

Consentimiento informado en niños y adolescentes y grados de madurez emocional

Dra. Laura Estefanía Aguilar-Sierra*

* Médico adscrito de Anestesiología, Hospital Regional ISSEMYN, Netzahualcóyotl, Edo. de México. Miembro del Comité Dictaminador del Colegio Mexicano de Anestesiología, A.C. Diplomado en Anestesia y Analgesia en Ginecología y Obstetricia. Diplomado en Arbitraje Médico. Diplomado en Complicaciones en Anestesia.

El consentimiento informado se obtiene entre el profesional de la salud y el paciente después de una explicación detallada de la enfermedad, evolución, diagnóstico, pronóstico y como va a ser manejada durante el tratamiento. En los niños este proceso es muy difícil, ya que debe tomarse en cuenta una serie de variantes: el grado de maduración individual y los cuatro factores que determinan la capacidad para el consentimiento informado: razonamiento, comprensión, voluntariedad y naturaleza de la decisión a tomar⁽¹⁾.

Tomemos en cuenta que los niños son dependientes económica, física y emocionalmente de sus padres hasta que van tomando el grado de madurez y decisión. Podríamos decir que los niños mayores de 15 años ya tienen su criterio formado y son capaces de decidir en su tratamiento. En el caso de que participen en alguna investigación es importante de acuerdo a la edad darle las herramientas necesarias para que tome la decisión de participar explicando en forma detallada los pros y las contras así como las posibles alteraciones en su organismo dentro de los estudios a los que va a participar por lo que es conveniente que el médico que va a obtener el consentimiento sea ajeno al estudio.

En el niño el principio de autonomía posee limitaciones claras, no por ello debemos descuidar la necesidad propia de la edad y de la competencia de que ellos participen y colaboren en cualquier proceso diagnóstico o terapia que reciban. En el caso del adolescente esta situación empieza a solucionarse a partir de la aparición de la autoconciencia como parte del desarrollo psicológico, lo cual le permite la adopción de un papel más activo en el proceso del consentimiento informado. La psicología evolutiva ha entregado grandes aportes para comprender el proceso de adquisición de habilidades y competencias para que el ser humano comprenda, analice y tome decisiones de orden moral. Los niños no pueden emitir juicios

morales sólidos hasta que alcanzan un nivel suficientemente alto de madurez cognoscitiva como para ver las cosas como las vería otra persona⁽²⁾ Kohlberg, estableció tres niveles de desarrollo **Nivel I pre-convencional** *Estadio I Moralidad heterónoma. 0-7 años* *Estadio II Individualismo, fines instrumentales e intercambio. 8-11 años* **Nivel II convencional** *Estadio III Expectativas interpersonales mutuas. Relaciones y conformidad interpersonal. 12-15 años* *Estadio IV Sistema Social y conciencia. 16-20 años* **Nivel III post-convencional o de principios** *Estadio V Contrato social o utilidad y derechos individuales. 21 años en adelante.*

El desarrollo moral del niño: a) etapa de castigo; b) etapa de premios; c) etapa de relaciones interpersonales; d) etapa de orden social; e) etapa de contrato social y f) etapa de aceptación de principios universales. En la primera, el niño acepta realizar algo por temor al castigo o a un regaño; en la siguiente espera recibir alguna recompensa; en la de relaciones interpersonales reconoce que hay comportamientos aceptados por el grupo o sociedad donde se desenvuelve; posteriormente acepta que existe un orden social, donde hay jerarquías; más adelante acepta la realización de compromisos o tratos; pero finalmente actúa por propio convencimiento al proyectar principios que reconoce son universales. La edad en la que los niños pueden tomar sus propias decisiones varía de un país a otro. En Argentina lo pueden hacer desde los 14 años, en Inglaterra se autoriza a los adolescentes de 16 años a consentir tratamientos quirúrgicos, en Estados Unidos, en algunos casos, se permite la toma de decisiones a adolescentes mayores de 14 años, por ejemplo en lo referente a uso de drogas o a su vida sexual.

En México, a partir de los 18 años pueden ser legalmente competentes, excepto en el caso del menor emancipado. La **emancipación**, en el sentido más extenso del término, se

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

refiere a toda aquella acción que permite a una persona o a un grupo de personas acceder a un estado de autonomía por cese de la sujeción a alguna autoridad o potestad. En el derecho contemporáneo el término se usa específicamente en el sentido de atribución a un menor de edad por parte de sus padres o tutores la totalidad, o la mayor parte de los derechos y facultades civiles, que normalmente conlleva la mayoría de edad. Asimismo, algunas legislaciones conceden la mayoría legal al menor de edad que contrae matrimonio⁽³⁾.

El pediatra o médicos que atienden niños, constituyen el personaje central, no pueden ser ignorados los padres, dado que de los pacientes dependen biológicas, sociales, ética y legalmente de ellos.

El planteamiento tradicional de la incapacidad presunta de todo menor ha ido modificándose a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. En 1959, la ONU aprobó la Carta de Derechos del Niño y la conciencia general sobre los derechos de los ciudadanos culminaron en 1973 en la primera Carta de los Derechos de los Pacientes⁽⁴⁾.

De acuerdo al nivel de desarrollo evolutivo, los menores podían ser capaces para decidir determinadas cuestiones sanitarias, como acceso a prevención de la natalidad y sexualidad, consumo de drogas y comportamientos alimentarios. La «doctrina del menor maduro» sostiene que los menores que son capaces de comprender la naturaleza y las consecuencias del tratamiento ofrecido son considerados como suficientemente maduros para consentir o rechazar un tratamiento.

La capacidad de tomar decisiones, expresando en mayor o menor grado poseer una escala de valores y metas estables, tener habilidades para comunicarse y comprender información y ser capaz de comparar el impacto previsible de las opciones alternativas en los valores personales y en los planes de vida.

A través de un proceso centrado en la entrevista clínica, estamos en presencia de un individuo capaz de participar voluntaria y activamente en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, es decir, capaces de ejercer un *consentimiento informado* como decisión autónoma⁽⁵⁾.

Factores que deben presentarse para considerar a una persona capaz de consentir y ellos son: razonamiento, comprensión, voluntariedad y naturaleza de la decisión a tomar. En el caso de un menor de edad, los tres primeros se pueden determinar sobre la base del grado de madurez cognitiva afectiva del desarrollo psicológico evolutivo moral y relacionarse, además, con el proceso de vida individual que cada cual según las circunstancias que le rodean le ha tocado vivir.

El cambio en la forma en que se percibe a los niños, niñas y adolescentes lleva a pesar de entenderlos como objetos de protección a ser sujetos de derechos, lo que también significa el derecho de reconocer su capacidad de opinar sobre su propia vida, constituyendo esto un verdadero paso evolutivo intelectual.

La psicología evolutiva permite decir, como orientación general, que los menores de 12 años sí pueden ser considerados en principio incapaces para tomar decisiones y son los que ostentan patria potestad o sus representantes los que deben tomar decisiones por ellos. Por el contrario, por encima de los 14 años, la presunción inicial debe ser la de la capacidad del menor para decidir. Entre los 12 y 14 años debe valorarse cada caso de forma especial y no pueden darse orientaciones generales.

Si el menor muestra capacidad suficiente es él personalmente quien en última instancia debe aceptar o rechazar las decisiones de sus padres, pues el consentimiento no puede sustituir cuando la persona es capaz.

En función de la minoría de edad, la incapacidad legal sitúa al menor en una posición de autonomía limitada y por tanto de dependencia de terceros, fundamentalmente sus padres, que constituyen sujetos decisorios para efectos de cualquier procedimiento de dominio médico. Por lo tanto, ningún acto médico debe adelantarse sin el consentimiento informado de los padres.

En términos generales, se establece que la edad, la capacidad intelectual, la madurez emocional y el estado psicológico, deben ser considerados para determinar el peso de la opinión del menor en la decisión final⁽⁶⁾.

El asumir la decisión por la falta de autonomía, no implica el derecho a tomar cualquier decisión, sino la responsabilidad de defender los mejores intereses del menor.

En casos de urgencia y sin posibilidad de intervención de los padres o tutores, el médico está obligado a actuar en defensa de los mejores intereses del niño, como él los entiende a partir del conocimiento que la medicina le provee, es necesario ser muy claro de que jamás será engañado.

El consentimiento informado en pediatría, por tanto, debe entenderse como un proceso de toma de decisiones, centrado en una relación tripartita (pediatra-niño-padres), en virtud de la cual estos últimos aceptan o no las recomendaciones diagnósticas o terapéuticas, toda vez que desde una situación de competencia se han comprendido las circunstancias del proceso, las consecuencias de su decisión, así como las decisiones alternativas.

Lo vivido en la edad temprana es fundamental para la edad adulta; por ello, a la niña y el niño, debe garantizárseles el respeto y la protección de sus derechos; asimismo, deben brindárseles todos los cuidados necesarios para su completo desarrollo. «Dame un niño hasta los siete años y yo te respondo por su edad adulta», decía al respecto Jean Piaget.

La Convención de los Derechos del Niño⁽⁷⁾:

- 1) Establece el derecho a la vida.
- 12) El derecho a la protección y cuidado necesario para su bienestar, el derecho a no sufrir perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación.

15) y el derecho a la salud (artículo 24), entre otros. Por tanto, es obligación del Estado Mexicano velar porque estos derechos se respeten.

México, como muchos otros países, tiene un marco jurídico que le permite velar por «los mejores intereses» de los niños en casos donde la decisión de los padres parezca en contra.

Grupos vulnerables⁽⁸⁾:

- Ser menor de edad
- Dificultad sensorial que dificulte la comprensión
- No dominar el idioma con fluidez
- Padecer algún trastorno psiquiátrico agudo o crónico
- Padecer algún periodo cognitivo

El consentimiento informado se considera una herramienta para incorporar al sujeto y/o sus familiares o representantes a un proceso que reconoce sus intereses y les permite ponderar situaciones y elegir en consecuencia. Cualquier acto médico realizado sin la previa autorización o consentimiento del enfermo puede constituir un delito contra la libertad del paciente.

Los requisitos fundamentales para que el CI sea válido son:

- El sujeto y/o el familiar responsable deben tener información médica suficiente para tomar una decisión adecuadamente sustentada.
- El consentimiento debe ser realizado por el sujeto y/o el familiar y/o tutor de forma voluntaria y sin presiones.
- El sujeto y/o el familiar o tutor que otorgan el consentimiento deben tener competencia y capacidad suficientes.
- Si el sujeto es vulnerable, quien lo represente debe no serlo.

Las características de la aplicación del CLI (Consentimiento libremente informado) en adolescentes, tienen características peculiares debido a que aparece un cambio por primera vez en su vida: el paso del pensamiento concreto al abstracto. El pensamiento del adolescente comienza a manifestarse alrededor de los 11 ó 12 años, pero que recién llega a su equilibrio a los 14 ó 15 años, consiste en la desvinculación de la lógica concreta de los objetos.

Factores para comprender grado de madurez:

- a) Su condición de sujeto de derechos y responsabilidades.
- b) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales.
- c) Las condiciones socioeconómicas en que se desenvuelve.
- d) La correspondencia entre el interés individual y el social.

REFERENCIAS

1. El Consentimiento informado en Pediatría Dra. Alina Mercedes Macías Gelabert. *Rev Cubana Pediatría* 2006;78.
2. Consentimiento informado en niños y adolescentes Laura Rueda C Terapeuta ocupacional, Magíster en Bioética, Profesora Asistente Facultad de Medicina, Centro interdisciplinario de Estudios en Bioética. Universidad de Chile captura.uchile.cl/jspui/.../2250/.../130846_A5_CI_Ninos_y_adolescentes.pdf
3. Enmancipado es. wikipedia.org/wiki/Emancipación
4. Ley para la protección de los derechos de los niños y adolescentes www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/185.pdf
5. Aspectos legales y éticos del consentimiento informado en la atención médica en México. *Rev Mex Patol Clin* 2001;48:03-06.
6. El consentimiento libre e informado en pediatría: un aporte para la discusión desde Los derechos de los niños, niñas y adolescentes. *Acta Pediatr Costar Ric* San José 1999;3.
7. Los Derechos de los niños y las niñas www.cndh.org.mx/estatales/tabasco/derninos.htm
8. La investigación biomédica y el consentimiento informado en el ámbito de poblaciones e individuos vulnerables *Acta Bioética* 2005;11: 169-181.