hondo fundamento de la medicina es el amor...”  
Paracelso, Spitalbuch, I. Teil

## Introducción

La relación médico-enfermo ha sido estudiada magistralmente por Pedro Laín Entralgo<sup>1</sup> y modelada por mis maestros Florencio Escardó y Carlos Gianantonio. Este ensayo sobre los aspectos particulares de la relación médico-paciente adolescente es mi expresión de gratitud y mi deseo de honrarlos.

El paciente adolescente es obviamente una abstracción, dado que hay, en este grupo etario, notables diferencias individuales, a su vez influenciadas por la edad, estadio de desarrollo, género, clase social, etnia, estado de salud, etc. Sin embargo, todos tienen algo en común: están viviendo su segundo período de individuación.<sup>2</sup> Deben cumplir con nuevas tareas de desarrollo. Dichas tareas son universales y han sido bien descritas así:

“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, debe cortar lazos muy fuertes que lo unen a su familia nuclear y establecerlos con extraños a su sangre”.<sup>3</sup> Se trata del cambio de pasar de ser el que es nutrido para convertirse en el que nutre. A esto cabe agregarse la monumental tarea de reevaluar y desarrollar el propio sistema de valores.<sup>4</sup>

Dentro de dicho contexto, los adolescentes son nuestros pacientes, sea porque desean la consulta o porque son forzados por otros a concurrir. Es, a veces, difícil entenderlos, saber que están preocupados por dilemas morales, especialmente cuando se encuentran cohibidos o carecen de habilidad para expresarse.

También el médico es una abstracción; en ese encuentro, puede ser el pediatra, médico de familia, ginecólogo, psiquiatra, consultor especializado, etc. Indudablemente hay también diferencias notables de generación, género, experiencia, etc. que, a su vez, tendrán su impacto sobre la relación con el adolescente. Sin embargo, a pesar de tantas diferencias, todos poseen algo en común: la obligación de beneficiar a su paciente. Existen controversias acerca de la naturaleza de dicha obligación, con un rango de opiniones que va desde abogar a favor de la primacía del enfoque técnico-científico, a favorecer funciones más amplias, promoviendo la atención integral.

En medio de todo esto existe un componente que no debe ser ignorado y es el hecho de que para los adolescentes enfermos el médico trasciende su función de profesional y pasa a ser un modelo de ser humano.

La relación médico-paciente es una relación interhumana con momentos cognoscitivos, momentos afectivos, momentos operativos y momentos éticos.<sup>1</sup> Szas y Hollender han descrito tres modelos básicos de la relación médico-paciente.<sup>5</sup> 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 puede ser vista en situaciones críticas, tales como el suministro de anestesia general, el trauma agudo, el delirio, el estado comatoso. El prototipo de dicho modelo es la relación entre los padres y el recién nacido. En el *modelo guía-cooperación*, se incluyen situaciones menos críticas. Aquí el médico le dice al paciente lo que debe hacer y espera que el paciente obedezca. La aplicación

\* Conferencia desarrollada en las XXVIII Jornadas de Pediatría del Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”, octubre 2007 y basada, en parte, en Silber, T.J. *Ethical Issues in the Treatment of Children and Adolescents*, New Jersey: Snack Inc. Thorofare; 1983, cap. 9.

clínica de dicho modelo puede ser vista en el transcurso del tratamiento de las enfermedades infecciosas agudas. El prototipo del modelo es la relación entre los padres y sus hijos escolares. Este modelo diverge del “activo-pasivo” por el hecho de que ambos participantes son activos, contribuyendo a la relación y a su resultado. Pero, “la diferencia primordial entre los dos participantes radica en **el poder** y su uso actual o potencial”.<sup>5</sup> Si bien el paciente asume alguna responsabilidad, es el médico el que se encuentra en la posición dominante. En el *modelo de participación mutua*, la función del médico es la de ayudar al paciente a que se ayude a sí mismo, la del paciente es la de participar como “socio”, con ayuda del experto. La aplicación clínica de este modelo se da en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas y en las psicoterapias. El prototipo es la relación adulto-adulto.

Los participantes en la relación se necesitan mutuamente y tienen un poder mucho menos desigual. De varias maneras, la relación puede ser satisfactoria para los dos. Cada uno de esos tipos de relación es apropiado de acuerdo con las circunstancias. ¿Cómo puede aplicarse esta topología a la relación con el paciente adolescente? Para contestar esta pregunta debemos identificar cómo nuestro paciente está cumpliendo con las tareas de la adolescencia. Dependiendo de **dónde se encuentre** el paciente, la relación caerá en un modelo u otro. Se trata de la relación con un “adulto en ciernes”.<sup>6</sup>

Para realizar una experiencia mutuamente constructiva, el médico que ve niños que se van transformando en jóvenes, debe pasar en la relación por 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”.<sup>5</sup>

## La dimensión ética

Una vez introducidas las características básicas de los adolescentes, los médicos y el tipo de posibles relaciones, consideraremos la dimensión ética. Ilustraré este tema con dos historias que involucraron a adolescentes y a sus médicos. Fueron tomadas al azar, pero son representativas de la tarea en un Centro Ambulatorio de Atención de Adolescentes y en una Sala de Internación de Adolescentes, respectivamente.

### Caso ambulatorio

A María, de 16 años, que consulta por náuseas y vómitos, se le diagnostica un embarazo intrauterino. Tanto ella como su novio asisten a una escuela secundaria privada y son excelentes alumnos. Ella es hija única de madre divorciada. Este embarazo resultó del único coito de los novios. María vive la situación con gran ansiedad y comienza a desesperarse. Considera la posibilidad de abortar y le preocupa, sobremanera, la opinión que sobre ella tendría su madre si se enterara del embarazo, el miedo al dolor, a ser apresada y los conflictos relativos a sus creencias religiosas. Le pide a su médica que le aconseje lo que debe hacer.

### Caso de internación

Juana, de 17 años, vive en un barrio del conurbano en situación precaria; había consultado previamente por secreción vaginal, pero nunca tomó los antibióticos recetados. Fue internada con fiebre y dolor abdominal bajo con un segundo episodio de enfermedad pélvica inflamatoria. Sigue muy dolorida durante la hospitalización, a pesar del suministro de analgésicos y antibióticos endovenosos. Dolorida y hostil confronta al médico y a la enfermera por no curarla como “lo hicieron los otros doctores la otra vez”. Su médico, el Dr. Silvo, antes del pase de sala repasa la dosis de antibióticos indicada y advierte que ésta es insuficiente. Corrige el error de inmediato. ¿Debe decirle a su paciente lo que ocurrió?

La Teoría Ética, entendida como un intento de dar una explicación racional de la moralidad, puede proveer un instrumento satisfactorio al médico que confronta estos problemas.<sup>7</sup> Si bien esta Teoría nos puede dar una respuesta concreta a problemas específicos, sí puede servir como guía acerca de cómo buscar respuestas, cómo identificar los factores relevantes al caso. Toda teoría de la moralidad debe ser capaz de iluminar conclusiones, comprobar consistencia y explicar decisiones.

Muchos caminos han enriquecido la filosofía moral, difiriendo en los criterios utilizados para considerar qué es bueno. Algunas teorías se concentran sobre cuáles van a ser las *consecuencias* de un comportamiento (Ética consecuencialista). Algunas ven la obtención de placer como el criterio decisivo (hedonistas); otros, son más pragmáticos y buscan “la mayor felicidad para el mayor número” (utilitarismo). Otro punto de vista es el de la llamada “Ética de la Virtud”, de base aristotélica, en la cual el comportamiento virtuoso es el resultado del desarrollo de un carácter virtuoso (autorrealización). Los

formalistas, por otra parte, apelan al concepto de deontología (proveniente de la palabra griega para “el deber”). Ellos exponen que lo bueno en un acto no son las consecuencias del acto, sino *la clase de acto en sí*. Kant es el máximo exponente de dicha escuela.

¿Cómo pueden aplicarse estas nociones a la relación del paciente adolescente con su médico? Pues sí, aplica, dado que la moralidad es puesta a prueba todos los días en nuestros consultorios y hospitales. La resolución de los problemas morales requiere una secuencia de razonamiento lógico, aplicada a una situación que requiere una respuesta, pero para la cual uno no posee todos los datos. Después de todo, en muchas circunstancias ninguna “consecuencia” puede asegurarse. Este proceso de “pensar lo que está bien hacer” puede tener lugar consciente o inconscientemente. Cada vez que confrontamos un problema moral obviamente no nos ponemos a revisar la Teoría Ética. Cada uno de nosotros posee una moralidad, una serie de principios y valores que normalmente guían nuestras acciones. Estos principios a veces se encuentran entremezclados e incluso pueden contradecirse. Cuando se da la duda o la confusión, originada dentro de uno, o a raíz de una opinión distinta, es más útil el conocimiento de la Teoría Ética, especialmente en las tratativas con los adolescentes. Por ejemplo, el poder ayudar a los jóvenes con sus problemas morales, a menudo, sólo requiere hacerles las preguntas adecuadas, para que ellos puedan a su vez articular mejor sus desazones. Otra posibilidad incluye asistirlos en ver si se hicieron las preguntas más pertinentes al caso y encaminarlos a que vean los conflictos implícitos entre varias alternativas o marcos de referencia, para que ellos prosigan su reflexión con una visión más completa.

En síntesis, es por medio de nuestro análisis de la condición y las necesidades del paciente, por nuestra destreza y persistencia en identificarlos y confrontarlos, por la *atmósfera* que creamos, por la conversación en la que estamos dispuestos a participar, por nuestra conducta con respecto a la sociedad con la cual interactuamos, que nosotros influenciamos en el crecimiento moral de nuestros pacientes.

Todavía más importante que la gran responsabilidad de aconsejar y clarificar valores es, por ende, el médico como ejemplo, el médico como modelo de ser humano.

## La ética en acción

Volviendo ahora a los dos casos descritos, observemos la dimensión ética desde la pers-

pectiva de la paciente (María) y la del médico (Dr. Silvo). En el primer caso, ella debe escoger una conducta. La aparición del embarazo no deseado destaca un problema frecuente en la relación médico-paciente, la necesidad de ocuparse de *material éticamente cargado*. Algunas preguntas surgen de inmediato. En nuestra formación profesional se nos conmina a no emitir juicios de valor. ¿Qué es exactamente lo que eso significa? Otras preguntas aparecen: ¿cuál es la obligación del médico? ¿Cuál la responsabilidad del adolescente?

Es importante señalar que el no emitir juicios de valor implica que uno debe abandonar o “suspender” los propios valores, sin ser indiferente o ciego frente a lo ético. Tampoco permite asumir un “psicologismo” que explica a la ética como “nada más que...”. El no emitir juicios de valor debe ser simplemente un compromiso a hacer el mayor esfuerzo posible para mantenerse objetivo. Un componente esencial de la objetividad es evitar la imposición de los valores personales, en forma directa o velada, sobre el paciente. En respuesta a la solicitud de María, la médica la ayudó a continuar la búsqueda de una respuesta mediante las preguntas que María se hiciera a sí misma. La tarea fue intensa e incluyó preguntas importantes, tales como: “¿hay algo que yo tengo la *obligación* de hacer?”, “¿qué *clase de persona* voy a ser después de mi decisión?”, “¿cómo va a *afectar esto* a mi madre?, ¿a mi novio?, ¿a mi futuro?”. Por cierto, ella sabía que no había una solución fácil, y sin saberlo comenzó a sumergirse en las aguas de la filosofía moral, siguiendo los pasos de deontólogos, utilitarios, aristotélicos y partidarios de la ética de relación. Al final María comparó su razonamiento con su intuición moral y tomó su decisión.

En el caso del Dr. Silvo, él también debió escoger. Las preguntas que se hizo fue: ¿en qué consistía su obligación con respecto a su paciente?, ¿qué decisión coincide con el mejor interés de su paciente?, ¿qué debe hacer un médico cuando descubre un error? Fue así que, en el caso de Juana, el Dr. Silvo decidió contarle lo que había pasado y disculparse por su error. Con su acción indudablemente siguió el modelo de participación mutua, dado que compartió con ella el posible motivo por el que todavía no se había recuperado lo suficiente. El resultado fue que el médico sintió que había actuado de modo congruente con su ética profesional y, contrariamente a lo que lo tenía preocupado, la joven le correspondió: “*Dr. Silvo, gracias por hacerme saber lo que pasó y ocuparse de mí... qué le vamos a hacer... yo también a veces meto la pata*”.

En estos casos, así como tantos otros, se debe elegir, a veces en circunstancias no del todo claras. La decisión por tomar es importante, porque involucra la vida de otros y la propia. ¿Qué constituye entonces una dimensión ética bien explorada? La mejor respuesta que puedo dar es que vamos por buen camino si exploramos los principios pertinentes al caso, interrogamos con respecto a valores y lealtades, y cuestionamos juiciosamente cada una de las posiciones alternativas. Si lo hemos hecho así en el encuentro con nuestros pacientes los adolescentes, como médicos hemos hecho lo que es humanamente posible.

## Conclusión

En todo dilema moral, hay un proceso por seguir, pero más allá de las peripecias de la búsqueda, es notable como al entrar en reflexión médicos y pacientes sienten que ha habido un encuentro. Es así que se descubre un mundo ético que podemos compartir en el que se destacan:

- El respeto por la verdad como un valor moral definible
- La fe en el juego libre de la inteligencia
- El respeto por el valor básico, la igualdad y dignidad de cada persona y, por ende, el derecho a la autodeterminación

- El reconocimiento de la necesidad de la cooperación en pro del bien común

Estos valores éticos generales pueden servir de base y de guía en un mundo en transición para ayudarnos a elegir entre las alternativas y disyuntivas morales que contemplamos a diario.<sup>8</sup>

## Bibliografía

1. Laín Entralgo P. *La Relación Médico-Enfermo*, Madrid: Alianza Editorial; 1983.
2. Blos P. *On Adolescents: A Psychoanalytic Interpretation*, New York: MacMillan Co.; 1962.
3. Committee on Adolescence, Group for the Advancement of Psychiatry. *Normal Adolescence*, New York: The Scribner Library; 1968.
4. Kohlberg L, Gilligan C. *The Adolescent as Philosopher*, Boston, Massachusetts: Daedalus American Academy of Arts and Sciences; 1971.
5. Szas T, Hollender M. A contribution to the philosophy of medicine. *Arch Intern Med* 1956;97:585.
6. Silber TJ. Models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992;268:1410.
7. Melden AI. *Ethical Theories*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1967.
8. Silber TJ. The physician-adolescent patient relationship. *Clin Pediatr* 1980;19:50.