



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN BIOÉTICA
CENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA

**DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD: ANÁLISIS BIOÉTICO DE LAS
PERSPECTIVAS DEL ADOLESCENTE Y SU REPRESENTANTE ANTE LA
CONSULTA ODONTOLÓGICA**

Trabajo de Grado que se presenta para optar al título de
Magister Scientiarum en Bioética

Mónica Cristina Rodríguez Rodríguez

Tutora: Rocca Enriqueta Sileo Giuseffi

Caracas, junio de 2025



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO


Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el Trabajo de Grado presentado por: **MÓNICA CRISTINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ** Cédula de identidad N° 10331088, bajo el título "DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD: ANÁLISIS BIOÉTICO DE LAS PERSPECTIVAS DEL ADOLESCENTE Y SU REPRESENTANTE ANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **MAGISTER SCIENTIARIUM EN BIOÉTICA-CENABI**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 17 de junio de 2025 a las 09:00 AM., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en Salón de Sesiones de la Coordinación de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.


2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad por contribuir a la integración del enfoque legal y ético en la atención del adolescente, destacando el derecho a la confidencialidad en la consulta odontológica.


En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 17 días del mes de junio del año 2025, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado Rocca Enriqueta Sileo Giuseffi.



Carlos Trapani / C.I.14428015
CECODAP



Carlos Manresa / C.I.15204619
Facultad de Odontología



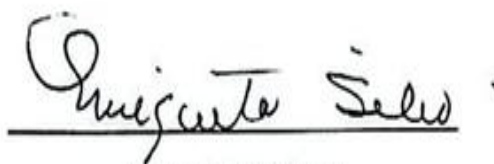
Rocca Enriqueta Sileo Giuseffi / C.I.6041548
CENABI-UCV
Tutora

RESG/17/06/2025



**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO
ACADÉMICO EN FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL**

Yo, **Rocca Enriqueta Sileo Giuseffi**, portador de la Cédula de identidad N° 6.041.548, tutor del trabajo titulado: **DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD: ANÁLISIS BIOÉTICO DE LAS PERSPECTIVAS DEL ADOLESCENTE Y SU REPRESENTANTE ANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA**, realizado por la estudiante **Mónica Rodríguez Rodríguez**, certifico que este trabajo es la versión definitiva. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.



Firma del Profesor

En Caracas a los 30 días del mes de Junio de 2025.

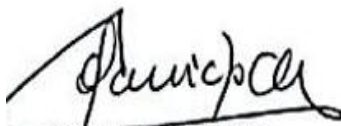
**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO,
TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD
CENTRAL DE VENEZUELA.**

Yo, **Mónica Rodríguez Rodríguez**, autora del trabajo **DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD: ANÁLISIS BIOÉTICO DE LAS PERSPECTIVAS DEL ADOLESCENTE Y SU REPRESENTANTE ANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA**, presentado para optar al título de **Magister Scientiarum en Bioética**

Autorizo a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

<input checked="" type="checkbox"/>	Si autorizo
<input type="checkbox"/>	Autorizo después de 1 año
<input type="checkbox"/>	No autorizo
<input type="checkbox"/>	Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo
Indique	



CI/No. 10.331.088

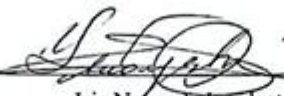
e-mail. mrodriguezUCV.20@gmail.com

En Caracas, a los 30 días del mes de junio de 2025

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Coordinación de Estudios de Postgrado, publicará la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo. La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.



Rocca Enriqueta Sileo Giuseffi
CI: 6.041.548
e-mail: enriquetasileo6@gmail.com
Tutora



Isis Nézer de Landaeta.
C.I: 2.977.643.
e-mail: landaetanezer@yahoo.com
Directora del programa



Gladys Velázquez.
C.I: 3.175.018.
e-mail: gladysvelazquez502@gmail.com
Coordinadora del programa



Josefa Orfila.
C.I: 2.643.220.
e-mail: draorfilajosefa@gmail.com
Asesora

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
MÉTODOS	39
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	46
RESULTADOS	47
DISCUSIÓN	49
REFERENCIAS	72
ANEXOS	84

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD: ANÁLISIS BIOÉTICO DE LAS PERSPECTIVAS DEL ADOLESCENTE Y SU REPRESENTANTE ANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

Mónica Rodríguez Rodríguez. CI. 10.331.088, sexo: femenino, E-mail: mrodriguezUCV.20@gmail.com, Telf.: 0414- 3349439, 0212- 9860209, Dirección: Centro Profesional Santa Paula, Torre A. Ofc. 79. El Cafetal. Caracas. Odontólogo-Odontopediatra.

Tutora: **Rocca Enriqueta Sileo.** CI. 6.041.548. sexo: femenino, E-mail: enriquetasileo6@gmail.com Telf.: 0414-3253853, 0212-5528642. Dirección: Av. Ávila, San Bernardino. Caracas. Médico-Pediatra y Adolescentólogo.

RESUMEN

La confidencialidad es un componente esencial, ético y bioético en la relación del profesional de salud y el adolescente, y responde al reconocimiento de sus derechos. Algunas situaciones dilemáticas pueden presentarse en relación con la revelación de información sensible a los padres en el contexto de la consulta odontológica de adolescentes. **Objetivo:** Analizar los aspectos bioéticos relacionados con las perspectivas del derecho a la confidencialidad ante la consulta odontológica de los adolescentes y de su representante. **Métodos:** Se trata de una investigación prospectiva, cuali-cuantitativa, observacional, transversal, y de corte analítico, realizada mediante una encuesta electrónica como instrumento de medición, aplicada a 43 adolescentes venezolanos entre 14 y 17 años de edad y sus representantes, seleccionados por muestreo estratificado no probabilístico. La encuesta recolectó datos sociodemográficos y la perspectiva de los participantes sobre casos hipotéticos relacionados con el derecho a la confidencialidad del adolescente. **Resultados:** Adolescentes de sexo femenino prefirieron la preservación del derecho a la confidencialidad en el caso hipotético- tabaquismo (p-valor 0.019). El 100 % de los padres prefirió estar informado sobre cualquier enfermedad de sus representados. No se encontraron diferencias significativas en las perspectivas del binomio adolescente-representante ante casos hipotéticos relacionados con derecho a la confidencialidad. **Conclusión:** Aun cuando los casos de conflicto en el binomio adolescente-representante parecen ser infrecuentes, el profesional de la salud deberá siempre promover la autonomía progresiva y la toma de decisiones razonables. Justificada la excepción al derecho a la confidencialidad, considerado como un derecho no absoluto, el profesional deberá actuar con extrema prudencia.

Palabras clave: Confidencialidad, Adolescencia, Perspectivas, Autonomía, Bioética

ABSTRACT

*Confidentiality is an essential, ethical and bioethical component in the relationship between health professionals and adolescents, and responds to the recognition of their rights. Some dilemmatic situations may arise due to the disclosure of sensitive information to parents in the context of adolescent dental practice. **Objective:** To analyze the bioethical aspects related to the perspectives of the right to confidentiality of adolescents and their representative toward dental consultation. **Methods:** This is a prospective, qualitative-quantitative, observational, cross-*

*sectional, and analytical research, carried out through an electronic survey as a measurement instrument, applied to 43 Venezuelan adolescents between 14 and 17 years of age and their representatives, selected by non-probabilistic stratified sampling. The survey collected sociodemographic data and participants' perspectives on hypothetical cases related to the adolescent's right to confidentiality. **Results:** Female adolescents preferred the preservation of the right to confidentiality in the hypothetical case-smoking (p-value 0.019). 100 % of the parents preferred to be informed about any illness of their representatives. No significant differences were found in the perspectives of the adolescent-representative binomial in hypothetical cases related to the right to confidentiality. **Conclusion:** Even when cases of conflict in the adolescent-representative binomial seem to be infrequent, the health professional should always promote progressive autonomy and reasonable decision-making. Once the exception to the right to confidentiality is justified, considered as a non-absolute right, the professional must act with extreme prudence.*

Keywords: *confidentiality, adolescence, perspectives, autonomy, bioethics*

INTRODUCCIÓN

Desde los valores de la profesión médica y de salud en general, como desde los derechos de los beneficiados contemplados en la legislación de cada país, el derecho a la confidencialidad se acompaña del deber del secreto médico. Tiene su fundamento en el juramento Hipocrático, a saber: “De aquello que vea u oiga en el ejercicio o fuera del ejercicio de mi profesión, silenciar lo que jamás deba divulgarse, observando la discreción como un deber para semejantes casos”.

(1)

Durante las últimas cinco décadas filósofos y bioeticistas se han concentrado en una revisión conceptual y teórica en torno al deber de secreto médico con el objetivo de proteger la información sensible, los historiales médicos y el encuentro entre paciente y profesional de la salud. Adicionalmente, desde la filosofía y la bioética, la confidencialidad aparece como una subárea dentro de del derecho a la privacidad, lo cual remite a un marco normativo restrictivo, es decir, a la restricción de la información, por un lado, y a la necesidad del sigilo profesional y el trato seguro de datos, por otro. (2,3)

Asimismo, durante la actividad odontológica, la historia clínica representa un expediente que contiene información del paciente, por lo cual mantener la confidencialidad de la información obtenida representa una gran responsabilidad para quien la recibe. A menudo, es necesario indagar sobre hábitos perniciosos que pueden ser los responsables del padecimiento que aqueja al paciente, muchos de los cuales no comparte con las personas de su entorno por considerarlos íntimos o vergonzosos. (4)

Por otro lado, el menor de edad también es titular del secreto profesional y, adicionalmente el profesional de salud está obligado no sólo a guardar dicho secreto sino también a defenderlo como depositario del mismo. Por supuesto que cuando se habla de menor de edad se debe recurrir a la ley civil para determinarla, que en Venezuela está fijada por debajo de los 18 años de edad. (5)

Es evidente que el derecho a la confidencialidad del paciente adolescente y el deber del secreto profesional en muchas y diversas situaciones pueden representar un dilema ético para el profesional de la salud, en el que se conjugan elementos complejos como la capacidad del menor

en la toma de una decisión autónoma (que dependerá del avance en la construcción de su autonomía progresiva), la vulnerabilidad característica del período adolescente, las etapas del desarrollo moral, la relación profesional de la salud-paciente y los principios bioéticos de autonomía y no maleficencia, así como también otros valores y virtudes que deben estar presentes en la relación del profesional de salud con su paciente adolescente. La presente investigación pretende analizar desde la Bioética, la perspectiva del paciente adolescente en relación con su derecho a la confidencialidad en la consulta odontológica, considerando los elementos ya mencionados y que han venido siendo objeto de estudio e interés por bioeticistas en Latinoamérica y el resto del mundo.

Planteamiento y delimitación del problema

Los niños y adolescentes se consideran sujetos de derecho con un enfoque hacia los sistemas de protección y respuesta a todas sus necesidades físicas y emocionales. No obstante, la ausencia de legislación nacional, o más bien, los conflictos jurídicos entre el derecho del adolescente y los deberes de los padres, así como la ausencia de criterios universales para la valoración del “adolescente maduro”, dificultan la comprensión de los elementos relacionados con la decisión profesional en la determinación de la madurez del paciente, los límites del derecho a la confidencialidad y las perspectivas del adolescente.

Aun cuando el énfasis del derecho a la confidencialidad se ha orientado al componente de salud sexual, reproductiva y psicológica, la problemática se extiende a otras áreas de la salud general. Es así como la consulta odontológica del adolescente supone un espacio y momento en el cual la comunicación a los padres de los hallazgos clínicos no suele representar un riesgo para el derecho a la confidencialidad. Sin embargo, en algunos casos, la evaluación odontológica puede derivar en diagnósticos donde la intimidad, hábitos y conductas del paciente están relacionados con el padecimiento que lo aqueja y, por lo tanto puede surgir una situación dilemática para el profesional de la salud que por una parte reconoce el derecho a la confidencialidad del paciente en el ejercicio de su autonomía y por la otra, debe garantizar la preservación del principio de no maleficencia en la toma de decisiones terapéuticas. Asimismo, en la complejidad del problema de naturaleza humana aflora el derecho de los padres a estar debidamente informados en atención a su condición de responsables de la salud del menor de acuerdo con la legislación vigente, por lo que resulta en un derecho y un deber ejercidos en un mismo acto.

En este orden de ideas, está claro que la privacidad subyace en el derecho a la confidencialidad, toda vez que para preservar lo confidencial es necesario que se haya tenido la oportunidad de tener una entrevista de salud de forma privada, lo cual no ocurre generalmente en los casos de menores de edad. La entrevista privada puede favorecer la relación de confianza y cuidado que debe nacer y mantenerse entre el profesional de salud y el paciente adolescente.

Por otro lado, se han desarrollado y propuesto algunas herramientas de utilidad para el profesional de salud en la determinación de la capacidad del adolescente en la toma de decisiones sanitarias. Sin embargo, estas herramientas parecen fundamentarse en la evaluación del profesional, es por ello que en el abordaje holístico del problema surge la interrogante: ¿cuáles serán las perspectivas del adolescente y su representante en relación con el derecho a la confidencialidad y a la privacidad ante la consulta odontológica?

Justificación e importancia

Hasta el momento y de acuerdo con una búsqueda exhaustiva no se han realizado investigaciones en Venezuela que permitan la determinación de las perspectivas de los adolescentes y sus representantes en relación con el derecho a la confidencialidad y la privacidad, por lo que se trata de una investigación novedosa y relevante en esta área, especialmente para el campo odontológico. Se trata de dar respuesta a una interrogante válida en el área de la salud vinculada especialmente a temas tratados desde la Bioética, que puede beneficiar la comprensión de los diversos elementos que interactúan en la relación profesional de salud y paciente adolescente tanto en servicios públicos como privados prestadores de salud e incluso promover la discusión necesaria relacionada con este tema en instituciones públicas que atienden adolescentes como lo es la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.

Adicionalmente, el diseño de la investigación y el instrumento de medición podrían ser utilizados en futuros estudios analíticos con objetivos similares y/o en otros grupos poblacionales. Por lo que el estudio que se propone realizar también parece tener utilidad metodológica.

Los resultados obtenidos podrán orientar la decisión profesional en los casos en los cuales se presenten situaciones dilemáticas relacionadas con el derecho a la confidencialidad del paciente

adolescente en servicios de salud similares, así como también procurar un mejor entendimiento de las conductas de los padres hacia el derecho a la confidencialidad de sus hijos adolescentes, por lo que la investigación podría tener utilidad práctica y valor social.

Por otra parte, el derecho a confidencialidad y a la privacidad del adolescente en el contexto sanitario es un tema que ha venido recibiendo un profundo interés en los últimos años, por lo que el estudio representa un aporte a la línea de investigación. Asimismo, la Bioética es considerada una ética aplicada, dotada de principios éticos, valores y virtudes que sirven de orientación en la toma de decisiones sanitarias. Es por ello que la investigación propuesta, pionera en Venezuela, ofrece la posibilidad de dar respuesta a una realidad en el campo de esta ética aplicada, en el que el derecho es insuficiente o contradictorio por lo que es preciso forjar el “*ethos*”, con sentido de compromiso y responsabilidad en la relación profesional de salud-paciente.

Finalmente, se hace relevante señalar que la autora de esta investigación se siente especialmente motivada por la posibilidad de promover el modelo autonomista en la relación del odontólogo con el adolescente, que considere las perspectivas del paciente y su representante y que permita la toma de decisiones siempre fundamentadas en el análisis de los aspectos bioéticos, y de allí surge la importancia de la investigación.

Antecedentes

Los derechos del menor incluyen aquellos que hacen referencia al desarrollo de la personalidad y a la toma de decisiones sanitarias, en un progresivo que está relacionado con su capacidad y madurez. Con frecuencia, la decisión sobre si un menor es competente o no, plantea un conflicto en el contexto de consultas relacionadas con su salud sexual y reproductiva, el consumo de tóxicos o la confidencialidad. Existen diversos estudios en los que se pregunta a niños y/o adolescentes sobre situaciones médicas hipotéticas y se les plantea su incorporación en la toma de decisiones. ⁽⁶⁾ La confidencialidad del paciente adolescente es un tema que ha recibido un significativo interés en los últimos años vinculándolo a aspectos bioéticos, deontológicos, normativos y legales.

Por su parte, Boisen *et al.* ⁽⁷⁾ en una revisión narrativa titulada: *Health professionals may have a dilemma about confidentiality healthcare of adolescents*, publicada en 2016, analizaron la

situación dilemática que pueden enfrentar los profesionales de salud daneses en la atención de adolescentes, toda vez que según las pautas danesas, deben informar a los padres sobre la situación de sus hijos hasta la edad de 18 años, lo que contrasta con la legislación danesa sobre el consentimiento informado, donde los adolescentes de 15 años pueden dar su consentimiento para el tratamiento. Concluyeron que los jóvenes valoran la confidencialidad, aunque desconocen las directrices vigentes. Las pautas internacionales sobre servicios de salud “amigables” para los jóvenes recomiendan visitas divididas y/o privadas y atención confidencial al mismo tiempo que reconocen el papel de cuidado de los padres, especialmente en adolescentes con enfermedades crónicas. Esta revisión narrativa expuso la situación dilemática que puede surgir en la relación profesional de salud-paciente adolescente relacionada con el derecho a la confidencialidad, con énfasis en las contradicciones existentes en las pautas internacionales para servicios sanitarios y en la propia legislación de este país europeo.

En el mismo año, Acioli *et al.* ⁽⁸⁾ publicaron una revisión sistemática titulada: Dilemas éticos y bioéticos en la atención de la salud del adolescente. Utilizaron las bases de datos: Biblioteca Virtual en Salud (BVS/Bireme); Scientific Electronic Library Online (SciELO); periódicos del portal de base de datos de la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Nivel Superior (Capes), y Google Académico. En la revisión fueron incluidos 12 artículos con el objetivo de evaluar la relación médico paciente y los dilemas bioéticos en el caso de adolescentes que hubiesen vivido una situación ligada a la violencia. Se analizaron temas como el aborto, el abuso, el maltrato, el uso de drogas, la confidencialidad de los registros y la transmisión de enfermedades. Frente a los conflictos detectados en la atención sanitaria del adolescente a partir de la perspectiva de la ética y de la bioética, quedó explícito que el paciente adolescente tiende a preferir consultas médicas que preserven el secreto y la confidencialidad de la información concedida. En ese sentido, recomendaron que el profesional conduzca esa consulta en dos momentos, siendo uno de ellos solamente con el paciente y otro con la participación de su representante legal. Esta revisión considera los aspectos éticos y bioéticos que subyacen en el tema que se pretende investigar. Se destaca además que el estudio se realizó en población brasileña por lo que representa un antecedente relevante en el contexto latinoamericano.

Asimismo, Grilo *et al.* ⁽⁹⁾ publicaron un estudio titulado: *Confidentiality Discussions and Private Time With a Health-Care Provider for Youth, United States, 2016*, en el cual fue entrevistada

una muestra representativa constituida por 1918 jóvenes entre 13 y 26 años de edad para conocer sus experiencias en relación con el tiempo de entrevista privada y discusión sobre confidencialidad con su proveedor de salud. Entre el 44 y 55 % de la muestra reportó que había tenido una entrevista privada y confidencial con su proveedor de salud. Las variables de predicción para este tipo de entrevista fueron: la edad, la raza, los ingresos familiares altos, el género del proveedor, la antigüedad de la relación médico- paciente y las conductas de riesgo. Adicionalmente, los adolescentes que habían experimentado conversaciones privadas y confidenciales mostraron actitudes más positivas hacia sus proveedores, estaban más dispuestos y cómodos hablando de temas delicados y pensaban que estas conversaciones deberían tener lugar a edades más tempranas. Esta investigación motivó a la autora de este proyecto de investigación a incluir en el instrumento de medición una pregunta relacionada con la preferencia hacia una entrevista confidencial y privada.

En el 2019, Song *et al.* ⁽¹⁰⁾ publicaron un estudio titulado: *Parent and Adolescent Attitudes Towards Preventive Care and Confidentiality*, en el cual se realizó una encuesta electrónica a una muestra representativa a nivel nacional constituida por 1209 adolescentes estadounidenses de 13 a 18 años y sus respectivos padres. Se compararon las actitudes de los padres y los adolescentes hacia los servicios de atención preventiva, la entrevista privada y la confidencialidad. El acuerdo de la díada entre padres y jóvenes se midió utilizando los coeficientes kappa y de Spearman de Cohen y se determinó la asociación con variables demográficas. Reportaron que los adolescentes y los padres mostraron significativas coincidencias sobre la importancia de la atención preventiva, la entrevista privada, el derecho a la confidencialidad y lo que debe y no debe ser confidencial. En promedio, los padres valoraron la atención preventiva más que los jóvenes, y los jóvenes valoraron la confidencialidad más que los padres. Ambos grupos coincidieron igualmente en señalar que la entrevista privada debe comenzar a edades mayores que las recomendadas en las pautas internacionales. Esta investigación representa un antecedente relevante para este proyecto de investigación ya que se coincide en el objetivo de investigación destacando en este caso, las actitudes de adolescentes y sus respectivos padres en el contexto de servicios médicos.

Con referencia a las actitudes de los profesionales de salud con respecto al derecho de confidencialidad, Goldstein *et al.* ⁽¹¹⁾ realizaron un estudio entre los miembros de la Sociedad

de Medicina y Salud para el adolescente en Estados Unidos de América titulado: *Providers' Perspectives on Adolescent Confidentiality and the Electronic Health Record: A State of Transition*, publicado en 2019, con el objetivo de explorar aspectos relacionados con la confidencialidad de los registros médicos de adolescentes menores de 18 años de edad. Para la investigación se envió una encuesta electrónica a los miembros de la mencionada sociedad médica de acuerdo con la lista obtenida en la plataforma electrónica. La encuesta incluía preguntas sobre datos demográficos, funcionalidad de los registros de salud electrónicos (RSE), intercambio de información y actitudes sobre la confidencialidad de los RSE. La muestra estuvo constituida por 212 médicos que dieron su consentimiento para la encuesta y utilizaban registros de salud electrónicos para documentar las visitas clínicas de pacientes menores de edad. Los proveedores informaron falta de capacitación relacionada con la confidencialidad, poca confianza en la capacidad de sus RSE para mantener la confidencialidad y variedad en el enfoque para el acceso al portal por parte de adolescentes y sus apoderados adultos. Esta investigación tiene utilidad metodológica para el estudio planteado relacionada con el diseño del instrumento de medición y los procedimientos que se proponen.

En cuanto a las perspectivas del paciente adolescente relacionadas con su derecho a la confidencialidad, Zucker *et al.* ⁽¹²⁾ publicaron una investigación en 2019, titulada: *Confidentiality in the Doctor-Patient Relationship: Perspectives of Youth Ages 14-24 Years*, en la que incluyeron 1268 encuestas cualitativas realizadas a jóvenes entre 14 y 24 años de edad. El análisis reveló que la mayoría de los jóvenes no habían tenido una conversación con su proveedor acerca de la confidencialidad de sus datos; muchos jóvenes estuvieron de acuerdo con que toda la atención debe ser confidencial; y adicionalmente se observó que los jóvenes podían mentir sobre sus conductas de riesgo o preferir no buscar atención médica cuando les preocupa la vulneración del secreto médico, por lo que se destacó la importancia de construir relaciones de confianza con cada joven para brindar el más alto nivel de atención a esta población vulnerable. Esta investigación representa un aporte para la investigación que se pretende realizar pues considera aspectos bioéticos de la relación profesional de salud paciente que serán incluidos en el análisis del estudio propuesto.

De igual manera, De Coninck *et al.* ⁽¹³⁾ en un estudio transversal y descriptivo titulado: *Late adolescents' own and assumed parental preferences towards health-care related confidentiality and consent in Belgium*, realizado en 2021, investigaron las preferencias (propias y las que asumen serían las de sus padres) de 463 estudiantes belgas, entre 17 y 23 años de edad, mediante el uso de una encuesta electrónica en relación con la confidencialidad y el consentimiento utilizando la técnica de viñetas para 4 casos específicos. Los hallazgos sugirieron una clara diferencia entre las preferencias de los adolescentes (en período de adolescencia tardía) y las preferencias parentales asumidas. También se encontró que esta diferencia dependía especialmente del caso planteado por lo que se propuso adoptar una perspectiva específica de decisión de acuerdo con el contexto. Esta investigación realizada mediante encuestas electrónicas tiene importancia y utilidad para el diseño del estudio planteado en cuanto al método y el análisis estadístico que se propone realizar.

Posteriormente, De Coninck *et al.* ⁽¹⁴⁾ publicaron un estudio en 2022, titulado: *Health-related confidentiality and consent among minors: Data on adult perspectives from Belgium and The Netherlands*, donde los datos presentados representaron uno de los primeros conocimientos a gran escala sobre las preferencias de los adultos sobre la confidencialidad y el consentimiento en la toma de decisiones sanitaria en menores de edad. Analizaron estas preferencias a través de 12 escenarios hipotéticos en los cuales cada participante debía indicar si seguiría (o no) las preferencias del menor. También se recogieron datos característicos del grupo familiar (tipo de comunicación familiar, calidad de la relación) y características sociodemográficas. Los datos se recopilaron a través de una encuesta en línea entre septiembre y octubre del 2020. Se obtuvieron respuestas de 1000 participantes belgas y 1000 holandeses entre 35 y 55 años. Se seleccionó este rango de edad porque aumentaba las posibilidades de que tuvieran un hijo menor de edad. Este estudio permitirá las comparaciones de interés bioético que se pretenden realizar en la discusión del estudio propuesto.

Puesto que el tema planteado está directamente relacionado con la toma de una decisión autónoma, es relevante destacar en el contexto nacional, el estudio realizado en el 2016 por Silva, ⁽¹⁵⁾ en el marco del Programa Maestría en Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela titulado: *Autonomía del paciente en la relación con el médico*. Se trató de un estudio descriptivo de 208 pacientes que acudieron al Hospital

Universitario de Caracas, mediante el uso de un instrumento validado, encuesta tipo Likert con el objetivo de describir cinco dimensiones de la autonomía del participante en la relación médico- paciente. La autora encontró siete perfiles de autonomía que fueron asociados a variables sociodemográficas que resultaron significativas. Se midió el interés por la información médica, la competencia, la confianza (en el médico tratante), el respeto a la intimidad-confidencialidad y la toma de decisiones sanitarias. Concluyó que la autonomía de los pacientes estaba en construcción, donde el grupo masculino presentó una mayor disposición a tomar decisiones con una asociación significativa para las peores condiciones de vida en el grupo con muy baja autonomía.

También en Venezuela, Sileo ⁽¹⁶⁾ realizó en 2013 una investigación cualitativa titulada: Aportes de la Bioética y de la Ley Orgánica de protección de niños, niñas y adolescentes (LOPNNA) y la relación médico adolescente, con el objetivo de analizar los principios de la Bioética en la atención del adolescente en el marco de la ley mencionada implicados en la relación médico-paciente. En la investigación se destacó la consideración del menor como sujeto de derecho y el proceso progresivo del mismo en la adquisición de la competencia en la toma de decisiones sanitarias. Concluyó que la LOPNNA representó un instrumento valioso, en donde se contemplaron los principios de la Bioética, aun cuando persistían algunas situaciones no clarificadas en el articulado.

Marco Teórico

Adolescencia y desarrollo psicosocial y moral

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia se define como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Independientemente de la dificultad para establecer un rango exacto de edad es importante el valor adaptativo, funcional y decisivo que tiene esta etapa. ⁽¹⁷⁾

El desarrollo psicosocial durante la adolescencia presenta un patrón progresivo en 3 fases. Aun cuando no existe un criterio universal en la terminología utilizadas para designar estas etapas, desde el punto de vista psicosocial, se reconocen la adolescencia temprana, media y tardía, pudiendo ubicarse en los siguientes rangos de edad: adolescencia temprana: desde los 10 a los

13-14 años; adolescencia media: desde los 14-15 a los 16-17 años y; adolescencia tardía: desde los 17-18 años en adelante, hasta los 20-21 años aproximadamente. ⁽¹⁸⁾

En este orden de ideas, son relevantes las diferencias en el desarrollo psicológico y moral en las distintas fases de adolescencia, aun cuando es necesario destacar que no debe aplicarse un esquema único de desarrollo psicosocial a todo joven, pues la adolescencia constituye un proceso altamente variable en cuanto al crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social entre las personas. Asimismo, las diferencias en cuanto a la edad en que los jóvenes inician y terminan su adolescencia muestran variaciones individuales en la progresión a través de las etapas que se han mencionado que pueden ser sustanciales. ⁽¹⁸⁾

Durante la adolescencia media, los cambios físicos son evidentes. Los adolescentes en esta etapa se preocupan por su apariencia, son sensibles a los mensajes publicitarios, a la moda o a los elementos que los identifiquen con sus amigos. La capacidad intelectual también va en aumento. Presentan continuos cambios de ánimo asociado a la frustración producida por metas no alcanzadas. La relación con el grupo de amigos y la aceptación social son una prioridad. Muestran con frecuencia comportamientos de riesgo, exploratoria, sin preocupación por las consecuencias. Buscan autonomía e independencia. ⁽¹⁹⁾

En esta etapa la simbolización, la generalización y la abstracción inducen la adquisición de visiones más amplias y diversas de los acontecimientos. De la posición infantil de estar "en" el mundo, pasa a situarse en "perspectiva" frente a él y frente a sí mismo. De tal manera que, puede reflexionar y evaluar sobre su propia forma de pensar y ser. Estos logros, junto a la necesidad de diferenciación, conducen al característico cuestionamiento de aspectos comportamentales y posiciones ya aceptados durante el período de socialización previa. ⁽²⁰⁾

Adicionalmente buscan activamente juicios y valores propios, por lo que para este momento suelen no aceptar automáticamente los de sus padres. Magnifican los errores y contradicciones de éstos para facilitar su proceso de desapego, llegando a descalificarlos con frecuencia. Como consecuencia de todo lo anterior y de la reacción de los padres a estos cambios, los conflictos padres-hijo(a) alcanzan su máximo en esta etapa. ^(18,19)

En cuanto a la capacidad intelectual, la teoría de Jean Piaget (plasmada en numerosas obras, publicadas entre 1923 y 1983) fundamentada en la epistemología genética considera que el funcionamiento intelectual presenta una constancia a lo largo del ciclo mental del individuo con invariantes funcionales en el desarrollo cognitivo, en las cuales se avanza de menor a mayor en etapas que van construyendo el pensamiento. De acuerdo con la teoría piagetiana, durante la adolescencia el individuo abandona el pensamiento concreto característico de la etapa infantil para adquirir el pensamiento formal, entendiendo que entre ambas existen diferencias cualitativas y contraste de las formas lógicas. Estas teorizaciones se fundamentan en los hallazgos de investigaciones realizadas por Inhelder y Piaget en niños y adolescentes entre 5 y 16 años de edad en los cuales se evaluó la forma de respuesta a una serie de tareas de naturaleza física tales como: factores que afectan la oscilación de un péndulo, mezclas de sustancias, proyección de sombras, caída de cuerpos, entre otras. ⁽²¹⁾

De acuerdo con Piaget, mientras que el pensamiento concreto surge de la acción y de la relación con los objetos o acontecimientos, el pensamiento formal característico de la etapa adolescente, implica un razonamiento lógico, sistemático complejo en el cual el individuo puede utilizar símbolos para representar ideas y realizar operaciones mentales, utilizan el silogismo, el razonamiento pros positivo y reflexivo, el pensamiento proporcional y pueden establecer jerarquías, cuestionar la autoridad y simultáneamente aceptar decisiones por consenso. El pensamiento es capaz de realizar combinaciones lógicas que permiten el análisis de las distintas respuestas o soluciones ante el planteamiento de un problema, por lo tanto, se vuelve hipotético-deductivo. ⁽²²⁾

En el mismo período en el cual Piaget publicó su vasta obra, Vygotski, también produjo una significativa cantidad de publicaciones en las que propuso su conocida Teoría Sociocultural, para la cual la experiencia social tiene una fuerte influencia y moldea las formas de pensamiento de un individuo y su forma de interpretar la realidad y, en donde el lenguaje tiene un papel determinante, como lazo crítico entre el plano psicológico y el social del funcionamiento humano. Vygotski, se mostró de acuerdo (con Piaget) con la idea de que las capacidades humanas tienen una raíz profundamente biológica y la existencia de universales que caracterizan la evolución de todos los individuos. ⁽²³⁾

Para Vygotski, el adolescente es un ser pensante y se opuso a las posturas de Bühler, Giese y Rubinshtein, quienes defendían la idea de que los cambios observados en el período adolescente sólo se producían en la esfera emocional y que el leve incremento que se daba en el área intelectual no surgía de capacidades intelectuales nuevas. Tanto Piaget y Inhelder como Vygotski, coincidieron en señalar que es durante la adolescencia, la etapa en la cual se adquiere la capacidad de resolver problemas que involucren el pensamiento hipotético deductivo, los primeros defendiendo la idea de construcción de conceptos físicos y matemáticos y el segundo fundamentando su tesis en la construcción de conceptos lingüísticos. ⁽²¹⁾ La teoría de Piaget estuvo fuertemente influenciada por el marco filosófico Kantiano, mientras que la de Vygotsky se desarrolló bajo la influencia del trabajo de Marx. ⁽²⁴⁾

De acuerdo con Raynaudo y Peralta, ⁽²⁴⁾ las teorías contemporáneas del “cambio conceptual” se añaden a la discusión de cómo los individuos modifican y construyen funciones psicológicas superiores y nuevos esquemas de conocimiento. Las posturas de Posner y Chi tienen un carácter innatista más alineadas con Piaget, donde el pensamiento infantil se abandona en procura de aprender “las ideas correctas”, mientras que, Vosniadou y Brewer critican estos postulados por considerarlos simplistas, sosteniendo que el cambio conceptual es más que un leve incremento y que no debería ser descrito como un reemplazo de una etapa por otra, retomando también el rol de contexto como elemento determinante de este cambio.

Aun cuando la mayoría de los adolescentes suele transitar esta etapa sin especiales dificultades, es frecuente que durante este período se presenten problemas en tres áreas: los conflictos con los padres, la inestabilidad emocional y las conductas de riesgo. Aun cuando, tradicionalmente se ha asociado estos problemas a los cambios hormonales que se inician con la pubertad, algunos estudios recientes han cuestionado esta asociación ya que se ha encontrado una influencia muy leve de estrógenos y andrógenos sobre la conducta adolescente. Sin desconocer la influencia de factores sociales y culturales, numerosas investigaciones han venido destacando el efecto de la maduración cerebral. ⁽²⁵⁾

Hasta hace poco se pensaba que buena parte de la arquitectura cerebral se había alcanzado para el momento de la pubertad. Sin embargo, actualmente se sabe que algunas zonas del cerebro continúan desarrollándose durante el período adolescente. Los estudios en cadáveres y por

medio de resonancia magnética han permitido demostrar una maduración cerebral en sentido hipotálamo-corteza prefrontal, que no culmina sino hasta la etapa de adulto joven. ⁽²⁵⁾

La corteza prefrontal juega un papel determinante en la expresión de conductas, que son básicas para la subsistencia del individuo, tales como: la búsqueda de los alimentos, el agua, refugio o la evitación de situaciones de riesgo o que producen dolor. Estas conductas requieren de la coordinación de respuestas motoras complejas acompañadas de respuestas autonómicas y endocrinas. La función ejecutiva del lóbulo frontal está involucrada en los cambios de personalidad, perseverancia, impulsividad, falta de iniciativa, y el incumplimiento de reglas y normas sociales que, junto a la falta de ejecución de planes y tareas, conducen a dificultades en el desenvolvimiento social. ⁽²⁶⁾

Adicionalmente las funciones relacionadas con la corteza prefrontal tienen influencia en la capacidad para controlar e inhibir respuestas irrelevantes o inadecuadas y hace a los adolescentes más vulnerables a las fallas en el proceso cognitivo de planificación y formulación de estrategias que requieren memoria de trabajo o adaptabilidad. Este fenómeno puede explicar la razón de la rigidez en el comportamiento que muchos adolescentes tienen ante la exposición de nuevos escenarios o la adquisición de nuevas conductas cuando la anterior ya ha sido aprendida. ⁽²⁵⁾

La investigación reciente en neurodesarrollo ha demostrado que los adolescentes en etapa media parecen tener conciencia de los comportamientos de riesgo descritos anteriormente, y que la mayoría de los adolescentes de 15 años tienen habilidad de razonamiento lógico comparables a la de los adultos, pero esto no los inhibe de presentar conductas de riesgo en situaciones de alta emocionalidad, lo cual aumenta la probabilidad de que estas influyan en sus conductas más que la racionalidad. ^(18,19,25)

Por lo anteriormente expuesto, es innegable que la adolescencia representa realmente un período vulnerable para la aparición de conductas de riesgo, las cuales pueden encontrarse por sí solas o concurrir ocasionando consecuencias para la salud y alteraciones económicas y sociales. Sin embargo, también representa una etapa de oportunidades, es un tiempo en el que es posible contribuir en un adecuado desarrollo, enfrentar los riesgos y las vulnerabilidades, así como maximizar capacidades y potencialidades. ⁽²⁷⁾

Aspectos bioéticos del derecho a la confidencialidad del adolescente

Los aspectos bioéticos del derecho a la confidencialidad del adolescente en la relación profesional de salud-paciente muestran un solapamiento de elementos relevantes tales como: derecho a la confidencialidad y privacidad, principio de autonomía, capacidad progresiva, toma de decisiones sanitarias, doctrina del menor maduro, modelo paternalista y autonomista, así como también los valores y virtudes que deben prevalecer en la relación del profesional de la salud con sus pacientes.

Derecho a la confidencialidad y titularidad del secreto profesional del adolescente

La privacidad, la intimidad, la confidencialidad y el secreto profesional son conceptos que se refieren a aspectos relacionados con la individualidad de la persona, por lo que a menudo son utilizados como sinónimos, aun cuando se refieren a aspectos distintos de una misma realidad. La privacidad y la confidencialidad presentan similitudes, debido a que ambos conceptos se oponen a lo que se considera “público”. Sin embargo, la confidencialidad y la privacidad no son lo mismo. ⁽²⁸⁾

De acuerdo con Aristóteles, el ser humano es un animal social, su ambiente vital es la *Polis* que tiene naturaleza pública. Simultáneamente, el hecho de ser persona le confiere dignidad y por tanto disfruta de intimidad. En términos prácticos estos dos conceptos pueden visualizarse como dos esferas “separados” por una tercera esfera que representaría la privacidad. Sin embargo, los tres elementos representan un continuo que transita de lo público a lo privado y a lo íntimo. ⁽²⁸⁾

Así pues, la intimidad debe ser entendida como un espacio espiritual que cada persona se reserva en lo más profundo de su ser, especialmente de la familia, entendiéndose esta como los seres más cercanos y que se constituye como un indispensable para el desarrollo humano y en donde la personalidad siembra sus raíces y por tanto se trata de un plano de gran profundidad. Mientras que la privacidad se asienta en un plano menos profundo y se define como el derecho de los individuos a decidir por ellos mismos cuanta información personal comunica a otros. Es así como lo privado es más amplio que lo íntimo. ⁽²⁹⁾

Por su parte, en el campo de las ciencias de la salud, la confidencialidad se refiere a la protección de la información privada y privilegiada compartida por el paciente durante una interacción con

el profesional de salud y de la información consignada en los registros médicos. ^(2,30) La privacidad se refiere principalmente a la persona. Mientras que la confidencialidad atañe a la información. ⁽³¹⁾

En el desarrollo histórico, la obligatoriedad de guardar secreto se contemplaba ya en los tiempos de Hammurabi, 1700 años antes de Cristo y está descrito claramente en el juramento hipocrático, hace más de 25 siglos. Posteriormente, es un concepto expresado en los códigos de ética médica con las correspondientes adecuaciones históricas y del mismo modo lo hicieron también el resto de las profesionales de las ciencias de la salud. En estos casos se delegaba en el profesional las situaciones que debían permanecer secretas por lo que se consideraba exclusivamente un deber del buen ejercicio y no se relacionaba con el derecho del paciente a la confidencialidad de sus datos. Es por ello que diferenciar confidencialidad y secreto tiene importancia en la relación profesional de salud-paciente. ⁽²⁸⁾

El secreto profesional se trata también de una obligación moral, un deber, que se relaciona estrechamente con la ética profesional. Es evidente que el secreto profesional y el derecho a la intimidad se vinculan, ya que "desde el momento en que se adquiere tal secreto o confidencia, simultáneamente, se viene a producir una ruptura, aún parcial, de la intimidad personal" ⁽³²⁾

Por su parte el reconocimiento del derecho a la privacidad y a la confidencialidad se ha vinculado al reconocimiento de los derechos a la libertad de conciencia del siglo XVIII. Es a finales de este siglo, cuando estos comienzan a aceptarse como derechos ciudadanos en el contexto de un gran acercamiento de la medicina y el derecho. Es a lo largo del siglo XIX, cuando comienzan a aparecer las propuestas de excepciones al deber de secreto profesional, entre ellas, marcadamente en el área de la justicia. La evolución en la comprensión de estos conceptos permitió que en las últimas décadas se haya concientizado el deber del secreto como el derecho de las personas a ser respetadas en su intimidad en todo lo que concierne a su salud. ⁽²⁸⁾

Es destacable que la Asociación Americana de Psicología otorgue a la confidencialidad la categoría de principio: "Principio de la ética profesional que requiere que los profesionales de la salud mental o cuidado médico limiten la revelación de la identidad de los pacientes, su condición o tratamiento, o cualquier dato que ha sido confiado a los profesionales durante la

evaluación, diagnóstico y tratamiento. Protección similar se otorga a participantes de investigaciones y quienes responden encuestas respecto del acceso no autorizado a la información que revelan en confidencia”.⁽²⁹⁾

Tanto y cuanto la confidencialidad es un concepto próximo a la intimidad, es evidente que cuanto más íntimo sea la información, será necesario un mayor grado de confidencialidad. Las vulneraciones del derecho a la confidencialidad pueden interpretarse como un atentado a la dignidad humana; la invasión a la privacidad ofende el respeto y la sensación de control del individuo. El abanico de daños varía desde hacer sentir vergüenza hasta la estigmatización y en muchos de los casos puede haber daño al estatus social.⁽²⁹⁾

En el desarrollo evolutivo de los conceptos, el derecho a la confidencialidad de la persona debe extenderse no solo al estado de salud, sino también a los deseos, opiniones, ideologías y solicitudes, así como a cualquier forma de información privada que se considere como íntima, que incida en la salud y aquella sobre la cual exista el deseo de que permanezca oculta, en atención a su voluntad. El profesional debe entonces, guardar secreto de todo lo que el paciente le confíe de manera espontánea o inducida y de todos los hechos que voluntaria o involuntariamente haya advertido o constatado en el desarrollo de su ejercicio profesional, aun cuando algunos de ellos hasta ese momento no hayan sido conocidos por el paciente o no puedan ser entendidos del todo por el mismo.^(2, 3, 32)

Adicionalmente, debido a que, en el ejercicio de las ciencias de la salud, en la mayoría de los casos participa un equipo en el cual se incluye el personal auxiliar y diversos técnicos y especialistas que también tienen acceso a la información privada del paciente, es necesario enfatizar que el derecho a la confidencialidad es un deber de todo el personal de salud involucrado. Esta situación es especialmente cierta en el entorno hospitalario y en los servicios prestadores de salud en el ámbito universitario en el cual se incluyen además estudiantes y profesores de distintas áreas. En cualquiera de los casos estos grupos de personas están obligadas a la reserva.⁽³²⁾

En el caso de atención de adolescentes, la confidencialidad se considera un componente esencial de la atención profesional de alta calidad, y tiene un impacto significativo en la experiencia de atención y en el estado de salud de los jóvenes. Algunos grupos específicos de la población

adolescente, tales como: las embarazadas o madres, los privados de libertad, los pacientes con condiciones crónicas o terminales, con discapacidad intelectual, los migrantes o refugiados, las víctimas de abuso sexual o trata de personas, el género diverso, pueden requerir consideraciones especiales en la protección del derecho a confidencialidad. ⁽³³⁾

Por otro lado, la protección del derecho a confidencialidad de los adolescentes no debe considerarse un absoluto, por lo que es indispensable definir su alcance y limitaciones garantizando una implementación coherente en todos los entornos y circunstancias. En este sentido, está claro que el contexto tiene especial relevancia, entendiendo que una situación de urgencia que compromete la vida del paciente o una enfermedad aguda suponen circunstancias distintas a una consulta de rutina o casos de enfermedades crónicas. ^(6, 33) De acuerdo con Sileo, ⁽¹⁶⁾ el derecho a la confidencialidad y el secreto médico no debe prevalecer en aquellos casos en los cuales la decisión del adolescente atente contra sí mismo o contra otra persona.

Algunas investigaciones han señalado que una de las razones por las cuales los adolescentes tienden a retrasar la búsqueda de ayuda especializada es su preocupación por la confidencialidad y el miedo a que el profesional de la salud revele a la familia la información sensible compartida en la consulta. Asimismo, es innegable que, en variadas situaciones de asistencia a los jóvenes, los profesionales de la salud cuestionan el grado de confidencialidad que deben mantener y la capacidad de los jóvenes para tomar decisiones y emitir juicios adecuados sobre temas relacionados con su salud, lo que depende de la adquisición de ciertas capacidades intelectuales y psicológicas que se establecen durante el proceso de desarrollo cognitivo-moral. ⁽³⁴⁾

Estos aspectos de larga data añadidos a problemas contemporáneos hacen de la protección estricta de la confidencialidad un verdadero desafío para los profesionales de la salud, los adolescentes y sus familias. Estos retos pueden traducirse en situaciones complejas para los jóvenes y sus familias, pero también representan oportunidades invaluable para la colaboración y para las acciones conjuntas entre los jóvenes, sus padres o representantes, los profesionales de la salud, los diseñadores de políticas públicas, los proveedores de tecnología y las familias mismas. ⁽³³⁾

Durante la adolescencia, el profesional de la salud tiene el deber de evaluar si está ante un menor con suficiente madurez como para ampararlo en el secreto profesional de forma que éste se sobreponga ante el acceso a la información de quienes detentan su patria potestad o su tutela.

El menor emancipado, la doctrina del menor maduro y la toma de decisiones

En Venezuela, la emancipación de menores está descrita en el ordenamiento jurídico y deriva en la liberación del menor de la patria potestad de sus padres adquiriendo la capacidad de cumplir los actos de la vida civil, tales como: contraer matrimonio, independencia económica, administración de los propios bienes, contribuir significativamente en la manutención de su propia familia y vivir en un domicilio diferente al de sus padres. ⁽¹⁶⁾

Para los menores no emancipados, la noción del menor maduro conocida en el ámbito jurídico como doctrina del menor maduro y que se originó en la década de los sesenta en Estados Unidos de América, se considera en la actualidad como el inicio de una etapa en la que el joven entre 13 y 17 años ya ha adquirido la capacidad de obrar, al poseer elementos notorios de juicio y discernimiento, así como el goce y disfrute de sus derechos, junto con la capacidad de tomar sus propias decisiones. ⁽³⁾

Aun cuando la teorización de la doctrina del ‘menor maduro’ es clara y bien aceptada, la posibilidad de su aplicación en la práctica clínica es muy compleja, y transitar de la dialéctica y la retórica a la práctica y la aplicación, parece requerir de más estudios desde la psicología y de una mayor preparación por parte del personal de salud. Adicionalmente, algunos profesionales y familias siguen expresando reticencia a aumentar la participación de los adolescentes y a dotarles de mayor autonomía en la toma de decisiones sanitarias. En este sentido, parece existir un acuerdo implícito entre padres y profesionales con el ánimo de “controlar” excesivamente al adolescente por múltiples razones. ⁽³⁵⁾

Ya se ha mencionado que el proceso de maduración en las personas es continuo y progresivo en el cual el adolescente va paulatinamente desarrollando capacidades y habilidades que le permiten, en la etapa de pensamiento formal, estructurar decisiones de acuerdo con sus propios razonamientos. Se trata de un proceso dinámico de cambios cualitativos y cuantitativos. La neuromaduración del lóbulo frontal también está implicada en la capacidad para tomar

decisiones. Sin embargo, en el proceso también intervienen otros factores como: la experiencia, la crianza, la condición sociocultural, el bienestar físico y psicoemocional y el contexto familiar. (16,30)

En cuanto a la experiencia, se hace necesario mencionar a Aristóteles en su obra *Ética a Nicómaco*, expone: "Los jóvenes pueden ser geómetras y matemáticos, y sabios en cosas de esa naturaleza y, en cambio, no parece que puedan ser prudentes. La causa de ello es que la prudencia tiene por objeto también lo particular, con lo que uno llega a familiarizarse por la experiencia, y el joven no tiene experiencia, porque es la cantidad de tiempo lo que produce la experiencia". Por lo que las objeciones a la capacidad del menor para tomar decisiones son históricas y relevantes. ⁽³⁶⁾

La evaluación de la competencia del menor

El conocido caso Gillick, tuvo lugar en el Reino Unido durante los años 80, donde una madre de cinco hijas menores de 14 años, Victoria Gillick, inició una batalla legal contra una política del Servicio Nacional de Salud Británico que permitía a los médicos prescribir anticonceptivos a menores de 16 años sin el consentimiento de sus padres. Gillick argumentaba que esta práctica socavaba la patria potestad, por lo que exigió a las autoridades locales no ofrecer a sus hijas ninguna forma de anticonceptivos sin su expreso consentimiento. Aunque inicialmente ganó en la Corte de Apelaciones en 1984, el caso llegó a la Cámara de los Lores, que en 1986 falló en su contra, señalando que: "los derechos de los padres existen para el beneficio de sus hijos e hijas y para permitirles cumplir sus deberes, y que el derecho de los representantes legales a elegir si sus representados seguirán o no un determinado tratamiento médico concluye cuando éstos últimos están en condiciones de comprender la opción propuesta." ⁽³⁷⁾

A raíz de este conocido fallo jurisprudencial, se estableció el concepto de "Competencia Gillick" que permite a los profesionales de la salud que tratan adolescentes aun sometidos a responsabilidad parental, considerarlos perfectamente capaces de adoptar decisiones autónomas en todo aquello que concierna a su salud, a partir de los 16 años de edad. ⁽³⁷⁾

Por su parte, mientras la competencia se refiere a un concepto legal que considera el derecho a tomar una decisión autónoma y que depende de la legislación vigente; la capacidad se refiere a

un concepto clínico que considera la habilidad individual psicológica o cognitiva para la toma de una decisión. ^(2,30) Sin embargo, ambos términos parecen utilizarse indistintamente, probablemente debido a la traducción de buena parte de la literatura anglosajona que se ha desarrollado en relación con este tema, por lo que el profesional de la salud debe vigilar lo que pretende determinar o “medir”. ⁽³⁸⁾

Desde la bioética clínica, uno de los elementos más complejos está representado por la evaluación que debe hacerse de la capacidad de las personas en la toma de una decisión específica en cuanto a si la misma es expresión y representación de su autonomía. Estas dificultades se exacerban cuando se trata de menores de edad, por lo que se hace necesario conocer y aplicar las teorizaciones del desarrollo psicológico y cognitivo que ya se han descrito y de manera concreta las teorías del desarrollo moral. ⁽³⁶⁾

La evaluación de la competencia del adolescente es una tarea compleja y desafiante, entendiendo los factores involucrados en la madurez cerebral, las teorías del desarrollo y la influencia de los factores sociales del entorno. En este sentido, Esquerda *et al.* ⁽⁶⁾ han diferenciado dos líneas para la valoración de la competencia del menor: la primera de ellas tiene que ver con la valoración de la capacidad con respecto a la toma de decisiones y la segunda con la valoración del desarrollo moral.

Así pues, el interés por la valoración de la competencia parece haber comenzado en la década de los setenta, con la publicación de Roth en 1977 de una síntesis de las pruebas más utilizadas para medir la competencia para el consentimiento de tratamientos médicos. Este estudio parece ser el antecedente más importante para los trabajos de Appelbaum y Grisso publicados una década después, proponiendo 4 criterios para la evaluación de la capacidad de pacientes adultos: 1. Comprensión de la información relevante para la decisión a tomar. 2. Apreciación de la situación (enfermedad, elección) y sus consecuencias. 3. Razonamiento de la información. 4. Elección. Posteriormente, en base a estos criterios formularon una entrevista estructurada conocida como *McArthur Competence Assessment Test (MacCAT-T)* con la finalidad de valorar la competencia en función de criterios muy definidos. ⁽⁶⁾ (Tabla 1-Anexo 1)

A pesar de que los criterios de Appelbaum fueron desarrollados para adultos, en algunas investigaciones se ha utilizado para valorar la competencia de adolescentes. Weithorn y

Campbell ⁽³⁹⁾ administraron el cuestionario con cuatro dilemas hipotéticos a 96 niños y adolescentes pertenecientes a 4 grupos etarios: 9,14,18 y 21 años. Según los resultados, que plasman en el resumen de la publicación, los niños de 14 años no diferían de los adultos en cuanto a sus decisiones.

A finales de los ochenta Mann *et al.* ⁽⁴⁰⁾ publicaron una revisión proponiendo nueve indicadores de competencia en adolescentes, conocidos como las 9C, por el idioma inglés: *choice, comprehension, creativity, compromiso, consequentiality, correctness, credibility, consistency y commitment*. En idioma español corresponderían a: capacidad de realizar una elección propia, comprensión, creatividad, transigencia, consecuencialidad, exactitud, credibilidad, consistencia y compromiso. También se lee en el resumen de la publicación que concluyeron que la evidencia sugiere que a la edad de 15 años muchos adolescentes pueden mostrar un nivel confiable de competencia en la comprensión metacognitiva de la toma de decisiones, la resolución creativa de problemas, la elección correcta y el compromiso con un curso de acción.

Diez años después, James Drane propone lo que se conoce como Escala móvil de capacidad, que defiende la idea de la asimetría proporcional entre la capacidad y la decisión a tomar, en un gradiente inverso, estableciendo tres niveles o grados de dificultad de las decisiones. En el Nivel I, el de menor dificultad, la mayor parte de las personas serán consideradas capaces, mientras que en el Nivel III, que implica alta complejidad de las decisiones, muchas personas serán consideradas incapaces.⁽³⁸⁾ Según Drane, de acuerdo con Riaño y del Río, ⁽⁴²⁾ los menores podrían tomar decisiones de nivel 1 (fácil); se les permitirían decisiones de nivel 2 (media) cuando exista madurez suficiente; en cambio, se precisaría ser adulto con alto grado de madurez para decisiones nivel 3 (difícil). (Tabla 2 – Anexo 2)

En cuanto a la valoración de lo moral, de acuerdo con los postulados de Lawrence Kohlberg, discípulo de Piaget, sobre el desarrollo del pensamiento moral es posible distinguir tres niveles que representan las relaciones entre el “yo” y las normas o expectativas del contexto social. ⁽⁴²⁾ (Tabla 3 – Anexo 3)

Adicionalmente, de acuerdo con Urquiza y Casullo, ⁽⁴³⁾ “el desarrollo moral es entendido como un proceso que se articula en tres niveles sucesivos: preconvencional, convencional y posconvencional, sobre la base de ir teniendo en cuenta las expectativas de los otros al realizar

juicios morales. En el nivel preconvencional la persona obra prosocialmente porque los adultos lo piden y no quiere contrariarlos. En el convencional el sujeto está persuadido de la bondad de las normas sociales y leyes, obra para ser reconocido y tenido en cuenta. En los estadios finales del posconvencional la persona llega a comprender que la convivencia requiere entendimiento entre distintos sujetos para lo cual es necesaria cierta normativa.”

Posiblemente una de las conclusiones más importantes de Kohlberg es que alrededor de los 15-16 años las estructuras neuropsicológicas básicas que capacitan a la persona para hacer juicios morales alcanzan ya el nivel de funcionamiento similar al de los adultos, el "nivel convencional".⁽³⁶⁾

Por su parte, Carol Gilligan, discípula de Kohlberg, psicóloga y filósofa norteamericana. Gilligan cuestionó la investigación de Kohlberg, en la que logró demostrar un desarrollo moral secuencial de las personas, argumentando sesgo de género, pues el estudio realizado se centró en los razonamientos de participantes varones. Así pues, Gilligan realizó una investigación similar incluyendo niñas y niños y propuso otros problemas en los que la diferencia de género pudiera tener una mayor influencia. Gilligan no tuvo intención de reemplazar una perspectiva por otra, intentó dar a conocer una alternativa en la que existiesen dos visiones de una misma realidad, ambas perfectamente aceptables. Es así como los hombres tienden a tomar decisiones más impersonales justificadas por una ética de derechos, justicia y verdad. Mientras que las mujeres, tienen una percepción más ampliada, donde hay cabida para las relaciones sociales, por lo que, las decisiones estarían respaldadas por una ética del cuidado, la atención y la responsabilidad.⁽⁴⁴⁾

De tal manera que se han hecho muchos esfuerzos para buscar herramientas que permitan “medir” la capacidad. En el caso de la valoración del desarrollo moral, la escala de competencia de la Universidad de Lleida propone medir la madurez del menor, discriminando entre el estadio preconvencional y convencional. La escala está basada en el *Moral Judgement Interview* (MJI) de Kohlberg y cuenta con 9 dilemas morales. La evaluación de la validez de contenido y la prueba de criterios de la escala realizada por los autores mostraron una alta correlación con la puntuación obtenida. No obstante, parece estar claro que evaluar la capacidad con herramientas es una parte importante pero no es la única ni siquiera la decisiva.^(41, 45)

Las escalas mencionadas anteriormente fueron desarrolladas en el siglo XX, por su parte la Organización Mundial de la Salud publicó en 2021, un documento oficial destinado a los proveedores de salud con una nueva propuesta de herramienta para determinar y apoyar la capacidad del adolescente en la toma de una decisión autónoma en el ambiente sanitario. Esta guía está basada en una revisión de la evidencia desarrollada por un grupo de expertos internacionales en medicina del adolescente, ginecología del adolescente, enfermería, epidemiología, salud pública, derecho, desarrollo, psicología forense y clínica, psiquiatría, sociología y bioética. Posteriormente, un panel de expertos constituidos por 13 profesionales que representaron diferentes contextos y regiones geográficas con experiencia en atención primaria de la salud pediátrica y adolescente, derechos del niño, Bioética, Psicología del desarrollo y en investigación en competencia y capacidad para la toma de decisiones. Finalmente, un panel de expertos internacionales en el campo de la atención del adolescente, representantes de las Naciones Unidas, revisó la herramienta para su validación y finalización.

(30)

La herramienta consta de 3 partes: En la primera parte se describen las situaciones en las que esta herramienta es aplicable y ofrece una visión general de la herramienta; en la segunda parte se describe el contexto sobre el cual el proveedor de atención médica debe estar consciente antes de utilizar la herramienta; en la tercera parte se describen los cuatro pasos de la evaluación y las formas de apoyar la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones sobre su propio cuidado. (Tabla 4 – Anexo 4)

Los menores de edad representan un grupo poblacional que de manera simultánea se consideran por una parte personas-sujetos de protección y por la otra, titulares de derechos en la medida que alcanzan capacidad intelectual, razonamiento y madurez emocional. Este doble vínculo con los padres o representantes legales deriva ocasionalmente en la aparición de conflictos entre el interés del menor que decide preservar su confidencialidad, privacidad e intimidad y el de los padres que tienen la obligación de velar por la salud de su hijo, al menos hasta que alcance la mayoría de edad. El reto de preservar la confidencialidad supone respetar, en lo más profundo, al adolescente como persona y tener en cuenta su sistema de valores y deseos. La doctrina del menor maduro en el ámbito bioético implica una comprensión suficiente, con el propósito de

valorar e implicarse de manera activa en la toma de decisiones en todo aquello que atañe a su salud. ^(3,35)

Frente al amplio consenso teórico y legal que pone en valor la confidencialidad basada en la noción de dignidad humana en reconocimiento de la persona como valor social y su carácter sustantivo e inviolable, con noción de intimidad; también existen argumentaciones filosóficas de desacuerdo frente a este ideal bioético, porque la autonomía personal y su campo de decisiones no es un campo absoluto, sino que tiene límites. ^(2,30)

Entendiendo el derecho a la confidencialidad del adolescente como no absoluto y siendo obligación del profesional de salud “medir la capacidad” para la toma de una decisión, en una situación determinada, es oportuno mencionar las palabras de Diego Gracia, citado por Esquerda et al., ⁽⁶⁾ “la madurez de una persona, sea esta mayor o menor de edad, debe medirse por sus capacidades formales de juzgar y valorar las situaciones, no por el contenido de los valores que asuma o maneje. El error clásico ha sido considerar inmaduro o incapaz a todo el que tenía un sistema de valores distinto del nuestro”.

Los principios

En el campo de la fundamentación teórica los argumentos tradicionales a favor de la confidencialidad optan por basarla en la noción de autonomía. Para garantizar que el paciente toma una decisión autónoma, es necesario que el profesional proporcione información adecuada y en cantidad suficiente, a la vez que el paciente debe mostrar voluntariedad, comprensión y capacidad.

En las últimas décadas se ha producido una profunda metamorfosis en la relación profesional de salud- paciente caracterizada por una “superespecialización” de la ciencia biomédica acompañada de grandes avances tecnológicos y por el proceso creciente de promoción y reconocimiento de la autonomía del paciente en la toma de las decisiones relacionadas a su salud. En la atención de niños y adolescentes este cambio ha sido mucho más complejo pues el contexto del modelo autonomista se desarrolla tanto para la consideración de la familia en la incorporación de la toma de decisiones, como para la progresiva inclusión del menor de acuerdo con su capacidad. ⁽⁶⁾

En la actualidad, el modelo autonomista se considera el más certero. Si bien es cierto que algunos adolescentes pueden no mostrar la madurez suficiente para tomar sus propias decisiones y, en consecuencia, el profesional de la salud deberá apoyarse en el criterio de los padres, esta situación no inválida la decisión de otros jóvenes maduros cuya voz no debe ser silenciada. En contraparte el modelo paternalista en el que se tiende a transmitir los propios valores no parece constituir una buena práctica, especialmente en el caso de atención sanitaria al adolescente, pues puede derivar en tensión y distanciamiento en la relación clínica y aumenta el riesgo de que no vuelvan a consultar ^(3,46)

Immanuel Kant, uno de los pensadores más influyentes de la filosofía universal, escribió en 1784, un ensayo titulado: ¿Qué es la ilustración? En su contenido plasmaba la siguiente idea: "la Ilustración es la salida del hombre de su autoculpable minoría de edad; la minoría de edad significa la incapacidad de servirse de su propio entendimiento sin la guía de otro". De acuerdo con Simón-Lorda ⁽³⁶⁾, "la salida de la minoría de edad" constituye un proceso continuo en el cual una persona va adquiriendo progresivamente suficiente entendimiento, voluntad y experiencia para actuar y decidir de forma autónoma.

Sin embargo, es importante puntualizar que la "autonomía kantiana" no se refiere a exactamente a la misma que desde la Bioética se promueve como autonomía en la toma de decisiones. La filósofa española Adela Cortina se ha encargado de articular ambas nociones, la kantiana se refiere a lo "universalizable" de las normas y la utilizada en Bioética se refiere a la autonomía particular en la que cada individuo elige de acuerdo con su propio proyecto de vida. ⁽³⁶⁾

Entendiendo que el principio de autonomía tiene su fundamento en el reconocimiento del derecho de autodeterminación y el derecho de ser tratado como agente moral autónomo, en el caso de niños, niñas y adolescentes implica que asuman decisiones de acuerdo con su nivel de desarrollo, por ello se habla de autonomía progresiva. El principio de autonomía progresiva tiene su origen en la Convención de los Derechos del Niño, firmado en 1989 y en vigor desde 1990. Adicionalmente otorga a los padres la responsabilidad de orientar a los menores en el ejercicio de sus derechos. ^(47,48)

En 2019, fue publicado un análisis cualitativo de la evidencia científica, sobre las bases de la hermeneútica y desde el enfoque de la filosofía principialista y el naturalismo moral

contemporáneo, en relación con los dilemas bioéticos en la atención médica de los adolescentes entre 10 y 19 años en México. Sus autores identificaron tres dilemas: vulneración de la confidencialidad del adolescente por la presencia de un tercero, 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. ⁽⁴⁹⁾

El profesional de la salud que atiende adolescentes se enfrenta al dilema en la confidencialidad vulnerada por la presencia necesaria (en los casos de obligatorio cumplimiento por razones legales o deontológicas) o preferida o conveniente, de un tercero (bien sea como testigo, apoyo o representación) durante la atención al adolescente. Esta presencia puede derivar en omisiones u otorgamiento insuficiente de la información por parte del joven y en consecuencia puede mermar la beneficencia del acto profesional (principio de beneficencia) o acarrear en el incumplimiento del “*primum non nocere*” (principio de no maleficencia). El análisis reflexivo desde la Bioética principialista identifica que el otorgamiento de la confidencialidad por parte de los adolescentes está afectado por actitudes “edadistas”, en los casos en los que se contraponen el derecho a la atención en salud confidencial, justa e igualitaria. ⁽⁴⁹⁾

En este sentido, en Estados Unidos de América se estima que la preocupación por el respeto a la confidencialidad en la atención de adolescentes limita directamente la consulta en el 10,5 % de los varones y en el 14,3 % de las mujeres adolescentes. Por su parte, la Academia Americana de Pediatría (AAP) señala que la garantía al derecho a la confidencialidad promueve el acceso por parte de los jóvenes a los servicios de atención sanitaria. ^(33, 46)

En lo relacionado con el principio de justicia, la vulneración del derecho a la confidencialidad puede crear desigualdades en la atención del adolescente, entendiendo como criterio de distribución el explicado por Siurana: ⁽⁵⁰⁾ “cada persona de acuerdo con sus necesidades individuales”. Así pues, una injusticia se produce cuando se le niega a la persona cualquier forma de bien al que tiene derecho. Así pues, Montero y González ⁽⁴⁶⁾ mencionan los estudios de Lehrer, en los que se encontró una mayor prevalencia de conductas de riesgo en los adolescentes que no solicitan atención en salud por desconfianza en relación con el irrespeto del derecho a la confidencialidad, reportando en los varones un incremento de síntomas depresivos severos, ideas suicidas, intentos suicidas y conflictos con los padres; y en las mujeres, mayor

frecuencia inicio de actividad sexual, sin protección para la última actividad sexual, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, intento suicida, idea suicida, problemas de comunicación con los padres y consumo de alcohol. Chung *et al.* ⁽³³⁾, también mencionan en la declaración de políticas de la AAP, que algunos grupos raciales, considerados vulnerables, también pueden verse afectado por las restricciones al derecho a la confidencialidad.

El deber de secreto profesional por parte del personal sanitario puede fundamentarse, desde el punto de vista ético, en cualquiera de los principios descritos. El más obvio sería en el principio de autonomía, ya que, la preservación de la intimidad viene de la mano de la dignidad del ser humano y su libertad para gestionar su propia salud y su cuerpo. Sin embargo, los cuatro principios de la Bioética clínica no siempre proporcionan respuestas a todas las preguntas o conflictos que pueden surgir. Cuando los principios entran en conflicto, el equilibrio deliberativo puede proporcionar razones para considerar un valor más importante que otro. ^(28, 30)

Valores y virtudes en la relación profesional de la salud-paciente

“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” ⁽⁴⁹⁾

El enfoque de la Bioética principialista ya descrita, parece dejar en un plano secundario la importancia de las virtudes que deben acompañar al profesional de la salud. Autores contemporáneos consideran la relevancia de las virtudes en el contexto de la ética profesional, a partir de la naturaleza y propósito de la ciencia, basada en el encuentro clínico. Asimismo, proponen que las virtudes propias de la profesión son: fidelidad a la confianza entregada por el paciente (lo que ya se ha descrito como secreto profesional), benevolencia, postergación del interés personal, compasión y cuidado, honestidad intelectual, justicia y prudencia. ⁽⁵¹⁾ En este orden de ideas, Riaño y del Río ⁽⁴²⁾ proponen un decálogo de valores que el profesional de la salud debe construir en la relación con el adolescente. (Tabla 5 – Anexo 5)

En cuanto al derecho a la confidencialidad, el vínculo profesional de salud-paciente genera un sinnúmero de deberes recíprocos entre ambos, una suerte de “contrato”, un pacto implícito en la relación clínica. Tanto el deber de información y el deber de secreto profesional son probablemente los que tienen mayor significado, esto debido a las consecuencias que pueden tener en la promoción del desarrollo de la autonomía del joven como en la preservación de un derecho absoluto como es la intimidad. ⁽³²⁾ Se consideran pilares de la confidencialidad tanto la confianza, necesaria para que el joven pueda expresar la dolencia y que convierte al profesional de salud en un confidente necesario, como la lealtad al paciente, entendida como un deber de respetar la intimidad y la autonomía. ⁽²⁸⁾

Por estas razones, la entrevista con el adolescente es una oportunidad invaluable para conocerlo, acceder a todos sus contextos y establecer una relación interhumana con aspectos cognoscitivos, afectivos, operativos y éticos. En esa relación es fundamental que el profesional tenga el suficiente conocimiento de las variaciones biológicas, sociales y psicológicas que caracterizan la etapa adolescente. Adicionalmente, el profesional de la salud requiere compromiso, profesionalismo y otras aptitudes individuales que le permitan obtener la información suficiente y pertinente, que represente el mejor recurso de comunicación entre ambas partes. El derecho a la confidencialidad y los principios de beneficencia y autonomía, rigen gran parte de la relación con el adolescente, en el entendimiento de sus alcances y derechos. Una entrevista bien planteada permitirá elaborar un diagnóstico y plan de tratamiento específico en cada caso, así como establecer una relación satisfactoria con el paciente, permeando el objetivo principal de favorecer la adquisición de competencias para la vida, empoderamiento y resiliencia. ^(16, 52)

Hecho el diagnóstico, el deber de informar al paciente tiene sustento en el principio de la libertad personal, uno de los principios de la ética personalista, el cual enfatiza el carácter ineludible del respeto a la autodeterminación. Se expresa en el derecho a salvaguardar la propia integridad psicofísica y en la libertad para la toma de decisiones que afectan a la propia salud. Así, el deber de información debe ser entendido como presupuesto necesario para el consentimiento o asentimiento por parte del paciente. ^(32, 53)

Otra razón relevante relacionada con la obligación de secreto es “la confianza social en la reserva de la profesión”. La desconfianza en la entrega de información no solo podría perjudicar

al joven sino al resto de la sociedad. Este último elemento enfatiza el carácter social de las profesiones de la salud, los principios de calidad en atención sanitaria y su alcance global. ^(28, 53)

También es importante señalar la influencia de los padres en la atención sanitaria del menor. En el estudio de Ordonez- Azuara *et al.* ⁽⁴⁹⁾ también fueron identificados dilemas por la participación de tres actores en una relación médico-paciente adolescente. De acuerdo con los autores, esta configuración triangular puede condicionar la toma de decisiones y en algunos casos el padre, la madre, ambos o los tutores o representantes legales se constituyen en el eje central de la relación, alegando razones legales. Aun cuando el profesional no puede modificar las características del joven y la familia, si puede anticipar las deducciones de los miembros del triángulo, usando la lógica combinatoria basada en el naturalismo moral y la decisión clínica sea tomada en base a la evidencia. Ordonez- Azuara *et al.* ⁽⁴⁹⁾ presentan 8 casos distintos de acuerdo con las diferentes combinaciones con criterios de bien o mal desde la moral naturalista (doctrina que defiende que existen hechos morales objetivos). (Tabla 6 – Anexo 6) Posteriormente, estos autores exponen un ejemplo para cada combinación y el análisis principialista correspondiente. (Tabla 7 – Anexo 7)

Atención odontológica del adolescente

La Academia Americana de Odontología Pediátrica reconoce que el paciente adolescente tiene necesidades y características distintivas en la consulta odontológica, cuando es comparado con otros pacientes, debido a: (1) una prevalencia de caries potencialmente alta posiblemente asociada a trastornos alimentarios; (2) una tendencia a inadecuada higiene bucal y un mayor riesgo a enfermedad periodontal; (3) mayor riesgo de enfermedad periodontal y lesión traumática; (4) un mayor deseo estético y conciencia; (5) uso potencial de tabaco, nicotina, alcohol y otras drogas recreativas; (6) deseo de poseer perforadores orales (“*oral piercing*”) y; (7) mayor riesgo de embarazo o infecciones de transmisión sexual. ⁽⁵⁴⁾

En la práctica algunas situaciones complejas pueden darse ante hallazgos de lesiones de tejidos blandos compatibles con enfermedades infectocontagiosas asociadas a relaciones sexuales (que pueden o no derivar de abuso sexual), sospecha de traumatismo dentofacial relacionado con maltrato físico, negligencia o acoso escolar, alteraciones de tejidos bucales indicativas de trastornos de alimentación como la bulimia y lesiones autoinfligidas.

En el caso de consumo de sustancias ilícitas, al realizar el examen clínico odontológico, los casos de sospecha pueden presentar: higiene oral deficiente, lesiones severas de caries dental que generalmente afectan las superficies cervicales y proximales, enfermedad gingival o periodontal, xerostomía, leucoplasia, bruxismo y desgaste dental. En algunos casos, los adolescentes bajo efecto de las drogas pueden realizar un cepillado intenso que deriva en la aparición de abrasiones y laceraciones gingivales. Otras manifestaciones orales son: parestesia de labios causada por el consumo de éxtasis, agrandamiento de las glándulas salivales y reflujo gastroesofágico asociados al consumo de alcohol. ⁽⁵⁵⁾

En cuanto al maltrato infantil, es necesario señalar en primer lugar que ha sido definido por la OMS como los abusos y/o desatención de los menores de 18 años, lo que incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar perjuicio a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. ⁽⁵⁶⁾

A principios del año 2024, fue publicada una revisión de alcance en el órgano de divulgación oficial de la Asociación Internacional de Odontología Pediátrica, en relación con los signos orofaciales indicativos de maltrato infantil identificados en consulta odontológica, advirtiendo que las estimaciones globales señalaron que, durante el 2022, más de un billón de niños entre 2 y 17 años estuvieron expuestos a alguna forma de violencia. ⁽⁵⁷⁾

En el año 2021, los resultados de una revisión sistemática relacionada con la violencia contra niños, niñas y adolescentes entre los años 2015-2021. Los datos publicados destacan la frecuencia con la que la violencia física, emocional y sexual contra la niñez ocurre en el hogar, en las escuelas, en la comunidad y en línea. Los estudios midieron diferentes tipos de violencia en estos entornos y, a partir de los datos, se desprende claramente que la violencia física es la forma de violencia que ocurre con más frecuencia en los países con datos comparables (Colombia, El Salvador, Haití y Honduras), con una estimación de prevalencia promedio para niñas, niños y adolescentes de 31 % (para el 42 % de los estudios incluidos en la revisión). Se determinó una prevalencia promedio de violencia sexual del 14 % (reportada en el 23 % de los estudios incluidos en la revisión). Es importante señalar que, entre los tipos de violencia, la

violencia sexual es la menos medida en las encuestas de los países de la región debido a que muchos de ellos no tienen datos actualizados. ⁽⁵⁸⁾

De acuerdo con Gutierrez *et al.* ⁽⁵⁹⁾ durante la consulta odontológica se pueden detectar casos de maltrato infantil ya que más del 50 % de los menores afectados presentan lesiones en estructuras anatómicas que los odontólogos suelen explorar rutinariamente, como la cabeza, el cuello, la cara o la boca.

En cuanto a los signos detectables en los casos de maltrato infantil, en la revisión de alcance de Håkstad *et al.* ⁽⁵⁷⁾ se especifica que un 27,5 % de los estudios incluidos reportaron lesiones en zona temporo-parietal, 20,7 % afectación de la cavidad bucal, 13,8 % zona malar y 10,4 % mandíbula. La proporción de estudios que reportaron localizaciones intraorales fue desglosada de la siguiente manera: 58 % dientes, 11 % cresta alveolar y encía, 8 % cara interna de los carrillos, 6,5 % frenillo labial superior, 6 % labio inferior, 4,5 % paladar y lengua, y 1,5 % piso de boca.

Por otro lado, la Asociación Dental Americana ⁽⁶⁰⁾ ha señalado que las perforaciones orales de la lengua, el labio, la mejilla u otros tejidos blandos representan una forma de arte corporal y autoexpresión. Los “*piercings*” orales se ven más típicamente en adolescentes y adultos jóvenes, y la lengua se considera el sitio más común para su colocación. Las complicaciones asociadas con la perforación oral incluyen: aumento de volumen, sangrado, infección, dientes fracturados, recesión gingival, laceraciones/cicatrices, sumersión mucosa (que requiere extracción quirúrgica), obstrucción de las vías respiratorias, hipersalivación, eritema palatino, lesiones liquenoides orales, formación de queloides y secreción purulenta o inusual de la región perforada.

En cuanto a las enfermedades de transmisión sexual, en una revisión de Caputo *et al.* ⁽⁶¹⁾ se encontró que las manifestaciones orales son en ocasiones el primer signo clínico, y sirven de esta manera como marcadores en el diagnóstico presuntivo de la enfermedad. Su detección precoz resulta importante para evitar su progresión o diseminación. Si bien las lesiones orales son muy variables, se presentan principalmente en adultos jóvenes y han aumentado su prevalencia en la última década y afortunadamente con la implementación de novedosas formas de tratamiento han dejado de ser causa de mortalidad.

Por otra parte, algunos hábitos alimentarios nocivos como el consumo frecuente de bebidas con alto contenido de ácido pueden derivar en erosión dental, entendida como la disolución del tejido duro dental a consecuencia del efecto de ácidos de origen no bacteriano. Asimismo, se ha encontrado una asociación positiva entre el consumo excesivo de alcohol y el traumatismo dentofacial en adolescentes de tan solo 12 años de edad. ^(62,63)

Los trastornos de alimentación definidos como un grupo de desórdenes psicopatológicos que afectan la relación del individuo con sus formas de alimentación y con su propio cuerpo, entre ellos, la bulimia y la anorexia nerviosas, pueden tener manifestaciones orales como queilitis exfoliativa, eritema labial, glositis atrófica, erosión dental, caries dental, sialoadenitis y enfermedad periodontal. Por lo general, afectan a la población adolescente y a adultos jóvenes. ⁽⁶⁴⁾

Aspectos legales del derecho a la confidencialidad del paciente adolescente

En el estudio de la legislación venezolana relacionada al derecho de confidencialidad del adolescente, deben destacarse los artículos 42 y 43 de la LOPNNA, ⁽⁶⁵⁾ a saber:

Artículo 42.: Responsabilidad del padre, la madre, representantes o responsables en materia de salud. “El padre, la madre, representantes o responsables son los garantes inmediatos de la salud de los niños, niñas y adolescentes que se encuentren bajo su Patria Potestad, representación o responsabilidad. En consecuencia, están obligados a cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban con el fin de velar por la salud de los niños, niñas y adolescentes”.

Artículo 43.: Derecho a información en materia de salud. “Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser informados e informadas y educados o educadas sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, nutrición, ventajas de la lactancia materna, estimulación temprana en el desarrollo, salud sexual y reproductiva, higiene, saneamiento sanitario ambiental y accidentes. Asimismo, tienen el derecho de ser informados e informadas de forma veraz y oportuna sobre su estado de salud, de acuerdo con su desarrollo”.

Asimismo, es necesario destacar que la LOPNNA ⁽⁶⁵⁾ también tomó como principio de interpretación, aplicación y de obligatorio cumplimiento lo relacionado con el Interés Superior

del niño. En el principio se estipula que los derechos del niño prevalecen si entran en conflicto con otros derechos, tal como lo estipula el Parágrafo Segundo del Artículo 8.:

Parágrafo Segundo: En aplicación del Interés Superior del Niño, cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de los niños y adolescentes frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros.

Por otro lado, La Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes es el único tratado internacional centrado específicamente en los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las personas jóvenes. Fue firmado en la ciudad de Badajoz, España, en octubre de 2005, y entró en vigor el 1 de marzo de 2008. Venezuela es uno de los Estados parte de esta Convención. El derecho del menor de edad a la confidencialidad médica está consagrado de manera expresa y contundente en el artículo 25 de la Convención Iberoamericana sobre los Derechos de los Jóvenes, bajo el título Derecho a la Salud. El numeral 3º de esta disposición dice claramente que "tienen igualmente derecho a la confidencialidad y al respeto del personal de los servicios de salud, en particular, en lo relativo a su salud sexual y reproductiva". ⁽⁶⁶⁾

En relación con el secreto profesional en el contexto de la consulta odontológica deben mencionarse los artículos que regulan esta materia en el Código de Deontología Odontológica venezolano, aprobado en la XXXIX Convención Nacional del Colegio de Odontólogos de Venezuela, en agosto de 1992:

Artículo 51.: El Secreto Profesional es un deber inherente a la esencia misma de la profesión. Se establece para la seguridad de los pacientes, el honor y la responsabilidad del Profesional de la Odontología y la dignidad de la ciencia. El Profesional de la Odontología y todo el personal de auxiliares están en la obligación de conservar como secreto todo lo lícito que vean, oigan o descubran en el ejercicio de la profesión. El secreto puede ser explícito o textualmente confiado por el paciente, y también implícito como consecuencia de las relaciones con pacientes. En ambos casos ha de ser inviolable, salvo en las circunstancias señaladas por la Ley.

Artículo 52.: No se incurre en violación del secreto profesional cuando se revela en los casos siguientes: a. Cuando la revelación se hace por mandato de Ley. b. Cuando el paciente autoriza al Odontólogo para que lo revele. c. Cuando en calidad de experto y actuando como Profesional de la Odontología de una entidad, el Profesional rinda informes sobre las personas que le sean

enviadas para examen. d. Cuando en su calidad de Profesional de la Odontología hace la declaración de enfermedades infectocontagiosas ante las autoridades sanitarias.

Artículo 53.: El consentimiento del enfermo para que se revele el secreto profesional no obliga al Odontólogo a revelarlo ni le exime de las acciones penales que pudieran surgir de tal hecho.

Artículo 55.: El Profesional de la Odontología puede compartir su secreto con cualquier otro colega que intervenga en el caso. Este a su vez está obligado a mantener el secreto profesional.

(67)

Objetivos

Objetivo general

Analizar los aspectos bioéticos relacionados con las perspectivas del derecho a la confidencialidad ante la consulta odontológica de adolescentes y sus representantes pertenecientes a unidades educativas del estado Bolivariano de Miranda-Venezuela, entre junio de 2024 y enero de 2025.

Objetivos específicos

- Caracterizar socio-demográficamente el grupo de estudio.
- Identificar el grado de información que tienen los adolescentes y representantes en relación con la confidencialidad como derecho.
- Establecer la preferencia de los participantes en relación con el derecho a la privacidad en el contexto de la consulta odontológica.
- Identificar las perspectivas de los participantes en casos hipotéticos relacionados con información confidencial derivada de la consulta odontológica.
- Comparar las perspectivas del adolescente respecto a su representante en los casos hipotéticos anteriormente señalados.

Aspectos éticos

Los pacientes que aceptaron participar en la investigación firmaron un asentimiento informado (Anexo 8) y los padres, un consentimiento informado (Anexo 9). En este sentido, los sujetos de derecho (personas) que realizan la declaración de voluntad se denominan otorgantes y deben otorgarla con su firma, que es la representación gráfica de la persona que expresa su consentimiento. De acuerdo con el Artículo 266 del Código Civil venezolano, el padre y la madre que ejerzan la patria potestad representan en los actos civiles a sus hijos menores, ⁽⁶⁸⁾ a excepción hecha del menor emancipado que ha sido descrito anteriormente.

Se solicitó el aval de investigación ante el Comité Independiente de Bioética para la Investigación Centro Nacional de Bioética (CIBI-CENABI). Se sometió a consideración del CIBI-CENABI la exención de la firma del testigo en el asentimiento informado y en el consentimiento informado considerando que se trata de una investigación observacional no experimental. Asimismo, se contempló el cumplimiento de las Pautas Éticas Internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) ⁽⁶⁹⁾, especialmente lo relacionado con la Pauta 17 titulada: Investigación con niños y adolescentes, en la que se señala que: “Antes de emprender una investigación en la que participarán niños y adolescentes, el investigador y el comité de ética de la investigación deben asegurarse de que: uno de los padres del niño o el adolescente o un representante legalmente autorizado haya dado permiso para su participación.....”

Por otro lado, la investigación garantizó el respeto a los siguientes aspectos bioéticos:

Principio de autonomía: Tanto el paciente como su representante participaron voluntariamente en el estudio, sin perjuicio alguno al negarse si fue su decisión, una vez que fue debidamente informado, habiéndose aclarado toda la información que requirió conocer y concediendo el tiempo apropiado para su evaluación y la toma de una decisión autónoma.

Derecho a la confidencialidad: Se garantizó a los sujetos participantes en la investigación la confidencialidad de sus datos personales y se solicitó su consentimiento para la publicación de resultados en conferencias y revistas científicas nacionales o internacionales.

MÉTODOS

Tipo de estudio

La investigación realizada fue un estudio prospectivo, cuali-cuantitativo, observacional, transversal, y de corte analítico.

Población y muestra

De acuerdo con las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística de la República Bolivariana de Venezuela, en el estado Bolivariano de Miranda se proyectó para el año 2025 una población entre 15 y 19 años de edad de 230.281 jóvenes; con una proporción de hombres del 51,57 % (n=118,758) y de mujeres del 48,43 % (n=111.523).⁽⁷⁰⁾

Por otra parte, la Encuesta Nacional sobre Juventud 2021 (ENJUVE 2021), realizada por el Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello,⁽⁷¹⁾ reportó que para este mismo grupo etario se encontraban inscritos en un centro educativo el 70 % de los jóvenes de sexo masculino y el 75 % de sexo femenino.

De acuerdo con estos datos, se calculó que 83.130 jóvenes del sexo masculino y 83.643 jóvenes del sexo femenino, entre 15 y 19 años de edad, estarían inscritos en centros educativos para un total poblacional de 166.773 jóvenes.

Para el cálculo del tamaño muestral de la proporción en la población, se utilizó el programa de acceso libre Epi Info® mencionado por García *et al.*⁽⁷²⁾ y la siguiente ecuación: $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$ donde:

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	166773
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50 % +/- 10
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	10 %
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Obteniéndose que para un intervalo de confianza del 95 %, el tamaño mínimo muestral fue de 96 adolescentes. Se propuso un muestreo de tipo estratificado simple, considerando la

proporción masculino (51,57 %) / femenino (48,43 %), por lo que la muestra estuvo conformada por 50 jóvenes de sexo masculino y 46 jóvenes de sexo femenino. Considerando sus respectivos representantes, la muestra estuvo finalmente constituida por 192 participantes.

Criterios de inclusión

- Adolescentes entre 14 y 17 años de edad y su respectivo representante que asientan/consientan su participación en la investigación.
- Padres biológicos o adoptivos del paciente.
- Representantes legales que no sean los padres biológicos o adoptivos del paciente debidamente declarados como tutores de acuerdo con la legislación venezolana.
- Adolescentes que se encuentren inscritos en un centro educativo del estado Bolivariano de Miranda-Venezuela.

Criterios de exclusión

- Personas con discapacidad intelectual o trastornos del neurodesarrollo.
- Personas con discapacidad física de tipo auditiva o visual.
- Adolescentes que decidan participar en la investigación sin el consentimiento de sus padres.
- Representantes que decidan participar en la investigación sin el asentimiento de su representado.
- Menores emancipados.

Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos estuvo constituido por una encuesta electrónica tipo *Google Form* ®, tanto para el adolescente (Anexo 10) como para el representante (Anexo 11). La encuesta estuvo constituida por dos secciones, la primera contenía los datos sociodemográficos: edad, sexo y tipología del hogar de acuerdo con la descripción de su estructura, nuclear completo (hogar con núcleo familiar formado por un matrimonio o unión con uno o más hijos residentes) o incompleto (con núcleo familiar formado por el padre o la madre

y uno o más hijos residentes), realizada por Di Brienza ⁽⁷³⁾. La segunda sección contenía preguntas relacionadas con: preferencia de momento de privacidad durante la consulta; información previa sobre la confidencialidad como derecho del adolescente; y la presentación de cinco casos hipotéticos específicos con el objetivo de identificar las perspectivas de los participantes en relación con el derecho a la confidencialidad en: caso hipotético 1-tabaquismo, caso hipotético 2-consumo de bebidas alcohólicas, caso hipotético 3- uso de “*piercings*” orales, caso hipotético 4-enfermedad oral de tratamiento farmacológico, y caso hipotético 5-enfermedad de tratamiento quirúrgico.

La validación del instrumento se realizó en dos fases:

- la primera fase consistió en la aprobación por un jurado de expertos constituido por 3 profesionales de la odontología (septiembre 2023-enero 2024): 2 especialistas en Odontopediatría y 1 epidemiólogo (Anexo 12,13 y 14). De ellas, surgieron las siguientes modificaciones: 1) agregar a menores emancipados como criterio de exclusión; y 2) ofrecer a los participantes, las especificaciones y aclaratorias necesarias, durante el proceso de consentimiento/asentimiento informado, en relación con las nociones de confidencialidad y menor maduro.
- la segunda fase (junio 2024) consistió en la realización de una prueba piloto. Para el cálculo del número de participantes se utilizó la fórmula citada por Díaz-Muñoz ⁽⁷⁴⁾ en la revisión relacionada con la metodología del estudio piloto y disponible en la web: <http://www.pilotsamplesize.com>, utilizando un nivel de confianza de 0.95, un valor de probabilidad de 0,15 y un tamaño muestral de 96 participantes. Se obtuvo un tamaño muestral para la prueba piloto de 18,4; por lo que se decidió encuestar a 10 adolescentes venezolanos entre 14 y 17 años y sus respectivos representantes escogidos de manera intencional, para un total de 20 participantes en la prueba piloto. Para ello, fue creada la cuenta *Google*® identificada como: confidencialidad.investigación@gmail.com a partir de la cual se redactaron dos formularios correspondientes a las encuestas destinadas a los adolescentes y sus representantes, identificadas como: “Encuesta para el adolescente participante en la investigación. Prueba piloto” y “Encuesta para el representante del adolescente participante en la investigación. Prueba piloto”. Se limitó a una respuesta de formulario por cada participante. El enlace fue enviado por vía electrónica a los

participantes advirtiéndoles que, para esta fase de la investigación, correspondiente a la prueba piloto, sus respuestas no serían incluidas en los resultados siendo el objetivo, la verificación de la redacción y comprensión del contenido de la encuesta. Solo un participante de la prueba piloto manifestó confusiones relacionadas con la redacción de la pregunta referida al derecho a la confidencialidad, lo que reforzó las recomendaciones de los expertos. Sin embargo, ninguno de los participantes sugirió modificaciones. A consecuencia de la alteración en el orden de las respuestas recibidas (Figura 1 – Anexo 15), se modificó la técnica de recolección de los datos para asegurar el apareamiento adolescente/representante y la participación de adolescentes sin cuenta de correo electrónico o limitaciones en el acceso a internet y de esta manera evitar cualquier forma de discriminación.

Procedimientos

- Fase 1-Preliminar (junio 2024): Fueron diseñados dos formularios *Google*® desde la cuenta confidencialidad.investigación@gmail.com eliminando las palabras “prueba piloto” del título de los formularios utilizados en la fase de validación. Se crearon dos cuentas *Google*® adicionales con el único objetivo de permitir el desarrollo de la presente investigación y todas las cuentas creadas a tales fines, deberán cerrarse de forma permanente toda vez que la investigación sea debidamente aprobada en las instancias académicas correspondientes. La segunda cuenta identificada como: adolescente.confidencialidad@gmail.com recibió el enlace para la respuesta del formulario correspondiente a la encuesta de los adolescentes. El enlace se diseñó para que aceptara respuestas múltiples. De esta manera todas las respuestas fueron recibidas desde una misma dirección de correo electrónico predeterminada por la plataforma *Google*®, lo que garantizó que no fuera posible identificar al respondiente. El mismo procedimiento se realizó para el formulario de la encuesta para el representante desde la tercera cuenta identificada como: representante.investigacion@gmail.com.
- Fase 2-Reclutamiento (junio 2024-enero 205): La investigadora invitó a los sujetos a participar en la investigación de acuerdo con los criterios de selección descritos,

solicitando la firma del asentimiento informado y del consentimiento informado luego de ofrecerles la información oral y escrita relacionada con la investigación en forma clara, asegurándose de que ésta fue comprendida satisfactoriamente, contestando todas las preguntas que los participantes decidieron hacer y ofreciendo el tiempo suficiente para cualquier forma de aclaratoria. La autora de esta investigación invitó a participar a los usuarios de la consulta odontológica privada tanto propia como otras que participaron de manera colaborativa o que acudió como colaboradora y adolescentes participantes en campañas de educación para la salud bucal que promovió. En cualquiera de los casos, la muestra quedó constituida respetando siempre los criterios de selección y el procedimiento, que se repitió secuencialmente hasta alcanzar el tamaño mínimo muestral. El tamaño mínimo muestral proyectado fue modificado, con autorización de la tutora de investigación a consecuencia de la vasta cantidad de denuncias de vulneración de derechos humanos fundamentales que por distintos medios de comunicación fueron hechas por padres, madres y familiares de adolescentes detenidos y encarcelados en el escenario postelectoral en Venezuela, ⁽⁷⁵⁻⁸⁰⁾ considerando que el tema de investigación supone un análisis de un derecho que corresponde a la población adolescente. Considerando el nuevo contexto en el cual se estaba desarrollando la investigación, se decidió aumentar el límite de confianza proyectado de 10 % a 15 %, y recalcular el tamaño mínimo muestral utilizando el mismo procedimiento descrito anteriormente, obteniéndose que para un intervalo de confianza de 95 % el tamaño mínimo muestral correspondía a 43 participantes. Conservando el criterio de selección de proporción masculino (51,57 %) y femenino (48,43 %), la muestra debía entonces estar constituida por 22 adolescentes del sexo masculino y 21 adolescentes del sexo femenino.

- Fase 3-Recolección de datos (junio 2024-enero 2025): Todas las encuestas fueron respondidas, utilizando un dispositivo electrónico con acceso a internet que le fue proveído a los interesados luego de lograr el consentimiento/asentimiento informado. Para ello, se utilizaron los enlaces dispuestos en los correos electrónicos señalados anteriormente. La investigadora solicitó y vigiló especialmente que no existiese ninguna forma de comunicación y/o consulta entre el adolescente y su representante participantes de la investigación durante el tiempo de respuesta de la encuesta correspondiente. No

hubo limitaciones para el tiempo de respuesta. También se hizo énfasis en la confidencialidad de las respuestas, garantizando que el representante no tenía ninguna forma de conocer las respuestas del adolescente y viceversa. Asimismo, se les informó y garantizó que la investigadora no accedería a las respuestas sino hasta alcanzar el tamaño mínimo muestral, por lo que se les invitó a responder con confianza, entendiendo que el procedimiento no permitía identificar las respuestas de los participantes. En cuanto a la pregunta de identificación del grado de información, que tenían los participantes, relacionada con la confidencialidad como derecho, se les solicitó responder en referencia al conocimiento previo a las aclaratorias realizadas durante el proceso de asentimiento/consentimiento informado.

- Fase 4-Ordenamiento de los datos: (enero 2025) Se procedió a cerrar la posibilidad de admitir nuevas respuestas para todos los formularios mencionados anteriormente. No fue necesaria la participación de un colaborador de la investigación, toda vez que las modificaciones en el procedimiento que ya fueron descritas evitaron que las cuentas electrónicas de los respondientes quedaran registradas en las respuestas de los formularios. Los datos obtenidos fueron posteriormente transcritos a tres libros de *Microsoft Excel*®, el primero de ellos para los datos de los adolescentes, el segundo para los datos de los representantes y el tercero para los datos relacionados con el binomio adolescente-representante. A cada adolescente participante se le asignó un código, en orden numérico, utilizando el sistema arábigo. Lo mismo se hizo para cada representante participante y para cada binomio adolescente-representante.

Los datos recopilados en los libros fueron transferidos al programa estadístico *SPSS Versión 20* ®. Los representantes fueron distribuidos de acuerdo con la edad en: Grupo E1 -menores de 30 años, Grupo E2-entre 31y 40 años, Grupo E3-entre 41 y 50 años y Grupo E4-mayores de 50 años. En cuanto a la variable sexo, se asignó el número 1 para el sexo masculino y el número 2 para el sexo femenino. Se asignó un número del 1 al 4 para cada grupo de edad del grupo de representantes. La variable cualitativa tipología del hogar politómica se convirtió en dicotómica siendo distribuidos los casos adolescentes viviendo en núcleos familiares completos e incompletos en dos grupos: Grupo nuclear completo (GNC) y grupo nuclear incompleto (GNI). Para las variables

dicotómicas de respuesta SI/NO: derecho a confidencialidad, derecho a privacidad, perspectivas ante casos relacionados con confidencialidad se utilizó el número 0 para los casos de respuesta NO y el número 1 para los casos de respuesta SI. En el tercer libro, correspondiente al binomio adolescente/representante se identificaron las combinaciones en relación con el sexo de adolescente y su representante quedando dispuestos de la siguiente manera: Grupo I: representante femenino- adolescente masculino; Grupo II: representante femenino-adolescente femenino; Grupo III: representante masculino-adolescente masculino; Grupo IV: representante masculino-adolescente femenino, asignando un número arábigo del 1 al 4 para cada una de las posibilidades. Lo mismo se hizo para las combinaciones en las respuestas SI/NO de ambos grupos encuestados, quedando dispuestos de la siguiente manera: Grupo 1: Adolescente NO-Representante NO; Grupo 2: Adolescente SI-Representante SI; Grupo 3: Adolescente SI- Representante NO; Grupo 4: Adolescente NO- Representante SI. Considerando que las dos primeras combinaciones correspondieron a casos en los que no se presentó conflicto en la decisión del binomio, se convirtió la variable politómica en dicotómica identificados como: Grupo A: Grupo 1 + Grupo 2 y Grupo B: Grupo 3 + Grupo 4, asignando el número 0 para los casos de coincidencias y el número 1 para los casos en los que hubo conflicto en la decisión del binomio.

Tratamiento estadístico

Se utilizó el estadístico Chi cuadrado o Test exacto de Fisher para las variables categóricas y para la variable cuantitativa edad se determinó la prueba de normalidad con el estadístico Kolmogorov- Smirnov, encontrando un p-valor de 0.004 para la edad del grupo adolescente y de 0.000 para la edad del grupo de los representantes, por lo que al demostrar una distribución no normal se decidió utilizar la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para el contraste de la variable edad con las variables categóricas. Se tomó un nivel de significancia de 0,05 y un nivel de confianza de 95 %, con un poder estadístico del 80 % para todos los cálculos estadísticos.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Recursos humanos y materiales

Se planteó una investigación con factibilidad económica que fue financiada en su totalidad por la investigadora. Se requirió del tiempo necesario para dar a conocer los detalles de la investigación con el objetivo de obtener el consentimiento/asentimiento informado. Asimismo, se adquirió un dispositivo electrónico que permitió la respuesta de la encuesta.

Presupuesto de gastos

Los recursos necesarios para el desarrollo de la investigación fueron totalmente financiados por la autora.

RESULTADOS

Se invitaron a participar 69 adolescentes, 34 del sexo masculino y 35 del sexo femenino. Fueron excluidos 26 invitados por diferentes razones: encuestas no logradas, estudiantes del Municipio Libertador del Estado Bolivariano de Miranda, menores de 14 años, mayores de 17 años y discapacidad intelectual. (Figura 2 – Anexo 16)

La muestra total estuvo integrada por 86 participantes, 43 adolescentes, 22 (51,6 %) del sexo masculino y 21 (48,4 %) del sexo femenino y sus respectivos representantes: 4 (9,3 %) del sexo masculino y 39 (90,7 %) del sexo femenino. La media de edad del grupo adolescente fue de 15,35 años (IC 95 %= 15,05-15,65) con una desviación típica de 0,973. El 65,1 % de los representantes tenían entre 41 y 50 años, el 25,6 % mayor de 50 años y el 9,3 % entre 31 y 40 años. No hubo representantes respondientes menores de 30 años. En cuanto a la tipología familiar, el 100 % de los representantes encuestados afirmó vivir con el hijo participante en la investigación y se encontraron distribuidos de la siguiente manera: 79,1 % perteneciente al GNC y 20,9 % al GNI.

El 67,4 % de los adolescentes encuestados refirió identificar el derecho a la confidencialidad como un derecho de la población adolescente, mientras que el 32,6 % manifestó que lo desconocía. Por su parte, un 51,2% de los representantes no sabía que se trataba de un derecho del adolescente antes de ser debidamente informado durante el procedimiento, y el 48,8 % manifestó que sí lo sabía. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en el contraste entre el grupo adolescente y el grupo de representantes en relación con el conocimiento de la confidencialidad como un derecho del adolescente, prueba Chi- cuadrado de Pearson con p-valor de 0.190. Los padres de algunos adolescentes en terapia psicológica manifestaron haber sido informados, por el terapeuta tratante, del derecho a la confidencialidad del menor. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en relación con la edad de los representantes encuestados, prueba no paramétrica U de Mann- Whitney con un p-valor de 0.055. (Tabla 8 – Anexo 17)

El 88,4 % de los representantes encuestados refirió preferir que, en la consulta odontológica, se le diera a su hijo(a) un momento de privacidad para hacer preguntas relacionadas con su salud bucal; el 79,1 % de los adolescentes manifestó tener la misma preferencia. No se encontraron

diferencias estadísticamente significativas en el contraste de las variables, edad, sexo, tipología del hogar para ninguno de los grupos: adolescentes y representantes encuestados. (Tabla 9 – Anexo 18)

En el caso hipotético 1, correspondiente a las perspectivas de los participantes en cuanto a una conducta considerada adictiva, como el tabaquismo, se encontró que el 81,4% de los adolescentes pensó conveniente que el odontólogo informara a los padres sobre las manchas dentales ocasionadas por el consumo de cigarrillos. El 90,69 % de los padres tuvo la misma perspectiva. Adicionalmente, un significativo número de padres, comentaron al finalizar la encuesta los siguiente: “Sí, él (ella) tiene su privacidad y sus cosas, ¿pero...si yo no sé...cómo lo (a) ayudo?”. En el contraste de variables, el 50 % de las adolescentes refirió que el odontólogo no debía informar a los padres sobre el hallazgo, mientras que solo el 4,54 % de los adolescentes de sexo masculino mostró esta respuesta. Por lo que se encontró una diferencia estadísticamente significativa relacionada con el sexo en el grupo adolescente con p-valor en el Test Exacto de Fisher de 0.019. (Tabla 10 – Anexo 19)

Para el caso hipotético 2, correspondiente a las perspectivas de los participantes a quienes se les planteó un caso relacionado con el consumo de alcohol durante la adolescencia, se encontró que el 20,93 % de los adolescentes desearía que los padres no estuviesen informados de esta conducta. Mientras que el 90,69% de los representantes mantuvo la preferencia de estar informados oportunamente por el odontólogo. Para este caso se mantuvo la diferencia estadísticamente significativa entre los sexos del grupo adolescente con una proporción mayor del sexo femenino y un p-valor en el Test exacto de Fisher de 0.056. (Tabla 11 – Anexo 20)

Con respecto al caso hipotético 3, relacionado con el uso de perforadores intrabucales, conocidos como “*piercings*” orales, aun cuando también representa un riesgo para la salud bucal por las razones oportunamente expuestas, el 13,95% de los adolescentes encuestados refirió que el odontólogo no debería informar a los padres de la presencia del perforador en la cavidad bucal. Es importante agregar que uno de los adolescentes encuestados, del sexo masculino, comentó lo siguiente: “¿Si él (ella) no quiere que sus padres lo sepan, por qué tú se lo vas de decir?”. Asimismo, el 93,02 % de los representantes encuestados respondió que el odontólogo debería informar a los padres. (Tabla 12 – Anexo 21)

Los casos hipotéticos 4 y 5 corresponden a perspectivas ante “enfermedades” en las cuales el paciente, en un ejercicio de autosuficiencia pudiese resolver con la compra de medicamentos en la farmacia (caso hipotético 4) o sufragando por sí solo los costos de una cirugía menor (caso hipotético 5). El 100 % de los representantes respondieron que, en ambos casos, el odontólogo debía informar a los padres del paciente.

Por otra parte, para el caso hipotético 4, el 88,37 % de los adolescentes encuestados respondieron que los padres debían estar informados (Tabla 13 – Anexo 22), y para el caso hipotético 5, el 81,39 % tuvo esa perspectiva (Tabla 14 – Anexo 23).

Durante la respuesta de la encuesta, tres adolescentes (2 del sexo femenino y 1 del sexo masculino) al leer los casos hipotéticos, coincidieron con el siguiente comentario: “depende”. En ese momento, se les invitó a releer el planteamiento del caso, la pregunta y escoger la respuesta que más se acercara a su perspectiva.

Los resultados del binomio muestran la siguiente distribución en el apareamiento con respecto al sexo: Grupo I (representante femenino- adolescente masculino) =41,9 %; Grupo II: (representante femenino-adolescente femenino) =46,5 %; Grupo III (representante masculino-adolescente masculino) =9,3 % y Grupo IV (representante masculino-adolescente femenino) =2,3 %. (Tabla 15 – Anexo 24)

En el contraste de las variables sexo del adolescente, sexo del representante, tipología familiar en relación con los grupos A y B del binomio adolescente-representante, en los casos hipotéticos planteados en la encuesta, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 16 – Anexo 25)

DISCUSIÓN

El paradigma en investigación, entendido como el cúmulo de saberes, técnicas, creencias y valores que permiten concebir la realidad, provee al investigador la teoría y los referentes metodológicos para acceder al fenómeno objeto de estudio y, proporciona un sistema filosófico y de investigación para comprender las cuestiones propias del proceso investigativo. De tal manera que, es evidente que a partir de cuál paradigma se ubique el investigador, se deben aplicar distintos métodos, principios e instrumentos durante el proceso investigativo. ⁽⁸¹⁾

Durante muchos años, distintas formas de investigación se han sustentado en la aplicabilidad del método científico, definido por muchos autores como el método de estudio sistemático de la naturaleza, a través del cual se obtiene información mediante técnica de observación para entender, verificar o corregir el conocimiento adquirido en una situación específica, el cual deberá ser difundido a través de distintas formas de divulgación y comunicación. En este sentido, no son pocos los investigadores que describen la metodología de la investigación como un “ladrillo”, algo riguroso, estricto e incómodo. Con el objetivo de poder estructurar otros modelos epistémicos, se desarrollaron otras formas de investigación que se han identificado y encuadrado en el paradigma cualitativo de investigación. ⁽⁸²⁾

El modelo de la investigación cuantitativa (empírico-analítico) se sustenta principalmente en: el positivismo, el neopositivismo (lógico y semántico) y el pragmatismo. El paradigma positivista: pretende explicar y predecir hechos a partir de relaciones causa-efecto (se busca descubrir el conocimiento). El investigador busca la neutralidad y la objetividad. Por otro lado, el enfoque cualitativo, llamado por muchos autores humanístico-interpretativo-hermenéutico, crítico y naturalista, pretende comprender e interpretar la realidad, los significados y las intenciones de las personas. El investigador se implica directamente. El enfoque cualitativo se opuso, desde el siglo XIX al positivismo y también al marxismo. ⁽⁸³⁾

En la actualidad, la oposición absoluta entre los métodos cuantitativos y cualitativos, se considera una falsa disputa. Por el contrario, se prefiere optar por una complementariedad de ambos paradigmas para probar y verificar la validez de los resultados de las investigaciones, en términos de igualdad, por lo que no quedaría reservada ni a lo cuantitativo ni a lo cualitativo. ⁽⁸⁴⁾ Es válido argumentar que este nuevo paradigma, que conduce a una nueva forma de pensar la investigación representa una perspectiva novedosa, original y sistémica, debe ser considerado una forma complementaria de percibir la misma realidad. ⁽⁸²⁾

Así pues, los resultados de la presente investigación plantean una variedad de perspectivas y situaciones clínicas en las que confluyen aspectos bioéticos relacionados con el derecho a la confidencialidad del adolescente en el contexto de la consulta odontológica, que se han analizado con un enfoque holístico, cuali-cuantitativo, en correspondencia con las variables del estudio y los objetivos específicos de la investigación.

De acuerdo con Insua, ⁽⁵³⁾ el análisis bioético, en su intención de orientar, aporta una perspectiva metacientífica (uso de metodología científica para estudiar la propia ciencia) o un análisis filosófico sobre los principios de las ciencias empíricas de la medicina clínica y la salud poblacional. Por siglos, iluminar en cuanto a fines y objetivos básicos de la salud ha tenido menos énfasis que dirimir controversias bioéticas. Una adquisición ordenada del conocimiento corresponde en primer lugar a la ciencia empírica (basado en la experiencia) y en segundo lugar a la filosofía. La ciencia natural describe la realidad empírica que luego es valorada por la razón práctica. Así pues, en la medida que el hombre acumula poder sobre su entorno, mayor será la responsabilidad sobre sus acciones presentes y futuras, lo que requiere del aporte de la bioética.

Edad y aspectos legales

En primer lugar, será necesario analizar la influencia de la edad en las respuestas de los participantes. En este sentido ya se ha señalado que la mayoría de las investigaciones realizadas en relación con la edad y la toma de decisiones han demostrado que, a partir de los 14 años de edad, la mayoría de los adolescentes toman las mismas decisiones que la mayoría de los adultos. ⁽³⁶⁾

Ya se ha mencionado el concepto de “Competencia Gillick”, vigente en Reino Unido que permite a los adolescentes tomar decisiones sanitarias a partir de los 16 años de edad. De manera que serán ellos personalmente quienes emitan su consentimiento, y no sus legítimos representantes. ⁽³⁷⁾ En España, la legislación actual establece la mayoría de edad en salud también a los 16 años, donde la presunción legal de consentimiento es absoluta, y el adolescente se convierte en el titular del derecho a la información y a la confidencialidad sobre todos los asuntos relacionados a su persona. ⁽³⁶⁾

En Venezuela, es destacable el contenido del Artículo 50 de la LOPNNA en materia de Salud sexual y reproductiva, a saber: “El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar servicios y programas de atención de salud sexual y reproductiva a todos los niños y adolescentes. Estos servicios y programas deben ser accesibles económicamente, confidenciales, resguardar el derecho a la vida privada de los niños y adolescentes y respetar su libre consentimiento, basado en una información oportuna y veraz. Los adolescentes mayores de 14 años de edad tienen derecho a solicitar por sí mismos y a recibir servicios.” ⁽⁶⁵⁾

Esta última frase, en la que los 14 años de edad es usado como referente para el derecho de “solicitar por sí mismos y a recibir servicios” en materia de salud sexual y reproductiva, puede orientar a todos los profesionales de la salud que enfrenten dilemas relacionados con el derecho a la confidencialidad del paciente adolescente. Sin embargo, otros elementos deberán ser tomados en cuenta.

Ya se ha expuesto anteriormente, lo relacionado con el principio de Interés superior del niño; sin embargo, es necesario destacar que, de acuerdo con Sarmiento ⁽⁸⁵⁾, se trata de un principio indeterminado. Así, su aplicación e interpretación obedece a un caso concreto, por lo que requiere un proceso de estimación, toda vez que no hay más que una solución justa. Los principios indeterminados corresponden a normas flexibles y el juzgador tiene la posibilidad de aplicarlos sobre la base de la necesidad o la conveniencia.

Sexo. Menor maduro. Toma de decisiones

Lo referente al sexo del adolescente también es un aspecto relevante, considerando los estudios realizados por Gilligan citados por García *et al.*, ⁽⁴⁴⁾ destacando las diferencias de las respuestas ante casos hipotéticos relacionadas con el sexo, donde las decisiones de las niñas estarían respaldadas por la ética del cuidado. De acuerdo con los autores, la ética del cuidado representa una ética donde lo moral puede entenderse como el sentido de responsabilidad por otro ser humano, y la forma de ampliar la capacidad de comprensión moral está relacionada con el acercamiento o apertura hacia los demás; cultivando actitudes de relación, habilidades de comunicación y resolución de los problemas, considerando la singularidad y particularidad de cada caso y cada persona.

Asimismo, Gairí-Burgués *et al.* ⁽⁴⁵⁾ en un estudio reciente, hacen mención a 7 investigaciones en las que los resultados obtenidos coinciden en señalar una mayor y más veloz desarrollo de la madurez del colectivo femenino durante la adolescencia. Algunos estudios han demostrado que las adolescentes son más expresivas, empáticas y perceptivas debido a una mayor comprensión y reconocimiento de las emociones. Sin embargo, de acuerdo con Ruiz *et al.* ⁽⁸⁶⁾ existe controversia con respecto a las diferencias de género en la inteligencia emocional, pues dependiendo del tipo de instrumento de evaluación se pueden o no evidenciar dichas diferencias.

Muchas investigaciones relacionadas con la influencia de las emociones en la conducta de los adolescentes han surgido del constructo de inteligencia emocional entendido como la habilidad de las personas para procesar y manejar las emociones propias y las de los demás. El desarrollo de estas habilidades durante la adolescencia influye positivamente en el funcionamiento personal, social y académico, aumentan la autoestima y por tanto son necesarias para el desarrollo psicológico. ⁽⁸⁷⁾ En general, parece estar claro que la conciencia emocional, las relaciones interpersonales y el control emocional tienen influencia en la toma de decisiones responsables, pues son competencias fundamentales en el proceso de razonamiento. ⁽⁸⁸⁾ Este aspecto puede orientar al profesional de la salud en la toma de decisiones en casos de situaciones conflictivas relacionadas con la confidencialidad del paciente adolescente.

Tipología familiar. Información sensible

El seno familiar suele ser el contexto que permite el control afectivo necesario para el desarrollo socioemocional de las personas con el cual se hará frente a las situaciones vitales o conflictivas. Diferentes investigaciones han demostrado que la familia es el principal contexto de desarrollo, que permite a los adolescentes alcanzar habilidades sociales en relación con otras personas, principalmente con sus pares. Asimismo, es durante la adolescencia que aparece un nuevo contexto centrado en el grupo de amigos. Se forma principalmente como consecuencia del alejamiento de los padres y el encuentro con sus iguales. Este nuevo espacio es de gran importancia ya que, el adolescente puede aprender estrategias para solucionar conflictos y tomar decisiones autónomas. ⁽⁸⁷⁾ A pesar de que el apoyo de los pares puede tener un papel importante en la toma de decisiones de los adolescentes, se trata de una variable que está fuera del alcance de esta investigación, en la cual se consideró la tipología del grupo familiar, con énfasis en la relación del adolescente con el jefe del hogar, propuesta por Di Brienza. ⁽⁷³⁾

En la actualidad, el término familia monoparental (grupo nuclear incompleto) hace referencia a aquellas familias en las que hay un solo progenitor, ya sea por muerte, separación, divorcio o porque los hijos nacieron fuera del matrimonio. Recibe el nombre de binuclear cuando los padres viven en casas distintas, pero comparten la responsabilidad de todo lo concerniente a los hijos. ⁽⁸⁹⁾

En una revisión meta-analítica realizada por Puello *et al.* ⁽⁸⁹⁾ en relación con los límites, reglas y formas de comunicación de la familia monoparental con adolescentes, se encontró que no hay resultados concluyentes en cuanto a las variables correlacionales que explican la forma como influye la estructura familiar monoparental en problemáticas de salud de los hijos. Sin embargo, para algunas investigaciones la familia monoparental puede representar un factor de riesgo cuando es comparadas con otras tipologías familiares.

A pesar de que, de acuerdo con Roizblatt *et al.* ⁽⁹⁰⁾ algunos adolescentes pueden comprender mejor las situaciones complejas y abstractas involucradas en la discordia parental y el divorcio, otros pueden tener dificultad en aceptarlo, lo que puede provocar inseguridad o llevarlos a conductas poco saludables y presentar problemas externalizantes (uso de alcohol, violación de reglas) e internalizantes (depresión, ansiedad, retraimiento de su grupo familiar y amigos) en comparación con adolescentes de familias no divorciadas. Sin embargo, en esta investigación no se encontraron diferencias, estadísticamente significativas o porcentuales, destacables en relación con la tipología del hogar e información sobre la confidencialidad como derecho, la preferencia de privacidad en la consulta odontológica o en los casos hipotéticos relacionados con confidencialidad.

En algunos casos en los que hay un proceso legal de separación, uno de los padres puede solicitar información sensible sobre su representado para utilizarla a fines legales. En ese caso, de acuerdo con Torregrosa *et al.* ⁽²⁸⁾ será necesaria la evaluación de la competencia del menor, demostrada esta, no deberá darse información a los padres sin su consentimiento. Si el menor es declarado no competente, se ofrecerá la información estrictamente necesaria a ambos representantes, evitando entrar en dinámicas que faciliten convertir al menor en excusa para la disputa.

Por su parte, Sánchez ⁽³⁵⁾ menciona algunos ejemplos de información sensible: la sospecha de maltrato, hábitos tóxicos, enfermedades de transmisión sexual, cuestiones relativas a la sexualidad y violencia intrafamiliar. Todos ellos y algunos otros ya descritos pueden aflorar en el contexto de la consulta odontológica.

Derecho a la confidencialidad. Preferencia de momento de privacidad en la consulta

En la encuesta realizada para esta investigación, la primera pregunta que los participantes debían contestar, luego de ofrecer sus datos sociodemográficos, era si antes de leer el consentimiento/asentimiento informado y oír todas las explicaciones del investigador, sabían reconocer que la confidencialidad corresponde a un derecho del adolescente. Las posibilidades de respuesta no representaron ninguna forma de conflicto entre el adolescente y su representante, simplemente permitieron la determinación del nivel de información o conocimiento de los participantes. Los resultados muestran que los representantes de los estratos de mayor edad están mejor informados que los de menor edad. Sin embargo, cerca de la mitad de los padres encuestados, sin diferencia entre los sexos o con el contraste con el grupo adolescente, no sabían que la confidencialidad se considera un derecho del adolescente. En este sentido, cobra relevancia el papel orientador y educativo del profesional de la salud para el ejercicio de los derechos del paciente adolescente, en consonancia con su nivel de desarrollo.

También es destacable que los padres de adolescentes que reciben alguna forma de psicoterapia están mejor informados con respecto al tema. Esta variante puede ser de utilidad en el caso de necesitar transmitir información sensible. Es evidente que estos representantes entenderán mejor y tendrán posturas más flexibles si se le solicita al adolescente la correspondiente autorización para divulgar información o si el odontólogo decide preservar el deber de secreto profesional.

La confidencialidad es un derecho consagrado, como parte del “Derecho a la salud”, en la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes. No obstante, es necesario destacar que no se trata de un derecho estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño, en la cual sí se consagra el derecho a la vida privada en el Artículo 16: “Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.” Destacando que como lo establece el Artículo 1: “Para los efectos de esta Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.”⁽⁹¹⁾

En este sentido, los resultados obtenidos en la presente investigación, en relación con la preferencia de un momento de privacidad para el menor en el contexto de la consulta

odontológica, muestran que la mayoría de los participantes tanto representantes (88,4 %) como adolescentes (79,1 %) optarían por un momento de privacidad, “para hacer preguntas relacionadas con salud bucal”. Por lo que, este elemento en la relación profesional de salud paciente, no pareciera representar forma de conflicto entre el representante y el adolescente para la mayoría de los casos. Sin embargo, lo aconsejable sería ofrecer ese momento de privacidad, involucrando al representante en la decisión. El profesional deberá mantener siempre una actitud comunicativa, empática y positiva. En la actualidad, otros recursos como cuestionarios electrónicos adicionales y la teleodontología pueden ser de utilidad para brindar al adolescente un espacio y momento en los que pueda revelar información sensible con garantía de privacidad, en un tiempo posterior a la primera consulta, tal como lo recomienda Acioli *et al.* ⁽⁸⁾

Casos hipotéticos

En cuanto a la investigación de las perspectivas, preferencias y capacidades del individuo ante situaciones sanitarias específicas es necesario mencionar que el planteamiento de casos hipotéticos se ha utilizado durante décadas. El procedimiento ofrece ventajas y desventajas en el proceso investigativo. Por una parte, al solicitar la opinión sobre un personaje ficticio, se favorece la despersonalización de la respuesta, lo que permite que el participante se exprese libremente sobre temas complejos permaneciendo ajeno a ellos. En contraparte, deberá tomarse en cuenta en la interpretación de los resultados, si el participante respondería de la misma forma en una situación de la vida real, entendiendo que en el planteamiento no es posible representar todos los factores personales o ambientales que pudieran influir en la decisión de las personas. ⁽⁹²⁾ Para esta investigación, se prefirió evitar el planteamiento de casos relativos a la sexualidad, considerándose lo prudente.

Caso hipotético 1-tabaquismo. Diferencias entre los sexos

El caso hipotético 1 plantea a los participantes responder si el odontólogo debería informar a los padres si encuentra evidencia clínica de tabaquismo en la cavidad bucal del adolescente evaluado. El número de adolescentes del sexo femenino que respondieron que los padres no deberían estar informados del “hábito” (16,2 %) es mayor al número de adolescentes del sexo masculino que ofrecieron la misma respuesta (2,4 %). De manera interesante, estos resultados

muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los sexos del grupo adolescente (p -valor=0.019).

Son variados los análisis que se pueden realizar en relación con este resultado, considerando elementos conductuales, psicoemocionales, sociales y cognitivos que ya se han asomado previamente. En primer lugar, Urquiza y Casullo, ⁽⁴³⁾ al evaluar la conducta prosocial de adolescentes, encontraron que en la población femenina hay una mayor presencia de sentimientos de compasión y comprensión por lo que le sucede a los demás; así como, más comportamientos de ayuda que la población masculina. Igualmente, Ruiz *et al.* ⁽⁸⁶⁾ sostienen que los estereotipos sociales atribuyen a la mujer una mayor sensibilidad emocional, tendencia al cuidado y apoyo a los más débiles, mayor capacidad para detectar sentimientos y señales no verbales, y una mayor preocupación por los otros. También hay evidencia que soporta la idea de que la empatía es una característica que se atribuye frecuentemente a las mujeres, y no tanto a los hombres. De tal manera que, la empatía de las adolescentes puede jugar un papel relevante en sus respuestas ante el caso hipotético 1-tabaquismo y las motiva a salvaguardar la confidencialidad. La respuesta estaría destinada a evitar cualquier forma de conflicto que pueda generarse al revelar información sensible de un tercero a su representante.

Por otro lado, un elemento relevante a considerar en el análisis de este resultado, es lo referente a la persistencia de las desigualdades de género de la sociedad latinoamericana descrita por Uezen *et al.* ⁽⁹³⁾ De acuerdo con el autor, “el varón y la hembra” son educados con y para roles distintos.

En este sentido, es bien sabido que nuestra sociedad es más permisiva y tolerante con el consumo de cigarrillos por parte de los adolescentes de sexo masculino. La existencia de estos procesos de socialización diferencial de los adolescentes en función del género es un dato que la literatura latinoamericana ha reportado consistentemente. ⁽⁹⁴⁾

Un meta-análisis puso de manifiesto cierta brecha de género en la experiencia de emociones autoconscientes (es decir, culpa, vergüenza, orgullo y vergüenza). Los autores encontraron que las mujeres sentían más culpa y vergüenza que los hombres y esta diferencia tiende a aumentar en todos los grupos de edad. ⁽⁹⁵⁾ Esta diferencia puede explicar el resultado obtenido en la

presente investigación, donde las adolescentes pudieran sentir vergüenza o temer alguna forma de descalificación o señalamiento por el consumo de cigarrillos.

Otro aspecto importante en relación con tabaquismo en la adolescencia está representado por la concepción de enfermedad o hábito. Algunos autores se refieren al tabaquismo como una enfermedad crónica sistémica y adictiva. ⁽⁹⁶⁻⁹⁸⁾ La OMS ⁽⁹⁹⁾ lo califica como una "epidemia mundial", destacando que el consumo de tabaco representa uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y respiratorias, así como de más de 20 tipos o subtipos diferentes de cáncer y muchas otras enfermedades debilitantes. Cada año se registran más de 8 millones de defunciones relacionadas con el consumo de tabaco. La mayoría de ellas se producen en países de ingresos bajos y medianos, que suelen ser objetivos de la injerencia y la mercadotecnia intensivas por parte de la industria tabacalera. ⁽¹⁰⁰⁾

El consumo de tabaco puede representar un problema de salud pública para la población adolescente, considerando que tres de cada cinco jóvenes que consumen tabaco se convierten en fumadores adictos en la etapa adulta; por lo que, la adolescencia es un periodo de vulnerabilidad social para la adopción de conductas de riesgo. ⁽¹⁰¹⁾ Los jóvenes pasan por varias etapas antes de desarrollar la adicción: preparación, exposición, experimentación y su uso habitual. Existen factores que condicionan la exposición inicial al tabaco, que lleva luego al tabaquismo, dichos factores son inherentes al individuo, a su entorno familiar y escolar o al contexto social. El consumo de tabaco durante el periodo adolescente representa el mismo riesgo a largo plazo para la salud que el de los fumadores adultos para desarrollar cáncer, enfermedades cardiovasculares o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ⁽⁹⁶⁾

Una revisión de la Colaboración Cochrane evaluó la efectividad de las estrategias para ayudar a los jóvenes a dejar de fumar. Se identificaron 41 estudios con 13.000 participantes y un tiempo de seguimiento de 6 a 12 meses. Los estudios evaluaron diversos métodos de intervención: consejo individual, consejo grupal, uso de ordenadores o mensajes de texto, o una combinación de métodos. Las intervenciones grupales fueron la única modalidad con resultados positivos. La calidad de la evidencia fue baja o muy baja para todos los resultados. ⁽¹⁰²⁾

Es así como, puede representar un conflicto para el profesional de la salud informar a los padres sobre el consumo de tabaco del adolescente, considerando que de acuerdo con Galbe *et al.* ⁽¹⁰²⁾

aunque la evidencia científica es limitada para recomendar la intervención individual frente al consumo de tabaco, tomando en cuenta las implicaciones que tiene para la salud, el desarrollo precoz de dependencia del tabaco y la mayor dificultad de abandono del tabaquismo cuando se inicia a edades tempranas, es preferible realizar consejo o intervención breve, teniendo en cuenta tanto las preferencias y valores de los adolescentes y sus familias como los recursos disponibles. El profesional puede invocar los principios de acción de la medicina basada en la evidencia (MBE) para justificar su intervención.

De acuerdo con Insua, ⁽⁵³⁾ los principios de la MBE suelen prevalecer en el ámbito europeo y la Mancomunidad de Naciones y tienen su origen en la monografía de Archie Cochrane en la que destacó los déficits del conocimiento científico clínico y rechazó toda forma de “autoridad médica”. Su valor bioético parece basarse en formulaciones más pragmáticas que filosóficas. Los principios de la MBE pueden ser considerados una ética de perspectiva realista de base empírica. Los principios de acción de la MBE son: a) Efectividad, implica que debería haber resultados de investigación siempre disponibles (deja sin criterios de acción a las zonas grises, y excluye otras racionalidades clínicas de la medicina en caso de ausencia de evidencia); b) Eficiencia, que como concepto debe representar el tronco metodológico de la economía en salud; c) Equidad, reduciendo las disparidades de acceso a los servicios

Los detractores de la MBE la consideran criticable por reducir la decisión al método científico y escepticismo ético de base, que promueve la resolución de conflictos solo basado en los consensos. Sin embargo, la evidencia modifica la valoración del conocimiento empírico; esta relación conocimiento-valor afecta a los cuatro principios básicos de la bioética dado que el conocimiento se relaciona con todos los problemas. Finalmente, el resultado de la intervención o decisión (que debe ser compartida) impacta a la persona afectada, en el entendido de que no hay enfermedades sino enfermos. ⁽⁵³⁾

Caso hipotético 2-consumo de alcohol. Confidencialidad vs Riesgo

En cuanto al caso hipotético 2- consumo de alcohol, en términos estrictos, un p-valor de 0.056 puede no representar diferencia estadísticamente significativa en relación con el sexo de los adolescentes. No obstante, el resultado es destacable y puede explicarse por el conjunto de posibilidades que fueron descritas previamente para el caso hipotético 1-tabaquismo, en

referencia a las diferencias de la conducta y perspectiva de las adolescentes en contraste con sus pares del sexo masculino. En atención a las importantes similitudes con el caso hipotético 1, las recomendaciones dadas anteriormente en lo relacionado con derecho a la confidencialidad, pudieran aplicarse igualmente.

Como información adicional para el profesional de la salud, resulta útil mencionar que una significativa cantidad de investigaciones han señalado que, en muchos países el consumo de alcohol comienza a una edad temprana. La adolescencia es el período clave para el inicio del consumo de alcohol, ya que más del 70 % de los jóvenes ya han tomado su primera bebida alcohólica a los 15 años. Aunque los jóvenes de 15 a 19 años son bebedores con menos frecuencia que la población general, esta brecha se cierra rápidamente. En todo el mundo, más de una cuarta parte (26,5 %) de todos los jóvenes de 15 a 19 años son bebedores habituales, lo que equivale a 155 millones de adolescentes. ^(103, 104)

En la adolescencia, los efectos placenteros del alcohol aparecen a dosis muy bajas, mientras que los efectos relacionados con las formas de intoxicación, ocurren a dosis más elevadas. Este fenómeno, asociado a la sensibilidad del individuo a los efectos del etanol, estimula y refuerza la conducta de consumo de alcohol en la población adolescente. Tal como ocurre con el tabaquismo, se ha demostrado una clara correlación entre la edad en la que se comienza a consumir alcohol y el riesgo de ser alcohólico en la edad adulta. Cuanto antes se comienza a beber, el riesgo es mayor. Los programas de prevención primaria o secundaria, que ayuden a los adolescentes a tomar conciencia de los efectos dañinos de esta droga y a desarrollar habilidades de autocontrol y toma de decisiones, constituyen un enfoque relevante. ⁽¹⁰⁵⁾

En relación con el derecho a la confidencialidad de adolescentes y el consumo de alcohol, son destacables las conclusiones de Lynch *et al.* ⁽¹⁰⁴⁾ en las que entrevistaron a 27 adolescentes entre 14 y 17 años de edad con el objetivo de explorar sus perspectivas al consentir y participar en ensayos de intervención relacionados con la divulgación de información sensible, relacionada con el consumo de alcohol, en el contexto de servicios de emergencia. Algunos participantes señalaron la ventaja de completar las preguntas en un dispositivo electrónico, ya que les brindaba una mayor sensación de privacidad. En algunos casos, mantener la confidencialidad también significaba tener la opción de completar la evaluación y recibir intervención sin la presencia del representante. Aunque la presencia de los padres o cuidadores durante la actividad

de consentimiento e/o intervención pareció ser aceptada por la mayoría de los participantes, algunos se sentían menos cómodos con la presencia de los padres y sentían que esto podría inhibir su propia capacidad y la de los demás para hablar libremente. Esto, a su vez, podría limitar la identificación de aquellos adolescentes que se beneficiarían más de la prestación de servicios o la identificación de la intervención más apropiada. Los hallazgos respaldaron investigaciones previas que informaron que la participación de los padres podría restringir la aceptación de la atención médica por parte de los adolescentes, especialmente entre aquellos involucrados en comportamientos de riesgo. Una vez más, es necesario señalar que corresponde al profesional de la salud, detectar oportunamente los casos en los cuales puede haber un conflicto relacionado con el derecho a la confidencialidad.

Caso hipotético 3- uso de “piercings”orales. Modelo de la relación profesional de salud-paciente

En relación con los resultados del caso hipotético 3- “piercings” orales, las similitudes en las respuestas tanto de adolescentes como representantes son significativas. Por lo que, no parece que en la mayoría de los casos pueda preverse un conflicto relacionado con el derecho a la confidencialidad. De manera interesante uno de los adolescentes encuestados, del sexo masculino, comentó lo siguiente: “¿Si él (ella) no quiere que sus padres lo sepan, por qué tú se lo vas de decir?”. Esto resalta la importancia de no dar por sentado que el adolescente que está siendo atendido estará dispuesto a compartir información sensible. Más allá de los resultados estadísticos, el análisis holístico de la investigación resalta la importancia de la capacitación del profesional y la construcción de una relación con la adolescente sostenida en valores y virtudes.

En cuanto al sistema de valores, Emanuel EJ y Emanuel LL, citados por Mendoza ⁽¹⁰⁶⁾, han resaltado que “las últimas décadas han estado marcadas por el conflicto entre la autonomía del paciente y sus valores, y los valores del médico. Dicha confrontación engloba tanto las expectativas de médicos y pacientes como los criterios éticos y legales de los códigos médicos, lo que plantea interrogantes acerca de la relación médico paciente ideal.”

De acuerdo con estos autores, el modelo deliberativo parece ser el que mejor se ajusta a esa relación “ideal” en el entendido que un profesional humanista no debe ser solamente un actor con capacidad científica y técnica sino también una persona que pueda establecer una relación

interpersonal y favorecer la toma de una decisión que se adecúe al sistema de valores de las personas involucradas en la decisión. En correspondencia, Schmidt ⁽¹⁰⁷⁾ destaca que se hace referencia a valores morales a aquellos conceptos que indican una apreciación de bueno, valioso o deseable y que se relacionan con las actitudes, acciones y posturas individuales.

En este modelo deliberativo el profesional ayuda al paciente a determinar y elegir de entre todos los valores que se relacionan con su salud y aquellos que sean los que mejor sirvan de fundamento para tomar la decisión más adecuada dentro de las diferentes alternativas posibles. En ello, el profesional de salud, que actúa como un maestro o un amigo, y el paciente trabajan conjuntamente. La decisión final será el resultado de un diálogo auténtico, caracterizado por el respeto y la consideración mutua. ⁽¹⁰⁶⁾

Por otro lado, de acuerdo con Loewe, ⁽¹⁰⁸⁾ la concepción Aristotélica de la virtud se refiere a una disposición para la acción gravada en el carácter. La ética de las virtudes se considera una de las filosofías morales tradicionales más antiguas y discutidas, en cuyo núcleo descansa la constitución psicológica del carácter moral. A diferencia del utilitarismo y del kantismo, que se centran en identificar acciones moralmente obligatorias, la ética de las virtudes se centra en el tipo de persona que hay que ser. El valor de las virtudes es intrínseco, no instrumental. Las virtudes serían necesarias para desarrollar una vida buena. Por su parte, Benítez *et al*, ⁽¹⁰⁹⁾ han expuesto que en la relación profesional de salud-paciente, “la virtud clave, es la frónesis, prudencia o juicio práctico, mediante el cual el profesional es capaz de discernir lo correcto y lo bueno al enfrentar una posición moral determinada”.

Por su parte, Santo Tomas de Aquino, representante de la escolástica, defendía la idea de que los actos de las virtudes no deben ejercitarse de cualquier modo, por lo que las circunstancias deben ser debidamente observadas. Para concluir que el acto es virtuoso, será necesario que se haga donde se debe, cuando se debe y según lo que se debe; allí radica el bien de la virtud. ⁽¹⁰⁹⁾ Así pues, los resultados obtenidos para los casos hipotéticos 4 y 5 parecen proveer elementos interesantes en la discusión de lo relacionado a la situación, contexto y circunstancia en posibles conflictos relacionados con el derecho a la confidencialidad en el marco de la consulta odontológica del adolescente.

Caso hipotético 4- enfermedad de tratamiento farmacológico. El contexto y la situación

Es notorio el resultado correspondiente al caso hipotético 4- enfermedad de tratamiento farmacológico, en el que todos los representantes evaluados respondieron que el odontólogo debía informar sobre el padecimiento. Está claro que para los representantes una conducta de riesgo como tabaquismo, consumo de alcohol o el uso de un perforador oral representa un escenario y situación completamente distintos a una enfermedad instalada que requiere tratamiento. Representa, sin duda, un resultado esperado, y la frase: “Sí, él (ella) tiene su privacidad y sus cosas, ¿pero...si yo no sé...cómo lo (a) ayudo?”, sin duda, es elocuente.

Asimismo, de los cinco casos hipotéticos planteados, el caso 4 fue el que recibió el mayor porcentaje de respuestas del grupo adolescente en favor de informar a los representantes de la existencia de una enfermedad que requiere tratamiento farmacológico.

De acuerdo con De Coninck *et al.* ^(13,14) las perspectivas de los adolescentes y de los padres en casos hipotéticos relacionados con decisiones sanitarias y consentimiento informado, son altamente dependientes del “contexto”. A los fines de la presente discusión se considera el contexto, si el adolescente está siendo atendido en sala de emergencias o en consulta ambulatoria (entorno físico), y la situación se refiere a la condición planteada en el caso (conducta de riesgo para la salud o enfermedad).

De un actor moral virtuoso, uno que tiene gravado en su carácter una disposición a actuar de un cierto modo, se espera que de manera consistente actúe de ese modo en toda la serie de situaciones en que ese tipo de comportamiento sea apropiado. ⁽¹⁰⁸⁾ Para el objeto de esta investigación, se esperaría entonces que la respuesta en todos los casos deba ser: “la confidencialidad es un derecho del adolescente y un deber del profesional de salud”.

Sin embargo, científicos en el campo de la psicología social han demostrado que la mayoría de los individuos no se deja guiar por virtudes, en la toma de decisiones, sino por la evaluación de la situación. Esta posición se denomina “situacionismo”, que representa una crítica a la ética de las virtudes y defiende que las acciones dependen de las circunstancias. ⁽¹⁰⁹⁾

Así pues, de acuerdo con Simón-Lorda, ⁽³⁸⁾ la apreciación de la situación y sus consecuencias es uno de los cuatro criterios del test más utilizado en la determinación de la competencia del

individuo en la toma de decisiones, el *McArthur Competence Assessment Test (MacCAT-T)*. Para la población adolescente la comprensión y la consecuencia, son dos de los nueve indicadores de competencia propuesta por Mann *et al.* ⁽⁴⁰⁾ Así pues, en el consecuencialismo, el valor de las acciones depende de las consecuencias producidas, y las acciones son consideradas como desencadenantes de cambios en la realidad. Desde esta perspectiva, la decisión correcta es la que produce el mayor bien posible; lo que lo distingue de la Deontología. ⁽¹¹⁰⁾

Desde la Deontología, entendida como una ética de la responsabilidad, las acciones, en este caso decisiones, tienen valor moral no asociado ni causado por sus consecuencias. ⁽¹¹⁰⁾ Se trata pues de una obligación. En este sentido, el Código de Deontología Odontológica ⁽⁶⁷⁾ que data del año 1992, es estricto al señalar el deber absoluto de confidencialidad del profesional de la odontología. Es evidente, que se requiere una actualización que considere el principio de autonomía progresiva de la población adolescente, entre otros aspectos.

En cualquier caso, está claro que, si la situación compromete la vida del paciente adolescente, especialmente en el contexto del servicio de emergencias, y la decisión sanitaria debe tomarse de manera inmediata, el derecho a la confidencialidad deberá ser relevado. Sin embargo, esto rara vez es el caso de una consulta odontológica.

La situación dilemática en el contexto de la consulta odontológica de rutina pudiera presentarse en los casos que suponen el hallazgo de una enfermedad sin riesgo inminente para la vida del paciente, que esté relacionada con información sensible. Entre otros aspectos, el profesional deberá considerar por un lado la capacidad del paciente para tomar una decisión autónoma y si él mismo está lo suficientemente entrenado en la determinación de esta capacidad, en caso de que el adolescente decida preservar el derecho a la confidencialidad.

En este sentido la OMS ⁽³⁰⁾ propone que, si se considera que un adolescente menor tiene capacidad, el profesional debe reflexionar sobre la situación para determinar si la protección es necesaria de acuerdo con el contexto legal del país. Si la decisión del adolescente lo coloca en un riesgo mayor, se debe considerar junto con el paciente otras soluciones de menor riesgo a la situación dada. Si se considera que el adolescente no tiene la capacidad de tomar una decisión autónoma o si la decisión es cuestionable, la decisión del profesional deberá ser postergada todo lo posible hasta determinar las formas de apoyo y soporte al adolescente.

En cuanto al contexto legal y la necesidad de protección, es necesario destacar los resultados de la revisión de Håkstad *et al.* ⁽⁵⁷⁾ en la que se encontró una alta prevalencia de signos y evidencia de maltrato en la cavidad bucal. Aun cuando, ya se ha mencionado que en la encuesta utilizada en esta investigación se evitaron preguntas (explícitas o implícitas) relacionadas con maltrato y/o abuso sexual, por considerarlo lo prudente; es evidente que esta situación puede presentarse en el contexto de una consulta de rutina de un paciente adolescente.

En este sentido, el profesional debe estar en pleno conocimiento que la obligatoriedad de la denuncia de cualquier forma de maltrato a un menor de edad está contemplada en el artículo 285 de la LOPNNA: “Obligatoriedad de la denuncia penal. Comprobado en sede administrativa que existen indicios de maltrato o abuso en perjuicio de un niño, niña o adolescente, la denuncia penal debe ser presentada en forma inmediata. No se admitirá acción contra el denunciante o la denunciante que actúe en protección de tales niños, niñas o adolescentes, salvo casos de mala fe.” ⁽⁶⁵⁾

Lamentablemente, de acuerdo con Ordonez-Azuara *et al.* ⁽⁴⁹⁾ la omisión de la denuncia puede ocurrir en el contexto latinoamericano debido a justificaciones inherentes al desconocimiento o solicitudes del mismo adolescente o su tutor legal.

En Venezuela, para el año 2020, especialistas e instituciones encargadas de velar por los derechos de niños, niñas y adolescentes, denunciaron que a 20 años de la entrada en vigencia de la LOPNNA, las deficiencias del sistema de protección, aspectos relacionados con el anonimato del denunciante, el agravamiento de los casos de maltrato a consecuencia del “distanciamiento social” decretado a consecuencia de la pandemia por COVID-19, el contexto de violencia que rodea a los venezolanos, la inexistencia de un formulario de denuncia estandarizado y la ausencia de respuesta de las autoridades, son elementos destacables que empeoran la situación de los niños y adolescentes maltratados. ⁽¹¹¹⁾ Sin duda, el profesional de la salud puede vivir una situación dilemática en estos casos y razonablemente puede temer el agravamiento de la condición del menor maltratado, posterior a la denuncia.

Algunos profesionales de la salud tenderán a subestimar la capacidad del menor en el proceso de la toma de una decisión sanitaria. Sin embargo, es importante destacar que el tema del presente estudio está relacionado con un posible conflicto que antecede a la toma de la decisión

terapéutica, entendiendo que el deber de informar al individuo de su padecimiento es una obligación del profesional de la salud en la búsqueda de una decisión autónoma ante las distintas propuestas de tratamiento. Este elemento cobra más relevancia si además se considera que el posible conflicto, relacionado con información sensible, ocurre en el inicio del desarrollo de la relación profesional salud-paciente, en la fase de la entrevista y/o el examen clínico, momento para el cual, en la mayoría de los casos, todavía no ha sido posible asentar los pilares necesarios de confianza, considerados determinantes de acuerdo con Torregrosa *et al.* ⁽²⁸⁾

“Lo adecuado, pues, es ser prudente a la hora de ponderar la participación de los menores en la toma de decisiones y hacer planteamientos integrales y personalizados que tengan en cuenta todos los elementos que caracterizan las decisiones de las personas como autónomas. Evaluar su capacidad con herramientas es una parte importante de este proceso, pero no es la única y a veces ni siquiera la decisiva.” ⁽³⁶⁾ La virtud estaría entonces en la respuesta prudente a cada situación, siempre teniendo como premisa lo que represente “lo bueno” para el adolescente.

Caso hipotético 5- enfermedad de tratamiento quirúrgico. Las emociones

Las preguntas de los casos hipotéticos de la encuesta utilizada en esta investigación fueron realizadas en un gradiente de complejidad, de menor a mayor. Por esta razón, sorprende que el porcentaje de adolescentes que prefirieron conservar el derecho a la confidencialidad en caso de enfermedad de tratamiento quirúrgico (caso hipotético 5) fue mayor al obtenido para el caso de enfermedad de tratamiento farmacológico (caso hipotético 4).

Para las ciencias cognitivas, la toma de decisiones es el proceso de pensamiento que conduce a la elección de un curso de acción. Para las teorías del procesamiento dual, la toma de decisiones opera mediante dos procesos de pensamiento: pensamiento tipo 1 o pensamiento intuitivo, que se caracteriza por ser rápido, sin esfuerzo, automático, holístico y cargado afectivamente, y pensamiento tipo 2 o pensamiento deliberado, que se caracteriza por ser lento, esforzado, controlado, particularista y afectivamente neutro. Para algunos autores, el pensamiento tipo 1 predomina, generando dificultades en la toma de decisiones como sesgos y reacciones automáticas, no conscientes e irracionales, que pueden poner en riesgo la integridad de la persona; por eso, sugieren hacer un esfuerzo para obrar mediante el pensamiento tipo 2. ⁽¹¹²⁾

No obstante, si los resultados obtenidos en el caso hipotético 5- enfermedad de tratamiento quirúrgico corresponden a un pensamiento tipo 1 o pensamiento intuitivo es un aspecto que esta fuera del alcance de esta investigación. Sin embargo, está claro que las emociones son un elemento determinante en la respuesta adolescente.

Otro elemento relevante en las decisiones corresponde a las emociones del profesional de la salud. En este sentido, de acuerdo con la OMS, ⁽³⁰⁾ dependiendo de la complejidad de la situación, el profesional de la salud puede considerar discutir el caso con otro profesional que este menos involucrado emocionalmente o con un experto en bioética, cuando esté disponible. Estas recomendaciones de la OMS destacan el papel relevante que puede tener la bioética y los bioeticistas en este tema.

Los conflictos en el binomio adolescente-representante

En el análisis del binomio adolescente-representante se hace imperativo hacer mención al fenómeno migratorio en Venezuela. Para el año 2020, de acuerdo con cifras proporcionadas en un informe de CECODAP (organización que trabaja por la defensa de los derechos de niños y adolescentes venezolanos), citada por Labrador, ⁽¹¹³⁾ cerca de un millón de niños habían sido “dejados atrás” a consecuencia de la migración de sus padres, 1 de cada 5 migrantes dejaba un hijo en el país. En el 49% de los casos uno de los padres permaneció en el país luego de la migración del otro progenitor. El resto emigró en pareja, lo que supone la ausencia absoluta de los representantes de los menores, quienes además quedan bajo cuidado de un familiar sin los documentos legales requeridos que permitan ejercer su representación en cualquier área. Al menos 50 % de los niños permanecen bajo el cuidado de abuelos. Para el momento del informe (2020), se registraba una cifra cercana a los 4.600.000 de venezolanos migrantes, según datos obtenidos de la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).

Para junio de 2024, la migración venezolana de refugiados y migrantes en el mundo se ubicó en 7.774.494, de acuerdo con la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes (R4V), conformada por más de 200 organizaciones a nivel internacional. ⁽¹¹⁴⁾ Por lo que, en la actualidad, se desconoce el número de niños, niñas y adolescentes “representados” por un familiar o aún peor, los que no tienen ninguna forma de representación legal. Este aspecto

debe ser tomado en cuenta por el profesional de la salud, al momento de decidir divulgar información sensible de un menor a su representante en la consulta odontológica.

En cuanto a los resultados de la presente investigación, en el contraste del binomio adolescente-representante en relación con la preferencia de privacidad (Tabla 15 – Anexo 24), es destacable que la mayor frecuencia de conflicto está representada por el grupo de adolescentes que no prefieren un momento de privacidad en la consulta odontológica en contraste con su respectivo representante que si lo consideraría conveniente. Este resultado, en apariencia contradictorio parece resaltar el papel determinante que tiene el nivel de confianza del adolescente en el profesional de salud.

Asimismo, los resultados de la investigación muestran significativas coincidencias entre los adolescentes y sus respectivos representantes en todas las preguntas relacionadas con los casos hipotéticos planteados. Estos resultados se asemejan a los reportados por Song *et al.* ⁽¹⁰⁾. en cuanto al derecho a la confidencialidad y lo que debe y no debe ser confidencial. Por lo que, el profesional puede esperar que a partir de los 14 años de edad la mayoría de los adolescentes no mostrará forma de conflicto con sus respectivos representantes, en coincidencia con la mayoría de las investigaciones realizadas en este grupo etario. ⁽⁶⁾

El desafío para el profesional de la salud estará en la calidad de la respuesta que ofrezca ante las situaciones de conflicto que en nada deben ser desestimadas bajo el argumento de una supuesta inmadurez del cerebro adolescente. Desde la neuroética entendida en primer lugar como “la ética de la neurociencia” encargada del estudio de los problemas éticos surgidos con el avance de la investigación neurocientífica aplicada a los seres humanos, y en segundo lugar, “la neurociencia de la ética” como la disciplina que explora las relaciones de la arquitectura funcional del cerebro y su evolución con la identidad, la conciencia y el pensamiento moral; parece haber consenso en señalar que debe evitarse el reduccionismo biologicista que pueda sustentar sin equívocos la preeminencia y el determinismo de lo biológico en el ser humano. (115-117)

La bioética tiene una orientación práctica y aporta un método para tomar decisiones y educar en la deliberación, buscando que las decisiones sean justas, correctas y prudentes. “Deliberar es un arte basado en el respeto mutuo, cierto grado de humildad intelectual y el deseo de enriquecer

la propia comprensión de los hechos escuchando atentamente e intercambiando opiniones y argumentos con los otros implicados en el proceso. Por ello, la deliberación ha de ser colectiva”⁽⁴⁰⁾

Los profesionales deberán evaluar los aspectos bioéticos en cada caso, de forma individual, y los casos de conflicto deberán atenderse con especial atención. De esta manera, los resultados de la investigación tienen una utilidad orientadora, especialmente para poblaciones similares, mas no un carácter determinante. En los casos en los cuales se presente alguna forma de conflicto en el binomio, la jerarquía de los principios de la bioética clínica descrita por Diego Gracia, autor del método deliberativo en bioética, podrá ser tomada en cuenta para la decisión que se ha de tomar.

En este sentido, en primera instancia, con base en la teoría, todos los principios tienen igual valor, pero es evidente que en la práctica no siempre pueden satisfacerse todos ellos. Uno podrá prevalecer sobre otro, al momento de tomar una decisión moral. De acuerdo con Gracia, citado por Mendoza ⁽¹⁰⁶⁾, el principio de autonomía no es absoluto y el principio de justicia exige la negación de cualquier forma de discriminación entre las personas. De este modo, los principios de justicia y no maleficencia tendrían un nivel jerárquico superior, ambos conforman lo que se conoce como ética de mínimos, mientras que los principios de beneficencia y autonomía conforman una ética de máximos.

Desde un principialismo estricto, los principios morales son absolutos y las circunstancias y las consecuencias no tienen papel alguno en el proceso de toma de decisiones. Es bien sabido que la razón humana no puede desentrañar la realidad de modo total y absoluto, y los productos de la razón son siempre limitados, provisionales y abiertos a rectificaciones ulteriores. Ello otorga un lugar importante a la evaluación de las circunstancias, del contexto (como ya se ha explicado) así como también a la hermenéutica, es decir, a la interpretación de los hechos y del modo cómo los actores sociales implicados viven esa realidad. Dicha evaluación es un momento importante del juicio moral. Por tanto, en el razonamiento que conduce a una decisión moral hay un momento ‘principialista’ y otro que puede denominarse ‘contextualista’ o hermenéutico, y la solución en caso de conflicto estriba en aceptar que los principios no pueden ser absolutos, que tienen excepciones que deben ser asumidas con “extrema prudencia” ⁽¹⁰⁶⁾

Según Kant, los deberes de obligación perfecta, llamados deberes perfectos, son aquellos cuya trasgresión no puede ser ni siquiera pensada como máxima universal, no pueden tener excepciones. Los principios deontológicos, por su parte, tienen excepciones. Lo importante no es pues, negar las excepciones, sino vigilar que se realicen correctamente, lo que significa siempre, en el menor número de casos posibles y en justa, exacta y oportuna correspondencia con la situación planteada. En suma, “de la orientación que tengan estas reflexiones, será la contribución o el éxito de la bioética, que en su esencia de interdisciplinariedad se nutre de muchas fuentes y se articula con otros campos.”⁽¹⁰⁹⁾

Conclusiones

El derecho a la confidencialidad del paciente adolescente y el deber del secreto profesional en muchas y diversas situaciones pueden representar un dilema ético para el profesional de la salud, en el que se conjugan elementos complejos como la capacidad del menor en la toma de una decisión autónoma (que dependerá del avance en la construcción de su autonomía progresiva), la vulnerabilidad característica del período adolescente, las etapas del desarrollo moral, la relación profesional de la salud-paciente-padres, los principios bioéticos, así como también otros valores y virtudes que deben estar presentes en la relación del profesional de salud con su paciente adolescente.

Los resultados de la investigación muestran que cerca de la mitad de los representantes encuestados no conocían que la confidencialidad es un derecho del adolescente; por lo que, es evidente el papel orientador del profesional de la salud y la necesidad de incluir estos temas en charlas educativas, por un lado, y el desarrollo de la línea de investigación, por el otro. La introducción de estos aspectos en los contenidos programáticos de las asignaturas pertinentes en planes de estudios de carreras relacionadas al área de la salud puede favorecer la difusión de la información obtenida en la investigación, entendiendo la bioética como una ética aplicada.

Asimismo, los resultados muestran significativas coincidencias entre las perspectivas de los adolescentes y sus respectivos representantes ante casos hipotéticos relacionados con el derecho a la confidencialidad en el contexto de la consulta odontológica. Asimismo, la perspectiva de los adolescentes puede diferir a la de sus pares masculinos, prefiriendo la preservación de confidencialidad en casos de conductas de riesgo como tabaquismo o consumo de alcohol. Por

su parte, los padres muestran evidentes diferencias en sus respuestas relacionadas con la situación, por lo que requerirán ser informados en todos los casos de diagnóstico en enfermedad bucal, siendo más tolerantes con la preservación de confidencialidad en casos de hábitos nocivos o conductas de riesgo para la salud.

Del análisis de los aspectos bioéticos, en cuanto a la confidencialidad del paciente adolescente en la consulta odontológica, parece lo razonable entender la confidencialidad como un deber imperfecto para el profesional y un derecho no absoluto para el adolescente. En cualquier caso, el profesional de la salud tendrá un papel determinante en la comunicación efectiva entre los actores implicados en la decisión de proteger el secreto profesional, deberá siempre promover la autonomía progresiva y la toma de decisiones razonables.

El profesional podrá encontrar respuestas a las situaciones dilemáticas que pueda enfrentar, en su propia capacitación, la teoría de la ética de las virtudes, el consecuencialismo, la jerarquización de los principios de la bioética clínica, el asesoramiento por parte de bioeticistas, la ética del cuidado y las herramientas actualizadas para la evaluación de la decisión del menor. Justificada la excepción al derecho a la confidencialidad, el profesional deberá actuar con extrema prudencia.

REFERENCIAS

1. Briozzo L. Secreto profesional y confidencialidad en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. *Rev. Per. Gin. Obstet.* [Internet]; 2009 [citado el 14 de julio de 2022]; 55(4): 234-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428194004.pdf>
2. Olivari C, Méndez P, Núñez R, Sepúlveda I. Confidencialidad y conducta de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes. *Acta. Bioeth.* [Internet]; 2022 [citado el 18 de julio de 2022]; 28(1): 59-66. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2022000100059&lng=es&nrm=iso.
3. Alba J. El derecho a decidir de los pacientes menores de edad. *Rev. Col. Bioet.* [Internet]. 2019 [citado el 16 de abril de 2023]; 14(2): 9-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18270/rcb.v14i2.2468>
4. Tiol-Carrillo A. Aspectos bioéticos y legales del secreto profesional en odontología. *Rev. ADM.* [Internet]; 2022 [citado el 21 de marzo de 2023]; 79 (4): 209-212. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/106914>
5. Adriasola G. Aproximación al secreto médico del adolescente. *Rev. Méd. Urug.* [Internet]; 2008 [citado el 17 de julio de 2022]; 24(3):212-221. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902008000300008
6. Esquerda M, Pifarré J, Miquel E. La capacidad de decisión en el menor. Aspectos particulares de la información en el niño y en el joven. *An. Pediatr. Cont.* [Internet]; 2013 [citado el 26 de marzo de 2023]; 11(4):204-11. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-la-capacidad-decision-el-menor--S1696281813701392>
7. Boisen K, Adolphsen C, Svensson J, Jensen R, Teilmann G. Health professionals may have a dilemma about confidentiality healthcare of adolescents. *Uge. Laeg.* [Internet]; 2016 [citado el 17 de julio de 2022]; 5;178(36):V01160061. Disponible en: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/laegers-tavshedspligt-ved-behandling-af-unge-kan-vaere-et-dilemma>
8. Acioli R, de Almeida L, Rocha M. Dilemas éticos y bioéticos en la atención de la salud del adolescente. *Rev. Bioét.* [Internet]; 2015 [citado el 17 de julio de 2022]; 23(2): 1- 10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232071>
9. Grilo S, Catalozzi M, Santelli J, Yan H, Song X, Heitel J *et al.* Confidentiality Discussions and Private Time With a Health-Care Provider for Youth, United States, 2016. *J. Adolesc. Health.* [Internet]; 2019 [citado el 17 de julio de 2022]; 64(3):311-318. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30638752/>
10. Song X, Klein J, Yan H, Catalozzi M, Wang X, Heitel J *et al.* Parent and Adolescent Attitudes Towards Preventive Care and Confidentiality. *J. Adolesc. Health.* [Internet]; 2019 [citado el 17 de julio de 2022]; 64(2):235-241. Disponible

en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Parent+and+Adolescent+Attitudes+Towards+Preventive+Care>

11. Goldstein R, Anoshiravani A, Svetaz M, Carlson J. Providers' Perspectives on Adolescent Confidentiality and the Electronic Health Record: A State of Transition. *J. Adolesc. Health*. [Internet]; 2020 [citado el 17 de julio de 2022];66(3):296-300. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31831320/>

12. Zucker N, Schmitt C, DeJonckheere M, Nichols L, Plegue M, Chang T. Confidentiality in the Doctor-Patient Relationship: Perspectives of Youth Ages 14-24 Years. *J. Pediatr.* [Internet]; 2019 [citado el 28 de enero de 2023];213:196-202. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31230890/>

13. De Coninck D, Matthijs K, de Winter P, Toelen J. Late adolescents' own and assumed parental preferences towards health-care related confidentiality and consent in Belgium. *PLoS. One.* [Internet]; 2021 [citado el 17 de julio de 2022];2;16(6):e0252618. Disponible en: DOI: [10.1371/journal.pone.0252618](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252618)

14. De Coninck D, Matthijs K, de Winter P, Toelen J. Health-related confidentiality and consent among minors: Data on adult perspectives from Belgium and The Netherlands. *Dat. Bri.* [Internet]; 2022 [citado el 18 de julio de 2022];22(42):108301. Disponible en: DOI: [10.1016/j.dib.2022.108301](https://doi.org/10.1016/j.dib.2022.108301)

15. Silva S. Autonomía del paciente en la relación con el médico. [trabajo de grado]. Caracas. Universidad Central de Venezuela, 2016.

16. Sileo R. Aportes de la Bioética y la ley orgánica para la protección de niños, niñas y adolescentes y la relación médico adolescente. [trabajo de grado]. Caracas. Universidad Central de Venezuela, 2014. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10872/7816>

17. Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia. Para cada infancia. ¿Qué es la adolescencia? [Internet]; 2022 [citado el 18 de julio de 2022] Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia>

18. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. *Rev. Chil. Pediatr.* [Internet]; 2015 [citado el 18 de julio de 2022];86(6):436-443. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>.

19. González J, Valdés J. La adolescencia como género cinematográfico: de la reivindicación a la oportunidad. *Rev. Pediatr. Aten. Primaria.* [Internet]; 2018 [citado el 17 de abril de 2023]; 20(77): e19-e37. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000100014

20. Krauskopof D. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolesc. Salud.* [Internet]; 1999 [citado el 05 de enero de 2025];1(2):23-31. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en.

21. Faroh A. Cognición en el adolescente según Piaget y Vygotski: ¿Dos caras de la misma moneda?. *Boletim – Acad. Paul. Psicol.* [Internet]; 2007 [citado el 05 de enero de 2025]; 27(2):148-166. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2007000200013&lng=pt&tlng=es.
22. Uribe Ortega M. El desarrollo del pensamiento formal y la adolescencia universitaria. *Perf. Educat.* [Internet]; 1993 [citado el 06 de enero de 2025];(60):1-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13206009>
23. Mota de Cabrera C, Villalobos J. El aspecto socio-cultural del pensamiento y del lenguaje: visión Vygotskyana. *Educere* [Internet]; 2007 [citado el 06 de enero de 2025];11(38): 411-418. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102007000300005&lng=es&tlng=es.
24. Raynaudo G, Peralta O. Cambio conceptual: una mirada desde las teorías de Piaget y Vygotsky. *Liberabit* [Internet]; 2017 [citado el 06 de enero de 2025];23(1):110-122. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272017000100011
25. Oliva Delgado A. Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apunt. Psicolog.* [Internet]; 2007 [citado el 06 de enero de 2025];25 (3):239-254. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2484705>
26. Valdés J, Torrealba F. La corteza prefrontal medial controla el alerta conductual y vegetativo: Implicancias en desórdenes de la conducta. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]; 2006 [citado el 05 de enero de 2025]; 44(3):195-204. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000300005>
27. Borrás Santisteban T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *CCM* [Internet]; 2014 [citado el 05 de enero de 2025];18(1):5-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002&lng=es&tlng=es
28. Torregrosa R, Balaguer P, Ballesteros V, Bayona M, Blasco A, Fonfria C *et al.* Comité de Bioética Asistencial, Departamento Valencia Hospital General. Intimidación, confidencialidad y secreto profesional (una aproximación desde la bioética). Informe del Comité de Bioética asistencial del Departamento Valencia Hospital General. *CM de Psicobioquímica* [Internet]; 2018 [citado el 06 de enero de 2025];5:1-39. Disponible en: [358b231c-e178-4714-a6ce-5e326abe3fc4](https://doi.org/10.358b231c-e178-4714-a6ce-5e326abe3fc4)
29. Winkler MI, Villarroel R, Pasmanik D. La promesa de confidencialidad: nuevas luces para la investigación científica y la práctica profesional en salud mental. *Acta. Bioeth.* [Internet]; 2018 [citado el 05 de enero de 2025]; 24(1):127-136. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2018000100127&lng=es&nrm=iso

30. World Health Organization. Assessing and supporting adolescents' capacity for autonomous decision-making in health care settings. A tool for health-care providers. [Internet]; 2021 [citado el 10 de enero de 2023];1-20. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/350208>
31. Santi MF. Controversias éticas en torno a la privacidad, la confidencialidad y el anonimato en investigación social. Rev. Bioet. Der. [Internet]; 2016 [citado el 08 de enero de 2025];37:5-21. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872016000200002
32. Fernández, M. La protección del paciente frente a los deberes de información y secreto profesional médico. Prolegómenos [Internet]; 2015 [citado el 06 de enero de 2025];18(35):153-168. Disponible en: <https://doi.org/10.18359/dere.816>
33. Chung R, Lee J, Hackell J, Alderman E. Committee on Adolescence, Committee on Practice & Ambulatory Medicine. Confidentiality in the Care of Adolescents: Policy Statement. Pediatrics [Internet]; 2024 [citado el 06 de enero de 2025];153(5):e2024066326. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2024-066326>
34. Loch J, Clotet J, Goldim J. Privacidad y confidencialidad en la atención a la salud del adolescente: percepciones y comportamiento de un grupo de 711 estudiantes universitarios. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]; 2007 [citado el 07 de enero de 2025];53(3):240-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302007000300022>
35. Sánchez M. Confidencialidad con el adolescente y derecho de los padres: un conflicto de intereses. ADOLESCERE [Internet]; 2022 [citado el 07 de enero de 2025];X(2):1-7. Disponible en: <https://www.adolescere.es/confidencialidad-con-el-adolescente-y-derecho-de-los-padres-un-conflicto-de-intereses/>
36. Simón-Lorda P. Madurez, capacidad y autonomía. EIDON [Internet]; 2014 [citado el 07 de enero de 2025];41:3-11. Disponible en: DOI: [10.13184/eidon.41.2014.3-11](https://doi.org/10.13184/eidon.41.2014.3-11)
37. Parra D, Ravetllat I. El consentimiento informado de las personas menores de edad en el ámbito de la salud. Ius. Prax. [Internet]; 2019 [citado 10 de marzo de 2025];25(3):215-248. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-00122019000300215&lng=es&nrm=iso
38. Simón-Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]; 2008 [citado el 08 de enero de 2025];28(2):327-350. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000200006&lng=es&tlng=es
39. Weithorn L, Campbell S. The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. (abstract). Child Dev. [Internet]; 1982 [citado el 08 de enero de 2025];53(6):1589-98. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7172783/>
40. Mann L, Harmoni R, Power C. Adolescent decision-making: the development of competence. Jour. Adolesc [Internet]; 1989 [citado el 08 de enero de 2025];12(3):265-278. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0140-1971\(89\)90077-8](https://doi.org/10.1016/0140-1971(89)90077-8)

41. Riaño-Galán I. La madurez del adolescente para tomar decisiones sanitarias: de la teoría a la práctica. *ADOLESCERE* [Internet]; 2021 [citado el 08 de enero de 2025];IX(2):1-8. Disponible en: https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-IX-n2-2021/2021-n2-108_115-Taller-La-madurez-del-adolescente-para-tomar-decisiones-sanitarias-de-la-teoria-a-la-practica.pdf
42. Riaño-Galán I, del Río-Pastoriza I. Aspectos bioéticos en la atención al adolescente. *Pediatr. Int.* [Internet]; 2022 [citado el 08 de enero de 2025];XXVI(4):236-243 Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-06/aspectos-bioeticos-en-la-atencion-al-adolescente/>
43. Urquiza V, Casullo M. Empatía, razonamiento moral y conducta prosocial en adolescentes. *Anua. Invest.* [Internet]; 2006 [citado el 06 de enero de 2025];13:297-302. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139942031>
44. García M, Pellicer B, Arrazola O. La ética del cuidado, sustento de la bioética enfermera. *Rev.latinoam.bioet.* [Internet]; 2016 [citado el 18 de marzo de 2025];16(1):72-79. Disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022016000100005&lng=en&nrm=iso
45. Gairí-Burgués M, Esquerda-Areste M, Pifarré-Paredero J, Miquel-Fernández E, Solé-Mir E. Evaluación de la madurez del menor en el ámbito sanitario: la perspectiva de padres y pediatras. *Rev. Pediatr. Aten. Primaria.* [Internet]; 2023 [citado el 08 de enero de 2025];25(97): 13-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322023000100002&lng=e
46. Montero A, González E. Principales consideraciones bioéticas en la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]; 2010 [citado el 05 de enero de 2025];75(4):272-277. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000400011&lng=es
47. Gorga M. La autonomía progresiva y el neurodesarrollo de niñas, niños y adolescentes desde una perspectiva neuroética. *Rev. Redbioet.* [Internet]; 2021 [citado el 08 de enero de 2025];1(23):65-79. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/360852147>
48. Gómez de la Torre M. Las implicancias de considerar al niño sujeto de derechos. *Rev. Der.* [Internet]; 2018 [citado el 08 de enero de 2025];18:117-137. Disponible en: www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-61932018000200117&lng=es&nrm=is
49. Ordonez-Azuara Y, Rodríguez-Alanís M, Gutiérrez-Herrera R, Aguilera-Portales R, López-Cabrera N. Análisis hermenéutico de los dilemas bioéticos en la atención médica de los adolescentes en México. *Rev. Ibero Bioe.* [Internet]; 2019 [citado el 09 de enero de 2025];9:1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.14422/rib.i09.y2019.005>
50. Siurana J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas* [Internet]; 2010 [citado el 09 de enero de 2025];22: 121-157. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006&lng=es&nrm=iso

51. Carvajal S. Virtudes del médico: ¿qué importancia le atribuyen los pacientes?. Rev. méd. Chile [Internet]; 2020 [citado el 15 de abril de 2023];148(12):1767-1772. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020001201767&lng=es

52. López G, Perea A, Padrón M, Espinoza E, Lara A. Entrevista con el adolescente. Acta. Ped. Méx. [Internet]; 2014 [citado el 19 de julio de 2022];35(3):229-237. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000300009&lng=es&tlng=es

53. Insua JT. Principialismo, bioética personalista y principios de acción en medicina y en servicios de salud. Pers. Bioe. [Internet]; 2018 [citado el 08 de enero de 2025];22(2):223-246. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222018000200223&lng=en

54. American Academy of Pediatric Dentistry. Adolescent oral health care. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry. [Internet]; 2021 [citado el 18 de julio de 2022]:267-76. Disponible en: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_adoleshealth.pdf

55. Lobato-Guerra LF, Rojina-Magaña CA, López-Santacruz HD, Guízar-Mendoza JM. Adolescencia y consumo de sustancias: Abordaje odontológico. Rev. Odontoped. Latin. [Internet]; 2022 [citado el 09 de enero de 2025];12(1):e-223507. Disponible en: <https://doi.org/10.47990/alop.v12i1.507>

56. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. [Internet]; 2024 [citado el 09 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

57. Håkstad K, Fegran L, Hovden E, Köpp U. Orofacial signs of child or adolescent maltreatment identified by dentists and dental hygienists: A scoping review. Int. J. Paediatr. Dent. 2024;34:285-301.

58. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Violencia contra niños, niñas y adolescentes en América Latina y El Caribe 2015-2021. Una revisión sistemática. Resumen ejecutivo. [Internet]; 2021 [citado el 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/29031/file/Violencia-contra-ninos-ninas-y-adolescentes-en-America-Latina-y-el-Caribe-2015-2021.pdf>

59. Gutierrez N, Leyda AM, González F, Gavara MJ. Metodologías innovadoras sobre maltrato infantil para una formación integral de los futuros odontólogos Iberoamericanos. Revisión bibliográfica. Rev. Odontoped. Latin. [Internet]; 2021 [citado el 10 de enero de 2025];11(2): e-320200. Disponible en: <https://doi.org/10.47990/alop.v11i2.273>

60. American Dental Association. Resources. Oral Piercing/Jewelry. [Internet]; 2022. Disponible en: <https://www.ada.org/resources/ada-library/oral-health-topics/oral-piercing-jewelry>

61. Caputo G, Simón C, Alonso G, Puche M, Campagna C, Sansone F *et al.* Epidemiología y frecuencia de enfermedades de transmisión sexual y su repercusión en la mucosa bucal. Una revisión narrativa. *Rev. Asoc. Odontol. Argent.* [Internet]; 2022 [citado el 10 de enero de 2025];110(1):48-55. Disponible en: <https://doi.org/10.52979/raoa.1196>
62. Chan A, Tran T, Hsu Y, Liu S, Kroon J. A systematic review of dietary acids and habits on dental erosion in adolescents. *Int. J. Paediatr. Dent.* 2020;30(6), 713–733.
63. Paiva H, Guimarães M, Filho P, Ferreira R, Zarzar P, Paiva P. Do binge drinking adolescents have a greater number of traumatised teeth? A longitudinal study with 12-year-olds in Brazil. *Int. J. Paediatr. Dent.* 2025;35(1):194-200.
64. Monda M, Costacurta M, Maffei L, Docimo R. Oral manifestations of eating disorders in adolescent patients. A review. *Eur. J. Paediatr. Dent.* 2021;22(2):155-158.
65. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica de Protección de niños, niñas y adolescentes. [Internet]; 2015 [citado el 18 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.asambleanacional.gob.ve/leyes/sancionadas/ley-de-reforma-parcial-de-la-ley-organica-para-la-proteccion-de-ninos-ninas-y-adolescentes>
66. Organismo Internacional de Juventud para Iberoamérica. Convención Iberoamericana de derechos de los jóvenes. [Internet]; 2017 [citado el 18 de julio de 2022]. Disponible en: <https://oij.org/wp-content/uploads/2017/01/Convenci%C3%B3n.pdf>
67. Colegio de Odontólogos de Venezuela. Código de Deontología Odontológica. [Internet]; 1992 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://elcov.com.ve/ley2.htm>
68. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Código Civil. [Internet]; 1982 [citado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.asambleanacional.gob.ve/storage/documentos/leyes/ley-de-ref-20220406152223.pdf>
69. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. [Internet]; 2017 [citado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
70. Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la población, según entidad y sexo, 2000-2050. [Internet]; 2023 [citado el 19 de agosto de 2023]. Disponible en: http://www.ine.gob.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=98&Itemid=51
71. Instituto de Investigaciones económicas y sociales. Universidad Católica Andrés Bello. Encuesta Nacional sobre juventud 2021. [Internet]; 2021 [citado el 19 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://elucabista.com/wp-content/uploads/2021/10/Presentacion-ENJUVE-II-26-10-2021.pdf>
72. García J, Reding A, López J. Cálculo en el tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Inv. Ed. Med.* [Internet]; 2013 [citado el 20 de agosto de 2023]; 2(1): 217-224. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505713727157#sec0120>

73. Di Brienza. Características demográficas de los hogares venezolanos. Un acercamiento a partir de la ENCOVI. 2021. Tem. Coyunt. [Internet]; 2022 [citado el 01 de agosto de 2023];85: 119-146. Disponible en: <https://revistasenlinea.saber.ucab.edu.ve/index.php/temasdecoyuntura/article/view/5784>
74. Díaz-Muñoz G. Metodología del estudio piloto. Rev. Chil. Radiol. [Internet]; 2020 [citado el 15 de enero de 2025];26(3):100-104. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082020000300100&lng=es
75. Flores J. www.eldiario.com. Alrededor de 60 adolescentes en Venezuela siguen en un limbo de incertidumbre y maltratos. [sede web]. Caracas-Venezuela. Eldiario.com. [actualizada el 11 de enero de 2025; acceso el 12 de enero de 2025] Disponible en: <https://eldiario.com/2024/09/12/adolescentes-detenido-venezuela-limbo-incertidumbre-maltratos/>
76. www.de bbc.com. “La detención de niños, niñas y adolescentes, con esta magnitud no la habíamos visto en Venezuela”. [sede web]. Reino Unido. bbc.com. [actualizada el 22 de octubre de 2024; acceso 12 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/articles/cpv2v4dd38ro>
77. Hernández O. Familiares de detenidos tras elecciones en Venezuela denuncian que estos sufren torturas, comida en mal estado y deterioro de la salud. [sede web]. EE.UU. cnnspanol.cnn.com. [actualizada el 07 de octubre de 2024; acceso 12 de enero de 2025]. Disponible en: <https://cnnspanol.cnn.com/2024/10/07/detenidos-elecciones-venezuela-torturas-orix>
78. vozdeamerica.com. A gritos desde sus calabozos, adolescentes apresados por protestar en Venezuela denuncian golpizas. [sede web]. EE.UU. vozdeamerica.com. [actualizada el 04 de octubre de 2024; acceso el 12 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.vozdeamerica.com/a/a-gritos-desde-calabozos-adolescentes-arrestados-por-protestar-en-venezuela-denuncian-golpizas/7810668.html>
79. elnacional.com. La CIDH rechaza las detenciones arbitrarias de adolescentes en Venezuela. [sede web]. Caracas-Venezuela. elnacional.com. [actualizada el 12 de septiembre de 2024; acceso el 12 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.elnacional.com/2024/09/1a-cidh-rechaza-las-detenciones-arbitrarias-de-adolescentes-en-venezuela/>
80. vozdeamerica.com. “Son inocentes, es una cosa absurda” exigen liberación de adolescentes detenidos en protestas en Venezuela. [sede web]. EE.UU. vozdeamerica.com. [actualizada el 16 de agosto de 2024; acceso el 12 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.vozdeamerica.com/a/arrestan-en-venezuela-a-mas-de-100-adolescentes-bajo-acusaciones-de-terrorismo/7744528.html>
81. Miranda S, Ortiz J. Los paradigmas de la investigación: un acercamiento teórico para reflexionar desde el campo de la investigación educativa. RIDE. Rev. Iberoam. Investig. Desarro. Educ. [Internet]; 2020 [citado el 09 de marzo de 2025];11(2): e064. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74672020000200164&lng=es

82. García-González J, Sánchez-Sánchez P. Diseño teórico de la investigación: instrucciones metodológicas para el desarrollo de propuestas. *Info. Tecnol.* [Internet]; 2020 [citado el 09 de marzo de 2025]; 31(6):159-170. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07642020000600159&lng=es&nrm=iso
83. Coello E, Blanco N, Reyes Y. Los paradigmas cuantitativos y cualitativos en el conocimiento de las ciencias médicas con enfoque filosófico-epistemológico. *Rev. Edumece.* [Internet]; 2012 [citado el 09 de marzo de 2025]; 4(2):137-146. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742012000200017&lng=es
84. Cadena-Iñiguez P, Rendón-Medel R, Aguilar-Ávila J, Salinas-Cruz E, Cruz-Morales F, Sangerman-Jarquín D. Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. *Rev. Mex. Cien. Agri.* [Internet]; 2017 [citado el 09 de marzo de 2025]; 8(7):1603-1617. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-09342017000701603&lng=es&tlng=es
85. Sarmiento G. Análisis del principio del Interés superior del niño, en la normativa legal venezolana vigente. [trabajo especial de grado] Caracas. Universidad Central de Venezuela, 2012.
86. Ruiz P, Felipe E. Inteligencia emocional, género y clima familiar en adolescentes peruanos. *Act. Colomb. Psicol.* [Internet]; 2018 [citado el 10 de marzo de 2025]; 21(2): 188-211. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552018000200188&lng=en&nrm=iso
87. Zapata D, Toro D, Pérez S, Gallego S. Factores Socioemocionales que Intervienen en la Toma de Decisiones en los Adolescentes. *Rev. Inn. Dig. y Desarr. Sosten.* [Internet]; 2021 [citado el 11 de marzo de 2025]; 2(1): 72-85. Disponible en: <https://doi.org/10.47185/27113760.v2n1.46>
88. Márquez-Cervantes M, Gaeta-González M. Competencias emocionales y toma de decisiones responsable en preadolescentes con el apoyo de docentes, padres y madres de familia: Un estudio comparativo en estudiantes de 4º a 6º año de educación primaria en España. *Revista Electrónica Educare* [Internet]; 2018 [citado el 11 de marzo de 2025]; 22(1):176-200. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-42582018000100176&lng=en&nrm=iso
89. Puella M, Silva M, Silva A. Límites, reglas, comunicación en familia monoparental Con hijos adolescentes. *Divers. Perspec. Psicol.* [Internet]; 2014 [citado el 12 de marzo de 2024]; 10(2), 225-246. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982014000200004&lng=en&tlng=es
90. Roizblatt A, Leiva V, Maida A. Separación o divorcio de los padres. Consecuencias en los hijos y recomendaciones a los padres y pediatras. *Rev. Chil. Pediatr.* [Internet]; 2018 [citado el

18 de marzo de 2025]; 89(2):166-172. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000200166&lng=es

91. Organización de la Naciones Unidas. UNICEF. Texto de la Convención sobre los Derechos del Niño. [Internet]; 2006 [citado el 18 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>

92. Yáñez R, Ahumada H, Rivas E. La técnica de viñeta y su aplicación en investigaciones en enfermería. *Cienc. Enferm.* [Internet]; 2012 [citado el 02 de febrero de 2025];18(3):9-15. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300002&lng=es

93. Uezen Y, Herrera A, Simaes A, Gago L, Huaire E. Mentalidad machista, estilos de crianza y vulnerabilidad social en cuidadores primarios. Una comparación transcultural entre Argentina y Perú. *Rev. Latin. Psicol.* [Internet]; 2022 [citado el 09 de marzo de 2025];54:196-204. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342022000100196&lng=en&nrm=iso

94. Luna A, Laca F. Patrones de toma de decisiones y autoconfianza en adolescentes bachilleres. *Rev. Psicol.* [Internet]; 2014 [citado el 09 de febrero de 2025];32(1):39-66. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000100002&lng=es&tlng=es

95. D'Amico A, Geraci A. Sex differences in emotional and meta-emotional intelligence in pre-adolescents and adolescents. *Act. Psychol.* [Internet]; 2022 [citado el 09 de febrero de 2025];227:103594. Disponible en: DOI: [10.1016/j.actpsy.2022.103594](https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103594)

96. Suárez-Benitez Y, Martínez-Fonseca B, Torres-Cardoso S, Alarcón-Macias M, Galloso-Llovet I. Factores de riesgo asociados al consumo de tabaco en la adolescencia. *Rev. inf. cient.* [Internet]; 2024 [citado el 23 de marzo de 2025]; 103: 1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332024000100040&lng=es

97. Villarroel-Dorrego M, Rodríguez G, Chapellín A, Di Miele S, Rodríguez C, Ferreira S, Hernández Ma. Asociación entre Tabaquismo y Edentulismo en un grupo de individuos venezolanos: estudio clínico transversal. *Act. Odontol. Ven.* [Internet]; 2013 [citado el 09 de marzo de 2025]; 51(4): 1-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6827646>

98. Bello S, Flores A, Bello M, Chamorro H. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Rev. chil. enferm. respir.* [Internet]; 2009 [citado el 23 de marzo de 2025]; 25(4): 218-230. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482009000400003&lng=es

99. Organización Mundial de la salud. Temas de salud. Comunicados de prensa. [Internet]; 2023 [citado el 23 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/tobacco#tab=tab_1

100. Organización Mundial de la salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2023: proteger a la población del humo de tabaco. Resumen ejecutivo. Ginebra:

Organización Mundial de la Salud; Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Internet];2023 [citado el 23 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240077485>

101. Miguel-Aguilar C, Rodríguez-Bolaños R, Caballero M, Arillo-Santillán E, Reynales-Shigematsu L. Fumar entre adolescentes: análisis cuantitativo y cualitativo de factores psicosociales asociados con la decisión de fumar en escolares mexicanos. *Sal. Pub. Méx* [Internet]; 2017 [citado el 23 de marzo de 2025];59(Suppl 1): 63-72. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000700063&lng=es

102. Galbe J, Rando D, San Miguel M, Colomer J, Cortés O, Esparza M et al. Prevención del consumo de tabaco en la adolescencia. *Rev. Pediatr. Aten. Primaria*. [Internet]; 2020 [citado el 24 de marzo de 2025]; 22(88):411-422. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000500021&lng=es.

103. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Internet]; 2018 [citado el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31188852/>

104. Lynch E, McGovern R, Elzerbi C, Breckons M, Deluca P, Drummond C *et al.* Adolescent perspectives about their participation in alcohol intervention research in emergency care: A qualitative exploration using ethical principles as an analytical framework. *PLoS One*. [Internet]; 2019 [citado el 25 de marzo de 2025];12;14(6):e0217855. Disponible en: DOI: [10.1371/journal.pone.0217855](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217855)

105. Rodríguez F, Sanchiz M, Bisquerra R. Consumo de alcohol en la adolescencia: Consideraciones médicas y orientaciones educativas. *Sal. Ment.* [Internet]; 2014 [citado el 27 de marzo de 2025];37(3):255-260. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000300010&lng=es

106. Mendoza A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev. Peru. Ginecol. obstet.* [Internet]. 2017 [citado el 31 de marzo de 2025];63(4):555-564. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400007&lng=es

107. Schmidt L. Método de interpretación y análisis holístico en casos bioéticos. *Act. Bioeth.* [Internet]; 2008 [citado el 31 de marzo de 2025];14(1):39-46. Disponible en: <https://actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/16513>

108. Loewe D. Virtudes, racionalidad y el desarrollo moral. *Alpha* [Internet]; 2017 [citado el 31 de marzo de 2025];1;(44):243-251. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22012017000100243&lng=es&nrm=iso

109. Benítez A, García V, Valdez G, Escobar M. La Ética de las virtudes de Aristóteles y su desarrollo en la Bioética. Rev. Hum. Med. [Internet]; 2001 [citado el 31 de marzo de 2025];1(2): 1-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202001000200002&lng=es
110. Benitez G, Orfila J. Teoría ética: una visión desde el siglo XXI. Rev. Facul. Med. [Internet]; 2019 [citado el 20 de abril de 2025]; 42(1):1-26. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10872/22985>
111. Moreno-Losada V. Sin protección a víctima y denunciante, lucha contra el maltrato infantil está en jaque. [sede web] www.cecodap.org. [actualizada el 24 de abril de 2020; acceso el 31 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://cecodap.org/sin-proteccion-a-victima-y-denunciante-lucha-contra-el-maltrato-infantil-esta-en-jaque/>
112. Manrique-Tisnés H, De Castro-Correa A. Toma de decisiones: intuición y deliberación en la experiencia de los decisores. Innovar [Internet]; 2019 [citado el 31 de marzo de 2025];29(73): 149-164. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-50512019000300149&lng=en&nrm=iso
113. Labrador Y. Sin padres por el éxodo: casi 1.000.000 de niños sienten el abandono en Venezuela. [sede web] www.eldiario.com. [actualizada el 25 de enero de 2025; acceso el 31 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://eldiario.com/2020/02/05/sin-padres-por-el-exodo-casi-1-000-000-de-ninos-sienten-el-abandono-en-venezuela/>
114. Redacción NTN24. Actualizan la cifra de migración venezolana y los principales países de acogida. [sede web] www.ntn24.com [actualizada el 5 de junio de 2024; acceso el 31 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.ntn24.com/noticias-actualidad/actualizan-la-cifra-de-migracion-venezolana-y-los-principales-paises-de-acogida-494431>
115. Gómez J. Neuroética: relaciones entre mente/cerebro y moral/ética. Med. y Etic. [Internet]; 2020 [citado el 23 de febrero de 2025];31(3), 713-720. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2594-21662020000300713&lng=es&nrm=iso
116. Garzón-Díaz F. La neuroética, una nueva línea de investigación para la bioética. Rev. Latinoam. Bioet. [Internet]; 2011 [citado el 09 de enero de 2025];11(1):6-9. Disponible en: : http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022011000100001&lng=en
117. Cortina A. Neuroética: ¿Las bases cerebrales de una ética universal con relevancia política?. ISEGORÍA Rev. Filos. Mor. Polit. [Internet]; 2010 [citado el 09 de enero de 2025];42: 129-148. Disponible en: <https://doi.org/10.3989/isegoria.2010.i42.687>

Anexo 1

Tabla 1. Criterios y puntuaciones del *MacCAT-T*

Prueba de evaluación de competencia de Mc Arthur			
Criterio	Subcriterio	Puntuación parcial	Puntuación total
Comprensión	Comprensión de la enfermedad	0 - 2	0 - 6
	Comprensión del tratamiento	0 - 2	
	Comprensión de Riesgos y Beneficios	0 - 2	
Apreciación	De la situación de la enfermedad	0 - 2	0 - 4
	Del objetivo general del tratamiento	0 - 2	
Razonamiento	Lógico-secuencial	0 - 2	0 - 8
	Lógico-comparativo	0 - 2	
	Predictivo (consecuencias derivadas de las posibles elecciones)	0 - 2	
	Consistencia interna del procedimiento de la elección	0 - 2	
Elección	Expresa una decisión	0 - 2	0 - 2

Tomada de Simón-Lorda ⁽³⁸⁾

Anexo 2

Tabla 2. Escala móvil de competencia de Drane

Escala móvil de competencia			
Tipo de decisión	Fácil	Media	Difícil
Competencia necesaria	Baja	Media	Alta
Para consentir	Tratamiento eficaz: Alto beneficio/bajo riesgo	Beneficio/riesgo intermedio	Tratamiento con alto riesgo/bajo beneficio
Para rechazar	Tratamiento incierto Tratamiento de bajo beneficio/ alto riesgo	Beneficio/riesgo intermedio	Tratamiento de alto beneficio/bajo riesgo

Tomado de: Esquerda *et al.* ⁽⁶⁾

Anexo 3

Tabla 3. El sistema de evolución de la conciencia moral según Kohlberg

El sistema de evolución de la conciencia moral	
Nivel I (Preconvencional)	
Estadio 1: moralidad heterónoma (castigo/obediencia)	4-9 años
Estadio 2: individualismo, finalidad instrumental e intercambio	9-12 años
Nivel II (Convencional)	
Estadio 3: mutuas expectativas interpersonales	12-16 años
Estadio 4: sistema social y conciencia	> 16 años
Nivel III (Posconvencional)	
Estadio 5: contrato social o utilidad y derechos individuales	> 20 años
Estadio 6: Principios éticos universales	

Tomado de: Riaño y Del Río ⁽⁴²⁾

Anexo 4

Tabla 4. Pasos prácticos para evaluar y apoyar la capacidad de los adolescentes en la toma de decisiones

Pasos prácticos para evaluar la capacidad de los adolescentes			
<p>1</p> <p>Exploración conjunta de la situación y opciones: Explorar con el adolescente elementos importantes en la toma de decisiones y el contexto global, la situación, incluyendo el aspecto psicosocial del adolescente, los riesgos y los recursos. El Rol del profesional es proporcionar toda la información necesaria (usando un lenguaje apropiado) sobre la afección médica y las opciones para ayudar al adolescente en la toma de una decisión.</p>	<p>2</p> <p>Síntesis común de la situación: Resumir los problemas planteados en el paso 1 y garantizar la comprensión. El profesional de la salud debe estar particularmente atento a los elementos que puedan alterar una decisión y acción según corresponda para permitir la deliberación con el adolescente y cualquier tercero relevante con el fin de alcanzar un decisión consensuada. La participación de los padres o tutores legales y otras personas relevantes debe ser discutida con el adolescente.</p>	<p>3</p> <p>Punto de decisión: Decida si el adolescente tiene la capacidad para hacer una decisión autónoma en una situación dada en un tiempo determinado.</p>	<p>4</p> <p>Seguimiento: Esquematice un plan de seguimiento, independientemente de que Se haya alcanzado a un consenso en torno a una decisión.</p>

Información tomada de la OMS. ⁽³⁰⁾ Traducida por la autora

Anexo 5

Tabla 5. Decálogo de valores a construir en la relación clínica con el adolescente

Decálogo de valores en la relación clínica con el adolescente	
Valor	Descripción
Autenticidad	Integridad y coherencia entre lo que se dice y lo que se hace
Benevolencia	Deseo y voluntad de hacer el bien al adolescente
Receptividad	Escucha activa, comprender sin juzgar
Veracidad	Decir la verdad, teniendo en cuenta su capacidad de comprensión
Compasión	Empatía y comprensión que nos moviliza para ayudarlo
Relación de ayuda	Acompañamiento sin generar dependencias
Justicia distributiva	Respetar los derechos del adolescente, ajustarse a sus necesidades y a su modo de ser, y distribuir equitativamente los recursos sanitarios
Prudencia	Capacidad de discernir razonadamente la actuación correcta en cada situación
Confidencialidad	Fomentar el derecho a confidencialidad salvo riesgo para su vida o salud
Responsabilidad	Entendida como “el deber de cuidar y ocuparse del otro vulnerable”

Tomado de: Riaño y del Río ⁽⁴²⁾

Anexo 6

Tabla 6. Combinatoria de modelo tripartito con criterios de bien o mal desde la moral naturalista

Combinatoria de modelo tripartito desde la moral naturalista			
criterio moral naturalista	Modelo tripartito		
Bien (b)/ Mal (m)	Adolescente	Tutor	Médico
Bien (3b)	A (b)	T (b)	M (b)
Mal (3m)	A (m)	T (m)	M (m)
Bien (2b)	A (b)	T (b)	M (m)
Bien (2b)	A (m)	T (b)	M (b)
Mal (2m)	A (m)	T (m)	M (b)
Mal (2m)	A (b)	T (m)	M (m)
Bien (1b)	A (m)	T (b)	M (m)
Mal (1 m)	A (b)	T (m)	M (b)
Σ	8		

Tomado de: Ordonez- Azuara *et al.* ⁽⁴⁹⁾

Anexo 7

Tabla 7. Criterios, ejemplos y análisis principialista de las combinaciones de modelo tripartito

Análisis principialista del modelo tripartito		
Combinación	Ejemplo	Análisis principialista
A (b) – T (b) – M (b)	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.	Los tres actores están de acuerdo, pero deben considerar ¿lo que estamos pensando es legal? La beneficencia para el paciente ante un tratamiento nuevo, a pesar del acuerdo del tutor y el respaldo médico, se contraponen con la normatividad al ser un acto ilegal.
A (m) – T (m) – M(m)	El médico acuerda realizar un procedimiento de reasignación de sexo en un paciente adolescente de 12 años, apoyado por sus padres.	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.
A (b) – T (b) – M (m)	El médico descalifica el diagnóstico sobre la insatisfacción de imagen corporal del adolescente, considerándola como “niñerías” y no le oferta opciones terapéuticas.	El adolescente (b) y su tutor (b) han tomado una buena decisión, sin embargo, el médico (m) los descalifica. Aunque se respeta la autonomía de la 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.
A (m) – T (b) – M (b)	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.	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.
A (m) – T (m) – M (b)	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.	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.
A (b) – T (m) – M (m)	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”.	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.
A (m) – T (b) – M (m)	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.	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 con 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.
A (b) – T (m) – M (b)	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	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

Información tomada de: Ordonez- Azuara *et al.* ⁽⁴⁹⁾ Síntesis realizada por la autora.

Anexo 8. Asentimiento informado

Asentimiento informado para participar en la investigación titulada: Derecho a la confidencialidad: Análisis bioético de la perspectiva del adolescente y su representante ante la consulta odontológica.

La confidencialidad se refiere a la protección de información privada y privilegiada compartida por el paciente durante una interacción con el profesional de salud y de información consignada en los registros médicos. La confidencialidad es un componente esencial en la atención en salud del adolescente que da soporte a su autonomía. Los proveedores de salud deben estar en la capacidad de informar a los adolescentes y a sus padres o representantes legales acerca del derecho de confidencialidad y sus límites, por lo que se considera un aspecto relevante de la ética profesional para un buen tratamiento y una adecuada relación entre el profesional de salud y sus pacientes.

La presente investigación se desarrolla como Trabajo de Grado en el marco del Programa de Maestría en Bioética en la Universidad Central de Venezuela y se realiza con el objetivo de identificar los puntos de vista, opiniones y consideraciones de los pacientes adolescentes y su representante en relación con el derecho a la confidencialidad ante la consulta odontológica. Para ello a los jóvenes y a su respectivo representante que decidan participar en el estudio, se les realizará una encuesta electrónica cuya respuesta tomará cerca de 12 minutos. En la encuesta deberán contestar un grupo de preguntas relacionadas con el tema del estudio y ofrecer sus datos personales como edad, sexo y grupo familiar. Las respuestas obtenidas de la encuesta serán transcritas a un computador, luego de cumplir con los requisitos académicos serán destruidas y/o eliminadas. Los datos obtenidos podrán ser utilizados con fines académicos, de investigación y docencia en conferencias, charlas y publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales, así como en futuros estudios. La participación en la investigación no tiene ningún costo económico ni para el participante ni para su representante. Los datos personales son absolutamente confidenciales. La participación de los sujetos será voluntaria, sin que exista persuasión, manipulación o coacción para ello y no habrá retribución económica alguna para los participantes o sus representantes y/o familiares.

OTORGAMIENTO DEL ASENTIMIENTO INFORMADO

Declaro haber leído el presente asentimiento informado y haber comprendido todas las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo, que mi participación es voluntaria y que en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación alguna puedo revocar el asentimiento que doy ahora para participar en este trabajo de investigación, sin consecuencias negativas para mí. Se me ha dado el tiempo necesario para evaluar todos los aspectos. También se me aseguró que mi nombre y mi identidad serán confidenciales y no serán publicados.

Nombre del sujeto a participar en la investigación: _____

C.I No. del sujeto a participar en la investigación: _____.

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del Investigador: Mónica Rodríguez Rodríguez. C.I No.: 10.331.088. COV No.: 11.216. MPPS No.: 11.047

Firma del adolescente participante

Firma del Investigador

Fecha: ____/____/____

Anexo 9. Consentimiento informado

Consentimiento informado para participar en la investigación titulada: Derecho a la confidencialidad: Análisis bioético de la perspectiva del adolescente y su representante ante la consulta odontológica.

La confidencialidad se refiere a la protección de información privada y privilegiada compartida por el paciente durante una interacción con el profesional de salud y de información consignada en los registros médicos. La confidencialidad es un componente esencial en la atención en salud del adolescente que da soporte a su autonomía. Los proveedores de salud deben estar en la capacidad de informar a los adolescentes y a sus padres o representantes legales acerca del derecho de confidencialidad y sus límites, por lo que se considera un aspecto relevante de la ética profesional para un buen tratamiento y una adecuada relación entre el profesional de salud y sus pacientes.

La presente investigación se desarrolla como Trabajo de Grado en el marco del Programa de Maestría en Bioética en la Universidad Central de Venezuela y se realiza con el objetivo de identificar los puntos de vista, opiniones y consideraciones de los pacientes adolescentes y su representante en relación con el derecho a la confidencialidad ante la consulta odontológica. Para ello a los jóvenes y a su respectivo representante que decidan participar en el estudio, se les realizará una encuesta electrónica cuya respuesta tomará cerca de 12 minutos. En la encuesta deberán contestar un grupo de preguntas relacionadas con el tema del estudio y ofrecer sus datos personales como edad, sexo y grupo familiar. Las respuestas obtenidas de la encuesta serán transcritas a un computador, luego de cumplir con los requisitos académicos serán destruidas y/o eliminadas. Los datos obtenidos podrán ser utilizados con fines académicos, de investigación y docencia en conferencias, charlas y publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales, así como en futuros estudios. La participación en la investigación no tiene ningún costo económico ni para el participante ni para su representante. Los datos personales son absolutamente confidenciales. La participación de los sujetos será voluntaria, sin que exista persuasión, manipulación o coacción para ello y no habrá retribución económica alguna para los participantes o sus representantes y/o familiares.

OTORGAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro haber leído el presente consentimiento informado y haber comprendido todas las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo, que mi participación es voluntaria y que en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación alguna puedo revocar el consentimiento que doy ahora para participar en este trabajo de investigación, sin consecuencias negativas para mí. Se me ha dado el tiempo necesario para evaluar todos los aspectos. También, se me aseguró que mi nombre y mi identidad serán confidenciales y no serán publicados.

Nombre del sujeto a participar en la investigación: _____

C.I No. del sujeto a participar en la investigación: _____.

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del Investigador: Mónica Rodríguez Rodríguez. C.I No.: 10.331.088. COV No.: 11.216. MPPS No.: 11.047

Firma del representante participante

Firma del Investigador

Fecha: ____/____/____

Anexo 10. Instrumento de medición. Encuesta para el adolescente

Elemento de la encuesta	Encuesta para el adolescente
Introducción	Apreciado participante, a continuación, se le harán 3 preguntas relacionadas con sus datos personales y otras 7 preguntas para conocer su punto de vista sobre el derecho a la privacidad y a la confidencialidad en la consulta odontológica. Recordemos que la confidencialidad se refiere a la protección de información privada y compartida por el paciente durante una interacción con el profesional de salud. Debe escoger solo una de las alternativas que se dan como respuesta. No existen respuestas correctas o incorrectas, se desea conocer su preferencia en relación con el tema. Muchas gracias por su valiosa participación.
Edad	a)14 b)15 c)16 d)17
Sexo	a)Femenino b) Masculino
Tipología del hogar	¿Con quién vives? a) con mamá y ascendiente b)con mamá c)con papá d) a veces con mamá, a veces con papá
Confidencialidad	Descripción: En relación con la confidencialidad, ¿sabía que es un derecho del adolescente? Respuestas: a)SI b)NO
Privacidad	Descripción: ¿Preferiría que en la consulta odontológica, se le diera un momento de privacidad (paciente-odontólogo) para hacer preguntas relacionadas con su salud bucal? Respuestas: a)SI b) NO
Caso 1	Descripción: Si un odontólogo encuentra en un paciente de 15 años de edad manchas ocultas en los dientes que están relacionadas con el hábito de fumar cigarrillos, ¿tú piensas que los padres deberían ser informados por el odontólogo? Respuestas: a)SI b)NO
Caso 2	Descripción: Si un odontólogo encuentra en un paciente de 15 años de edad enfermedad de las encías que están relacionadas con el hábito de consumir bebidas alcohólicas, ¿tú piensas que los padres deberían ser informados por el odontólogo? Respuestas: a)SI b)NO
Caso 3	Descripción: Si un odontólogo encuentra en un paciente de 15 años de edad un “piercing” en la boca que le causa heridas y sangramiento ¿tú piensas que los padres deberían ser informados por el odontólogo? Respuestas: a)SI b)NO
Caso 4	Descripción: Si un odontólogo encuentra en un paciente de 15 años de edad una enfermedad en la boca que requiera tratamiento con medicamentos de bajo costo que puedan ser adquiridos en una farmacia ¿tú piensas que los padres deberían ser informados por el odontólogo? Respuestas: a)SI b)NO
Caso 5	Descripción: Si un odontólogo encuentra en un paciente de 15 años de edad una enfermedad en la boca que requiera tratamiento con cirugía que el paciente pueda pagar por sí solo ¿tú piensas que los padres deberían ser informados por el odontólogo? Respuestas: a)SI b)NO

Anexo 11. Instrumento de medición. Encuesta para el representante.

Elemento de la encuesta	Encuesta para el representante
Introducción	Apreciado participante, a continuación se le harán 2 preguntas relacionadas con sus datos personales y otras 7 preguntas para conocer su punto de vista sobre el derecho a la privacidad y a la confidencialidad de su hijo(a) adolescente en la consulta odontológica. Recordemos que la confidencialidad se refiere a la protección de información privada y compartida por el paciente durante una interacción con el profesional de salud, mientras que privacidad es el derecho a limitar la información suministrada. Debe escoger solo una de las alternativas que se dan como respuesta. No existen respuestas correctas o incorrectas, se desea conocer su preferencia en relación con el tema. Muchas gracias por su valiosa participación.
Edad	a) menor o igual a 30 años b) entre 31 y 40 años c) entre 41 y 50 años d) mayor a 50 años
Sexo	a) Femenino b) Masculino
Tipo de familia	¿Vive con el hijo/la hija participante en la investigación? a) SI b) NO
Confidencialidad	Descripción: En relación con la confidencialidad, ¿sabía que es un derecho del adolescente? Respuestas: a) SI b) NO
Privacidad	Descripción: ¿Preferiría que en la consulta odontológica, se le diera a su hijo(a) un momento de privacidad (paciente-odontólogo) para hacer preguntas relacionadas con su salud bucal? Respuestas: a) SI b) NO
Caso 1	Descripción: Si un odontólogo encuentra en un paciente de 15 años de edad manchas ocultas en los dientes que están relacionadas con el hábito de fumar cigarrillos, ¿ud. piensa que los padres deberían ser informados por el odontólogo? Respuestas: a) SI b) NO
Caso 2	Descripción: Si un odontólogo encuentra en un paciente de 15 años de edad enfermedad de las encías que están relacionadas con el hábito de consumir bebidas alcohólicas, ¿ud. piensa que los padres deberían ser informados por el odontólogo? Respuestas: a) SI b) NO
Caso 3	Descripción: Si un odontólogo encuentra en un paciente de 15 años de edad un “piercing” en la boca que le causa heridas y sangramiento ¿ud. piensa que los padres deberían ser informados por el odontólogo? Respuestas: a) SI b) NO
Caso 4	Descripción: Si un odontólogo encuentra en un paciente de 15 años de edad una enfermedad en la boca que requiera tratamiento con medicamentos de bajo costo que puedan ser adquiridos en una farmacia ¿ud. piensa que los padres deberían ser informados por el odontólogo? Respuestas: a) SI b) NO
Caso 5	Descripción: Si un odontólogo encuentra en un paciente de 15 años de edad una enfermedad en la boca que requiera tratamiento con cirugía que el paciente pueda pagar por sí solo ¿ud. piensa que los padres deberían ser informados por el odontólogo? Respuestas: a) SI b) NO

Anexo 12. Aprobación experto 1

JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO PARA EL GRUPO ADOLESCENTE

INSTRUCCIONES:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada Ítem y alternativa de respuesta, según los criterios que a continuación se detallan.

E= Excelente / **B**= Bueno / **M**= Mejorar / **X**= Eliminar / **C**= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

PREGUNTAS		ALTERNATIVAS				OBSERVACIONES
Nº	Ítem	a	b	c	d	
1	E	E	E	E	E	
2	E	E	E			
3	C	E	E	E	E	Agregar si vive solo
4	E	E	E			
5	E	E	E			
6	E	E	E			
7	E	E	E			
8	E	E	E			
9	E	E	E			
10	E	E	E			

Observaciones:

En la tipología del hogar, se podría preguntar si el adolescente vive solo en caso de emancipación

Evaluado por:

Nombre y Apellido: Beatriz Elena Bravo de Figueredo.

C.I.: 6.910.909.

Firma:



Anexo 13. Aprobación experto 2

JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO PARA EL GRUPO ADOLESCENTE

INSTRUCCIONES:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada Ítem y alternativa de respuesta, según los criterios que a continuación se detallan.

E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

PREGUNTAS		ALTERNATIVAS				OBSERVACIONES
Nº	Ítem	a	b	c	d	
1	E	E	E	E	E	
2	E	E	E	E	E	
3	E	E	E	E	E	
4	B	E	E	E	E	Se le debe explicar tanto al paciente como a su representante cuáles son las características que definen a un adolescente "maduro", previo a la entrevista
5	E	E	E	E	E	
6	E	E	E	E	E	
7	E	E	E	E	E	
8	E	E	E	E	E	
9	E	E	E	E	E	
10	E	E	E	E	E	

Observaciones:

Según mi apreciación, el instrumento se presenta con una buena redacción, muy buen contenido, congruencia y pertinencia.

Evaluado por:

Nombre y Apellido: William Carrasco Colmenares

C.I.: 6.352.889 Firma: _____



Anexo 14. Aprobación experto 3

JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO PARA EL GRUPO ADOLESCENTE

INSTRUCCIONES:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada ítem y alternativa de respuesta, según los criterios que a continuación se detallan.

E= Excelente / **B**= Bueno / **M**= Mejorar / **X**= Eliminar / **C**= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

PREGUNTAS		ALTERNATIVAS				OBSERVACIONES
Nº	Ítem	a	b	c	d	
1	E	E	E	E	E	
2	E	E	E			
3	E	E	E	E	E	
4	B	E	E			El adolescente y su representante deben tener conocimiento de qué es la confidencialidad
5	E	E	E			
6	E	E	E			
7	E	E	E			
8	E	E	E			
9	E	E	E			
10	E	E	E			

Observaciones:

El instrumento está acorde al estudio planteado, su redacción es clara, su contenido es congruente y pertinente. Sólo debo acotar que ambo grupo de sujetos deben conocer sobre la confidencialidad, si no lo conocen se les debe explicar tantas veces como sea necesario hasta que manifiesten su completo entendimiento.

Evaluado por:

Nombre y Apellido:

Od. Arianna Lambertini Poggioli. Esp., MSc.

C.I.:V- 12.910.025

Firma:

Anexo 15. Figura 1

Respuesta 1	Representante 1	Adolescente 1	Respuesta 1
Respuesta 2	Representante 2	Adolescente 2	Respuesta 2
Respuesta 3	Representante 3	Adolescente 4	Respuesta 3
Respuesta 4	Representante 4	Adolescente 6	Respuesta 4
Respuesta 5	Representante 5	Adolescente 7	Respuesta 5
Respuesta 6	Representante 6	Adolescente 5	Respuesta 6
Respuesta 7	Representante 7	Adolescente 8	Respuesta 7
Respuesta 8	Representante 8	Adolescente 9	Respuesta 8
Respuesta 9	Representante 9	Adolescente 10	Respuesta 9
Respuesta 10	Representante 10	Adolescente 3	Respuesta 10

Figura 1. Orden de respuesta de los participantes en la prueba piloto

Anexo 16. Figura 2

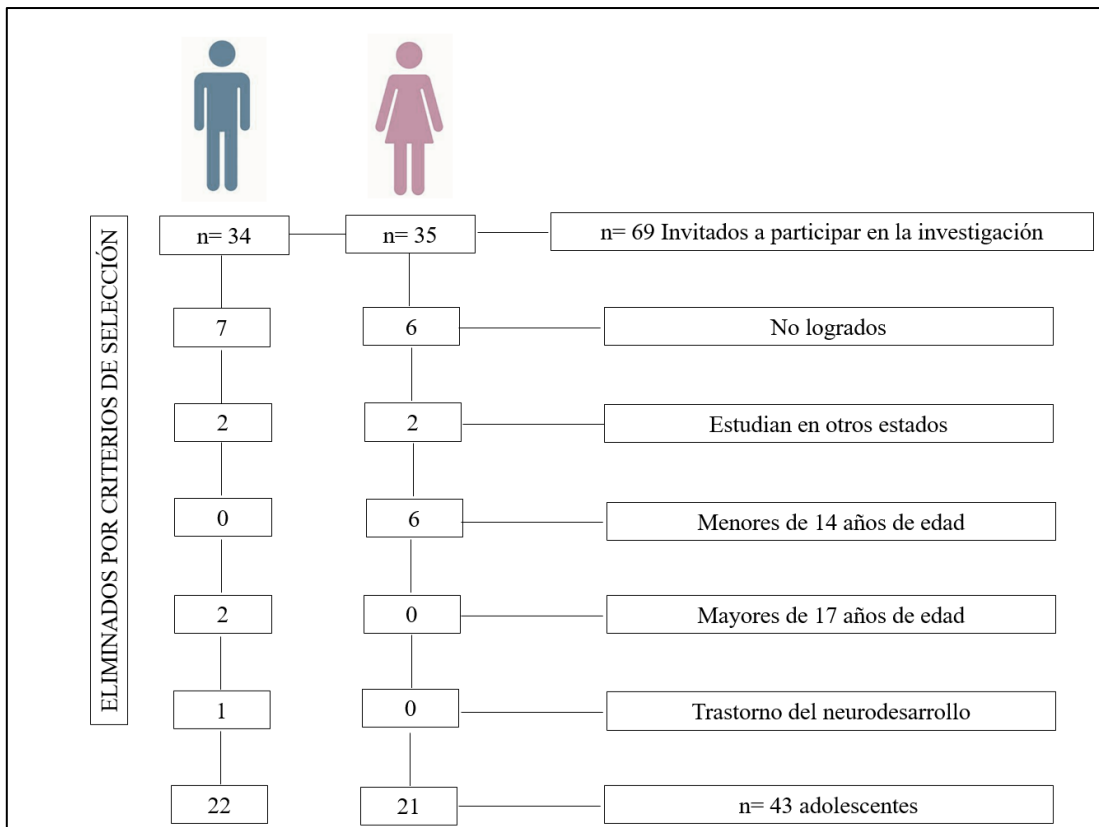


Figura 2. Diagrama de flujo del proceso de selección de la muestra

Anexo 17

Tabla 8. Contraste de variables. Identificación de la confidencialidad como derecho del adolescente

Muestra total (n=86)					
Identificación de la confidencialidad como derecho adolescente					
Variable	NO		SI		p-valor
	F	%	F	%	
Adolescentes					
Masculino	8	18,6	14	32,6	0.545*
Femenino	7	16,2	14	32,6	
Representantes					
Masculino	2	4,7	2	4,7	0.679**
Femenino	20	46,5	19	44,1	
Adolescentes					
14 años	4	9,3	4	9,3	0.451***
15 años	6	13,9	13	30,3	
16 años	3	7	6	13,9	
17 años	2	4,7	5	11,6	
Representantes					
GE2	3	7	1	2,4	0.055***
GE3	16	37,2	12	27,9	
GE4	3	7	8	18,6	
Adolescentes					
GNC	12	27,9	22	51,1	0.619**
GNI	3	7	6	14	
Representantes					
GNC	18	41,9	16	37,2	0.468**
GNI	4	9,3	5	11,6	

*= X^2

**= Test Exacto de Fisher

***= U de Mann-Whitney

Anexo 18

Tabla 9. Contraste de variables. Preferencia de privacidad en la consulta odontológica

Muestra total (n=86)						
Preferencia de privacidad en la consulta odontológica						
Variable	NO		SI		p-valor	
	F	%	F	%		
Adolescentes						
Masculino	5	11,6	17	39,5	0.532**	
Femenino	4	9,4	17	39,5		
Representantes						
Masculino	0	0	4	9,3	0.598**	
Femenino	5	11,6	34	79,1		
Adolescentes						
14 años	1	2,4	7	16,2	0.670***	
15 años	6	13,9	13	30,3		
16 años	1	2,4	8	18,5		
17 años	1	2,4	6	13,9		
Representantes						
GE2	0	0	4	9,3	0.430***	
GE3	5	11,6	23	53,5		
GE4	0	0	11	25,6		
Adolescentes						
GNC	9	20,9	25	58,2	0.093**	
GNI	0	0	9	20,9		
Representantes						
GNC	3	7	31	72,1	0.277**	
GNI	2	4,7	7	16,2		

**= Test Exacto de Fisher

***= U de Mann-Whitney

Anexo 19

Tabla 10. Contraste de variables. Caso hipotético 1- tabaquismo

Muestra total (n=86)					
Variable	Caso hipotético 1- tabaquismo				p-valor
	NO		SI		
	F	%	F	%	
Adolescentes					
Masculino	1	2,4	21	48,8	0.019**
Femenino	7	16,2	14	32,6	
Representantes					
Masculino	0	0	4	7	0.741**
Femenino	4	7	35	81,4	
Adolescentes					
14 años	0	0	8	18,6	0.391***
15 años	5	11,6	14	32,6	
16 años	1	2,4	8	18,6	
17 años	2	4,7	5	11,6	
Representantes					
GE2	0	0	4	9,3	0.552***
GE3	3	11,6	25	53,5	
GE4	0	0	11	25,6	
Adolescentes					
GNC	8	18,6	26	60,5	0.125**
GNI	0	0	9	20,9	
Representantes					
GNC	3	7	31	72,1	0.485**
GNI	0	0	9	20,9	

**= Test Exacto de Fisher

***= U de Mann-Whitney

Anexo 20

Tabla 11. Contraste de variables. Caso 2-consumo de alcohol

Muestra total (n=86)					
Variable	Caso hipotético 2- consumo de alcohol				p-valor
	NO		SI		
	F	%	F	%	
Adolescentes					
Masculino	2	4,7	20	46,5	0.056**
Femenino	7	16,2	14	32,6	
Representantes					
Masculino	0	0	4	9,3	0.666**
Femenino	4	9,3	35	81,4	
Adolescentes					
14 años	2	4,7	6	13,9	0.196***
15 años	6	13,9	13	30,3	
16 años	0	0	9	20,9	
17 años	1	2,4	6	13,9	
Representantes					
GE2	0	0	4	9,3	0.486***
GE3	4	9,3	24	55,8	
GE4	0	0	11	25,6	
Adolescentes					
GNC	6	13,9	28	65,2	0.274**
GNI	3	7	6	13,9	
Representantes					
GNC	4	7	30	72,1	0.376**
GNI	0	0	9	20,9	

**= Test Exacto de Fisher

***= U de Mann-Whitney

Anexo 21

Tabla 12. Contraste de variables. Caso 3- uso de *piercings* orales

Muestra total (n=86)					
Caso hipotético 3- uso de <i>piercings</i> orales					
Variable	NO		SI		p-valor
	F	%	F	%	
Adolescentes					
Masculino	3	7	19	44,1	0.645**
Femenino	3	7	18	41,9	
Representantes					
Masculino	0	0	4	9,3	0.741**
Femenino	3	7	36	83,7	
Adolescentes					
14 años	0	2,4	7	16,1	0.956 ***
15 años	3	7	16	37,2	
16 años	1	2,4	8	18,6	
17 años	1	2,4	6	13,9	
Representantes					
GE2	0	0	4	9,3	0.552***
GE3	3	7	25	58,1	
GE4	0	0	11	25,6	
Adolescentes					
GNC	3	7	31	72,1	0.095**
GNI	3	7	6	13,9	
Representantes					
GNC	3	7	31	72,1	0.485**
GNI	0	0	9	20,9	

**= Test Exacto de Fisher

***= U de Mann-Whitney

Anexo 22

Tabla 13. Contraste de variables. Caso hipotético 4-enfermedad de tratamiento farmacológico

Muestra total (n=86)					
Caso hipotético 4- enfermedad de tratamiento farmacológico					
Variable	NO		SI		p-valor
	F	%	F	%	
Adolescentes					
Masculino	3	7	19	44,1	0.523**
Femenino	2	4,6	19	44,1	
Representantes					
Masculino	0	0	4	9,3	SIN CONTRASTE
Femenino	0	0	39	90,7	
Adolescentes					
14 años	0	0	8	18,6	0.522 ***
15 años	3	7	16	37,1	
16 años	1	2,4	8	18,6	
17 años	1	2,4	6	13,9	
Representantes					
GE2	0	0	4	9,3	SIN CONTRASTE
GE3	0	0	28	65,1	
GE4	0	0	11	25,6	
Adolescentes					
GNC	3	7	31	72,2	0.277**
GNI	2	4,7	7	16,1	
Representantes					
GNC	0	0	34	79,1	SIN CONTRASTE
GNI	0	0	9	20,9	

**= Test Exacto de Fisher

***= U de Mann-Whitney

Anexo 23

Tabla 14. Contraste de variables. Caso hipotético 5-enfermedad de tratamiento quirúrgico

Muestra total (n=86)						
Caso hipotético 5- enfermedad de tratamiento quirúrgico						
Variable	NO		SI		p-valor	
	F	%	F	%		
Adolescentes						
Masculino	3	7	19	44,3	0.322**	
Femenino	5	11,6	16	37,1		
Representantes						
Masculino	0	0	4	9,3	SIN CONTRASTE	
Femenino	0	0	39	90,7		
Adolescentes						
14 años	1	2,4	7	16,1	0.908***	
15 años	4	9,3	15	35,2		
16 años	3	7	6	13,9		
17 años	0	0	7	16,1		
Representantes						
GE2	0	0	4	9,3	SIN CONTRASTE	
GE3	0	0	28	65,1		
GE4	0	0	11	25,6		
Adolescentes						
GNC	7	16,1	27	62,9	0.459**	
GNI	1	2,4	8	18,6		
Representantes						
GNC	0	0	34	79,1	SIN CONTRASTE	
GNI	0	0	9	20,9		

**= Test Exacto de Fisher

***= U de Mann-Whitney

Anexo 24

Tabla 15. Distribución de frecuencias para las respuestas el Grupo A y Grupo B en relación con los derechos y casos hipotéticos, expresadas en la encuesta

Variable/pregunta	Muestra total (n=86)			
	Grupo			
	Grupo A*		Grupo B†	
	casos de coincidencia		casos de conflicto	
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
	%	%	%	%
Derecho a la confidencialidad	18,6	32,6	32,6	16,3
Derecho a la privacidad	0	67,4	11,6	20,9
Caso hipotético 1- tabaquismo	2,3	76,7	4,7	16,3
Caso hipotético 2- consumo de alcohol	2,3	72,1	7	18,6
Caso hipotético 3- uso de <i>piercings</i> orales	0	79	7	14
Caso hipotético 4- enfermedad de tratamiento farmacológico	0	88,4	0	11,6
Caso hipotético 5- enfermedad de tratamiento quirúrgico	0	81,4	0	18,6

*= Grupo 1: Adolescente NO-Representante NO + Grupo 2: Adolescente SI-Representante SI

†= Grupo 3: Adolescente SI- Representante NO + Grupo 4: Adolescente NO- Representante SI

Anexo 25

Tabla 16. Contraste de variables para los casos hipotéticos. Binomio y grupo adolescente

Muestra total (n=86)						
Caso hipotético/variable de contraste		Grupo A Coincidencias en el binomio		Grupo B Conflictos en el binomio		p-valor
Caso hipotético 1- tabaquismo	Sexo del adolescente	M=19	F=15	M=3	F=6	0.204*
	Edad del adolescente	34		9		0.487***
	Tipología del hogar	GNC=25	GNI=9	GNC=9	GNI=0	0.093**
Caso hipotético 2- consumo de alcohol	Sexo del adolescente	M=18	F=14	M=4	F=7	0.216*
	Edad del adolescente	32		11		0.066***
	Tipología del hogar	GNC=26	GNI=6	GNC=8	GNI=3	0.417**
Caso hipotético 3- uso de piercings orales	Sexo del adolescente	M=17	F=17	M=5	F=4	0.532**
	Edad del adolescente	34		9		0.394***
	Tipología del hogar	GNC=28	GNI=6	GNC=6	GNI=3	0.274**
Caso hipotético 4- enfermedad de tratamiento farmacológico	Sexo del adolescente	M=19	F=19	M=3	F=2	0.523**
	Edad del adolescente	38		5		0.522***
	Tipología del hogar	GNC=31	GNI=7	GNC=3	GNI=2	0.277**
Caso hipotético 5-enfermedad de tratamiento quirúrgico	Sexo del adolescente	M=19	F=16	M=3	F=5	0.322**
	Edad del adolescente	35		8		0.908***
	Tipología del hogar	GNC=27	GNI=8	GNC=7	GNI=1	0.459**

*= χ^2

**= Test Exacto de Fisher

***= U de Mann-Whitney