

**ASPECTOS ÉTICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA  
Y PSICOLOGÍA, UNA RESIGNIFICACIÓN DE LA COMPRENSIÓN DEL  
PACIENTE DESDE EL ENFOQUE EXISTENCIAL-HUMANISTA.**

**Paola Andrea Clavijo Rodríguez, Liliana Correa Barreto, Andrea Prieto Sarmiento**

**Psicóloga Martha Gaitán de Zárate**

**Universidad de La Sabana**

**Facultad de Psicología**

**Chía, Marzo 2005**

**ASPECTOS ÉTICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN  
MEDICINA Y PSICOLOGÍA, UNA RESIGNIFICACIÓN DE LA  
COMPRENSIÓN DEL PACIENTE DESDE EL ENFOQUE EXISTENCIAL  
HUMANISTA.**

Paola Clavijo, Liliana Correa, Andrea Prieto y Psicóloga Martha Gaitán de Zárate \*

Resumen

La presente investigación pretende describir la realidad que se presenta en el contexto hospitalario en relación a la aplicación que realizan los profesionales de la salud (médicos y psicólogos) del Consentimiento Informado. Abordado desde el enfoque psicológico Existencial Humanista, puesto que brinda una resignificación de la comprensión del paciente como persona humana en el proceso de Consentimiento Informado y de la Psicología de la Salud que aporta la epistemología del ejercer del psicólogo en el ámbito sanitario. El método empleado en la investigación fue de corte cualitativo; el diseño metodológico es el estudio interpretativo de casos, los instrumentos utilizados fueron: entrevistas, diarios de campo y matrices de integración, que captan la información para el análisis de las categorías basadas en el marco conceptual y la triangulación de la información en cuanto a los objetivos y preguntas planteadas. Los participantes fueron 5 médicos, 3 psicólogos y 8 pacientes y/o familiares. Los resultados obtenidos fueron: los psicólogos presentan el Consentimiento Informado acorde con los principios de la psicoética y perciben al paciente según el enfoque Existencial – Humanista, por otro lado, en los médicos se encontraron diferencias en las percepciones de los pacientes y en la aplicación del Consentimiento Informado. Desde la fenomenología del paciente existe coherencia según el profesional de la salud que haya presentado el Consentimiento Informado.

---

\*Directora Trabajo de Grado

### Abstract

The present investigation intends to describe the reality that appears in the hospitable context in relation to the application of the Informed Consent that make health professionals (medical doctors and psychologists). Boarded from psychological approach Existential Humanist, it offers a remake of the comprehension of the patient like human person in the process of the Consent Informed and from Health Psychology that offers the theory and methodology of exerting of the psychologist in the sanitary scope. The method used in the investigation was of qualitative cut, methodological design was study interpretative of cases, instrument used were: interviews, newspapers of field and matrices of integration that caught the information for the analysis of the categories based on the framework conceptual and the raised triangulation of the information as far as the objectives and questions. The participant was 5 medical doctors, 3 psychologists and 8 patients and/or relatives. The results were that the psychologists present the Consent Informed agreed to the principles of the psychoethics and they perceive the patient according to the approach Existential Humanist, however the medical doctors were differences in the perceptions of the patient and the application of the Informed Consent. Finally, from patient's experience is according to the health professional that had presented the Informed Consent.

**TABLA DE CONTENIDO**

Aspectos Éticos del Consentimiento Informado en Medicina y Psicología, una resignificación de la Comprensión del paciente desde el enfoque Existencial Humanista,	7
Realidad a Investigar,	32
Justificación,	33
Preguntas de Investigación,	34
Objetivos,	34
Objetivo General,	34
Objetivos Específicos,	34
Método,	36
Tipo de Investigación,	36
Diseño,	38
Participantes,	39
Población,	40
Contextualización de la Población,	41
Instrumentos,	41
Matriz de Integración,	42
Entrevista Estructurada,	42
Diarios de Campo,	45
Observación Participante,	46
Procedimiento,	47
Criterios de Análisis,	48
Codificación y análisis de la información,	53

Categorías,	<b>54</b>
Consideraciones Éticas,	<b>55</b>
Resultados,	<b>56</b>
Resultados de las Entrevistas a los profesionales de la salud,	<b>56</b>
Resultados de las Entrevistas a los Médicos,	<b>56</b>
Resultados de las Entrevistas a los Psicólogos,	<b>71</b>
Resultados de las Entrevistas a los pacientes,	<b>79</b>
Resultados Generales,	<b>91</b>
Discusión y Conclusiones,	<b>97</b>
Referencias,	<b>104</b>
Apéndices,	<b>107</b>

## **TABLA DE APÉNDICES**

Apéndice A. Formato del Consentimiento Informado para la Investigación,	<b>108</b>
Apéndice B. Formato Matriz de Integración de la Información de la Entrevista,	<b>109</b>
Apéndice C. Formato Entrevista para el paciente / familiar,	<b>111</b>
Apéndice D. Formato Entrevista para profesional de la salud,	<b>112</b>

## **ASPECTOS ÉTICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA Y PSICOLOGÍA, UNA RESIGNIFICACIÓN DE LA COMPRENSIÓN DEL PACIENTE DESDE EL ENFOQUE EXISTENCIAL-HUMANISTA.**

La presente investigación se construye en relación con los principios de la ética, además de la bioética y la psicoética como ciencias disciplinarias que orientan el ejercicio profesional en el campo de la salud. Dado que buscamos una resignificación del valor de la persona humana en el proceso de consentimiento informado, será abordado desde el enfoque psicológico Existencial-Humanista. De esta manera, el sentido de la investigación está relacionado con la realidad que se vivencia en instituciones de salud, por lo tanto nuestra búsqueda teórica se encamina inicialmente en el estudio de la ética como aspecto fundamental en la construcción de relaciones interpersonales que involucran al ser humano como actor biopsicosocioespiritual.

Gispert (2001) define la ética como:

La rama de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre. La ética rige la conducta humana de acuerdo a las costumbres. Desde sus orígenes es una disciplina filosófica cuya tarea consiste en fundamentar los distintos sistemas de ideas morales que justifican las acciones del hombre. (p. 8).

De igual manera, este planteamiento coincide con Ramón Córdoba Palacio (2003), quien propone que la ética también puede considerarse como “una ciencia axiológica que evalúa las actitudes y actos conscientes, voluntarios y libres del ser humano, según los valores del bien y del mal”. (p. 24)

La historia menciona al filósofo griego Hipócrates, el cual postuló el Juramento Hipocrático que se refiere a las disposiciones reglamentarias del ejercicio médico. Como

un paradigma de ética profesional, de responsabilidad moral e impunidad jurídica que procura siempre el bienestar del otro.

Hernández (2002) quien también se refiere al Juramento Hipocrático afirma:

El juramento Hipocrático reúne todo lo necesario para constituirse en una guía moral para el médico, la relación que debe guardarse para con los maestros y colegas, evitar el aborto o la eutanasia, guardar la privacidad y confidencialidad del enfermo, entre otros muchos aspectos. (p. 10).

Fernández (1998), afirma que el fundador de la ética fue Sócrates, ya que fue el primero en mencionar las virtudes éticas. Asimismo, de la ética médica Hipocrática se desprende la ética o moral profesional, aplicable a cualquier actividad, la cual obliga a quien la desempeñe a ejercerla a la perfección, en procura del bienestar del otro. Por otro lado, del surgimiento del Juramento Hipocrático y por ende de la ética médica nace en el presente siglo y desde diferentes puntos de partida el concepto de Bioética, Van Rensselaer Potter (1971) citado por Blázquez (1990), bioquímico e investigador del cáncer es el primero que utiliza este término. (p.28).

Lavados (1997) la define de manera muy sencilla “estudio de los problemas éticos que plantea el desarrollo de las diferentes ciencias y tecnologías que pueden aplicarse y por tanto influir y modificar a la vida humana”. (p. 3). La bioética estudia, como hizo siempre la ética, la conducta de los hombres. Pero ahora en un campo nuevo “el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en la medida en que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales”. (p. 3).

Gispert (2001) define la Bioética como “estudio de las cuestiones éticas de la medicina, atención sanitaria y ciencias de la vida”. (p. 3). Existen dos principios fundamentales, unánimemente reconocidos, que son complementarios: el respeto a la



vida humana, que pertenece al orden de la objetividad y debe servir de finalidad a la actuación ética; y el principio de la autodeterminación de la persona, que remite al dominio de la subjetividad y es esencial en la ética.

El propósito por el cual abordamos la temática de la bioética es para la contextualización de nuestro trabajo, puesto que es la rama de la ética que estudia los seres vivos, específicamente al hombre. De esta manera abordamos la ética médica como ciencia que establece el sistema de valores para el ejercicio profesional en el ámbito clínico.

La bioética se ha impuesto en la comunidad científica como el nuevo traje adicional de una nueva disciplina humanística destinada a establecer una racional y precavida participación de los hombres de ciencia modernos en los procesos de evolución biológica y cultural. Según Gispert (2001) *Bio*, se refiere al conocimiento biológico, a la ciencia de los sistemas vivientes. *Ética*, en cambio representa el conocimiento de los sistemas humanos de valores. Por ende *Bioética* se refiere a una disciplina racional aplicada a los procesos vivos.

Hernández (2002) también nos acerca a una postura ética que redefine al hombre como una unidad que permite resignificarlo en la realidad a investigar, así propone que:

El modelo de bioética personalista, pone la atención en la fundamentación moral de la persona. Se reconoce la dignidad del hombre por su esencia y no solo por su capacidad de ejercer su autonomía. El personalismo acepta la indivisibilidad del hombre como una unidad física, psíquica y espiritual, desde el momento de la concepción hasta la muerte. El análisis personalista se sintetiza en cinco principios. A) El valor de la corporeidad. B) El valor de la vida física. C) El

principio de la libertad. D) El principio de la totalidad. E) El principio de la socialidad / subsidiariedad. (p. 13).

Otro autor que retoma el concepto de bioética acorde con nuestro interés investigativo es Niceto Blázquez (2000) porque reflexiona sobre la tecnificación de la bioética, quién afirma:

Antes de la explosión actual de la investigación y la manipulación genética se comenzaron a denunciar abusos clamorosos en el campo de la experimentación con seres humanos. La bioética nació así al rescoldo de estas experimentaciones como guardiana del futuro del hombre. (p. 120)

Dado que nosotros la especie humana, nos encontramos en un mundo cada vez más técnico, más desarrollado, más comunicados y paradójicamente, más en peligro de destrucción. La bioética se impone como medida para contrarrestar los posibles desequilibrios a los que se puede ver enfrentado el hombre. Se piensa que la bioética debería ocuparse directamente de las decisiones de cada persona humana sobre sí mismos (cuerpo y psique), o sobre la vida de los demás cuando entran en juego directamente las técnicas biomédicas más avanzadas. La Bioética a contribuido de forma sustancial al reconocimiento de la autonomía individual, como uno de los principios éticos que debe orientar la investigación biotecnológica y la práctica médica. El respeto básico a las personas, se deriva de la obligación de los equipos sanitarios de informar adecuadamente a los pacientes para que puedan tomar decisiones con conocimiento de causa. Es decir se deriva el derecho al consentimiento informado.

Con lo planteado anteriormente reflexionamos que el consentimiento informado es el procedimiento sanitario que nos interesa en nuestra investigación, porque de éste

depende en gran medida las consecuencias que se desencadenen en la salud integral del paciente.

Así, el consentimiento informado, es un apoyo legal y moral y/o ético, tanto para el paciente y/o su familia, como para el profesional de la salud.

Gamboa Bernal (1999) define al Consentimiento Informado como:

Un acuerdo de voluntades, por un lado en la información dada por el medico y por el otro, en la decisión libre del paciente. “Se manifiesta, por tanto, en la ilustración conveniente y suficiente y en la aceptación sobre la forma y la causa que han de construir el contrato de prestación de servicios”. (p. 34)

Otro acercamiento que complementa el término nombrado anteriormente es el citado por Cortés Gallo (1999) quien aporta:

El proceso por el cual un paciente, comprendiendo lo que significa para el participar en un estudio, en forma libre acepta. El consentimiento informado posee elementos útiles para poder determinar qué y cuánto debe saber el paciente teniendo en cuenta la capacidad de conocer y decidir, la situación emocional y psíquica, el grado de dependencia, el tipo de enfermedad y la información previa; y cómo y cuándo el médico debe proporcionar la información pertinente acerca de la enfermedad, de su pronóstico y su tratamiento, teniendo en cuenta el conocimiento científico, la rectitud de intención, la disponibilidad de tiempo, la información y el soporte legal. (p. 29)

Con esto se relaciona y se concluyen los tres principales elementos del consentimiento informado, los cuales nos permiten acercarnos a la realidad y así conocer en las diferentes instituciones si son respetados y cumplidos en la práctica clínica, el consentimiento debe ser idóneo así como también presentar una previa información,

dichos elementos son: A) Información: El contenido de la información debe tener en cuenta los objetivos de la intervención como las molestias y riesgos más significativos por su frecuencia y gravedad. Igualmente debe contener los beneficios esperables, las alternativas factibles si las hay, y el curso específico que tendría el padecimiento si se dejase de tratar. La información debe ofrecerse en función de la necesidad del paciente “razonable” para tomar una decisión concreta que le permita balancear la consideración de los beneficios y los riesgos. Esta parece ser la opción por la que se ha optado en materia legal ya que no hay criterios inequívocos que nos permitan adoptar el punto de vista de la práctica médica habitual. B) Comprensión de la información: si el paciente no atiende adecuadamente la acción o el procedimiento a realizar, la acción no puede ser autónoma. Cuando comprendemos algo, es porque comprendemos el significado de las expresiones que describen la naturaleza del procedimiento, y las consecuencias previsibles o posibles que puedan liberarse de su ejecución u omisión. C) Libertad de elección: el paciente tiene que poder disponer de su propia voluntad, la cual puede verse disminuida por coerción, o manipulación. La coerción consiste en influir intencionalmente a una persona amenazándola con daños indeseables y severos, de suerte que ésta no puede resistir el no actuar a fin de evitarlos. La manipulación, es un tipo de influencia intencional, por medios no coercitivos, que implica alterar las elecciones reales al alcance de otra persona, mediante la desfiguración u ocultación de ciertos hechos. Estas figuras son moralmente inapropiadas y pueden ocasionar un vicio en el consentimiento del paciente. Finalmente, la persuasión es una forma de influenciar intencionalmente a la persona, por medios racionales, a que asuma las creencias o valores del persuasor. Es éticamente aceptable, siempre que la argumentación sea leal y no éste sesgada por intereses ajenos al paciente.

En todo Consentimiento Informado, bien sea por escrito o simplemente de manera verbal, debe hacerse mención a lo siguiente: A) Procedimiento propuesto. B) Riesgos materiales. C) Complicaciones. D) Procedimientos alternativos. E) Riesgos previsibles en caso de que el paciente decida rechazar el procedimiento propuesto.

Es en este punto donde convergen y se relacionan varios aspectos de nuestra investigación y se da origen a nuevos términos e interrogantes. Hemos partido de los antecedentes para dar sustento teórico basándonos en algunos autores que definen la ética, el juramento hipocrático, ética médica y bioética, esto, con el fin de orientar nuestro proceso de investigación de la realidad a estudiar. Ahora relacionamos un nuevo concepto que desde el punto de vista de nuestra disciplina psicológica, servirá de brújula para llegar al foco central de nuestra investigación, apartándonos, sin dejar de lado, la disciplina médica.

Aunque el término Psicoética no ha sido tan abordado, nosotras como investigadoras lo encontramos de gran importancia para el desarrollo de nuestro trabajo de investigación, puesto que como psicólogas nuestro sistema de valores esta amparado por la psicoética, aspecto que es indispensable para el cumplimiento de los objetivos establecidos en la realidad a investigar.

Como ya se había mencionado anteriormente el Ethos de cada profesión hace referencia a aquellas actitudes, normas éticas específicas, maneras de juzgar las actividades morales que lo caracterizan dentro de su grupo sociológico, lo cual hace a cada profesional mantenerse responsable evitando toda posible desviación; a este conjunto de aspectos ha de llamarse Ética Profesional.

El código de Ética Profesional según Franga-Tarrago (2000) “es una organización sistemática del “ethos” profesional es decir las responsabilidades morales que provienen

del rol social profesional”. (p. 20). De tal manera representa el esfuerzo por garantizar y fomentar el Ethos de la profesión frente la sociedad, por lo tanto para nuestra investigación resulta clara la relación entre los valores éticos del médico y el respeto hacia la integridad de la persona humana, por esto la pertinencia de exponer la ética profesional como una parte fundamental e interrelacionada con nuestro tema a investigar, ya que es un medio muy útil para promover la confianza mutua entre un profesional y una persona. Es importante destacar el valor ético máximo o último el cual en palabras textuales de Franga-Tarrago (2000) “es tomar a la persona humana siempre como un fin y no como un medio para otra cosa que no sea su propio perfeccionamiento como persona.” (p.22). Y los caminos que se tienen para canalizarse es la interacción profesional-persona.

Franga-Tarrago, (2000) presenta los principios básicos de la Psicoética, los cuales llevan también a ese valor último “Dignidad Humana”:

El principio de Beneficencia es el deber de hacer el bien –o por lo menos no perjudicar; El principio de Autonomía, el primero en hablar del término fue Kant y el cual le da como significado la capacidad de todo individuo humano de gobernarse por una norma que él mismo acepta como tal, sin coerción externa; y por último está el principio de Justicia, que es el imperativo moral que nos obliga a la igualdad de consideración y respeto por todos los seres humanos. Lo supone evitar todo tipo de discriminación ya sea por su condición económica o social, entre otras; en otras palabras es la obligación de respetar el derecho de todo ciudadano de tener igual tipo de oportunidades para la satisfacción de sus necesidades básicas. (p.23)

De lo anterior surge una norma ética, “la confidencialidad” que implica la protección de toda información considerada secreta, comunicada entre personas, ya que es el derecho que tiene cada persona de proteger toda información referente así misma. De lo anterior también se desprende la regla de veracidad la cual consiste en el deber de decir activamente lo verdadero, la meta de la veracidad es el “Consentimiento Informado”; Cuando la veracidad es base de la relación profesional-persona y el derecho de autonomía se reconoce como ineludible, entonces es posible que se dé un auténtico acuerdo entre iguales que debe ponerse en práctica por el consentimiento válido. El cual es definido por Franga-Tarrago (2000), “como el acto por el cual una persona decide que acontezca algo que le compete así misma pero causado por otros” (p.42). Es necesario que el consentimiento válido tenga unas condiciones: primero que lo presente una persona competente para decidir; segundo ser informado y tercero ser voluntario, es decir como ya lo habíamos mencionado antes que sea libre de coacción exterior, el paciente debe estar en la capacidad de entender la situación que se le presente, sus causas y sus consecuencias en otras palabras es la capacidad que la persona tiene para decidir adecuada y apropiadamente, con el fin de alcanzar las necesidades personales. Este tema del consentimiento válido es de suma importancia en la relación profesional de la salud y paciente ya que esta guiado por el punto de vista ético.

Para ahondar en el tema reconocemos los planteamientos de Franga-Tarrago (2000), quién menciona lo siguiente:

Al inicio de la relación psicológica es un deber primordial de todo psicoterapeuta al comenzar la relación con el paciente, abordar las primeras entrevistas teniendo como uno de los objetivos fundamentales, proporcionar a la persona suficiente y

adecuada información para que esta pueda consentir –libre y sin coacción- sobre los pasos consiguientes que desee dar en el proceso terapéutico. (p.54)

Por lo tanto, el psicólogo debe interiorizar los valores, principios y normas morales que en su sentir, razonar y actuar se haya vuelto coherentes y compatibles entre sí. Aunque naturalmente, hay pacientes que no son competentes para decidir sobre lo que van a hacer con sus vidas, por esta razón el profesional deberá ejercer siempre el ejercicio clínico de discernir si “este” individuo concreto puede o tiene la capacidad de tomar la decisión acerca de su tratamiento, de ser negativo el profesional deberá otorgarle la responsabilidad a un representante legal del paciente.

Desde la ética no podemos juzgar la eficiencia o la certeza de una teoría o práctica psicológica, pero si se tienen dos aspectos que tienen implicación directa en su responsabilidad ética como profesional lo afirma Franga-Tarrago (2000)

En primer lugar no sería responsable un psicólogo, si ignora que hay algunas teorías y prácticas que contienen presupuestos antropológicos reduccionistas o una perspectiva incompleta de lo que es el ser humano, visto éste desde el punto de vista fenomenológico interdisciplinario y racional. Y en segundo lugar, desde la ética es posible plantear cuales son las condiciones mínimas de eticidad que requeriría una decisión responsable respecto a que escuela se ha de escoger para la práctica profesional, (p. 81).

Adicionalmente, el contexto disciplinario de la psicología que recogeremos en nuestra investigación es la psicología de la salud, puesto que es la rama de la psicología que está vinculada con el ambiente hospitalario y sanitario, debido a que esta especialidad recoge la ciencia del comportamiento en el ambiente de las instituciones hospitalarias y sanitarias, teniendo en cuenta la relación de profesionales de la salud y



pacientes, aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento clínico y promoción y prevención de hábitos saludables, entre otros.

Por lo tanto, el origen de esta rama de la psicología está relacionado con la salud desde los inicios del siglo XX, ya que la Asociación Psicológica Americana (APA) (1911) realizó investigaciones a cerca del papel de la ciencia del comportamiento en la medicina, y aunque en la actualidad esta relación es muy lógica, desafortunadamente cuando se propuso fue rechazada, y en realidad en los colegios médicos se introdujeron muy pocos cambios hasta la década de 1970. Aunque en 1940 los aspectos psicológicos se relacionaban solo con la enfermedad, y estaba limitada desde la orientación psiquiátrica porque los psicólogos ejercían solamente desde una postura educativa. Ya que, según Matarazzo (1994), citado por Brannon & Feist (2001) decía que “el número de psicólogos que obtuvieron nombramientos académicos en las facultades de medicina prácticamente se triplicó de 1969 a 1993”. (p.24)

Así, según Rozensky & Tavian (1991) citados por Brannon & Feist (2001) postularon que “los psicólogos conjuntamente con los neuropsicólogos y los psicólogos especializados en rehabilitación, comenzaron a ser aceptados como miembros de la mayor parte de los equipos de los principales hospitales”. (p. 24)

De esta manera, desde la medicina se ha también estudiado la relación entre las emociones y los componentes psicológicos del ser humano, con las enfermedades físicas desde la medicina psicosomática. Así, puede verse a Sigmund Freud como el precursor de esta área, ya que él destaca el efecto de los componentes psicológicos inconscientes en el estado físico. Continuando con esta línea está Franz (1950) citado por Brannon & Feist (2001) “afirmaba que determinadas personas resultaban más vulnerables que otras a los efectos del estrés en sus organismos y que cuando coincidía la vulnerabilidad del

organismo y el estrés, las personas susceptibles de sufrir estas enfermedades desarrollaban el mal” (p. 26).

Además, Kimball (1981) concluyó que aquellos médicos que tuvieran en cuenta solo y exclusivamente un factor patógeno resultaría un tratamiento incompleto frente a la complejidad de la enfermedad. A pesar que dentro de esta rama emergente de la medicina no se ha creado una verdadera cohesión entre los componentes psicológicos y fisiológicos, se han ido estudiando más concienzudamente solo desde la psiquiatría. Afortunadamente para este estudio, hay otra rama emergente que ha asumido el comportamiento como un aspecto importante en la salud, es la Medicina Conductual, definida por Schauwartz & Weiss (1978) citados por Brannen & Feist (2001) como:

El campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo y la integración de la ciencia del comportamiento y la ciencia biomédica y las técnicas relevantes relacionadas con la salud y la enfermedad, así como con la aplicación de este conocimiento y dichas técnicas para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.(p.26)

Siendo así, los temas de interés desde esta perspectiva son la búsqueda de atención sanitaria, la adherencia al tratamiento médico, la definición y medición del estrés, la comprensión del estrés y la enfermedad, el dolor y el sistema nervioso, la identificación de factores conductuales en enfermedades cardiovasculares, en el cáncer y en las estrategias de afrontamiento ante las mismas.

Asimismo, también nació una nueva disciplina denominada Salud Conductual, donde el énfasis estaba dirigido hacia la mejoría de la salud, así como la prevención de la enfermedad en las personas saludables, en lugar de profundizar en el diagnóstico y el tratamiento. Entendiéndola de esta manera, puede tomarse como una subespecialidad de

la medicina Conductual, que debe abordarse desde un equipo interdisciplinario, ya que su intervención esta destinada hacia problemáticas actuales como el consumo del tabaco, el alcohol y drogas psicoactivas, así como a la obesidad y trastornos de la conducta alimentaria; implementando la promoción de estilos de vida saludables, generando criterios de responsabilidad individual y bienestar.

Así, la Psicología de la Salud es la disciplina psicológica que se relaciona con la medicina Conductual y la salud Conductual, ya que según Brannen & Feist (2001) “su preocupación se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas” (p.27). Además de obviamente recoger las bases teóricas de la psicología, recoge contribuciones a cerca de la mejoría de la salud, la prevención y el tratamiento psicológico de la enfermedad, la identificación de factores protectores y de riesgo personales, así como la mejora del sistema sanitario y la influencia social en éstos. Resumiendo, es la aplicación de los constructos psicológicos a las áreas que intervienen en la salud física.

De esta manera, la Psicología de la Salud se consolido como área de la psicología en 1973, ya que según Brannen & Feist (2001), cuando la Asociación Psicológica Americana (APA) convocó a psicólogos para realizar investigaciones en el área sanitaria, luego en 1976 se consideró importante proyectar esta área porque podía ayudar a incrementar la salud y a prevenir la enfermedad. Así, en 1978 la APA creo la División 38, y según Matarazzo (1994) citado por Brannen & Feist (2001) es descrita como “una organización científica, educativa profesional para aquellos psicólogos que estén interesados en determinadas áreas (o bien que trabajen dentro de ellas) situados en todo aquello que conecta la medicina y la psicología”. (p. 29)

Así, según Engel (1977) citado por Brannen & Feist (2001) afirma:

Para proporcionar una base a la hora de comprender los elementos de manera determinante en la enfermedad y lograr tratamientos racionales y patrones de cuidados de la salud, un modelo médico también debe tener en cuenta el paciente, el contexto social en el que vive y el sistema complementario desarrollado por la sociedad para gestionar los efectos divisores que causan la enfermedad, es decir, el rol médico y el sistema sanitario. Esto requiere un modelo biopsicosocial. (p.22)

Por lo tanto, la psicología según Brannen & Feist (2001) ha contribuido desde su perspectiva biopsicosocial con varios aspectos a la medicina, ya que la investigación especializada en técnicas que promueven un estilo de vida saludable para no desarrollar enfermedades crónicas, además de la implementación de instrumentos para la evaluación de factores personales respecto a la salud y a la enfermedad, así como el interés por investigar cualquier tipo de hábitos acerca de esto.

De esta manera, para nuestra investigación resulta relevante indagar el motivo por el cual una persona busca atención sanitaria, ya que según Brannen & Feist (2001) las personas valoran el estado saludable y ante cualquier síntoma de enfermedad buscan la manera de evitarlo, aunque desde el enfoque de la psicología de la salud se conoce que esta regla no es general para todas las personas. Esto puede explicarse desde el Modelo de Creencias sobre la salud desarrollado por Becker y Rosenstock (1984) citado por Brannen & Feist (2001) quienes sugieren que:

Las creencias contribuyen significativamente al comportamiento de búsqueda de la salud. Este modelo incluye cuatro creencias o percepciones que deben combinarse para percibir los comportamientos relacionados con la salud. 1. La susceptibilidad percibida a la enfermedad o a la incapacidad, 2. La gravedad percibida de la enfermedad o la incapacidad, 3. Los beneficios percibidos de los

comportamientos promotores de la salud y 4. Las barreras percibidas para realizar los comportamientos promotores de la salud. (p.69)

Otra Teoría es la de Acción Razonada propuesta por Ajzen & Fishbein (1980) citado por Brannen & Feist (2001) la cual supone que “El comportamiento esta dirigido a un fin o a la obtención de un resultado que las personas eligen libremente aquellos actos que consideran que les encaminarán en la dirección trazada”. (p.71)

A manera de conclusión podemos reconocer que el comportamiento humano esta mediado por la toma de decisiones dirigido hacia el objetivo de contar con una vida saludable, desde el enfoque biopsicosocial.

Retomando la importancia de los esquemas cognitivos en la búsqueda del bienestar, puede hacerse una aproximación hacia la teoría de la Autorregulación que propone Bandura (1986) citado por Brannen & Feist (2001) que recalca “la interacción del comportamiento, el entorno y los factores personales especialmente la cognición”. (p.74)

Proporcionando así aspectos como el autocontrol, la automotivación o la autovalorción del ser humano frente a los objetivos que persigue la psicología de la salud.

Conociendo que uno de estos objetivos ha estudiar es la adherencia al tratamiento medico, puede tomarse el Modelo Transteórico de Prochaska, DiClemente & Norcross (1992) citados por Brannen & Feist (2001) (p.77) que explica “que las personas progresan a través de cinco etapas, en las cuales el comportamiento experimenta una serie de cambios: La precontemplación, la contemplación, la preparación, la acción y el mantenimiento”. Su aporte es principalmente dar a los pacientes la responsabilidad de su tratamiento.

Terminando esta aproximación conceptual del rol profesional del psicólogo en el contexto hospitalario y sanitario, pasamos a abordar lo que será el eje central de nuestra investigación, la cual nos permitirá reflexionar acerca de una resignificación de la comprensión de la persona humana en el procedimiento del consentimiento informado.

La salud desde el enfoque Existencial-Humanista, emerge en las primeras décadas del siglo XX; a partir del Existencialismo Europeo y el Humanismo Americano. El Existencialismo es el modelo filosófico iniciado por (Kierkegaard 1813 – 1855), para después ser estudiado por Heidegger, conocido como el padre del existencialismo (1889 – 1976), quien definió el estudio del hombre como siendo ahí o arrojado a la existencia. El método científico de este enfoque es la Fenomenología, propuesta por (Husserl 1913) como la ciencia de las esencias, puesto que no estudia datos de hechos sino que se estudian los hechos en sí mismos. Esta postura es denominada reduccionismo filosófico ya que su método esta dirigido hacia encontrar la esencia de algo, es suspender prejuicios e ideas porque debe comprenderse lo que está en la mente para entenderse lo que esta en su esencia, mientras que el reduccionismo fenomenológico basado en la experiencia, suspende todo el mundo natural y finalmente el reduccionismo eidético el cual incluye a los dos anteriores porque retoma al fenómeno como el encuentro entre un sujeto y un objeto, donde el sujeto se acerca al objeto y por este simple hecho lo transforma, lo conoce por la intuición. Existe además una intencionalidad de la conciencia explicada como la intención. Así puede verse que en esta metodología no existe la objetividad sino que prima la subjetividad. La subjetividad es el tiempo propio de cada persona, en una actividad fenomenológica.

La historia continua con el aporte al Existencialismo del ateo Sartre (1996), conocido como el pesimista del Existencialismo, quién plantea: “cuando el hombre se

enfrenta a la nada se genera la angustia”, quién además acentúa el sin-sentido de la existencia; por otro lado el alemán Jaspers (1980) quién aporta las “situaciones límite” que nos presenta la existencia, significan al hombre la ocasión de trascenderse. Este enfoque también retoma aportes de Buber (1998) quién nos recuerda que la existencia auténtica solo se logra en el “encuentro” con el otro, en el diálogo con el tú, en la trascendencia horizontal y en el encuentro trascendente con el tú absoluto. Por otro lado Scheler (1971) plantea que el hombre tiene dimensión espiritual, que es el centro de la persona. El ser humano como ser espiritual. Desde este punto basa su teoría Axiológica de los valores.

Simultáneamente en América se va gestando un movimiento de similares inquietudes y con parecidas orientaciones que concluye constituyendo la corriente humanista con aportes de analistas existenciales, como May (2000).

Así, la unión entre las teorías europeas y las americanas dieron origen en los años 50 y 60 en Estados Unidos a la Psicología Existencial-Humanista.

Bugental (1964) citado por García (1995) concluye presentando la Psicología Existencial-Humanista como la encargada del descubrimiento de un nuevo hemisferio humano y postula los cinco principios básicos de este enfoque psicológico los cuales son:

1. El hombre, como hombre, supera la suma de sus partes.
2. El hombre tiene su esencia en un contexto humano.
3. El hombre vive de forma consciente.
4. El hombre tiene capacidad de elección.
5. El hombre es intencional, vive orientado hacia una meta, un objetivo o valores que forman la base de su propia identidad personal. (p. 48).

Acevedo (1996) propone la salud como “el desarrollo del ser en su esencia y sentido, es la posibilidad de transformar y de transformarse, es la posibilidad de sentirse querido y de querer, es la posibilidad de establecer vínculos solidarios, convivir”. (p. 53).

Es necesario identificar los factores que protegen la salud de la persona como los que ponen en riesgo la mejora de la calidad de vida; tanto unos como los otros, dependen a su vez de las características propias de la personalidad del individuo y del estilo de vida que este despliegue. La persona es un ser que esta en permanente relación con el mundo y del tipo de relación que establezca con el mismo, también dependerá los factores de salud o de riesgo que prevalezcan en él.

El modo humano de enfermar se caracteriza por un estado real que exige a la persona situarse dentro de tres distintos aspectos: la razón, la emoción y la conducta; implica para el ser humano un cambio de existencia, un episodio en el curso de su autorrealización del cual siempre queda una experiencia vital; es generadora en el hombre de intentos de acción para conocerla y evitarla, manifestados en la búsqueda constante del arte de curar y poder ser no solo una vicisitud física, sino un acontecimiento vivido íntima y personalmente: Un acontecimiento que compromete una realidad biopsicosocioespiritual.

A continuación se presentarán algunos aportes a la salud desde diferentes autores, como son:

Jung (1927) citado por Oro (1998) plantea que “la conducta humana no solo está condicionada por su historia familiar y social, sino también por los objetivos y metas del individuo: pasado, presente y futuro se conjugan en la búsqueda de totalidad y plenitud”. (p.91)



Jaspers (1919) citado por Oro (1998) aporta una mirada un poco diferente resalta su experiencia personal para explicar el concepto de salud y enfermedad él enfatiza en la posibilidad de integrar el sufrimiento y de madurar a partir de él, por medio del amor.

Para Jaspers (1919) citado por Oro (1998):

El hombre es un ser en situación, vive en situación, la misma que se nos presenta como limitación o margen de acción, como ventaja o perjuicio, como probabilidad de éxito o de impedimento. Podemos cambiar de situación pero jamás podemos evitar el hecho de estar en situación. Para Jaspers (1919) la salud no consistirá en la autenticidad de sufrimiento o enfermedad, sino en la posibilidad de asumir esas situaciones límites comunes a todos los seres humanos. La salud se manifiesta en la voluntad de ser auténticos para poder experimentar la vida como una responsabilidad personal y para así asumir nuestras situaciones límites. (p.48)

May (2000) concibe la enfermedad “no como un resultado de problemas en la adaptación a un entorno inmediato, sino más bien lo que considera enfermizo es precisamente esa necesidad de ajustarse o adaptación forzosa”. De esta manera, la enfermedad es un modo ineficaz y desesperado por evitar la angustia resultante de la confrontación con la existencia, es un intento por enmascararse a sí mismo la propia responsabilidad de encontrarse en este mundo y de asumir una actitud autónoma y consciente ante ésta. Así, el enfermo deja de ser una víctima inocente para ser responsable de su propia enfermedad. May (2000), contextualiza los dilemas existenciales y psicológicos del hombre en esta etapa moderna, por esto se expone que la salud y el bienestar psicológico se alcanzan cuando el individuo alcanza y se esfuerza

por esclarecer su existencia concreta, reconociendo su libertad y responsabilidad existencial.

Las posturas acerca de la visión de salud son necesarias para adquirir una contextualización completa de la persona humana, por lo tanto se presentará a partir de Oro (1998) lo planteado por:

Frankl (1988), creador de la Logoterapia, considera que la esencia del hombre se revela constituida por la libertad. Esta libertad manifestada en el “poder ser” del hombre está íntimamente unido a la responsabilidad en tanto “deber ser”. El deber ser frankliniano implica la orientación del ser humano a la búsqueda del significado de su existencia concreta, y la responsabilidad de la actuación de un deber libremente asumido. (p.128)

Frankl, (1988) además ve la enfermedad como una construcción, como una forma de ser en el mundo, es una respuesta ante las posibilidades, es posibilidad en que cada uno crea su enfermedad como respuesta activa ante el límite. Pero también la salud implica el desarrollo del ser en su esencia y sentido. Es el poder escribir la propia historia vital, querer y sentirse querido, transformar y transformarse, comprometerse con algo o alguien, participar estableciendo vínculos afectivos solidarios; estar receptivo y abierto a la comprensión del significado de mi propia existencia. (p. 46)

Continuando con la postura de Frankl (1988) el hombre es un ser único, irrepetible e irremplazable, llamado a la libertad y a responder ante sí mismo, algo o alguien, guiado por una libertad de sentido hacia el descubrimiento del significado de su vida y a la autotranscendencia, llamado a enfrentar la finitud ante la tríada trágica y la apertura hacia una dimensión suprahumana.

El hombre es un individuo que no permite subdivisión alguna porque es una unidad, se manifiesta a través de tres diferentes aspectos como lo son el biológico, psicológico, social y espiritual, pero no es un ser ni biológico, ni psicológico, ni social, ni espiritual... es un ser.

El ser humano posee una serie de dimensiones que, en la medida en que las hace concientes, puede sentirse protagonista de su propia realidad humana. Este dominio le permite ser capaz de estar haciendo un balance constante de su propio ser y de sus vivencias psicológicas las cuales responden a un trasfondo personal que es atemporal.

Teniendo en cuenta esta visión de hombre, se hace necesario considerar a que hace referencia el sentido de vida.

El hombre es por definición un “buscador de sentido”, es decir, un ser en procura del descubrimiento de un valor para realizarlo y hacerlo constituirse en “sí mismo”.

Para Frankl (1988) citado por García (1995) la búsqueda del sentido termina siendo en realidad una búsqueda de coherencia personal. Esto es así porque el descubrimiento y la realización de aquel valor, le confiere a la vida orientación, (ya que marca un “hacia donde”), unidad o integración (porque es el núcleo de los esfuerzos en torno a esa orientación preservando la distracción y la dispersión) y dirección (porque conduce la vida en la realización de tal tarea).  
(p.113)

De acuerdo con la Logoterapia, podemos descubrir este sentido de vida en tres modos (1) realizando una acción, (2) teniendo algún principio y (3) por el sufrimiento. Fabry (2001) establece que “el sentido se divide en dos niveles el sentido último, el cual es inaccesible para uno porque nunca lo alcanza pero se está es continua búsqueda de

éste, y el sentido del momento que es aquel que orienta hacia la existencia plena del ser humano”. (p. 13)

Como se ha visto en este enfoque psicológico, se le ha dado una resignificación al concepto de salud y de enfermedad, y por ende al concepto de persona. Frankl (1988) redefine este concepto apoyándose en diez tesis sobre la persona, las cuales son:

1. La persona es un individuo: No admite subdivisión o escisión alguna porque es una unidad.
2. La persona no es solo un in-dividuum, sino también in-summabile: ni se puede partir ni se le puede agregar nada porque al tiempo que es “unidad” es “totalidad”.
3. Cada persona es absolutamente un ser nuevo: cada existencia es original y se manifiesta como un valor único e irrepetible.
4. La persona es espiritual: “la espiritualidad del hombre no es solo un características sino un constante: lo espiritual no es algo que solo caracteriza al hombre, igual que lo hace lo corporal y lo psíquico que son también parte del animal; sino que lo espiritual es algo que distingue al hombre, que le corresponde solo a él y ante todo a él.
5. La persona es existencial: es un ser que se decide, se elige, este “ser es facultativo”, es el que puede “decidir” trasladar una posibilidad a la realidad “acción” y por reiteración de actos establecer un “hábito”. La persona, entonces, es existencial porque “existe de acuerdo a su propia posibilidad para lo cual o contra lo cual puede decidirse. Ser hombre es ante todo, y como siempre vuelvo a decir, ser profundo y finalmente responsable.
6. La persona es Yoica: Ama su propia casa, no esta gobernado a su propio inconsciente, toma decisiones que se manifiestan, toma conciencia y autoconciencia reflexiva.
7. La persona no es solo unidad y totalidad en si misma sino que la persona brinda unidad y totalidad: ella presenta la unidad fisico - psíquico - espiritual y la totalidad

representada por la criatura hombre. 8. La persona es dinámica: al ser facultativa la persona puede distanciarse de si misma como organismo psicofísico, constituye la característica de dinamismo. 9. El animal no es persona puesto que no es capaz de autodistanciarse, trascenderse y enfrentarse a sí mismo: se refiere a la característica distintiva del ser persona. 10. La persona no se comprende a si misma sino desde el punto de vista de la trascendencia: ya que la autotrascendencia es el sentido que se descubre cuando se sale de si mismo para darle al otro. (p. 85)

Aparte del autor citado anteriormente, también es pertinente citar otros puntos de vista citados por Martínez (1998), que pretendieron dar respuesta a la pregunta ¿qué es el hombre?

La filosofía griega creó una imagen del hombre centrada en la virtud y la razón: el hombre alcanzaba la virtud a través del uso de la razón y siguiendo sus demandas. El pensamiento cristiano le añadió los conceptos de amor y pecado. El renacimiento introdujo los aspectos de poder y voluntad, plasmando la imagen política del hombre. Los siglos XVIII y XIX racionalizaron el interés de los hombres por la propiedad, las cosas y el dinero. La imagen Freudiana de la primera mitad del siglo XX enfatizó el aspecto impulsivo y racional e inconsciente del ser humano y la psicología conductiva puso el acento en la presión que ejercen los factores ambientales. (p. 65).

Según el mismo autor, a partir de la segunda mitad del siglo XX nació el tercer enfoque de la psicología, la Psicología Humanista la cual construyó una concepción de hombre donde éste inicia su labor cognoscitiva tomando conciencia de su mundo interno experimental y de sus vivencias, esta visión emerge porque las visiones tanto de Newton

como Darwin eran reduccionistas, puesto que la de Newton era una visión estática y de doctrina ambientalista regida por las leyes físicas y naturales, y la de Darwin enfatizaba en que la conducta humana era movida por el azar y la selección natural, era mecanicista y teológica, así el objetivo de éste enfoque es retomar y señalar la gran riqueza de la naturaleza humana donde el ser humano está constituido por un núcleo central estructurado que a su vez está impulsado por la autorrealización, por lo tanto su desarrollo físico y psíquico está orientado hacia la organización de su experiencia, hacia su madurez, hacia la construcción subjetiva de su mundo racional y social dentro de un ambiente satisfactorio y eficaz; Estas características le dan la capacidad de tomar conciencia plena de sí mismo, la cual es la fuente de sus cualidades más elevadas.

Retomando esta postura Martínez (1998) señala que, “la Psicología Humanista rechaza el punto de partida de la ciencia tradicional que comienza con el presupuesto de la existencia de un mundo objetivo externo, del cual el hombre es una parte. Esto podrá ser un punto de llegada pero jamás de partida”, (p. 71). Este autor propone algunas características pertenecientes únicamente al ser humano. 1. El hombre vive subjetivamente: porque sus expresiones sentimentales, emocionales y sus percepciones están asignadas como únicas para cada ser humano, y a su vez al intentar describirlas con palabras quedará limitado en su expresión. 2. El hombre está impulsado por una tendencia hacia la autorrealización: el hombre está dirigido hacia su pleno desarrollo físico pero este desarrollo debe ir paralelamente con el desarrollo psíquico, además el hombre posee una motivación suprema manifestada como la necesidad de orientar su energía total hacia su plena realización la cual es continua y constante. 3. El hombre es más sabio que su intelecto: se refiere a que el hombre posee y guía su existencia por juicios de valor “intuiciones” que son desde la perspectiva humanista un camino más

sabio que la misma razón. 4. El hombre posee capacidad de conciencia y simbolización: es la habilidad de verse a sí mismo desde afuera, es poder autoprojectarse y autoreproducirse, es la toma de conciencia del significado y planificación de su propia existencia. 5. Capacidad de libre elección: es la manera en que el hombre escapa del determinismo de la especie con el fin de encontrar sentido a sus acciones, emociones, pensamientos, para elegir su propio mundo. 6. El hombre es capaz de una relación profunda: se refiere a que a pesar de que el hombre esté en una sociedad de masas estandarizadas donde prima los valores colectivos dejando de lado los individuales, el hombre busca la compañía para elevarse sobre sus capacidades; esta postura es mejor explicada por Buber (1998) quién menciona:

Esta relación profunda, de persona a persona como una relación yo-tú, es decir, una mutua experiencia de hablar sinceramente uno a otro como personas, como somos, como sentimos, sin ficción, sin hacer un papel o desempeñar un rol, sino con plena sencillez, espontaneidad y autenticidad (p. 78).

7. El hombre es capaz de crear: Se refiere a que el hombre tiene una aptitud que le permite destacarse en áreas expresar su creatividad tales como artes, música, filosofía, etc. El hombre busca un sistema de valores y creencias: esto es visto en que cada persona tiene un motivo especial por el que vive y trabaja, es este proceso interno que le lleva a construir un sistema de normas que integra su personalidad y sentido de vida hacia sí mismo y los demás. Este punto de vista coincide con Allport (1956) citado por (Martínez, 1998) donde “el valor es una creencia con la que el hombre trabaja de preferencia. Es una disposición cognitiva y motora, sobretodo profunda del *propium*”. (p. 79). Además, es la búsqueda que no se refiere solo a las situaciones cotidianas sino se refiere más precisamente al esfuerzo continuo para hallar el significado profundo de la

existencia. Para finalizar, la última característica planteada por este autor es, 8. Cada persona es un sistema de unicidad configurada: este principio denota la significación de individualidad, singularidad y singularidad de cada ser humano, ya que éste posee una naturaleza única. Nuevamente Allport, (1956) citado por Martínez (1998) añade que “cada persona se aparta en millares de aspectos del hombre medio hipotético. Pero su individualidad no es la suma del total de desviaciones de los promedios”. (p. 81)

Partiendo de este enfoque psicológico, basándonos en sus teorías, postulados, constructos y conceptos pretendemos proponer un nuevo paradigma, el cual nos permitirá aproximarnos desde una perspectiva más humana, hacia una resignificación de la comprensión del paciente en el proceso del consentimiento informado aplicado en instituciones prestadoras de salud desde el enfoque Existencial Humanista.

#### *Realidad a Investigar*

La realidad a investigar es la presentación del consentimiento informado a los pacientes y/o familiares, llevado a cabo para cualquier tipo de intervención o tratamiento médico y/o psicológico, en una institución prestadora de salud. Así, se pretende dar cuenta de cuales son las comprensiones que perciben los profesionales de la salud acerca del paciente, y luego sí resignificarlas.

La razón por la cual nos motivamos a investigar esta realidad desde nuestra disciplina es la necesidad de contextualizar al hombre con sus manifestaciones internas y externas como objeto de estudio de la psicología, ya que desde las propuestas teóricas y principios epistemológicos del enfoque existencial humanista podemos llegar a la resignificación de la persona humana. Además ampliar la comprensión del paradigma disciplinario donde cada ciencia de la salud acoge al paciente desde una perspectiva de



intervención diferente, logrando así una compenetración del aporte de la psicología en dicha realidad.

### *Justificación*

En la vida profesional de todas las personas que trabajan en servicios de salud, resulta indispensable cumplir con lo establecido en sus respectivos códigos éticos, ya que estos les permiten respetar la dignidad humana de sus pacientes, así como la libertad y responsabilidad de elección ante la intervención médica y psicológica.

El Consentimiento Informado es uno de las cuestiones más comunes a los que se enfrentan tanto médicos como psicólogos, hoy en día, es también uno de los aspectos más tecnificados de los procedimientos clínicos, por lo tanto nuestro estudio pretenderá recobrar la importancia de cuidar los procesos y procedimientos del consentimiento informado.

El propósito de esta investigación se centra en describir la manera como lo practican los profesionales de la salud, y así desde las propuestas teóricas y principios epistemológicos del enfoque Existencial-Humanista, lograr una resignificación de la comprensión de la persona humana en toda practica clínica donde sea indispensable el diligenciamiento del consentimiento informado.

Brindando a las disciplinas clínicas una nueva alternativa de la resignificación del paciente como persona humana, donde se comprenda principalmente las implicaciones psicológicas de la relación terapéutica entre el paciente y el profesional. Puestp que, en esta interacción se desarrollaran los aspectos éticos frente al reconocimiento de los principios y características fundamentales de la persona humana desde el enfoque Existencial-Humanista.

La presente investigación también aportará a la psicología aspectos éticos poco estudiados en la disciplina (psicoética), para así, abrir nuevos interrogantes y nuevas investigaciones en los demás campos de acción en los que se desenvuelve el psicólogo como profesional frente a las diferentes interacciones del ser humano, consigo mismos, con los demás y con sus diferentes y complejos entornos.

### *Preguntas de Investigación*

¿Cómo es la situación-contexto que sirve de entorno a la definición o planteamiento del consentimiento informado?

¿Cómo es la interacción terapéutica entre los profesionales de la salud y las personas que reciben el consentimiento informado?

¿La información se presenta en términos de pertinencia y coherencia frente a los alcances, beneficios o perjuicios de la intervención?

¿Cuál es la comprensión de persona humana, como presupuesto de los profesionales, en el momento del Consentimiento Informado?

### *Objetivos*

#### Objetivo General

Interpretar la situación contexto del Consentimiento Informado como requisito de algunos tipos de intervenciones o tratamientos llevados a cabo por los profesionales de la salud, así como lograr una resignificación de la comprensión de la persona humana en el ámbito clínico.

#### Objetivos Específicos

Describir como se presenta la definición y planteamiento del consentimiento informado al paciente y/o familiares.

Generar en los médicos y psicólogos una reflexión personal y profesional con respecto al proceso y procedimiento realizado en el Consentimiento Informado

Describir como se presenta la información de la intervención (alcances, beneficios y perjuicios) a la persona a quien se le presenta el consentimiento informado.

Identificar los principios y presupuestos conceptuales con los cuales los psicólogos y médicos comprenden la categoría de persona humana.

## MÉTODO

### *Tipo de Investigación*

Para Briones ( 1989) la investigación cualitativa trata de responder a problemas de contenidos sociales, convirtiéndolos en creíbles y confiables dentro de su estudio. De esta manera, la investigación cualitativa trata de cumplir, mediante los siguientes criterios su validez y confiabilidad:

1. Credibilidad: El criterio de credibilidad de los hallazgos cualitativos se trata de cumplir mediante diversos procedimientos, de los cuales los más importantes son:

1.1 La observación persistente: Es concentrar la observación en los aspectos de la realidad a investigar que son más relevantes para los objetivos del estudio. Si las elecciones son correctas la observación concentrada en los aspectos pertinentes a la investigación asegura su credibilidad final.

1.2 Chequeo con los informantes: Es una de las técnicas más importantes para establecer la credibilidad de las interpretaciones y conclusiones que se extraen a partir de la realidad a investigar. Se trata de contrastar la versión de los investigadores de las múltiples realidades que han creído detectar con las opiniones de los participantes. Tal confrontación puede realizarse a partir de diferentes formas, desde conversaciones informales hasta la entrega para discusión de una copia del informe, pero, el objetivo es obtener los acuerdos y desacuerdos entre los investigadores.

1.3 Triangulación: Es la técnica más conocida y utilizada en la investigación cualitativa, le brinda validez a los resultados del estudio. Se componen por tres procedimientos específicos que consisten en el uso de múltiples fuentes, métodos e investigadores. El uso de múltiples fuentes consiste en que la información sobre la realidad a investigar proviene de una fuente como entrevistas, esta información es

comparada con la información obtenida sobre esa misma realidad a partir de otra fuente, como informes y diarios de campo. Esta comparación puede definir una jerarquización de las diversas fuentes en términos de su mayor o menor confiabilidad.

El otro procedimiento consiste en la utilización de diferentes métodos para recolectar información durante la investigación como entrevistas, observaciones y diarios de campo. Otro, es el que está formado por varios investigadores que pueden interesarse sobre uno o más temas o aspectos acerca del estudio. La técnica tiene aplicación cuando esos investigadores forman un equipo, es decir, que se encuentran en constante contacto, y que también, intercambian ideas permanentemente. Este método permitirá aumentar la credibilidad; en el caso de que los observadores tengan en cuenta cada situación para validar la información.

2. Transferabilidad: Este término se refiere a la “veracidad u objetividad”. En la investigación cualitativa este criterio hace referencia a la posibilidad de realizar ciertas inferencias lógicas a situaciones que tengan bastantes similitudes con la realidad a investigar. Además, pone especial énfasis en la descripción detallada de la realidad objeto de investigación en cada una de sus situaciones.

3. Comprobabilidad: Es el criterio equivalente a la confiabilidad, es realizado por un observador externo de gran experiencia de la estrategia seguida durante todo el proceso de la investigación, la calidad de la información recogida, la coherencia interna de los datos, la relación entre éstos y las interpretaciones dadas. Se trata de un proceso de meta investigación ósea, de una revisión teórica y metodológica en profundidad sobre el estudio realizado.

4. Fiabilidad: La fiabilidad consiste en la independencia de los análisis con relación a la ideología del investigador. En la base de este criterio se encuentra la lucidez

del investigador respecto a sus propios juicios y el reconocimiento de éstos como elementos que influyen en sus análisis e interpretaciones. Se refiere a la triangulación interna del investigador. Es decir, la transparencia del investigador en relación a sus presupuestos y orientaciones epistemológicas, así como la estimación de la influencia que éstos pueden tener en la elección de los instrumentos, de las observaciones y de las interpretaciones, constituyendo un medio para asegurar una mayor fiabilidad en las conclusiones. Así, la triangulación teórica en la cual se realiza el análisis sobre la base de opciones teóricas alternativas o concurrentes constituye también una técnica eficaz que da la medida de la fiabilidad de una investigación.

### *Diseño*

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo, el cual según (Kerlinger & Lee, 2001), “Se utiliza para referirse a la investigación social y conductual basada en observaciones de campo discretas que se analizan sin utilizar números y estadísticas” (p. 532). Según Heppner, Kivlighan y Wampold (1992) citados por según (Kerlinger & Lee, 2001) “la investigación cualitativa es un estudio naturalista-etnográfico o fenomenológico” (p. 533).

El método en el cual se apoya esta investigación es el estudio interpretativo de casos, porque este busca preferentemente descubrir elementos, situaciones o procesos no establecidos previamente, su principio es interpretar el caso en el contexto en cual se inserta. Toma en cuenta diferentes y a veces conflictivos puntos de vista que se dan en la situación analizada.

Esto se hace a partir de las representaciones e interpretaciones de las personas, según el relato que ellas hacen de las mismas. El estudio utiliza diversos puntos de información; respecto a la validez y confiabilidad. No se parte del supuesto que las

interpretaciones del investigador sea la única forma de aprehender la realidad, sino que se asume que los actores van a desarrollar sus propias representaciones y que estas son tan significativas como las del investigador.

Tratan de reflejar la realidad en forma completa y profunda mediante la descripción de la multiplicidad de dimensiones presentes en la situación estudiada, pero considerada como un todo, sin dejar de enfatizar los detalles y circunstancias específicas que se dan en ella. El informe se redacta en un lenguaje claro, con un estilo informal y mediante el uso de otros recursos.

En esta investigación se recogerán datos a partir de la observación contextual, que es el estudio exploratorio destinado a describir las situaciones específicas y relevantes de los participantes (necesidades, actitudes, aspiraciones...), para satisfacer los objetivos de la investigación, puesto que el contexto se refiere al ambiente físico, social, político y económico en el cual se desarrolla el consentimiento informado (Institución sanitaria), pero su delimitación no siempre es clara y fácil de realizar.

### *Participantes*

Los participantes que harán parte de nuestro proceso investigativo sabrán que están siendo parte de un estudio, por esto nosotras como investigadoras debemos desarrollar un alto nivel de empatía con ellos.

Estos participantes son 5 médicos, 1 psicólogos y 2 psicólogas en formación profesional que estén realizando el procedimiento profesional del consentimiento informado, así como 8 pacientes y/o familiares que lo están recibiendo.

Como se nombrará más adelante, nosotras desarrollaremos nuestro estudio investigativos según los lineamientos éticos de la American Psychological Association (APA) retomados por Kerlinger & Lee (2002), estos lineamientos fueron publicados en

1990 por la revista *American Psychologist* y aunque estos principios éticos de los psicólogos y el código de conducta pueden encontrarse en la edición de 1994 del manual de estilo de publicaciones de la (APA), a continuación realizaremos una breve aproximación de los principios éticos y códigos que son relevantes para la investigación en psicología. Aunque tales lineamientos están dirigidos hacia la investigación de seres humanos y animales, nosotras tomaremos solamente los que se aplican a las características del presente estudio.

Según las condiciones generales de la American Psychological Association (APA) retomados por Kerlinger & Lee (2002); tomaremos en primera instancia “El participante con el mínimo riesgo”, ya que se refiere a que en la investigación se promueve en todos los aspectos el bienestar de los participantes. Además, “Justicia, Responsabilidad y Consentimiento Informado”, donde se explica que antes de iniciar el estudio, las investigadoras y participantes realizan un acuerdo donde se definan sus roles y funciones, según los objetivos de la investigación. Otro criterio es la “Libertad de coerción”, el cual señala que los participantes pueden abandonar el estudio en cualquier momento, si así lo deciden. Finalmente, el principio de “Confidencialidad”, donde como investigadoras garantizaremos a los participantes que los datos que se obtengan a partir de la investigación estarán salvaguardados, es decir que al presentarse esta información no se podrá identificar quienes fueron los participantes.

### *Población*

La población objeto de estudio son los usuarios de los servicios asistenciales del Hospital San Juan de Dios de Zipaquirá, los médicos y psicólogos prestadores del servicio de salud.



### *Contextualización de la Población*

El hospital San Juan de Dios de Zipaquirá, en la carrera 6 # 10-00, se encuentra ubicado en la zona central del departamento de Cundinamarca, Fue fundado en el año 1872, en el año 1936 se le dio el nombre de Hospital Distrital el cual se mantuvo hasta el año de 1973 cuando adoptó el nombre actual en el que de acuerdo con la estructura administrativa del Sistema Nacional de la Salud, a través de la ley 10 del 17 de enero es clasificado como sede regional cubriendo de esta manera los Hospitales locales de los municipios de Chía, Chocontá, Guatavita, Nemocón, Sesquilé, Tenjo, Tabio, Ubaté, Gacheta y Carmen de Carupa con sus respectivos centros y puestos de salud y por ende de segundo nivel de atención

En la actualidad cuenta con 300 funcionarios aproximadamente entre los que están: personal encargado de la administración, dirección, médicos de planta con especialidades en cirugía, ginecología, medicina interna, nutrición, bacteriología, pediatría, psicología, psiquiatría y trabajo social. Así mismo cuenta con enfermeras, personal de servicios médicos supletorios, servicios generales, auxiliares en todas las áreas, promotoras de salud del departamento de Cundinamarca, entre otros.

La población con a la cual el hospital presta sus servicios esta constituida por neonatos, niños, adolescentes, adultos y tercera edad, quienes se encuentran en un estrato socio económico medio y medio-bajo.

### *Instrumentos*

Para Pourtois & Desmet (1992) la principal fuente de información en la investigación cualitativa es la persona, o mejor dicho, las personas que realizan el estudio, pues, aun en investigaciones pequeñas es necesario trabajar en equipo. Dentro de las ventajas que se encuentran por realizar una investigación en equipo, están: El

desempeño de diversos roles en la recolección de informaciones, análisis de resultados, redacción de informes y contactos con los participantes, entre otros; La variedad de perspectivas y por lo mismo, la posibilidad de percibir las diferentes situaciones; El enfoque interdisciplinario, en la medida en la cual los miembros del equipo pertenezcan a diversas ciencias; La combinación de diversas habilidades y competencias técnicas; El control de la calidad del trabajo a partir de opiniones y puntos de vista de los miembros del equipo.

Luego de reconocer la importancia del rol del investigador, nuestro estudio tuvo en cuenta los siguientes instrumentos con el propósito de hacer una recolección organizada de la información:

#### Matriz de Integración

Es un procedimiento que busca organizar varios componentes de una misma realidad por medio de una escala o matriz que integra algunos atributos o características del objeto de estudio, y facilita su análisis correspondiente (Cerdeña, 1995). (ver Apéndice B)

#### Entrevista Estructurada

La cual nos servirá para que los participantes expresen sus reflexiones a cerca del consentimiento informado, con el fin de que el investigador tenga la oportunidad de observar, interpretar y diligenciar la información. A partir de la entrevista se observan las conductas de los participantes, Ej.: llanto, temblores (categoría conductual). Y por ultimo, conocer como fue su experiencia en la definición y planteamiento del consentimiento informado.

De esta manera, la entrevista es uno de los instrumentos fundamentales puesto que éste es el método más frecuente para obtener la información específica que necesitamos

como investigadoras sobre la población, además la entrevista será usada sistemáticamente para cumplir los objetivos de nuestra investigación. Por lo tanto, preguntaremos de manera directa toda la información que necesitaremos para el estudio, que se recogerá de los participantes, y de esta manera se realizará nuestra interpretación descriptiva.

Se diseñará un cuestionario de preguntas específicas, que sea accesible de aplicar teniendo en cuenta las diferencias personales y situacionales. Para tener la ventaja de que si una pregunta no es comprendida por el informante, entonces como entrevistadoras podamos redefinirla o replantearla dentro de los límites que permita el estudio.

De esta forma, la entrevista nos dará la oportunidad de interpretar las relaciones y procesos que se acogen en el consentimiento informado, ya que los datos que esperamos recoger para cumplir los objetivos de la investigación se obtendrán con el uso de este instrumento, junto con los diarios de campo y las notas correspondientes.

La Entrevista según Kerlinger & Lee (2001), “es una situación interpersonal cara a cara donde una persona (el entrevistador) le plantea a otra persona (el entrevistado) preguntas diseñadas para obtener respuestas pertinentes al problema de investigación”.

Las entrevistas no estandarizadas son más flexibles y abiertas”, a pesar de que los propósitos de la investigación plantearán el diseño de las preguntas, es decir, su contenido, secuencia y redacción. Ya que ésta nos permitirá describir la situación natural.

Esto no significa que nuestra entrevista sea casual, puesto que será realizada y planeada con un cronograma que nos permitirá cumplir con la recolección e interpretación de datos acorde con los objetivos.

Este instrumento nos permitirá hacer la interpretación del lenguaje no verbal, las manifestaciones psicológicas y las implicaciones ambientales que suceden en relación con los participantes del consentimiento informado. Además que este tipo de entrevista (profunda) es la ideal para los estudios exploratorios.

Los criterios en los que nos basaremos para la redacción de preguntas son los que se han desarrollado a partir de la historia de la investigación por autores como Emory (1976), quién enfatiza en que antes de usar un instrumento debe ser probado, donde la secuencia de los reactivos sea la apropiada, además de saber que hacer en situaciones inciertas. Otros autores son Atkinson (1971), Breed & Stimson (1985) y Mishler (1986) recomiendan según Kerlinger & Lee (2001) que estos criterios son:

¿Está relacionada la pregunta con la realidad y los objetivos de la investigación? Se refiere a que todas las preguntas deben diseñarse en función a los objetivos de la investigación, a excepción de aquellas que indagan por información factual y sociológica. Lo cual significa que cada pregunta de las que realizaremos en nuestra entrevista tiene como función promover información relevante para el cumplimiento satisfactorio de nuestro estudio.

¿Es apropiado el tipo de pregunta? Tiene que ver con la calidad y cantidad de información que necesitaremos recoger, es decir, si la pregunta es abierta esta dirigida a conocer las razones de alguna conducta, así como las intenciones y actitudes.

¿La pregunta es clara y sin ambigüedades? Como la expresión lo indica, en este criterio es primordial que nuestra entrevista posea preguntas que generen respuestas de un marco común de referencia, que no haya cabida a información irrelevante para nuestro estudio. Esto se lograra realizando ensayos de buena redacción donde por cada

pregunta haya una idea. En segundo lugar, es necesario que las expresiones y términos sean entendibles por los entrevistados, así como acorde al contexto estudiado.

¿La pregunta es de tipo conducente? Hace referencia a que la pregunta no debe inducir a un tipo específico de respuesta, porque amenazan con la validez de la información recogida.

¿La pregunta demanda conocimiento o información que el entrevistado no posee? En nuestro estudio tendremos cuidado en que el entrevistado sepa lo que es el consentimiento informado, para de esta manera poder recoger la información sin sesgo.

¿La pregunta que demande material personal o delicado que el entrevistado pueda negarse a proporcionar? Este tipo de información requiere que como entrevistadoras desarrollemos habilidades para promover el *rapport*, además de las condiciones éticas que propone la APA.

¿La pregunta esta cargada de deseo de aceptación social? Se refiere a que en nuestra entrevista tendremos cuidados de que los entrevistados sean sinceros en la información, que no respondan acorde a los juicios sociales del valor.(ver Apéndice C y D)

### Diarios de Campo

Los cuales según Cerda, (1995) citado por Kerlinger & Lee (2001), son un instrumento indispensable en investigación cualitativa, consiste en una narración minuciosa y periódica de las experiencias vividas y los hechos observados por el investigador. Es un instrumento de recolección de datos, con cierto sentido íntimo, que implica la descripción detallada de acontecimientos y se usa en la observación directa de la realidad. Los Diarios de Campo de esta investigación además de ser utilizados para el conocimiento, contextualización y detección de necesidades de la población observada,

brinda información a cerca de significados y creencias de las personas involucradas directa o indirectamente en el proceso del consentimiento informado.

Para codificar la información en los diarios de campo se utilizarán notas etnográficas, las cuales son: la nota condensa la cual se hace por frases, palabras sueltas o oraciones sin conexión, son muy útiles para redactar sentimientos y lenguaje no verbal y la notas expandida, la cual es una expansión de la versión condensa, son la frases o palabras que se escriben luego de cada sesión de campo; Como complemento o porque simplemente se recordó. (ver Apéndice T)

En el momento particular de acercamiento y contextualización de la población se tuvo en cuenta los siguientes instrumentos:

#### Observación participante

Según Briones (1989) citado por Kerlinger & Lee, (2001), es una técnica de recolección de datos donde se busca una interacción sostenida e intensa entre el investigador y las personas o grupo de estudio en el contexto o situación de éstas. Así, el rol del observador participante es principalmente intervenir en el mayor número de actividades de la gente, entablar conversaciones con ellas, asistir a sus reuniones, todo con el fin de intentar comprender al máximo los fenómenos. De esta manera, a partir de si inmersión en el contexto la observación participante origina hipótesis en el momento mismo del contacto con la situación y convertirse en temas de investigación de la misma. Según Goetz y LeCompte (1988) citado por Kerlinger & Lee (2001), la observación participante es la principal técnica de la investigación cualitativa para la observación y recolección de datos. Implica que el investigador pasa la mayor cantidad de tiempo posible con los individuos que estudia, tomando parte de su cotidianidad, para reflejar sus intersecciones y actividades e diarios de campo.

### *Procedimiento*

En nuestra investigación realizamos una tarea que se basa en el actuar con fidelidad, es decir, con la capacidad de reproducir exactamente los datos tal cual le son presentados a la persona encargada de su recolección. Lo habitual es usar notas de campo, que registran no solo la información referida a los participantes o situaciones estudiadas, sino que permite anotaciones adicionales del investigador: comentarios, e interpretaciones.

Para controlar la confiabilidad y validez de nuestra investigación, las entrevistas serán realizadas en presencia de las tres investigadoras, para obtener una observación confiable ante la presentación de cada consentimiento informado, con el fin de comparar los resultados y verificar las diferencias frente a las interpretaciones. Además, durante cada observación las investigadoras asumirán un rol determinado por cada nivel de observación; los cuales no serán fijos para que cada investigadora experimente los diferentes niveles de observación.

La planificación de recolección de datos se realizará tomando la información de todo el proceso de investigación, diferenciando la información de cada instrumento. Las actividades, las planificaremos considerando en primera instancia los objetivos de la investigación, además de reconocer las implicaciones del ejercicio de campo antes de hacer la inmersión en la realidad a investigar. Adicionalmente, luego de la recolección de la información ordenaremos las actividades pertinentes a realizar después que se termine el ejercicio de campo, así como el tipo de actividades que se refieren a la terminación del estudio. Finalmente, se ordenará la descripción de la información para codificar la interpretación correspondiente, para así redactar el informe final. Esta

planificación nos asegura la confiabilidad de la descripción de la realidad que elegimos investigar.

Para sistematizar el análisis de la información recogida, guardamos un orden y regularidad en el registro de las notas, basándonos en: 1. La identificación de cada diario de campo a partir de su fecha, hora, duración de la observación, lugar y circunstancias especiales. 2. La diagramación se refiere a diagramas y dibujos simples de los lugares en los cuales se desarrollan las observaciones; ubicación de las personas y objetos. 3. Las notas al margen en las hojas de registro deben tener márgenes suficientes para realizar anotaciones aclaratorias, ideas, hipótesis, etc. Que podrán ser de utilidad en la etapa de análisis del material recogido. 4. La diferenciación de temas en las categorías a partir de los datos recogidos. 5. El registro de las conductas verbales debe usarse con símbolos o notas especiales para dejar constancia en las notas, si las conversaciones o expresiones de los participantes han sido tomados textualmente.

### *Criterios de Análisis*

Para el análisis de la información arrojada por las entrevistas y los diarios de campo, se tomará la técnica de la triangulación, la cual abordaremos detenidamente para lograr identificar la estrategia de triangulación más conveniente para nuestro estudio.

Teniendo en cuenta que debe resaltarse que los métodos no son la verdad, constituyen solamente herramientas, procedimientos, instrumentos y modos de armar la teoría para investigar un problema y que al usarlos facilitan su entendimiento; en ese sentido, se tratará la triangulación metodológica como procedimiento de investigación.

¿Qué es la triangulación metodológica? La triangulación es un término originariamente usado en los círculos de la navegación por tomar múltiples puntos de referencia para localizar una posición desconocida. Campbell & Fiske son conocidos en



la literatura como los primeros que aplicaron en 1959 la triangulación en la investigación.

Se asume convencionalmente que la triangulación es el uso de múltiples métodos en el estudio de un mismo objeto. Esta es la definición genérica, pero es solamente una forma de la estrategia. Es conveniente concebir la triangulación envolviendo variedades de datos, investigadores y teorías, así como metodologías.

Kimchi, (1991), asume la definición de (Denzin, 1989) dada en 1970, sobre la triangulación en investigación es “la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación, en el estudio de un fenómeno singular”. (p. 75)

Para (Cowman, 1993) la triangulación se define como “la combinación de múltiples métodos en un estudio del mismo objeto o evento para abordar mejor el fenómeno que se investiga”.

Existen cuatro estrategias de triangulación: 1. La triangulación de datos con tres subtipos tiempo, espacio y persona (el análisis de persona, a su vez, tiene tres niveles: agregado, interactivo y colectivo); 2. La triangulación de investigador que consiste en el uso de múltiples observadores, más que observadores singulares de un mismo objeto; 3. La triangulación teórica que consiste en el uso de múltiples perspectivas, más que de perspectivas singulares en relación con el mismo *set* de objetos y 4. La triangulación metodológica que puede implicar triangulación dentro de métodos y triangulaciones entre métodos.

1. Triangulación de datos: Los observadores triangulan no sólo con metodología; también pueden triangular con fuentes de datos. El muestreo teórico es un ejemplo del proceso posterior, es decir, los investigadores hacen explícita la búsqueda para las

diferentes fuentes de datos. Con triangulación de fuentes de datos, los analistas pueden emplear, en forma eficiente, los mismos métodos para una máxima ventaja teórica.

Complementando esta estrategia de triangulación se encuentra el nivel de análisis de persona, en el cual se pueden identificar tres niveles diferentes de análisis de persona:

1. Análisis agregado: Es el primer nivel, comúnmente encontrado en la seguridad social; los individuos son seleccionados para el estudio, no grupos, ni relaciones, ni organizaciones. Este término de análisis se llama agregado porque no establece relaciones sociales entre lo observado. Muestras aleatorias de trabajadores de casa, estudiantes de colegio y trabajadores son instancias de análisis agregado de personas. 2. Análisis interactivo: Es segundo nivel. Acerca del término interactivo, hay una unidad entre personas interactuando en el laboratorio o en el campo natural. Por ejemplo, pequeños grupos, familias o aviadores. Los sociólogos comúnmente lo asocian con observación participante; experimentos en pequeños grupos y mediciones no obtrusivas representan esta forma de análisis. 3. Análisis colectivo: El tercer nivel, más comúnmente asociado con el análisis estructural-funcional, es la colectividad. Aquí la unidad observacional es una organización, un grupo, una comunidad o, aun, una sociedad entera. Las personas y sus interacciones son tratadas sólo de acuerdo con la manera como ellas reflejan presiones y demandas de la colectividad total.

2. Triangulación de investigador: La triangulación de investigador significa que se emplean múltiples observadores, opuesto a uno singular. Más investigadores, en efecto, emplean múltiples observadores, aunque todos ellos no ocupen roles igualmente prominentes en el proceso observacional actual.

La delegación de responsabilidad se podrá establecer colocando personas bien preparadas en posiciones cruciales. Cuando se usan múltiples observadores, los más

hábiles se deberán ubicar cerca de los datos. Al triangular, se remueve el sesgo potencial que proviene de una sola persona y se asegura una considerable confiabilidad en las observaciones.

Al realizarse la observación con varios investigadores de campo, sujetos al mismo nivel de datos, un observador puede reportar la misma clase de información que otro, sin necesidad de consultar previamente su interpretación, incrementando así la confianza. Si después, otro investigador reporta una observación similar a la ya mencionada, la duplica, eso indica que las técnicas de observación tienen mejores grados de confiabilidad. Múltiples observadores pueden no concordar en lo que observan, dado que cada observador tiene experiencias interaccionales únicas con la realidad a investigar.

La triangulación de investigador se considera presente cuando dos o más investigadores entrenados con divergentes antecedentes exploran el mismo fenómeno. Se considera que ocurre cuando: 1. Cada investigador tiene un papel prominente en el estudio, 2. La experiencia de cada investigador es diferente y 3. El sesgo disciplinar de cada investigador es evidente en el estudio. Esta definición igual que las clasificaciones anteriores, fueron elaboradas y extendidas por Denzin en 1989, quien dice que la triangulación de investigador ocurre cuando dos o más investigadores hábiles examinan los datos.

3. Triangulación teórica: Denzin (1989) definió la triangulación teórica “como una evaluación de la utilidad y el poder de probar teorías o hipótesis rivales”. (p. 43). Esta definición envuelve pruebas a través de la investigación, de teorías rivales, hipótesis rivales o explicaciones alternativas de un mismo fenómeno.

La triangulación teórica es un elemento que pocos investigadores manejan y llegan a alcanzar. Por lo general, un pequeño grupo de hipótesis guía el estudio y los datos obtenidos nacen no sólo en esas dimensiones, sino que pueden parecer con valor, en materiales de aproximación empírica con múltiples perspectivas e interpretaciones en mente. Los datos podrían refutar la hipótesis central y varios puntos de vista teóricos pueden tomar lugar para determinar su poder y utilidad. Cada estrategia puede permitir el aporte de críticas y polémicas desde varias perspectivas teóricas. Confrontar teorías en el mismo cuerpo de datos significa la presencia de una crítica eficiente, más acorde con el método científico.

4. Triangulación metodológica: La triangulación de métodos puede hacerse en el diseño o en la recolección de datos. La triangulación dentro de métodos es la combinación de dos o más recolecciones de datos, con similares aproximaciones en el mismo estudio para medir una misma variable.

La triangulación entre métodos puede tomar varias formas, pero su característica básica puede ser la combinación de dos o más estrategias de investigación diferentes en el estudio de una misma unidad empírica o varias. De esta triangulación se desprende a su vez seis clases que son: 1. Triangulación de datos: Se considera como el uso de múltiples fuentes de datos para obtener diversas visiones acerca de un tópico para el propósito de validación. 2. La triangulación temporal: representa la recolección de datos del mismo fenómeno en diferentes puntos en el tiempo, en estos estudios el tiempo tiene relevancia. Los estudios longitudinales no se consideran con triangulación temporal porque el objetivo de un estudio longitudinal es documentar cambios sobre el tiempo y el propósito de la triangulación temporal es validar la congruencia del mismo fenómeno a través de diferentes puntos en el tiempo. 3. Triangulación espacial: Es la

recolección de datos del mismo fenómeno en diferentes sitios. El espacio debe ser la variable central, los datos son recolectados en dos o más escenarios y las pruebas de consistencia se analizan cruzando los lugares. 4. Triangulación de persona: Es la recolección de datos de al menos dos de los tres niveles de persona: individuos, parejas, familias, grupos o colectivos (comunidades, organizaciones o sociedades). El investigador puede recolectar los datos de individuos, parejas y grupos, o cada uno de los tres tipos. La recolección de datos de una fuente se usa para validar los datos de las otras fuentes o una sola. 5. Triangulación múltiple: Ocurre cuando se usa más de un tipo de triangulación en el análisis del mismo evento aportando un sentido más comprensivo y satisfactorio del fenómeno. 6. La triangulación en el análisis: un tipo desarrollado más recientemente, es el uso de dos o más aproximaciones en el análisis de un mismo grupo de datos para propósitos de validación. Ésta se hace comparando resultados de análisis de datos, usando diferentes pruebas estadísticas o diferentes técnicas de análisis cualitativo para evaluar en forma similar los resultados disponibles. Sirve para identificar patrones similares y así verificar los hallazgos.

La meta de la triangulación es controlar el sesgo personal de los investigadores y cubrir las deficiencias intrínsecas de un investigador singular o una teoría única, o un mismo método de estudio y así incrementar la validez de los resultados.

#### *Codificación y Análisis de la Información*

La codificación y el análisis de la información se realizaron con base a categorías, algunas divididas en subcategorías que permitieron tener mayor comprensión de dichas categorías; pero por el tipo de investigación, se estuvo a la espera de la aparición de nuevas subcategorías.

## Categorías

### Categoría A:

#### *Consentimiento Informado:*

Requisito ético y legal, exigido en las instituciones de salud, se entiende como el proceso por el cual el paciente o sus allegados responsables, aceptan voluntariamente el acto médico o psicológico propuesto, teniendo como base la información verás dada por el profesional a cerca de la enfermedad, sus opciones diagnósticas y los posibles tratamientos, junto con sus posibles riesgos y beneficios.

Objetivo: Describir y conocer como se presenta la definición y planteamiento del consentimiento informado al paciente y/o familiares, y la necesidad de aplicarlo.

### Categoría B:

#### *Paciente:*

Persona que requiere atención médica o psicológica dentro del contexto mismo de la salud y hospitalario.

Objetivo: Lograr empatía con los pacientes, puesto que son participantes activos dentro de la investigación.

#### *Persona humana:*

Ser único, irreplicable, e irremplazable, llamado a la libertad y a responder ante si mismo, algo o alguien guiado por una voluntad de sentido hacia el descubrimiento del significado de su vida y a la autotranscendencia, la persona no admite subdivisión alguna porque es una unidad, se manifiesta a través de diferentes aspecto como lo son: el biológico, psicológico, social y espiritual.

Objetivo: Reconocer el paradigma de persona humana vivenciado por los profesionales de la salud, desde el enfoque Existencial Humanista.

Categoría C:

*Relación profesional- paciente:*

Interacción terapéutica basada en la ética profesional y en el respeto mutuo. Es una forma especial de relación entre una persona enferma, quien acude motivada por su estado de salud y otra con capacidad de curar y sanar.

Objetivo: Describir la interacción que existe entre profesional-paciente en una institución de salud.

Categoría D:

*Experiencia Fenoménica:*

Es conocer el tipo de experiencia subjetiva de los pacientes en términos de ideas, sentimientos y acciones que han vivido en el proceso del Consentimiento Informado.

Objetivo: Describir la experiencia de las personas a las que le se les ha presentado un Consentimiento Informado.

*Consideraciones Éticas*

El desarrollo de una investigación con seres humanos, requirió hacer explícito el aspecto ético en cuanto al respeto de la privacidad y la dignidad de la persona humana; por lo cual fue necesario explicarles a los participantes cual fue la razón de la investigación, la finalidad de los resultados. De igual forma, los nombres de los participantes fueron cambiados por seudónimos para proteger los nombres reales con el fin de respetar la privacidad y la dignidad de los mismos.

## RESULTADOS

Los resultados de la investigación que a continuación se presentan son producto de la interpretación y análisis de un ambiente dado en un contexto situacional específico, a partir del cual las entrevistas nos permitieron describir e inferir la realidad de las experiencias de los pacientes y/o familiares quienes participan en el proceso o procedimiento del consentimiento informado.

### Resultados de las Entrevistas a los profesionales de la salud

#### *Resultados de las Entrevistas a los Médicos*

#### Resultados de las Entrevistas al Medico 1

Tabla 1 Matriz de Integración de la Entrevista al Medico 1

<b>Categoría</b>	<b>Información Relevante</b>
<b>Consentimiento Informado</b>	<p>El Consentimiento Informado es aplicado para: uno para la colocación de los dispositivos intrauterinos, dos para los procedimientos de la esterilización femenina y masculina, vasectomía y ligadura de trompas, tres para la autorización de la realización del examen de VIH en los pacientes.</p> <p>También es diligenciado el Consentimiento Informado para todo lo que implica un procedimiento invasivo</p> <p>El Consentimiento Informado es aplicado explicándole al paciente en que consiste su procedimiento, cuales son los riesgos, cuales son los beneficios, cuales son las ventajas y desventajas.</p>



<p><b>Paciente/ Persona Humana</b></p>	<p>El paciente que tenga que exponerse a cualquier procedimiento que sea invasivo, necesita una autorización</p> <p>Con el fin de darle tratamiento al paciente o de iniciar su intervención con el fin de obtener un feto o un producto o un recién nacido en lo posible sin el virus del VIH,</p> <p>Todas las maternas aceptan la realización de la prueba de Elisa, ha servido mucho la propaganda, la información en televisión. Ahora todas las pacientes maternas ya son concientes de que es importante hacerles un examen de VIH.</p> <p>Como médico yo me preocupo por la situación de la paciente, su parte emocional y la parte psicológica y les pregunto: usted está triste, deprimida, qué le pasa?, por qué esta así?, por qué llora?, por qué se deprime?, por qué no puede dormir bien?</p>
<p><b>Relación Profesional-paciente</b></p>	<p>El procedimiento aquí comienza cuando llega la paciente a control prenatal y se le pregunta, qué si sabe que es el virus del VIH o SIDA?, entonces ella nos dice que si. Se les pregunta que si saben como se adquiere ese virus?, entonces ellas responden. Les digo que sí para ellas sería importante hacerse esa prueba de VIH, ellas responden que si, y yo les pregunto por qué?, ellas me responden que porque si ellas tuvieran el virus quisieran saber si su hijo también lo tiene, en ese caso, pues bueno, le decimos que la prueba es confidencial, que se le toma la muestra, que en el laboratorio no le van a entregar el resultado, el resultado se lo dan</p>

	<p>a conocer el médico tratante, psicología y la paciente.</p> <p>El medico coloca los dispositivos intrauterinos, entonces absolutamente toda paciente lleva la autorización, y se le explica el riesgo de la perforación uterina</p> <p>El medico en una charla anterior les ha explicado los beneficios, las ventajas, las desventajas de ese dispositivo y de los diferentes métodos. Se les da cierta tranquilidad, cierta seguridad</p> <p>El medico les hace énfasis en la epidemiología de la patología</p> <p>El medico evalúa el estado psicosocial de la paciente, entonces es muy fácil preguntarles llora seguido, llora constantemente, llora frecuentemente, está triste deprimida o achantada, para valorar el riesgo psicosocial.</p> <p>El medico manda mucho paciente a psicología.</p>
<p><b>Experiencia</b></p> <p><b>Fenomenica</b></p>	<p>Las pacientes mismas dicen que si resultaran cero positivas no les gustaría que su hijo también lo fuera.</p> <p>El psicólogo le pregunta que pensaría ella del resultado negativo o positivo, qué actitud tomaría?</p> <p>Las pacientes están en capacidad de elegir sí es el dispositivo o sí es otro método</p> <p>El psicologas incita a que ellas analicen y se cuestionen ellas mismas</p>

A partir de la integración de la información de la entrevista realizada al Medico 1, identificamos que la especialidad de ella es la consulta externa en gineco-obstetricia y en medicina general. Ella hace énfasis en que en la especialidad de gineco- obstetricia es muy importante generar una relación terapéutica cálida con las gestantes, debido a los complejos aspectos de su condición, puesto que las futuras madres experimentan emociones y cambios físicos específicos que junto a condiciones ambientales desencadenan la necesidad de usar recursos personales que nunca antes habían usado. La doctora diligencia el Consentimiento Informado para la autorización de la aplicación de la prueba Elisa, la cual es usada para identificar la serología positiva del VIH. En su consultorio también aplica el consentimiento informado para la autorización de la colocación del dispositivo intrauterino y para la esterilización quirúrgica. Frente a la aplicación del Consentimiento Informado, la doctora hace especial énfasis en explicar muy detalladamente que es el VIH, para que las pacientes deduzcan por sí mismas la necesidad de autorizar la prueba Elisa. También destacamos que en su practica clínica mientras se llevan a cabo estas conversaciones con las pacientes, para ella es muy importante evaluar el estado de ánimo actual de la paciente, debido a que en su consultorio es común que las gestantes lleguen con un estado de ánimo decaído, hecho en el que ella no restringe recursos ni tiempo para estabilizar a sus pacientes, y cuando lo logra remite inmediatamente a Psicología. En relación a esta especial manera de tratar e interesarse por sus pacientes ella reflexiona que esta es solo una característica femenina, puesto que le resulta difícil imaginarse a los médicos hombres con la misma dedicación.

Resultado a entrevista al Medico 2

Tabla 2 Matriz de Integración de la Entrevista al Medico 2

<b>Categoría</b>	<b>Información Relevante</b>
<b>Consentimiento Informado</b>	<p>El medico dice que básicamente en medicina interna usamos el Consentimiento Informado para procedimientos como el cateterismo central, para parasentesis y para algunos exámenes especiales como el de SIDA. Se le explica pues lo que se le va a realizar, que tipo de procedimiento y que se le va a realizar, el tiempo que demora y cuales son las complicaciones que puede tener</p> <p>Explicándole muy bien lo que se le va a realizar, lo que queremos lograr con ese procedimiento.</p>
<b>Paciente/ Persona Humana</b>	<p>El medico dice que los pacientes no tienen la idea de que les va a pasar algo o que les va a peligrar la vida en ese momento con ese procedimiento.</p> <p>El medico dice nunca haber aplicado el Consentimiento Informado.</p> <p>Desde la perspectiva de formación del medico el dice tratar a los pacientes como a cualquier persona o como sí fuera yo mismo, yo nunca lo trato como otra cosa.</p>

<p><b>Relación Profesional-paciente</b></p>	<p>El medico afirma que se le explica a la familia sobre el procedimiento y como se realizará, cuando se le dice la verdad al paciente siempre se va a tener la confianza de él y de la familia. El medico genera espacio para que los pacientes hagan preguntas, aclaren dudas.</p>
<p><b>Experiencia Fenomenica</b></p>	<p>El medico afirma que desde su experiencia como profesional nunca un paciente se ha negado al diligenciamiento del documento del Consentimiento Informado, puesto ellos en medicina interna no manejan procedimientos de alto riesgo, son mas procedimientos diagnósticos.</p> <p>El medico dice haberse formado en un hospital de cáncer y a él le parece que a los pacientes siempre hay que decirles la verdad. Al decirle al paciente sobre la enfermedad, también se le dice que tiene la probabilidad de curarse.</p> <p>A los pacientes con cáncer él siempre les pone a Dios como intermedio, porque tiene la experiencia de trabajar con pacientes con cáncer que no sabe como se han curado.</p>

El Medico 2 es un medico internista que solo diligencia el Consentimiento Informado para procedimientos diagnósticos, incluyendo el de VIH, y para procedimientos sencillos. En el momento del diligenciamiento del Consentimiento Informado explica al paciente o al familiar la intervención que se va a realizar, el propósito, la duración y las posibles complicaciones del procedimiento; en su experiencia profesional nunca un paciente le ha denegado la autorización de una intervención porque para él los pacientes nunca piensan que puede existir la

probabilidad de un riesgo real. Su concepto del paciente como persona humana es confuso, él identifica al paciente sólo desde una perspectiva medica, es decir como un ser humano que requiere sus servicios y al cual trata como a cualquier otro, es decir, él no identifica la singularidad de la situación de enfermedad que cada paciente vivencia. Aunque, durante la entrevista se retoma que dentro de la relación profesional de la salud-paciente es muy importante la confianza y la presencia de Dios en los casos críticos.

### Resultados de la entrevista al Medico 3.

Tabla 3 Matriz de Integración de la Entrevista al Medico 3

<b>Categoría</b>	<b>Información Relevante</b>
<b>Consentimiento Informado</b>	<p>El médico comenta que el no diligencia el documento de Consentimiento Informado para ningún tratamiento, porque la patología que él maneja en el hospital es de segundo nivel y generalmente son enfermedades que no requieren de ningún tipo de Consentimiento Informado. Puesto que él no hace ningún procedimiento quirúrgico.</p> <p>El médico comenta que el diligenciamiento del Consentimiento Informado se realiza para la solicitud de la prueba de Elisa VIH. Para ningún tratamiento ha realizado dicho silenciamiento o por lo menos aquí en el hospital. Él les explica a las familias el procedimiento, y les explica los riesgos que conlleva, y les hace firmar a los familiares no al paciente.</p>
<b>Paciente/ Persona Humana</b>	<p>Él médico identifica a los pacientes como personas que no están bien o que generalmente no están bien como para uno decirles, pues están en muy malas condiciones ya, con deterioro del estado de conciencia. Los pacientes que trato yo en su gran mayoría son ancianos,</p>

	<p>tiene pacientes hasta de 102 años, hace poco tuvo una viejita de 98 años con un derrame pleural, seguramente era un cáncer, le dije a la familia llévensela para la casa que coma bien que duerma bien, y que chao que se muera, uno tiene derecho a morir.</p>
<p><b>Relación Profesional-paciente</b></p>	<p>El médico asegura que el paciente entienda lo que se le dice y lo acepte. Los riesgos en este tipo de procedimientos son muy pocos, por ejemplo en un neumotórax solo existe el 2%, es sencillo es pasar un tubo de tórax y listo. Él siempre he guardado respeto por ellos, de hecho ha tenido la oportunidad de conocerlos mucho.</p> <p>Generalmente no tiene tiempo para explicarles, aunque saco un ratito y les explica, y siempre, siempre soy muy franco y se los digo muy claramente. Siempre, siempre habla con la familia, los cita a todos y les dice, el paciente se va a morir o se le puede hacer algo.</p>
<p><b>Experiencia Fenoménica</b></p>	<p>Él comenta que no he tenido problemas en ningún caso porque el paciente ya está en tal estado, que el riesgo es mejor tomarlo.</p> <p>Siempre tiene en cuenta que tipo de población hay en nuestra ciudad, y que realmente son pacientes de vereda, pacientes de estrato 1 – 0, pacientes muy pobres, para ellos el concepto de vida es muy distinto al de nosotros.</p>

El Medico 3 tiene como especialidad la Medicina Interna, él nunca ha diligenciado un Consentimiento Informado en el Hospital San Juan de Dios, puesto que según su experiencia clínica desde su especialidad no es necesario porque los procedimientos que

él realiza son muy simples. Él médico no lo considera indispensable a pesar de que algunas de sus intervenciones sí son invasivas. También él explica que debido a las características de conciencia y estado físico de sus pacientes, ellos no se encuentran en la capacidad de discernir entre la autorización o desautorización de una intervención clínica; situaciones en las que decide hablar con los familiares en algún momento libre que tenga. Además, en esta entrevista identificamos que el médico reconoce que la población en la que él ejerce es una población de un muy bajo nivel socioeconómico, hecho que exige la utilización de mejores recursos en el momento del diligenciamiento del Consentimiento Informado, a pesar de que él solo realiza una explicación verbal. Este doctor también presenta una confusa comprensión del paciente como persona humana al no identificar la particularidad de cada paciente frente al impacto de la enfermedad, aunque dice sí respetarlos.

#### Resultado de le Entrevista al Medico 4

Tabla 4 Matriz de Integración de la Entrevista al Medico 4

<b>Categoría</b>	<b>Información Relevante</b>
<b>Consentimiento Informado</b>	<p>El Consentimiento Informado lo aplico para un tratamiento médico quirúrgico. Otros casos por seguridad también llenamos Consentimiento Informado cuando por ejemplo hay niñas con una infección urinaria y hay que tomarles un parcial de orina con sonda. El Consentimiento Informado se aplica por seguridad tanto como para el paciente como para nosotros o como para la institución.</p> <p>Al aplicar se debe explicar a los familiares, se debe explicar que riesgos y beneficios, y se explica obviamente cual es el procedimiento</p>



	<p>que se va a realizar, pues en ese caso también realizamos un Consentimiento Informado ya sea en la historia clínica o un formato que tengamos diligenciado nosotros</p> <p>Se le explica al paciente que sí lo acepta pues se le va realizar el procedimiento.</p> <p>Además se pone en el Consentimiento Informado siempre el médico que se lo explicó. El médico que interviene, firma al final, que en ese caso fue el anesthesiólogo, y en ese caso pues el familiar lo firma, y a veces un testigo que está ahí.</p>
<p><b>Paciente/ Persona Humana</b></p>	<p>La actitud tanto del familiar como del paciente siempre cambia,</p> <p>Como médico les pregunto que sí entendieron, les digo que si no entendieron tranquilos que no hay ningún problema, entonces si no pues les vuelvo a explicar, y ya.</p>
<p><b>Relación Profesional-paciente</b></p>	<p>Los pacientes saben que uno como médico lo que esta haciendo es tratando de ayudarles y de no causarles ningún mal. Ellos saben que todo lo que esta uno haciendo acá en los hospitales es para el beneficio de ellos. Depende de cada procedimiento, entonces, sí es una sonda entonces se le explica a la paciente.</p>
<p><b>Experiencia Fenoménica</b></p>	<p>Mi experiencia profesional respecto a lo que los pacientes conocen del Consentimiento Informado es básicamente algo general donde ellos entienden cuales son los riesgos y los beneficios. Yo creo que uno para ser un buen médico debe atender al paciente como sí fuera a uno mismo, uno debe ser empático, ponerse en los pies de los pacientes y tratar a</p>

	<p>cada paciente como sí fuera uno o como sí fuera una familiar de uno. Como le gustaría a uno que le explicaran sí uno no tuviera ni idea de medicina. Entonces yo creo que uno debe ser así con los pacientes, y además armarse también uno de paciencia, porque muchas veces a uno no le van a entender a uno tan fácil como uno quisiera.</p>
--	---

El Medico 4 es internista del Hospital San Juan de Dios de Zipaquirá, a partir del análisis de la información recogida en su entrevista identificamos que el aplica el Consentimiento Informado para cualquier tratamiento médico quirúrgico y para la autorización de intervenciones en menores de edad; el médico señala que el Consentimiento Informado es un formato legal que brinda seguridad al paciente, al médico y a la institución. El diligenciamiento que el Doctor realiza es básicamente explicar al paciente claramente, con paciencia y con términos no técnicos el tratamiento o la intervención, junto con sus beneficios y posibles riesgos. Él dice que en la profesión de la medicina hay que tratar a los pacientes como si fuera a uno mismo, siendo éste la prioridad ética en la relación médico- paciente, puesto que de esta manera logra la confianza y seguridad que todo paciente anhela experimentar en esta relación clínica.

Resultado de le Entrevista al Medico 5

Tabla 5 Matriz de Integración de la Entrevista al Medico 5

<b>Categoría</b>	<b>Información Relevante</b>
<b>Consentimiento Informado</b>	<p>El Consentimiento Informado lo aplico especialmente para los procedimientos donde el paciente va a recibir algún tipo de intervención, ya sea a nivel biológico o farmacológico que requiere de... en alguna</p>

	<p>medida de... la pérdida de su nivel de conciencia o de efectos secundarios de la medicación o que tenga que ser postreñado por hospitalización o que tenga que ser enviado algún sitio especial para recibir algún tipo de tratamiento. Corrientemente se le dice al paciente que, por ejemplo va a ser hospitalizado que requiere de una hospitalización porque su deterioro de las funciones mentales, cognoscitivas, o sus facultades físicas requieren de la atención hospitalaria</p> <p>Se requiere aplicar el Consentimiento Informado también para la aplicación de la medicación psiquiátrica. Pues se explicita en términos los mismos términos del Consentimiento, porque ellos tienen que leer el Consentimiento y firmarlo. Como médico se explicita y se aclara los términos de lo que yo firmo, por lo tanto se les pregunta posteriormente qué entendieron?, y cómo lo entendieron?, y sí hubo algo que no les quedo claro, pues cómo entendieron, lo que se les va a hacer firmar, o pues se les invita a firmar. Desde luego de lo que se trata es que el paciente tiene que enterarse de que es lo que está firmando, y sí se puede hacer cargo de la responsabilidad. Entonces a pesar de que en ocasiones entienden pues hacen un compromiso mentiroso porque tienen que irse.</p>
<p><b>Paciente/ Persona Humana</b></p>	<p>Sí el paciente o un familiar está de acuerdo va a tener que darnos una autorización para hospitalizarse.</p> <p>Cuando el paciente no es apto para decidir sobre su estado mental, no es apto para tomar decisiones, ni para hacerse cargo de las consecuencias pues los familiares son quienes autorizan tanto la</p>

	<p>hospitalización como los medicamentos.</p> <p>En general los pacientes son colaboradores.</p> <p>Con mucha frecuencia los pacientes no entienden tampoco toda la trascendencia de las explicaciones.</p> <p>Con mucha frecuencia hay algunas personas que no quieren determinadas cuestiones y entonces no firman es decir la ventaja de esto es que sí al paciente se le explica, él puede decir no, no yo no quiero esa medicación , pues no quiero, voy a vivir en andamios y no firmo eso</p> <p>Como médico evaluó sí el paciente es una persona que tiene la capacidad de autogobernarse de hacer compromisos de entender lo que se le habla y de hacerse entender, además de autoafirmarse, él mismo siente que es una persona, es decir él se está comunicando a través de gestos y de la verbalización de su comprensiva.</p> <p>Cuando se le explicita muchas de las cosas que.... del Consentimiento por ejemplo, se le está dando la oportunidad de tratarlo como un ser humano, que con capacidades de comprometerse y de responder, es decir como una persona y como una persona con esas capacidades que implícitamente al firmar se sobre entienden que están</p> <p>Ahora desde mi perspectiva médica el término persona humana tiene diferentes variables porque pues sí un retardado mental profundo es una persona pero las características de humanización que se podrían no hacer trascender o extrapolar a la posibilidad de corticalizar muchas de sus capacidades de comunicarlás de hacerse entender y de comunicarse</p>
--	--

	<p>pues están nulas porque no tiene esa capacidad, es persona es un ser humano pero no tiene capacidad de comprometerse.</p> <p>El paciente mental que en muchas ocasiones está bajo el influjo de un delirio o de una alucinación esta en una agitación psicomotora pavorosa no puede comprometerse, es una persona pero las características de humanización están alteradas están es ese momento restringidas porque no puede hacerse cargo como se haría un ser humano con responsabilidades y obligaciones.</p>
<p><b>Relación Profesional-paciente</b></p>	<p>En la consulta le explico que va a recibir medicación que le va a producir determinados efectos secundarios que se le avisaran en el momento que se le aplique. Con relación a la perdida de la libertad, de la libertad por ejemplo cuando entra uno a una institución, cuando es hospitalizado, se muestran muy colaboradores y satisfechos de que se les informe sobre la enfermedad, el curso de la enfermedad, por qué le da esa enfermedad?, a que se debe, cuáles son las posibles etiologías, se sienten apreciados, no?, se sienten que se les tiene en cuenta.</p>
<p><b>Experiencia Fenoménica</b></p>	<p>Con mucha frecuencia en los tratamientos médicos e incluso algunos tratamientos psicológicos también, las personas no son informadas con relación a la enfermedad. Por eso incluimos en la historia clínica, leo y firmo.</p> <p>El hecho de leer no significa que muchas personas entiendan lo que leen, incluso a pesar de las explicaciones.</p> <p>Con mucha frecuencia muchas personas firman por salir del paso,</p>

	<p>entonces por ejemplo, recientemente un señor, que tiene una esposa que esta embarazada y que tiene una crisis de angustia y de depresión, se le da salida del hospital bajo su responsabilidad, pero se le advierte que la señora tiene que salir y vivir con una persona que la acompañe diariamente, entonces él firma dice que si, firma y autoriza diciendo que se compromete, y cuando regresa la señora vuelve muy mal, entonces se le pregunta por qué va a firmar una cosa que no va a cumplir, pues porque él tenía que apurarse porque tenía que seguir trabajando.</p>
--	--

Medico 5 es psiquiatra del Hospital, tras la integración de la información recogida en la entrevista, identificamos que él diligencia el Consentimiento Informado para autorizar la intervención biológica y farmacológica que representa alteración en el estado de las funciones cognoscitivas del paciente, y para la internalización hospitalaria. A causa de las condiciones mentales de los pacientes, el médico psiquiatra explica detalladamente las características de la enfermedad y del tratamiento al paciente y al familiar acudiente que firmará el Consentimiento Informado, este procedimiento lo realiza en su ejercicio profesional porque le permite al paciente y/o familiar acceder al derecho de autorizar o desautorizar un tratamiento a través del Consentimiento Informado, además porque le permite expresar su opinión y dudas a cerca del mismo. El Doctor Vicente reitera desde su experiencia profesional que algunos pacientes autorizan los tratamientos sin reflexionar sobre la responsabilidad que esta decisión conlleva, a pesar del completo diligenciamiento del Consentimiento Informado por parte del profesional de la salud. Respecto a la comprensión del paciente como persona humana, el médico psiquiatra identifica que todo paciente posee inmersas las condiciones del ser

humano, aunque algunos de ellos por su condición mental, cognoscitiva y funcional no logran ejecutarlas satisfactoriamente.

*Resultados de la Entrevista a los Psicólogos*

Resultado de la Entrevista al Psicólogo 1

Tabla 6 Matriz de Integración de la Entrevista al Psicólogo 1

<b>Categoría</b>	<b>Información Relevante</b>
<p><b>Consentimiento Informado</b></p>	<p>En el Servicio de Psicología usamos en Consentimiento Informado como un protocolo de intervención, en el que los pacientes se encuentran en un proceso de diagnóstico sobre VIH Sida, nosotros estamos explicando la parte legal como presuntos pacientes positivos y le estamos explicando de igual manera los derechos y estamos interviniendo a nivel terapéutico, ósea cuando el paciente llega acá a firmar el Consentimiento Informado acerca de la aplicación de la prueba de Elisa, Consentimiento Informado solamente evidencia lo legal, nosotros estamos trabajando la parte emocional y personal.</p> <p>Para el Consentimiento Informado obviamente el paciente requiere de una información, pero antes de la información es importante clarificar cuales son los conocimientos que tiene acerca de la infección y de la enfermedad, diligenciar el formato del Consentimiento Informado del VIH es muy importante.</p> <p>El formato del Consentimiento Informado no nos profundiza lo legal pero ya la persona conoce que hay una serie de derechos con respecto a su posible enfermedad.</p>

<p><b>Paciente/ Persona Humana</b></p>	<p>Nosotros como psicólogos estamos explicando la parte legal como presuntos pacientes positivos y le estamos explicando de igual manera los derechos y estamos interviniendo a nivel terapéutico, aplicamos una intervención terapéutica en el paciente, tratamos de verlo desde un punto de visto integral, que es para nosotros fundamental y no solo desde el punto de vista médico sino humano. El paciente genera una serie de situaciones y una serie de reacciones que obviamente es importante intervenir.</p> <p>En la aplicación del Consentimiento Informado empiezo a explorar como es la situación de la persona, Qué expectativas tiene? Qué piensa? Si existen temores? Acerca de, cuando se va calificando el concepto de la enfermedad y de la infección, la persona va calificando, es importante tener en cuenta las reacciones de la persona porque hay algunas personas que tranquilas aparentemente pero hay otras que van generando miedos, yo tengo un termómetro aquí emocional de cada reacción de la persona de cómo esta expresando, de hacerlo como muy familiar y muy tranquilo, pero lo fundamental que al final de la sesión la persona se sienta proyectada hacia un futuro independientemente de un resultado.</p> <p>La expectativa del paciente es muy grande cuando se sabe que existen factores de riesgo.</p> <p>Cuando es con las mamitas, con los papitos en pediatría, cuando de pediatría nos remiten para una asesoría pre test porque se presume que el niño puede estar infectado un bebecito o un neonato, son situaciones</p>
--	--



	<p>difíciles, empieza a hacer todo un replanteamiento de su historia, de sus antecedentes como persona y el sentimiento de culpa de un ser humano de una mamita o de un papá.</p> <p>El trato al paciente es muy importante porque interviene en el crecimiento y el fortalecimiento personal porque es fundamental cómo el paciente y la persona pueda salir de esa asesoría. Creo que la actitud del psicólogo es fundamental.</p> <p>Como te digo para mí fundamentalmente es lo que él pueda sentir, lo que él pueda proyectar, muy muy importante que él sienta que está frente a una persona como él o como ella, que pueda tomar las decisiones, que pueda sentir y expresar sus emociones, como las quiera expresar. Que encuentre, que tenga la oportunidad, incluso y lo que he visto cuando viene el paciente aquí, es que no solamente viene por un Consentimiento Informado, sino que empezamos a hablar de toda su proyectaría, de toda su historia de vida, que él o ella pueda expresar hasta sus propias intimidades, yo doy la oportunidad principalmente que la persona se sienta absolutamente acogida y se sienta valorada, tenida en cuenta como un ser humano, respetable en toda su dimensión.</p>
<p><b>Relación Profesional-paciente</b></p>	<p>Generalmente el médico reporta a los pacientes para que el Psicólogo intervenga en la aplicación, las campañas que han realizado aquí en Zipaquirá de promoción y factores protectores y de prevención de los factores de riesgo, entonces ya hay un cambio actitudinal en la comunidad, al paciente se le pregunta que sí sabe por qué está aquí?,</p>

	<p>Cómo te sientes a llegar aquí, a Psicología, que opinas de haber sido remitido.</p> <p>Cuando se habla con la persona de sus derechos hay oídos abiertos y oídos atentos, hay una retroalimentación en pre test y post test.</p>
<p><b>Experiencia</b> <b>Fenomenica</b></p>	<p>Es importante tener en cuenta las reacciones de la persona porque hay algunas personas que tranquilas aparentemente pero hay otras que van generando miedos, que se generen un terrorismo en ella y que sienta que mañana ya se va a morir.</p> <p>Cuando los laboratorios entregaban las pruebas a los pacientes, cada una salía con su resultado para la casa, imagínese todo lo que podía transcurrir todo el impacto, lo que la persona sufría, muchos de ello entraban en esa fase de depresión inmediata.</p> <p>Como psicólogo tuve una experiencia con un paciente de 16 añitos que tuvo resultado positivo en la prueba, de verdad que para uno como psicólogo fue impactante ver un adolescente iniciando todo el proceso y cuando él diligencio la prueba, pues tranquilo, él manifestaba que no dejaba de sentir miedo porque él si tenia factores de riesgo altos, es más en esa prueba el sabia que posiblemente su compañero también era (+) es más no le había comentado.</p> <p>Más doloroso aún, cuando es con las mamitas, con los papitos en pediatría, cuando de pediatría nos remiten para una asesoría pre test porque se presume que el niño puede estar infectado un bebecito o un neonato, y el sentimiento de culpa de un ser humano, de una mamita o de</p>

	<p>un papá.</p> <p>Como te digo para mí fundamentalmente es lo que él pueda sentir, lo que él pueda proyectar, muy muy importante que él sienta que está frente a una persona como él o como ella. Que él o ella pueda expresar hasta sus propias intimidades con respecto a su vida sexual y él mismo o ella misma pueda reflexionar acerca de todo lo que ha sido su experiencia, es más que pueda reflexionar sobre sus vivencias. personas abusadas sexualmente que nunca han podido expresar su experiencia.</p>
--	---

Entrevista realizada con la psicóloga de la Unidad de Salud Mental del Hospital San Juan de Dios de Zipaquirá, ella realiza básicamente el Consentimiento Informado para la aplicación de la prueba de Elisa, es importante la diferencia que se marca en este momento, entre el punto de vista médico y psicológico, porque con la profesional de Psicología se evidencia la percepción del paciente como persona humana, con derechos, deberes y ante todo con la dignidad y respeto que se merece el paciente que va a ser sometido a cualquier tipo de intervención, teniendo en cuenta que se desencadenan diferentes situaciones y reacciones a nivel emocional y actitudinal. La psicóloga también hace énfasis en la experiencia individual que cada paciente vivencia frente a las variables psicosociales que afectan su bienestar integral, por lo cual cada persona humana merece un tratamiento psicológico particular.

Resultado de la Entrevista al Psicólogo en Formación Profesional 1

Tabla 7 Matriz de Integración de la Entrevista Psicólogo en Formación Profesional 1

<b>Categoría</b>	<b>Información Relevante</b>
------------------	------------------------------

<p><b>Consentimiento Informado</b></p>	<p>En este momento diligenciamos el Consentimiento Informado para realizar pruebas de VIH, se hacía primero para las mujeres en gestación, para prevención, pero ahora se esta diligenciando solamente para pacientes que se la quieren aplicar. Cómo se hace?, pues es como darle la explicación. Trato de saber porque vienen remitidos, ver si persona ha comprendido, porque hay personas que no saben ni siquiera que VIH, no saben que les pueden traer, ni que lo ha generado, entonces trato de explicarles todo lo que es VIH, trato de bajar el lenguaje y ver si me están entendiendo realmente</p>
<p><b>Paciente/ Persona Humana</b></p>	<p>Me parece que acá el paciente es lo mas importante, de y todas maneras desde el humanismo es mas profundo, hay otro punto de vista, mi enfoque no es del todo humanista pero trato que la persona se sienta a gusto, que si esta con un profesional de la salud sienta que el profesional es igual a el, que se le puede brindar recursos, ayudarlo y tratarlo de sacar adelante.</p> <p>Aquí y en cualquier parte sabemos que como psicólogos lo más importante es la persona y en este caso el paciente, en eso es lo que tratamos de ayuda.</p>
<p><b>Relación Profesional-paciente</b></p>	<p>El médico fue muy duro con ella, le dijo: oiga valla y hágase la prueba que lo más seguro es que este infectada, entonces trate de relajarla y tranquilizarla un poquito, después de realizar el Consentimiento Informado ya bajo un poco el nivel de ansiedad.</p>

<p><b>Experiencia Fenoménica</b></p>	<p>Recuerdo el caso de una niña de 15 años que fue violada en un after party por el DJ, ella no supo, al otro día se dio cuenta, y el DJ obviamente consumía muchísimo y ya había tenido otros casos de violación; la niña vino y llegó en un estado impresionante de ansiedad, aparte de eso había en la familia una disfunción impresionante, entonces, aparte del riesgo que ya había tenido la niña estaba en riesgo familiar y se siguió trabajando con ella.</p>
--------------------------------------	--

La entrevista fue realizada a una practicante del área clínica de la Universidad de la Sabana, durante el transcurso de la entrevista se identifico la importancia que tiene la persona humana dentro de cualquier contexto, y nuevamente se identifica una diferencia notable entre el comportamiento del equipo médico y el psicológico. Frente a la aplicación del Consentimiento Informado la psicóloga refiere que en las asesorías ha encontrado que la población demuestra estar informada acerca de los factores de riesgo y también de los factores de protección relacionados con el VIH. Como psicóloga ella también se refiere a la necesidad de generar una relación terapéutica caracterizada por la ética profesional y la calidez humana hacia el paciente.

Resultado de la Entrevista al Psicólogo en Formación Profesional 2

Tabla 8 Matriz de Integración de los resultados al Psicólogo en Formación Profesional 1

Categoría	Información Relevante
-----------	-----------------------

<p><b>Consentimiento Informado</b></p>	<p>Acá en el hospital básicamente se lleva a cabo este proceso cuando a los pacientes se les pide que se hagan la prueba de Elisa, se les explica un poquito mas la terminología que uno usa.</p> <p>Se explica bien que es y cómo funciona la prueba y que es el SIDA y el VIH entonces tal ves si se sorprenden un poco y se preocupan por su estado de salud.</p> <p>Cualquier palabra que no le quede clara o no conozca el significado que nos pregunte sin miedo o temor, para despejarle la duda.</p>
<p><b>Paciente/ Persona Humana</b></p>	<p>Pacientes de todas las patologías que llegan acá o de todos los motivos de consulta que se ven acá, a medidas que van surgiendo planes de intervención, entonces se les va explicando.</p> <p>Pues desde todas sus dimensiones, de pronto nosotros desde la psicología no nos basamos tanto en su aspecto biológico, pero si muchísimo en su aspecto social, en su parte emocional.</p> <p>Es una persona que llega a buscar ayuda a un profesional.</p>
<p><b>Relación Profesional-paciente</b></p>	<p>Por lo general yo siempre trato de informarme porqué le mandan a hacer la prueba o quien se la manda a hacer la prueba, luego se le explica porque se le manda a hacer la prueba, en que consiste digamos un poquito y que determina esa prueba, luego se le explica también sobre el VIH.</p>
<p><b>Experiencia</b></p>	<p>Tenemos muy en cuenta su forma de ver las cosas, sus puntos de vista, bueno en fin, todo esto para tratar nosotros también de</p>

<b>Fenomenica</b>	lograr un proceso de empatía más efectivo, más apropiado.
-------------------	---

La entrevista fue realizada a una practicante del área clínica de la Universidad de la Sabana, su punto de vista se centra en una visión integral de la persona humana, desde lo biológico, pero dándole más importancia a lo emocional y experiencial del paciente. Identifica la situación particular de cada uno de los pacientes con el fin de brindar una asesoría según el contexto que vivencia cada persona. Al ser psicóloga también reconoce la importancia de la empatía dentro de la relación terapéutica.

*Resultados de las entrevistas a los pacientes*

Resultado de la Entrevista al Paciente 1

Tabla 9 Matriz de Integración de los resultados de la Entrevista al Paciente 1

<b>Categoría</b>	<b>Información Relevante</b>
<b>Consentimiento Informado</b>	El paciente comenta que él no sabía que tenía que llevar el documento de Consentimiento Informado firmado.
<b>Paciente/ Persona Humana</b>	El paciente expresa confianza hacia el profesional de la salud tratante, ya que recibió la atención necesaria.
<b>Relación Profesional-paciente</b>	Él comenta que en el hospital siempre lo han tratado muy bien en todas las citas, en todas, el médico es muy buena gente, lo atiende cariñosamente, no es como algunos médicos que sí son bruscos.
<b>Experiencia Fenomenica</b>	Mi experiencia respecto al Consentimiento Informado se relaciona con la prueba del VIH..., mi ginecólogo me mando una prueba de VIH para saber si yo tenía... para poderme controlar al bebe para que no se

	<p>infectara, para que el bebe saliera bien o para iniciar un tratamiento, me hicieron la prueba y me entregaron los resultados, la doctora me explico todo el proceso si llegará a tener el virus.</p>
--	---

La paciente 1 es una mujer gestante, paciente de gineco-obstetricia, a la cual se le solicitó la prueba de Elisa para diagnosticar su serología y así realizar el respectivo tratamiento.

La paciente comenta que la Doctora mantuvo un trato cordial hacia ella durante el proceso de asesoría médica, le explicó las diferentes maneras de infectarse, y que tratamiento debería seguir si llegase a salir positiva la prueba. La paciente comprende el procedimiento del Consentimiento Informado como un requisito que debe cumplir para poderse realizar la prueba de Elisa. Gracias a la intervención realizada por la Doctora la paciente decide voluntariamente seguir las recomendaciones clínicas, ya que de esta manera obtendrá bienestar en su etapa de gestación, garantizando así la salud de su bebe.

Resultados de la Entrevista al Paciente 2

Tabla 10 Matriz de Integración de los resultados de la Entrevista al Paciente 2

<b>Categoría</b>	<b>Información Relevante</b>
<b>Consentimiento Informado</b>	<p>El documento del Consentimiento Informado fue diligenciado para que yo autorizara la realización de la prueba del VIH, solo sabia que era la autorización para ese examen.</p>
<b>Paciente/ Persona Humana</b>	<p>Él paciente se sintió bien tratada por el profesional de la salud, su trato fue normal, bien ella lo hace sentir a uno muy bien.</p>



<b>Relación Profesional-paciente</b>	<p>Cuando me aplicaron el Consentimiento Informado, lo primero que me explicaron fue como se puede transmitir el virus y que métodos hay para evitar la enfermedad. El doctor se mostró amable, y cuando me explico todo esto, yo entendí entonces lo que el hizo fue hacer énfasis en lo que yo no entendía y sobre lo que yo tenía dudas.</p>
<b>Experiencia Fenomenica</b>	<p>La experiencia fue buena porque se me explico detalladamente todo de la mejor manera, teniendo en cuenta los desencadenantes y las consecuencias de la enfermedad.</p>

La paciente 2 es de Salud Mental que recibió asesoría psicológica para el diligenciamiento del Consentimiento Informado para la autorización de la aplicación de la prueba de Elisa, dicha paciente fue remitida por gineco-obstetricia. Durante la entrevista la actitud de la paciente fue algo distante, tímida y reacia al contestar las preguntas hechas por las investigadoras.

La psicóloga durante el diligenciamiento del Consentimiento Informado le explico detalladamente como se puede transmitir el virus, los beneficios y los riesgos de realizarse o no la prueba, de la misma manera le ofreció a la paciente un espacio para que aclarara sus dudas. En cuanto al procedimiento del Consentimiento Informado, la paciente autorizó la aplicación de la prueba, al comprender que le traería beneficios tanto a ella como a su bebe. La toma de decisión de la paciente en gran parte se debió a la relación empática ofrecido por la psicóloga, la paciente comenta que se sintió respetada y valorada como persona.

Resultado de la entrevista al Paciente 3

Tabla 11 Matriz de Integración de los resultados de la Entrevista al Paciente 3

<b>Categoría</b>	<b>Información Relevante</b>
<b>Consentimiento Informado</b>	<p>El Consentimiento Informado lo diligencie para la operación, eso es como la responsabilidad poder realizar la operación de mi hija.</p> <p>Él médico me dijo que lo mirara bien, lo observara, que lo leyera y si estaba de acuerdo con el formato que lo firmara. Pero no me explico simplemente me dijo que lo leyera, no me explicaron nada.</p> <p>Yo considero que es un formato que así uno no esté de acuerdo, uno lo tiene que firmar, porque es para mi hija.</p>
<b>Paciente/ Persona Humana</b>	<p>La familiar reporta que firmo el documento para la operación de su hija. Porque se fracturo un bracito, el bracito derecho. Y considera que lo realizó porque es un bien para su hija.</p> <p>Es importante tener en cuenta que hay muchas personas que no sabemos leer, por que yo lo puedo ojear y puedo hacer que lo estoy leyendo y más no lo estoy leyendo y simplemente por física pena, voy a decir si y voy a firmar y listo.</p>
<b>Relación Profesional-paciente</b>	<p>La enfermera que me entrego el documento me dijo que lo leyera simplemente. Su actitud fue normal, simplemente me lo entrego y que lo leyera, una actitud normal.</p> <p>Pero seria algo más bonito que un médico o la enfermera le explicara a uno, ósea, si tuviera la forma de por ejemplo leersele a uno.</p>

<b>Experiencia Fenoménica</b>	<p>Para mi la experiencia fue buena por la angustia del momento, aunque, la verdad, ósea yo leí unas poquitas líneas, pues como yo les dije, yo no se leer mucho, es muy poquito lo que yo se, y para yo leer por ejemplo esa hoja hubiera necesitado por lo menos una hora, para poderla leer.</p>
-------------------------------	---

La paciente 3 es la madre y acudiente de una paciente que iba a ser intervenida quirúrgicamente de urgencias, la paciente a intervenir era una niña menor de edad, razón por la cual su madre debía diligenciar el Consentimiento Informado para autorizar el procedimiento. La madre entiende el proceso del Consentimiento Informado como la única forma para que operen a su hija, a ella le entregó el documento una enfermera quien no le explico los objetivos, riesgos ni beneficios de la intervención que le iban a realizar a su hija. La situación anteriormente descrita refleja que no se respeta a la persona como un ser integral que necesita de un espacio para comprender completamente los riesgos y beneficios de la intervención quirúrgica, además se evidencio que el procedimiento realizado para el diligenciamiento del Consentimiento Informado tiene un valor técnico e instrumental, más no es visto como un derecho que tiene cada paciente para entender el propósito de la intervención a la que se vera expuesto. El Consentimiento Informado es conceptualizado por los pacientes como un requisito que deben cumplir los profesionales de la salud para realizar cualquier tipo de intervención. Otro aspecto a tener en cuenta es el nivel educativo de los pacientes, en este caso La paciente N. 3 comento que no sabía leer muy bien, por lo tanto firmo el documento sin comprender completamente lo estipulado en el formato de Consentimiento Informado.

Resultado de la Entrevista al Paciente 4

Tabla 12 Matriz de Integración de los resultados de la Entrevista al Paciente 4

<b>Categoría</b>	<b>Información Relevante</b>
<b>Consentimiento Informado</b>	<p>El Consentimiento Informado lo realice para la cirugía de un terigio con implante de...., con injerto de conjuntiva.</p> <p>El médico me dijo que era un consentimiento para que me hicieran la cirugía, nadie lo puede obligar a uno a que le hagan una cirugía, sin tener pleno conocimiento.</p>
<b>Paciente/ Persona Humana</b>	<p>El médico me informo no había riesgos. A mí me han hecho dos cirugías más y nunca me habían hecho firmar este documento.</p>
<b>Relación Profesional-paciente</b>	<p>El documento me lo presento un médico general el día de ayer. Me dijo que me iba a hacer la cirugía, pero no me dijo que riesgos, pregunte y parte contraproducente nada, es una cirugía normal.</p> <p>La persona que me lo entrego o con la que firme esto, no fue la misma que me iba hacer la cirugía, el médico general.</p>
<b>Experiencia Fenoménica</b>	<p>Mi experiencia fue buena, me comento acerca del tipo de anestesia que me van a aplicar, seria mejor general, con eso uno no siente nada.</p> <p>A mí me han hecho dos cirugías más y nunca me habían hecho firmar esto.</p>

El paciente 4 es un paciente de oftalmología, le tenían que realizar una cirugía de terigio con injerto de conjuntiva, él menciona que, antes le habían realizado dos cirugías y no había firmado el formato de Consentimiento Informado, lo cual le sorprendió porque luego de nuestra explicación él comprendió que era un documento importante y legal para su intervención, además lo percibió como un intento del médico para evadir su responsabilidad. A este paciente también le presentó el Consentimiento Informado otro profesional de la salud, en este caso un médico general, quién le dio simplemente el formato para que lo firmara, sin mencionar el propósito del Consentimiento Informado, los riesgos y beneficios de la intervención. El paciente comenta que es indispensable que el profesional de la salud que va a realizar la intervención le permita aclarar dudas y hacer preguntas acerca de su tratamiento, ya que en el momento en el que él diligencio el documento del Consentimiento Informado solo había tiempo para que él autorizara con su firma.

#### Resultado de la Entrevista al Paciente 5

Tabla 13 Matriz de Integración de los resultados de la Entrevista al Paciente 5

<b>Categoría</b>	<b>Información Relevante</b>
<b>Consentimiento Informado</b>	<p>El Consentimiento Informado es para los riesgos que implique la operación, cuando me dieron el formato no lo leí, la que lo leyó fue mi esposa. Una doctora se le dio a mi esposa, la verdad no se nada más de ese documento del que ustedes me hablan.</p> <p>Solamente me dieron un papel para que lo leyera y que si estaba de acuerdo que lo firmara, sin eso no lo entraban a cirugía yo lo firme de afán y no leí muy bien.</p>

<b>Paciente/ Persona Humana</b>	Una familiar reporta que la verdad yo no preguntó nada, yo lo único que quería era que lo operaran y le quitaran el dolor.
<b>Relación Profesional-paciente</b>	La Doctora le explico que eso era para en el caso de algún riesgo que hubiera en la operación. Los médicos estuvieron pendientes porque como era tan urgente lo atendieron rápido, pero sin estar muy pendiente de mí porque era muy urgente.
<b>Experiencia Fenoménica</b>	<p>El paciente reporta que tenia mucho dolor y no supo a que hora mi esposa autorizo la operación, supo que lo hizo porque me lo contó después de la operación.</p> <p>Otro paciente Creyó que operarlo era la solución pues desde que lo vieron eso dijeron los médicos, ¡Dijeron eso es apendicitis toca operar de urgencias!.</p>

El paciente 5 es un paciente que llego al servicio de urgencias porque tenia un dolor muy fuerte que le impedía mover la pierna por diagnosticado por los médicos como apendicitis, fue llevado por su esposa debido al estado de salud y a la necesidad de ser intervenido inmediatamente, el Consentimiento Informado fue diligenciado por su esposa. La entrevista fue realizada inicialmente con el paciente y se concluyo con la esposa, el paciente se encontraba en habitación y en recuperación de la cirugía. Él comenta que por su estado de gravedad en la llegada al Hospital él no diligencio ningún documento. Entendiendo la situación de urgencia de la cirugía, el profesional de la salud que iba a realizar la operación no podía presentar el documento de Consentimiento Informado a la esposa, por lo tanto, en este caso creemos conveniente que hubiese sido

importante delegar esta responsabilidad a otro profesional de la salud competente, para que explique detalladamente al familiar la intervención que se le realizará al paciente y el propósito de autorizar la cirugía a través del Consentimiento Informado, ya que al cumplir con este procedimiento se está reconociendo y respetando la dignidad del paciente como persona humana.

#### Resultado de la Entrevista al Paciente 6

Tabla 14 Matriz de Integración de los resultados de la Entrevista al Paciente 6

<b>Categoría</b>	<b>Información Relevante</b>
<b>Consentimiento Informado</b>	El medico le paso el formulario para que yo lo leyera, Entonces me autorizo, que lo firmara. Leí unas cosas ahí, eso más que todo porque prácticamente la operación era para hoy, sin tanto problema.
<b>Paciente/ Persona Humana</b>	La paciente percibió al medico amable.
<b>Relación Profesional-paciente</b>	El medico utilizó simplemente palabras para explicarle el Consentimiento Informado y no más, y el paciente se basó en otra cirugía que le habían hecho anteriormente.
<b>Experiencia Fenoménica</b>	La enfermera me paso el formulario para que yo lo leyera

El paciente 6 estaba acompañando a su madre la cual es una paciente de Oftalmología, ella tenía una catarata en el ojo izquierdo, para el proceso de diligenciamiento del Consentimiento Informado la señora autorizo a su hijo para llenar

el documento, él dice que solamente leyó unas cosas, fue presentado por una doctora que la examino el día anterior, y le explico el procedimiento de forma verbal sin utilizar otro recurso y le paso el documento para que lo leyera, él se baso en las anteriores cirugías que le habían realizado a su madre. En la relación con el profesional de salud se sintió en confianza y dice que fue amable.

Resultado de la Entrevista al Paciente 7

Tabla 15 Matriz de Integración de los resultados de la Entrevista al Paciente 7

<b>Categoría</b>	<b>Información Relevante</b>
<b>Consentimiento Informado</b>	<p>El diligenciamiento del Consentimiento Informado fue para la realización de una Canalización Tubérica</p> <p>El medico primero me explico, me hizo un dibujo, me explico así.</p>
<b>Paciente/ Persona Humana</b>	<p>El medico le dijo al paciente que si era consiente de lo que él me iba ha hacer,</p> <p>El paciente se sintió bien tratado por el medico.</p>
<b>Relación Profesional-paciente</b>	<p>Pero él me dijo que listo, que si todo me salía bien, en los exámenes que él me mando, que él me operaba.</p> <p>El paciente reporta que el medico es una gran persona y él es el que más le esta ayudando</p>
<b>Experiencia Fenoménica</b>	<p>La paciente sabe del riesgo que corre con la intervención quirúrgica, ella reporta: El riesgo es que él me va ha abrir y si no me puede hacer nada, pues no me puede hacer nada, y el beneficio es que podamos tener otra bebe.</p> <p>La paciente tuvo seis meses para pensarlo.</p>



El diligenciamiento del Consentimiento Informado para la intervención de La paciente 7 fue diferente a los demás pacientes, una razón puede ser que el médico ya sabía de nuestra presencia en el Hospital y también de nuestra realidad a investigar. La intervención que La paciente 7 desea hacerse es una Canalización Tubérica, porque quiere tener otro bebe, el médico le explico el procedimiento con un dibujo para que ella entendiera el objetivo de la operación, gracias a esta explicación la paciente entendió los riesgos, los beneficios que iba a adquirir con la intervención.

La relación terapéutica la consideró buena, comenta que el médico es una gran persona, de la misma manera se evidencia que la paciente se sintió muy bien tratada por el profesional de la salud.

#### Resultado de la Entrevista al Paciente 8

Tabla 16 Matriz de Integración de los resultados de la Entrevista al Paciente 8

<b>Categoría</b>	<b>Información Relevante</b>
<b>Consentimiento Informado</b>	Una cirugía Ambulatoria El que va ha operar al niño? No, otro No lo leí. Solamente que era la cirugía, no me dijeron que riesgos podría correr ni nada.
<b>Paciente/ Persona Humana</b>	Esta un poquito nervioso. El niño nació acá. Es una cirugía para un niño, que pues una cirugía en un niño no es fácil, sino es fácil en un adulto menos para un niño

	<p>Tu conociste a la persona que va a operar el niño?</p> <p>No, no la he visto</p> <p>Pues, solo se que es una cirugía, falta más información</p> <p>Falta más humanismo en los médicos.</p> <p>Necesitamos como más atención como personas</p> <p>Falta que sea más personalizado, que uno se sienta más en familia.</p> <p>Es como tener en cuenta un poquito más a la persona</p>
<p><b>Relación</b> <b>Profesional-paciente</b></p>	<p>El cirujano general, El que va ha operar al niño?, No, otro</p> <p>Solamente me dijo firme, firme acá.</p> <p>Lo tratan a uno como muy indiferente.</p> <p>Yo creo que eso debe ser más personalizado.</p> <p>Con esto no se quiere decir que los médicos sean malos.</p> <p>Al menos debió haberlo tratado un psicólogo</p>
<p><b>Experiencia</b> <b>Fenoménica</b></p>	<p>Pues la verdad en este momento estoy es como un poquito preocupada por la cirugía del niño, no me preocupe por leer y solamente lo firme.</p> <p>Varias veces nos han hecho cirugías acá, con más veras lo deberían atender a uno.</p>

Este caso fue el más interesante en nuestra investigación, es una operación para un niño, él había sido tratado por un médico que salió a vacaciones y dejo el caso en manos

de otro profesional, otra persona diferente citó a la mamá para informarle que se iba a intervenir el niño para analizar la situación a profundidad.

El formato de Consentimiento Informado se lo presento un Cirujano General, momentos antes de la cirugía, la mamá por su afán y sus nervios, comenta que no leyó el documento y solamente le dijeron que era una cirugía, no le comentaron los riesgos ni tampoco los beneficios, solamente le dijeron firme acá. Una parte sorprendente de este procedimiento es que la madre no conocía al médico que iba a intervenir al niño.

La madre y la abuela afirman que el niño estaba nervioso, que una cirugía para un niño no es fácil, el trato es muy indiferente, ella cree que debe ser más personalizado. Evidencia la necesidad de que en el Hospital exista el área de psicología, para ayudar a las personas a afrontar situaciones difíciles como lo es una cirugía, y mucho más en el caso de los niños que se les dificulta más enfrentar estas situaciones.

### *Resultados Generales*

En el momento de la construcción de nuestra investigación y al plantear las preguntas de la entrevista pensamos que estas iban a permanecer estables, pero durante el desarrollo de la fase de aplicación, se vio la necesidad de adaptar el contenido de las preguntas a los participantes y al contexto hospitalario, dando como resultado una entrevista flexible, la cual nos permitió adquirir información relevante para nuestro estudio.

Las preguntas de la realidad a investigar fueron encontrando respuesta en la comprensión y resignificación de creencias y percepciones, tanto de las investigadoras, de los profesionales de la salud y de los pacientes del E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Zipaquirá.

En relación a la comprensión de los profesionales de la salud a cerca de la aplicación del Consentimiento Informado como requisito legal para la intervención clínica, se encontró diversidad según la especialidad de los médicos; razón por la cual los resultados de esta investigación no pretenden generalizar por ningún motivo la adecuada, inadecuada o el no diligenciamiento de Consentimiento Informado.

Frente a lo anterior, se encontró que en la especialidad médica de gineco obstetricia existe un mayor respeto hacia el derecho del paciente por conocer las características de la intervención médica, en relación a los beneficios y riesgos de la misma, hecho que en parte es consecuencia de que las pacientes sean madres gestantes.

En cuanto a los médicos que ejercen la especialidad de medicina interna encontramos que para ellos el Consentimiento Informado no es un derecho legal del paciente porque dentro su especialidad los procedimientos clínicos son “muy sencillos” según los profesionales, postura que nos hace reflexionar como investigadoras y psicólogas que por mas sencilla que sea un intervención, sí compete un procedimiento invasivo el paciente y/o familiar debe ejercer su derecho de conocer detalladamente los beneficios y riesgos a los que será sometido por autorizar un tratamiento. Otro aspecto, que se evidencia en sus entrevistas es la no comprensión del paciente como persona humana, ya que la población sujeta a esta especialidad son personas ancianas que pueden presentar algún tipo de deterioro cognoscitivo, pasando por alto que el hombre es un individuo que no permite subdivisión alguna porque es una unidad, se manifiesta a través de diferentes aspectos como lo son el biológico, psicológico, social y espiritual, pero no es un ser ni biológico, ni psicológico, ni social, ni espiritual... es un ser.

En cuanto a la entrevista realizada a un médico general encontramos que su postura ética se identifica con el respeto al derecho que el paciente posee frente a la toma

de decisión de la intervención médica, y en cuanto a la comprensión del paciente como persona humana su postura es consecuente con la bioética, la cual es entendida como una disciplina racional aplicada a los procesos vivos.

Una visión más amplia nos ofreció el médico psiquiatra desde su condición como profesional de la salud mental, en su ejercicio profesional todos los tratamientos e intervenciones demandan la autorización del paciente y/o familiar a través del Consentimiento Informado, procedimiento que él acata y respeta como derecho que el paciente ejerce dentro de su condición humana, puesto que lo reconoce como un apoyo legal, moral y ético, tanto para el paciente y/o su familia, como para él como profesional de la salud.

Por otro lado, inferimos que los profesionales de la Psicología y psicólogos en formación profesional aportan sus habilidades clínicas dentro del procedimiento del Consentimiento Informado, además de reflejar su formación humanista en el trato al paciente y dentro de la relación psicólogo- paciente, aspecto que muestra que en el diligenciamiento del Consentimiento Informado también están inmersos todos los niveles y características del paciente como persona humana, retomando aspectos Fenomenológicos inmersos en el enfoque Existencial Humanista, el cual se ha encargado de descubrir un nuevo hemisferio humano basándose en principios básicos de esta fuerza psicológica, los cuales son: el hombre, como hombre, supera la suma de sus partes, el hombre tiene su esencia en un contexto humano, el hombre vive de forma consciente, el hombre tiene capacidad de elección, el hombre es intencional, vive orientado hacia una meta, un objetivo o valores que forman la base de su propia identidad personal.

En contraste con la presentación del Consentimiento Informado por los profesionales de la medicina, en algunos de los casos descritos la información no es transmitida por el médico que va a intervenir al paciente, sino que se delega esta función a otro profesional diferente, como lo son médicos generales o enfermeras; los cuales no proporcionan una información detallada sobre los posibles riesgos y beneficios de la intervención y en muchos casos no utilizan recursos personales o herramientas profesionales, como lo es el uso de un lenguaje no técnico que facilite la comprensión de la intervención, y así reduciendo el Consentimiento Informado a una herramienta técnica e instrumental, básicamente un aspecto procedimental. Podemos suponer que esto ocurre como consecuencia de algunas variables no controlables por parte del profesional de la salud, debido a que hay una gran demanda de pacientes y el tiempo estipulado para cada uno de ellos es limitado, lo cual repercute en la ausencia de recursos que faciliten el ejercicio profesional en cuanto al diligenciamiento del Consentimiento Informado.

Asimismo, al interactuar con los pacientes identificamos que desde nuestro rol como investigadoras, le brindamos información acerca de los propósitos legales y éticos del Consentimiento Informado, que hasta el momento eran desconocidos para ellos, logrando que los pacientes identificaran a éste como un derecho y un momento en el cual pueden expresar todas las dudas e inquietudes acerca de la intervención médica, aportando aspectos benéficos en la interacción clínica entre el profesional de la salud y el paciente, puesto que se plantea un espacio en el cual dos seres humanos, independientemente de su rol interactúan en un ambiente de respeto hacia la opinión y fenomenología del otro.

A pesar, que en la información recogida en nuestra investigación también contemplamos la posibilidad de que algunos pacientes parecen no estar acogiendo la

responsabilidad de firmar y autorizar una intervención clínica, dejando de lado la oportunidad de ser un participante activo dentro del proceso del diligenciamiento del Consentimiento Informado.

Con respecto al valioso aporte de los participantes en cuanto a su postura fenomenológica en el proceso del diligenciamiento del Consentimiento Informado, inferimos que tanto los profesionales de la salud, como los pacientes y/o familiares construyeron vivencias y perspectivas subjetivas, las cuales dependen de un sinnúmero de variables biológicas, psicológicas, espirituales, sociales y situacionales que son determinantes en la forma de la narrativa de su experiencia individual.

Encontramos que en el contexto hospitalario donde llevamos a cabo la fase de aplicación de nuestro trabajo de grado, se encuentran factores inmersos que enfatizan el estado de salud y enfermedad, entendiéndolo como un estado meramente físico de la persona, restándole importancia al desarrollo del ser en su esencia y sentido; limitándolo a la posibilidad de transformar y de transformarse, de sentirse querido y de querer, de establecer vínculos solidarios, convivir y expresar sus sentimientos y emociones frente a la vulnerabilidad de su situación.

Durante el proceso de entrevista confirmamos la necesidad de resignificar la comprensión del paciente como persona humana, puesto que en las narrativas y testimonios inferimos su descontento frente al trato recibido por algunos profesionales de la medicina en el momento de la presentación de la información relacionada a su intervención, debido a que ellos manifiestan una pobre comunicación verbal y no verbal en la relación clínica, generando un ambiente descortés y “frío”, así, desencadenando en ellos una sensación de minusvalía e impotencia al no poder expresar sus dudas e inquietudes frente a la intervención, interpretando el Consentimiento Informado como

un elemento a favor del médico en caso de que la intervención no resulte exitosa. Esta percepción general nos permite confirmar que en la mayoría de casos la concepción del paciente a cerca del uso del Consentimiento Informado, es de un formato tecnificado que deben firmar como requisito de la intervención.



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El realizar la presente investigación cualitativa con profesionales de la salud y pacientes en situación hospitalaria nos permitió reconocer las diferentes experiencias de los participantes frente al diligenciamiento del Consentimiento Informado, como procedimiento y requisito legal en el momento de realizar una intervención clínica. Por esta razón, las características metodológicas de la investigación cualitativa nos permitieron construir un proceso de reconocimiento, inmersión y análisis de la realidad hospitalaria referente al Consentimiento Informado, encontrando que en la periferia de este procedimiento se encuentran variables personales y contextuales de la realidad social, cultural, económica y política de nuestro país.

De esta manera, las conclusiones de la investigación gozan de criterios de validez y fiabilidad que soportan al estudio cualitativo, siendo éste el enfoque preciso para la exploración y descripción de la realidad naturalista y fenomenológica que acogió nuestro proyecto.

Por consecuencia, la información adquirida en el contexto hospitalario es el resultado de la observación, participación y descripción de las experiencias de los profesionales de la salud y pacientes y/o familiares durante el diligenciamiento del Consentimiento Informado. Asimismo, a partir de los diarios de campo y de las entrevistas realizadas a cada uno de los participantes, logramos describir como interpretan el Consentimiento Informado desde su respectivo rol.

La investigación nos permitió reconocer que estas descripciones hacen alusión a la responsabilidad que deben asumir como pacientes y/o familiares frente a su salud y bienestar integral. Por lo tanto, inferimos que en algunos casos la percepción de los pacientes y/o familiares es de insatisfacción en cuanto a la calidad de la información

suministrada por el profesional de la salud sobre la intervención a la cual será o ha sido sometido.

Desde el rol como investigadoras también se concluye que la persona humana en condición de paciente merece un trato cálido y comprensivo, puesto que su estado de salud le afecta y desestabiliza en las diferentes dimensiones humanas, como lo son la psicológica, espiritual, emocional, cognitiva y comportamental, transformándolo en un ser vulnerable ante el malestar y padecer físico.

Reconociendo desde la Psicología de la Salud, que el impacto de la enfermedad en un ser humano genera un momento crítico y desestabilizante en la fenomenología personal, es fundamental que el profesional de la salud y/o el equipo interdisciplinario este funcionalmente capacitado para ofrecer al paciente recursos o herramientas, que le posibiliten transformar la enfermedad en una situación en la cual pueda trascender y adquirir un nuevo sentido de vida, además de una autorrealización de la cual se desprenda la posibilidad de crear nuevos vínculos afectivos consigo mismo, los demás y su entorno.

Por su parte, el termino Psicoética es de gran importancia en el ejercicio profesional del psicólogo, por lo que para nuestra investigación fue un eje guía para analizar los resultados recogidos a lo largo de la fase de aplicación. En el análisis de resultados lo usamos como fundamento epistemológico para contrastar el tema de investigación y la realidad encontrada en el campo de investigación. Para describir el actuar del psicólogo en el ámbito hospitalario, nos basamos en el constructo “Ethos”, el cual hace referencia a aquellas actitudes, normas éticas, maneras de juzgar las actividades morales, que caracterizan cada ejercer profesional. En el ejercer profesional del psicólogo, la responsabilidad de cada profesional es evitar cualquier tipo de

iatrogénia, realidad que evidenciamos en la observación de la aplicación del Consentimiento Informado y que verificamos tras la información recogida en las entrevistas realizadas a los psicólogos y sus respectivos pacientes.

La Psicología debe regirse por la Psicoética, puesto que su objeto de estudio es la persona humana, con la cual debe tenerse presente su derecho de ser respetada en toda su integridad.

Tras la integración y triangulación de la información se evidencia la necesidad de fomentar y promover el Ethos en la aplicación del Consentimiento Informado en algunos profesionales de la medicina, en contraste a los que ejercen la Psicología, puesto que ellos se identifican con la formación epistemológica propia de la profesión en cuanto al trato y las relaciones terapéuticas, haciendo indispensable mantener una relación adecuada, funcional, armónica y respetuosa con el ser humano, brindando así un trato acorde con la dignidad humana

A partir de las entrevistas realizadas a las psicólogas en la unidad de Salud Mental del Hospital San Juan de Dios de Zipaquirá, se infiere que su formación humana se demuestra en el trato que mantienen con los pacientes que solicitan sus servicios, de la misma manera se identifica que las psicólogas entrevistadas nos reafirman la idea ofrecida por Franga- Tarrago (2000), en donde comenta que la persona debe ser tomada como un fin y no como un medio para alguna cosa que no sea su propio perfeccionamiento como persona humana.

Por lo tanto, el ejercer de los psicólogos fue consecuente con lo propuesto por Fraga- Tarrago (2000), porque en ellos la prioridad son las necesidades de sus pacientes y sus aptitudes y habilidades para crear estrategias de solución frente a su respectiva situación. Los pacientes que reciben los psicólogos para realizar asesoría y

diligenciamiento del Consentimiento Informado, son pacientes que en el momento de ser asesorados estaban atravesando por momentos de angustia y de ansiedad que debían ser intervenidos de la manera más humana posible, con el fin de lograr un estado emocional estable que no afectara al paciente en sus áreas de ajuste.

En relación a la psicoética se evidencia que el trato ofrecido por los profesionales fue acorde con la ética que debe manejar un psicólogo en el momento de ofrecer la terapia centrada en el paciente como persona humana, identificando así que la comprensión del paciente como persona humana se percibe en la relación terapéutica desarrollada entre el psicólogo y el paciente.

Uno de los principios de la Psicoética es el principio de Beneficencia, que radica en buscar siempre hacer el bien a cada uno de los pacientes que buscan la ayuda de los profesionales de Psicología, dentro del ejercer profesional de los psicólogos entrevistados, se percibe arraigado este principio en su practica profesional.

Al indagar acerca de la aplicación del Consentimiento Informado en el ámbito hospitalario, se está hablando acerca del principio de Autonomía que los profesionales de la salud deben tener presente al interactuar con el paciente, porque todo individuo debe tener la capacidad de gobernarse y por ende de tomar decisiones acerca de los asuntos que competen su salud, y de esta manera autorizar o desautorizar el tratamiento al cual se verán expuestos. Además de tener el derecho y la necesidad de saber los beneficios y las posibles consecuencias que le conlleva realizar determinada intervención o tratamiento, con la oportunidad de aclarar las dudas que tenga acerca del procedimiento.

Por otro lado, en las entrevistas realizadas a los médicos, se evidencio en algunos casos que el trato en la presentación del Consentimiento Informado se realiza sin tener

presente la condición del paciente como persona humana, dejando de lado muchos de los principios éticos.

Es importante mencionar una diferencia bien marcada que se identifico entre los profesionales de la Medicina y los profesionales de la Psicología. Franga- Tarrago (2000) menciona tres elementos que debe tener el Consentimiento Valido, primero que se le presente a una persona competente para decidir, que sea un proceso de información completa acerca de la intervención a realizar y por último que sea voluntario. En Psicología observamos el cumplimiento de los tres criterios, en Medicina por el contrario dicho cumplimiento fue diferente por que la información sobre la intervención era presentada de forma incompleta, no se le daba la oportunidad al paciente de realizar preguntas y de aclarar dudas, tampoco se les informaba a cerca de los beneficios y de los riesgos que podrían presentarse después de la intervención.

De la misma manera, desde los resultaos obtenidos se resignifica la comprensión del paciente como persona humana a partir del eje epistemológico principal del presente trabajo de grado: El enfoque Existencial Humanista, aportando no solo a las ciencias de la Psicología y la Medicina en primera instancia, sino a la necesidad de apropiar a todos los seres humanos de la comprensión de las cualidades de la persona humana, con el objetivo de afianzar valores de convivencia y preservación de la humanidad. Retomando lo planteado por Frankl (1988) esta resignificación comprende que el paciente antes de vivenciar y experimentar el rol de paciente en el ámbito hospitalario es una persona humana, y como persona humana, no es divisible y supera la suma de sus partes, es un ser que vive en forma consciente e intencional, es un ser que está inmerso en un contexto humano, que se encuentra en pro de la construcción de relaciones interpersonales

funcionales y satisfactorias que aportan a su fenomenología y razón de ser de su existencia.

Retomando nuevamente lo planteado por Martínez (1998) quien apoya a la visión de la Psicología Humanista la cual aporta a una resignificación del paciente como persona humana inmerso en el proceso del Consentimiento Informado, puesto que reconoce que el hombre vive subjetivamente porque sus experiencias sentimentales y emocionales son percepciones que se encuentran asignadas como únicas para cada ser humano, el hombre esta dirigido hacia su autorrealización física y psíquica la cual puede elegir acorde a su motivación suprema manifestada como la necesidad de orientarse a su plena realización, otra característica propia del ser humano es que es más sabio que su intelecto, refiriéndose a que el hombre guía su existencia por juicios de valor, que desde la perspectiva humanista es un camino más sabio que la misma razón. Asimismo, se destaca que el paciente posee capacidad de libre elección escapando del determinismo de la especie con el fin de encontrar sentido a sus acciones, emociones y pensamientos para construir su propia fenomenología.

Por lo tanto, el paciente merece que la experiencia de necesitar un servicio médico o psicológico dentro del contexto sanitario promueva sus características humanas; y no solo considerando al paciente como persona humana, sino a todos los participantes activos que construyen la realidad que comprende infinitas variables dentro de este ámbito; Buber (1998) menciona que el ser humano crea una relación profunda persona a persona como una relación yo-tu, es decir, una mutua experiencia de hablar uno a otro como personas, como somos, como sentimos, sin hacer un papel o desempeñar un rol, sino con plena sencillez, espontaneidad y autenticidad.

Para finalizar este complejo proceso de investigación, se infiere que el presente trabajo es tan solo un acercamiento de los alcances de la investigación cualitativa en el contexto hospitalario, en relación al Consentimiento Informado, a la ética, la psicoética, la bioética, la Psicología de la Salud y el enfoque Existencial Humanista, aplicado a las circunstancias, estados, procesos, desarrollo e interacción de los profesionales de la salud y pacientes y/o familiares inmersos en la actividad de evaluar, diagnosticar e intervenir. Por tal motivo, se considera de absoluta relevancia científica continuar investigando en los fenómenos hospitalarios y sanitarios que afectan directa o indirectamente la fenomenología de los seres humanos participantes en esta interacción; además, porque permitirá a la Psicología descubrir y desarrollar epistemologías y praxis inherentes a la naturaleza humana.

## REFERENCIAS

Acevedo, G. (1985). *El modo humano de enfermar*. Buenos Aires. Ed. Fundación Argentina de Logoterapia Víctor Frankl.

Arango, P. (1998). *Revista Persona Bioética, Año 2 # 2*. Colombia. Ed. Universidad de la Sabana.

Arriaga, J. (2001). *Bioética General*. México. Ed. Manual Moderno.

Barco, J. (2002). *Persona y Bioética*. Colombia. Ed. Universidad de la Sabana.

Blázquez, N. ( 2000 ) *Bioética Fundamental*. Madrid. Biblioteca Autores cristianos. Don Ramón de la Cruz.

Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid. Ed. Thomson Editores Spain Paraninfo, S.A.

Briones, G. (1989). *Modelos y técnicas avanzadas de investigación aplicadas a la educación y a las ciencias sociales*. Bogotá. ICFES Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior

Buber, M. (1998). *Yo y Tu*. Madrid. Ed. Caparrós.

Córdoba, R. (2003). *Revista Persona y Bioética, año 7 # 18*. Colombia. Ed. Universidad de la Sabana.

Cortes, G. (1999). *La ética en la investigación Biomédica*. Colombia. Ed. Universidad de la Sabana.

Cowman, S. (1993). *Triangulation: a means of reconciliation in nursing research*. Ed. Journal of Advanced Nursing;

Denzin, N. (1998). *Strategies of Multiple Triangulation*. The Research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methods.

Fabry, J. (2001). *Señales del camino hacia el sentido* Ed. FCE



Fernández, S. (1998). *Tribunal Nacional de Ética Médica*. “Ética y responsabilidad en Medicina”. Colombia. Giro Editores Ltm.

Fránaga, O. (2000). *Ética para profesionales, Introducción a la Psicoética*. Bilbao. Ed. Desclée De Brouwer.

Frankl, V. (1988). *La voluntad del sentido*. Barcelona. Ed. Herder.

Frankl, V. (1934). *El hombre en busca del sentido*. Barcelona. Ed. Herder

Gamboa, G. (1998). *Revista Persona y Bioética, año 2 # 5*. Colombia. Ed. Universidad de la Sabana.

García, P. (1995). *Víctor Emil Frankl: La humanidad posible*. (1° Ed.) Buenos Aires: Editorial Almagesto.

Gerald, D. (2000). *Psicología de la conducta anormal*. México. Ed. Limusa, S.A de C.V grupo Noriega, Balderas 95.

Gispert, J. (2001). *Conceptos en Bioética y responsabilidad Médica*. México. Ed. Manual Moderno.

Granados, T. (1999). *Revista Persona y Bioética, año 2 # 6*. Colombia. Ed. Universidad de la Sabana.

Hernández, J. (2002). *Bioética General*. México. Ed. Manual Moderno

Jaspers, K. (1980). *Filosofía de la Existencia*. Buenos Aires. Ed. Aguilar

Kerlinger & Lee. (2002). *Investigación del comportamiento*. México. Ed. McGraw-Hill.

Kimchi, J. Polivka, B. Stevenson, J. (1991). *Triangulation: Operational Definitions. Methodology Corner. Rev. Nursing Research; 1991; 40 (6)*.

Lavados, M. (1997). *Ética Clínica: Fundamentos y aplicaciones*. Santiago de Chile. Ed. Universidad Católica de Chile

León, F. (1997). *Revista Persona y Bioética, año 1 # 1*. Colombia. Ed. Universidad de la Sabana.

Martínez, M. (1998). *La Psicología Humanista*. México. Ed. Trillas.

May, R. (2000). *La Psicología Existencial de Rollo May*. Barranquilla. Ediciones Uninorte.

Oro, O. (1998). *Psicología Preventiva*. Buenos Aires. Ed. Fundación Argentina de Logoterapia Víctor Emil Frankl.

Pourtois, J. & Desmet, H. (1992). *Epistemología e Instrumentación en Ciencias Humanas*. Barcelona. Ed Herder

Quitman, H. (1989) *Psicología Humanística*. Barcelona. Ed. Herder.

Saetre, J. (1980). *Verdad y Existencia*. Barcelona. Ed. Paidós

Scheler, M (1971). *El puesto del hombre en el Cosmos*. Buenos Aires. Ed. Losada

## **APENDICES**

## Apéndice A

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN

Zipaquirá (Cundinamarca), \_\_\_\_\_ de 2004.

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con la c.c  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Accedo voluntariamente a participar  
en la investigación del trabajo de grado: *Aspectos éticos del consentimiento informado  
en medicina y psicología: Una resignificación de la comprensión del paciente desde el  
enfoque existencial humanista*, realizado por estudiantes de Décimo semestre de la  
Facultad de Psicología de la Universidad de la Sabana.

He recibido una explicación completa de los objetivos y propósitos de la  
investigación; también se me informó de mi derecho de poder desistir en cualquier  
momento del proceso si así lo deseo; de igual manera se enfatizó en la confidencialidad  
de la información y los resultados serán conocidos sí es de mi interés.

Firmas:

\_\_\_\_\_

**Participante**

\_\_\_\_\_  
**Observadora Nivel 1**

\_\_\_\_\_  
**Observadora Nivel 2**

\_\_\_\_\_  
**Observadora Nivel 3**

**Apéndice B**

## Matriz de Integración de la Información de la Entrevista

<b>Categoría</b>	Información Relevante
<b>Consentimiento Informado</b>	<p>Requisito ético y legal, exigido en las instituciones de salud, se entiende como el proceso por el cual el paciente o sus allegados responsables, aceptan voluntariamente el acto médico o psicológico propuesto, teniendo como base la información verás dada por el profesional a cerca de la enfermedad, sus opciones diagnósticas y los posibles tratamientos, junto con sus posibles riesgos y beneficios.</p>
<b>Paciente/ Persona Humana</b>	<p>Persona que requiere atención médica o psicológica dentro del contexto mismo de la salud y hospitalario.</p> <p>Ser único, irrepitible, e irremplazable, llamado a la libertad y a responder ante si mismo, algo o alguien guiado por una voluntad de sentido hacia el descubrimiento del significado de su vida y a la autotranscendencia, la persona no admite subdivisión alguna porque es una unidad, se manifiesta a través de diferentes aspecto como lo son: el biológico, psicológico, social y espiritual.</p>
<b>Relación Profesional-paciente</b>	<p>Interacción terapéutica basada en la ética profesional y en el respeto mutuo. Es una forma especial de relación entre una persona enferma, quien acude motivada por su estado de salud y otra con capacidad de curar y sanar.</p>

<b>Experiencia Fenoménica</b>	Es conocer el tipo de experiencia subjetiva de los pacientes en términos de ideas, sentimientos y acciones que han vivido en el proceso del Consentimiento Informado.
-------------------------------	---

## Apéndice C

### ASPECTOS ÉTICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA Y PSICOLOGÍA, UNA RESIGNIFICACIÓN DE LA COMPRENSIÓN DEL PACIENTE DESDE EL ENFOQUE EXISTENCIAL-HUMANISTA.

#### ENTREVISTA PARA EL PACIENTE / FAMILIAR

1. Explique con sus palabras para que tratamiento (médico/psicológico) se diligenció el formato presentado por el profesional de la salud?
2. Narre detalladamente en que consistió el proceso realizado junto con el profesional de la salud?
3. Desde su punto de vista comente cómo fue la actitud del profesional de la salud frente al diligenciamiento del consentimiento informado?
4. Qué recursos empleó el profesional de la salud para que usted comprendiera el tratamiento que se le realizará?
5. Entendió el objetivo y los propósitos de diligenciar el consentimiento informado?
6. Comente con sus palabras como fue la interacción que el profesional le brindó a usted como persona humana?

## **Apéndice D**

### **ASPECTOS ÉTICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA Y PSICOLOGÍA, UNA RESIGNIFICACIÓN DE LA COMPRESIÓN DEL PACIENTE DESDE EL ENFOQUE EXISTENCIAL-HUMANISTA.**

#### **ENTREVISTA PARA EL PROFESIONAL DE LA SALUD**

1. Explique detalladamente para que tratamiento médico / psicológico se diligenció el consentimiento informado?
2. Narre fielmente cómo fue el proceso de aplicación del consentimiento informado?
3. Comente desde su juicio profesional cómo fue la actitud del paciente frente al diligenciamiento del consentimiento informado?
4. Explique puntualmente cómo logra usted como profesional de la salud que el paciente comprenda lo estipulado en el consentimiento informado?
5. Describa cuál es el concepto que usted tiene acerca de la comprensión del paciente como persona humana?