ARTÍCULO ORIGINAL

Gac Méd Caracas 2026;134(Supl 3):S763-S768
DOI: 10.47307/GMC.2026.134.s3.8

Autonomía en la odontología pediátrica

Autonomy in paediatric dentistry

Gabriel Alejandro Zambrano Blondell

RESUMEN

La investigación en odontología pediátrica plantea exigencias éticas particulares, especialmente en lo concerniente al principio de autonomía. Este artículo de revisión analiza los fundamentos bioéticos que regulan la participación de niños y adolescentes en estudios científicos, destacando el papel del consentimiento y el asentimiento informados como expresiones complementarias del respeto al menor. Se aborda también la función de los comités de ética, la responsabilidad institucional y los factores socioculturales que influyen en la toma de decisiones. A partir de una revisión teórica, normativa y argumentativa, se reflexiona sobre la necesidad de interpretar la autonomía infantil como un proceso progresivo, adaptado a la edad y la madurez del menor. Se concluye que el respeto a este principio exige más que las formalidades legales y demanda una actitud ética orientada a la protección, la comprensión y la participación del niño en contextos de investigación. Una cultura institucional con base bioética es esencial para garantizar estudios socialmente responsables.

Palabras clave: *bioética, autonomía, consentimiento informado, asentimiento informado, odontología pediátrica, comités de ética*

ORCID:
0000-0002-6200-7166

***Autor**: Gabriel Alejandro Zambrano Blondell. Teléfono: 0412-2364248. E-mail: gazblondell@gmail.com

Odontólogo. Especialista en Odontología Infantil. MSc. en Odontología. MSc. en Bioética. Doctor en Odontología. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Odontología. Atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas. CAPEI. Caracas - Venezuela

Recibido: 31 de julio 2026
Aceptado: 06 de septiembre 2026

SUMMARY

Research in pediatric dentistry presents specific ethical challenges, particularly regarding the principle of autonomy. This review article examines the bioethical foundations governing the participation of children and adolescents in scientific studies, emphasizing the roles of informed consent and assent as complementary expressions of respect for the minor. It also addresses ethics committees' responsibilities, institutional accountability, and sociocultural factors that shape decision-making. Through a theoretical, normative, and critical review, this paper reflects on the need to understand child autonomy as a progressive process adapted to age and maturity. It concludes that respecting this principle requires more than legal formalities; it demands an ethical attitude oriented toward protection, understanding, and the child's active participation in research contexts. An institutional culture grounded in bioethics is essential to ensure socially responsible and ethically sound research.

Keywords*: bioethics, autonomy, informed consent, pediatric dentistry, ethics committees*

INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva bioética, la autonomía del paciente se reconoce como uno de los principios fundamentales que rigen la práctica médica y odontológica moderna, junto con la beneficencia, la no maleficencia y la justicia (1). Históricamente, la relación clínica estuvo dominada por el paternalismo médico, en la que el profesional actuaba como el único garante del "bien" del paciente. Sin embargo, el paradigma contemporáneo exige una transición hacia la toma de decisiones compartidas, en la que el paciente es un agente moral activo. No

obstante, la aplicación concreta de este principio, especialmente en procesos como el consentimiento informado, enfrenta múltiples tensiones derivadas de factores socioculturales, emocionales y epistemológicos.

Estos desafíos adquieren una complejidad singular en la odontología aplicada a la población infantil y adolescente. En este grupo etario, la capacidad del menor para tomar decisiones informadas está condicionada por su desarrollo cognitivo y emocional, así como por su natural dependencia de figuras adultas. La bioética pediátrica no puede limitarse a aplicar los mismos criterios que en adultos; requiere un marco teórico propio que reconozca al niño no como un "adulto en miniatura" ni como un mero objeto de protección, sino como un sujeto de derechos con una capacidad de agencia en desarrollo (2).

Este artículo busca revisar analíticamente los fundamentos teóricos del principio de autonomía, reflexionar sobre su operatividad en contextos clínicos reales y proponer una visión más dinámica y contextualizada del consentimiento y el asentimiento informados. Se aborda la importancia de la autonomía en la odontología infantil y adolescente, en la que la participación del menor, aunque limitada por su edad, es fundamental para garantizar una atención ética, humanizada y centrada en el paciente. Se examinan los retos específicos que enfrentan los profesionales al aplicar el principio de autonomía, incluyendo la influencia de la familia, la cultura, el contexto socioeconómico y la complejidad de los tratamientos dentales, y se proponen estrategias para mejorar la comunicación y la formación ética continua.

La autonomía en la odontología infantil y adolescentes

El concepto de autonomía tiene raíces profundas en la filosofía moral occidental. Para Immanuel Kant, la autonomía es inherente a la dignidad de la persona y se manifiesta en la capacidad del ser humano para darse leyes morales a sí mismo, actuando conforme a imperativos categóricos y no determinada por impulsos subjetivos (3). En la bioética contemporánea, Beauchamp y Childress desarrollaron una interpretación de la autonomía en la que esta se convierte en un derecho fundamental del paciente a participar en decisiones relacionadas con su salud, basándose en la libertad (ausencia de control externo) y la intencionalidad (capacidad de comprender y actuar) (1).

En el ámbito de la odontología infantil, el concepto de autonomía adquiere una dimensión particular, pues requiere un equilibrio delicado entre la tutela parental (representación) y el respeto a la voz emergente del menor. Los niños y adolescentes no poseen una madurez cognitiva homogénea; por lo tanto, los profesionales deben adaptar los modelos de autonomía a sus capacidades evolutivas. La psicología del desarrollo demuestra que, mientras un niño de 6 años puede comprender conceptos básicos como el dolor o el alivio, un adolescente de 15 años tiene la capacidad cognitiva para comprender las consecuencias a largo plazo de un tratamiento ortodóntico o quirúrgico (4).

En este contexto, el enfoque de "autonomía diferenciada" o "capacidad progresiva" resulta crucial. Este principio, respaldado por la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (5), establece que, a medida que el menor adquiere mayor madurez y comprensión, su opinión debe tener un peso cada vez mayor en las decisiones relativas a su salud. El odontólogo debe evaluar no solo la edad cronológica, sino también la madurez psicológica y emocional del paciente para determinar el nivel de participación adecuado.

El consentimiento informado en esta población no debe limitarse a un trámite administrativo ni a la mera firma de un documento. Debe convertirse en un proceso de diálogo continuo y de construcción de confianza entre el profesional, el menor y su familia. Esto implica no solo la transmisión de información técnica, sino también el acompañamiento emocional. Es fundamental que los profesionales aseguren que el menor participe en el proceso de toma de decisiones, lo que implica un consentimiento progresivo a medida que el niño crece y el adolescente madura,

respetando siempre su autonomía en el contexto de su desarrollo evolutivo.

El consentimiento, asentimiento y disentimiento informado

En la práctica clínica pediátrica, la autonomía se gestiona a través de tres conceptos interrelacionados pero distintos: el consentimiento parental, el asentimiento del menor y el disentimiento (26).

El consentimiento informado (o permiso parental) es la autorización legal y ética otorgada por los padres o tutores legales. Requiere que los representantes comprendan el diagnóstico, las opciones de tratamiento (incluida la alternativa de no tratar), así como los riesgos, beneficios y costos. Sin embargo, el permiso de los padres no anula el derecho del niño a ser informado y a expresar su voluntad.

El asentimiento informado es el acuerdo afirmativo del niño para someterse a una intervención. No es un mero "sí" pasivo, sino una participación activa y consciente, adaptada a su nivel de comprensión. La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) recomienda que, a partir de los 7 años, los niños sean incluidos en el proceso de toma de decisiones de manera acorde con su desarrollo cognitivo (7). Esto puede lograrse mediante el uso de lenguaje adaptado, ayudas visuales, modelado (técnica de "decir-mostrar-hacer") y fomentando la autonomía mediante la elección de opciones limitadas (por ejemplo, "¿prefieres el sabor a fresa o a menta del flúor?").

El disentimiento es la negativa del menor a participar en el tratamiento. Éticamente, el disentimiento de un niño no siempre debe respetarse si el tratamiento es vital o previene un daño grave (por ejemplo, tratar una infección grave). Sin embargo, en odontología, donde muchos tratamientos son electivos o preventivos, forzar a un niño que expresa un disentimiento claro y persistente puede generar un trauma psicológico, una fobia dental permanente y violar el principio de no maleficencia. En estos casos, el odontólogo debe detener el procedimiento, reevaluar la estrategia de manejo de la conducta y buscar alternativas, como la sedación consciente o el tratamiento bajo anestesia general, siempre con el consentimiento de los padres (8).

Desafíos contemporáneos de la autonomía clínica

En la actualidad, hay cinco desafíos principales que ponen a prueba el modelo clásico de autonomía en la práctica odontológica con menores:

1. La persistencia del paternalismo y la jerarquía clínica: En muchas sociedades, la figura del odontólogo se percibe como una autoridad incuestionable, lo que inhibe la participación de los padres y, por extensión, la de los adolescentes. Romper esta barrera requiere que el profesional ceda parte de su "poder" para empoderar al paciente.

2. El impacto de la era digital en los adolescentes: Los adolescentes de hoy tienen acceso a internet y a las redes sociales, lo que modifica su autonomía. Aunque esto puede aumentar su alfabetización en salud, también los expone a la desinformación y a mitos sobre tratamientos odontológicos (p. ej., ortodoncia en redes sociales), lo que genera expectativas irreales o desconfianza hacia el profesional.

3. Los contextos de vulnerabilidad socioeconómica: Las familias en situación de pobreza o marginación pueden priorizar la inmediatez (aliviar el dolor) por encima de la prevención o de los tratamientos complejos. En estos casos, la autonomía se ve condicionada por la falta de recursos, y el profesional debe evitar juicios morales, facilitando un espacio de empatía y buscando opciones de tratamiento realistas y accesibles (9).

4. Las situaciones sanitarias urgentes y el trauma: En casos de trauma dental agudo, el estrés y el dolor reducen la capacidad

de procesamiento de la información. La autonomía debe ejercerse de manera rápida, priorizando la beneficencia y el alivio del sufrimiento, sin que ello implique anular la obligación de informar posteriormente.

5. El relativismo cultural y la diversidad: En diversas comunidades (indígenas, migrantes o con creencias religiosas específicas), la concepción de la infancia y la participación del menor en las decisiones médicas varían drásticamente. En algunas culturas, la idea de que un niño "elija" o "participe" puede ser vista como una falta de respeto hacia la autoridad de los ancianos o de los padres. La bioética intercultural exige que el profesional negocie estos conflictos sin imponer su propia cosmovisión, buscando el "interés superior del niño" en su contexto cultural (10).

Bioética en la toma de decisiones en odontología infantil

La bioética en la odontología infantil implica no solo una atención clínica técnicamente impecable, sino también la consideración de los derechos del niño, su bienestar emocional y su desarrollo integral. Un eje fundamental es el manejo de la ansiedad y el miedo dental. Muchos niños experimentan terror ante el entorno clínico, lo que puede derivar en resistencia física o en una negativa absoluta al tratamiento.

Éticamente, el odontólogo se enfrenta a un dilema: ¿Debe utilizar técnicas avanzadas de manejo de la conducta (como la sujeción protectora o la sedación) para completar un tratamiento necesario, o respetar la negativa del niño para evitar el trauma psicológico? La respuesta bioética se basa en el principio de proporcionalidad y en el interés superior del menor. La coerción física solo es justificable en situaciones extremas en las que no hay alternativa para evitar un daño mayor, y siempre con el consentimiento informado de los padres. En la mayoría de los casos, la bioética exige dedicar tiempo a técnicas de desensibilización, a la terapia conductual y a la creación de un entorno amigable (8).

Además, la toma de decisiones éticas implica el respeto a la diversidad familiar. En familias disfuncionales o en las que los padres tienen fobia dental y transmiten ese miedo a sus hijos, el odontólogo debe actuar como un defensor de la salud del niño (*child advocate*), asegurando que las decisiones de los padres no comprometan el bienestar físico y emocional del menor. La decisión médica debe tomarse con empatía, evitando la coerción y asegurando que el niño y su familia se sientan respetados, integrando la bioética no como una simple aplicación de reglas, sino como una práctica basada en el diálogo, la comprensión y el cuidado (11).

El papel de la educación en la bioética infantil

La formación en bioética en las facultades de odontología debe ser continua, transversal y adaptada a las necesidades reales de la práctica clínica con menores. Tradicionalmente, la enseñanza de la ética se ha centrado en los códigos deontológicos y las normas legales. Sin embargo, la bioética clínica exige ir más allá: requiere el desarrollo de habilidades comunicativas, empatía, escucha activa y razonamiento moral ante dilemas complejos (12).

Es fundamental que los estudiantes y profesionales reciban capacitación especializada en ética pediátrica, con énfasis en el consentimiento informado, el respeto a la dignidad del niño y la protección de sus derechos. La metodología de enseñanza debe incluir el análisis de casos clínicos reales, la simulación de situaciones de conflicto (como el disentimiento de un adolescente) y la reflexión narrativa, en la que el estudiante aprenda a escuchar la "historia" del paciente más allá de su radiografía.

Además, esta educación no debe limitarse al consultorio. El odontólogo tiene un papel educativo para las familias y la comunidad, promoviendo una cultura de respeto, prevención y participación en la toma de decisiones. Entender que la bioética guía la relación entre el profesional, el paciente y su entorno familiar es esencial para construir un sistema de salud verdaderamente humanizado (13).

Consideraciones sobre la investigación odontológica con menores

Si bien el enfoque principal de este artículo es la práctica clínica, es imperativo señalar que la participación de niños y adolescentes en estudios odontológicos requiere un marco ético aún más riguroso. La Declaración de Helsinki y las normativas internacionales establecen que la investigación en poblaciones vulnerables solo es justificable si los resultados no pueden obtenerse en personas con capacidad de dar consentimiento, y si el estudio ofrece un beneficio directo para el menor o para su grupo etario (14).

La evaluación de la calidad del consentimiento informado en investigación debe garantizar que el lenguaje sea claro, accesible y libre de tecnicismos. El principio de no maleficencia es central: ningún estudio debe causar daño innecesario. La normativa debe equilibrar la protección de los derechos del menor con la promoción de su participación consciente, garantizando que la compensación o los incentivos no resulten coercitivos para las familias vulnerables y que se respete su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin represalias (15).

Reflexiones Finales

La autonomía del paciente y el consentimiento informado constituyen pilares fundamentales de la bioética moderna. En el ámbito de la odontología infantil y adolescente, esto implica promover una visión contextualizada, sensible a las realidades sociales, culturales, emocionales y evolutivas del paciente.

La autonomía en la infancia no se reduce a la toma de decisiones independientes por parte del menor, sino a su participación progresiva en el proceso terapéutico, incluso cuando su contribución es limitada. El asentimiento, como acto voluntario y consciente, es esencial: a diferencia del consentimiento formal de los padres, permite que el niño, según su madurez, exprese su acuerdo o desacuerdo, promoviendo su crecimiento, su sentido de pertenencia al tratamiento y la construcción de su identidad como sujeto de derechos.

La responsabilidad de los clínicos radica en construir un entorno en el que los niños y adolescentes puedan participar en su propio cuidado sin sentirse presionados, manipulados ni invisibilizados. La autonomía en la odontología pediátrica no debe entenderse como una condición exclusiva del adulto, sino como un principio flexible, un continuum que evoluciona conforme el menor crece.

Solo mediante un compromiso inquebrantable con estos valores bioéticos podremos construir un sistema de salud que respete la dignidad, la libertad y la integridad de los pacientes más vulnerables. La odontología pediátrica del siglo XXI debe ser, por definición, una disciplina no solo técnica y científica, sino también profundamente ética, que garantice una atención integral, humanizada y centrada en el interés superior del niño.

REFERENCIAS

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
2. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice. Pediatrics. 1995;95(2):314-317.
3. Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Madrid: Alianza Editorial, 2012.
4. Kuther TL. Medical Decision-Making in Childhood and Adolescence. New York: Routledge; 2003.
5. UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York: Naciones Unidas; 1989.
6. Alderson P. Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. Child Soc. 2007;21(5):373-384.
7. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on informed consent, parental permission, and assent in pediatric dental practice. Pediatr Dent. 2020;42(4):55-58.
8. Royal College of Paediatrics and Child Health. Making Decisions to Treat Children in the Best Interests. London: RCPCH; 2021.

9. Garrafa V, Porto D. Uma intervenção bioética: a proteção dos vulneráveis. Rev Bioética. 2009;17(1):9-22.
10. López Moríñigo JJ. El consentimiento informado en pediatría. An Pediatr (Barc). 2010;73(4):218-224.
11. Larcher V, Hutchinson A. Making decisions: the child's right to be heard. Arch Dis Child. 2010;95(10):765-766.
12. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema; 1989.
13. Puga M. El consentimiento informado en pediatría. Rev Chil Pediatr. 2018;89(1):12-18.
14. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 2013;310(20):2191-2194.
15. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Geneva: CIOMS; 2016.