



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Galindo Barón, J; Fuquene Arias, DJ. Sentido y significado del consentimiento informado en la relación de cuidado Enfermera-Usuario-Familia. Biblioteca Lascasas, 2007; 3 (1).

Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0196.php>

**SENTIDO Y SIGNIFICADO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA
RELACIÓN DE CUIDADO ENFERMERA-USUARIO-FAMILIA**

JAZMIDT GALINDO BARÓN

DEICY JOHANNA FUQUENE ARIAS

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TUNJA

Septiembre, 2006

**SENTIDO Y SIGNIFICADO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA
RELACIÓN DE CUIDADO ENFERMERA-USUARIO-FAMILIA**

**JAZMIDT GALINDO BARÓN
DEICY JOHANNA FUQUENE ARIAS**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de:
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Directora:
Enf. MgSp, MARIA NUBIA ROMERO BALLÉN
Diplomada en Investigación cualitativa

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
TUNJA
Septiembre, 2006**

CONTEXTOS DEL PROYECTO

MACROPROYECTO

EL CUIDADO DE ENFERMERÍA ENTRE EXCLUSIONES Y RESISTENCIAS

ÁREA DE INVESTIGACIÓN

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA SALUD Y EN LA ENFERMEDAD.

GRUPO DE INVESTIGACIÓN

EXCLUSIONES Y RESISTENCIAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD. RECONOCIDO EN COLCIENCIAS

INTEGRANTES DEL SEMILLERO

BSIXQUA-SUN

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

CUIDADO EN LA ADVERSIDAD

INVESTIGADORAS

DEICY JOHANNA FÚQUENE ARIAS

JAZMIDT GALINDO BARÓN

DIRECTORA

Enf, Magíster MARIA NUBIA ROMERO BALLÉN

Docente Titular. Escuela de Enfermería – UPTC.

Diplomada en Investigación Cualitativa

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

La profesora MARIA NUBIA ROMERO BALLÉN por su gran trabajo como asesora y por su apoyo incondicional como docente y en especial como amiga.

La profesora ELISABETH MURRAIN K. quien contribuyó con valiosos aportes para el desarrollo de este trabajo.

La profesora MARTHA RIVERO, por su interés constante y los aportes realizados.

La HERMANA MARIA CECILIA GAITÁN, por sus aportes conceptuales que contribuyeron a fortalecer la presente investigación.

A las profesionales que laboran en la ESE Hospital San Rafael, por su participación y hacer posible la investigación.

Y a todas aquellas personas que estuvieron en esta etapa de nuestra vida y contribuyeron de una u otra forma con el desarrollo de este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	
1. TITULO	1
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
4. JUSTIFICACION	6
5. OBJETIVOS	10
5.1 GENERAL	
5.2 ESPECÍFICOS	
6. MARCO CONCEPTUAL	11
6.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	11
6.2. ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	16
6.3 CONCEPTOS INDUCTIVOS	20
6.3.1. Información suficiente (La suficiencia del C.I entre razones, explicaciones, contextos e interacción)	20
6.3.2 Información adecuada (Lo adecuado del C.I. entre beneficios, consecuencias y satisfacción del usuario)	20
6.3.3. Información oportuna (Oportuno del C.I. previo al acto de cuidado)	20
7. DISEÑO METODOLÓGICO	21
7.1 TIPO DE ESTUDIO, ENFOQUE Y METODO	21
7.2 INSTRUMENTOS UTILIZADOS	23

7.3 PARTICIPANTES	23
7.3.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES	24
7.3.2 CARACTERÍSTICAS DEL ESPACIO	24
7.4 METODOLOGÍA	25
7.4.1 UNIDAD DE ANÁLISIS	30
7.4.2 UNIDAD DE TRABAJO	30
8. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN	32
9. DESCRIPCIÓN Y ORDENAMIENTO CONCEPTUAL	33
9.1 LA PRAXIS DEL “CUIDADO” MINIMIZA LA IMPORTANCIA EN LA REALIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.	36
9.1.1 El tiempo como disociador entre lo real y lo ideal en el Consentimiento informado.	37
9.1.2 Deficiencia en el proceso educativo enfermera-usuario-familia en el acto comunicativo.	45
9.1.3 Exclusión del sujeto de cuidado y/o familia en el acto comunicativo.	60
9.1.4 Impotencia del sujeto de cuidado o de su familia frente a la necesidad de conocer la situación actual de salud	66
9.1.5 Autonomía restrictiva para el usuario.	75
9.2 RELACIÓN DIALÓGICA ENFERMERA–USUARIO–FAMILIA	79
10. CONCLUSIONES	86
11. RECOMENDACIONES	88
12. BIBLIOGRAFÍA	89
ANEXOS	

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado de usuario hospitalizado y / o Familia.

ANEXO 2. Consentimiento Informado al profesional de enfermería.

ANEXO 3. Entrevista semiestructurada para usuario hospitalizado.

ANEXO 4. Entrevista semiestructurada para familiar de usuario hospitalizado.

ANEXO 5. Entrevista semiestructurada para profesional de enfermería.

ANEXO 6. Esquema de diario de campo.

ANEXO 7. Esquema del proceso investigativo.

ANEXO 8. Cuadro axial de categorías.

GLOSARIO

CT1: Las letras **C** y **T** en mayúsculas indican la categoría emergente en los datos de la investigación. El uno (1) indica el número y la secuencia de las categorías.

CATEGORÍA: Es la relación de conceptos que permite significar lo que el sujeto expresa. Es pieza clave del emergente contextual de la investigación y esta soportado por la densidad de los códigos interpretativos que la sustentan.

CI.: Las letras del abecedario en mayúsculas indican las palabras **Consentimiento Informado**.

CI 1: Las letras CI en mayúscula, indica el código interpretativo al que pertenecen los diferentes códigos sustantivos o in vivos que surgieron del proceso de decodificación y recodificación. Están dados por una secuencia numérica que permiten denotar el número de códigos interpretativos emergentes en la investigación

CODIFICAR: Es el proceso que convierte las ideas del comunicador en un conjunto sistemático de símbolos, en un idioma que exprese el objetivo que se persigue. (Fiske, 1982). Tesch considera la codificación como la manera de encontrar nuevos contextos para visualizar y analizar datos.

CODIFICACIÓN ABIERTA: Es la agrupación que se realiza de los códigos in vivos que están significando lo mismo sin tener en cuenta si provienen de diversas fuentes.

CODIFICACIÓN AXIAL: Es la relación de datos a los que previamente agrupados se les da una interpretación sin salirse del contexto y el significado que le da el sujeto a esos datos.

CÓDIGO: Son principios organizadores que permiten al investigador analizar,

sistematizar y organizar los datos emergentes de la investigación. Se pueden utilizar letras del abecedario, números romanos u otras combinaciones.

CÓDIGO INTERPRETATIVO: Es un concepto que surge a partir de la interpretación de lo que los sujetos de estudio expresan (códigos in vivos) sin cambiar el sentido que para él tiene.

CÓDIGO SUSTANTIVO O IN VIVO: Son los que derivan de los términos y el lenguaje empleado por los actores sociales en el campo o en el curso de las entrevistas.

DI(a): La letra **D** denota la descripción ya sea de las actitudes y comportamientos del profesional de enfermería como del usuario y/o familia frente al consentimiento informado. El uno romano (**I**), hace referencia al número de descripciones que se realizaron durante la investigación. La letra del abecedario en minúscula (**a**), indica la serie de códigos emergentes de la observación realizada, éstos van hasta completar las (28) letras del abecedario y en caso de necesidad se repite la letra siguiendo el orden y la secuencia de la misma. Ejm: (**aa**), (**aaa**).

DECODIFICAR: Es el proceso de interpretación y análisis detallada de cada uno los códigos (mensaje) emitidos, requiere además de la comprensión del contexto en el que se desarrolla el acto comunicativo y el sentido del hablante. Significa en otros términos, separar los segmentos sacados de los datos de su contexto original, al mismo tiempo que se retiene el significado.

DIAGRAMA: Son mecanismos que dibujan las relaciones de conceptos emergentes de las categorías y de los códigos interpretativos que le permiten al investigador analizar, reflexionar y comprender las relaciones categóricas del producto de la investigación.

DIARIO DE CAMPO: Es un registro minucioso de lo acontecido durante el desarrollo de la investigación.

E4P2(a). La letra **E** indica la entrevista que se realizó a los participantes de la investigación. El cuatro (**4**), corresponde al número de entrevista que se realizó durante la investigación. La letra **P2** en mayúscula indica la pregunta número 2 que se le hizo al participante en la investigación. La letra en minúscula (**a**) denota la serie del código emergente de la entrevista obtenida, éstos van hasta completar las (28) letras del abecedario y en dado caso se repite la letra siguiendo el orden y la secuencia de la misma. Ejm: (**aa**), (**aaa**).

MA-0.1 E1-P7: Las letras mayúsculas **MA** corresponden al Memorando Analítico que se realizó durante la presente investigación como producto del análisis de las reflexiones de los datos hallados. El número 0.1 corresponde al serial de los memos analíticos elaborados. El código **E1-P7** corresponde a dato que se obtuvo a partir de la entrevista numero 1.

MD-0.2–DI(f): Las letras en mayúsculas **MD** denotan los memorandos descriptivos que surgen cuando se analiza o se quiere aclarar un aspecto relevante de los códigos emergentes que no se deben dejar pasar por alto. El número **0.2** corresponde al serial del memo descriptivo, el cual es consecutivo según la cantidad de memos que surjan. El código **DI(f)** corresponde al sitio en el que se ubica el fragmento donde se hace el análisis o descripción.

MEMORANDOS: Son registros escritos que le permiten al investigador servir de ayuda para recordar algo, también como fuente de información y a su vez permiten el análisis de los códigos que surgen a lo largo de la investigación.

SCT1: Las letras del abecedario **SC** hacen relación a las subcategorías que surgieron a partir de la categoría emergente de los datos y está expresada en una secuencia numérica

SUBCATEGORÍA: Es un relación de conceptos emergentes sustentada por códigos interpretativos en donde se buscan similitudes y diferencias para llevar a formular una *categoría central*.

RESUMEN

La presente investigación realizada en la ESE Hospital San Rafael de Tunja, describe e interpreta a través de categorías emergentes el sentido y el significado que los profesionales de enfermería tienen frente a la práctica del consentimiento informado al momento de brindar cuidado, del mismo modo se describe la percepción que tienen los usuarios y la familia frente a éste tema; aportando de éste modo conceptualizaciones que ayuden a comprender e interpretar cómo es ese rol que maneja el profesional de enfermería al dar consentimiento informado en el área clínica. Además de ello busca comprender a partir de categorías preconcebidas el significado que tienen los profesionales participantes de la investigación de una información adecuada, suficiente y oportuna desde el consentimiento informado en enfermería.

Es una investigación cualitativa con enfoque histórico-hermenéutico y con un método de etnografía clásica, ya que busca la comprensión de la realidad desde el contexto en el que se desarrollan las acciones de cuidado a partir de la perspectiva *emic* y *etic* para así lograr la interpretación de los hechos que rodean esa practica de cuidado en el quehacer profesional con el sujeto y la familia.

Los instrumentos utilizados para el desarrollo de la presente investigación fueron el diario de campo en el que se registraron las descripciones, la observación participante de los momentos clave en que se realiza el acto de cuidado, entrevista semiestructurada previamente elaborada con los tópicos a desarrollar con los profesionales de enfermería, usuario, familia y los memorandos como ayuda analítica y conceptual durante el proceso de recolección de los hechos.

Contó con la participación de 5 profesionales de enfermería que laboran en la ESE HSRT, en dos de los servicios previamente seleccionados, además de los usuarios y familiar que se encontrarán al momento clave de la recolección de los datos.

Inicialmente se hicieron las descripciones de los hechos cuando el profesional de enfermería realiza un acto de cuidado directo con el usuario y/o familia para luego contrastar lo observado con las entrevistas y de este modo comprender las actitudes y comportamientos que acompaña las acciones de cuidado en cada uno de los sujetos participantes de la investigación.

Recogida la información se lleva a cabo el proceso de codificación abierta en el que se descontextualizan los datos sin apartarse de la realidad del otro tomando fragmentos "in vivo" es decir, expresiones del sujeto participante que orientan la investigación, para luego agrupar e interpretar los hechos teniendo en cuenta sus propiedades y dimensiones, proceso que recibe el nombre de codificación axial. A partir de los emergentes inductivos se realiza una reflexión de los mismos y a su vez se hace una confrontación conceptual que llevan la construcción y ordenamiento conceptual a partir de las relaciones categóricas.

Es así que emergen 2 categorías centrales, denominadas: *La praxis del "cuidado" minimiza la importancia del consentimiento informado y la relación dialógica enfermera-usuario-familia*. La primera sustentada por 5 subcategorías y la segunda por 4 códigos interpretativos. De ellas se puede destacar que el profesional de enfermería minimiza la importancia de la acción educativa dentro de su rol clínico al dar consentimiento informado pues la información que brinda al sujeto de cuidado y su familia está centrada en el hacer, resaltando que el tiempo es uno de los factores que influye a la hora de brindar consentimiento informado, debido a que las políticas hospitalarias alejan al profesional de enfermería de su verdadero rol, asignándole mayores funciones de tipo administrativo que en muchas ocasiones no le corresponden conllevando así que la autonomía que tiene el usuario sea restringida.

Sin embargo, se puede rescatar dentro de la investigación que pese a la adversidad por la que esta pasando el profesional de enfermería, existen momentos en el quehacer en el que se da una relación dialógica que

contribuye a fortalecer el consentimiento informado en la práctica del cuidado.

PALABRAS CLAVE: Consentimiento informado en enfermería, sentido, significado, cuidado, información adecuada, información suficiente, información oportuna.

1. TITULO

SENTIDO Y SIGNIFICADO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA RELACIÓN DE CUIDADO ENFERMERA-USUARIO-FAMILIA

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Durante la práctica clínica en el Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja, hemos observado que el consentimiento informado que se le brinda al usuario hospitalizado sobre los procedimientos que realiza el profesional de Enfermería (paso de sondas, curaciones, administración de medicamentos, entre otros), es incompleto y no es claro para que el usuario pueda hacer uso de su autonomía y aceptar o rechazar los procedimientos que se le realizan. El profesional de Enfermería en su rol asistencial debe brindar información sobre la situación salud-enfermedad al usuario y/o familia como lo cita el artículo 6 de la Ley 911 del 2004 en el que hace referencia: “El profesional de Enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, la familia, o a los grupos comunitarios previa realización de las intervenciones de cuidado de Enfermería, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de Enfermería”¹.

El cuidado de enfermería al usurario hospitalizado debería estar enfocado tanto a la preparación física, psicológica y emocional de los procedimientos que se le van a realizar durante su estancia hospitalaria puesto que la enfermera(o) es la persona que esta más en contacto con el usuario y de allí que la comunicación terapéutica sea otra de sus funciones como profesional del cuidado; entendiendo cuidado como: “Asistir a un individuo a interpretar su propia

¹ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 911 “Responsabilidad Deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia”.5 octubre del 2004. Artículo 6. p. 2

realidad; cuidar es la esencia de Enfermería, es su participación con el cliente en la determinación del sentido único que para él tiene la salud, enfermedad y muerte”².

De acuerdo con lo anterior, lo que hemos observado en nuestra práctica clínica en la ESE Hospital San Rafael de Tunja es que existe una escasa comunicación entre el personal profesional de Enfermería, los usuarios y familia, debido a que el profesional se limita a la técnica y tratamiento de una patología sin dialogar con la persona sobre su proceso salud-enfermedad, si bien es cierto, durante el intercambio de información enfermera-usuario se pueden encontrar barreras que dificultan el diálogo ya sea porque se desconocen los aspectos culturales o forma del lenguaje de los usuarios “que por su procedencia tienen un arraigo cultural marcado y creencias características del proceso salud-enfermedad y la comunicación no siempre es comprendida pues las expresiones científico técnicas suenan raras y desconocidas él”³; por tanto, es importante al momento de la comunicación enfermera-usuario realizar una retroalimentación de la información para así llegar a aclarar las dudas que surjan durante su estancia hospitalaria y verificar el grado de autonomía, aceptación o rechazo a los procedimientos.

A pesar de que surgen inquietudes, miedos y temores por parte del individuo por su condición física o estado emocional, por desconocer los múltiples procedimientos a los cuales está sometido y por el tratamiento a seguir, “el consentimiento informado es un medio que ayudará a disminuir el estrés hospitalario y con ello lograr una recuperación satisfactoria”⁴; hecho que favorece el acto de cuidado de enfermería entendido como: “el ser y esencia del ejercicio de la profesión, se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de Enfermería y el ser humano,

² DURAN, de Villalobos María Mercedes. Cuidados Básicos de Enfermería. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. 1993. p. 5

³ FONSECA, Myriam, CABEZA Janethe. Derecho a la información de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital San Rafael de Tunja. 1996. Trabajo de grado. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. UPTC.

⁴ BRUNNER y SUDDARTH, Enfermería Medicoquirúrgica. Vol. 1. 9 edición. Méjico. McGraw Hill. Enero 2002. p. 362,363

sujeto de cuidado, la familia o grupo social”⁵.

Por lo anterior, es importante que el profesional de enfermería brinde un espacio para la entrevista aclarando dudas y resolviendo interrogantes que de ellos puedan surgir, basados en el código de ética de Enfermería que en el capítulo 3 de Responsabilidades de la enfermera con las personas que reciben sus cuidados, afirma: **“Dar información adecuada, suficiente y oportuna** (resaltado nuestro) a las personas, familia y comunidad de acuerdo a sus necesidades, solicitud y capacidad de comprensión para: conocer su situación de salud y tratamiento, asegurar el ejercicio de su autonomía y **obtener el consentimiento informado** (resaltado nuestro) para los procedimientos diagnóstico y tratamiento, **cuidado** (resaltado nuestro) e investigación”⁶.

De acuerdo con lo anterior y teniendo en cuenta que el consentimiento informado es un derecho del *enfermo* como lo nombra el “Decálogo de derechos y deberes del usuario adoptado por la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja” en su numeral 2, en el que dice que el usuario tiene derecho a “disfrutar de una buena comunicación con el médico y el personal de salud como también a consentir o rechazar cualquier procedimiento previo informado a él, sus familiares o su representante legal en caso de inconciencia o minoría de edad”⁷. La Constitución Política de Colombia de 1991 también hace referencia en su artículo 20: “Toda persona se le debe garantizar el derecho a recibir información veraz e imparcial”⁸; de allí que vemos la necesidad comprender, mediante la descripción e interpretación, cómo se ejerce el rol profesional de Enfermería frente al consentimiento informado con los usuarios hospitalizados y su familia en la ESE Hospital San Rafael de Tunja.

⁵ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 911 “Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia”. 5 de octubre del 2004. Artículo 3º. p. 2.

⁶ CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMERÍA. Responsabilidades Éticas del Profesional de Enfermería. Capítulo III. p. 10-11

⁷ DECÁLOGO DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE. Documento adaptado por Departamento de Enfermería Hospital San Rafael, Instituto Técnico de Colombia, Norsalud. Tunja 2004. Fotocopia.

⁸ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Artículo 20. 1991. p. 9

Por otro lado, existen desde 1994 algunas evidencias productos de investigaciones de tipo *cuantitativo* realizadas por estudiantes de enfermería de la UPTC con profesionales de este gremio que laboran con la ESE Hospital San Rafael de Tunja, en las que se interrogan sobre la importancia de que las enfermeras y enfermeros otorgan al consentimiento informado. Algunas de las conclusiones de estas investigaciones son:

“El principio de consentimiento informado que debe brindar el profesional de enfermería no se encuentra de manera explícita en los protocolos de la institución”⁹; “Los profesionales que laboran en el servicio de Medicina Interna de la ESE Hospital San Rafael de Tunja no hacen uso del consentimiento informado en el cuidado que brindan a los pacientes, además se da a conocer que no se tiene en cuenta la autonomía como derecho de los pacientes hospitalizados”¹⁰, “El maltrato tanto físico como psicológico se observa en todos los cuidados, pero es importante destacar que el mayor nivel de maltrato se da en las esferas psicológicas por faltas en el consentimiento informado, lo que demuestra una gran deficiencia en el manejo de la información lo que redundo en un desconocimiento del derecho de autonomía del paciente”¹¹. “Los profesionales de enfermería de la UPTC mostraron marcadas deficiencias con relación a los conocimientos teórico-prácticos sobre consentimiento informado lo cual se ve reflejado en la aplicación de éste principio ético”¹²,

En esta revisión bibliográfica se encontró que el centro de estas investigaciones era evidenciar si existía o no conocimiento por parte de los profesionales de enfermería sobre el consentimiento informado, y de igual

⁹ DELGADO, Mayut y SIUTA Esperanza. El Consentimiento Informado en el Cuidado de Enfermería dado a la Mujer en el Servicio de Ginecoobstetricia. Tunja. 1994. Trabajo de grado. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. UPTC.

¹⁰ MARIÑO, Ana. Derecho a la información a los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja. 1996. Trabajo de grado. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. UPTC.

¹¹ CRUZ, Pilar y BARBOSA Giomar. ¿Pueden existir malos tratos en el cuidado de enfermería. 1997. p. 96-99. Monografía. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. UPTC.

¹² FLECHAS, Fabiola. Conocimientos teórico-prácticos respecto a la aplicación del principio del consentimiento informado por parte de los profesionales de Enfermería de la UPTC. Tunja. 2001. p. 75-77. Trabajo de grado. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería.

forma, si éste se llevaba a cabo durante los procedimientos que realizaba el profesional al momento de brindar cuidado. Con este conocimiento previo sobre lo investigado en este campo nos dimos a la tarea de realizar una prueba preliminar en el servicio de neurología en la que se pudo observar que las conclusiones de las investigaciones seguían vigentes tales como: la ausencia de protocolos que indiquen la función del profesional de enfermería frente al consentimiento informado; la poca disponibilidad de tiempo que tiene el profesional de enfermería para brindar información a los usuarios hospitalizados y su familia durante los procedimientos de cuidado que brinda, entre muchos otros.

Por estas razones, vemos la necesidad de abordar el tema del consentimiento informado desde una postura comprensiva que nos pudiera aportar, desde el mundo de las y los profesionales de enfermería, explicaciones del *por qué* persisten estas ausencias dentro del rol como profesionales de enfermería el brindar una información eficiente, adecuada y oportuna a los usuarios hospitalizados. Además, *comprender* las causas, motivos o las circunstancias por las que el profesional “no brinda consentimiento informado”, según las conclusiones de las investigaciones realizadas.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocer, describir e interpretar cómo es la práctica cotidiana del profesional de enfermería en el manejo del consentimiento informado, inmerso en las condiciones de orden profesional, institucional y laboral, con el usuario hospitalizado y su familia, y a su vez comprender el sentido y significado que tiene el tema en cada uno y una de las partes involucradas.

4. JUSTIFICACIÓN

Se sabe que el respeto de los derechos humanos tales como el respeto a la vida, a la dignidad humana y el derecho del ser humano a hacer uso de su autonomía, constituyen responsabilidades para el ejercicio de la profesión de Enfermería como lo define el artículo 10 de la Ley 911 del 2004: “El profesional de Enfermería, dentro de las prácticas de cuidado, debe abogar por que se respeten los derechos de los seres humanos, especialmente de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía (...) el acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la profesión (...) (...) se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno”.¹³

Conocer la información sobre la situación salud-enfermedad por la cual esta pasando un individuo sujeto de cuidado es esencial para una satisfactoria recuperación y contribuye a garantizar un cuidado de calidad a quienes reciben nuestros servicios, además, se permite al usuario participar en la toma de decisiones, partiendo de que el consentimiento informado es el medio más eficaz para permitir la libre escogencia, midiendo riesgo-beneficio de nuestros usuarios sujeto de cuidado, previa información *suficiente, adecuada y oportuna*.

Tomando como referencia lo que afirma la ley 266 de 1996 en los principios que rigen nuestra práctica dice: “La integralidad y dialogicidad hacen parte del derecho a la dignidad humana, estos principios van orientados hacia la persona, familia y comunidad dentro de sus dimensiones física, social, mental y espiritual; en donde la interrelación enfermera-paciente, familia, comunidad es esencial para que el proceso de cuidado asegure una comunicación efectiva, respetuosa basada en las relaciones interpersonales simétricas que vayan

¹³ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 911. “Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia”. 5 octubre del 2004. Capitulo II. p. 1

acorde con las necesidades y expectativas del cuidado”¹⁴ y teniendo en cuenta la ley 911, el profesional de enfermería debe atender las solicitudes del sujeto de cuidado que sean ética y legalmente procedentes dentro del campo de su competencia profesional, por tanto, el profesional debe durante el proceso de cuidado proteger el derecho de la persona a la comunicación y de este modo velar por que sus inquietudes acerca de su proceso salud-enfermedad, sean resueltas.

Además, se hace necesario que “la actitud del profesional de enfermería con el sujeto de cuidado sea de apoyo, prudencia y de una adecuada comunicación e información”¹⁵ en todos los procedimientos e intervenciones que le tenga que realizar, además de respetar a los individuos como personas libres dentro de sus dimensiones, valores y convicciones personales para la toma de sus propias decisiones. Sabemos que dentro del ejercicio como profesionales de enfermería el reconocimiento de la autonomía al usuario se da ética y jurídicamente, con respeto a la integridad de la persona, a los derechos y con el consentimiento informado en el que se constata si el usuario comprende la información al momento de aceptar o rechazar los cuidados o intervenciones de enfermería. El Código de Ética de Enfermería, en el principio de autonomía refiere que “a través del consentimiento informado se protege y se hace efectiva la autonomía del paciente. El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial en el cuidado de enfermería, supera el paternalismo y la heteronomía”¹⁶.

Por otra parte, se sabe que dentro de la formación del futuro profesional importan, no sólo los conocimientos y las habilidades, sino también las actitudes y los valores; se instruye a la futura (o) Enfermera(o) para que dentro de la cultura organizacional en el que se desenvuelve el profesional brinde

¹⁴ ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA-ANEC. Reglamentación de la profesión de enfermería en Colombia. Capítulo I. Ley 266 enero 25 de 1996. p. 6

¹⁵ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 911. “Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia”. Octubre 5 del 2004. Artículo 14. p. 3

¹⁶ CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMERÍA. Guía para el desempeño del profesional de enfermería. Capítulo II. p. 13

información a los usuarios y/o familia sobre todos los procedimientos a realizar para garantizar la eficiencia y efectividad dentro de los procesos de cuidado garantizando de éste modo el derecho de autonomía al usuario hospitalizado. Sin embargo, se ha observado que el profesional de Enfermería durante su ejercicio laboral muestra marcadas deficiencias en cuanto a éste aspecto, ya que estos hacen parte del cuidado integral que se le brinda al usuario y el cual esta respaldado por un conocimiento científico-técnico en donde: “el cuidado debe realizarse con conciencia, fluidez y sensibilidad apoyando a la persona en un encuentro único que facilite una comunicación agradable y que responda a las necesidades del paciente”¹⁷ que va ha ser sometido a procedimientos tanto invasivos como no invasivos por parte de los profesionales de la salud y en este caso el profesional de enfermería.

Por todos los argumentos anteriores, se justifica la presente investigación que tiene como interés particular aportar conceptualizaciones que nos ayuden a *comprender e interpretar cómo es ese rol que maneja el profesional de Enfermería frente al consentimiento informado con los usuarios hospitalizados y su familia en el contexto de las actuales relaciones laborales y con la nueva ley 911 del 2004 que hace referencia a las responsabilidades deontológicas para el ejercicio de la profesión. Es interés, también, desentrañar el verdadero significado que tienen para enfermeras y enfermeros el consentimiento informado, además de generar un conocimiento que emerja desde el punto de vista de los actores participantes de la investigación, que involucra, además, a los usuarios hospitalizados y su familia.*

La investigación a demás de comprender las actitudes y comportamientos de los profesionales de enfermería frente al consentimiento informado con los usuarios hospitalizados y su familia, busca generar conocimiento desde los actores participantes y fortalecer las capacidades de los profesionales de Enfermería durante su desempeño humanístico y laboral, además de brindar herramientas para que el cuidado de Enfermería a los pacientes sea *integral y*

¹⁷ DURAN DE VILLALOBOS. María Mercedes. Cuidados Básicos de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 1993. p. 6

eficiente.

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

Describir e interpretar a través de categorías emergentes la práctica que ejerce la enfermera frente al consentimiento informado con los usuarios hospitalizados en la ESE Hospital San Rafael de Tunja.

5.2 ESPECÍFICOS

1. Conocer cuál es el sentido y el significado del consentimiento informado que maneja el profesional de Enfermería dentro de su rol como cuidador.
2. Describir e interpretar los comportamientos que maneja el profesional de enfermería frente al usuario y su familia al brindar información sobre el proceso de salud-enfermedad.
3. Conocer e interpretar las condiciones de orden profesional y laboral que rodean el proceso de consentimiento informado en enfermería.
4. Conocer el tipo de autonomía que el usuario hospitalizado y su familia tienen al decidir sobre los cuidados que brinda el profesional de Enfermería.
5. Conocer el significado, que el profesional de enfermería tiene, de una información suficiente, adecuada y oportuna desde el consentimiento informado que ejerce.

6. MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual hace parte de la mirada **etic** que hace coherencia con el método etnográfico de la investigación como explicaciones científicas que ayudan a las investigadoras a explicitar las relaciones conceptuales a medida que avancemos en el proceso de descripción y análisis de categorías y subcategorías emergentes. Dos son las categorías deductivas que la investigación exploró y por tal razón son dos categorías que explicitaremos conceptualmente: Consentimiento informado y Rol del profesional de Enfermería. Además, surgen en el transcurso de la investigación los conceptos que los profesionales de enfermería, participantes de la misma, tienen sobre los términos deductivos de suficiente, adecuado y oportuno; que servirán como referencia para brindar un cuidado más humanizado.

6.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

“El consentimiento informado es un proceso gradual en el cual se da información veraz al paciente acerca de su estado de salud, de los diferentes procedimientos y técnicas que se le puedan realizar, explicándole los riesgos y beneficios de cada uno, para que él sea capaz de tomar sus propias decisiones y de participar activamente en todo lo relacionado con su diagnóstico y tratamiento”¹⁸. Tuvo su origen en la sentencia redactada por un juez en el caso Salgo, en 1957, en Norteamérica.

Según Páez Pinilla¹⁹, existen dos clases de consentimiento:

1. El consentimiento simple: se presenta cuando la información que se brinda es general y sencilla y el usuario permite y tolera un procedimiento, después de dárselo a conocer previa explicación de su finalidad. Este tipo de consentimiento se realiza frente a un familiar del usuario y es el que

¹⁸ PÁEZ Pinilla Nancy. Artículo. Consentimiento informado en enfermería: Persona y Bioética. Memorias II congreso. Universidad de la Sabana. Enero-Agosto 2000. p. 216

¹⁹ Ibid., p. 216, 217

diariamente aplica la enfermera gracias al permanente contacto que con ellos tiene; actualmente está respaldado legalmente por la ley 911 del 2004 en donde define la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia.

2. El consentimiento informado: es un proceso que conlleva siempre un documento escrito para cada acto o procedimiento invasivo que debe estar firmado por el usuario y por la persona que realiza el procedimiento. Por tanto, el rol del profesional de enfermería frente a éste consentimiento desde el punto de vista del Código de Ética es el de colaborar en su obtención verificando el grado de autonomía con que el usuario da el consentimiento, influencia de los familiares y allegados, capacidad del usuario para tomar decisiones, cantidad y calidad de la información e impacto de la información recibida.

Lamentablemente en nuestras experiencias prácticas observamos frecuentemente que se entrega la hoja del consentimiento informado para que el usuario la firme muchas veces sin dar una información adecuada sobre el procedimiento a realizar; y más triste aun, el profesional de enfermería no está presente durante este evento ni revisa que este firmado justificándose de que este acto es exclusivo del médico por el cual no ve la necesidad ni la importancia de participar en este proceso y sin tener en cuenta que “la responsabilidad, así mismo como el cuidado, describe una doble relación frente a sí mismo y a los otros. Ella articula el uno sobre el otro. Pero la dimensión ética de la responsabilidad, tan fuerte en el siglo XIX desaprecio al mismo tiempo que la noción se volvió jurídica. A causa de una evolución singular, la noción actual de responsabilidad llegó si no inmoral, al menos amoral: designa, desde el punto de vista de la víctima, lo que le permite descargarse sobre otro la carga de lo que le ocurre; y desde el punto de vista de lo que uno busca, es el medio precisamente, para evitar ser responsable. Paradójicamente, la responsabilidad es siempre asunto de los otros, lo que permite a cada uno nunca ser responsable. Mejor aún, la responsabilidad podría autorizar cometer actos moralmente reprobables: de ésta manera, se dice ‘responsable, pero no

culpable' “²⁰.

Según lo anterior y teniendo en cuenta la ley de Máximos adaptada por Acofaen en su capítulo III numeral 8, al hablar de las responsabilidades de la enfermera(o) con las personas que reciben sus servicios, deja claro que ella tiene el deber de dar o buscar información para el usuario sobre los procedimientos o tratamientos que reciba, y especialmente tiene el deber *ético* y *moral* de informar y solicitar permiso a sus usuario para cada uno de los cuidados y procedimientos que realice.

La información tomada como un derecho autónomo del usuario se debe dar a conocer en términos adecuados, comprensibles, y suficientes sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Con respecto al derecho de la autonomía del usuario el código de ética hace referencia a “respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus dimensiones emanantes de sus valores y convicciones personales”²¹. El hecho de que el individuo tenga acceso a la autonomía se ha convertido en una situación de controversia, como lo afirma Amparo Zapata Villa Docente Facultad de enfermería de la Universidad de Antioquia: “Existen dificultades para implementar el principio ético de autonomía en la relación con el usuario, igualmente para entender el sentido social que tienen los derechos de los pacientes”²². Por tanto, para dar el consentimiento al usuario se le debe dar la información suficiente, adecuada y oportuna para que éste pueda tomar una decisión o de otra forma se ha quitado el derecho de decidir al usuario. Es importante que el usuario entienda la información que está recibiendo tanto así que las palabras que se utilicen deben ser acordes con su nivel de lenguaje, por el contrario si el usuario no sabe leer, el profesional debe leer el consentimiento y en dado caso se debe dar al familiar para que se lo lea.

²⁰ Tomado de Francois Gagin. ¿Una ética en tiempos de crisis? Ensayos sobre estoicismo..Programa Editorial Facultad de Humanidades. Universidad del Valle-Colciencias. Mayo del 2003. p. 191.

²¹ ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE ENFERMERÍA-ASCOFAEN, Código de Ética. Guía para el desempeño del profesional de Enfermería. Colombia 1998.p

²² ZAPATA, Villa Amparo. Docente Facultad de enfermería. Universidad de Antioquia Enfermera Instituto de Seguro Sociales. Marzo del 2000. p. 12

Así mismo el Código de Ética de Enfermería en su capítulo III, nombra como responsabilidades del profesional de enfermería en cuanto al consentimiento informado:

“*Brindar cuidado de Enfermería integral, seguro, oportuno, humanizado y con equidad a la persona, familia y grupos de la comunidad, respetando su cultura, religión, raza, mitos, creencias y valores.

*Respetar y hacer respetar los derechos del usuario.

*Dar información adecuada, suficiente, y oportuna a la persona, familia y comunidad de acuerdo con sus necesidades, solicitud y capacidad de comprensión, para: Conocer su situación de salud y tratamiento, asegurar el ejercicio de su autonomía, obtener su consentimiento para los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, cuidado (resaltado nuestro) e investigación.

*Interpretar las diferentes formas de comunicación oral, escrita o actitudinal de la persona, familia y grupos de la comunidad, teniendo en cuenta su significado en la atención de su salud”²³.

Existen tres grupos de personas a los cuales no puede darse el consentimiento: personas que no son autónomas ni pueden otorgar la autorización, en primer lugar, los menores de edad, por lo que el consentimiento informado debe darse a los padres o en otro caso al adulto responsable del menor. En segundo lugar, las personas con incapacidad mental. Tercero, las personas inconcientes pero el consentimiento informado se da a los familiares más cercanos.

Por todo lo anterior, el profesional adquiere el compromiso y la responsabilidad de prestar un servicio que contribuya a satisfacer las necesidades de las personas como lo nombra el Código de Ética de allí que la sociedad se compromete a tener en cuenta las orientaciones del profesional para aceptar o rechazar dicho servicio, lo cual requiere información previa, completa y clara; es decir, el “consentimiento informado”; tanto así que el profesional de

²³ CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMERÍA. Guía para el desempeño del profesional de enfermería. Capítulo III. p. 10,11

enfermería debe ser cuidadoso en que la información dada al usuario sea completa, libre de perjuicios y adecuada a sus condiciones culturales.

Completa, significa que no deben omitirse datos que ayuden a tomar una decisión libre, libre de perjuicios, para no coaccionar al usuario. De allí que el reconocimiento de la autonomía del usuario se da ética y jurídicamente, con el respeto a la integridad de la persona, a los derechos del usuario hecho que se da a través de un diálogo sincero y abierto entre el profesional, usuario y su familia verificando si se comprende la información para que pueda aceptar o rechazar los cuidados o tratamientos que se le proporcionen ya que el consentimiento voluntario del sujeto es esencial en el cuidado de enfermería.

El consentimiento informado se considera jurídicamente legal ya que la Constitución Política de Colombia de 1991 consagra el principio de dignidad humana (artículo 1), además prohíbe los tratos crueles inhumanos o degradantes (artículo 11) y se establecen los principios de autodeterminación (artículo 16) y de libertad. (artículo 28).

Dentro del consentimiento informado se entiende que el usuario tiene derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permita obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que éste padece, así como los tratamientos y procedimientos que se le vayan a practicar y al pronóstico y riesgo que dicho tratamiento conlleva. También hace referencia a que él tiene derecho y sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad, a que consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia, ojala escrita, de su decisión.

Se puede concluir que el consentimiento informado depende en gran parte del derecho de la autonomía de la persona, tiene su base en la libertad que éste tiene de elección en los procedimientos que le realice el profesional de enfermería, pues lo que se busca es que el paciente pueda, estando

suficientemente informado, decidir o no sobre su condición de salud o la realización de una intervención que ponga en riesgo su estado integral. De igual forma el profesional de enfermería deberá como principio ético, legal y moral ante el usuario y su familia a brindar información clara, suficiente y oportuna que garantice la protección de la dignidad y la libertad de las personas sujetos de cuidado.

6.2 ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Para la sociedad la profesión la enfermería esta basada en un sistema de roles que se obtienen mediante la interacción con los individuos que reciben o perciben las conductas o comportamientos que reciben de éstos hacia ellos, por tanto, el concepto de rol es definido como: “la conducta que la sociedad espera del individuo que ocupa un status o posición dadas. El rol es un aspecto dinámico de una posición”²⁴. El concepto de rol es necesario para comprender las funciones que debe desempeñar el profesional de enfermería en determinado momento, por lo cual se entiende como: “un patrón de conductas aprendidas desempeñadas por un individuo en una situación particular”²⁵

Teniendo en cuenta la razón humana tan profunda que tiene la profesión al expresarla a través del rol del Cuidado de las personas y colectivos en su dimensión integral como seres únicos que a su vez responden interactuando con la enfermera(o), con el equipo de salud y con el entorno social en el que se desarrolla.

El rol se concibe a partir de la formación que cada individuo se hace de si mismo a lo largo de su preparación como profesional. Esa concepción de Enfermera(o) se desarrolla dentro de una relación continua enfermera(o)-usuario, familia o grupo que recibe cuidado debido al proceso de confianza que le caracteriza durante el acto de cuidado y que le permite conocer las

²⁴ JOANNE, E. Hall. Enfermería en Salud Comunitaria: un enfoque de sistemas. En : Bases conceptuales para intervenir con los sistemas humanos. OPS/OMS, 1990. p. 174.

²⁵ Ibíd., p. 21

necesidades de la persona, tanto aquellas causadas por su estado de salud o enfermedad que alteran el bienestar del usuario, como las situaciones que dificultan su recuperación y que involucran una intervención de enfermería. Los roles se aprenden a través de la interacción social a partir de un contexto en particular que guía la conducta a seguir, se trata de “un factor mediador entre la conducta individual y las presiones de los sistemas sociales y puede entenderse como un patrón de conductas aprendidas desempeñadas por un individuo en una situación particular”²⁶

El rol de la enfermera(o) “no es la función, es la expresión de la función”²⁷ que se da en términos de reciprocidad en pro de la obtención del beneficio mutuo apoyado en la necesidad de crear una identidad además de generar un espacio de comunicación en donde “la Enfermería está orientado a ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social, y a realizarlo dentro del contexto desafiante del medio en que viven y trabajan; para esto requiere enfermeras que desarrollen y realicen funciones que se relacionen con el fomento y mantenimiento de la salud, así como la prevención de la enfermedad”²⁸.

El rol de enfermería se da en diversos espacios en donde se desempeña y aunque sean iguales los roles, cada profesional tendrá el rasgo que lo identifique. Estos roles incluye la participación en la prestación del cuidado durante la educación, la enfermedad y la rehabilitación, que abarca los aspectos tanto físicos, mentales, sociales como los espirituales de la vida del individuo. La enfermera o enfermero aceptan la responsabilidad que esto conlleva y muestra la autoridad que se requiere al momento de dar cuidados de enfermería a los individuos, familias, grupos y comunidades; “la enfermera(o) es un profesional que ejerce de una forma autónoma la enfermería, y es la o el responsable del cuidado que ella administra, por tanto, la enfermera(o) es el eje

²⁶ *Ibíd.*, p. 22

²⁷ FRANCOISE, Colliere Marie. Promover la vida. Practica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. 1993. p. 13

²⁸ GUTIÉRREZ, María P. Características del rol en el profesional de Enfermería Intrahospitalario. 2000. p. 6

esencial en los cuidados de enfermería”²⁹.

Si bien es cierto, la enfermera(o) se desenvuelve en un espacio social y el rol determina el estatus que genera dentro del sistema al que pertenece, este rol no es estático, por el contrario es dinámico, se adapta a las condiciones culturales del momento, pues: “la concepción del rol del individuo está influida por la clase social, la ocupación, la cultura, las posiciones ocupadas”³⁰. De acuerdo con Hass, como lo referencia Joanne, E., existen cuatro dimensiones normativas del rol: “la tarea o actividad, la autoridad, la deferencia, y el afecto. La dimensión de tarea o de actividad señala qué debe hacer el individuo en un rol, la dimensión de autoridad se centra en cómo se toman las decisiones y el grado de autoridad que cada uno debe tener. La dimensión de deferencia especifica, el grado y la clase de conducta que debe manifestarse entre los actores del rol. La dimensión del afecto especifica, cómo deben sentirse entre sí los actores del rol”³¹ revise la cita.

Estos aspectos van inmersos en las características que maneja el profesional de enfermería durante el acto de cuidado; se sabe que el status y el rol están determinados por acciones y patrones que se manejan durante los procesos de cuidado. Es de vital importancia que el profesional asuma un rol que lo identifique y lo empodere para que le permita diferenciarse de otros durante el acto de cuidado y sea percibido por los usuarios y la familia por la calidad de la atención de enfermería que brinda.

Por otra parte, se ha observado que la enfermera ha ido asumiendo más responsabilidades por la toma de nuevos roles o tareas que las instituciones de salud imponen, situaciones que conllevan a la insuficiente calidad de la prestación del servicio y con ello a la desvirtuación del rol profesional y de la

²⁹ *Ibíd.*, p. 25

³⁰ JOANNE, E. Hall. *Enfermería en Salud Comunitaria: un enfoque de sistemas*. En : Bases conceptuales para intervenir con los sistemas humanos. OPS/OMS, 1990. p. 175, 176.

³¹ *Ibíd.*, p.176

verdadera esencia del cuidado en enfermería, como lo afirma Romero B³². Esta situación de adversidad, como la denomina, se hace necesario replantearla al valorar el rol que trae consigo brindar consentimiento informado a los usuarios que están bajo su responsabilidad reconociendo el tipo de obligaciones y responsabilidades éticas que el profesional de enfermería ha asumido históricamente y que hoy se han consagrado en la ley 911 del 2004.

6.3 CONCEPTOS INDUCTIVOS

6.3.1. INFORMACIÓN SUFICIENTE (La suficiencia del C.I. entre razones, explicaciones, contextos e interacción³³)

El consentimiento informado que brinda el profesional de enfermería debe ser amplio, que abarque las razones por las cuales se va a realizar el acto de cuidado, teniendo en cuenta las siguientes características: qué se va a hacer, para qué y cómo se va a hacer; dar una explicación partiendo de un consentimiento claro del procedimiento a través de un lenguaje sencillo acorde con el usuario a quien va dirigido que le permita entender y comprender las acciones realizadas por el profesional; para llevar a cabo lo anterior, se debe tener en cuenta el espacio donde se efectúa la interacción, entendiendo esta última como una relación dialógica enfermera-usuario.

6.3.2. INFORMACIÓN ADECUADA (Lo adecuado del C.I. entre beneficios, consecuencias y satisfacción del usuario³⁴)

Dentro de éste aspecto cabe resaltar que el profesional de enfermería al momento de dar consentimiento informado debe tener en cuenta que el usuario tenga conocimiento de por qué se realiza el acto de cuidado teniendo en cuenta los beneficios que va a obtener, de igual forma, las consecuencias a que está expuesto con el procedimiento obtenido de esta

³² María Nubia Romero B. "Los cuidados de enfermería en la adversidad". *Presencia* 2005 ene-jun; 1(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n1/11articulo.php>> [ISSN: 1885-0219]

³³ C.I. 4 Códigos in vivos: E2P10(pp), E6P9(mm), E6P11.1(qq), E4P9(bb), E4P9(cc), E2P10(pp), E2P10(ññ), E2P10(oo), E6P10(nn), E6P10(ññ).

³⁴ C.I. 5 Códigos in vivos: E6P11(oo), E6P11.1(pp), E4P11(hh).

manera una verdadera satisfacción del usuario por la información recibida.

6.3.3. INFORMACIÓN OPORTUNA (Oportuno del Consentimiento Informado previo al acto de cuidado³⁵)

El consentimiento informado que realice el profesional de enfermería debe ser previo a una acto de cuidado teniendo en cuenta los aspectos anteriormente nombrados.

³⁵ C.I. 6 Códigos in vivos: E6P12(rr), E4P12(ii).

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO, ENFOQUE Y MÉTODO

El presente trabajo es de tipo *cualitativo* cuya finalidad es la comprensión de la realidad en la que esta inmerso el profesional de enfermería. Su enfoque *histórico-hermenéutico* permite abordar el fenómeno laboral en el que se desenvuelve el profesional, mediante descripciones detalladas de situaciones, eventos, comportamientos y actitudes de la enfermera(o) al momento de brindar información sobre los procedimientos de cuidado y a partir de allí desentrañar el sentido y el significado que para él, los usuarios hospitalizados y su familia tienen al dar consentimiento informado.

El método utilizado fue *etnográfico*, pues como se trataba de hacer mirada desde la perspectiva *emic*, desde el adentro de los participantes, desde la “descripción de las gentes”³⁶, en este caso de las enfermeras en su rol asistencial, que comparten características similares en el acto de consentimiento informado con los usuarios y sus familias, pues comparten un proceso común que es la salud-enfermedad, un espacio que es la institucionalidad hospitalaria, unos deberes y obligaciones que subyacen en la éticas profesionales y sociales. Estas descripciones realizadas en los diferentes contextos en que se desarrolla el consentimiento informado es lo que garantiza comprender el comportamiento humano y los significados sociales de que está constituido este rol de enfermería y la percepción del usuario y la familia.

Esta investigación utilizó el criterio expresado por algunos antropólogos, según Boyle³⁷, en cuanto al uso del *emic* y el *etic*; para encontrar un sistema de significados que nos ayudaran a comprender el objeto de la investigación y

³⁶ Concepto clásico utilizado para definir qué es la etnografía. Ver Joyceen S. Boyle, “Estilos de etnografía” *En* : Janice M. Morse. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa, Facultad de enfermería Universidad de Antioquia, primera edición en español, junio 2003. p.187.

³⁷ *Ibíd.*, p.194

para ello la recolección de datos se hizo desde la perspectiva *emic*, de sus informantes, y luego, se le trató de dar sentido en términos de lo *emic* y lo *etic*, pero reconociendo el carácter de la investigación; el análisis final se hace mas desde la perspectiva *emic*.

El carácter *histórico-hermenéutico* de la investigación obliga además de la precisión del método, a que el enfoque, que para este caso como busca lo *etic* desde la *interpretación de los hechos* que rodean el consentimiento informado, sea claro, por lo tanto utilizamos el concepto de interpretación, como lo define Diego Villada: “para llegar a la interpretación de los fenómenos el *investigador* se involucra en las *experiencias* que tienen su base en las vivencias humanas, específicamente en el grupo comprometido en los hechos a *interpretar*. Estas relaciones se establecen a partir de la comunicación *dialógica, interactiva, intersubjetiva, participativa y bidireccional*, en donde se va construyendo el conocimiento profundo del fenómeno hasta lograr productos que den significado de lo que han sido, son y serán”³⁸. Anota Diego Villada que “las interpretaciones van desde explicar el sentido de una cosa, hasta darle sentido a palabras, actitudes y acciones”³⁹.

Por tanto, esta investigación tiene el fundamento de ser una construcción participativa, ya que los aspectos emergentes de la misma son extraídos y comprendidos desde la realidad y contexto del otro, determinada por la *etnografía clásica* en la que se realizan “observaciones de una comunidad que comparte una cultura común y en la que a lo largo del proceso se seleccionan varias personas para la realización de entrevistas las cuales influirán de manera relevante en el contenido resultante de la *etnografía*”⁴⁰. También se tuvo en cuenta un primer paso de la *etnografía interpretativa* en la que se

³⁸ VILLADA Diego. Artículo la hermenéutica y la investigación participativa como estrategia para el desarrollo educativo y comunitario. Revista Facultad de Enfermería. Universidad de Caldas. Fotocopia.

³⁹ *Ibíd.*, p.29

⁴⁰ Concepto clásico utilizado para definir qué es la *etnografía*. Ver Joyceen S. Boyle, “Estilos de *etnografía*” *En* : Janice M. Morse. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa, Facultad de enfermería Universidad de Antioquia, primera edición en español, junio 2003. p.225.

“conjeturan los significados”⁴¹ que por medio de las descripciones y entrevistas de los participantes emergen en la investigación.

7.2 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para el logro de los objetivos propuestos y teniendo lo anterior, se utilizaron los siguientes instrumentos que facilitaron la recolección de los datos y el análisis de los mismos para de este modo llegar a una descripción y ordenamiento conceptual a partir de los actores participantes de la investigación:

1. Observación participante: Actividades del profesional de enfermería dentro de su práctica laboral con los sujetos y/o familia al momento de brindar consentimiento informado al dar cuidado.
2. Entrevista semiestructurada: previamente elaborada, nos permitió comprender las actitudes y comportamientos del profesional de enfermería frente al consentimiento informado, de igual forma comprender las actitudes del usuario y/ o familia frente a la información dada por el profesional a través de su discurso. (ver anexos 3,4,5)
3. Diario de campo en el cual se registraron las respectivas descripciones de los hallazgos encontrados dentro de la realidad del sujeto participante de la investigación (ver anexo 6).
4. Memorandos que permitieron el registro de aclaraciones y recordatorios relevantes en el transcurso de la investigación. (ver anexo 7)

7.3 PARTICIPANTES

Los profesionales de enfermería que participaron en la presente investigación se encontraban desempeñando sus funciones de cuidado en la Empresa Social

⁴¹ Ibid, p.226

del Estado Hospital San Rafael de Tunja en los turnos de la mañana (7:00 am a 1:00 pm) y de la tarde (1:00 pm a 7:00 pm). Se tuvo en cuenta los usuarios hospitalizados y/o familiar que se encontraran en el momento de realizar la investigación. Su participación fue voluntaria previo consentimiento informado (ver anexo 2).

7.3.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

El 75% de los profesionales de enfermería corresponden al sexo femenino y el 25% al masculino, con una edad promedio entre 30-45 años, todos ellos egresados de la UPTC, con experiencia laboral de 20 años aproximadamente y el 75% con contrato laboral de planta (carrera administrativa) y el 25% con contrato indefinido.

Los usuarios hospitalizados correspondían a un 75% de sexo femenino y 25% masculino, edad promedio entre 30-50 años aproximadamente, procedentes del departamento de Boyacá y de Bogotá. Con baja escolaridad y hospitalizados por enfermedades crónicas y por accidente de tránsito.

Los Familiares de usuarios hospitalizados presentaban una edad de 35-40 años, siendo el 100% de sexo femenino, procedentes de Boyacá y representaban la mayor cercanía con el usuario.

7.3.3 CARACTERÍSTICAS DEL ESPACIO

La ESE Hospital San Rafael de Tunja, es un hospital de tercer nivel que recibe usuarios, en su mayoría, de las diferentes ARS del departamento de Boyacá. Cuenta con servicios como: Urgencias, UCI, Unidad de Recién Nacidos, salas de cirugía, Salas de partos, ginecoobstetricia, pediatría, ortopedia, neurología, medicina interna, quirúrgicas, entre otros. Tiene 200 camas aproximadamente para la atención de los usuarios.

En cuanto a la estructura física de los servicios de hospitalización cuentan con 15 habitaciones aproximadamente, un cuarto limpio o botiquín donde se realiza la preparación de los medicamentos, un cuarto contaminado que contiene los elementos de aseo de los usuarios además de contener las canecas para el reciclaje de basuras. Existe también la central de enfermería, cuarto para el personal de enfermería y tres baños de los cuales uno es para el personal de salud y los otros para los usuarios hombres y mujeres respectivamente.

El personal de enfermería, en promedio, que se observó durante la investigación fue:

- ❖ 1 Profesional de enfermería con funciones administrativas y asistenciales del servicio en los turnos de mañana, tardes y noches.
- ❖ 3 a 4 Auxiliares de enfermería con distribución de funciones asistenciales en el turno de la mañana y 3 auxiliares en el turno de la tarde y noche.

7.4 METODOLOGÍA

El presente estudio contó con una serie de momentos articulados que permitieron el logro y ajuste de los objetivos propuestos en la investigación. Este proceso contó con la aprobación de las directivas de la ESE HSRT entre las cuales está la enfermera encargada del Departamento de Coordinación e Internación del Hospital y las (los) profesionales de enfermería participantes en la investigación los cuales no se nombran por razones de confidencialidad.

La recolección de la información se realizó de manera discontinua, es decir, periodos cortos de observación, puesto que a medida que se obtenían los datos se descontextualizaban y si requería comprender y dar más sentido a la interpretación de los códigos sustantivos o in vivos hallados se regresaba al trabajo de campo para luego continuar con el proceso el cual conllevó un trabajo de campo aproximadamente de 4 meses (enero-abril 2006).

● PRIMER MOMENTO:

Inicialmente se utilizó la *observación participante* que permitió involucrarnos directamente en las acciones que realizaba el profesional de enfermería al momento de brindar cuidado en los servicios hospitalarios, abarcando la mayor parte de las horas que correspondían a los turnos de la mañana y tarde, ya que: “la etnografía es una descripción holística que requiere pasar una gran cantidad de tiempo recopilando datos que permitan crear una imagen global del grupo a estudiar”⁴² y a partir de esa inclusión en el que se desarrolla la práctica de enfermería llevamos a cabo varias *descripciones detalladas* (5 descripciones en total) de las actividades del profesional dentro del contexto laboral y de las entrevistas realizadas, siendo estas registradas en un *diario de campo* (ver anexo 6).

La observación participante fue elemento clave para el desarrollo de la investigación ya que le dio el sentido al trabajo de campo que llevamos a cabo y a su vez nos permitió el acercamiento con la población involucrada en el estudio para comprender de ésta manera las vivencias, la cultura y las “reglas” a las que están sujetos los profesionales de enfermería dentro de su quehacer. Estas descripciones nos permitieron recoger los aspectos más sobresalientes del consentimiento informado en enfermería captando de ésta manera los comportamientos, actitudes, percepciones y formas de comunicación verbal (tono de la voz, palabras empleadas, etc) y no verbal (expresiones con los ojos, las miradas, gestos, expresión facial, movimientos del cuerpo, etc) entre los actores participantes de la investigación: profesional de enfermería, sujeto de cuidado y/o familia.

Por otra parte y teniendo en cuenta que en el contexto de la investigación cualitativa, la entrevista abierta y personal es un instrumento útil para indagar un problema y comprenderlo tal como es conceptualizado e interpretado por los sujetos participantes sin imponer categorías preconcebidas, utilizamos la

⁴² BOYLE, Joyceen S. Asuntos Críticos en los métodos de la investigación cualitativa: estilos de etnografía. p. 190

modalidad de *entrevista semiestructurada conversacional* en la que previamente definimos una serie de tópicos relevantes para guiar nuestra investigación sin utilizar una guía que delimite la espontaneidad de la persona entrevistada, además, favoreció una comunicación más cercana y profunda con los sujetos participantes de la investigación. También, el hecho de entablar una conversación verbal directamente con la(s) persona(s) nos permitió conocer en detalle lo que piensa u opina sobre el tema a investigar. (ver anexo 3)

Para comprender mejor los comportamientos y el significado de lo que observamos realizamos entrevistas semiestructuradas a cada uno los sujetos de cuidado participantes de la observación (3 entrevistas en total) y/o al familiar que se encontraba en ese momento (2 entrevistas). Luego de darles a conocer el consentimiento informado (ver anexo 1) se procedió a formular las preguntas (ver anexo 3). Posteriormente, se realizó la entrevista semiestructurada al profesional de enfermería (3 entrevistas), previa firma del consentimiento informado, (ver anexo 2) involucrado en la descripción, para contrastar y reflexionar sobre los datos emergentes. (ver anexo 5).

● **SEGUNDO MOMENTO:**

Para la ejecución de este momento analítico denominado: descripción y ordenamiento conceptual se incluye los procesos de análisis e interpretación de los datos obtenidos. Este proceso incluyó la codificación abierta y axial, basadas en STRAUSS y CORBIN. Se retoman estos autores que definen la **Codificación abierta** como “el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones.”⁴³

1. Para realizar la codificación se inició por la transcripción y organización de los datos hallados o “datos brutos” de las descripciones, entrevistas de

⁴³ STRAUSS, Anselm. Corbin Juliet. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia, Medellín 2003. p.110

los usuarios y/o familia y profesionales de enfermería. Estas transcripciones se hicieron respetando el contexto y el lenguaje “nativo” de los participantes, al mismo tiempo se describía cada situación que sucediera como las expresiones no verbales de los sujetos, la forma de comunicación verbal y no verbal tratando de no omitir detalles que nos permitieran comprender la realidad en que emergieron los datos.

Para el proceso de organización se etiquetaron las entrevistas y descripciones, así:

- DI : Descripción uno
- E1: Entrevista uno

2. Codificación de los datos sustantivos o in vivo obtenidos de las descripciones y de las entrevistas a los usuarios y/o familia y profesionales de enfermería a partir de los objetivos propuestos, permitiendo reconocer las nuevas emergencias temáticas. Para poder sistematizar la información más fácilmente, le dimos a cada dato un código representado de la siguiente manera:

- DI (a): Descripción uno código in vivo a.

En el caso de la entrevista además del código in vivo se anexó el número de la pregunta de esta forma:

- E2P10 (ff): Entrevista dos, pregunta diez, código in vivo ff

❖ Total de Códigos sustantivos o in vivo emergentes de las descripciones y entrevistas: 364

3. Con lo anterior, agrupamos y seleccionamos los códigos in vivo extraídos de las descripciones y entrevistas realizadas para darle sentido y comprender el significado de cada palabra, gesto, mirada y cada acción desde lo inductivo, desde *lo que quiere decir el otro*: proceso de recontextualización (Tesch, 1990). Este proceso requirió de *rigurosidad* al momento de analizar los datos obtenidos de las

descripciones y las entrevistas, ya que nosotras las investigadoras debimos apartar las experiencias y conceptos propios para comprender puramente lo que el otro expresaba de manera verbal o no verbal sin alejarnos de un contexto y una dinámica propia del actor participante de la investigación. Esta selección de datos toma el nombre de códigos interpretativos, en donde se etiquetan, así:

➤ CI 36: Código interpretativo No 36

❖ Total de códigos interpretativos: 35

Codificación axial definida como “proceso de relacionar las categorías a subcategorías, denominado ‘axial’ porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones”⁴⁴

La agrupación de los códigos interpretativos a partir de la interpretación de los códigos in vivos, dan origen a otra de las etapas de la investigación cualitativa: la recontextualización y remodificación (Tesch, 1990) de los datos emergentes a través de la expresión de dos categorías centrales que surgen a partir de la comprensión y análisis descriptivo y conceptual de lo que los actores de la investigación quisieron decir a través de los códigos sustantivos. Los elementos emergentes de los datos inductivos llevaron a la reflexión de los mismos , a su vez a la confrontación conceptual y construcción de relaciones desde la realidad de los otros.

Una de las categorías obtenidas se desarrolla a través de 5 subcategorías que la sustentan dada la relación y asociación existente entre los conceptos emergentes. Están etiquetadas de la siguiente manera:

➤ C 1: Categoría uno

➤ SC 2: Subcategoría 2

❖ Total de Categorías: 2

⁴⁴ Ibid., p.134

- ❖ Total de Subcategorías: 5

Finalmente, se realiza la *descripción analítica y el ordenamiento conceptual* a partir de la interpretación de los datos emergentes. Por tanto, esta investigación tiene el fundamento de ser una construcción participativa, ya que los datos son extraídos de la realidad y contexto del otro generando conocimientos para resignificar el sentido de la profesión de la Enfermería.

Para la comprensión del análisis realizado debe tener en cuenta que:

- Las categorías se encuentran en letra mayúscula, cursiva y en negrilla.
- Las subcategorías se encuentran en negrilla y letra mayúsculas.
- Los códigos interpretativos se encuentran en letra minúscula, en cursiva y en negrilla.
- Las descripciones realizadas las encuentra en letra minúscula y cursiva
- Las respuestas de las entrevistas proporcionadas por los profesionales de enfermería, los usuarios y familiar, se encuentran entre comillas en letra minúscula.

7.4.1 UNIDAD DE ANÁLISIS

Sentido y significado del consentimiento informado en la relación de cuidado que existe entre el profesional de enfermería, usuario hospitalizado y/o familia.

7.4.2 UNIDAD DE TRABAJO

Para la realización de las observaciones se contó con la participación de:

- * 5 profesionales de enfermería.
- * 4 usuarios hospitalizados
- * 3 Familiares de usuarios hospitalizados.

Por otra parte, para llevar a cabo las entrevistas se tuvo en cuenta:

- * 3 profesionales de enfermería que hubieran sido participantes en las descripciones.

* 3 usuarios hospitalizados participantes de algunas de las descripciones realizadas.

* 2 familiares que tuvieron mayor contacto con el usuario hospitalizado y no necesariamente hubieran participado en las descripciones.

8. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Según lo establece, el artículo 29 de la ley 911 del 2004 (Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia), “La investigación que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental”⁴⁵

La presente investigación contó con la autorización de la enfermera profesional coordinadora del Departamento de Coordinación e Internación del Hospital San Rafael de Tunja y de las enfermeras coordinadoras de los servicios que tuvieron participación, a quienes se les dio a conocer el anteproyecto y aceptaron hacer parte del proceso de investigación.

Se elaboró un consentimiento informado para el profesional de enfermería, usuario y/o familia participante en la investigación (ver anexos No. 1,2) el cual otorgó a las investigadoras el permiso para realizar las entrevistas y del mismo modo ser gravadas. La participación de los sujetos fue voluntaria y la responsabilidad de la información estuvo a cargo de las investigadoras; de igual forma se reservó el derecho del anonimato con el fin de no afectar la integridad de los participantes de la misma.

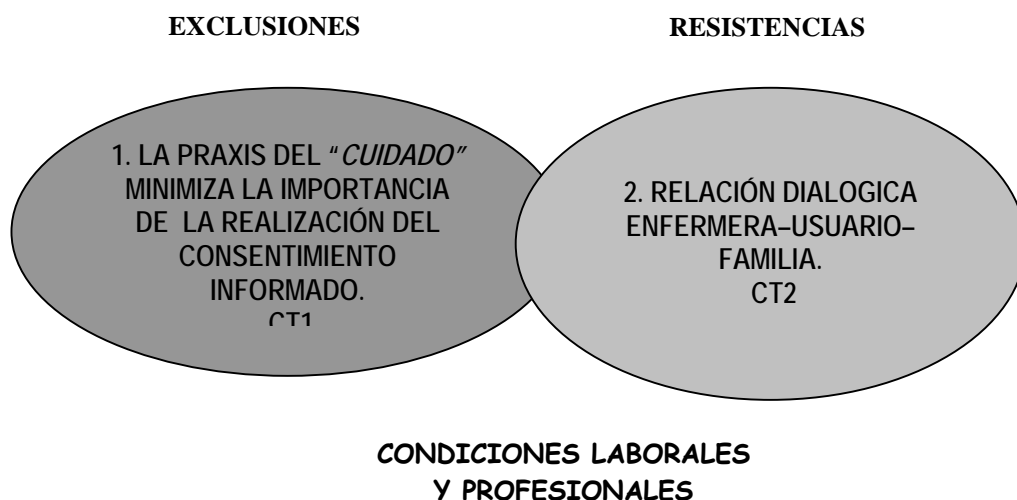
⁴⁵ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 911. “Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia”. 5 de octubre del 2004. Art. 29. p. 25

9. DESCRIPCIÓN ANALÍTICA Y ORDENAMIENTO CONCEPTUAL

Las categorías emergentes de la presente investigación son extraídas de las descripciones realizadas en el contexto clínico en el que se desarrollan las acciones de cuidado y las experiencias, tanto de los profesionales de enfermería, como de los usuarios durante su proceso hospitalización y/o familiares participantes de éste proceso.

Teniendo en cuenta que los datos son extraídos de la realidad en el que se desarrolla el rol de enfermería, se pudo evidenciar desde lo emergente que existe una franca dualidad entre *exclusiones* y *resistencias* en la practica del cuidado al dar consentimiento informado en medio de las condiciones laborales y profesionales que genera el actual sistema de salud, es por esto que surgen dos categorías conceptuales centrales que abordan de manera particular las vivencias de las enfermeras y enfermeros al momento de brindar cuidado con consentimiento informado a los usuarios, que se podrá observar y analizar mas adelante en el diagrama1. Estas categorías recogen las opiniones, percepciones y actitudes de los usuarios y su familia frente al consentimiento informado que se otorga durante las acciones de cuidado que el profesional ofrece en un contexto de profundas reformas institucionales.

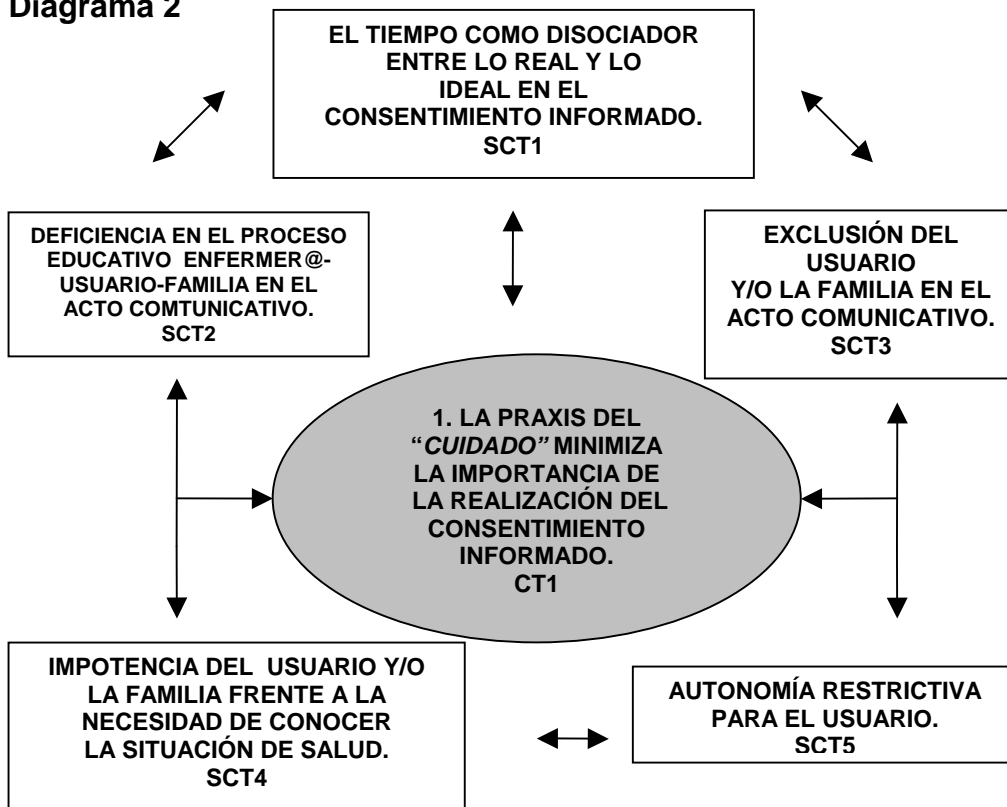
Diagrama 1



La primera categoría conceptual se denomina: *“La praxis del “cuidado” minimiza la importancia de la realización del consentimiento informado”*. Esta categoría establece relaciones de bidireccionalidad con códigos interpretativos y a su vez con códigos sustantivos o in vivos que la sustentan. Dada la relación estrecha de conceptos e incluso la densidad de los mismos, se formularon cinco subcategorías que orientan el sentido y significado que para el profesional de enfermería tiene el dar consentimiento informado a los usuarios; de igual forma, el sentido y significado que el sujeto de cuidado y la familia tienen frente a este acto de cuidado.

Las 5 subcategorías que argumentan conceptualmente esta categoría, se analizarán más adelante en detalle y son las siguientes: *1. El tiempo como disociador entre lo real y lo ideal en el consentimiento informado. 2. Deficiencia en el proceso educativo enfermera-usuario-familia en el acto comunicativo. 3. Exclusión del usuario y/o la familia en el acto comunicativo. 4. Impotencia del usuario y/o la familia frente a la necesidad de conocer la situación de salud. 5. Autonomía restrictiva para el usuario.* A continuación se encuentra un diagrama que permite visualizar la relación de conceptos que sustentan esta categoría con sus respectivas subcategorías:

Diagrama 2



La segunda categoría central, está orientada bajo la relación de conceptos dinamizadores, que pese a las condiciones adversas en el que se ejerce la profesión, como lo refieren los profesionales de enfermería participantes de la investigación, existe para ellos una luz o mejor una *resistencia* frente a todas las situaciones difíciles a las que están obligados a asumir dentro de su rol de cuidadores profesionales.

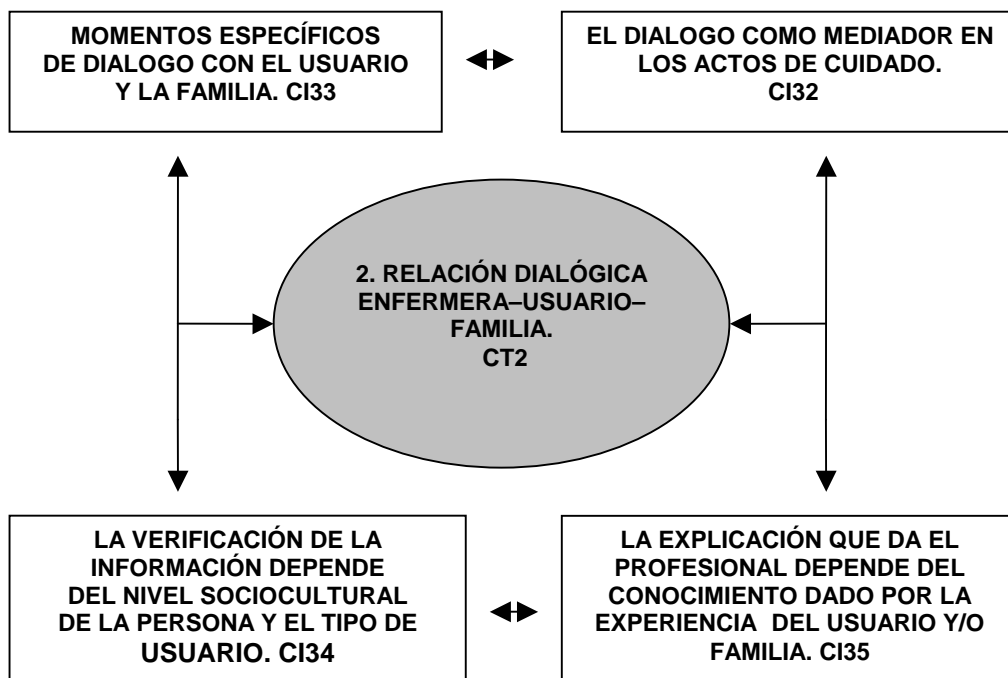
Sin duda, es una categoría que se da en medio del conflicto entre la lexis y la praxis⁴⁶ del cuidado y en particular, la forma de dar consentimiento; ésta categoría se denominó: "*Relación dialógica enfermera–usuario–familia*" sustentada bajo 4 códigos interpretativos que son: 1. *Momentos específicos puntuales de dialogo con el usuario y la familia.* 2. *El dialogo como mediador en los actos de cuidado* 3. *La verificación de la información depende del nivel*

⁴⁶ Conceptos definido y argumentado por María Nubia Romero en su artículo El Cuidado de Enfermería en la adversidad. Revista electrónica Presencia, vol 1 N°1, www.index-f.com/presencia/

sociocultural de la persona y el tipo de usuario. 4. La explicación que da el profesional depende del conocimiento dado por la experiencia del usuario y/o familia.

Para lograr una mejor comprensión de los datos extraídos desde lo emergente se explica en el diagrama, que se muestra a continuación, la manera como se relacionan los conceptos que componen esta categoría:

Diagrama 3



Las dos categorías centrales, están relacionadas bajo las condiciones en que se lleva a cabo el rol de enfermería; existiendo por un lado situaciones que llevan a las exclusiones del sujeto y la familia, a una ausencia en el reconocimiento del rol educativo de los cuidados realizados y la adquisición de nuevas funciones que lo alejan de la esencia del rol profesional, y por otro lado, se evidencia la resistencia como medio de resignificación de la enfermería en el que prima el cuidado del ser humano como se aprendió en la academia.

9.1 LA PRAXIS DEL “CUIDADO” MINIMIZA LA IMPORTANCIA EN LA REALIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO⁴⁷

La denominación de esta categoría contiene dos conceptos que importa explicitar. La praxis, entendida como la práctica contextualizada en el espacio propio hospitalario que le hace tomar unas características propias a su ejercicio. Y el concepto de “cuidado” que está entrecomillado como una manera de expresar su propia conceptualización que tiene expresiones y procesos que desdican o se diferencian del concepto contenido en la Ley 911.

Como ya explicamos el contenido de esta categoría se soporta en cinco subcategorías que a continuación empezamos a describirlas analíticamente con base en los códigos interpretativos y ejemplificados a través de los códigos sustantivos.

9.1.1 EL TIEMPO COMO DISOCIADOR ENTRE LO REAL Y LO IDEAL EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO⁴⁸

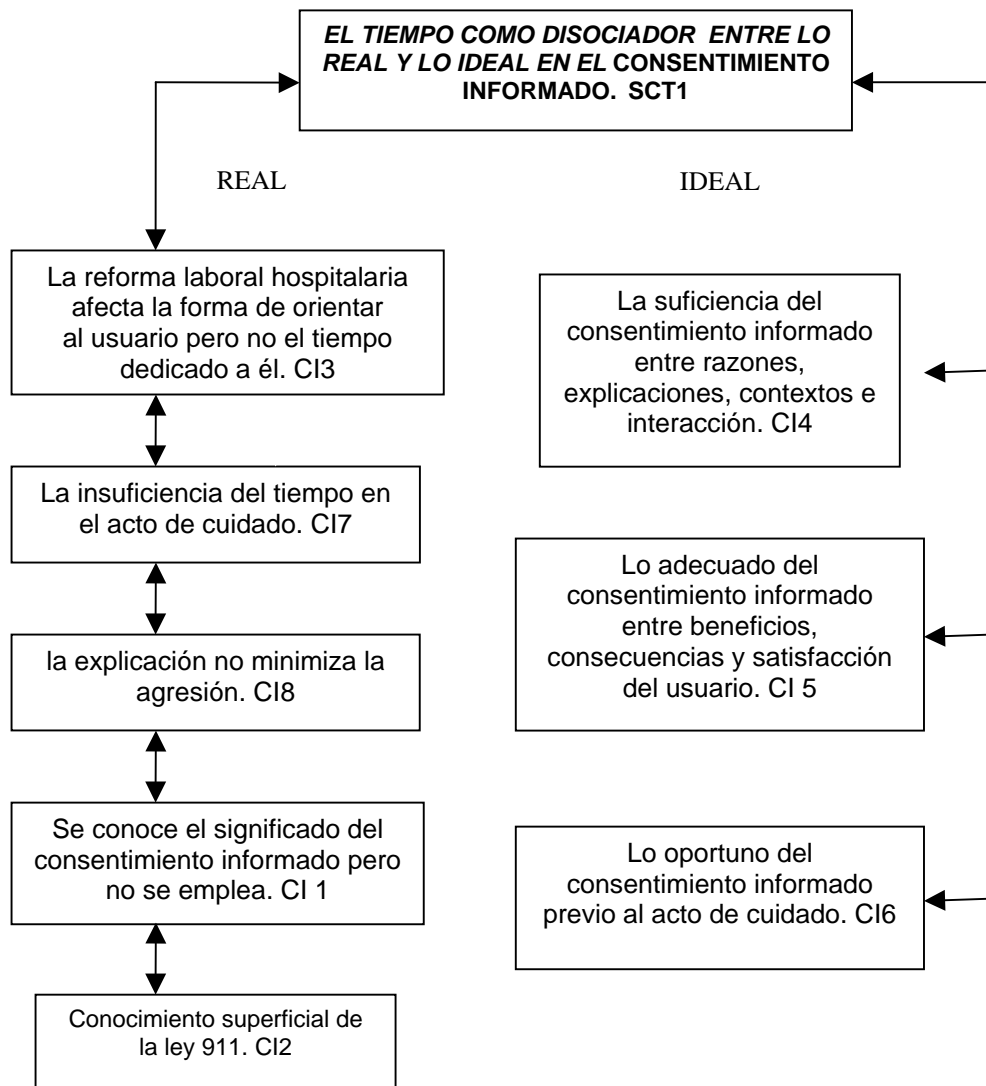
Esta subcategoría habla de la dualidad en el tiempo que el profesional de enfermería utiliza durante el proceso de cuidado y su impacto en el consentimiento informado. Por un lado, el tiempo expresa algunas exclusiones por las que han pasado los profesionales a causa de las reformas en el sector salud, y por otro lado, expresa la visión ideal del manejo del tiempo que el profesional desearía tener para la praxis del Cuidado de enfermería.

A continuación se encuentran las relaciones conceptuales que componen esta subcategoría emergente:

⁴⁷ CT1SCT1-5

⁴⁸ SCT1CI 1-8

Diagrama 4



La reforma hospitalaria acogida por los hospitales del país, entre ellos el San Rafael de Tunja, conllevó a una reestructuración administrativa y laboral implicando a su vez nuevas formas de contratación como las cooperativas, que tienen un impacto negativo por la alta rotación de personal, situación que emerge en la investigación como **La reforma laboral hospitalaria afecta la forma de orientar al usuario pero no el tiempo dedicado a él**⁴⁹. Estas reformas, como todo cambio, si no están planeadas generan situaciones

⁴⁹CI3 Contiene los códigos in vivos: E2P21(aaa), E2P21(bbb), E2P21(ccc), E2P21.3(ddd), E4P19(ww), E4P19(xx), E4P19(yy), E6P19(ggg), E6P19(hhh).

imprevistas que ocasionan irregularidades en el servicio hospitalario como no tener una idea clara de cómo orientar al usuario en medio de la complejidad clínica y diversidad de usuarios atendidos.

Veamos la opinión de una de las enfermeras participantes de la investigación, sobre el impacto de la alta rotación de profesionales por el tipo de contratación: “No, ya se ha estabilizado. Inicialmente rotaba el personal mientras se capacitaba, esta persona si funciona o no funciona. Si no funcionaba, si no era apta para el servicio, entonces había que traer otra, entonces había mucha rotación en ese sentido mientras conocíamos qué gente teníamos disponible para trabajar y mientras las adaptábamos al servicio”⁵⁰.

Si bien es cierto, las actividades de cuidado que se realizan en estos servicios, por la complejidad de los mismos, llevan a que las tareas y funciones sigan siendo las mismas –aumentan cuando se presenta eventualidades propias por el tipo de usuarios que se atiende estos servicios- como se pudo evidenciar en las descripciones realizadas en el que los espacios y tiempos de una jornada laboral del profesional son cortos para estar con el usuarios debido a las diversas funciones de tipo asistencial como administrativo que llevan a restringir los momentos para estar con el usuario y su familia.

Antes de la reforma se manejaba mayor personal auxiliar para atender a los usuarios hospitalizados, de 3 a 4 auxiliares de enfermería por servicio, en la actualidad “...son más pacientes asignados para menor personal”⁵¹, por ello hoy se cuenta con 2 a 3 auxiliares de enfermería sin tener en cuenta la complejidad del servicio; en el caso de los profesionales de enfermería el número de ellos sigue igual para cada servicio en los turnos de la mañana, pero en los turnos de la tarde y noche se distribuye un solo profesional para

⁵⁰ E2P21.3(ddd), E2P21(bbb), E2P21(ccc), E6P19(ggg).

⁵¹ E2P21(ccc).

que responda por dos servicios, por ejemplo: Séptimo sur (quirúrgicas) y segundo norte (obstetricia).

Es así, que falta de personal ha afectado la forma de orientar al usuario a la hora de dar cuidado, pero pese a la reforma acogida por el hospital, según lo afirman los profesionales, el tiempo dedicado a los usuarios sigue siendo el mismo, pues las funciones administrativas no han permitido desplazar los tiempos y espacios para brindar un cuidado directo.

La insuficiencia del tiempo en el acto de cuidado⁵² emerge como explicación del profesional ante las múltiples actividades que tiene que realizar y la relación al tiempo que le otorga al usuario, esta emergencia se expresa así: “Falta de tiempo, yo creo que la falta de tiempo, lo que decía al principio, no tenemos el tiempo necesario”, “Porque la parte administrativa de acá es muy grande, tiene muchas cosas que hacer y *no da tiempo* para estar más pendiente de los pacientes”⁵³. Dentro de las múltiples actividades que el profesional realiza en su turno diario, están en primer orden las administrativas, que como ellas expresan ocupan el mayor tiempo de su jornada laboral.

Esta relación de tiempos oferta-demanda en el cuidado es desventajosa para el usuario, así lo expresan los profesionales “Si muchos... si la mayoría de las veces dicen que por qué no los van a atender pronto, o sea, lo que ellos esperan es como ver personal de salud más seguido atendiéndolos”⁵⁴. Esta falta de tiempo la compensan los profesionales ofreciendo consentimiento informado en momentos específicos (ver *C.I 33 Momentos específicos de dialogo con el usuario y la familia*) Los datos obtenidos con los profesionales de enfermería entrevistados explican que tienen muchas labores administrativas que los apartan de un verdadero cuidado al usuario y debido a esto, no se da el tiempo necesario para poder explicar la importancia y necesidad de cada acto de cuidado realizado.

⁵² C17 Códigos invivos: E2P7(v), E4P8(y), E4P8(aa), E4P9(z), E4P15(qq), E6P8(kk), E6P8(ll), E6P14(t), E6P14(uu), E2P12(ss), E2P12(tt), E4P15(qq), E6P6(v), E6P15(vv), E6P15(ww).

⁵³ E4P15(qq), E4P8(aa).

⁵⁴ E6P14(tt).

Teniendo en cuenta la premura del tiempo, encontramos datos que relacionan conceptualmente la preocupación de los profesionales de enfermería porque “muchos procedimientos son molestos para una persona”⁵⁵ situaciones que permiten comprender que **la explicación no minimiza la agresión**⁵⁶ pues como ellos opinan “...también a veces se han sentido agredidos porque le haga un procedimiento (...) y lo manifiestan aún cuando se le ha explicado porqué”, además “el simple hecho de que esté invadiendo un cuerpo produce molestia”⁵⁷. Es decir, a pesar de explicar y explicar un procedimiento -claro está cuando queda tiempo- el usuario de una u otra forma se va a sentir agredido, resentido o molesto como lo expresan los profesionales entrevistados:

“Se cansan de que todos los días los pinchen: ¡otra vez! ayer me pincharon, me pincharon por la mañana, ¡otra vez!, si, entonces ellos si manifiestan eso”⁵⁸.

A demás de lo anterior, se observó que el profesional no da una verdadera importancia al consentimiento informado pues **se conoce el significado del consentimiento informado pero no se emplea**⁵⁹; es como un conocimiento sensorial, pues se sabe que existe pero no se esta utilizando como un todo integral; el tiempo escaso hace que no se le dé la importancia suficiente a este acto de cuidado y por ello no permea la conciencia cotidiana del profesional:

“Nosotros sabemos qué significa el consentimiento informado pero no, no, no somos tan consientes de su importancia”.

“Del consentimiento informado...pienso yo que seria muy bueno (...) que nos sensibilizáramos, que pudiéramos tener una educación continuada

⁵⁵ E4P14.4(mm).

⁵⁶ C18 Códigos in vivos: E2P8.2€, E2P8.2(ff), E4P14(kk), E4P14.3(ll), E4P14.4(mm), E4P14.4(nn), E4P14.4.1(oo), E4P14.5 (oo), E4P14.5(pp).

⁵⁷ E4P14.3(ll). E4P14.5 (oo).

⁵⁸ E4P14.4.1(oo), E4P14.5 (oo), E2P8.2(ff).

⁵⁹ C11 contiene los códigos in vivos: E2P16(tt), E6P20(iii), E6P20.1(jjj), E6P21.2(nnn), E2P11(rr), E2P12(ss), E2P12 (tt), E6P15 (ww), E2P19(ww), E2P20(zz), E4P20(zz), 4P20(zz), E4P22(bbb), E4P22(ccc).

sobre consentimiento informado ¿no? uno deja de lado eso, piensa que uno esta cumpliendo con sus actividades (...) pero no estamos sensibilizados de pensar de que esa otra personita amerita también que esté informada; yo pienso que uno lo entiende cuando uno ha sido paciente, entonces ahí si...”⁶⁰

Como podemos ver, cuando se despierta la conciencia surge esa preocupación por sensibilizarse y tomar en cuenta el consentimiento informado para cada acto de cuidado realizado aunque “por el tiempo que tenemos, es muy poco el tiempo que tenemos para trabajar con un paciente”, ¡que nos sigan enseñando y que lleguen a una institución a trabajar y enseñar a los demás, a los que estamos!”⁶¹. Esta necesidad de hacer conciencia sobre el consentimiento informado nos genera la inquietud de ¿por qué los profesionales de enfermería no se han interesado en conocer la ley 911 que exige este proceso?.

La respuesta inicial es que hay un conocimiento superficial de la ley 911⁶², para algunas profesionales esta ley no les suscita ningún temor pues el profesional no tiene claro el conocimiento ni aplica la ley dentro de su rol y no ve la importancia de cómo se podría ver afectada su profesión con la vigencia de ésta ley actualmente, veamos: “en esa parte de consentimiento informado no le sabría decir exactamente qué temor tendríamos en ese aspecto”⁶³. Pero otros profesionales de cierta manera si perciben un temor a lo desconocido “un poco de temor no..., ¡mucho! (sonríe) porque es una legislación que casi no se maneja, que no estamos acostumbradas a manejarla y que la manejamos muy folclórico”⁶⁴.

Lo anterior nos permite visualizar cómo los aspectos inherentes del contexto clínico en el que se desarrolla la profesión, entre ellos, la falta de tiempo y la

⁶⁰ E2P16(tt), E6P21.2(nnn).

⁶¹ E4P20(zz), E4P22(ccc).

⁶² CI2 contiene los códigos invivos: E2P19(xx), E2P19(yy), E4P21(aaa), E6P21(kkk), E6P21.1(III), E6P21.2(mmm).

⁶³ E2P19(yy).

⁶⁴ E6P21.2(mmm).

manera como se emplea el consentimiento informado excluye y minimiza la autonomía del sujeto de cuidado; pese a ello para el profesional de enfermería participante de la investigación existe un ideal de los aspectos que debe contener un buen consentimiento informado, para que la interacción en la toma de decisiones sea compartida y altamente efectiva, en la que la información sobrepasa el primer plano, es decir, el explicar más allá de qué, de un acto de cuidado; siendo esta más clara, detallada, en la que el usuario se sienta satisfecho y de ésta manera pueda decidir libremente sobre los aspectos que conciernen a su salud.

El *concepto ideal* que tienen los profesionales de enfermería entrevistados con respecto a los términos de suficiente, adecuado y oportuno, emerge de manera integral. Estos conceptos son un aporte interesante para el ejercicio de la profesión, pues la ley 911 ni el código de ética de enfermería definen estos elementos básicos del consentimiento informado. Veamos cómo se interpretan:

La suficiencia del consentimiento informado entre razones, explicaciones, contextos e interacción⁶⁵. Este concepto es considerado como ideal, porque contiene los elementos necesarios para brindar un consentimiento informado que esté mas allá de lo sensorial, es decir, que el profesional pueda tener el tiempo necesario para brindar razones que expliquen con suficiencia cada acto de cuidado que requiere el usuario, para ello es necesario un dialogo que permita una interacción humana mas allá de lo inmediato. Dentro de la suficiencia del consentimiento informado, el profesional pretende: “Dar un poco más de razones y explicación para que él (usuario) también de esa manera se concientice”. Además el profesional aclara que para dar una información suficiente se debe: “1) Tener el conocimiento claro de que le van a hacer (al usuario) para poderle explicar bien. 2) Tener un lenguaje claro, conciso, sencillo para que pueda o no entender 3) Tener una personalidad como cordial”⁶⁶.

⁶⁵ CI4 códigos invivos: E2P10(pp), E6P9(mm), E6P11.1(qq).

⁶⁶ E2P10(pp), E6P9(mm).

Lo adecuado del consentimiento informado entre beneficios, consecuencias y satisfacción del usuario⁶⁷. La interpretación que se expresa en los datos recogidos de las entrevistas consideran que lo adecuado es “Explicarle al paciente, qué es lo que se le va a hacer, para qué se va a hacer, qué beneficios va a traer o qué consecuencias va a traer”. Todos estos aspectos conllevan a que las enfermeras dentro de su rol de cuidador disponga de mayor tiempo para determinar si la información brindada satisface al usuario, como lo expresan los profesionales “El adecuado habría que medirlo si realmente al paciente le satisface la información que yo le estoy dando pero medirlo, eso nos implica más tiempo”.

La falta de tiempo en la práctica del cuidado imposibilita realizar acciones de enfermería que involucren estos aspectos en la aplicación del consentimiento informado, pues la realidad ya descrita nos permite dilucidar que la forma de dar consentimiento informado solo se queda en brindar una información sencilla sin explicar la finalidad de los procedimientos para que el usuario participe en la toma de decisiones.

Por otra parte, lo oportuno del consentimiento informado previo al acto de cuidado⁶⁸ es el que “Debe realizarse antes de..., no cuando ya lo he pinchado y ahí sí decirle que necesito tomarle una muestra de sangre ¡no! [expresión del profesional], antes de... de manera que él (usuario) pueda asimilar la información y pueda tomar una decisión si sí quiere que se le haga o no quiere que se le haga”⁶⁹, así lo expresa una de las profesionales quien dentro de su experiencia laboral a tenido en cuenta este aspecto a la hora de dar consentimiento informado, además se pudo verificar en las observaciones realizadas que el profesional da aviso oportuno sobre las acciones de cuidado a efectuar con el sujeto: El jefe H. dice a la señora MA.: “Le vamos a tomar la pruebita del... del dedito, bueno?, le vamos a sacar un poquitico de sangre

⁶⁷ CI 5 Códigos in vivos: E6P11(oo), E6P11.1(pp), E4P11(hh).

⁶⁸ CI 6 Códigos in vivos: E6P12(rr), E4P12(ii).

⁶⁹ E6P12(rr).

para ver como está el azúcar, bueno?”⁷⁰

Dentro del contexto clínico pudimos observar que las acciones de cuidado que brinda el profesional de enfermería al momento de brindar consentimiento informado se realizan únicamente bajo la premisa de lo oportuno, debido a que las actuales condiciones de orden laboral en la que se encuentran inmersos, impiden la praxis de un consentimiento informado como ellas lo visualizan y hacen expreso dentro de los aspectos de suficiente y adecuado.

9.1.2 DEFICIENCIA EN EL PROCESO EDUCATIVO ENFERMERA-USUARIO-FAMILIA EN EL ACTO COMUNICATIVO⁷¹

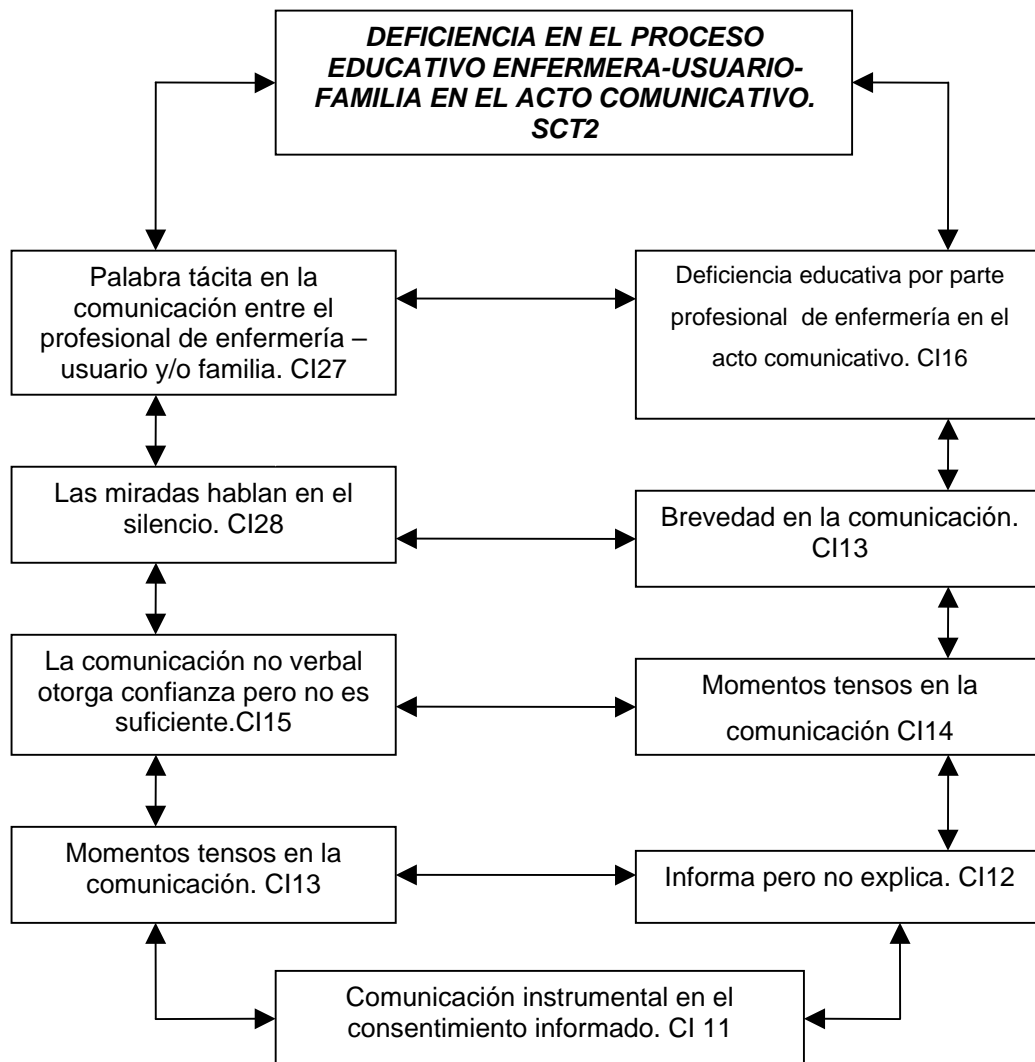
Esta idea analítica expresada como subcategoría que emerge con relación a esta categoría que venimos analizando expresa desde su praxis de cuidado la relación de conceptos que la componen, entre ellos la comunicación con el usuario y en algunas ocasiones con el familiar; del mismo modo, se describe cómo el sujeto de cuidado dentro de su experiencia de hospitalización participa en el acto comunicativo con el profesional y así mismo el familiar con la enfermera.

En el siguiente diagrama se explicita la forma como emerge la subcategoría teniendo en cuenta la relación de los códigos interpretativos:

⁷⁰ CI11 DIV(b).

⁷¹ SCT2 CI 9-16

Diagrama 5



Teniendo en cuenta que el consentimiento informado en enfermería consiste en las explicaciones tanto de los procedimientos invasivos que se le realizan al sujeto de cuidado, como también, sobre los procesos de cuidado no invasivos llevados a cabo por las enfermeras, de manera completa y clara para que el usuario pueda tomar decisiones con respecto a su salud y de ésta forma participar en el proceso de recuperación, llevan a que el profesional de enfermería se convierta en educador y orientador de los procesos de cuidado que ejerce en su práctica, en este caso, clínica.

Esta postura educativa solo se expresa en la investigación a través de la palabra tácita en la comunicación entre el profesional de enfermería–usuario y/o familia⁷², es decir, que durante los momentos de interacción el profesional no establece una relación dialogica con el usuario o familiar, pese a que su mirada expresa el deseo de hablar con el sujeto, su atención esta centrada en la técnica de un procedimiento como se observó en varios momentos en que el profesional de turno realizaba un acto de cuidado:

-La jefe mira fijamente al señor JF y luego dirige su mirada a la bandeja donde tiene las cosas. -El rostro del jefe refleja que ella está interesada por atender la necesidad de darle agua al señor JF.

*-Entra la jefe a la habitación con unas tiras de papel en sus manos, mira al señor JF. en actitud de preocupación al verlo nuevamente sentado a la orilla de la cama dirigiéndose a las mesas que están cerca de la cama-.*⁷³

La practica las enfermeras establecen una serie de momentos dedicados al usuario dentro de su hacer, es decir, en el momento en que se realiza la acción de cuidado como paso de sondas, administración de medicamentos, curaciones, toma de ciertos exámenes, etc. y pese a que estas acciones de cuidado permiten un acercamiento comunicativo con el usuario y su familia, no se facilita ni se propicia el dialogo entre ellos, por el contrario, es delegada por una serie de palabras sencillas que no permean más allá de una indicación del procedimiento: *La jefe le acerca a la boca una taza con agua al señor y le dice: "Tome un poco de agua don JF" mirándolo fijamente.*⁷⁴

En ocasiones el profesional por el afán de su quehacer olvida la comunicación pedagógica como recurso favorable en los procesos de cuidado y de especial manera en situaciones donde el sujeto se encuentra en un proceso de enfermedad avanzado en el que los sentimientos de angustia y temor generan

⁷² CI 9 Códigos in vivos: DI(a), DI(g), DI(h), DI(n), DI(ñ), DI(r), DI(s), DI(x), DI(cc), DI(ff).

⁷³ DI(h), DI(s), DI(ff).

⁷⁴ DI(ñ).

estados de ansiedad permitiendo que las miradas hablen en el silencio⁷⁵. Esta es una escena cotidiana en el servicio: *La jefe entra a la habitación, me observa (investigador I) y rápidamente dirige la mirada hacia don JF, sin pronunciar ninguna palabra*⁷⁶. Este intercambio entre la palabra dicha y la que no se pronuncia genera múltiples vacíos comunicativos en el usuario o la familia sobre los procesos de cuidado que el profesional realiza en los momentos en que tienen algún tipo de contacto, siendo entonces la comunicación visual la que predomina

Esta forma de comunicación no verbal dificultan la comprensión de lo que el sujeto de cuidado quiere expresar al profesional a través de sus gestos y miradas (ver necesidad del usuario de comunicar en impotencia del sujeto de cuidado); así mismo, el profesional no establece una comunicación dialógica con el usuario cuando realiza la acción de cuidado, como se puede ver en la siguiente descripción cuando el profesional en uno de los momentos en que brinda cuidado se dirige a la habitación con su equipo para tomar una glucometría:

*La jefe entra a la habitación y sin decir nada a la usuaria se ubica cerca de la cama de la señora, ella mira lo que la jefe hace. Luego de alistar el equipo la jefe se dispone a tomar la glucometría. La enfermera pincha el dedo, sin decirle nada a doña M quien arruga la frente y aprieta la boca sin decir ninguna palabra. La jefe se encuentra callada concentrada tomando el examen. La señora M solo mira sin expresar nada a lo que la jefe hace...La jefe toma el glucómetro en sus manos, mira a las señoras y se retira de la habitación sin decir nada*⁷⁷.

Lo anterior nos describe cómo las palabras quedan ocultas bajo expresiones extraverbales en el que tanto profesional como sujeto no motivan el acto comunicativo, solo el juego de miradas y de acciones hablan por si solas... en

⁷⁵ C110 Códigos in vivos: DIII(a), DIII(f), DIII(j), DIII(m), DIII(ñ), DIV(a), DV(c), DV(f), DV(k), DV(j)

⁷⁶ DI(g), DI(a), DI(n), DI(x), DI(cc), DIII(a), DIII(m), DV(f).

⁷⁷ DIII(j), DII(k), DII(f), DII(ñ)

un silencio de corta interacción entre los sujetos. El lenguaje solo se emplea para validar una acción de cuidado que el profesional realiza, por ejemplo: *“Tome un poco de agua don JF” mirándolo fijamente*⁷⁸ y a si lo reafirman los profesionales cuando van a realizar un procedimiento *“Don fulano de tal, le vamos a administrar sus medicamentos, permítame verifico donde tiene la vena canalizada...”*⁷⁹

Si bien es cierto, que para entablar un acto comunicativo hay que tener en cuenta la condición de salud en que se encuentra el sujeto y de igual forma la capacidad que éste tenga para llevar a cabo el acto dialógico, se hace necesario entablar una comunicación verbal entre los sujetos ya que las palabras resultan ser en ocasiones un medio de acercamiento para poder conocer las necesidades del otro, y se promueve la interacción enfermera-paciente.

Pese a estas situaciones la dinámica en la que se desarrolla el ejercicio profesional no permite visualizar al sujeto de cuidado en su dimensión del Ser, desplazando el acto comunicativo en centrar la atención en lo que resulta ser *“el nuevo objeto de la profesión”*⁸⁰, la función administrativa, en el que los espacios y los tiempos dedicados al usuario son reducidos que no permiten la interacción entre los sujetos debido a tantas actividades que tiene que realizar el profesional otorgando al procedimiento una mayor importancia, veamos uno de los múltiples momentos que se viven en los servicios clínicos: *“La jefe mira fijamente al señor JF y luego dirige su mirada a la bandeja donde tiene las cosas.”* Así el sujeto de cuidado se invisibiliza (ver más adelante *invisibilidad del sujeto de cuidado*) exigiendo mayor importancia a la realización del procedimiento, pese a ello la acción comunicativa es desplazada por el hacer profesional llevando a que exista una deficiencia educativa en las acciones de cuidado al momento de brindar consentimiento informado.

⁷⁸ DI(ñ)

⁷⁹ C112 código sustantivo E2P4(g).

⁸⁰ Concepto definido y argumentado por María Nubia Romero en su artículo El Cuidado de Enfermería en la adversidad. Revista electrónica Presencia, vol 1 N°1, www.index-f.com/presencia/

La acción de cuidado se da a partir de la humanización que el profesional tiene con el sujeto de cuidado, por tanto, el acto comunicativo no debe quedar oculto bajo una comunicación no verbal que desplaza al lenguaje verbal como medio enriquecedor para comprender las percepciones que el otro tiene y lo que quiere conocer sobre su proceso de salud–enfermedad.

Al contrastar lo observado con las entrevistas realizadas a los profesionales de enfermería sobre si los gestos y las miradas hacen parte del consentimiento informado, emerge que la comunicación no verbal otorga confianza pero no es suficiente⁸¹ . Aunque la comunicación no verbal es importante a la hora de entablar un acto comunicativo pues facilita un acercamiento con el otro y del mismo modo se otorga confianza al realizar un procedimiento, a su vez, la comunicación no verbal no lo es todo al momento de realizar un acto de cuidado, como se manifiesta en los datos obtenidos: “Los gestos son importantes porque pienso yo que le brinda confianza al paciente, pero no son suficientes”⁸².

Este aspecto nos lleva a interpretar que en el consentimiento informado debe conjugar las dos formas de comunicación: la verbal y la no verbal, ya que éste último permite abordar la dimensión del ser, es decir, del sentir del sujeto de cuidado a partir de un acercamiento y de una interacción más cercana con el sujeto, pero que se hace necesario la comunicación verbal para lograr una comprensión real de lo que el otro quiere expresar. Se entiende que la utilización del lenguaje es evidentemente importante para que el acto dialógico del cuidado sea satisfactorio y beneficie a los actores participantes en este.

Por otro lado, la actitud que la (el) enfermera(o) muestre al momento de establecer una interacción comunicativa con el sujeto cuando realiza un acto de cuidado suele ser significativa para llegar a un acercamiento con el sujeto: “¡La

⁸¹ C115 códigos in vivo: E2P17(uu), E2P17(vv), E6P16(xx), E6P16.1(yy), E6P16.2(zz), E4P16 (rr).

⁸² E6P16.2(zz).

actitud es totalmente importante!", "Es muy importante la actitud con la que uno llegue frente al paciente"⁸³. Se hace evidente que los patrones de comportamiento adquiridos por el profesional de enfermería, juegan un papel importante dentro del rol profesional a la hora de entablar un dialogo con el sujeto y/ o la familia. Si se logra sentir *gusto o interés* por el otro durante el acto comunicativo esto permite que la comunicación sea efectiva, agradable "(...) es como también la empatía que se haga con esa persona"⁸⁴, y del mismo modo, la comprensión de los mensajes emitidos serán captados de manera concreta por el receptor, entendido este ultimo como el sujeto de cuidado

El profesional de enfermería dentro de sus experiencias ha vivenciado que la mayoría de usuarios tienden a expresar sus sentimientos, preocupaciones y del mismo modo el rechazo a los procedimientos a través de los gesto. Para los profesionales esta es una forma clara de comunicación no verbal dentro del consentimiento informado "A veces los pacientes les da temor hablar por lo que hablamos anteriormente del paternalismo [expresión del profesional] del sistema pero a veces en la cara de los pacientes uno puede ver la expresión de temor, de angustia porque no están de acuerdo en que le realicen dicho procedimiento"⁸⁵. Sin embargo, se preocupan porque la comunicación sea asertiva ante la reacción del sujeto de cuidado: "Uno trata de explicarles las razones por las cuáles se debe hacer el procedimiento y cuáles son las posibles complicaciones al no hacerla; como tratar de que él eh... entienda mejor y también hay que darle la oportunidad de que libere ese sentimiento como de temor que tiene y que hable..."⁸⁶.

También existe la idea en los profesionales que el consentimiento informado en enfermería debe hacerse verbalmente "No, yo creo... (titubea) eh... la buena información es la que se hace verbalmente con un paciente"⁸⁷ esto quizás por los riesgos que implica la realización de un procedimiento.

⁸³ E2P17(uu), E2P17(vv)

⁸⁴ E2P17(uu).

⁸⁵ E6P16(xx)

⁸⁶ E6P16.1(yy).

⁸⁷ E4P16 (rr).

Por otra parte, en las experiencias de los profesionales de enfermería, se viven momentos tensos en la comunicación⁸⁸ con los familiares de los usuarios hospitalizados, ya sea porque ellos buscan conocer la evolución del usuario o recibir orientación sobre los requisitos administrativos que hace parte del protocolo de la institución de salud; sea cual sea la razón que los lleva a tener una interacción con el profesional, la comunicación es continua y existen en algunos casos interferencias en el acto comunicativo usuario-enfermera o enfermera-familia, que se expresan como gestos, palabras o actitudes rudas, como se puede apreciar en la siguiente descripción:

Se acerca a la central de enfermería una familiar de un usuario; su cara refleja una expresión fría y dura. La familiar del usuario en tono enérgico y mirando fijamente a la jefe le pregunta: “Hágame un favor, ¿quién está atendiendo a mi mamá?, es que yo quiero decirle al médico que le quite la sonda... (hace referencia a la sonda nasogastrica) ¡está muy fastidiosa!.

La señora en tono fuerte y moviendo sus manos le expresa a la jefe: “¡Pero yo no la llevo así!”(a la casa, con la sonda de alimentación que en ese momento tenía la usuaria hospitalizada).

La enfermera mirando a la señora de manera indiferente le dice: “ya ahorita se la hacemos retirar, y la fórmula se la da mañana el médico”. La jefe trata de terminar la conversación haciendo otra llamada telefónica⁸⁹.

Lo anterior nos permite percibir la manera en que el lenguaje y las expresiones del lenguaje como el tono de la voz difieren y obstaculizan un adecuado acto dialógico y en el que la comprensión del mensaje no es claro para el familiar quien muestra desespero y angustia por la condición de salud de su familiar.

Por otro lado, existe por parte del profesional una indiferencia frente a las

⁸⁸ C113 DII(a), DII(d), DII(g), DII(i), DII(f), DII(h), DII(j).

⁸⁹ DII(b), DII(d), DII(g).

necesidades del otro olvidando explicar o mejor educar a la familia sobre procedimientos especiales que se realizan dentro del cuidado. Este “olvido” involuntario es ocasionado por la *premura del tiempo* en que siempre viven ejerciendo el cuidado las profesionales, pues en esta comunicación tensa que se ha sostenido con la familiar, la jefe centra su atención en un acto administrativo que tiene que resolver: “... la jefe interrumpe la conversación sin decirle nada a la familiar y habla por teléfono. La señora se queda allí viendo pasivamente a la jefe”⁹⁰. Estos *momentos tensos en la comunicación* crean barreras que llevan a generar, tanto en el familiar como en el usuario, un rechazo hacia los procesos que se llevan a cabo durante la hospitalización y a su vez a la magnificación del saber-hacer profesional (ver *exaltación del poder de conocimiento del otro*).

Por lo anterior, es significativo que en el rol del profesional de enfermería para brindar consentimiento informado, se busque un acercamiento más asertivo con la familia, estableciendo formas de interacción que permitan romper las barreras que dificultan una adecuada comprensión de los códigos emitidos y la retroalimentación de los mismos; de igual forma, facilitar un ambiente más cordial para que la familia se involucre y se sienta participe en la recuperación del sujeto hospitalizado. Quizás el brindar confianza desde el primer momento en que se da la interacción con el otro, sea un medio facilitador para que el acto comunicativo sea más efectivo y promueva, desde adentro de la institución un mayor tiempo para el abordaje educativo no solo a usuarios, sino también, para la familia.

Si bien es cierto, el acto comunicativo es “*una producción de intercambio de sentido*”, como la define John Fiske⁹¹, resulta de la emisión de códigos entre el usuario, la familia y el profesional que se convierten en mensajes que facilitan la interacción participativa y activa en la comunicación. Esta comunicación, con producción de sentido, no siempre se da en la cotidianidad o rutina diaria del

⁹⁰ DII(f), DII(h), DII(j), DII(i).

⁹¹ Definición tomada de FISKE John. Introducción al estudio de la comunicación. En: Luis Bernardo Peña B. Manual para la planeación, el diseño y la producción de libros de texto. . Gente nueva editorial. Bogotá, Colombia. 1995.p. 94,95

Cuidado asistencial, pues en este contexto emerge es una comunicación instrumental en el consentimiento informado⁹² que difiere de la forma como se debe orientar y educar al usuario y/o familia al realizar un acto de cuidado; del mismo modo, el consentimiento informado es desplazado por la sobrecarga de trabajo al dar “cuidado” que lleva a perder importancia en la acción educativa al momento de brindar la explicación sobre los procedimientos al usuario hospitalizado.

En las siguientes descripciones realizadas, se puede apreciar la forma en que se comunican los procedimientos de cuidado y la calidad de información que se brinda sobre las acciones de cuidado al sujeto y en ocasiones al familiar:

Es un día de rutina en el servicio, hay 26 pacientes y una sola jefe con 2 auxiliares....en uno de esos momentos en que el profesional tiene acercamiento con los pacientes, pasa la siguiente situación: (...) El jefe mira fijamente a la señora y mientras levanta las cobijas en voz suave pero amable le dice a la señora ME: “¿cómo siguió su pierna? La señora ME le responde al jefe con voz baja y temblorosa: “Pues... me duele mucho, pero ahí...”, aprieta los labios y sonríe levemente.

El jefe dice a la señora ME: “ya le doy el medicamento para que se mejore. En actitud amable el jefe mira a la señora ME y le dice: “Cuando se le acabe el medicamento le cierra con ésta llavecita” indicándole como cerrarla. Doña ME lo mira tímidamente y mueve la cabeza de arriba a bajo en actitud de aceptación y sin decirle nada más, el jefe pone las cosas que utilizó sobre la bandeja y coge con sus manos la segunda tarjeta de medicamentos, levantándola para leerla; toma la otra jeringa de medicamento y una torunda de algodón dirigiéndose hacia donde ésta la señora C.A⁹³

⁹² CI 11 Códigos in vivos: DIII(e), DIII(g), DIII(k), DIII(l), DIII(n), DIV(b), DV(a), DV(d), DV(f), DV(e), DV(g), DV(h), DV(k). E2P4(g), E2P4(h), E2P4(i), E2P4(j), E2P4(l), E2P6(p), E2P7(x), E6P3(g), E24.2(k), E2P4.2(m), E2P6(o), E2P6(q), E2P6®, E2P6(s), E2P6(t), E4P2.4(l), E4P7(v), E4P7.1(w), E4P7.1(x), E6P3.1 (k), E6P7(z), E6P7.2(gg), E6P7(cc), E6P7(aa), E6P7(bb), E6P7(cc), E6P7.1(dd), E6P7.1(ee), E6P7.3(ii), E6P7.3(jj).

⁹³ DV(d), DV(f), DV(e), DV(g), DV(h).

Como podemos ver la acción comunicativa no pasa más allá brindar una información a través de un lenguaje “etiquetado”, entendido éste último como la mera información en donde únicamente se comunica lo que se va a hacer en el que no se permite conocer la naturaleza del acto de cuidado, consecuencias y resultados que puedan derivarse para que el sujeto pueda dar una respuesta a la realización del procedimiento.

Cuando se lleva a cabo acciones de cuidado el profesional de enfermería centra su atención en el procedimiento o la técnica, concentrándose en los medios y negando la posibilidad de que el sujeto participe en la toma de decisiones y lo convierte en un receptor pasivo de información. Todos estos aspectos inherentes dentro de un contexto, no solo clínico, sino también cultural, permean las manifestaciones simbólicas en las que se mueve el rol del profesional. Sin duda la explicación del procedimiento que se deriva del consentimiento informado al canalizar una vena, realizar una curación, tomar exámenes, queda relegado por una serie de protocolos del saber-hacer profesional que le restan importancia a la participación del sujeto de cuidado: *El jefe dice a la señora ME: “ya le doy el medicamento para que se mejore”⁹⁴.*

La información sobre los actos de cuidado se basa en frases simples como, por ejemplo, lo que se va a administrar al usuario: “Es un medicamento para que le proteja el estómago (...) o es el analgésico para el dolor”⁹⁵ que a su vez es contrastado con lo que afirman los sujetos de cuidado y/o familiar refiriéndose a las enfermeras “Pues apenas dicen que la van a canalizar para colocarle la droga...”⁹⁶. Esta actitud de parte del profesional de enfermería valida la posición del usuario en condición de “paciente”, es decir, de receptor pasivo, el que acepta los procedimientos y calla; pero a su vez el interés del usuario y/o familia por conocer sobre su situación de salud, también se centra solo en el hacer, hasta aquí llegan las preguntas “qué me va hacer”.

⁹⁴ DV(e).

⁹⁵ E2P6(p).

⁹⁶ EIP9.1(aa).

Por otro lado, en el consentimiento informado se hace necesario la *explicación* de los procedimientos para que la persona pueda a través del uso de sus facultades tomar decisiones. Para llevar a cabo, en éste caso, un acto de cuidado, se requiere dar una información completa de los inconvenientes, incomodidades y riesgos que pueden generar las acciones de cuidado “es el consentimiento que el profesional de Enfermería debe emplear diariamente al dar cuidado y que va más allá de una corta información; se requiere confirmar si el sujeto entendió la información y la expresión libre de su aceptación”⁹⁷ Ese consentimiento entendido desde el quehacer profesional como el “permiso o autorización⁹⁸” para llevar a cabo las acciones de cuidado es el que debería emplearse en la practica cotidiana de la enfermería.

Pero el carácter de la explicación en el consentimiento informado que se brinda el contexto clínico hospitalario que indagamos se expresa mas como una actividad que se informa pero no explica⁹⁹ el sentido de las acciones de cuidado: “Se le informa, por eso, el procedimiento que se le va a realizar, mh...mh... muy raras veces yo explico cuáles son... qué problemas puede tener ese procedimiento; porque me parece que lo debe hacer el médico... el médico que está viendo al paciente debe ser el que debe explicar”¹⁰⁰.

Expresiones como estas frente a su rol a la hora de brindar información nos genera inquietudes sobre el nivel de conocimiento y apropiación que los profesionales han de tener frente a sus funciones en este tema. Le resulta más fácil delegar a otros profesionales lo propio de la profesión que es brindar educación sobre los procedimientos que se realizan con ocasión del acto de cuidado.

⁹⁷ Tribunal Ético de Enfermería. En: Páginas de Ética profesional. Hna. Maria Cecilia Gaitán. Noviembre 2001 Vol. 7

⁹⁸ E6P4(l), E6P4.4(m), E6P4.1(n), E4P4 (c).

⁹⁹ C112 Códigos in vivos: DII(c), DII(e), EIP6.2.(p), EIP6.3.2.(q), EIP6.(ñ), EIP9.1.(aa), E3P5(c), E3P5.1(d), E5P5(h), E2P4(g), E2P4(h), E2P4(i), E2P4(j), E2P4(l), E2P6(p), E2P7(x), E2P7(ww), E4P5(s), E4P5.1(t), E2P9.2(nn), E2P9.2(mm).

¹⁰⁰ E4P5(s). E2P4(i), E2P7(ww).

Por otro lado, al centrar la relación enfermera–usuario–familia en el hacer profesional se vulnera el derecho de autonomía que tiene el sujeto; ya que no se le pide la autorización, pues únicamente se informa sobre el procedimiento que se va a realizar “Es más una información que un permiso”¹⁰¹ expresa uno de los profesionales. Sin embargo, vemos que el tipo de información que se da es una información sencilla que contiene el *qué* se ha va hacer, desplazando los demás aspectos del consentimiento informado como son *el qué, para qué, por qué, los riesgos y beneficios*, así se puede apreciar en la descripción que un profesional hace con respecto al tipo de información que brinda: “Don F, “le vamos a administrar sus medicamentos”, “permítame verifico dónde tiene la vena canalizada”, “por favor se toma las pastas”, se le administran las pastas, ¡esa es la información!”¹⁰². Lo anterior indica que la acción del profesional de enfermería está enmarcada en un acto procedimental que se niega a si misma(o) dar una explicación completa sobre los actos de cuidado como lo expresan: “Se trata de explicar brevemente lo que se le va a hacer al paciente”¹⁰³

La calidad de la información que se le brinda al usuario o la familia se queda en un primer plano, “el de informar”, por diversos factores, entre ellos, el tiempo como emerge en las entrevistas: “El tiempo mejor dicho, es que nos hace falta muchísimo tiempo allí”¹⁰⁴, “Casi nunca le da uno una explicación no hay el tiempo necesario acá para dar explicaciones”; y por otro lado, el número de usuarios hospitalizados en los servicios, estos dos factores dan como resultado que “el dialogo con ellos (usuraos) es de manera informal, es un dialogo muy corto por el tiempo y la cantidad de pacientes que se manejan”¹⁰⁵.

El tiempo juega nuevamente un papel importante al momento de brindar la explicación sobre el procedimiento y se comporta como un *disociador entre lo ideal y lo real en el consentimiento informado* (ver SC1) que brinda el

¹⁰¹ E2P4(i), E2P7(x), “E2P7(ww), E4P5(s), E4P5.1(t)

¹⁰² E2P4(g), E2P4(h), E2P4(l), E2P6(p), E2P7(x), E2P7(ww).

¹⁰³ E4P3 (p).

¹⁰⁴ E2P7(v), E4P15(qq), E4P8(aa), E4P8(y), E6P8(ll), E6P14(tt), E6P14(uu), E4P5.1(t).

¹⁰⁵ E2P3(e), E2P3(f).

profesional de enfermería, debido a la premura que exigen tantas actividades que tienen que realizar en su turno, el cual los lleva a dar de manera mecánica y rápida la información sin verificar la comprensión de la misma.

En algunos casos como lo afirman los profesionales, según el tipo de usuario el tiempo dedicado a ellos por su condición de salud-enfermedad ameritan una explicación más detallada sobre los procesos de cuidado, sin embargo, en la mayoría de los casos los espacios en los que se desarrolla el quehacer de enfermería minimizan la posibilidad de que se realice una verdadera acción educativa en el acto de cuidado porque “Si tenemos el tiempo necesario, lo podemos explicar y lo explicamos”¹⁰⁶.

“Me dedico a la familia de los pacientes que necesitan más apoyo, o sea, que por el diagnóstico necesitan, por ejemplo un paciente que este con cáncer, con depresión, que amerite un cuidado más directo”¹⁰⁷.

Los conceptos antes nombrados, llevan a resaltar que la práctica educativa como rol del profesional se encuentra enmarcados dentro de un contexto procedimental, pues la productividad del quehacer desvirtúa la esencia del otro como sujeto en sus dimensiones del ser, entendiendo que ésta última en cuatro aspectos del ser, *hacer*, tener y estar; con necesidades de conocimiento y así mismo de entendimiento. Como resultado de ello las necesidades de conocimiento del sujeto están dados por la falta de una interacción más cercana entre el profesional y el sujeto de cuidado o la familia al momento de dar información, esto como resultado de una brevedad en la comunicación¹⁰⁸ que toma fuerza dentro de la cultura laboral en el que está sumergido el profesional y a su vez está ligado a una cultura organizacional que se ha impuesto en el quehacer profesional en el que los conceptos científico-Técnicos toman mayor fuerza para lograr los fines impuestos por el mercado.

¹⁰⁶ E4P2.4(m).

¹⁰⁷ CI 34 contiene los códigos in vivos: E6P18(eee). E6P18(fff). E4P17(ss)

¹⁰⁸ C113 Códigos in vivos: E2P7(x), E4P3 (p), E4P2.4(m), E4P2.4(n), E4P3(o), E4P3.1(q), E6P3(g).

Como resultado de una información sencilla sobre los procedimientos de cuidado que se llevan a cabo y la *comunicación no verbal unidireccional* en el que *las miradas hablan* entre los sujetos, conducen a que la acción educativa del profesional de enfermería en el acto comunicativo sea deficiente¹⁰⁹ y con ello, que el consentimiento informado en enfermería se quede en el plano de la información, como emerge en los datos cuando se hace expresa la deficiencia en la forma de educar al sujeto sobre los procedimientos

“Creo que eso va en como uno le de la información (se refiere al sujeto de cuidado), hay gente que dice: le voy a tomar una muestrica de sangre. Para ti como paciente sería insuficiente pero, pues de pronto para ellos todo lo ven como un tratamiento, *pues que igual si yo le explico que le voy a tomar una hemoglobina, un hematocrito, así ellos no me van a entender para que es*”¹¹⁰.

A si mismo esta deficiencia se confirma con la opinión de uno de los usuarios entrevistados en el que se demuestra que la finalidad del procedimiento realizado –toma de una muestra de sangre- no fue comprendida: “Que le preste el brazo que me van a sacar sangre... una vez si me dijeron que era para... mirar el nivel de sangre si seguía saliendo en el hígado, algo así (duda). Pero nada más.”¹¹¹

Todos estos aspectos emergentes nos indican que la praxis del actual “cuidado” desvirtúa el rol de educador que debe tener el profesional de enfermería en los procesos de cuidado, que pierden importancia ante las múltiples responsabilidades tanto asistenciales como administrativas que tiene que asumir en su ejercicio profesional.

9.1.3 EXCLUSIÓN DEL SUJETO DE CUIDADO Y/O FAMILIA EN EL ACTO COMUNICATIVO¹¹²

Este concepto emergente en la investigación surge como producto de las relaciones disociativas entre el usuario, la familia y el profesional al momento

¹⁰⁹ CI 6 Códigos in vivos: E5P5.6(t), E5P5.6.1(u), E6P10(nn), E6P10(ññ).

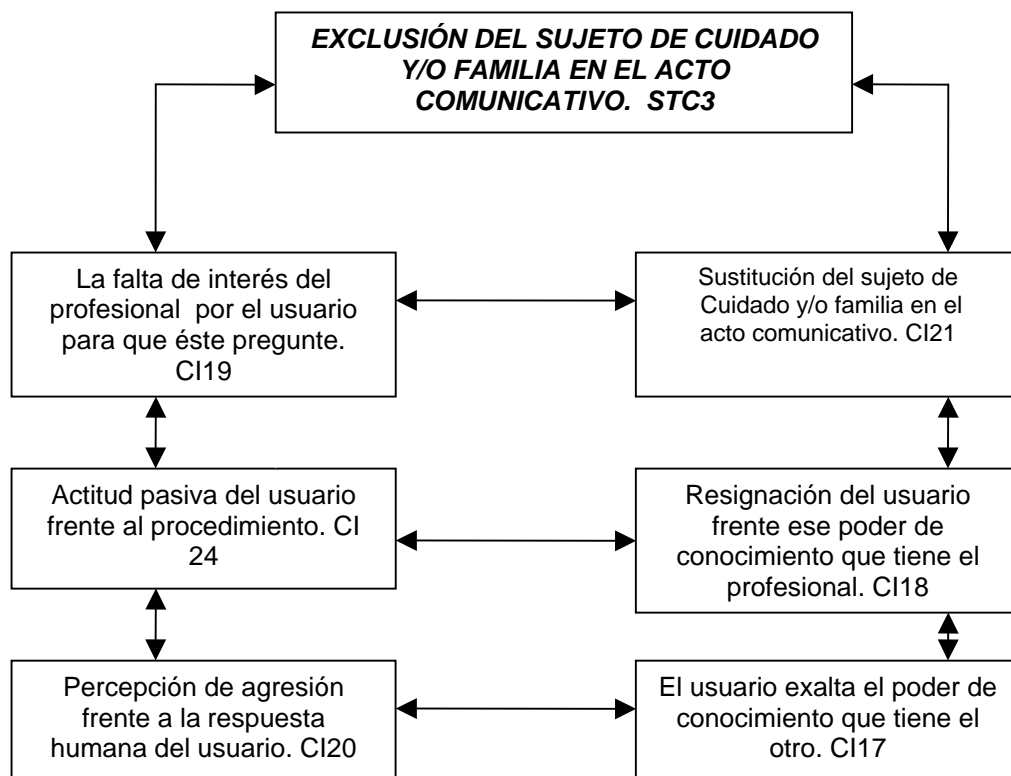
¹¹⁰ E6P10(ññ).

¹¹¹ E5P5.6.1(u).

¹¹² SCT3 CI 17-21

en que se realiza un acto de cuidado afectando el consentimiento informado de manera directa pues como se describirá a continuación el usuario no es participe en el proceso de hospitalización. En el siguiente diagrama muestra la relación de conceptos que se tendrán en cuenta para describir la subcategoría nombrada:

Diagrama 6



Dadas las experiencias recogidas en las observaciones dentro del saber-hacer profesional entre ellos la importancia que toma la adquisición de funciones administrativas y la técnica como medio para alcanzar los fines: mejorar la salud de los sujetos, llevan al desplazamiento de la esencia de la enfermería dentro del acto de cuidado como lo es el acto comunicativo con el sujeto de cuidado y su familia desde la dimensión del ser que nos llevan a comprender e interpretar el sentido que para ellos tiene el proceso de salud-enfermedad.

Teniendo en cuenta lo anterior, el consentimiento informado en enfermería está

enmarcado dentro de un plano vertical que no visualiza la importancia de la participación del otro en la toma de decisiones frente a las acciones de cuidado, del mismo modo, el sujeto y la familia se excluyen en estos procesos en los que ellos hacen parte y en los cuales recae la acción.

Por un lado existe, la falta de interés del profesional por el usuario para que éste pregunte¹¹³ para que hable, comunique sus intereses, sus necesidades y de este modo hacer que participe durante momentos clave, por ejemplo, durante los procedimientos en los que se tiene la oportunidad de interactuar con el sujeto “Uno les brinda la calidez suficiente... si uno les mirara y les hablara bonito esto les generaría confianza, yo por las carreras... a veces uno no se detiene a mirarlos, aunque sea bonito para aunque sea que ellos pregunten”¹¹⁴.

A si mismo, la toma de decisiones por parte del profesional sin consultarle al usuario, llevan al desplazamiento de la autonomía del sujeto de cuidado durante la acción del consentimiento informado; además se percibe que el sujeto no es conciente de cuál es el derecho que tiene como persona de hacerse participe en las desiciones con respecto a su salud, llevando a tomar una actitud pasiva del usuario frente al procedimiento¹¹⁵, veamos lo que nos dice una de las descripciones: *La señora MA, escucha al jefe cuando le informa de la muestra de sangre que va ha tomar en el dedo y ella le responde diciendo: “bueno”; tornándose pasiva y tranquila*¹¹⁶; es así que los mismos usuarios aceptan los procedimientos sin hacer uso de su autonomía pues esta se queda restringida al hacer como veremos más adelante (ver SC 5).

El usuario y la familia conciben que el consentimiento informado en casos de urgencia se puede omitir: “Si no hay alguien que no pudiera dar la autorización no pueden dejar la gente ahí a que se muera, entonces creo yo, que no, que no

¹¹³ CI19 códigos in vivos: E6P3.1(k), E6P7(z), E6P7(cc), E6P7.2(gg), E6P7.1(dd), E6P7.1(ee).

¹¹⁴ E6P7.1 (ee).

¹¹⁵ CI 24 códigos in vivos: DIV(e), DIII(e), DIII(f), DIII(j), DIV(d)

¹¹⁶ DIV(d)

hay ningún problema que no se dé una autorización”¹¹⁷.

El derecho a la autonomía se subsume cuando peligra la vida del usuario. Además, el usuario y la familia reconocen que el rol de ellos es de ayuda y colaboración, así lo expresan “Uno como enfermo debe prestar la mayor colaboración posible, porque de todas maneras, es como un bien para uno mismo”¹¹⁸. Esta postura colaborativa pareciera expresar un conformismo inherente al sentirse “paciente” resignándose a lo que el profesional les realiza ya que es significativo, como bien propio, recuperar su salud como lo expresa uno de los usuarios cuando se pregunta sobre la información que le gustaría recibir sobre los procedimientos que se le realizan: “pues, si... cualquier cosa que me digan me parece bien”¹¹⁹.

Sin embargo, a pesar de que el usuario no reconoce la importancia del consentimiento informado en los procesos de hospitalización, cuando se le pregunta si no siente que invaden su cuerpo con los procedimientos sin pedir su autorización, afirma: “No porque creo que no es invadir su cuerpo si no tratar de ayudarlo para mejorar su cuerpo”¹²⁰. Existe por parte del profesional de enfermería una percepción de agresión frente a la respuesta humana del usuario¹²¹ pues dentro de su experiencia profesional, el pedirle permiso al usuario durante los actos de cuidado llevaría a que el sujeto se niegue:

“Muchos se negarían porque es que nadie quiere que le pinchen”.

“Si se les informa, muchos se niegan, muchos se niegan”

“Si se llevara la experiencia de pedirles el permiso, quizás ellos no se sentirían... agredidos seguramente o lo que le digo... muchos no

¹¹⁷ CI18 E5P9 (gg).

¹¹⁸ E5P8(dd), E5P9(ff).

¹¹⁹ CI 18 E5P5.2.2(n)

¹²⁰ CI 18 E5P9(ee).

¹²¹ CI 20 contiene los códigos in vivo: E2P8.1 (aa), E2P8.1(bb), E2P8.1(cc), E2P8.1(dd), E2P8.2(ee), E2P8.2(ff), E2P4(i), E2P4(j).

aceptarían (sonríe)”¹²².

Estos aspectos están relacionados con la percepción que tienen los profesionales acerca del cansancio que presentan los usuarios por las repetidas hospitalizaciones: “Se cansan de que todos los días los pinchen: ¡otra vez!... ayer me pincharon, me pincharon por la mañana, ¡otra vez!..., si, entonces ellos si manifiestan eso”¹²³. Es así, que en la práctica de la enfermería, aun cuando se le informa al usuario sobre el procedimiento, este se niega, por tanto el pedirle permiso además de exigir más tiempo del profesional mientras el usuario decide, genera un temor en las enfermeras a que el usuario interfiera en los procesos de cuidado que impiden la suficiencia laboral.

Los pacientes por lo general, como vimos antes, delegan su autonomía y asumen su rol de “pacientes” por ello emerge que el usuario exalta el poder de conocimiento que tiene el otro¹²⁴ y este otro, es el profesional tanto de enfermería como de medicina. En la opinión que dan los usuarios y/o familia cuando se pregunta sobre la importancia que dan a la información brindada por el profesional, afirman: “Como sé que es un tratamiento que le hacen (usuario), entonces ellas (las enfermeras) saben más que yo”. Además refieren: “No. Porque... o sea, para mí lo mejor es la medicina...”. “Tampoco creo que las enfermeras sepan, ellas se guían por lo que les escriben y... lo que dice la...hoja esa...”¹²⁵. Aquí se encuentran opiniones que califican y descalifican el saber del profesional. Esta descalificación frente al saber de la enfermería no es casual; la actitud de los pacientes ante el saber-hacer profesional, en la mayoría de los casos, esta dada por la exaltación del poder que lleva consigo la profesión de la medicina que culturalmente se ha arraigado en el imaginario social, reflejada en la jerarquía social de la medicina frente a la enfermería, por ello no es de extrañar esta emergencia, y el tipo de información que esperan recibir los usuarios y la familia del profesional de enfermería es una información

¹²² E2P8.1(aa), E2P8.1(bb), E2P8.1(cc).

¹²³ E2P8.2(ff).

¹²⁴ CI17 contiene los códigos in vivo: EIP7.1.(h), EIP10.3.(bb), EIP10.3(cc), E3P6.1.1(p), E3P5.4.2(l), E3P5.3.1(g), E3P6(n), E5P6(w), E5P5.5@.

¹²⁵ E5P5.5.2(s), E5P5.5@, E5P6(w), E3P6(n).

básica del proceso de salud-enfermedad, ya que se considera que la enfermera no tiene los conocimientos necesarios para brindar una información completa.

Por otra parte, existe en algunas ocasiones un temor por parte del sujeto y la familia de preguntar al profesional sobre los procesos de cuidado, sobre los riesgos que estos tienen y sobre la evolución del usuario así lo refieren algunos de los familiares de los usuarios hospitalizados: “Porque de pronto habla uno cosas que no sabe”¹²⁶, pues para ellos lo más importante es que les sean aliviadas las dolencias que los aquejan y que les impiden llevar a cabo su cotidianidad: “No, yo no tengo esa precaución de preguntar que... que me duele o de qué depende, el todo es que me quiten el dolor o la angustia o el desespero que traiga uno (mira a la entrevistadora tímidamente)”¹²⁷.

Lo anterior sumado a la forma en que el sujeto y la familia conciben el quehacer del profesional evidencia la resignación del usuario frente a ese poder de conocimiento que tiene el profesional¹²⁸ en el proceso de hospitalización que lo llevan a “esperar” a que le “hagan” algo para que pueda recuperar su salud, además se vuelven dependientes de los profesionales de la salud por el servicio que les prestan:

“...Pues resignación porque ya acá le toca a uno resignarse, porque uno esta enfermo le toca a uno alentarse”.

“Le toca esperar que le apliquen a uno algo para aliviarse...”¹²⁹

El sujeto de cuidado pone una absoluta confianza en el profesional y como considera que no tiene conocimientos para juzgar la información que le dan, aceptan la magnificación de la técnica y los demás procedimientos durante la hospitalización, conformándose con la información que recibe, al respecto dicen: “Si, yo estoy muy conforme”, “(...) de todas maneras yo aquí no estoy

¹²⁶ EIP10.3(cc)

¹²⁷ EIP10.3.(bb), E3P5.4.2(l), E3P5.3.1(g).

¹²⁸ CI 18 Códigos in vivo: E3P5.4(h), E3P5.4.1(j), E3P5.5(m), E3P6.1.1(p), E3P6.2.1.1(s), E3P6(n), E5P5.2.2(n), E5P9(ee), E5P9(ff), E5P9(gg).

¹²⁹ E3P5.4(h), E3P5.4.1(i), E3P5.4.1(j), E3P5.4.2(k), E3P5.4.2(l), E3P6.2.1.1(s), E3P6.1.1(p).

porque... yo quiera, de todas maneras y estoy aquí porque lo necesito y ellas prestan el servicio”¹³⁰.

Por ultimo y teniendo en cuenta las formas de exclusión que venimos desarrollando, se ve que existe una **sustitución del sujeto de cuidado y/o familia en el acto comunicativo**¹³¹ dentro del quehacer profesional, en el que se invisibiliza al usuario y se excluye del acto dialogico al momento de la interacción usuario-profesional, dando importancia al protocolo de la técnica, o en algunos casos, a terceros (otras personas) que intervienen en la comunicación, como lo indican la siguiente descripción en la que el profesional de enfermería esta administrando un medicamento a un usuario que se encuentra en una situación de salud crítica.

Nos encontramos en una de las habitaciones, la jefe dirige su mirada hacia mí (investigador 1) sin observar a don JF y me dice: “ya vengo, voy a traer una aguja”. Sale sin decir nada; en ese momento don JF expresa que tiene sed y cuando la jefe vuelve, yo (investigador 1) pregunto si el señor tiene restricción de líquidos. La jefe me dice “Si, tiene restricción de líquidos... (su actitud muestra que está pensando), pero ahorita en los medicamentos de cuatro le dan un poco de agua” y sigue atenta a su procedimiento en la bandeja, mientras conecta los líquidos al brazo izquierdo del señor me dice (investigador 1): “ahorita le traigo un poquito de agua” sin dirigir su atención a don JF quien durante la conversación mira lo que la jefe hace¹³².

Estas situaciones evidenciadas en las descripciones permiten comprender cómo el profesional de enfermería en ocasiones mantiene una comunicación vertical con el sujeto y/o familia que es aceptada dentro de la cultura del cuidado conllevando a la despropiación de la esencia del rol de la enfermera dentro de la praxis, convirtiéndose el sujeto en el medio en el que se interviene

¹³⁰ E3P5.5(m), E5P6.2.1(aa).

¹³¹ CI 21 Códigos in vivo: DI(d), DI(i), DI(l), DI(m), DI(w), DI(dd), DI(f), DI(dd), DI(f).

¹³² DI(d), DI(i), DI(l), DI(m).

y se invade, para lograr un fin.

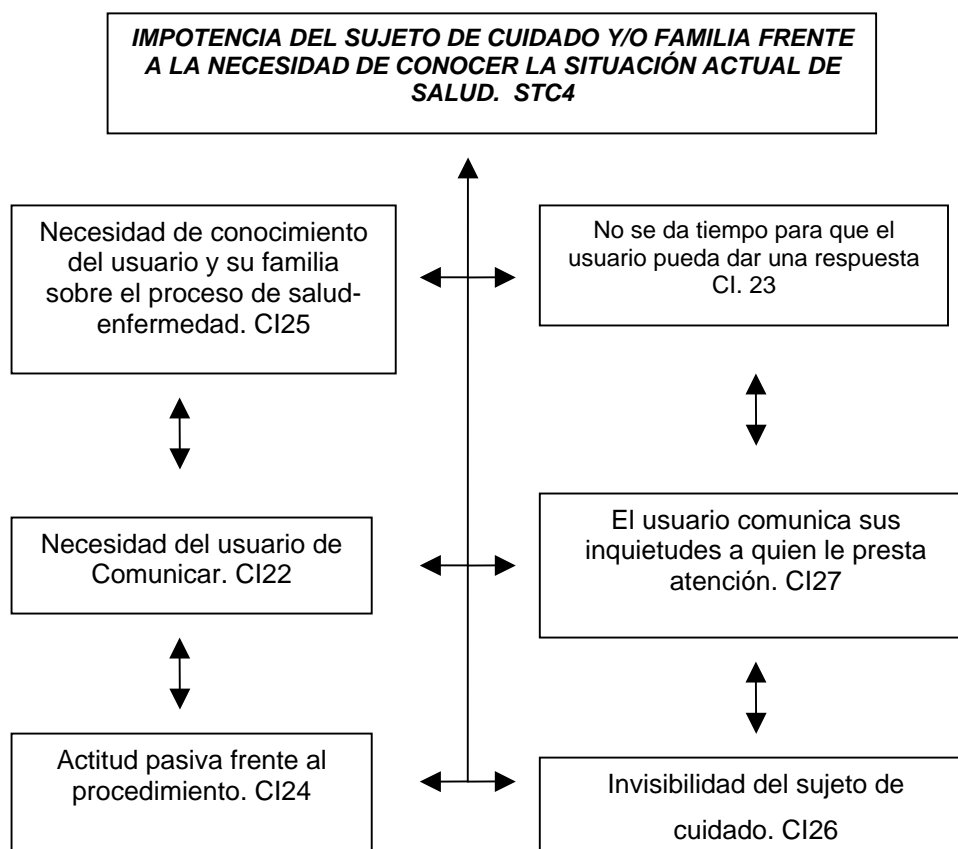
9.1.4 IMPOTENCIA DEL SUJETO DE CUIDADO O DE SU FAMILIA FRENTE A LA NECESIDAD DE CONOCER LA SITUACION ACTUAL DE SALUD¹³³

Esta subcategoría consolida la relación existente entre la praxis del cuidado, a la hora de dar consentimiento informado, y la manera como el sujeto de cuidado siente la necesidad de establecer un acto comunicativo con el profesional de enfermería. La impotencia se relaciona con los tiempos y espacios restringidos dedicados al usuario y su familia, con la comunicación escasa y con la información recibida que no orienta, ni dinamiza los actos de cuidado que realiza el profesional.

A continuación se muestra la relación de los conceptos que representan esta subcategoría emergente:

¹³³ SCT4 CI 22-27

Diagrama 7



El proceso de hospitalización genera en el sujeto de cuidado sentimientos de angustia y preocupación por su condición de salud que lo llevan a sentir la **necesidad de conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad**¹³⁴, esta necesidad de conocimiento sobre su proceso salud-enfermedad está relacionado con la pérdida de control sobre su vida cotidiana, pues la hospitalización imposibilita al sujeto y su familia a continuar con el plan diario de vida. Es común oír en los servicios de hospitalización expresiones como la de una señora joven, quien se encontraba hospitalizada por una enfermedad vascular de miembros inferiores que la incapacitaba para caminar, la preocupación de conocer sobre las implicaciones posteriores a su enfermedad

¹³⁴ CI 25 códigos in vivos: EIP7(s), EIP7.2.(t), EIP7.3.(u), EIP10.3(cc), EIP10.3(dd), EIP10.3(ff), EIP10.3(gg), E3P4(a), E3P4.1(b), E3P5.2(e), E3P5.3(f), E3P7(t), E5P4.(g), E5P5.4(p), E5P5.4(q), E5P5.6(t), E5P5.6.1(u), E5P6.1(y), E5P5.6(x), E5P7(cc), E6P3.1(k), E6P7(z), E6P7(cc), E6P7.2(gg).

actual "...pues lo que me preocupa es mi salud... pues yo tengo niños y vivo sola con mis hijos, soy la única que estoy apoyando a mis niños..."¹³⁵. Estas angustias que generan las hospitalizaciones, especialmente en mujeres cabeza de familia, generan doble impotencia: una, frente al futuro de su salud; y dos, frente a la responsabilidad económica, materna, social y afectiva con sus hijos.

La incertidumbre familiar, que ocasiona los problemas de salud en usuarias de edad avanzada con hospitalizaciones frecuentes por enfermedad crónica, generan en la familia interrogantes sobre el estado de salud "...me gustaría estar pendiente porque en estos momentos no sé si se necesita más tiempo o esté muy avanzada... (La enfermedad) o saber a qué atenerse uno..."¹³⁶. El no poder "predecir" que va a pasar con la salud de su ser querido, ocasiona en el familiar un cierto sentimiento de impotencia al no poder dominar el futuro con relación a su estado de salud, después de la salida del hospital.

El tiempo de hospitalización y los tratamientos que reciben los usuarios son también fuente de inquietudes y preocupaciones por el impacto que estas tienen sobre la restricción de sus actividades en la vida diaria. Unido a esto viene la necesidad de conocer, pero de manera pasiva, para qué se le hacen ciertos procedimientos y de conocer para qué son los procedimientos que se le realizan. La necesidad pasiva de conocer se da por la impotencia que sienten los sujetos de preguntar espontáneamente y por la dificultad de entablar una relación comunicativa con el profesional de enfermería dada la relación lejana, que se presenta, entre las enfermeras-usuarios. Esta relación distante no facilita y mucho menos motiva al usuario a expresar sus inquietudes o necesidades, pues como ya dijimos, las tareas de orden administrativo atrapan el mayor tiempo y atención del profesional.

En algunas de las experiencias encontradas en la investigación se describe al profesional entrando a la habitación del sujeto de cuidado, llevando en sus

¹³⁵ E3P4.1(b), EIP7.2.(t), EIP7.3.(u).

¹³⁶ E1P7(s), E5P5.6(x), E5P7(cc), E5P4(g), E3P4(a),

manos los elementos necesarios para el procedimiento que se dispone a realizar. *El profesional mira unos segundos al paciente pero no lo saluda, su interés está en colocar el medicamento que requiere el señor dadas las condiciones de gravedad de su salud; mientras el profesional realiza estas acciones de cuidado Don JF sigue con la mirada lo que hace la jefe en todo momento sin decirle nada, aunque su cara refleja sentimientos de angustia y necesidad de saber lo que ella hace con los aparatos y la maquina; su mirada sigue las acciones de la enfermera*¹³⁷. Cuando el centro de atención no es el sujeto de cuidado, es muy frecuente ver estas imágenes en los servicios hospitalarios; la enfermera no se percata de la necesidad de explicación que el sujeto esta teniendo en ese momento, pues al terminar el procedimiento, simplemente sale de la habitación sin dar explicación alguna.

Esta dificultad comunicativa entre el profesional de enfermería, el usuario y la familia, está acompañada por una serie de patrones culturales y sociales de cada persona o grupo familiar. Para los profesionales de enfermería participantes de la investigación “Los pacientes de bajo nivel sociocultural no preguntan, realmente ellos casi nunca preguntan, pero los otros sí, los de más altico, los que tienen un nivel sociocultural-económico más altico sí preguntan sobre cuántos días se van a demorar, qué mas le van a hacer, qué les van a operar, todo eso, sí”¹³⁸. Estos patrones culturales asumidos por los profesionales se convierten quizá en la disculpa para no motivar la pregunta en los usuarios, para no explicaciones suficientes y oportunas en cada acto de cuidado.

Esta necesidad pasiva de conocimiento del sujeto de cuidado y la familia, que se convierte en impotencia y esta dada por una ausencia de interacción continua con el profesional de enfermería. Los datos reportan lenguajes incomprensibles, muy técnicos que no brinda información concreta sobre los procesos de cuidado ni de tratamiento para el usuario y su familia: “Hablan entre sí cosas todas científicas y yo no entiendo... y salen y se van y me dejan

¹³⁷ DI(e).

¹³⁸ E6P7(cc).

y yo no... no entiendo muy bien lo que me dicen”¹³⁹. El sujeto de cuidado y la familia esperan del profesional una interacción más cercana “Me gustaría como que... le dijeran a uno: mire... pasa esto y esto y... va estar tanto tiempo más... o... vamos a hacer esto, pero...”¹⁴⁰, que le permita de éste modo resolver las necesidades de conocimiento de una manera clara, que facilite comprender los diferentes procesos de cuidado que se llevan a cabo durante el tiempo de hospitalización. Esa opinión del usuario se convierte en un reclamo por la ausencia del consentimiento informado.

Una variante que emerge de los datos, es la necesidad de tener en cuenta que la necesidad de conocimiento tanto del usuario y la familia las experiencias de hospitalización que el sujeto de cuidado ha tenido dada la cronicidad o recurrencia de su enfermedad. Debido a los procedimientos rutinarios, que son de realización diaria, entre ellos, la curación, toma de glucometrías, muestras de sangre de control, etc, el usuario y la familia ya conocen el procedimiento y no ven la necesidad de preguntar “(...) pues yo no pregunto porque ya sé para qué es... entonces, no pregunto”¹⁴¹. Sin embargo, cabe aclarar que dentro de la información que la enfermera brinda al usuario y/o familia esta orientada a indicar sobre qué examen se realiza sin explicar en qué consiste, para qué se hace y cuales son los riesgos, es decir *se informa pero no se explica* (ver CI13).

Todas estas situaciones permean en el usuario la necesidad de comunicar¹⁴² lo que siente y quiere expresar, ya no a través de una comunicaron verbal, sino, con gestos y miradas, especialmente cuando el sujeto de cuidado está en condiciones críticas por la complejidad de enfermedad. Este lenguaje gestual intenta hacer un llamado de atención al profesional, intenta hacerse sentir, es quizás una forma de decir “¡ehí míreme!”¹⁴³ pues mientras la enfermera realiza el procedimiento *Don JF sigue con la mirada hacia donde se dirige la jefe, don*

¹³⁹ E5P5.4(p).

¹⁴⁰ E5P5.4(q).

¹⁴¹ CI35 EIP6.2.4.(y)

¹⁴² CI 22 Códigos in vivo: DI(b). DI(j). DI(e).DI(l). DI(t). DI(v).

¹⁴³ MD-0.1 DI(b)(e)(j)(k)(l)(t)(v)

JF viendo lo que la enfermera hace, arruga el ceño en signo de dolor y mira hacia donde se dirige el jefe quien sale de la habitación sin percatarse de la actitud de dolor y ansiedad por la necesidad de sed que en ese momento estaba sintiendo don JF; además no podía hacer expresa su necesidad debido a la máscara de oxígeno que tenía en la cara por la dificultad para respirar y por que le impedía hablar¹⁴⁴ El afán que trae consigo la rutina clínica y la poca conciencia del consentimiento informado hace que el profesional no se percata de lo que el sujeto quiere expresar a través de sus miradas que refleja el sentimiento de impotencia.

El usuario reclama la atención del profesional en su saber-hacer, existe una actitud de espera para que se haga activa la comunicación pero no hay una respuesta, por el contrario, la comunicación no verbal persiste y no rompe esa barrera del silencio en la interacción de los sujetos. Aunque existe un espacio para que se efectúe el diálogo y con ello se le permita al usuario preguntar sobre los procesos de cuidado, resolver dudas y permitir así un acercamiento entre profesional-usuario, se observa que el profesional no promueve, no estimula la comunicación entre ellos debido a la dificultad que lleva consigo la praxis del cuidado que brinda el profesional en su actual quehacer.

Ese sentimiento de impotencia conlleva al sujeto de cuidado, a asumir una actitud pasiva frente al procedimiento¹⁴⁵ que realiza la enfermera o al enfermero, existiendo una dualidad entre el conformismo por no preguntar y la aceptación de las intervenciones del profesional sobre su cuerpo.

Esta situación se ve expresada en una de las descripciones realizadas en la que el profesional al acercarse al sujeto de cuidado, quien se encuentra con uno de sus familiares en la habitación, se ubica al lado derecho de la usuaria para tomarle una glucometría; luego de saludar, el enfermero alista el equipo para realizar el examen y

¹⁴⁴ DI(b). DI(j).

¹⁴⁵ CI 24 códigos in vivos: DIII(e), DIII(f), DIII(j), DIV(d), DIV(e).

El jefe en actitud seria dice, mientras le coge uno de los dedos de la mano: “Doña MA permítame su dedito para un pinchacito”, la señora MA no le responde nada y saca la mano que tiene entre las cobijas y al escuchar lo que el jefe le dice, responde “bueno” tornándose pasiva y tranquila viendo el procedimiento sin decirle nada al enfermero. El jefe pincha el dedo, doña M. arruga la frente y aprieta la boca sin decir ninguna palabra El profesional, no se percatara de la reacción de la paciente pues ni la mira, ni dice nada frente a la actitud y los gestos la señora.¹⁴⁶

Esta práctica de cuidado en condiciones laborales en que se ven obligados los profesionales a restringir los tiempos de contacto con los usuarios, reduce el acto comunicativo a informar sobre el qué del procedimiento y a que el usuario tome una actitud de espera frente a un acto de cuidado “...cualquier cosa que me digan me parece bien”¹⁴⁷. Como se dijo antes el sujeto se conforma con la información recibida porque es parte del servicio que se recibe, por lo cual se debe aceptar.

A la luz de todo el contexto en que emergen los datos que dieron lugar a la interpretación de la subcategoría que estamos analizando, podemos decir que no se da tiempo al sujeto para que pueda dar una respuesta¹⁴⁸ porque no existe un acto comunicativo de entendimiento en el consentimiento informado, además si aceptamos que la comunicación: “es un acto de entendimiento mutuo que lleva necesariamente a un acuerdo fundamentado y justificado con la posibilidad de interrogar en el discurso entre los actores”¹⁴⁹. Es claro que en todo este proceso de comunicación enfermera-paciente no se interroga el discurso por ninguna de las partes y es necesaria la participación del sujeto de cuidado en el acto comunicativo para el logro de los intereses tanto personales

¹⁴⁶ DIII(e). DIV(e). DIV(f). DIII(j).

¹⁴⁷ E5P5.2.2(n), EIP7.1.(h), EIP10.3.(bb).

¹⁴⁸ CI 23 Códigos in vivo: DI(ñ), DI(o), DI(r), DI(aa), DI(bb).

¹⁴⁹ Artículo publicado en: “Apuntes sobre la teoría de la acción comunicativa de HABERMAS Jungen, desde el punto de vista de la teoría de las distinciones, En: Estudios políticos, Rodrigo Jokisch, núm. 24, Mayo-Agosto, 2000. p.81-128

como profesionales.

Esta es una de las escenas cotidianas de las enfermeras, en una habitación con un usuario, a quien le aplica un medicamento a través de unos equipos intravenosos y observa que el paciente tiene sed, sale del cuarto y traer el agua en una taza, se acerca a él con la taza y la aproxima a la boca diciéndole:

“Tome un poco de agua don JF”, mientras la jefe lo mira fijamente, toma unos sorbos de agua con mucho afán. Luego de darle el agua, la jefe le retira la taza de la boca a don JF quien se queda mirando la taza. La Jefe al ver la actitud del señor, le dice: “ahorita le doy otro poquito”... pero no le permitir expresar su opinión frente a esta situación y sigue concentrada en la realización del procedimiento. Don JF sigue mirando lo que la jefe hace. Luego de un rato la jefe se acerca a don JF le quita la mascarilla de oxígeno de la cara y mirando fijamente y sin decirle nada más le dice: “tome más”.El señor toma el agua apresuradamente sin expresar nada¹⁵⁰.

La anterior descripción muestra la falta de interrogación entre los autores en la comunicación, como lo plantea Habermas. La interacción que existe entre los sujetos está mediada por un procedimiento, que en ocasiones anula la respuesta humana de la persona. No obstante, para los usuarios esta situación en la que los profesionales centran su atención en la técnica sin dialogar con ellos ni aludir a su opinión, es normal por la condición de enfermos, de “pacientes” que los llevan a tomar una actitud conformista “...porque uno bien enfermo qué hace... ¡le toca!... toca esperar que le apliquen a uno algo para aliviarse...”¹⁵¹, en voz melancólica y mirada tímida continua diciendo”.

Esta falta de comunicación interactiva lleva a que el usuario hospitalizado y en ocasiones el familiar expresen sus inquietudes a quien presta su atención¹⁵²,

¹⁵⁰ DI(ñ), DI(o), DI(r), DI(aa, DI(bb).

¹⁵¹ CI 17 E3P5.4.1(j).

¹⁵² CI 27 contiene los códigos in vivo: DI(f). DI(k). DI(dd).

así sean personas no comprometidas laboralmente con la institución, este es uno de los casos en que un paciente que estaba en condiciones críticas de salud se quita, con una de sus manos, la mascarilla de oxígeno que tiene en la cara y se dirige a nosotras las investigadoras, y no a la jefe que estaba realizando un procedimiento, expresando la necesidad física que sentía en ese momento: *Don JF me dice (investigador 1) en voz baja y pausada: “estoy seco” Le digo al señor: “ya le digo a la jefe que le de un poquito de agua”.*

La importancia que toma la técnica en el saber-hacer profesional hacen perder la esencia humana del sujeto de cuidado, en el que las actitudes distantes y en ocasiones de indiferencia de las enfermeras llevan a invisibilizar al sujeto de cuidado¹⁵³ en la práctica asistencial y con ello, a olvidar al ser humano en el que recae la acción.

Esta es una situación del quehacer profesional en el que

“la enfermera en uno de sus momentos de interacción con el sujeto, entra a la habitación, pone la bandeja sobre una de las mesas sin pronunciar ninguna palabra, pues está concentrada en alistar el equipo. Durante ese espacio de acercamiento la jefe no habla con el usuario solo se perciben algunos momentos de comunicación no verbal expresada con miradas... Ya terminado el procedimiento, la jefe centra su atención en los equipos, en verificar que quede permeable el paso del medicamento, eludiendo al sujeto quien la mira de manera interesada siguiendo las acciones que el profesional realiza.”¹⁵⁴

Esta conjugación de comportamientos del profesional de Enfermería con el sujeto de cuidado hacen que la persona se sienta vulnerable e impotente y no tenga más que hacer que “esperar” que le comuniquen o que le presten atención.

Es así que la autonomía en los actos de cuidado sea limitada por el hacer

¹⁵³ CI26 códigos in vivos: DI(c), DI(m), DI(q), DI(p), DI(t), DI(u), DI(y), DI(z), DIII(i), DIV(f), DIV(g), DIV(h).

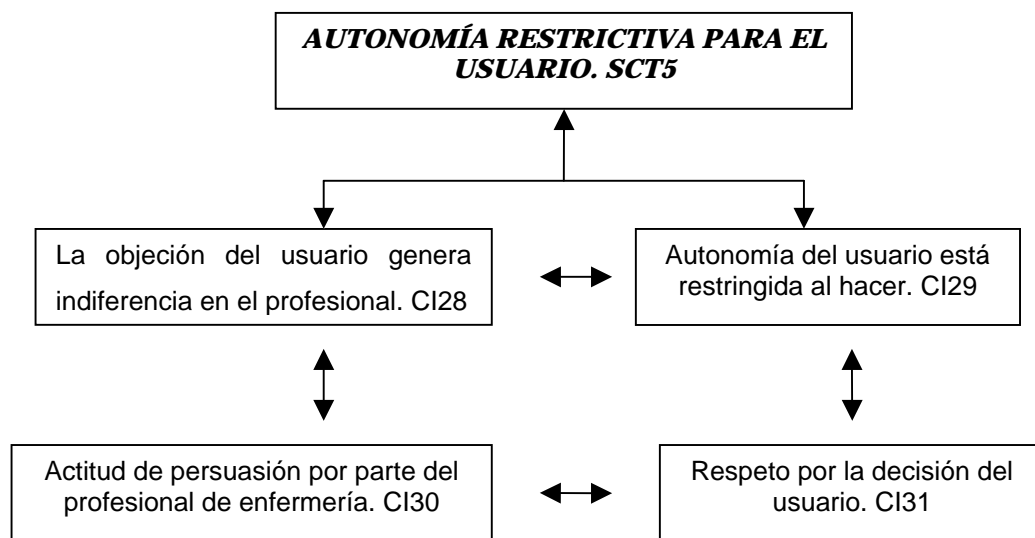
¹⁵⁴ DI(p), DI(c), DI(y). DI(t).

profesional, como describiremos a continuación con más detalle.

9.1.5 AUTONOMÍA RESTRICTIVA PARA EL USUARIO¹⁵⁵

Esta subcategoría esta sustentada bajo una serie de códigos interpretativos que dinamizan la manera de ver del profesional de enfermería, la autonomía del sujeto. En el siguiente esquema se ilustra esta relación de conceptos:

Diagrama 8



La práctica del cuidado esta enmarcada bajo unas condiciones de tiempos y de eficiencia productiva que le impiden al profesional hacer participe al sujeto en la toma de decisiones, dando como resultado la pérdida en la esencia dialógica del consentimiento informado como rol del profesional.

Para el profesional de enfermería, lo ideal es que el usuario no debe negarse a las acciones de cuidado que se realicen durante el proceso de hospitalización y les parece que ellos pueden “decidir un poquito también”¹⁵⁶ sobre las acciones a la hora de realizar los procedimientos. Pese a que hay un reconocimiento parcial de las enfermeras a la participación del otro, esta debe ser limitada a “...que no llegara a un extremo, a una posición radical de que no acepta

¹⁵⁵ SCT5 CI 28-31

¹⁵⁶ E2P9(hh)

nada”¹⁵⁷, porque “Si el paciente no va a aceptar, si su autonomía le permite decidir que no me tomo exámenes, que no me tomo medicamentos, entonces, hasta qué punto... ¿para qué lo tenemos hospitalizado?”¹⁵⁸, dice el profesional de enfermería cuando se le pregunta lo que piensa sobre la autonomía que debe tener el usuario hospitalizado, esta posición crea inquietud de si la objeción del usuario genera indiferencia en el profesional¹⁵⁹ Pues el tono en que se interroga la decisión de un usuario denota indiferencia ante el ejercicio de la libre autonomía para decidir.

El uso de esta autonomía del usuario lleva a que algunas enfermeras sientan un rechazo hacia la postura negativa del usuario porque esta interfiriendo con la práctica eficientista del cuidado. Además se da por hecho que todo paciente en el servicio ha de acatar las órdenes médicas que ejecutan las enfermeras, lo contrario genera interrogantes, tales como “si el usuario se niega a que le tomen exámenes u otro tipo de procedimientos ¿para qué lo tenemos hospitalizado?”¹⁶⁰ si no va a permitir ninguna acción sobre su cuerpo. Pareciera que el ejercicio pedagógico del consentimiento informado no estuviera a plenitud en la conciencia de estos profesionales, sin embargo, si existe la actitud persuasiva ante estas dificultades, como lo veremos mas adelante.

Para los profesionales de enfermería la autonomía del usuario está restringida al hacer¹⁶¹ porque la información ofrecida se enfoca a la aplicación de la técnica como lo expresan los datos emergentes de los familiares cuando se le pregunta sobre si las enfermeras le piden su opinión para realizar un procediendo “pues apenas dicen que van a canalizar para colocarle la droga”¹⁶² señalando con una de las manos la venoclísis que tiene la usuaria, quien esta sentada en una silla al lado de la cama. Al triangular dichos conceptos con el

¹⁵⁷ E2P9(ii)

¹⁵⁸ E2P9(kk)

¹⁵⁹ CI 28 contienen los codigos in vivos E2P9(kk). “E2P9(ii). E2P9(ii). E2P9(gg). E2P9(hh).

¹⁶⁰ E2P9(kk)

¹⁶¹ CI 29 códigos in vivos: EIP9.1.(aa), E3P5.1(d), E3P6.2(q), E3P6.1(o), E5P5.(h), E5P6.2(z), E5P6.2.1(aa), E5P6(v), E2P8(z), E2P8(y), E2P8(z), E2P9(gg), E2P9(hh), E4P13(jj), E6P13(ss).

¹⁶² E1P9.1(aa).

profesional cuando se le pregunta sobre cuál es la autonomía que debe tener un usuario, encontramos que su enfoque está en la aplicación de procedimientos técnicos “la autonomía que ellos tienen a decidir sobre su propio cuerpo, su propio... tratamiento si lo acepta o no lo acepta, previa explicación de la necesidad del tratamiento”¹⁶³.

La acción educativa de enfermería (ver SC2) está centrada en dar una información sencilla sobre los procedimientos más no se educa al usuario y la familia con razones, explicaciones del porqué y del para qué de los actos de cuidado que se desarrollan sobre la situación salud-enfermedad. Sin embargo, este nivel educativo alcanza a generar una actitud de persuasión por parte del profesional de enfermería¹⁶⁴, tratando de convencer al usuario de que acepte la acción, explicando de manera prudente la necesidad real del procedimiento e insistiendo sobre la importancia que trae consigo la realización de la acción. Así lo manifiestan los profesionales sobre este aspecto:

“Cuando el paciente se niega pues se trata de convencer”. Afirma el profesional y continúa “si le digo de buena manera que le voy a tomar unas muestras y el paciente está cansado que todos los días lo pinchen, acceda porque yo llegué en buena actitud, quizás lo pueda hasta consentir un poquito a esa persona... y eso ayuda a convencer; si otra persona que llegue de una vez a decirle: ¡le voy a tomar unas muestras!, pues el paciente de una vez se niega...”¹⁶⁵.

Es bueno ver, como lo manifiestan los profesionales, cómo la actitud comprensiva y afectuosa es esencial en el momento de entablar un acto comunicativo con el sujeto, así mismo con la familia pues permite un acercamiento con el otro y establecer confianza para que sea asertiva la interacción entre los sujetos en los actos de cuidado, así que, “¡la actitud es

¹⁶³ E4P13(jj)

¹⁶⁴ CI 30 Códigos in vivos: E2P5(n), E2P17(vv), E2P17(uu), E6P6(s), E6P6(t), E6P6(u), E6P6(v), E6P6(w), E6P6.1(x), E6P6.1(y)

¹⁶⁵ E2P5(n), E2P17(uu).

totalmente importante!”¹⁶⁶ para lograr persuadir al sujeto y lograr que cambie de opinión.

Esto nos lleva a plantear que esta *autonomía restrictiva* del usuario esta enmarcada bajo los principios de beneficencia vs. maleficencia que el profesional de enfermería en su quehacer debe saber resolver; pues lleva consigo la dualidad de los intereses de los individuos para que sean resueltos estos dilemas de manera recíproca en tanto uno como el otro salgan beneficiados.

Para las enfermeras es claro que si la persuasión no funciona como estrategia para que usuarios y familiares acepten los actos de cuidado no les queda más que respetar la decisión del usuario¹⁶⁷ como lo expresan “si el paciente definitivamente no lo acepta, entonces hacemos un registro en la historia clínica que el paciente no aceptó el medicamento y se le informa al médico tratante”¹⁶⁸ El registro en la historia clínica resulta ser el soporte legal del profesional frente a un llamado de atención que amenace al estado de salud de las personas a su cargo.

El respecto por la decisión del usuario lleva a que la autonomía del sujeto sea parcial, es decir, sin una libre y voluntaria aceptación del usuario para la realización de los diferentes procedimientos. Es así, que para el profesional el tipo, la forma y la prudencia que tenga a la hora de dar la información resultan ser claves e indispensables en la praxis del cuidado.

Finalmente, todas estas situaciones emergentes de los sujetos participantes de esta investigación, llevan a visualizar la manera como el sujeto de cuidado se comporta frente a la información que le brinda el profesional sobre los actos de cuidado, así mismo, cómo esa practica del “cuidado” ya descrita, exteriorizan la actitud y el comportamiento al que se ven obligadas las enfermeras en su

¹⁶⁶ E2P1(uu), E6P6(s),

¹⁶⁷ CI 31 contiene los códigos in vivos: E2P5(ñ), E4P6(u), E6P6(w)

¹⁶⁸ E2P5(ñ)

quehacer, restringiendo, por un lado, los tiempos y los espacios dedicados al usuario y/o familia para poder cumplir con la demanda de funciones en su turno, *minimizando* de esta manera la importancia del consentimiento informado dentro de la praxis profesional; y por otro lado, excluyendo a los usuarios y las familias de un empoderamiento real frente al ejercicio de su autonomía plena.

9.2 RELACIÓN DIALÓGICA ENFERMERA–USUARIO–FAMILIA.¹⁶⁹

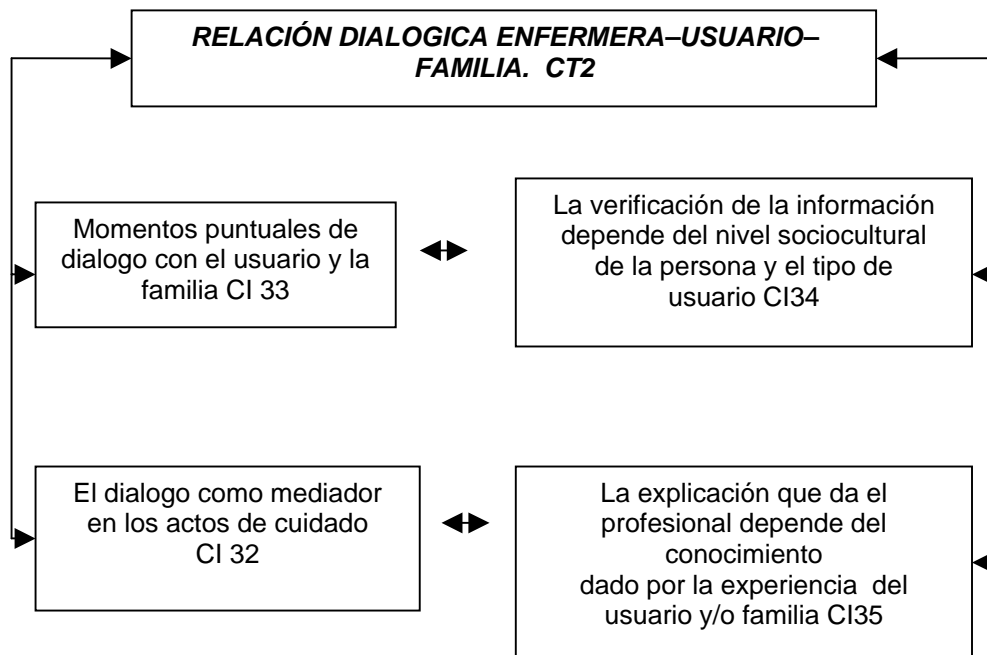
Pese a que la praxis del cuidado esta pasando por dificultades que la apartan de la esencia de la profesión de enfermería, existen resistencias de parte de las enfermeras frente a esas condiciones de adversidad que las llevan a vislumbrar y a rescatar el verdadero sentido del cuidado frente al consentimiento informado.

Esta *relación dialógica enfermera-usuario-familia* que se configura como una categoría conceptual de resistencia ante la adversidad, permite ser la fuerza dinamizadora en la interacción con los sujetos, que a través de la confianza y el entendimiento mutuo de las partes lleva a que el consentimiento informado tome real importancia a la hora de dar cuidado.

Vemos en el siguiente esquema, la relación de conceptos emergentes que componen esta categoría central y que evidencian el otro lado de la práctica de cuidado del profesional de enfermería en el consentimiento informado.

¹⁶⁹ CT2 CI32-35

Diagrama 9



Dentro del quehacer profesional diario existen momentos puntuales de diálogo con el usuario y la familia¹⁷⁰ que permiten ese acercamiento bidireccional en el que se comparten rápidamente inquietudes del proceso salud-enfermedad; estos momentos puntuales, coinciden con actividades propias del rol profesionales de enfermería: “al momento del ingreso, “al momento en que se le van a administrar medicamentos”, “al hacer una curación”, como también momento del “recibo y entrega de turno”¹⁷¹.

Estos momentos aunque suelen ser cortos por los tiempos y espacios restringidos, como ya se analizó, suelen ser casi el único medio para conocer lo que el otro está sintiendo sobre su situación-salud. Además, se pudo apreciar en las observaciones realizadas que el dialogo entre el profesional con los familiares de los usuarios se da en espacios cortos y al momento en que las enfermeras realizan otras funciones que no ameritan el contacto directo con el sujeto.

¹⁷⁰ CI 33 contiene los codigos in vivos: E2P2(a), E2P2(b), E2P2©, E2P2(d), E2P3(f), E4P2.1(b), E6P2.1(b), E6P2.1IV.

¹⁷¹ E2P2(a), E2P2(b), E2P2(c), E2P2(d).

De esta manera observamos que a pesar de que existen pequeños tiempos en la interacción al dar cuidado directo, estos favorecen que el dialogo sea un mediador en el acto de cuidado¹⁷², pues el profesional alcanza a desarrollar algunas capacidades y habilidades comprensivas rápidas para detectar señales de alarma o inquietudes en sus pacientes o familiares. Esta relación es cordial, lo que favorece el acto comunicativo en la práctica de cuidado.

Veamos una de las observaciones de la práctica diaria del profesional en el que se acerca un familiar de un usuario hospitalizado; su rostro refleja preocupación, mueve los ojos de un lado a otro y con voz tímida pregunta:

“¿Sumercé es la jefe?” La jefe quien se encuentra en el estar de enfermería revisando una historia clínica, levanta la cabeza y mira al señor, abre los ojos y en tono amable responde: “si señor, ¿en qué le puedo colaborar?” El señor le dice con voz temblorosa: “es que es para... saber que más necesito para... para lo del traslado en la ambulancia de mi papá, es que me dieron éste papel... La jefe mirándolo a los ojos y atenta a responder la duda que tiene el señor le dice: ¡Ah... si del traslado de don L. (mueve la cabeza afirmando), continua diciendo: mire, aquí únicamente tiene que traer ésta orden (señala una hoja que el señor tiene en sus manos) y no se le pide nada más pero allá en la clínica, sí le van a pedir la fotocopia del documento, si quiere sáquela ahorita para que tenga listo eso temprano”. El señor más tranquilo dice: “ah bueno, si señorita voy a hacer eso, gracias”. La jefe sonriendo levemente dice: “bueno, con mucho gusto” y vuelve su atención en lo que estaba haciendo con la historia clínica.¹⁷³

Lo anterior nos permite interpretar que a pesar de las dificultades y

¹⁷² CI 32 contiene los códigos interpretativos: DIII(b), DIII(d), DIII(h), DVI(a), DVI(b), DVI©, DVI(d), DVI(e), DVI(f), DVI(g), DVI(h), DVI(i), DVI(j), DVI(k), DVI(l), DVI(m), DVI(n), DVI(o), DVI(p), DVI(q), DVI©, DVI(s).

¹⁷³ DVI(a), DVI(b), DVI©, DVI(d), DVI(e), DVI(g).

adversidades, la cordialidad y capacidad educativa en el profesional rescatan el rol que facilita el acercamiento entre los sujetos y motiva para que el familiar exprese sus dudas e inquietudes con más confianza.

También se puede observar que el profesional de enfermería da explicaciones claras sobre el procedimiento que va a realizar, permitiendo al usuario entender la importancia de la acción de cuidado. Otro ejemplo de reivindicación del rol de enfermería se puede apreciar en otra de las situaciones observadas cuando el profesional va a realizar un acto de cuidado dentro de sus actividades diarias: siendo las 3:45pm del 30 de marzo de 2006 *la jefe dice a AC: “vamos a retirar esa sonda, así que jovencito acuéstese en la cama”, señalando con la mano y actitud amable, la cama; el joven quien mira atento y sonriente a la jefe dice: “out!, bueno”;* la jefe mientras hace el procedimiento le dice a AC: *“es un poco incómodo pero no duele tanto como cuando se le colocó”.* El joven le dice a la jefe: *“¡bueno!, si me aguanté 3 días con la sonda...”*¹⁷⁴

Esta relación dialógica establecida entre la enfermera-sujeto de cuidado contribuye a fortalecer el consentimiento informado en la práctica de la enfermería, ya que favorece la participación activa del usuario en la toma de decisiones sobre los cuidados, además, existe una retroalimentación de los mensajes para corroborar o verificar la comprensión de la información dada por las enfermeras al sujeto.

Para el profesional la verificación de la información depende del nivel sociocultural y el tipo de usuario¹⁷⁵ porque para ellas la escolaridad juega un papel importante a la hora de entablar un diálogo con el usuario y/o familia, pues “cuando uno no ve la gente así como muy estudiosa, como muy... que maneje mucho los conceptos, yo si les pregunto ¿me entendió o vuelvo y le explico?, o ¿quiere que le escriba en un papelito?, entonces, por lo general les

¹⁷⁴ DVI(i), DVI(j), DVI(k), DVI(l).

¹⁷⁵ CI 34 Códigos in vivos: E2P14(qq), E2P14(rr), E2P14(ss), E4P17(ss), E4P17(tt), E6P5(p), E6P5(q), E6P5IV, E6P18(ddd), E6P18(eee).

doy un papelito...”¹⁷⁶, esta es una estrategia pedagógica bien utilizada para verificar o confirmar si el mensaje realmente cumplió con su objetivo. Se hace evidente que para dialogar con los sujetos, la forma en que se emite el mensaje y la verificación del mismo, juegan un papel importante en la ejecución de los actos de cuidado y en la protección del manejo de la autonomía de los usuarios, pues entre mas claridad exista mas fácil será la decisión que se tome.

Dependiendo el tipo de usuarios, como lo afirman los profesionales, se puede establecer un dialogo más cercano sobre el proceso de salud-enfermedad, como sucede con los usuarios crónicos ya que por las hospitalizaciones frecuentes tienen un conocimiento más amplio sobre su enfermedad, es el caso de: “los pacientes renales... son pacientes renales que conocen mucho su caso, han leído mucho y que saben mucho de su patología...”¹⁷⁷ y así ya tienen la experiencia de los procedimientos de rutina que se realizan, lo que lleva a que no sea necesario explicar todo el tiempo sobre los cuidados, pues los usuarios tienen más conocimiento sobre las acciones de cuidado por sus experiencias recurrentes.

Con la familia también es importante mantener una buena comunicación en especial con la familia de usuarios con diagnóstico de enfermedad terminal, como lo hace expreso el profesional de enfermería desde sus vivencias “me dedico a la familia de los pacientes que necesitan más apoyo, o sea que por el diagnostico, necesitan... por ejemplo, un paciente que este con cáncer, con depresión, que amerite un cuidado más directo: que necesite cambios de posición, que tenga alteraciones en el estado de conciencia; es el familiar... que necesita ser educado; esos son como a los que más se dedica uno y de resto uno habla con la familia para explicarle, por ejemplo: para explicarle de la cirugía...” baja el tono de voz, hay un corto silencio, se observa al profesional en actitud pensativa, luego termina diciendo al respecto “...eso depende mucho del diagnostico y del estado del paciente, de pronto el paciente esta bien (sin mayores complicaciones), entonces pues uno si habla pero muy limitadamente

¹⁷⁶ E6P5IV.

¹⁷⁷ E4P17(tt)

con la familia; pero en el momento en que se complica o amerita cambio de tratamiento uno los ubica (a los familiares), los busca para mantenerlos informados...”¹⁷⁸.

Estas valoraciones conceptuales que hacen los profesionales sobre cómo obrar con consentimiento informado en los diferentes tipos de pacientes, se interpreta como que la explicación que da el profesional depende del conocimiento dado por la experiencia del usuario y/o familia¹⁷⁹ es decir, se validan los preconceptos obtenidos a partir de la experiencia y por ello ya no se detienen a hondar en explicaciones al usuario y su familia sobre los actos de cuidado que el profesional después lo realiza muy tranquilamente.

En las entrevistas realizadas a familiares aseguran conocer los procedimientos de rutina que realizan las enfermeras: “Como ya lleva aquí tres días, uno ya sabe qué le tienen que hacer, porque ella ya ha estado hospitalizada”. Al respecto el profesional de enfermería refiere: “Por lo general el primer día les digo cómo se va a hacer la curación y que tiene que ser todos los días, sí, y por qué se va a hacer todos los días...ya pues los otros días, pues si ya les digo: le voy a hacer la curación y ya no más...”¹⁸⁰.

Estos supuestos comprensivos que hacen los profesionales y que se traducen como mecanismos de resistencia ante *la desconfiguración de la identidad profesional*¹⁸¹, dentro de la praxis del cuidado, no dejan de tener dificultades a hora de brindar cuidado pues se puede exceder en confiar que las experiencias previas garantizan las plenas comprensiones de los actos de cuidado y como los tiempos son restrictivos para el profesional, este se puede confiar y no cumplir con los principios de *suficiente, adecuado y oportuno del consentimiento informado*.

¹⁷⁸ E6P18(eee), E6P18(fff).

¹⁷⁹ CI 35 Códigos in vivos: DIII(o), DIII(q), DIII(p), DIII@, EIP4.2.(l), EIP6.2.2.1.(v), EIP6.2.4.(y), E4P10(ee), E4P10(ff), E4P10(gg), E6P2.3IV, E6P2.3(f). E4P10(ff). E4P10(gg)

¹⁸⁰ DIII(p). E6P2.3(e). E6P2.3(f). E4P10(ff). E4P10(gg)

¹⁸¹ Romero, B. op cit. p.12

Como resultado de todas estas emergencias que logramos hasta este momento, se puede concluir que existen unas condiciones que dificultan ejercer dichas resistencias por las actuales condiciones laborales que explicamos en la categoría número uno; pero estas dificultades no pueden seguir minimizando el acto de consentimiento informado por los peligros legales que hoy tienen que asumir las enfermeras del país. Esta situación tiene que ser consciente, para las directivas del hospital como para el gremio de enfermería, con el fin de trazar planes de acción que dignifiquen el rol profesional otorgando tiempos y espacios que garanticen un óptimo ejercicio profesional para evitar exclusiones de los usuarios y sus familias frente a su proceso de salud enfermedad.

10. CONCLUSIONES

Para los profesionales de enfermería participantes en la investigación la reforma hospitalaria del país influyó en la forma de dar consentimiento informado por la manera en que se orienta a los usuarios hospitalizados cuando rota el personal de enfermería de un servicio a otro dentro de la institución.

Emerge en la investigación que el tiempo es uno de los factores que influye a la hora de brindar consentimiento informado, debido a que las políticas hospitalarias alejan al profesional de enfermería de su verdadero rol, asignándole mayores funciones de tipo administrativo que en muchas ocasiones no corresponden a la profesión y le quita la posibilidad de estar con el usuario y su familia a la hora de dar una verdadera explicación sobre las acciones de cuidado realizadas.

Se evidenció que el profesional de enfermería minimiza la importancia de la acción educativa dentro de su rol clínico al dar consentimiento informado pues la información que brinda al sujeto de cuidado y su familia está centrada en el hacer, desplazando el acto comunicativo, por una serie de palabras sencillas que no explican la real finalidad del procedimiento; además existe una comunicación no verbal unidireccional enfermera-usuario-familia que excluye al sujeto en la participación de los procesos de cuidado pues existe un temor por parte del profesional a que este se niegue a la realización de los procedimientos.

La autonomía que maneja el usuario es restringida, en parte por el profesional de enfermería, debido a que éste piensa que si el usuario se niega a las acciones de cuidado no sería necesaria su hospitalización; también el usuario limita su opinión y piensa que quienes tienen el conocimiento son los responsables de su bienestar y que al estar hospitalizado, él como usuario, tendrá que acceder a cada procedimiento sin oponerse a nada.

La información se convierte en “etiqueta” como medio para reafirmar la acción vertical del cuidado que se ejerce sobre el sujeto, aludiendo el rol educativo en la práctica de la enfermería y reforzando la actitud “pasiva” del mismo frente a los procesos de hospitalización conllevando a la aceptación del usuario y la familia a las reglas impuestas por la cultura clínica y la magnificación del poder de conocimiento que este le otorga al profesional, justificando su actitud pasiva en el hecho de recibir un servicio.

Pese a las dificultades y adversidades por la que esta pasando la profesión de enfermería, se vislumbra a través de la investigación que la relación dialógica establecida entre las enfermeras-sujeto de cuidado en momentos puntuales del quehacer, contribuye a fortalecer el consentimiento informado en la práctica del cuidado, ya que favorece la participación activa del usuario en la toma de decisiones, además, la cordialidad y capacidad educativa rescatan la esencia del rol profesional, facilitando el acercamiento bidireccional entre los sujetos en el que se comparten rápidamente inquietudes del proceso salud-enfermedad.

11. RECOMENDACIONES

Realizar una socialización con los profesionales que laboran en la ESE Hospital San Rafael Tunja sobre la ley 911 y sus implicaciones en la vida profesional que permita reflexionar sobre el quehacer profesional y así mismo se vislumbre la verdadera esencia de la práctica de enfermería que es el cuidado del ser humano.

Por otra parte, pretendemos plantear que junto con los profesionales participantes de nuestro estudio se realice un protocolo que indique los criterios que debe tener en cuenta el profesional de Enfermería al momento de dar consentimiento informado que involucre la participación de los usuarios hospitalizados y su familia en las acciones de cuidado.

Realizar Educación Continuada a los profesionales de enfermería sobre el consentimiento informado y su importancia como *rol educativo* así mismo *dialógico* en la praxis profesional en el que se tenga en cuenta la participación del sujeto de cuidado y su familia.

A partir de lo anterior, evaluar semestralmente de manera cualitativa y cuantitativa el rol del profesional de enfermería frente al consentimiento informado y a través de ello crear estrategias de mejoramiento empleando la MATRIZ DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas) que sirve como estrategia en la reflexión sobre el quehacer profesional y a partir de ello establecer formas de pensamiento y acción que permitan y lleven a reivindicar el rol profesional dentro del contexto social y cultural.

BIBLIOGRAFÍA

1. AMARTYA, Sen. Desarrollo y Libertad. Planeta impresiones. Colombia. 1999.
2. ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA-ANEC. Reglamentación de la profesión de enfermería en Colombia. Capítulo Ley 266. Enero 25 del 1996.
3. Artículo publicado en: "Apuntes sobre la teoría de la acción comunicativa de HABERMAS Jungen, desde el punto de vista de la teoría de las distinciones, En: Estudios políticos, Rodrigo Jokisch, núm. 24, Mayo-Agosto, 2000.
4. BARBOSA, Giomar Y CRUZ Pilar. ¿Puede existir maltrato de Enfermería? Tunja. 1997. Trabajo de grado. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. UPTC.
5. BONILLA C. Elssy. Rodríguez Penélope. Más allá del dilemas de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Edición Norma. 2000
6. BOYLE, Joyceen S. Asuntos Críticos en los métodos de la investigación cualitativa: estilos de etnografía.
7. BRUNNER y SUDDARTH, Enfermería Medico Quirúrgica. 9 edición. Vol. I. Méjico: McGraw Hill.. enero 2002.
8. CELY, G. Gilberto. Dilemas Bioeticos contemporâneos. Colección Bioetica. Pontificia Universidad Javeriana. Instituto de Bioetica, Facultad de Ontología. Primera edición. 2002.

9. COLLAZOS, C. Marlene. Investigación en Salud. Factores sociales. McGraw-Hill. Interamericana. 5° edición. Colombia.1998.
10. CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMERÍA. 1978
11. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. República de Colombia. 1991.
12. DURÁN, C. Nora, Jaimes J. Gladis, Chaparro Ramón. Una aproximación a la investigación cualitativa. Primera edición. Impresión: Sección de Publicaciones de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja. Agosto de 2001.
13. DURAN DE VILLALOBOS. Maria Mercedes. Cuidados Básicos de Enfermería. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. 1993.
14. DECÁLOGO DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE. Documento adaptado por Departamento de Enfermería Hospital San Rafael, Instituto Técnico de Colombia, Norsalud. Tunja. 2004.
15. DELGADO, Mayut y SIUTA Esperanza. Trabajo de investigación: El Consentimiento Informado en el Cuidado de Enfermería dado a la Mujer en el Servicio de Ginecoobstetricia. Tunja. 1994. Trabajo de grado. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. UPTC.
16. FISKE, J., Introducción al estudio de la comunicación. En: Luis Bernardo Peña B. Manual para la planeación, el diseño y la producción de libros de texto. Gente nueva editorial. Bogotá, Colombia. 1995.
17. FLECHAS, Fabiola. Conocimientos teórico-prácticos respecto a la aplicación del principio del consentimiento informado por parte de los

profesionales de Enfermería Egresados de la UPTC. Tunja. 2001. Trabajo de grado. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. UPTC.

18. FONSECA, Myriam Y CABEZA Janethe. Derecho a la información de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del HSRT. Trabajo para obtener el título de profesional de Enfermería. UPTC. Tunja. 1996. Trabajo de grado. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. UPTC.
19. FRANCOISE, Colliere Marie. Promover la vida. De la practica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Interamericana McGraw-Hill. Madrid 1993.
20. FRANCOIS Gagin, ¿Una ética en tiempos de crisis? Ensayos sobre estoicismo. Programa Editorial Facultad de Humanidades. Universidad del Valle-Colciencias. Mayo del 2003. p. 191.
21. GARCÍA, Guillén Diego. Persona y Biótica. Universidad de la Sabana. Memorias II congreso. Enero-Agosto 2000.
22. GUTIÉRREZ, Maria P. Características del rol en el profesional de Enfermería Intrahospitalario. Santiago de Chile 2000.
23. HEIERLE, Cristina. Cuidado entre cuidadores: Intercambio de apoyo a la familia. Fundación Index. Primera Edición. 2004.
24. JARAMILLO E. Luís Guillermo. Seis experiencias en la investigación cualitativa. Universidad de Caldas. Edición Kinesis. 2001.

25. JANICE M. Morse. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Editorial Universidad de Antioquia. 1994.
26. JOANNE, E. Hall. Enfermería en Salud Comunitaria: un enfoque de sistemas. En: Bases conceptuales para intervenir con los sistemas humanos. OPS/OMS, 1990.
27. JOYCEEN S. Boyle, "Estilos de etnografía" En : Janice M. Morse. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa, Facultad de enfermería Universidad de Antioquia, primera edición en español, junio 2003.
28. KOZIER B. Conceptos y temas en la práctica de la Enfermería. 2ª edición Interamericana. McGraw-Hill. México 1995.
29. LOPERA Angela. Etica y Bioetica. Primera edición. Colombia. 2005.
30. MARIÑO, Ana. Derecho a la información a los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja. 1996. Trabajo de grado. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. UPTC.
31. MINSALUD. Derechos del paciente. Resolución 13.437 del 1 de noviembre de 1991.
32. Normas para elaboración de tesis y otros trabajos de grado. INCONTEC. 2004-2005.
33. REVISTA INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA. Universidad de Antioquia. Volumen XIX No 2. Septiembre 2000

34. REPÚBLICA DE COLOMBIA,. Ley 911. “Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia”. Art. 29. 5 de octubre del 2004.
35. SANDÍN, M. Paz. Investigación cualitativa en Educación. Universidad de Barcelona. Mc Graw -Hill. Madrid-España. 2003.
36. SANDOVAL, C. Carlos. Enfoques y Modalidades de Investigación Cualitativa: Rasgos Básicos. Investigación social. Bogotá 1997.
37. PÁEZ Pinilla Nancy. Art. Consentimiento informado en enfermería. Persona y Bioética. Memorias II congreso. Universidad de la Sabana. Enero- Agosto 2000.
38. ROMERO, B. MARÍA NUBIA. Los cuidados de enfermería en la adversidad. *Presencia* 2005 ene-jun; 1(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n1/11articulo.php>> [ISSN: 1885-0219]
39. STRAUSS. Anselm, Corbin Juliet. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia, Medellín 2003.
40. VILLADA Diego. En: la hermenéutica y la investigación participativa como estrategia para el desarrollo educativo y comunitario. Revista Facultad de Enfermería. Universidad de Caldas.
41. ZAPATA, Villa Amparo. Docente Facultad de enfermería. Universidad de Antioquia Enfermera Instituto de Seguro Sociales. Marzo del 2000.
42. TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA. Páginas de Ética profesional. No 7. Noviembre 2001

ANEXO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO¹⁸² TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN PREGRADO

TEMA DE ESTUDIO: Rol Del Profesional De Enfermería Frente Al Consentimiento Informado.

INVESTIGADORAS RESPONSABLES: Deicy Johanna Fuquene Arias y Jazmidt Galindo Barón

DIRECTORA DE LA INVESTIGACIÓN: Enf MgSp Maria Nubia Romero Ballén, docente titular de la escuela de enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, UPTC.

El objetivo central de este estudio es describir e interpretar a través de categorías emergentes el rol que ejerce el profesional de enfermería frente al consentimiento informado a los usuarios hospitalizados en la ESE. Hospital San Rafael de Tunja.

Su participación consistirá en responder preguntas sobre las vivencias que usted ha tenido, en cuanto a la información que le suministra la enfermera(o) al momento de brindar cuidado e intervenciones de enfermería durante su hospitalización. El objeto de la investigación también busca conocer la calidad de la información que le brinda la enfermera(o) a los familiares y/o cuidador de la persona hospitalizada. Las entrevistas serán grabadas en un cassette, si usted lo permite. La confidencialidad de los datos incluyen el anonimato de la persona que brinda la información; las grabaciones se utilizarán con el único fin de alcanzar los objetivos propuestos por las investigadoras.

Su colaboración en esta investigación es voluntaria, no existe ningún riesgo en la participación en el estudio, a no ser que considere incómodo hablar de su experiencia personal. Usted no obtendrá beneficio económico por su participación; el beneficio será personal – profesional y/o académico por la oportunidad de reflexionar sobre su experiencia y quizá replantear aspectos que le permitan consolidar el acto de cuidado de Enfermería.

CONSENTIMIENTO AL PACIENTE Y/O FAMILIAR

Yo _____ declaro haber leído la carta de participación en el estudio, comprendo la naturaleza, el objetivo y los beneficios de ésta investigación y soy conciente de los aportes que con mi intervención estoy dando. En consecuencia acepto de manera libre y voluntaria colaborar en ésta investigación y doy mi *consentimiento* para que sean grabadas las entrevistas.

FIRMAS:

Usuario Hospitalizado Y/O Familiar
Fuquene A.

Jazmidt Galindo B. - Deicy J.

¹⁸² Modelo tomado de HEIERLE, Cristina. Cuidado entre cuidadores: Intercambio de apoyo a la familia. Fundación Index. Primera Edición. 2004 Anexo b. p. 145 -146

ANEXO No. 2

CARTA DE PRESENTACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO¹⁸³ TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN PREGRADO

TEMA DE ESTUDIO: Rol Del Profesional De Enfermería Frente Al Consentimiento Informado.

INVESTIGADORAS RESPONSABLES: Deicy Johanna Fuquene Arias y Jazmidt Galindo Barón

DIRECTORA DE LA INVESTIGACIÓN: Enf MgSp Maria Nubia Romero Ballén, docente titular de la escuela de enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, UPTC.

El objetivo central de éste estudio es describir e interpretar a través de categorías emergentes el rol que ejerce el profesional de enfermería frente al consentimiento informado a los usuarios hospitalizados en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.

Su participación consistirá en responder preguntas sobre el sentido y significado que para usted tiene del consentimiento informado que dentro de su rol como cuidador y conocer las experiencias de orden profesional y laboral que rodean este proceso para sea adecuado, suficiente y oportuno cuando se brinda al usuario y/o su familia. Las entrevistas serán grabadas en un cassette, si usted lo permite. La confidencialidad de los datos incluyen el anonimato de la persona que brinda la información; las grabaciones se utilizarán con el único fin de alcanzar los objetivos propuestos por las investigadoras.

Su colaboración en ésta investigación es voluntaria, no existe ningún riesgo en la participación en el estudio, a no ser que considere incómodo hablar de su experiencia personal. Usted no obtendrá beneficio económico por su participación; el beneficio será personal – profesional y/o académico por la oportunidad de reflexionar sobre su experiencia y quizá replantear aspectos que le permitan consolidar el acto de cuidado de Enfermería.

CONSENTIMIENTO AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Yo _____ declaro haber leído la carta de participación en el estudio, comprendo la naturaleza, el objetivo y los beneficios de ésta investigación y soy conciente de los aportes que con mi intervención estoy dando. En consecuencia acepto de manera libre y voluntaria colaborar en ésta investigación y doy mi *consentimiento* para que sean grabadas las entrevistas.

FIRMAS:

Profesional de enfermería
Fuquene

Jazmidt Galindo B. y Deicy J.

¹⁸³ Modelo tomado de HEIERLE, Cristina. Cuidado entre cuidadores: Intercambio de apoyo a la familia. Fundación Index. Primera Edición. 2004. p. 145 -146

ANEXO No. 3

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
2006**

**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
DIRIGIDO A USUARIOS HOSPITALIZADOS**

OBJETIVO: Conocer las vivencias que el usuario hospitalizado ha tenido con respecto a la calidad de la información que suministra la enfermera(o) al momento de brindar cuidado.

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Ha estado hospitalizado anteriormente?
3. Cuénteme sobre su problema de salud.
4. ¿Qué le gustaría conocer sobre su estado de salud?
5. ¿Cuándo la enfermera(o) le realiza un procedimiento, ella (él) le explica que le va a hacer?
6. ¿Cuénteme si usted en alguna ocasión se ha negado a que le realicen un procedimiento?
- 6.1. ¿Considera que le deben pedir su opinión para que le realicen un procedimiento?
7. ¿Le gustaría preguntar y conocer los procedimientos que la enfermera(o) le realiza?
8. ¿Cómo cree que se debe comportar una persona hospitalizada?

¡GRACIAS!

ANEXO No. 4
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
2006

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
DIRIGIDO A FAMILIARES DE USUARIOS HOSPITALIZADOS

OBJETIVO: Conocer las vivencias que el familiar y/o cuidador del usuario hospitalizado ha tenido con respecto a la calidad de la información que suministra la enfermera(o) al momento de brindar cuidado.

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Qué parentesco tiene con él (la) señor (a)...?
3. ¿Conoce el motivo por el cuál está hospitalizado (o) su familiar?
4. ¿Cuénteme lo que le han dicho el problema de salud de su familiar?
5. ¿Cuénteme, en los momentos en que usted ha estado la enfermera(o) ha venido a hablar con usted?
6. ¿Usted pregunta a la enfermera(o) sobre los procedimientos de cuidado que realiza a su familiar?
7. ¿En qué circunstancias le han pedido su opinión para decidir sobre el estado de salud de su familiar?
8. ¿Cuándo la enfermera(o) viene a hacer un procedimiento pide su opinión o permiso para realizarlo?
10. ¿Cómo cree que se debe comportar una persona cuando está hospitalizada?

¡GRACIAS!

ANEXO No. 5
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
2006

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
DIRIGIDO A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

OBJETIVO: Conocer y comprender el rol que ejerce la enfermera(o) frente al consentimiento informado a los usuarios hospitalizados y sus familiares al momento de brindar cuidado.

1. ¿Cuál es su nombre completo?
2. ¿En qué momentos del proceso de hospitalización del usuario usted tiene dialogo con ellos?
3. ¿Qué explicación le da a un usuario cuando le va a realizar un procedimiento?
4. Para usted ¿qué es pedir permiso en términos de consentimiento informado?
5. ¿Qué tipo de información le da a los usuarios y/o su familia?
6. ¿Qué pasa cuando un usuario hospitalizado se niega a que usted realice un procedimiento?
7. ¿El usuario hospitalizado pregunta?
8. ¿En su rutina diaria el tiempo es suficiente para que usted le explique a un usuario el procedimiento que le va a hacer?
9. ¿Qué necesita la enfermera(o) para brindar una información suficiente?
10. ¿Usted cree que es suficiente la información que uno da al usuario cuando le dice: don Julio lo voy a pinchar para tomarle sangre?
11. ¿Qué considera una información adecuada en términos de consentimiento informado?
12. ¿Qué considera una información oportuna en términos de consentimiento informado?

13. Para usted ¿qué es la autonomía que un usuario debe tener al estar hospitalizado?
14. Se ha observado que la enfermera(o) entra y se centra en el procedimiento, es decir, en la técnica y no mira al usuario, no se comunica con él. ¿Qué explicación le da a eso?
15. ¿Usted a podido verificar el grado de conocimiento que tiene el usuario sobre su enfermedad o realmente la rutina no lo permite?
16. Entre el tiempo del usuario hospitalizado y el tiempo de la familia ¿con quien considera usted que da mejor comunicación o mejor información?
17. Usted a tenido la oportunidad de vivir el antes y el ahora de la reforma del hospital, ¿ésta a incidido de alguna manera en la acción frente al consentimiento informado?
18. ¿Considera que el consentimiento informado para usted y para las demás enfermeras (os) del hospital es claro?
19. ¿Ha hecho la lectura de la ley 911?
20. ¿Algo más que nos quiera decir o contar con respecto al consentimiento informado?

¡GRACIAS!

ANEXO No. 6

El siguiente cuadro muestra el diario de campo elaborado por las investigadoras para realizar las observaciones y descripciones respectivas durante el desarrollo de la investigación:

DIARIO DE CAMPO			No.
ROL DEL PROFESIONAL FRENTE AL CONSENTIMIENTO INFORMADO			
FECHA: _____	HORA: _____	SERVICIO: _____	
JEFE DE TURNO: _____	No. DE USUARIOS: _____	_____	
COMPLEJIDAD _____	No DE AUXILIARES _____	_____	
<p>* Descripciones de actitudes y comportamientos del profesional de enfermería al momento de realizar un acto de cuidado, dentro del contexto clínico en el que se labora el profesional.</p> <p>* Describir las actitudes del usuario y/o familia al momento que el profesional realiza un acto de cuidado.</p> <p>* Describir expresiones verbales y no verbales entre los cuales están: expresiones con los ojos, la mirada, gestos, expresión facial, movimientos del cuerpo, tono de la voz, palabras y forma de comunicarse entre los actores.</p> <p>_____</p>			
MEMOS:			

**ANEXO No 7.
ESQUEMA DEL PROCESO INVESTIGATIVO**

