

**El Asentimiento en el ejercicio de la Cirugía Pediátrica como una forma de
hacer el reconocimiento moral de los niños**

Fernando Fierro Ávila

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
MAESTRÍA EN BIOÉTICA
AREA DE INVESTIGACIÓN EN BIOÉTICA Y SALUD**

BOGOTÁ D.C.

2019

El Asentimiento en el ejercicio de la Cirugía Pediátrica como una forma de hacer el reconocimiento moral de los niños

FERNANDO FIERRO ÁVILA

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Bioética.

Tutores

MARIA YANETH PINILLA

BORIS JULIÁN PINTO

ÁREA DE INVESTIGACIÓN EN BIOÉTICA Y SALUD

BOGOTÁ, D.C.

2019

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del tutor

Firma de Jurado

Firma de Jurado

Bogotá D.C, mayo de 2019

Intencionalmente en blanco.

Agradecimiento

A mis Maestros

Dedicatoria

A Amanda

Resumen

Aunque no hay una normatividad clara en el país, la bioética ha promovido desde hace varios años, en la práctica pediátrica la figura del consentimiento informado, el cual debe entenderse como un proceso de inclusión y de promoción de la autonomía del niño, más que como la extensión de un documento formal o la práctica simbólica de un gesto moral.

Esta tesis muestra una exploración inicial de un ejercicio personal de la Bioética en la práctica como Cirujano Pediatra en un Hospital Universitario Pediátrico en el contexto de una consulta hecha con estudiantes de pre y posgrado, planteándose la pregunta, ¿Cuáles son las ventajas de hacer un reconocimiento moral de los niños a través del asentimiento en la Cirugía Pediátrica?

Esta consulta que se ha planteado como una oportunidad de mejorar la relación cirujano pediatra - pacientes en este caso (niños niñas y adolescentes) NNA, usando como estrategia darle el protagonismo a los NNA, solicitando siempre su asentimiento luego de un diálogo ilustrado en los términos apropiados para su edad, desarrollo cognitiva y libre de presiones.

Los resultados iniciales subjetivos y cualitativos muestran que los niños pueden cambiar su miedo inicial, por su agradecimiento al final del proceso luego de las intervenciones quirúrgicas, mediado por la confianza que los NNA le otorgan al cirujano pediatra en esta relación más humanista.

Palabras Clave: Asentimiento, Consentimiento, Autonomía, Agencia, Niños, niñas y adolescentes (NNA).

Introducción

La práctica de las intervenciones quirúrgicas en los niños, niñas y adolescentes (NNA) son un evento de especial relevancia y con frecuencia un punto de inflexión en sus existencias. Aunque no hay una normatividad clara en el país, la bioética ha promovido desde hace varios años, en la práctica pediátrica la figura del asentimiento informado, el cual debe entenderse como un proceso de inclusión y de promoción de la autonomía del niño, más que como la extensión de un documento formal o la práctica simbólica de un gesto moral.

Para realizar estas intervenciones se requiere desde el punto de vista legal un consentimiento y es deseable que los niños que tengan la capacidad den su asentimiento.

El término consentimiento informado se mencionó por primera vez en el artículo 10 del código de Núremberg, Alemania en 1946. Este código de Ética se redactó para evitar que se repitieran los abusos y vejámenes que cometieron los médicos nazis contra sus prisioneros de guerra y los judíos cuando los obligaron a participar en experimentos científicos, y fue el primer documento que le dio carácter de obligación legal al deber de respetar la autonomía de los pacientes (SCARE 2016).

Este proceso de asentimiento y consentimiento ya ha sido revisado desde el punto de vista teórico para el caso particular de los niños en el contexto colombiano (Pinto y Gulfo 2015), nos dejan claro que en Colombia los NNA menores de 14 años no pueden dar consentimiento sino asentimiento, el cual es un requisito no indispensable ni legalmente exigible al médico. La Constitución política de la república de Colombia consagra en los artículos 13,16 y 28 el derecho que tienen todas las personas a la información. (Guío R. E. 2013).

En el contexto internacional hay también trabajos que puntualizan las condiciones que deben reunir este proceso, en el caso de Reino Unido específicamente, (Wheeler R.A. 2016) en las que lo considera importante ya que que el consentimiento hace legal las intervenciones físicas y compartir información de los pacientes. El primer y más importante de los asentimientos según Wheeler, es que los clínicos no deben tocar a los pacientes sin su permiso, es usual en los hospitales que un paciente esté en su cama de enfermo y llegue el cirujano que pone sus

manos en su abdomen sin siquiera preguntar si lo puede hacer, esto es más chocante y desagradable para el paciente cuando se trata de un examen que incluye sus partes íntimas. Cuando se va a realizar una intervención quirúrgica, dice Wheeler, el cirujano debe proveer al paciente con la suficiente información para que haga una decisión informada y decida si quiere que se le haga la intervención propuesta. Los médicos frecuentemente fallan en apreciar cómo los NNA pueden entender las consecuencias de una intervención. Los cirujanos estamos familiarizados con las consecuencias o complicaciones de una intervención pero los pacientes no, y deben decirseles las limitaciones del tratamiento quirúrgico propuesto y las posibles alternativas, también es pertinente decirles que estas alternativas pueden hacer que la intervención se pueda posponer, y nos pone de ejemplo el caso de una niña de 15 años que será madrina de una boda mañana pero hoy tiene apendicitis, resulta que hoy día es posible iniciar un manejo no quirúrgico con antibióticos y analgésicos y la intervención puede posponerse unos días, con unos riesgos que la niña de 15 años puede evaluar y luego tomar una decisión.

Sobre el asunto de quién debe dar la información a los NNA y obtener su asentimiento, no hay claridad en la ley colombiana sobre quién debe hacerlo. Lo usual es que algún miembro del equipo tratante lo haga, y termina siendo inadecuado por breve, insuficientemente ilustrado y no se verifica la comprensión por el niño. La SCARE (Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación) recomienda que la información la haga el médico tratante y considera que esta es una actividad no debe delegarse. (SCARE, 2016)

El Asentimiento normalmente es visto como un trámite, y frecuentemente no se hace porque desde el punto de vista legal y normativo de las instituciones de salud en Colombia no es exigible; no obstante, me ha parecido que el asentimiento es una oportunidad que puede aprovechar el cirujano pediatra para construir una relación con el niño llena de significado. No he hallado trabajos hechos en Colombia que exploren cómo son las experiencias de los niños en relación a este proceso del asentimiento cuando son llevados a una cirugía, aunque hay publicaciones de prensa que muestran que el asunto es de importancia para el público en general.

El libro de Priscilla Alderson (1993) resultó revelador sobre el tipo de trabajo que debía hacer. Ella hace un trabajo de índole cualitativo con niños que están en el proceso de ser operados y me he propuesto hacer un trabajo también cualitativo en el cual hago un relato de mis experiencias con algunos de mis pacientes.

Este trabajo busca primero revisar aspectos teóricos del asentimiento y luego explorar las experiencias de los niños en el proceso de asentimiento para ser operados, en una estrategia usada por mí en la cual se le otorga al niño voz y poder de decisión sobre la intervención que se pretende realizar en su cuerpo.

La pregunta problema que me he planteado es: ¿Cuáles son las ventajas de hacer un reconocimiento moral de los niños a través del asentimiento en la Cirugía Pediátrica?

No he hallado investigaciones sobre este aspecto tan importante de la práctica profesional cotidiana de las especialidades quirúrgicas hechas en Colombia. Se estudian las técnicas quirúrgicas en cuerpos pequeños, las preocupaciones de los padres, pero poco las experiencias de los niños en el ámbito quirúrgico. No conocemos, de manera formal y sistemática de parte de nosotros los cirujanos, cómo viven los niños esta experiencia y de ahí que no podamos plantear posibles mejoras o cambios en este proceso o decir si estos cambios son necesarios.

Mi percepción empírica es que los niños son poco consultados cuando son sometidos a intervenciones quirúrgicas y su parecer, deseos, temores y expectativas uno son respetados, esto lo he podido corroborar cuando hablo con niños hospitalizados que han sido tratados por otros cirujanos.

Objetivos

Objetivo general: Hacer una revisión y exploración inicial del proceso de Asentimiento en el ejercicio de la Cirugía Pediátrica visto como una forma de hacer el reconocimiento moral de los niños.

Objetivos específicos:

- Revisar de forma teórica y práctica el proceso de asentimiento.
- Hacer una exploración inicial de este proceso identificando en los niños sus principales emociones involucradas.
- Ver si una atención centrada en el niño haciéndolo protagonista del proceso de asentimiento puede modificar favorablemente las emociones nocivas de los niños al enfrentar una cirugía.

El desarrollo moral de los niños y su autonomía

La infancia es un concepto que surge en la modernidad. Antes de esa época era usual concebir a los niños como como hombres y mujeres pequeños, los cuales no tenían un mayor protagonismo o reconocimiento particular. La palabra infante quiere decir el que no habla porque legalmente su palabra no tenía validez en los estrados judiciales. (Alderson,1993)

Según la historiadora Simonetta Ulivieri (Moutran H.G. 2018), "La falta de una historia de la infancia y su registro historiográfico tardío son un indicio de la incapacidad por parte del adulto de ver al niño en una perspectiva histórica". La representación social de los niños se ha transformado históricamente en las sociedades occidentales. Tal evolución se puede resumir así: como una posesión, como un sujeto, como un participante o como ciudadano(Pinto & Gómez 2018)

La infancia en la antigüedad se superaba en el caso de los varones a través del trabajo duro y en las niñas por medio de la maternidad. En este sentido, era normal que las niñas se casaran y tuviesen hijos cuando se alcanzaba su capacidad reproductiva. Según la Biblia por ejemplo María tuvo a Jesús de Nazareth a la edad de 14 años, en tanto para los musulmanes es normal que las niñas de 9 años se comprometan en matrimonio, y empiecen su vida sexual y reproductiva a los 12. En Colombia, hasta mediados del siglo XIX, persistía una concepción de los NNA como adultos pequeños y así se les representaba por ejemplo en las pinturas (Londoño P., Londoño S. 2012), y este trato como adultos pequeños también se daba en la medicina y los médicos dedicados exclusivamente a atender niños surgieron relativamente hace poco en la historia de la medicina. Los niños de la época contemporánea gozan de un reconocimiento importante en múltiples áreas del conocimiento, especialmente la pedagogía, la psicología, el trabajo social, la política y la medicina entre otros.

La Cirugía Pediátrica como especialidad de la medicina es reciente. La Sociedad Colombiana de Cirugía Pediátrica (SCCP) se fundó hasta 1963, y los programas de especialización surgieron todos en los siguientes años, por ejemplo, el programa de la Universidad Nacional

de Colombia se inició en 1988 graduando a sus dos primeros especialistas en 1993, siendo yo uno de ellos. (Bonilla E. 2013)

La humanidad ha dado en un avance del reconocimiento del niño como un agente autónomo y reconocido como fin en sí mismo. Así, en 1959 se estableció en la Convención de las Naciones Unidas un número de principios que tiene como propósito reconocer al niño como un ser humano provisto de derechos, y define al niño como todo ser humano que tenga 18 años de edad o menos. La Unesco en 1989 publica la convención Internacional de los niños y las niñas y se enuncian sus derechos: (Pinto y Gómez 2018)

1. Igualdad sin distinción de raza, credo o nacionalidad.
2. Protección especial para su desarrollo físico, mental, espiritual y social.
3. Nombre y nacionalidad
4. Salud, alimentación, vivienda y recreo.
5. Educación y cuidados especiales para el niño física y mentalmente disminuido o con impedimento social.
6. Comprensión y amor por parte de los padres y la sociedad.
7. Recibir educación gratuita y disfrutar de los juegos.
8. Ser el primero en recibir ayuda, protección y socorro en casos de desastre.
9. Ser protegido contra el abandono y la explotación en el trabajo.
10. Formarse en un espíritu de solidaridad, comprensión, amistad y justicia entre los pueblos.

Según nuestro código civil los niños son infantes hasta los 7 años, impúberes hasta los 14 y menores adultos de los 14 a los 18 años, y la Ley de Infancia y adolescencia (Ley 1098 de 2006) establece que la infancia va desde el nacimiento hasta los 12 años y la adolescencia desde los 12 a los 18 años (Pinto y Gómez 2018).

La constitución política de la República de Colombia (1991) siguiendo a la convención de los niños de 1989, dice en su Artículo 44: “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.”

La Academia Americana de Pediatría (AAP) propone unos lineamientos respecto de la participación de los menores en la toma de decisiones: afirman que se debe preguntar a los niños y las niñas desde los 2 años donde desean ser examinados; de los 6 a 8 años incluirlos en las explicaciones sobre su enfermedad y darles a ellos su plan de tratamiento, y en adolescentes se recomienda que una parte de la consulta se haga sin la presencia de los padres (Pinto y Gómez 2018).

Como el asentimiento y consentimiento ocurren dentro de una relación de respeto de la autonomía de las personas, debemos entender el desarrollo de la autonomía en los niños y las teorías sobre su significado y origen. El hombre es persona, dice Kant en la crítica de la razón práctica, precisamente para darse a sí mismo el imperativo categórico de la ley moral. (Gracia, 2008). La autonomía puede ser considerada una facultad o condición sustantiva de la realidad humana; pero puede también ser vista, de modo más simple, como un acto, el acto de elección autónoma.

La palabra autonomía se origina en el griego de las raíces *auto* que significa propio y *nomos* que significa ley, aunque autonomía inicialmente la usaban los griegos para referirse a sus ciudades estado que eran independientes y tenían esa característica de ser autónomas. El

derecho a la autonomía es uno de los derechos humanos fundamentales y el término consentimiento informado se menciona tal vez por primera vez en el artículo 10 del código de Núremberg de 1946.

En la Bioética la autonomía ha estado siempre en el centro de las discusiones desde sus orígenes, y su definición y estudio hace parte de diferentes corrientes de la bioética, y se le considera un elemento central de la calidad de atención, lo cual se verifica en el proceso de consentimiento informado.

Para Beauchamp y Childress (2009) las acciones se consideran autónomas si cumplen con tres condiciones: ser intencionales, con conocimiento y sin control externo.

Examinemos cada una de estas partes: la intencionalidad esta dada por la *agencia*, y esta es definida como la capacidad que tiene un sujeto de tomar decisiones o acciones. La *agencia* puede ser definida también como la capacidad de poder ejercitar control sobre el propio funcionamiento y sobre los eventos que pueden llegar a afectar la vida. La *agencia* es una capacidad que históricamente y de manera arbitraria no se les ha concedido los niños pues se considera que sólo los adultos la tienen y a los niños se les pone en la misma categoría de retrasados mentales y dementes.

Para Rivera (2014, 38) la *agencia* es la capacidad, facultad o ejercicio de las mismas, propia de un agente para producir acciones, y se asume a la vez que el rasgo fundamental que determina que algo es un agente es el ejercicio de alguna facultad en la producción de acciones.

Las voliciones son la fuente de la *agencia* en los niños, en el sentido que son manifestaciones de la voluntad. Las voliciones son completamente autodeterminadas y son actos producidos en virtud de sus propiedades intrínsecas, no en virtud de alguna propiedad extrínseca. Por lo tanto, reconocer el tipo de ejercicio que hace el agente y promover su capacidad de *agencia*, lleva a que la persona pueda auto determinarse, guiado por sus deseos y creencias.

El conocimiento se relaciona directamente con el entendimiento, es decir la capacidad de comprender el acto o acción, su naturaleza e implicaciones. Para Gracia, parece imposible

que una acción sea completamente autónoma, y sólo podemos aspirar a que nuestras acciones sean sustancialmente autónomas (Gracia, 2008), estas tres condiciones son necesarias pero no suficientes y por ello se hace necesaria la *autenticidad*. Un acto es auténtico cuando es coherente con el sistema de valores y actitudes generales ante la vida que una persona ha asumido reflexiva y conscientemente (Gracia, 2008). La autonomía de los niños se encuentra en desarrollo y sus experiencias vitales son limitadas, lo que dificulta la comprensión de las consecuencias de las decisiones actuales, la capacidad de autodeterminación dependerá del momento del desarrollo cognitiva en que se encuentra el niño, así como del contexto familiar y sociocultural (Pinto y Gómez, 2018)

Para Piaget (1932) la maduración moral de los niños se produce en dos fases: la primera de ellas marcada por la heteronomía en la cual las reglas son objetivas e invariables; la segunda de autonomía en la que las reglas son producto de un acuerdo y por lo tanto modificables, E, l pensaba que los niños no eran capaces de ciertas cosas antes de determinada edad, y por ejemplo catalogaba a los menores de cinco años como egocéntricos, y concluyó que los niños pensaban de una manera ilógica, pero no exploró cuales eran los significados que los niños le otorgaban a las cosas. (Alderson, P. 1993)

Kohlberg, discípulo de Piaget estableció tres estadios del desarrollo de la moralidad, cada uno de ellos subdividido en dos niveles. Se leen en sentido progresivo, es decir, a mayor nivel, mayor autonomía.

- Estadio preconvencional: las normas se cumplen o no en función de las consecuencias.
 - Nivel 1: Orientación egocéntrica. La norma se cumple para evitar un castigo.
 - Nivel 2: Orientación individualista. La norma se cumple para obtener un premio.
- Estadio convencional: las normas se cumplen en función del orden establecido.
 - Nivel 3: Orientación gregaria. La norma se cumple para satisfacer a los demás.
 - Nivel 4: Orientación comunitarista. La norma se cumple para mantener el orden social.

- Estadio postconvencional: las normas se cumplen en función de la aceptación individual y de los valores que comportan.
 - Nivel 5: Orientación relativista. La norma se cumple en función de un consenso, y no se pueden desobedecer.
 - Nivel 6: Orientación universalista. La norma se cumple cuando respetan valores universales, y si no, se desobedecen.

Kohlberg afirma que los niños viven en el primer estadio, mientras que apenas un 20 % de los adultos llegan al nivel 5, y solamente un 5 % alcanza el nivel 6.

Kohlberg observó que las niñas de once años habían alcanzado solamente el nivel (c), mientras los varones ya habían desarrollado capacidades morales propias de los niveles (d) o (e). Él interpretó estos resultados como una forma de flaqueza moral de la mujer. Carol Gilligan quien trabajó con Kohlberg le hace una crítica, al decir que su teoría difiere entre hombres y mujeres, y ella aduce que los menores de diferente género piensan distinto modo y que esto no significa que las mujeres tengan menos capacidades para hacer razonamientos morales, ella dice que las mujeres privilegian los vínculos con los demás, es decir, las responsabilidades en el cuidado por encima del cumplimiento abstracto de deberes y del ejercicio de derechos. (Gilligan, C. 1982)

La capacidad mental se entiende como un constructo multidimensional que alude a la capacidad de los individuos para tomar decisiones autónomas (Herazo, 2011)

Las expresiones más básicas de los niños se fundamentan en *emociones*, y si no se reconocen estos rasgos se lleva a un desconocimiento en la manera como el niño ejerce su agencia.

Las emociones que los niños manifiestan ante una cirugía son variadas, y podemos mencionar como las más frecuentemente referidas por ellos, el miedo, la angustia, la tristeza, la ansiedad y la curiosidad; de ellas, la que casi siempre está presente según mi experiencia es el *miedo*, el cual produce diversas respuestas fisiológicas que están asociadas a las respuestas primarias del ser humano como secreción de hormonas y mediadores de estrés, la cirugía como agresión al cuerpo produce también una respuesta fisiológica que se ve potenciada en sus efectos negativos con el miedo. Las emociones en los niños están ligadas también al desarrollo moral,

si queremos formar adultos autónomos debemos entonces empezar a construir la autonomía desde la niñez.

Resulta por tanto interesante saber cómo revertir el miedo de los niños que van a una cirugía. Tradicionalmente se ha usado en ellos una estrategia de uso de medicación conocida como “premedicación” que consiste en la administración de medicamentos como benzodiazepinas que hacen efecto sedante, o que hacen que el niño este en una condición de anhedonia y docilidad como el que produce de manera típica el midazolam.

Mi hipótesis para un trabajo futuro en este aspecto de la preparación del niño con miras a una intervención quirúrgica es que el proceso de asentimiento hecho con la debida información, acercamiento y abordaje del niño como ser integral y digno de todo respeto y consideración, puede hacer que la premedicación farmacológica resulte innecesaria o el niño requiera menor dosis de dichos medicamentos.

La empatía (Colman A.M. 2015) , definida como la capacidad de entender y estar en los sentimientos y emociones de otra persona o de experimentar algo desde el punto de vista de la otra persona, es en la relación médico-paciente citada ampliamente como uno de los pilares de una relación terapéuticamente productiva. (Bernat J.L. y Beresford R., 2013). Se han demostrado en pacientes adultos beneficios fisiológicos en relaciones con médicos que los pacientes perciben como empáticas e incluyen mejoría en la función inmune y estancias postoperatorias reducidas. La empatía también tiene como efecto el bienestar del médico. Respecto a si la empatía es innata o puede ser cultivada o enseñada, algunos sugieren que es una característica que algunas personas tienen en algún grado dependiendo de su trasfondo y experiencias personales. Otros expresan que la empatía puede cultivarse mediante actividades como el entrenamiento en “mindfulness”, exposición a las historias humanas a través del teatro, literatura, escritura y encuentros formales para compartir pensamientos y emociones. (Bernat y Beresford , 2013).

Una experiencia personal

Hace ya casi dos años, en tanto iniciaba mis estudios en la maestría de Bioética en la Universidad El Bosque, empecé a modificar la forma en que venía haciendo la consulta de cirugía pediátrica en el Hospital de La Misericordia (HOMI) centrándola en los NNA.

La consulta de cirugía pediátrica se hace normalmente con la asistencia de estudiantes de Pregrado de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional, y estudiantes del posgrado de especialización en Cirugía Pediátrica de la misma Universidad.

El proceso que hago lo puedo describir así: primero se recibe al niño y su familia, saludándolo a él y en primera instancia aclararle que esta es una consulta en la cual no se le hará ninguna intervención, pues resulta curioso como muchos niños relatan que tenían mucho miedo de venir a esta consulta porque asumían que en la consulta de cirugía de una vez se hacían las operaciones.

Se entrevista a los NNA en primera persona poniendo a los padres o cuidadores en un segundo plano durante la consulta, entablo una conversación con el niño en sus términos preguntándole específicamente por sus temores y sentimientos respecto de su enfermedad y la eventualidad de ser intervenido, luego hago el proceso de consentimiento y asentimiento en el cual solicito a ellos su asentimiento en primera instancia siempre que ellos tengan la capacidad de firmar, independientemente de su edad. Es importante no demostrar afán y lograr una relación empática con el niño, una sonrisa sincera y la mirada del cirujano en sus ojos logra en la mayoría de los casos ganar la confianza del niño.

Cuando los NNA se vuelven protagonistas de la consulta quirúrgica y el asentimiento ocurre como resultado de una relación empática con el cirujano pediatra se establece una relación más humanizada, que produce bienestar en los NNA y también en el cirujano pediatra.

Esta forma de hacer la consulta de cirugía pediátrica, cuyo proceso se ilustra en la Figura 1. ha dado como resultado algunas manifestaciones de gratitud de estos NNA, que incluyen obsequios, dibujos y algunos escritos que transcribiré por considerarlas las más significativas:

“Gracias doctor por ayudarme a salvar mi vida, usted fue el único hombre en el mundo que en esos momentos tan difíciles me hizo sentir feliz, cuando vi su sonrisa supe que todo salió bien, gracias a usted estoy aquí hoy una adolescente orgullosa de mí, porque fue una chica fuerte que superó esos obstáculos en la vida, a veces la gente me pregunta que me pasó en el cuello y siempre les repito que usted fue el que me salvó la vida. Gracias pero muchas gracias, la gente nunca logra entenderlo que uno siente cuando le hacen ese tipo de procedimiento es por eso a veces un poquito complicado para mí” (M.G. 13 años, operada de un cáncer de la tiroides).

“Para un ser humano que con sus cualidades da segundas oportunidades... para un ser humano que entrega todo su amor y pasión en su profesión, muchas gracias. Bendiciones. !quiero seguir sus pasos y llegar a ser su alumna!” (K.L. 15 años, operadas de un cáncer de la tiroides).

Otros pacientes más pequeños hacen dibujos de agradecimiento y me los entregan en la consulta de control postoperatorio. Fig 2.

Se puede identificar en estos mensajes un aspecto muy significativo y es que estos niños están muy agradecidos por la atención recibida, y su percepción es que fueron tenidos muy en cuenta.

Los niños establecen relaciones empáticas con los adultos que los tratan con respeto, mi experiencia es que una forma de ganar rápidamente su atención y mejorar la relación niño-cirujano pediatra es que se les mire a los ojos, y se les sonría de manera sincera, ellos perciben a los adultos que realmente se interesan en ellos.

Otro aspecto de las consultas en cirugía pediátrica es que existen ciertas condiciones que ha sido tradicional que se operen después de cierta edad, por ejemplo las hernia umbilicales, las cuales se operan después de los cinco años si persisten porque no se espera que ocurra el cierre espontáneo después hasta esa edad; pues bien, me he dado en la tarea de preguntar a estos niños si quieren ser operado ahora, es decir les estoy pidiendo su asentimiento , y me han dado a veces repuestas muy pertinentes como por ejemplo: “ ¿podemos esperar para la cirugía que sean las vacaciones? , y no tendría razones para no acceder a este requerimiento, entonces la cirugía es planeada teniendo en cuenta el deseo de estos niños de ser operados en una fecha mas conveniente para ellos.

Cuando la enfermedad que tienen los NNA no ofrece una urgencia en su resolución es conveniente que ellos lo sepan y el cirujano acuerde con ellos el momento mas adecuado para dicha intervención. Si una intervención tiene diversas formas de hacerse, por ejemplo, por vía convencional o por videocirugía (cirugía mínimamente invasiva) ellos deben participar en la decisión de cual de los abordajes será usado, discutiendo con ellos las ventajas y desventajas de cada una de las opciones.

Otro aspecto de crucial importancia es informales sobre cómo se va sentir después de la intervención, cómo será controlado el dolor, qué actividades no podrá hacer y cuáles sí y por cuanto tiempo, además de cuántos días no podrá asistir a su colegio y cuántos días no podrá hacer sus deportes favoritos.

Conclusiones

Una vez superado el asunto del consentimiento y asentimiento como requisito legal y formal para operar un NNA, hacer el asentimiento en todos ellos hace que se presente un escenario para mejorar la relación entre el cirujano pediatra y los NNA. Cuando los NNA participan activamente en el proceso de asentimiento se produce en ellos una mayor confianza en el cirujano pediatra, esta confianza es el mediador que hace posible la disminución o anulación del miedo inicial de los NNA a la cirugía. La exploración inicial de esta experiencia personal y puesta en práctica de esta estrategia basada en el respeto a la autonomía de los niños hace que surja en ellos la gratitud, evidente cuando estos NNA quieren tener una fotografía con el cirujano pediatra, o llevan un regalo especial, o hacen un escrito expresando su experiencia. Fig 1.

La gratitud es por mucho una de las emociones más agradables de dar, pero sobre todo de recibir. A los seres humanos nos gusta recibir reconocimientos y la gratitud es uno de los mejores y más valiosos. Fig 2.

De esta experiencia se pueden sugerir varios trabajos e investigaciones por hacer, una de ellas sería cómo esta misma estrategia sirve para enseñar bioética mediante un currículo oculto.

Otro trabajo que puede hacerse es investigar cualitativamente y cuantitativamente sobre los efectos de esta estrategia de atención centrada en NNA con una muestra más representativa.

Si queremos adultos con mayor autonomía debemos estimularla e incentivarla desde la niñez, el asentimiento es una oportunidad para hacer esto.

Figura 1.

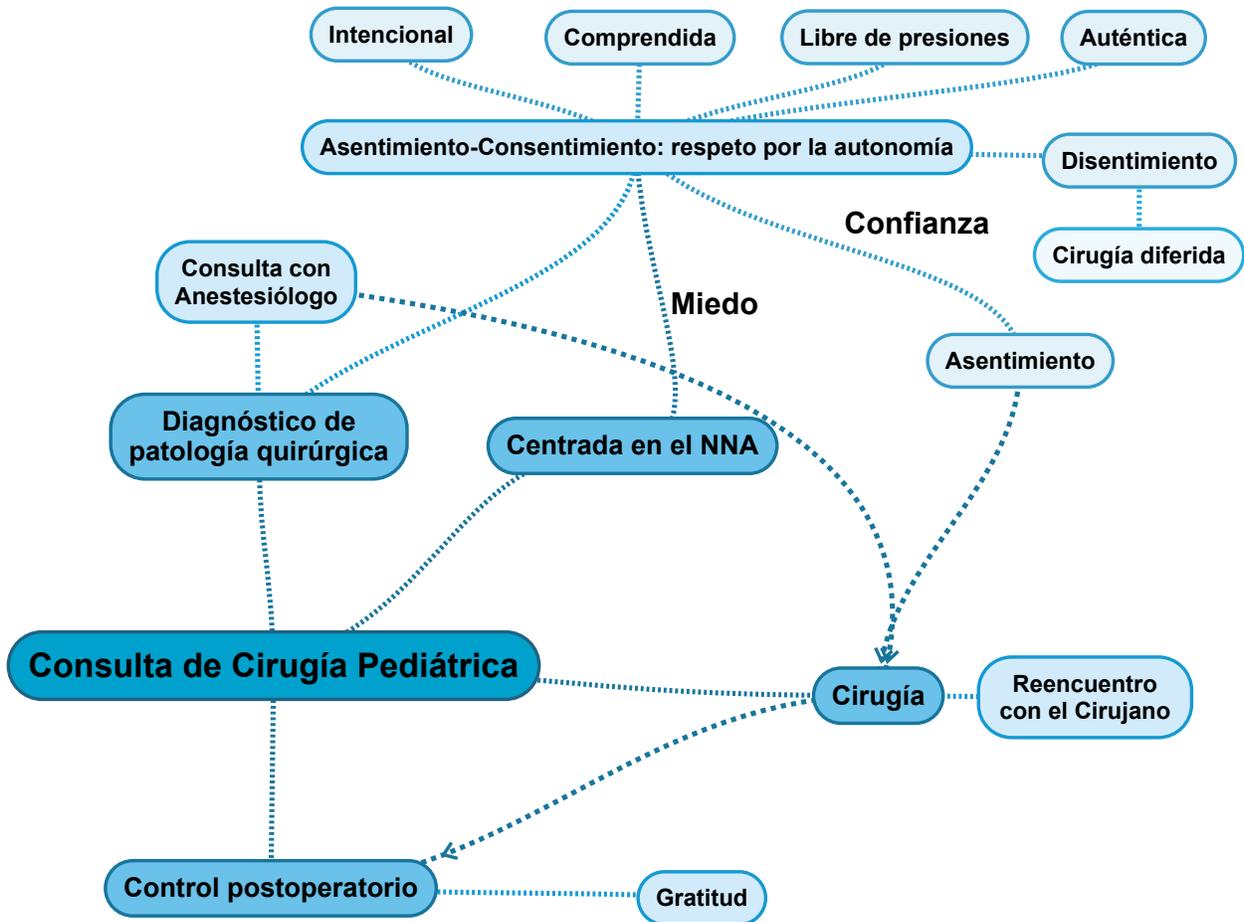
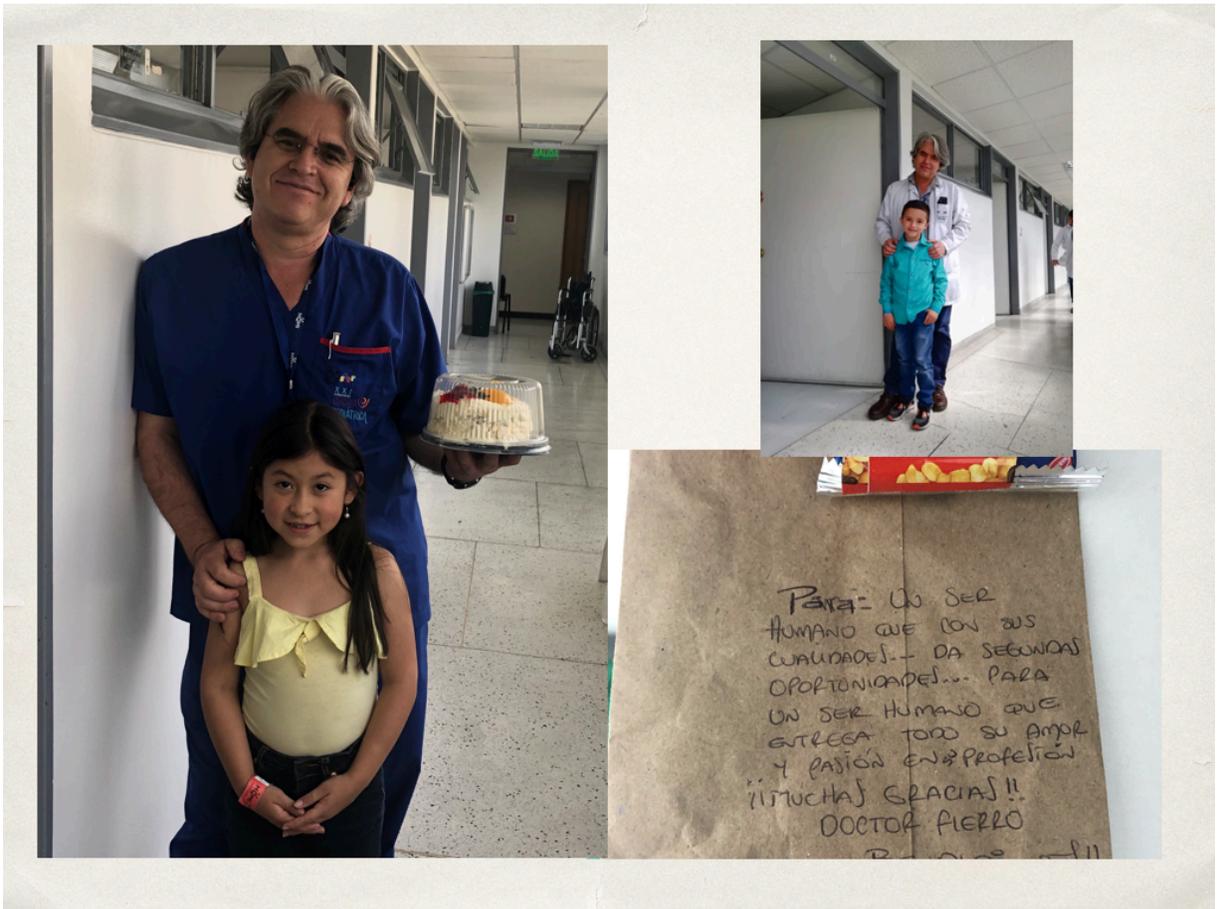


Figura 2.



Referencias

Alderson, P. (1993) Children's Consent to Surgery. Open University Press. Buckingham. England. U.K.

Bernat J.L. and Beresford R. Editors. (2013) Handbook of Clinical Neurology, Vol. 118 (3rd series) ethical and legal Issues en Neurology.

Bonilla, E. (2013) La cirugía pediátrica, una obra de caridad. Rev Colomb Cir . 2013; 28: 266-70.

Colman A.M. (2015) Dictionary of Psychology. Oxford University Press, Oxford, U.K.

Constitución Política de Colombia [Const]. Art. 44. Julio 7 de 1991 (Colombia). 2da Ed. Editorial Legis.

Guío R. E. (2013). El consentimiento informado y sustituto en intervenciones médicas como mecanismo de garantía de los derechos de los niños y las niñas. Pensamiento Jurídico.

Retrieved from <http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir00353a&AN=UNdC.article.36547&lang=es&site=eds-live>

Gilligan, C. (1982) In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Gracia, D. (2008) Fundamentos de Bioética. Madrid. Editorial Triacastela.

Herazo, E. (2011) Aspectos Bioéticos de la evaluación de la capacidad mental en psiquiatría. Rev. Colomb. Psiquiat., vol-40 No 1, 2011.

Londoño P., Londoño S. (2012) Los niños que fuimos: huellas de la infancia en Colombia. Bogotá. Editorial Banco de la República.

Pinto Bustamante, B. J., & Gulfo Díaz, R. (2015). Asentimiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto colombiano. *Revista Colombiana de Bioética*, vol 8, núm 1, Enero-Junio 2013. Pp 144-165.

Pinto Bustamante, Boris Julián:: Gómez Córdoba, Ana Isabel. (2018). Cine, bioética y profesionalismo. Universidad del Rosario. <https://api-urosario.ipublishcentral.com/pdfreader/cine-biotica-y-profesionalismo>.

Ovalle Gómez, C. (2009). Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile : estudio de casos. Bogotá Universidad El Bosque 2009.

Moutran H.G. (2018). Derechos humanos e infancia, consideraciones sobre la autonomía de los niños desde el enfoque de las capacidades. Universidad El Bosque. Departamento de Humanidades. Programa de Filosofía. Tesis de Grado.

Wheeler R.A. (2016) Why and How is Consent Obtained ? En Godbole P, Wilcox D.T., Koyle M, B. B.(Eds). *Consent in Pediatric Urology* (pp. 3-12). Switzerland: Springer.