



Análisis hermenéutico de los dilemas bioéticos en la atención médica de los adolescentes en México

Hermeneutical Analysis of Bioethical Dilemmas in the Medical Care of Adolescents in Mexico

Autores

Yeyetsy Ordonez-Azuara

Universidad Autónoma de Nuevo León (México)
E-mail: yeyetsy_10@hotmail.com

Martha Marcela Rodríguez Alanís

Instituto de Investigaciones en Bioética (México)
E-mail: iibrdza@live.com.mx

Raúl Fernando Gutiérrez Herrera

Universidad Autónoma de Nuevo León (México)
E-mail: gutierrezrf@hotmail.com

Rafael Aguilera Portales

Universidad Autónoma de Nuevo León (México)
E-mail: aguilera.uanl@gmail.com

Norma Guadalupe López Cabrera

Universidad Autónoma de Nuevo León (México)
E-mail: normamijares2003@yahoo.com



Resúmen

A través de un análisis cualitativo de contenido bioético y biojurídico desde la hermenéutica crítica e interpretación de textos, logramos el objetivo de identificar los dilemas bioéticos que confronta el profesional de la salud durante la atención médica al adolescente y los elementos para su resolución, estableciendo que los dilemas son inherentes a la vulneración de la confidencialidad del adolescente por la presencia de un tercero, a la toma de decisiones de tres actores en una relación médico-paciente adolescente y a la actitud del profesional de la salud ante situaciones que implican juicios de legalidad, en el acto médico.

Abstract

Through a qualitative analysis of bioethical and bio-legal content from the critical hermeneutics and interpretation of texts, we achieved the objective of identifying the bioethical dilemmas confronting the health professional during the adolescent's medical care and the elements for its resolution, establishing that the dilemmas are inherent to the violation of the adolescent's confidentiality due to the presence of a third party, the decision-making of three actors in an physician-adolescent patient relationship and the attitude of the health professional in situations that imply legal judgments, in the medical act.

Key words

Servicios de salud; atención médica; adolescente; bioética.

Health services; medical care; adolescent; bioethics.

Fechas

Recibido: 18/04/2018. Aceptado: 18/08/2018



1. Introducción

La adolescencia es una etapa en la que lo único constante es un ritmo acelerado de crecimiento y cambio para lograr la maduración física, sexual, psicológica (cambio de pensamiento de concreto a abstracto) y desarrollo de identidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años”. Es una etapa en la que lo único constante es un ritmo acelerado de crecimiento y cambio para lograr la maduración física, sexual, psicológica (cambio de pensamiento de concreto a abstracto) y desarrollo de identidad; además, de acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO) en su proyección del 2015, los adolescentes representan un 20% de la población total en México, de tal manera que la vulnerabilidad durante este proceso de transición a la independencia y el hecho de ser el grupo etario predominante en México, lo posicionan como un grupo prioritario de atención, siendo un deber del profesional garantizar el derecho a la salud de esta población, a través de la prestación de servicios de salud, desde su definición como “conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud” establecida en la Ley General de la Salud Mexicana en el título tercero en artículo 24, los servicios de salud se pueden clasificar como: de atención médica, de salud pública y de asistencia social.

En varios reportes, desde 2006 al 2016, se han enumerado las diferentes causas de morbilidad en los adolescentes, que son prevenibles o tratables y son similares en México como en el resto del mundo, entre ellas destacan en los primeros lugares: accidentes de tránsito, suicidio, violencia interpersonal, conductas alimentarias de riesgo, infección por VIH, infecciones de vías respiratorias inferiores, embarazo, parto y puerperio, ahogamiento y sumersión accidental y neoplasias (Secretaría de Salud, 2006; OMS, 2016).

Según las comorbilidades ya señaladas, la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Secretaría de Salud (SSA), como órgano rector de las instituciones de salud en México, han ido establecido estrategias de atención que coinciden en la evaluación de las características que resultan determinantes para la atención de la salud y la calidad de vida del adolescente. Sin embargo, los indicadores confirman que existen vacíos asistenciales en lo referente a la atención del adolescente por la falta de sensibilización y formación de los profesionales, y falta de tiempo e infraestructura para la atención integral (Rodríguez Molinero, 2016); aunado a que en las encuestas de evaluación de servicios de calidad para jóvenes y adolescentes refieren que la causa por la que acuden poco o no acuden a los servicios de salud es porque estos no reflejan sus prioridades, gustos ni preferencias, además de las barreras que dificultan el acceso al sistema: burocratización del sistema, falta de una adecuada atención por parte del profesional, desconocimiento sobre dónde acudir o quién es su médico y negación o infravaloración de los problemas que presenta el adolescente (Reyes, 2016), situaciones que originan que el profesional se enfrente a dilemas bioéticos en la atención en salud del paciente adolescente (Alioli de Almeida, 2015).



Debido a lo anterior, el objetivo de este trabajo es identificar los dilemas bioéticos que confronta el profesional de la salud en la atención médica del adolescente para el establecimiento de guías anticipadas que mejoren la calidad en la prestación de servicios.

2. Material y métodos

Análisis cualitativo de contenido desde la hermenéutica crítica e interpretación de textos desde el enfoque de la corriente filosófica principialista y naturalismo moral contemporáneo, considerando que la evidencia médica científica, a través del razonamiento clínico, sea lo que defina el bien o el mal en la atención del adolescente, así como

La relación médico-paciente es un arte en el que se contempla la totalidad del ser humano por una situación de necesidad

también la atención sustentada en los valores y principios bioéticos de los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes dentro del marco jurídico internacional y mexicano vigente sobre la Declaración de los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos del Niño, la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, la Ley General para la Atención del Niño y Adolescente, y la Ley General de la Salud y la Norma Oficial Mexicana 047 para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.

3. Resultados y discusión

Los dilemas bioéticos que confronta el profesional de la salud en la atención médica del adolescente se presentan por la confidencialidad vulnerada, la presencia de tres actores en una relación médico-paciente y la actitud del profesional ante situaciones de legalidad.

- a. Dilemas por la confidencialidad vulnerada por la presencia de un tercero. La confidencialidad, en el ámbito de la salud, es el derecho del paciente a mantener su información personal, el respeto a su intimidad y el cumplimiento con el deber del secreto profesional (Delgado-Marroquín, 2000). La relación médico-paciente es un arte en el que se contempla la totalidad del ser humano por una situación de necesidad, amerita un proceso de comunicación efectiva establecido sobre el compromiso entre el paciente que confía en el médico que guarda el secreto; si esto se logra, el resultado es una recolección total de la información que orientará a un buen diagnóstico con las consiguientes alternativas terapéuticas ideales.

En lo referente a la confidencialidad en la atención del adolescente, están implicados aspectos legales, deontológicos, bioéticos y jurídicos (Pérez-García, 2015) que no garantizan del todo una justa confidencialidad. Los programas de atención en salud para adolescentes recomiendan que lo ideal es brindar espacios dignos y el derecho al secreto médico, haciéndoselo saber al paciente y la familia; sin embargo la minoría de edad lo hace dependiente de un tutor que, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 047, debe estar presente en el acto médico y que, aun si el tutor acep-



tara no estar durante el mismo, lo ideal es tener a otro profesional de la salud como testigo de la atención prestada y en caso de que el médico detectara situaciones de riesgo, es su deber informar al tutor o representante legal, a pesar de la negativa del adolescente.

Los límites para el rompimiento de la confidencialidad propuestos por Pérez García (2015) son: situaciones de grave peligro para la vida (ideación suicida, ideas homicidas, trastornos de conducta alimentaria), situaciones de gran riesgo social (ideas sobre fugas o daños irreparables), cuando existe riesgo de perjudicar a terceras personas o situaciones de maltrato o abuso sexual (o que corra riesgo de serlo).

El profesional de la salud se enfrenta al dilema en la confidencialidad vulnerada por la presencia necesaria de un tercero como testigo

El profesional de la salud se enfrenta al dilema en la confidencialidad vulnerada por la presencia necesaria de un tercero como testigo, durante la atención al adolescente, que puede dar lugar a omisiones u otorgamiento insuficiente de la información por parte del paciente adolescente, lo cual condicionará a la mala praxis, siendo así que este acto médico mal realizado no solo puede mermar la beneficencia en salud del adolescente, sino que ni si quiera podría cumplir el mínimo de no dañar. El análisis reflexivo desde el principialismo identifica que el otorgamiento de la confidencialidad está afectado por actitudes edadistas, por lo que se contraponen el derecho a la atención confidencial justa e igualitaria ante la normativa legal, en el acto médico durante la atención del menor de edad.

- b. Dilemas por la participación de tres actores en una relación médico-paciente adolescente. En este caso, el modelo es tripartito y condiciona la toma de decisiones donde el padre, madre o tutor es un eje fundamental de la relación, en el caso de los menores de edad, determinado por lo legal (Norma Oficial Mexicana 047).
- c. Dilemas por la actitud del profesional de la salud ante situaciones de legalidad. En cuestiones de violencia, maltrato, abuso, explotación del trabajo o aborto, es labor del médico darle aviso a la ley (Acioli de Almeida, 2015); sin embargo, no lo realiza por justificaciones inherentes al desconocimiento o solicitudes del mismo adolescente o su tutor legal. La falta de denuncias solo denota la falta de compromiso del profesional de la salud ante situaciones que le soliciten ratificación legal.

Para la resolución de los dilemas en la atención del adolescente, el profesional de la salud debe hacer una valoración en la que desglose el análisis de sustantivos específicos centrados en la persona adolescente contextualizado en la familia, y a la par le otorgue el calificativo bioético, para luego centrarse en un cuestionamiento legal, tal como se propone la valoración en el siguiente orden:

- a. Aspectos propios del paciente adolescente: otorgar atención integral centrada en la persona adolescente (Rodríguez-Molinero, 2016; Marcos-Guardeño, 2015) evaluando sus características individuales: edad, sexo, género y preferencia sexual, considerando el modelo de desbalance del desarrollo cerebral (el sistema de control cognitivo inmaduro contra la rectoría del sistema socioemocional), permitirá el establecimiento de guías anticipadas con enfoque de riesgo basadas en los princi-



pales motivos de morbimortalidad del adolescente (OMS, 2016). Además, evaluar los siguientes elementos: bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción y autonomía (Grupo Europeo KIDSCREEN, 2005).

La determinación de características naturalistas reconoce al adolescente como ser humano único en momentos de cambio, de tal forma que, a través de la ética personalista y trato digno al adolescente, logramos la unión con el paciente adolescente, que dará lugar al establecimiento del compromiso ético y moral con una persona en búsqueda de identidad, situación que le brinda la oportunidad al prestador de servicios en salud no solo de ser un modelo profesional, sino también un modelo ético que contribuya a su desarrollo como ser humano.

- b. Aspectos del contexto familiar-social: las principales causas por las que padece y muere el adolescente son de índole social, considerando la premisa que dicta que

A través de la ética personalista y trato digno al adolescente, logramos la unión con el paciente adolescente, que dará lugar al establecimiento del compromiso ético y moral

la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad (Convención Americana sobre Derechos Humanos de 1969) resulta fundamental su estudio para realizar un abordaje contextualizado a lo familiar, familia de la cual, frecuentemente, el adolescente depende. Se debe identificar la tipología familiar con base a la estructura, funcionalidad y algunos parámetros sociodemográficos considerados determinantes de salud, es decir clasificar a la familia, por ejemplo: con base en el parentesco, presencia física en el hogar, composición, medios de subsistencia, demografía, desarrollo, índice de pobreza familiar, ciclo

vital, percepción de la funcionalidad, además de identificar el cumplimiento de las funciones familiares (afecto, cuidado, socialización, estatus, reproducción o sexualidad) (Garza-Gutiérrez, 2015; Consenso de Medicina Familiar, 2005), siempre considerando su sistema de valores y creencias, todo esto dentro de un contexto de la ética y pluralidad cultural. Además de considerar la relación con los padres y la vida familiar, es menester del profesional sanitario hacer cuestionamientos específicos sobre la relación con pares o amigos, pareja, entorno escolar y acoso escolar (Norma Oficial Mexicana 047, 2015).

- c. Aspectos de la toma de decisiones en el modelo tripartito: a pesar de que el profesional de la salud no pueda modificar las características antes mencionadas del individuo y la sociedad, lo que sí puede hacer es anticiparse ante las posibles deducciones que ofrece el modelo tripartito, referente a la participación de tres actores (médico, paciente adolescente y tutor legal), a través de la lógica combinatoria basada en el naturalismo moral (Echeverri, 2016), donde la ciencia se considera como un criterio moral para actuar y la toma de decisiones se ejecute acorde al juicio clínico basado en la evidencia médica-científica siendo, la medicina basada en la evidencia, lo que defina el bien del mal (bien vs mal) (tabla 1).



Toma de decisiones basadas en la evidencia científica para la atención del adolescente:

Tabla 1. Combinatoria de modelo tripartito con criterios de bien o mal desde la moral naturalista			
Criterio Moral Naturalista	Modelo Tripartito		
Bien(b) / Mal (m)	Adolescente (A)	Tutor (T)	Médico (M)
Bien (3b)	Ab	Tb	Mb
Mal (3m)	Am	Tm	Mm
Bien (2b)	Ab	Tb	Mm
Bien (2b)	Am	Tb	Mb
Mal (2m)	Am	Tm	Mb
Mal (2m)	Ab	Tm	Mm
Bien (1b)	Am	Tb	Mm
Mal (1m)	Ab	Tm	Mb
Σ =	8		

Posteriormente, realizar el análisis principialista basado en los 4 principios bioéticos: no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía, dentro del marco de la legalidad (Aguilera-Portales, 2013) para la toma de decisiones en beneficio de la salud; de tal manera que se nos presentan 8 planteamientos diferentes, que orientan sobre la generación y, por ende, la resolución de dilemas.

Considerando que A representa al adolescente, T al tutor legal y M al médico; siendo b que representa al bien y m al mal, según lo que se justifique en la evidencia médica científica para el bienestar en salud, tenemos que:

- Am Tb Mb: el adolescente opta por lo que le afecta (m), pero en este planteamiento la toma de decisión del médico (b) y el tutor (b) anula la autonomía del paciente adolescente y cumple con la no maleficencia y beneficencia en la atención. Ejemplos: la madre y el médico deciden el uso de tratamientos inyectables necesarios a una patología infecciosa o aplicación de vacunas, a pesar de la negativa del adolescente por temor.
- Ab Tm Mb: el adolescente (b) y el médico (b) están de acuerdo en algo que médicamente es benéfico, pero el tutor (m) no está de acuerdo con la decisión y sabe que él tiene poder legal. Esta decisión implica lograr que al menos no haya maleficencia, por ejemplo: un adolescente con una enfermedad terminal que ya no desea otro ciclo de quimioterapia por la falta de respuesta al tratamiento, cuyo padre desea que reinicie en un tratamiento experimental, a pesar del mal pronóstico y sin recomendación médica.
- Ab Tb Mm: el adolescente (b) y su tutor (b) han tomado una buena decisión, sin embargo, el médico (m) los descalifica. Aunque se respeta la autonomía del paciente respaldada por el tutor legal y es posible apelar al derecho a la salud y derechos de los pacientes por la búsqueda de beneficencia, la calidad de la atención merma



cuando el profesional de la salud es incapaz de dar garantía a los mismos. Ejemplos: el médico descalifica el diagnóstico sobre la insatisfacción de imagen corporal del adolescente, considerándola como “niñerías” y no le oferta opciones terapéuticas.

Los tres actores están de acuerdo, pero deben considerar ¿lo que estamos pensando es legal?

- Ab Tb Mb: los tres actores están de acuerdo, pero deben considerar ¿lo que estamos pensando es legal?, por ejemplo: un adolescente de 18 años con un historial de crisis convulsivas en tratamiento con dosis máxima de medicamentos que solicita, apoyada por su padre y el médico, el uso de la marihuana como terapia alternativa. La beneficencia para el paciente ante un tratamiento nuevo, a pesar del acuerdo del tutor y el respaldo médico, se contrapone con la normatividad al ser un acto ilegal en México.
 - Ab Tm Mm: el adolescente (b) ha elegido una terapia adecuada, pero el tutor (m) y el médico (m) no están de acuerdo, en este planteamiento la toma de decisión anula la autonomía del paciente, y además no cumple con la beneficencia ni con la no maleficencia. Ejemplos: una adolescente de 12 años de edad que ha iniciado su vida sexual solicita la colocación de implante subdérmico como método de planificación familiar, clínicamente es apta, pero el médico y el padre no aceptan por considerarla “muy pequeña”.
 - Am Tb Mm: el adolescente (m) y el médico (m) están de acuerdo, pero el tutor legal (b) no lo consiente al reconocerlo como un acto inadecuado de acuerdo a la evidencia médica-científica. Si no hay beneficencia que el acto al menos no dañe. En este planteamiento existe conflicto de interés por parte del médico. Además, el tutor es responsable de la protección del menor de edad, por ejemplo: una adolescente sana de 13 años desea someterse a un tratamiento estético quirúrgico mayor (colocación de implantes) y el médico está dispuesto a hacerlo por cuestiones económicas.
 - Am Tm Mb: el adolescente (m) y su tutor (m) están de acuerdo en algo que lo daña, el médico (b) no desea proceder. En el caso de que el médico detecte situaciones que atenten contra la salud y el principio del interés superior del menor, puede hacer objeción de conciencia y referir oportunamente a otro profesional, sin embargo en los casos en que se determinen situaciones en contra de la ley, su deber es denunciar, por ejemplo: el médico oferta como tratamiento de primera elección terapéutica la transfusión sanguínea a una adolescente de 17 años que es testigo de Jehová que se niega a aceptar y la respaldan sus tutores legales.
 - Am Tm Mm: los tres actores están de acuerdo sobre una decisión que es inadecuada de acuerdo con las evidencias científicas. En este planteamiento la ciencia afirma que la decisión atenta contra el paciente, calificando el acto como malo; en este caso a través de la normativa legal se podrá enjuiciar esa decisión. Por ejemplo: el médico acuerda realizar un procedimiento de reasignación de sexo en un paciente adolescente de 12 años, apoyado por sus padres.
- d. Aspectos legales. El marco jurídico de México está conformado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los tratados internacionales aprobados y ratificados por el país y las leyes federales y locales. En lo que a infancia, adolescencia y salud respecta son fundamentales el conocimiento de la Declaración de los



Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos del niño (CDN) reconocida por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. La CDN es un tratado internacional con vinculación nacional que reúne en un único texto derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales, cuya importancia radica en que, por primera vez, esta convención reconoce a los niños como sujetos de derecho, pero convierte a las personas adultas en sujetos de responsabilidades. El valor jurídico de la CDN está dado por su posición respecto a la Constitución Nacional, en México se le ha otorgado un rango constitucional. La CDN se fundamenta de tres grandes principios: los derechos son universales, son indivisibles e interdependientes (UNICEF, 2017).

Posterior a este evento, destaca la reforma del artículo 4 constitucional mexicano que incorpora la noción para los niños y adolescentes como sujetos de derecho describiendo que para la satisfacción de sus necesidades de la alimentación, salud, educación y

El Estado es responsable de proveer lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio de los derechos

sano esparcimiento para su desarrollo son deberes de los ascendientes, tutores y custodio, siendo su obligación la preservación de estos derechos, mientras que el Estado es responsable de proveer lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio de los derechos. Esta reforma dio lugar a la emisión de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes cuyo objeto es garantizar la tutela y el respeto de los derechos fundamentales reconocidos en la constitución y para el 2014 se estableció la Ley General para la atención del niño y adolescente. Dentro del orden jurídico nacional existen

también otras leyes que resultan esenciales para la protección de los derechos de este grupo etario, en este caso, la que nos sirve como herramienta en las situaciones sanitarias es la Ley General de la Salud y, dentro de esta, específicamente la Norma Oficial Mexicana 047 que es la que dicta el quehacer médico en la asistencia del adolescente.

4. Conclusiones

Los dilemas bioéticos que se presentan durante la atención médica del paciente adolescente son por la confidencialidad vulnerada por la presencia necesaria de un tercero como testigo, por la participación de tres actores en una relación médico-paciente y por la actitud del profesional de la salud ante situaciones de legalidad; sin embargo, se garantiza la calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud para la persona adolescente a través de la metodología de análisis clínico-biopsicosocial, bioético y jurídico: de la valoración centrada en la persona adolescente, de la evaluación contextualizada a lo familiar-social, de la anticipación en la toma de decisiones desde el reconocimiento del modelo de participación tripartito y de los aspectos legales.



Bibliografía

- Acioli de Almeida, D., Lins, L., Lins Rocha, M. (2015). Dilemas éticos y bioéticos en la atención de la salud del adolescente. *Rev. bioét.* 23(2), 325-336.
- Aguilera Portales, R., Prado Maillard, R., López Sánchez, R. (2013). *Bioética, Bioderecho y Biopolítica: problemas actuales*. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Consejo Nacional de Población. (2014). Proyecciones de la población 2010-2050. México: Secretaría de Gobernación. Última modificación: viernes 25 de abril de 2014. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
- Consenso de Medicina Familiar. (2005). Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Arch. Med. Fam.*, 7(1), 15-19.
- Delgado Marroquín, M. N. (2000). Confidencialidad y secreto médico. *Atención Primaria*, 25(6), 440-443.
- Diario Oficial de la Federación. (2014). Decreto por el que se expide la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y se reforman diversas disposiciones de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil. 04/12/2014.
- Diario Oficial de la Federación. (2014). Norma Oficial Mexicana NOM-0047-SSA2-2015, para la atención en Salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad. 12/08/2015.
- Echeverri Álvarez, J. (2016). Naturalismo contemporáneo y decisión moral. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8(1), 83-10.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2017). Convención sobre los Derechos del Niño. *UNICEF*. Recuperado de: <https://www.unicef.es/causas/derechos-ninos/convencion-derechos-ninos>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2017). Los derechos de la niñez y la adolescencia en México. *UNICEF*. Recuperado de https://www.unicef.org/mexico/spanish/17054_17505.htm
- Garza-Elizondo, T., Gutiérrez Herrera, R. F. (2015). *Trabajo con Familias: Abordaje Médico integral*. México DF: Manual Moderno.
- Jesús-Reyes, D., Menkes-Bancet, C., Meza-Palmeros, J. A. (2016). Acceso y atención en servicios de salud en adolescentes de escuelas públicas de Nuevo León, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 13(2), 3.
- Ley General de Salud. Título tercero: Prestación de los servicios de salud, Capítulo 1: Disposiciones comunes. [Consultado 11 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t3.htm>
- Martos Guardado, R., Pérez Luna, M. T. (2015). *Guía de Atención integral del adolescente*. Granada, España: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Salud del adolescente*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/



- Pérez García, R. (2015). Promoviendo la confidencialidad con el menor en atención primaria: el arte del funambulismo. *CAR Salou*, 22(3), 152-157.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Dür, W., Auquier, P., Poder, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., y el Grupo europeo KIDSCREEN (2005). KIDSCREEN-52 medida de la calidad de vida de los niños y adolescentes. *Revisión de Expertos de Farmacoeconomía y Resultados de Investigación*, 5(3),353-364. Disponible en: <http://www.kidscreen.org/espa%C3%B1ol/>
- Silber, T. J. (2011). Aspectos éticos de la atención del adolescente. *Rev. Med. Clin. Condes*, 22(1), 110-119.
- Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. (2006). 20 Principales causas de enfermedad/ defunción en el grupo de 10 a 19 años. México: Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud.