

Respuestas correctas a las preguntas test

Adolescentes y tratamiento médico: el nuevo paradigma de la autonomía del menor de edad en relación con el principio de su interés superior: 1b), 2c), 3e), 4c) y 5c). Confidencialidad con el adolescente y derecho de los padres: un conflicto de intereses: 1c), 2b), 3b), 4c), 5c). 1a) No siempre es respetada en la consulta diaria por diversos motivos, pero entre ellos la falta de formación hace que no se haya introyectado en nuestro quehacer cotidiano. 1b) Son los que pertenecen a áreas íntimas de la personalidad y que el menor puede realizar sin la representación de los padres, de acuerdo con su madurez. Incluyen los derechos a la integridad física y a la salud, a la libertad personal y al libre desarrollo de la personalidad, siendo especialmente importante la sexualidad. Están regulados en el Art 162 del Código Civil. **1c)** Sin lugar a dudas el pediatra tiene la obligación moral de acompañar al niño en su proceso de autonomía e independencia de los padres. A veces supone ir a contracorriente de la sociedad y del resto de los profesionales. 1d) La confidencialidad es el derecho del paciente a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona, cumplan con el deber de secreto. 1e) Las situaciones problemáticas son las ligadas a la esfera más íntima de la personalidad, como la salud sexual y reproductiva, y el consumo de tóxicos. Raramente los aspectos médicos generan dificultades. 2a) La protección de datos está regulada en el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. **2b)** Así lo hacen el Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la historia clínica en Castilla y León; el Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo en Andalucía; el Decreto 24/2011, de 12/04/2011, de la documentación sanitaria en Castilla-La Mancha; y el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica del País Vasco. 2c) La protección de datos es un derecho de la persona y está legislado. 2d) Entre los 16 y 18 años, el acceso por parte de los padres a los datos de sus hijos requiere la autorización expresa del menor. 2e) Precisamente significa todo lo contrario. 3a) A partir del 22 de septiembre de 2015, la nueva Ley de Autonomía del Paciente, restringe la capacidad del menor para tomar decisiones, y depende en muchos casos de la información a sus padres. **3b)** Es la llamada doctrina del menor maduro. 3c) Reconoce que los menores pueden tomar decisiones en relación con los derechos de personalidad. 3d) Según los criterios recogidos en la Circular 1/2012 de la Fiscalía General del Estado se concluye, introducir además del criterio de la edad, un criterio subjetivo que valora la madurez del menor. Así pues, se puede atender la decisión de menores de 16 años, según su madurez, el contexto y los riesgos, pero siempre respetando las excepciones de la Ley. 3e) Aunque la formulación teórica del concepto de menor maduro es clara, la posibilidad de aplicarlo en la práctica clínica es muy compleja, y dar el paso de la retórica a la práctica precisa más estudios por parte de la psicología. 4a) Los dos progenitores tienen el mismo derecho a informarse sobre los datos de salud del hijo, salvo que estén privados de la patria potestad. 4b) Se considera una situación médica extraordinaria, y por tanto hay que informar a ambos siempre que ostenten la patria potestad. **4c)** Así lo expresan la mayoría de las leyes autonómicas al respecto. 4d) Incluye el derecho al acceso, rectificación, cancelación y oposición. 4e) La privación de la patria potestad (puede ser parcial o total) suspende los derechos sobre el hijo. 5a) En general ambos padres conservan la patria potestad, y uno de ellos o de forma conjunta ejercen la custodia. 5b) El menor está sujeto a la patria potestad hasta los 18 años. **5c)** Según el Art 241 del Código Civil, para que tenga lugar la emancipación por concesión de quien ejerza la patria potestad, el menor debe tener 16 años y además consentirla. Y según el Art 162, se exceptúan de la patria potestad los actos relativos a los derechos de personalidad que el hijo pueda ejercitar por sí mismo. 5d) Para cumplir con la asistencia, educación y cuidado de los hijos, los padres tienen derecho a la información sanitaria. 5e) Los progenitores no siempre defienden el mejor interés del menor. Suele suceder en familias desestructuradas, con toxicomanías o enfermedades mentales. **Cuestiones relevantes del asesoramiento genético a los adolescentes: 1d)** Encajamiento de los estudios genéticos. El avance científico-tecnológico impulsado por el Proyecto Genoma Humano y su desarrollo, ha propiciado la reducción de costes de los estudios genéticos y su mayor disponibilidad. **2c)** Es un proceso de comunicación, información y ayuda. El asesoramiento genético es "un proceso de comunicación por el que pacientes o familiares con riesgo de padecer una anomalía o enfermedad hereditaria son asesorados sobre sus consecuencias, sobre la probabilidad de desarrollarla o transmitirla, y sobre la forma en que ésta se puede prevenir, evitar o mejorar". En la práctica, va más allá de lo que supone la información, y es considerado por los asesores genéticos como "un proceso de ayuda a las personas a comprender y adaptarse a las necesidades médicas, psicológicas e implicaciones familiares de las enfermedades con base genética". **3a)** Autonomía. La autonomía es clave y se refiere al respeto de los derechos y la capacidad para comprender la información y tomar decisiones correctas por sí mismo. El consentimiento del paciente es un requerimiento fundamental para la toma de decisiones médicas, contemplado en los códigos éticos internacionales y legislaciones nacionales y autonómicas aplicables. **4b)** Vulneración de la privacidad. El daño relacionado con la vulneración de la privacidad del estado de riesgo o del diagnóstico genético de los adolescentes, que puede conducir a discriminación u otros resultados perjudiciales está asociado a la maleficencia. **5c)** La promoción de la autonomía del adolescente está exenta de complejidades. La promoción de la autonomía en el adolescente es compleja, por el proceso de su desarrollo, la falta de instrumentos de valoración objetiva de su capacidad y la necesidad de un enfoque más personalizado del consentimiento informado. **Calidad de vida de los adolescentes con enfermedades crónicas: 1d), 2c), 3e), 4d), 5b).** 1a) No es correcto. Las tradiciones culturales influyen en los valores y las necesidades de las personas y por tanto, en su evaluación de la calidad de vida. 1b) No es correcto. La relación entre los parámetros clínicos biológicos y los síntomas es compleja y pueden ocurrir alteraciones biológicas importantes sin que el paciente tenga malestar y viceversa. 1c) No es correcto. El contexto social y los recursos que tiene el paciente, condi-

cionan sus necesidades percibidas y sus expectativas. **1d)** Respuesta correcta. La calidad de vida incluye la evaluación subjetiva de la percepción de las condiciones de vida y estado de salud personal. **1e)** No es correcta. La calidad de vida como la vida misma es algo dinámico y además cambia con la edad. **2a)** Es cierto que la baja prevalencia de los problemas graves de salud en la adolescencia supone un reto en la evaluación de la calidad de vida. **2b)** Es cierto que la perspectiva del adolescente debe considerarse como la más exacta, por tanto, resulta imprescindible escuchar al adolescente. **2c)** Respuesta correcta, pues es una afirmación falsa. No existe coincidencia en la evaluación de la calidad de vida de padres y médicos. De hecho, los médicos suelen sobreestimar el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida del menor. **2d)** Es cierto que la fiabilidad, la validez y la sensibilidad al cambio son las características o propiedades psicométricas de los instrumentos de medición de la calidad de vida. **2e)** Es cierto que los cuestionarios para evaluar la calidad de vida deben adaptarse según la madurez del menor y su grado de desarrollo madurativo. **3a)** El adolescente es autónomo, y por tanto puede participar en la toma de decisiones compartidas, con el apoyo del equipo profesional y de su familia o personas de confianza. **3b)** El mejor escenario es, sin duda, una unidad específica de adolescentes. Desgraciadamente, no todos los hospitales cuentan con ella. En términos de supervivencia, en general, los adolescentes con cáncer responden mejor a protocolos pediátricos, y además se benefician de los recursos sociales que proporcionan las asociaciones. **3c)** No es cierto. Los adolescentes prefieren voluntarios jóvenes, con los que puedan compartir sus vivencias más “de igual a igual”. **3d)** No es cierto. El adolescente puede incorporarse al centro escolar cuando la situación clínica lo permita y es bueno que así suceda. Los profesores tienen aquí un papel fundamental para facilitar su acogida y adaptación. **3e)** Respuesta correcta. Pues todas las anteriores son falsas. **4a)** Los niños, niñas y adolescentes tienen pleno derecho a recibir información médica adaptada a su entendimiento, interés y capacidad de comprensión y deben incluirse en el proceso de comunicación de forma adaptada a sus necesidades. **4b)** El médico no debe mentir, por tanto no disfrazará la información. Hablará en términos comprensibles para el adolescente, siempre que éste quiera saber. Pero el médico tampoco debe dar la información a bocajarro: se debe manejar correctamente el concepto de verdad tolerable y progresiva, ajustándose a la demanda de información del paciente. **4c)** Aunque el psicólogo es un profesional de gran ayuda en la atención de los adolescentes, la respuesta a problemas de índole médica le corresponde al médico. **4d)** Respuesta correcta. Si los padres se resisten a que su hijo/a adolescente sea informado, el médico debe explicarles la conveniencia y las ventajas de permitir al adolescente participar del proceso. **4e)** Todavía hoy, no es infrecuente que los padres alberguen la esperanza de “proteger a su hijo” si se les oculta la información sobre su proceso. Esto nunca es cierto: por dura que sea la situación, el conocimiento permite la puesta en marcha de los recursos adaptativos de la persona y facilita la ayuda y el acompañamiento. **5a)** En el caso de un EC, además de la opinión de los padres, es necesaria la opinión del adolescente. Al tratarse de una opción terapéutica de efectividad incierta, es imprescindible el consentimiento del adolescente para entrar en el EC. **5b)** Respuesta correcta. Si tras una buena información el adolescente decide no participar en el EC y comprende las consecuencias, se debe respetar su opinión. **5c)** La decisión es de Pedro. Solo él consultará con su novia si así lo desea, nunca los médicos. **5d)** Los Comités de Ética son organismos consultivos con función asesora, tras un proceso deliberativo, pero sus dictámenes nunca son vinculantes. La decisión última será en resultado de una toma de decisiones compartidas, en la que prevalecerá la opinión del paciente si este comprende el alcance de su decisión y asume sus consecuencias. **5e)** La inclusión en un EC, como muchas otras decisiones terapéuticas, deben ser decisiones compartidas con el paciente y su familia y nunca decisión unilateral del pediatra. **Abordaje integral del duelo en los adolescentes: 1a)** El duelo en adolescentes afecta tanto a la salud mental como física. **2d)** El duelo adolescente presenta características propias que lo diferencian del duelo adulto. **3c)** El adolescente en duelo muestra a menudo conductas egocéntricas. **4c)** Una mala relación previa con el progenitor fallecido es un factor de riesgo, por dar lugar a mayor ambivalencia emocional y sentimiento de culpa. **5a)** No todo duelo adolescente requiere atención psicológica, es importante saber determinar selectivamente los factores de riesgo y de mala evolución. **Diversidad de género y adolescencia: un reto ético en la consulta: 1b)** Todos los pediatras deberíamos contar con un mínimo de formación sobre diversidad de género que nos permita realizar un acompañamiento adecuado en la adolescencia, por tratarse además de una etapa de especial vulnerabilidad. No es preciso realizar ningún diagnóstico, puesto que no se trata de ninguna enfermedad, y se decidirá si se precisa alguna derivación tras la escucha activa del relato del menor, individualizando sus necesidades. **2d)** La identidad de género se refiere al género con el que una persona se identifica, que no tiene que ver ni con la orientación sexual (quien nos atrae), ni la la expresión de género (respuesta 3). Puede coincidir con la asignada al nacer en función de sus genitales externos (personas cis), o no (personas trans). Es preciso contar con estos conocimientos básicos para no confundir los conceptos. **3b)** La disforia de género es un malestar que algunos adolescentes trans pueden manifestar con relación a su corporalidad, sobre todo a sus caracteres sexuales, que ni es necesario para ningún diagnóstico (porque no se trata de personas enfermas), ni tiene que ser permanente, y parece que es mucho menor su frecuencia en menores con un acompañamiento positivo a nivel familiar, social y profesional. **4c)** Se deben conocer los recursos locales, tanto profesionales como asociativos (grupos de familias, de pares) para informar a los adolescentes trans, para que puedan contar con apoyo en caso de que decidan solicitar ayuda para la transición. Se aconsejará al menor solicitar acompañamiento familiar, y el pediatra se deberá ofrecer como mediador si existen dificultades para comentarlo a la familia. Los protocolos sanitarios se deben adaptar a las necesidades particulares de cada menor trans, en caso de que precise apoyo en su transición y decida acudir a los servicios sanitarios. No siempre será precisa la derivación, puesto que no todos los adolescentes trans deciden realizar modificaciones corporales que requieran tratamientos médicos y/o quirúrgicos, y el acompañamiento psicológico debería ser voluntario en caso de precisarse, en posible relación con las vivencias de rechazo, de transfobia. Se aconseja utilizar el nombre y

el pronombre elegidos, aunque no estén modificados oficialmente si el menor lo solicita. **5e)** Ante la sospecha de falta de respeto a la identidad de género de un adolescente por parte de la familia, nos encontramos con un posible caso de maltrato. Se debe ofrecer protección al menor trans activando los protocolos correspondientes, contactando con los servicios sociales, ofreciendo la mediación como primera opción. En caso de no solucionarse puede ser necesaria la judicialización, porque lo que ha de prevalecer siempre es el interés superior del menor. Nuestro papel como pediatras es el de actuar como garantes de dicho interés. **Un abordaje de la sexualidad y la anticoncepción en la adolescencia: 1e)** Es un hecho que las/os niñas/os manifiestan conductas en las que el placer tiene un papel central en esos juegos. Descubren sus cuerpos y con ellos sus zonas genitales y erógenas. Si reprimimos estas conductas, el mensaje que enviamos es que estas son malas por lo que no se extinguen, sino que se realizan de forma oculta y no podremos ayudarles a que no realicen manipulaciones nocivas para sus cuerpos y salud. En caso de estimularlas, aun cuando sea de forma inconsciente, podemos provocar una cierta fijación a las mismas. No deben de ser motivo de alarma y/o preocupación, son comportamientos totalmente normales y habituales. Los niños no tienen un sentido ni finalista, ni objetual-productivista del placer, es por ello, por lo que no deben ser valorados con mirada de adultos en sus comportamientos eróticos. **2c)** Son varias las razones que se aluden para justificar la necesidad y el derecho a la educación sexual, pero todas han sido y son contraargumentadas por quienes tienen miedo a que este conocimiento anticipe su participación en una vida erótica para la que consideran no están preparadas. Esto ya se ha demostrado que no es cierto. En los países donde existe una Educación Sexual formal y de calidad, incluso se retrasan las primeras relaciones genitales fruto del conocimiento y la responsabilidad. La educación en los peligros de la vivencia erótica de la sexualidad (ITS y ENP) ya ha demostrado su ineficacia no solo para educar bien, sino también para evitar lo que afirman querer evitar. Solo la consideración del valor intrínseco de la sexualidad como dimensión personal digna de educación y cultivo puede proporcionarnos personas responsables y críticas ante una erótica desordenada y, comercial y en muchos casos violenta. **3e)** Los cuatro principios bioéticos descritos por Beauchamp y Childress en Principios de ética biomédica 1979, son los cuatro primeros. La solidaridad tan necesaria y vital para la calidad de vida no es uno de estos principios. **4c)** Los distantes morales son muy difíciles (si no imposibles) de reconciliar. Es por ello por lo que se buscan unos mínimos consensuados que nos permitan vivir y convivir en paz y con respeto al vecino. Es por esto por lo que se consideran los Derechos Humanos un marco ético mínimo. Dicho así pareciera poca cosa, pero personalmente respetar los Derechos Humanos me parece un marco ético de gran valor, diría de máximos. **5d)** Los distantes morales son muy difíciles (si no imposibles) de reconciliar. Es por ello por lo que se buscan unos mínimos consensuados que nos permitan vivir y convivir en paz y con respeto al vecino. Es por esto por lo que se consideran los Derechos Humanos un marco ético mínimo. Dicho así pareciera poca cosa, pero personalmente respetar los Derechos Humanos me parece un marco ético de gran valor, diría de máximos. **Toma de decisiones en la atención al final de la vida en pacientes adolescentes, desde el enfoque paliativo. 1e)** El consentimiento informado es un proceso que no requiere ser recogido por escrito siempre. Si además el adolescente fuera competente para participar en la toma de decisiones, no sería correcto actuar en contra de su voluntad. **2a)** La espiritualidad no debe asimilarse a religiosidad. Es una dimensión inherente a la persona que busca dar sentido a la vida y al mundo que nos rodea. **3c)** La sedación paliativa debe iniciarse ante la presencia de un síntoma refractario, no siendo imprescindible iniciarla en todos los casos de fallecimiento.