

Consentimiento informado en el menor (II)

Juan Manuel Torres León¹

Med Mil (Esp) 2005; 61 (1): 36-40

RECHAZO AL TRATAMIENTO EN EL MENOR DE EDAD

La renuncia de un paciente al tratamiento propuesto por el médico es una cuestión regulada en dos artículos de la ley básica 41/2002 (1).

El art. 2.4 establece que todo paciente tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados por la ley, y que esta negativa tiene que ser recogida por escrito.

El art. 21 determina cómo resolver el alta de un paciente que rechaza el tratamiento.

Las excepciones al rechazo pueden considerarse que son las mismas que las referidas en el art. 9.2 de la ley básica 41/2002 para el caso del consentimiento informado: Riesgo para la salud pública y riesgo inmediato grave sin posibilidad de conseguir autorización.

La cuestión de la negativa al tratamiento plantea dificultades añadidas en el caso del menor, si bien los problemas tienen perspectivas diferentes cuando se trata de un menor maduro.

En el caso del menor competente de más de 16 años o el emancipado, hay que admitir que al igual que se reconoce su capacidad para tomar decisiones favorables a un tratamiento médico hay que aprobar sus decisiones para renunciar a una intervención médica diagnóstica o terapéutica.

En el caso de los menores de dieciséis años, la negativa al tratamiento debe partir de los padres o tutores del menor. Sin embargo nos encontramos ante el difícil ejercicio de una ciencia que entre los propios profesionales se encuentra en muchas ocasiones sometida a debate sobre la absoluta certeza de que un tratamiento es útil o si es contrario al beneficio del paciente.

En el caso del menor de dieciséis años, con cierto grado de madurez, su opinión debe de tener un peso decisivo cuando las intervenciones propuestas no tienen un beneficio directo o al menos es dudosa la utilidad de los mismos. Hay autores como Pedreira Andrade que opinan que el derecho al rechazo al tratamiento es algo tan personal, que los familiares o personas allegadas no tienen legitimación para ejercitarlo.

En ocasiones, cuando no se asocia a un riesgo sustancial, es conveniente aplazar las decisiones hasta una mayor madurez del menor. En cualquier caso las medidas coercitivas no resultan buenas consejeras (2).

A veces la negativa a la intervención médica tiene implicaciones mucho más conflictivas. Entre estas situaciones complicadas destacan las decisiones sobre tratamientos necesarios para prolongar la vida en el menor gravemente enfermo.

En las últimas décadas existe un consenso absoluto sobre la necesidad de no limitar el esfuerzo terapéutico en el caso de niños con malformaciones congénitas (S. de Down con obstrucción intestinal o cirugía en casos de niños con mielomeningocele).

Sin embargo las dudas surgen cuando lo que se plantean son los límites del esfuerzo terapéutico en niños que necesitan medidas de soporte vital en unidades de Cuidados Intensivos (niños con extremo bajo peso al nacer, hipoplasias cardíacas, anomalías cromosómicas muy graves, niños en estadios terminales de una enfermedad crónica o un cáncer). En estos casos la Academia Americana de Pediatría (3) recomienda lo siguiente:

- Las decisiones sobre cuidados intensivos en recién nacidos y niños deben de ser similares y realizadas con consentimiento por parte de los padres.
- Los médicos deben recomendar la provisión o el cese de cuidados intensivos sobre la base de los beneficios y perjuicios de los mismos, aunque hay que reconocer que los padres pueden percibir de forma diferente tales beneficios y perjuicios.
- Las decisiones sobre el cese de los cuidados intensivos no son decisiones clínicas y los médicos deberían mantenerse al margen de las mismas.

En ocasiones puede plantearse el caso de que no coincida el criterio del médico y el de los padres, en estos casos lo prudente debe ser solicitar la intervención judicial. Así lo demuestra una sentencia reciente del Tribunal Europeo de Derechos Humanos según la cual se condena al Reino Unido a pagar daños morales a una madre que se oponía al tratamiento prescrito a su hijo menor de edad (4).

En el caso del menor maduro las decisiones son más complicadas puesto que la opinión del paciente parece que debe formar parte de las decisiones que se tomen. Aunque se han publicado diferentes guías clínicas para la retirada de tratamientos que mantienen la vida en el caso de adultos y recién nacidos, la complejidad en el caso del menor maduro ha hecho que el tema sea objeto de un debate más amplio.

La posibilidad de que los médicos o los padres del menor tengan unos intereses que no se correspondan con el menor debe de ser contemplada.

Tradicionalmente los padres han sido los que han tomado las decisiones en nombre de los hijos y al mismo tiempo han autorizado el tratamiento de los hijos. Sus deseos de proteger a un hijo gravemente enfermo del probable trastorno emocional, que le produciría

¹ Cte. Médico, Servicio de Urgencias

Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla»

Dirección para correspondencia: Dr. JM Torres León, Servicio de Urgencias

Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla», Glorieta del Ejército s/n, 28047 Madrid.

Recibido: 11 de enero de 2005.

Aceptado: 8 de febrero de 2005.

la información sobre su enfermedad, en muchas ocasiones se han acompañado de engaños o la ocultación de datos que puede ensombrecer la autonomía del paciente o incluso su propio bienestar.

El papel de los médicos en los casos de niños gravemente enfermos, se encuentra sometido a debate hasta el punto que algunos autores proponen un cambio en su actitud pasiva sobre la toma de decisiones. Algunos autores en EE.UU. proponen que en estos casos el médico debe de perseguir los siguientes objetivos (5):

- Promover el desarrollo mental y emocional del menor
- Evaluar su grado de madurez
- Apoyar la autonomía en su decisión cuando alcanza la competencia y la expresa respecto a su persona.

De esta forma, según estos autores, un tratamiento para mantener la vida sin un beneficio claro, debería de ser mantenido por deseo del menor incluso si los padres no están de acuerdo. De igual forma un tratamiento para mantener la vida debería ser retirado por deseo del menor.

Las dos preguntas que con mayor frecuencia se plantean en los casos de este tipo de tratamiento son: ¿Debe de ser informado el niño de la gravedad de su enfermedad? Y ¿Debe participar el menor en la toma de decisiones?.

La responsabilidad de informar en estos casos recae en los médicos y los padres, aunque las actitudes paternalistas conducen con frecuencia a mentiras o una información sesgada. Una actitud paternalista es aquella que limita intencionadamente la autonomía de una persona al apelar motivos de beneficencia sobre la misma. Esta justificación puede atribuirse al miedo, ansiedad o depresión que se causaría con la información al menor.

Sin embargo no hay certeza sobre la repercusión desfavorable de este tipo de información en el menor. Incluso puede pensarse que un conocimiento más exacto de la enfermedad puede proporcionar al menor un grado menor de ansiedad que cuando la información no es cierta.

La veracidad de la información es necesaria para mantener la confianza en las personas que le cuidan y proporciona la posibilidad de participar en los planes de tratamiento, aún cuando la información pueda producirse gradualmente o de una forma atenuada (6).

Por tanto no debe confundirse el pronóstico fatal con el estado de necesidad terapéutica al que se refiere la ley básica 41/2002¹ en su art. 5.4 o el Convenio de Oviedo⁷ en su art.10.3.

Los casos en los que no se desee recibir información deben de ser respetados. Este derecho ha sido admitido tradicionalmente por la doctrina como una excepción al deber de informar del médico. Esta posibilidad es recogida legalmente en el convenio de Oviedo (7) y como un derecho del paciente en la ley 41/2002¹.

Hay que entender que esta negativa a la información no impone la necesidad de mantener un tratamiento de mantenimiento de la vida más allá de lo que los padres y médicos estimen oportuno.

La capacidad para entender el significado de la muerte se alcanza en el niño de una forma gradual. Los psicólogos y pediatras clínicos consideran que la mayoría de los adolescentes de 14-15 años, entienden el significado de la muerte, igual que un adulto. En los casos de niños gravemente enfermos, con padecimientos crónicos, esta madurez puede alcanzarse antes por la propia vivencia de la enfermedad o el conocimiento que se adquiere al convivir en el hospital con otros enfermos. A la adquisición de este concepto se

añaden la adquisición de juicios morales, religiosos y culturales que pueden influir sobre la toma de decisiones.

En España en los niños menores de 16 años el consentimiento se obtiene por representación, aunque la opinión del menor debe tenerse en cuenta a partir de los 12 años, y en los casos de grave riesgo deben de ser informado los padres y tenida en cuenta su opinión. En EE.UU la tendencia actual, al menos en algunos estados, es la de pedir el consentimiento directamente al menor siempre que se determine su capacidad para comprender la información médica.

Las decisiones sobre este tipo de tratamientos deberían de surgir conjuntamente de médicos, padres y del propio menor cuando es maduro. Los conflictos pueden aparecer cuando las opiniones de niños, padres y médicos sean contrapuestas.

En la legislación española el caso de rechazo al tratamiento de un niño, testigo de Jehová, cuyos padres y él mismo se negaban a una transfusión sanguínea necesaria para su vida, pusieron de actualidad estas cuestiones. En este caso se planteaba el dilema de la decisión de los padres amparada en el derecho fundamental de la libertad religiosa frente al derecho a la vida y salud del menor.

SITUACIONES MÉDICAS CONCRETAS

La actuación médica de acuerdo a la ley y los principios éticos adquiere en algunos casos una mayor dificultad.

Los casos los relacionados con la sexualidad en el adolescente son especialmente complejos de resolver. La actividad sexual en esta etapa de la vida se encuentra en aumento y es cada vez más precoz. Hasta un 51% de las adolescentes en EE UU son sexualmente activas (8). La edad media de inicio de relaciones sexuales en un trabajo realizado en un área sanitaria de Madrid era de 16 años (9).

1. Anticoncepción de emergencia

El 23 marzo del 2001 el Ministerio de Sanidad y Consumo aprobó la comercialización de levonogestrel con la indicación de anticoncepción de emergencia. Su autorización inició una discusión entre los médicos que consideraban este método como anticonceptivo y los que entendían que era un procedimiento abortivo. Las dudas sobre el mecanismo preponderante en la acción del fármaco avivaron aún más esta polémica.

En la actualidad el debate, creo que superado por el reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia, se ha trasladado hacia dispensación del anticonceptivo postcoital en las menores de edad que acuden a los servicios de urgencias demandando la pildora sin la compañía de sus padres.

Hay que reconocer que entre los motivos que favorecieron su aprobación por la Agencia Española del Medicamento uno de los de mayor peso fue la alta tasa de embarazos no deseados en adolescentes.

La solicitud de esta medicación por jóvenes mayores de dieciséis años no debe tener más obstáculos que los derivados de las convicciones morales o religiosas del médico.

El profesional que considere el procedimiento como abortivo debería de advertirlo y dejar constancia de su objeción de conciencia al uso de la pildora.

En caso de prescribirla, debe de informarse de una forma ade-

cuada y dejar constancia en la historia clínica, un documento con valor probatorio a efectos jurídicos y que ayuda a discernir sobre la polémica cuestión de la capacidad de decisión del menor maduro.

La necesidad o no de un documento escrito de consentimiento informado es una cuestión que debería ser resuelta por las Sociedades Científicas, Comités de Ética Asistencial o Instituciones Sanitarias.

En la adolescente menor de dieciséis años los problemas que entran en conflicto son de mayor calado. El facultativo, al que se le demanda la pildora postcoital en estas circunstancias, se encuentra ante el dilema de la prescripción de un tratamiento a una menor sin autorización de sus padres.

Otra fuente de conflicto puede ser el desconocimiento del médico sobre las convicciones religiosas de los padres que pueden considerar la anticoncepción de emergencia como una interrupción voluntaria de embarazo.

En contra de estos preceptos legales, que parecen ofrecer argumentos contrarios a la prescripción de esta medicación, puede argumentarse las excepciones señaladas en el art. 162 del Código Civil sobre la representación legal de los hijos:

1.- Los actos relativos a los derechos de la personalidad u otros en que el hijo, de acuerdo con las leyes y sus condiciones de madurez, puede realizar por sí mismo.

Un dato a considerar es que el Código Penal arts. 180.1 y 181.2 considera abuso sexual no consentido, el que se realiza con menores de 13 años aunque estos presten su consentimiento. Podría deducirse por tanto que a partir de los 13 años hay capacidad para consentir libremente en una relación sexual sin incurrir en delito.

2.- Aquellos en que exista conflicto de intereses entre los padres e hijos.

Un detalle interesante en la ficha del producto es que su uso no está recomendado en niñas y que los datos disponibles en mujeres de menos de dieciséis años son muy limitados (10).

Por tanto no es fácil dar una recomendación que valga para todos los casos en los menores de dieciséis años. En caso de optar por la prescripción creo que es muy importante dejar constancia escrita de que se ha valorado la madurez de la adolescente y es conveniente realizar un consentimiento por escrito.

El plazo de 72 horas para la administración de la medicación puede servir para dirigir a la menor a un Centro de Planificación Familiar o su médico de familia y hacerla ver la conveniencia de que sus padres conozcan su demanda de anticoncepción.

2. Interrupción voluntaria del embarazo

El aborto es un problema que también adquiere especiales connotaciones en el caso de la menor de edad. Además las propias controversias que produce el tema han hecho que su regulación por el antiguo Código Penal haya permanecido inalterada y con los mismos supuestos legales. En el art. 417 bis 1 se expone la necesidad del consentimiento expreso de la mujer embarazada.

La ley 41/2002 (1) en su art.9.4 establece que *«la interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de su aplicación»*.

Este artículo aporta poco en lo que se refiere a los ensayos clí-

nicos y técnicas de reproducción puesto que el Real Decreto 223/2004, de 6 de Febrero regula lo que se refiere a ensayos clínicos con medicamentos y la ley 35/1988 las técnicas de reproducción asistida.

Sin embargo la interpretación de este artículo sobre la decisión de la menor en la interrupción voluntaria del embarazo puede tener gran importancia.

Hasta la entrada en vigor de la ley había posturas jurídicas diferentes relativas al consentimiento informado de menores en caso de aborto. Algunos autores defendían que el consentimiento siempre corresponde a la mujer embarazada (11), otros consideran necesario el consentimiento por parte de los representantes legales hasta la mayoría de edad (12). Al no existir una regulación específica, sobre la capacidad para decidir en los casos de aborto en menores de edad, el art. 9.4 de la ley 41/2002 cobra una especial importancia al remitirse a lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad.

La instrucción parece contravenir lo que la ley aporta en el sentido de favorecer la doctrina del menor maduro. La disposición obliga en el caso de una edad inferior a dieciocho años a obtener el consentimiento del representante legal de la menor para abortar. Esta condición supone por una parte a romper la confidencialidad de la relación médico-paciente. Por otra parte plantea el problema de la actitud que debe tomar el médico que pueda enfrentarse a unos intereses contrapuestos entre la menor y su representante legal, en estos casos la intervención de un juez puede hacerse necesaria para resolver el conflicto.

3. Consumo de drogas

El consumo de drogas por menores de edad es un problema que ha suscitado gran preocupación social y que afecta de modo especial a los jóvenes.

Las diferentes leyes «antibotellón» surgidas en las Comunidades Autónomas han reconocido la drogadicción como una enfermedad y han incluido normas referentes a los menores de edad.

La atención al menor consumidor de drogas plantea el dilema de la ruptura de la confidencialidad aún a costa de perder su confianza para poder continuar su tratamiento.

Este hecho ha determinado que en algunos estados de EE UU se autorice al menor de edad a dar su consentimiento sin necesidad de informar a sus padres cuando solicite ayuda en cuestiones como la contracepción, enfermedades de transmisión sexual o problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas (13).

Este aspecto es regulado en el art.17 de la ley sobre drogodependencias de la Comunidad de Madrid (14): «En el caso de que un menor de dieciséis años precise atención sanitaria por consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas, los centros o servicios sanitarios que presten la atención, deberán comunicar la situación del menor a los padres o tutores para que estos se hagan cargo del menor. Asimismo, también se pondrá en conocimiento de dichos padres o tutores cuando fuese menor de dieciocho años y la situación, a juicio facultativo, pudiera considerarse de gravedad. En el caso de que los padres o tutores no quisieran hacerse cargo del menor, el Centro deberá poner los hechos en conocimiento del Fiscal de Menores».

Por tanto esta ley deja en un segundo plano la confidencialidad en la relación médico-paciente.

Con independencia de este problema de confidencialidad, es

muy probable que en los problemas de drogadicción, la integración y apoyo familiar jueguen un papel muy importante como un instrumento más del tratamiento del mismo. Como contrapartida hay que admitir el hecho probado que supone la renuncia del menor a los dispositivos sanitarios cuando no se siente ayudado en el momento de crisis (15).

4. Tests genéticos

Los problemas relacionados con la **genética** tienen, en el niño y en el adolescente, aspectos que merece la pena destacar:

La información genética afecta a toda la familia del sujeto

Los resultados de la información pueden tener implicaciones sociales o incluso financieras sin beneficio médico

El poder predictivo de la información genética es limitado

Muchas enfermedades genéticas carecen de tratamiento.

Estos condicionantes han motivado en los últimos años un debate sobre los problemas éticos y legales de los tests genéticos en los niños. La Academia Americana de Pediatras han establecido algunas recomendaciones sobre la realización de los mismos (16):

- Establecer y revisar periódicamente que tipo de test se debe realizar a los recién nacidos.
- Solicitarse consentimiento informado para la realización de un test genético en un recién nacido y el asentimiento en los niños. Deberían de ser controlados el número de consentimientos rechazados.
- La Academia Americana de Pediatras no es partidaria de ampliar los tests de screening y de portadores a niños o adolescentes. Los riesgos y beneficios de los mismos deben de ser evaluados antes de ser ofertados. En el caso de las adolescentes embarazadas la Academia considera que pueden ser apropiados.
- El uso de tests genéticos que pueden predecir trastornos tardíos es inapropiado en niños cuando no se ha demostrado que pueden reducir la mortalidad o la morbilidad a través de intervenciones realizadas en la infancia.
- Es necesario proporcionar una información y consejos apropiados sobre los límites y las posibilidades de tratamiento, los inconvenientes de los propios test en cuanto a estigmatización, discriminación, etc.

Otro aspecto a tener en cuenta son las consecuencias derivadas del resultado de un test genético. En algunos casos la realización del test puede facilitar un tratamiento temprano o la realización de medidas preventivas, en otros puede causar daños psicológicos o sociales sin ningún beneficio. La variedad de tests genéticos y sus diferentes consecuencias han hechos que diferentes autores y organizaciones los clasifiquen en categorías que permitan conocer en algunos casos su utilidad y en otros agruparlos según sus tipos. Así en la Wetz publicaba en JAMA una clasificación de los tests genéticos y distingue cuatro categorías (17):

- Tests que proporcionan un beneficio inmediato para el menor (prevención o tratamiento temprano)
- Tests que no proporcionan un beneficio inmediato pero que influyen en las decisiones sobre reproducción.
- Tests que no proporcionan un beneficio inmediato pero que son solicitados por los padres o por el menor.
- Tests que son beneficiosos para otros miembros de la fami-

lia pero no para el interesado.

Dos asociaciones médicas, la Sociedad Americana de Genética Humana y el Colegio Americano de Genética Médica, proponen una clasificación que además incluye aspectos como: La edad probable de comienzo de la enfermedad y si la enfermedad detectada es susceptible de prevención o tratamiento.

La realización de estas pruebas en el menor ha adquirido mayor debate en el caso del menor maduro. La confidencialidad de los datos genéticos o la realización de pruebas que no conducen a un beneficio directo son motivo de discusión (18,19). Los trabajos publicados sobre el consentimiento en este tipo de pruebas insisten en proporcionar una información detallada, a los padres y al menor, y dar la oportunidad al niño de rechazar la realización del test cuando su madurez sea comprobada (20).

La legislación es especialmente sensible al tema de la confidencialidad, intimidad y derecho a la información en las pruebas genéticas. La Tabla 1 recoge algunas de las declaraciones y normas legales al respecto.

En los últimos años diversos estados de EE UU han promulgado leyes que han intentado regular algunos de los aspectos conflictivos de las pruebas genéticas, en el año 2000 el estado de Massachusetts promulgaba una ley (21) que protege especialmente la información genética, prohíbe la discriminación por las características genéticas de una persona y exige el consentimiento informado en la realización de los tests genéticos. Respecto al consentimiento informado en los tests genéticos de screening en recién nacidos esta ley no exige el consentimiento informado.

Tabla 1. *Declaraciones y normas legales relativas a la información genética*

- Declaración Universal de la UNESCO sobre el genoma humano y los derechos humanos (11 de noviembre de 1997)
- Declaración sobre los principios de actuación en la investigación genética (Aprobada por el Consejo de HUGO (Human Genome Organization) en Hedelberg (21 de marzo de 1996)
- Convención sobre los derechos Humanos y la biomedicina en Oviedo (1997)
- Declaración de Valencia sobre «Ética y el proyecto genoma humano» en Valencia (1990)
- Declaración de Bilbao sobre «El derecho ante el proyecto del genoma humano» en Bilbao (1993)

RESUMEN

El consentimiento informado en el menor de edad supone un reto añadido a los cambios producidos en la relación médico-enfermo.

El reconocimiento del desarrollo evolutivo del menor ha propiciado que las normas hayan comenzado a contemplar la figura del menor con capacidad para decidir los asuntos de su salud.

Los elementos del consentimiento informado adquieren connotaciones propias en el menor. El asentimiento es un concepto a mitad de camino entre la decisión por sustitución y la del propio menor.

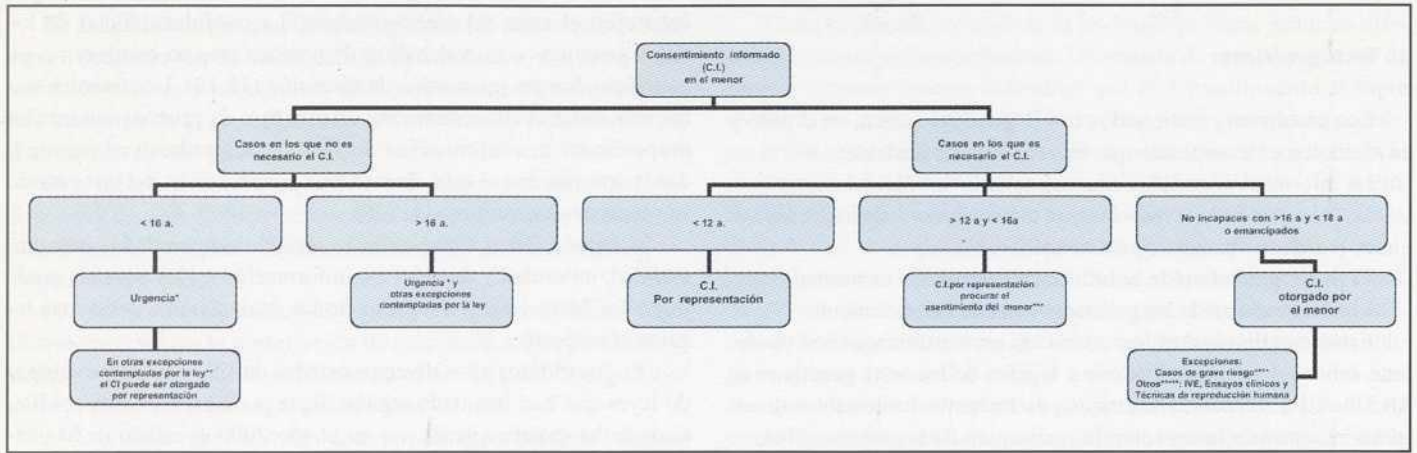
El consentimiento por representación puede causar conflictos cuando la opinión del médico, representante legal y paciente no

coinciden. El rechazo al tratamiento y algunas situaciones médicas concretas han suscitado un debate sobre cual debe ser la actitud correcta en el marco legal y ético.

La ley 41/2002 se ha constituido en la norma que regula el consentimiento informado, en ella se reflejan las directrices que deben

seguirse, en el caso del consentimiento en el menor. Es una ley que, con algunas objeciones ya comentadas, se encuentra en la línea de la doctrina del menor maduro.

Un resumen de estas reglas en forma de organigrama se expone a continuación:



* En casos de Urgencia se procurara informar a los representantes legales lo antes posible.

** Incapacidad, Necesidad terapéutica, Salud pública, Renuncia.

*** Por asentimiento se entiende un acto imperfecto realizado por una persona parcialmente incapaz, como puede ser un menor. Debe de acompañarse siempre del consentimiento del representante legal

**** En estos casos, a criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión tenida en cuenta

***** Estos casos se rigen según lo establecido con carácter general para la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
2. Sigman GS, O'Connor C. Exploration for physicians of the mature minor doctrine. J Pediatr 1991; 119: 520-525
3. Committee on Bioethics. Ethics and the care of critically ill infants and children. Pediatrics 1996.
4. Diario médico. Martes 16 de Marzo de 2004. Pag n.º 7.
5. Leikin. S. A proposal concerninig decisions to forgo life-sustaining treatment for young people. The Journal of Pediatrics. 1989: 17-22.
6. Sánchez Jaro, J. Abellán F. Derechos y deberes de los pacientes. Granada 2003.
7. Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Oviedo 4 de abril de 1997. (Instrumento de ratificación publicado en el BOE, num 251, de 20 de Octubre de 1999).
8. Center for Disease Control. Premarital experience among adolescen women. United States, 1970-88. MMWR 191; 39: 929-932.
9. Muñoz Gálligo E, Mattos Guillén I, Peramo. Anticoncepción y sexualidad en la adolescencia. Toko-Ginecología práctica 1999; 58: 81-87.
10. Lab Schering. Ficha técnica de Postinor^{cp}. Vademecun Internacional. 44 Ed. 2003: 2001-2003.
11. Dolz Lago MJ. Menores embarazadas y aborto, ¿quién decide? Atención Primaria 1996; 29: 539.
12. Serrano Gómez. A. Derecho penal. Parte especial (5.ª ed.). Madrid: Dykinson, 2000;80.
13. Lori Feldman-Winter, Md Gary N. McAbee, DO, JD. Legal issues in caring for adolescent patients; Physicians can optimise healthcare delivery to teens. Postgraduate Medicine 2002; 111: 15-18.
14. Ley 5/2002, de 27 de Junio, sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunidad de Madrid.
15. Bunsen NH. Counseling the high-risk adolescent. J Pediatr Health Care 1992; 6:194-199.
16. American Academy of Pediatrics. Ethical Issues With Genetic Testing in Pediatrics. Pediatrics 2001; 107:1451-1454.
17. Wetz DC, Fanos JH, Reilly PR: Genetic testing for children and adolescents: Who decides? JAMA 1994; 272: 875
18. Stevenson D, Strasburger V. Advise or Consent? Issues in genetic testing of adolescents. Adolescent Medicine 2002; 13: 213-221.
19. Friedman Roos, Moon R. Ethical issues in genetic testing of children. Arch Pediatr & Adolesc Med 2000; 154:873-879.
20. Geller Sc, D, Tambor E, Bernhardt B, Frader G, Wissow L. Informed consent for enrolling minors in genetic susceptibility research: Aqualitative study of at risk childrens anda parentes wiews about childrens role decision-making. Journal for Adolescent Helath 2003; 32: 260-271.
21. Mass. G.L. c. 254; 2000.