



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/214.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	<b>El consentimiento informado desde la perspectiva del paciente hospitalizado</b>
<i>Autores</i>	Karen Judith <i>Gonzales Valdivia</i> , <sup>1</sup> Elizabeth Soledad <i>Guerrero Quiroz</i> , <sup>2</sup> Rosa Jeuna <i>Díaz Manchay</i> <sup>2</sup>
<i>Centro/institución</i>	(1) Lic. en Enfermería. Escuela de Enfermería, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (USAT). (2) Docentes. Escuela de Enfermería (USAT)
<i>Ciudad/país</i>	Chiclayo (Lambayeque), Perú
<i>Dirección e-mail</i>	<a href="mailto:sguerrero@usat.edu.pe">sguerrero@usat.edu.pe</a>

## RESUMEN

La presente investigación es de tipo cualitativa, con abordaje de estudio de caso, buscó identificar, describir y analizar la perspectiva de los pacientes hospitalizados sobre el consentimiento informado (CI). El instrumento de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada, aplicada a diez pacientes hospitalizados que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital docente Las Mercedes, obtenidos por la técnica de saturación y redundancia. El análisis de datos fue de contenido temático, se tuvo en cuenta los criterios de rigor científico y los Principios de la Bioética Personalista. Como resultado se han obtenido tres categorías: 1) Escasa práctica del consentimiento informado y la realización de procedimientos: Rescate de la Dignidad VS Intimidación; 2) Necesidad de información clara y precisa para la firma del consentimiento informado frente a las cirugías: Entre la responsabilidad y el respeto; y 3) La familia y el paciente exige mayor información sobre la enfermedad y tratamiento: Imperativo ético-legal. Finalmente se puede aseverar que el consentimiento informado, se ve reducido a la firma de un documento que sirve para realizar un procedimiento quirúrgico, pero es más que un documento formal, es una virtuosa relación entre los profesionales de salud - pacientes y/o familiares donde se debe brindar mayor información sobre la evolución de la enfermedad, tratamiento, procedimientos o intervenciones quirúrgicas, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas; ello demuestra respeto por la dignidad e intimidad, responsabilidad ética y legal, que pueda favorecer mayor colaboración y participación de los pacientes y familiares.

*Palabras clave:* Consentimiento informado/ Experiencias/ Pacientes.

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

La deshumanización en la atención de salud, es uno de los grandes problemas en estos tiempos de globalización es, por lo que la Bioética marca no solo un concepto de actualidad, sino de enlace entre la biología y la ética, puente semántico que todos los profesionales de la salud deben conocer en sus coincidencias o discrepancias legítimas frente a situaciones en que esté comprometida la vida, integridad y autonomía del usuario, que como persona es poseedor de derechos inalienables y de dignidad humana.<sup>1</sup> En consecuencia, lo principal en el cuidado de la persona, es el ejercicio de su libertad o libre albedrío en las intervenciones para la restitución de su salud.

Lo expresado, tiene sustento en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, en la que se establece que los pacientes tienen derecho a una asistencia respetuosa.<sup>2</sup> En la que debe considerarse el consentimiento informado, que es uno de los derechos de los pacientes, que las enfermeras, y los otros profesionales de la salud, tienen la responsabilidad conjunta de reconocer, respetar y hacerlo respetar.

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 pueden 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.<sup>1</sup> Asimismo, el consentimiento informado constituye un proceso y no solo es el médico el responsable de su ejecución y aplicación. En este acto están involucrados en primer lugar el paciente, la familia y el equipo de salud, y también de modo especial, la enfermera; por tanto, su rol no puede delimitarse solo a la contribución indirecta de hacer firmar un documento para procedimientos que ella no va a desarrollar, sino que principalmente debe acceder al consentimiento del paciente para su intervención, más aún si estas experiencias o situaciones son críticas en su salud.<sup>3</sup>

Así, el sujeto cuidado recibe la información que se le brinde como el inicio de un encuentro original, que genere empatía y simpatía; todo esto influirá positivamente para el otorgamiento de un cuidado humano, de calidad y ético en tanto que reconoce la dignidad de la persona a través de la práctica en sus intervenciones del consentimiento informado, más aun si este se considera como la antítesis de la deshumanización del cuidado.<sup>4</sup> En este sentido la Teoría de Interrelación Persona a Persona, de Joyce Travelbee, establece que una relación de persona a persona es primariamente una experiencia o una serie de experiencias que se dan entre el enfermero y el receptor de sus cuidados.<sup>5</sup> La relación de persona a persona se establece cuando el enfermero y el receptor de sus cuidados consiguen un acercamiento después de haber pasado las diferentes fases del encuentro original, la presentación de la identidad, la simpatía y la empatía; que se evidencian en la práctica del consentimiento informado.

En la realidad observada, el consentimiento informado se realiza a nivel médico, debido a que los otros profesionales de la salud no tienen carácter legal obligatorio de ejecutarlo. Sin embargo, las enfermeras lo hacen de manera voluntaria, verbal, no tanto para los procedimientos que ellas realizan, sino como una encargada de hacer firmar.

Según, la Ley General de Salud Ley N° 26842 en el artículo N° 15 indica: brindar información veraz, oportuna con términos comprensibles sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren; es por ello que se le debe realizar, el consentimiento

informado, como un mandato legal, ya que su omisión puede acarrear, consecuencias legales y primordialmente las de carácter ético, que tiene que ver con el trato digno al paciente.<sup>6</sup> En las prácticas clínicas hospitalarias, se ha observado que los pacientes no ejercen en su totalidad, el derecho del consentimiento informado, lo que se realiza de manera simple es solo información, y el paciente en la mayoría de veces, no lo entiende bien, y lo firma sin conocer el procedimiento, en su mayoría lo hacen sin conocer la trascendencia ética y legal de este proceso.

Frente a estas situaciones, las investigadoras se plantearon la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es el consentimiento informado según la perspectiva de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital docente Las Mercedes, 2016? El objetivo del estudio fue identificar, describir y analizar la perspectiva de los pacientes hospitalizados sobre él en el servicio de medicina del Hospital docente Las Mercedes, 2016.

## **Método**

Esta investigación fue de tipo cualitativa<sup>7-9</sup> con abordaje metodológico de estudio de caso<sup>10-11</sup> porque permitió comprender e interpretar en profundidad las experiencias de los pacientes hospitalizados sobre el consentimiento informado; y esto se logró por medio de la búsqueda de explicaciones, percepciones, sentimientos y opiniones desde el punto de vista de los propios sujetos de estudio, llegando a saber e interpretar lo que sienten y piensan respecto al consentimiento informado.

Posteriormente a la aprobación del comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina se procedió a la ejecución previo permiso al director del Hospital Regional Docente Las Mercedes, del médico jefe del servicio de medicina y a la enfermera jefe a fin de poder obtener información sobre los procedimientos que se realizan con mayor frecuencia: Punción lumbar, paracentesis, colocación de sonda nasogástrica, cateterismo vesical, canalización de vías, diálisis peritoneal, drenaje pleural, toracocentesis, paracentesis, transfusiones, colocación de catéter venoso central transfusión sanguíneas, quimioterapias, endoscopias, punción medular.

Para la captación de los pacientes se coordinó con la enfermera jefe a fin de determinar que pacientes se encuentran de alta y si fue sometido a algún procedimiento y/o tratamiento antes descrito, a fin de poder elaborar una relación de pacientes que en este caso se convirtieron como sujetos de estudio, luego se procedió a conversar con ellos a fin de dar a conocer detalladamente en qué consiste la investigación, sus objetivos y la importancia de su participación, posteriormente se les hizo firmar el consentimiento informado, y se les explicó que tenían la libertad de permanecer o retirarse de la investigación sin afectar su reputación y que aceptaban voluntariamente ser partícipes de la investigación. Se regresó al escenario cuantas veces fue necesario hasta completar la muestra, la misma que se estableció teniendo en cuenta los criterios de saturación y redundancia.<sup>11-12</sup> Los sujetos de investigación estuvieron constituidos por 10 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina de dicho nosocomio.

Para guardar la confidencialidad e identidad de los participantes, los sujetos de investigación fueron protegidas por nombres de colores (Rojo, Azul, Anaranjado, Turquesa, Amarillo, Verde, Rosado, Negro, Morado y Marrón). El método de registro consistió en la grabación de las entrevistas, ya que permitió recoger los datos de manera fidedigna y sin alterar su contenido. El tiempo de las entrevistas promedio fue de 20 minutos, dándose a conocer antes a los participantes que la entrevista se grabará respetando el anonimato, asignándoles un pseudónimo.

En esta investigación se utilizó la entrevista semi-estructurada<sup>12</sup> las preguntas se formularon partiendo del objetivo de estudio. Las tácticas utilizadas para registrar la información de las entrevistas comprendieron: tomar notas durante la entrevista de la expresión no verbal, escribir notas detalladas después de ésta y registrar la entrevista en una grabadora de voz, para ello previamente se pidió la autorización del sujeto de estudio. Así mismo las entrevistas se realizaron en la unidad del paciente, en el tópico de enfermería del servicio de Medicina y en el domicilio del paciente con previa autorización, estos lugares reúne condiciones de privacidad para el paciente, tuvieron un promedio de duración de 20 minutos y se les informó que luego de analizar los datos y de sustentar la tesis, las entrevistas serán eliminadas y las impresas se descartaran.

El análisis de datos consistió en reducir, categorizar, clasificar, sistematizar y comparar la información con el fin de obtener una visión lo más completa posible de la realidad objeto de estudio. Una vez obtenida la información, se realizó el análisis de contenido temático<sup>13,14</sup> que permitió realizar la categorización a través de la descontextualización de los discursos, los cuales son identificados con seudónimos de modo que garantice el anonimato de los participantes, obteniéndose finalmente la conformación de categorías y subcategorías.

Durante todo el desarrollo de la investigación se aplicaron los principios éticos,<sup>15</sup> principio de defensa de la vida física, principio de libertad y responsabilidad, principio de sociabilidad y subsidiaridad y el principio de totalidad, con la finalidad de asegurar que los derechos de las personas se hallen protegidos. Por otro lado se aplicó los criterios de rigor científico<sup>16</sup> como la credibilidad, la transferibilidad o aplicabilidad y la auditabilidad o confirmabilidad.

## **Resultados y discusión**

Los profesionales de enfermería gozan de una situación privilegiada, por su mayor proximidad y cercanía a los pacientes y por el tiempo que pasa con ellos, para contribuir a paliar determinadas necesidades de estos últimos, tales como la falta de compañía, de comunicación o de apoyo emocional. De ahí también la extraordinaria labor que pueden desempeñar en materia de información clínica, por ejemplo, como colaboradores activos en el proceso de obtención del consentimiento informado. Aunque la información relativa a diagnóstico, pronóstico y tratamiento es responsabilidad del médico, la enfermera debe implicarse también en este proceso, siempre dentro de sus competencias. El enfermero, desde su responsabilidad profesional, tiene que velar por el cumplimiento del consentimiento informado. El profesional de enfermería, en el proceso del consentimiento informado, tiene que colaborar con el médico para evaluar el grado de información y de comprensión del paciente, así como su nivel de competencia para tomar decisiones. Siempre debe tener en cuenta que el objetivo es ayudar al paciente a comprender la información sobre su problema de salud y las medidas terapéuticas necesarias; por eso, incluso en casos de incompetencia relativa, la información será una de las prioridades de la atención.

### *Primera categoría*

Escasa práctica del consentimiento informado y la realización de procedimientos:  
Rescate de la Dignidad VS Intimidad.

Cuidar al ser humano en toda su dimensión holística, implica respetar su intimidad y reconocer su dignidad, donde la intimidad representa lo más nuclear de la persona y debe ser protegida pues es el mundo interior, un lugar donde solo entra la propia

persona, porque allí radica sus vivencias personales, es decir, toda una analítica existencial cuyo perímetro gira en torno al ámbito nuclear del yo personal.<sup>17-18</sup>

Sin embargo, esto difiere enormemente de la realidad pues los pacientes que son sometidos a los diversos procedimientos no reciben una información suficiente, coherente, clara y sencilla; por tanto los pacientes se ven afectado en su intimidad física, ya que nadie puede acceder al cuerpo de otra persona sin su permiso, ningún profesional de la salud puede tocarle, observarle o invadirle sin su consentimiento. Por lo tanto, son las enfermeras las únicas que perciben la intimidad como una dimensión holística, valoran al enfermo como ser completo, por ello aquellas aluden la complejidad de esta dimensión por ser algo personal e intransferible de cada individuo, y con distintas acepciones, dependiendo de las situaciones y contexto en el que se entienda. Lo consideran como algo muy íntimo, que incluye aspectos físicos, psicológico, social, entre otros.

Estas apreciaciones se reflejan en los siguientes discursos referidos por los sujetos de investigación:

*“... La enfermera me explico más o menos acerca de la tomografía que me iban a hacerme dijo que no sienta temor, que no me mueva mucho durante el examen y que quizás iba a tener dolor de cabeza que no me preocupara, eso era debido al contraste que me habían colocado y era normal...”*  
(Anaranjado)

*“... Los doctores deben comunicarnos y explicarnos lo que nos van a realizar para estar preparados, pero que hacemos cuando no nos dicen nada los doctores, yo me siento como que practican conmigo y mi enfermedad...”* (Verde)

*“...Me han hecho un montón de exámenes que algunos no se para que son y me preocupa no saber Srta...”* (Negro)

En este sentido, el derecho a la dignidad e intimidad deben estar absolutamente garantizados. Los pacientes hospitalizados o que van hacer sometidos a un procedimiento y/o intervención deben de recibir un trato holístico y digno; por ello, los profesionales de la salud deben de brindar una información clara y correcta antes de realizar una procedimiento o examinar el cuerpo del paciente para llegar a un diagnóstico correcto, ya que esta información debe estar plenamente justificada y debe efectuarse con una intencionalidad exclusivamente técnica y de cuidado.

El consentimiento informado requiere de algunos requisitos como: tomar una decisión autónoma, voluntaria y libre de influencias que puedan condicionar a la persona, sin coacciones, manipulaciones, persuasión inducción o engaños ejercidos por otras personas o instituciones.<sup>19</sup>

En que respecta a la gravedad del paciente, se ha discutido sobre el alcance de la información que debe de darse al paciente, pues algunos estiman necesario silenciar la gravedad del caso, mientras que otros consideran que al paciente terminal hay que decirle la verdad. En nuestro criterio al paciente hay que decirle “la verdad soportable” para evitar una crueldad innecesaria y perniciosa para el propio paciente. Se habla en estos casos del “privilegio terapéutico del médico” lo que provoca un conflicto entre el derecho de la autodeterminación del paciente y el principio de asistencia, por lo que debe de primar factores psicológicos y humanos por parte del personal de salud al abordar esta cuestión.

## *Segunda categoría*

Necesidad de información clara y precisa para la firma del consentimiento informado frente a las cirugías: Entre la responsabilidad y el respeto.

Una adecuada información antes de la cirugía disminuye la ansiedad del paciente, facilitando su recuperación y disminuyendo su estancia hospitalaria. Aquellos pacientes que recibieron una detallada información en el preoperatorio experimentaron altos niveles de ansiedad y tuvieron una recuperación lenta y complicada.<sup>19</sup> De esta manera, los profesionales de salud juegan un papel importante en el cuidar de la persona hospitalaria, ya que son ellos un equipos constituidos y encaminados para informar de manera clara y adecuada a cada uno de los pacientes que van hacer intervenidos quirúrgicamente. Tal como refiere los pacientes en los siguientes discursos:

*“...Srta. Ayer ingrese al hospital de emergencia para ser operado, pero el médico no me explico bien para que era la cirugía, yo estaba nerviosa por lo que iba a pasar conmigo y el médico solamente me hizo firmar un papel donde autorizaba mi operación...” (Rojo)*

*“...Por los fuertes cólicos que tenía, debido a La vesícula con cálculos, La enfermera me dijo que tenía que firmar un documento donde yo autorizaba que me pueden operar así me dijeron...” (Morado)*

*“... Cuando me hospitalicé me hicieron firmar una hoja dos días después me operaron, me dijeron que era el consentimiento o el permiso de mi operación, el doctor me hizo firmar allí en su escritorio, fueron dos hojas puse mi huella, pero no pude leerla ...” (Amarillo)*

*“...El doctor, me dije usted tiene esto y tenemos que operarle, tiene que internarse, no me dio más opciones, nada pude hacer solo tuve que aceptar por mi salud, pues quiero curarme, él sabe lo que hace por algo lo debe de decir, yo tengo que dejarme no más que puedo hacer si estoy enfermo...” (Turquesa)*

En estos discursos, los pacientes manifiestan que el consentimiento y la información cumplen la misión de colocar al paciente en condiciones de tomar libremente una decisión. Ahora bien, esa decisión sólo se puede tomar de forma adecuada si recibe la información correcta del médico, que es el único que la conoce y por tanto, la iniciativa debe partir del profesional, porque, en otro caso, no se restablecería el equilibrio al que tiende precisamente el deber de información.

El consentimiento informado es un documento imprescindible para realizar una intervención quirúrgica, su firma es por lo tanto de carácter normativo, por eso es importante resaltar la calidad de la recogida del consentimiento informado en cuanto a la información que se brinde al paciente, si esta se realiza mediante una entrevista o si únicamente se entrega al paciente un "formulario". También se debe plantear si se atiende a las opiniones y preguntas del paciente.<sup>20-21</sup> Se debe responder sus preguntas y hacer un esfuerzo por determinar si la información fue adecuada a la capacidad de

comprensión del paciente y si se le ofrece a este el tiempo suficiente para tomar una decisión madura.

Es importante, rescatar que el derecho de la responsabilidad exige al profesional de la salud informar al paciente sobre el proceso quirúrgico y esto se debe desarrollar a lo largo de toda la relación clínica. Durante la relación clínica, más allá de la toma de una determinada decisión, hablamos de una "información terapéutica", con una función vital, pero poco conocida y con una trascendencia jurídica evidente. La información se convierte así en un instrumento necesario e indispensable dentro de la actividad curativa.<sup>22</sup>

El consentimiento informado consta de dos partes: El derecho a la información, esta debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera. El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado. Y el derecho a la libertad de elección: el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.<sup>23-24</sup>

La investigadora rescata que en ocasiones la enfermera experimenta la obtención del consentimiento informado como una responsabilidad propia, aunque los documentos normativos institucionales o legales han hecho que este acto sea solo del profesional médico; ya que el consentimiento informado es una exigencia para llevar a cabo la actividad médico quirúrgica curativa, por lo que se considera un acto clínico cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad, exceptuando situaciones de emergencia y tratamientos impuestos por ley, por tal motivo se debe considerar que se constituya delegaciones de responsabilidades entre el profesional de salud – paciente y así compartir ambos el cuidado para el beneficio del paciente quirúrgico.

### *Tercera categoría*

La familia y el paciente exige mayor información sobre la enfermedad y tratamiento: Imperativo ético – legal.

El profesional de salud debe cuidar y brindar información clara y sencilla a la familia sobre el proceso de enfermedad y tratamiento del paciente y así puedan convivir con él y así aprendan a cuidarlo y a cuidarse a sí misma.

Dicho de otra manera, el consentimiento informado se basa en el principio ético del respeto a las personas como seres autónomos, con dignidad y capacidad de autodeterminación, sin embargo en el quehacer del profesional de salud no se puede ignorar al familiar, dado que de los pacientes dependen biológica, social, ética y legalmente de ellos.<sup>25</sup> En otras situaciones, los pacientes tienen incapacidad legal donde se ve limitada su posición de autonomía y por tanto de dependencia de terceros, fundamentalmente de sus familiares, que constituyen sujetos decisorios para efectos de cualquier procedimiento de dominio médico. Por lo tanto, ningún acto médico debe adelantarse sin el consentimiento informado del paciente y familiares.<sup>21</sup>

Según norma técnica del MINSA<sup>26</sup> el consentimiento informado es la conformidad que expresa el paciente o de su representante legal cuando el ser cuidado está imposibilitado, con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro

profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia. Para la Ley General de salud, el consentimiento informado tiene que entenderse como la aceptación por parte del usuario de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de tener la información adecuada para implicarse libremente en la decisión clínica.<sup>6</sup>

Por otro lado, el código de ética y deontológico del CEP<sup>27</sup> reconoce que la información al paciente y a sus familiares cercanos, constituye un posicionamiento novedoso, tanto para los usuarios como para los prestadores de servicios de salud; es decir, en el proceso evolutivo del concepto de salud como un derecho y responsabilidad compartida, aplicable en el nivel asistencial. Así lo admiten los sujetos de investigaciones en los siguientes discursos:

*“...El CI es cuando llegas a un hospital de emergencia para operase y los doctores nos dicen que teneos que firmar un papel, donde aceptamos que nos operen y combatir lo que teneos; sin embargo, son las enfermeras quienes nos explican que nos van hacer...” (Rojo)*

*“...Hay cosas que no entiendo, el doctor solo me dijo que tenía tal cosa, nada más, mis familiares y yo hemos averiguado por nuestra cuenta que es lo que tengo realmente. Creo que esa información debe darse siempre y debe ser completa ellos deben resolver nuestras dudas, pues nosotros no sabemos ellos si porque están preparados, por vocación deben respondernos de la manera que nosotros entendamos con palabras simples...” (Marrón)*

*“...Señorita ni el médico, ni nadie me han explicado nada, solo se dedican a colocarme los medicamentos a decirme que dura cierto tiempo y que en cuanto termina de pasar los medicamentos me puedo ir a mi casa y nada más...” (Verde)*

*“...Cuando empecé el tratamiento para el cáncer del seno, no me dijeron que al hacerme las quimioterapias iba a sentirme mal, mareada y con perdido peso y apetito; por eso bueno que los medicas nos brinden información a la hora de hacer algún procedimiento...” (Verde)*

Como se puede apreciar en estos diálogos, los sujetos de investigación declaran que la persona hospitalizada debe ser reconocida y tratada con dignidad, ya que tienen el respaldo ético y legal, y tienen el derecho de ser informadas por el profesional de salud sobre su proceso de enfermedad. Por eso es preciso consensuar, que la persona no es algo, sino alguien.<sup>26</sup> En ese sentido no puede ser tratado como un objeto irracional, como un caso, o como algo en quien se actúa sin consentimiento. Por otro lado, el familiar tiene la necesidad de conversar, saber, interactuar, aunque sea en el momento que la enfermera de tratamiento. Calmar el dolor, despejar las dudas e intrigas se convierte en un momento de cuidado, pero este debe ir acompañado de afecto y

comprensión, cuidado humanizado. La Ley General de Salud<sup>6</sup> declara en su Artículo 4º: ninguna persona puede sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo “familiares”, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. En casos críticos, son los familiares más directos los responsables de asumir la función de tomar la decisión de actuar a beneficio y protección de la persona cuidada, por eso es importante brindar información y tener una comunicación mutua entre el paciente y/o familia – enfermera.

Asimismo el código de ética y deontológico del CEP, en su artículo N° 9: La enfermera (o) debe incorporar a la familia como parte activa en el cuidado de la persona en los niveles preventivos – promocional, tratamiento, recuperación y rehabilitación; más aún, si está limitada para tomar decisiones para su cuidado. Asimismo, en su artículo 12º dice que: La enfermera debe cerciorarse de que la persona, familia y comunidad reciban información clara, suficiente y oportuna para fundamentar el consentimiento informado; teniendo como base este escenario, la enfermera asume la responsabilidad de confirmar que se realice el consentimiento informado, preguntando al paciente y/o familiar si entiende los procedimientos que se realizarán y certificando que el paciente firme el consentimiento para ejecutar el procedimiento e intervención.<sup>27</sup>

Las investigadoras consideran que el consentimiento es un valor primordial en las profesionales de la salud. No se trata simplemente de dar información, sino de seguir un proceso que debe concluir con la aceptación comprometida del paciente en su cuidado. Se puede decir, que el profesional de salud no puede llevar a cabo un procedimiento diagnóstico o terapéutico en contra de la voluntad del paciente y su familia. El paciente tiene derecho a otorgar su consentimiento después de haber sido informado sobre su proceso de enfermedad y comprometerse a participar responsablemente en su atención. Es importante mencionar que el consentimiento informado inadecuado carece de valor legal y moral y, aun siendo adecuado, la firma del mismo no exime al profesional de salud de responsabilidad en caso de negligencia. El profesional que no informe será responsable de los daños provocados por los procedimientos que practique, aunque no exista mala práctica profesional, de ahí que el consentimiento informado puede perder su función protectora en el ámbito médico-legal si no se realiza de forma correcta.

## **Consideraciones Finales**

Los profesionales de salud juegan un papel importante en el área hospitalaria, son un equipo que debe informar de manera clara y adecuada a cada uno de los pacientes y sus familiares, acerca de su enfermedad, las ventajas y beneficios del tratamiento, procedimientos o intervenciones quirúrgicas. Todo ello se refiere al consentimiento informado, donde se demuestra respeto por la dignidad e intimidad, responsabilidad ética y legal, que pueda favorecer la colaboración y participación de los pacientes y familiar, lo que les generará disminución del estrés y la pronta recuperación.

Los pacientes hospitalizados que van a ser sometidos a un procedimiento deben recibir un trato holístico y digno; recibiendo información clara y correcta antes de realizar un procedimiento o examinar el cuerpo del paciente para llegar a un diagnóstico correcto, ya que esta información debe estar plenamente justificada y debe efectuarse con una intencionalidad exclusivamente técnica y de cuidado.

El consentimiento informado, se ve reducido a la firma de un documento que sirve para realizar un procedimiento quirúrgico, aunque muchas veces el paciente no llega a ser informado sobre su proceso de enfermedad y es visto como un objeto y no un sujeto de cuidar, y es allí donde la enfermera debe interactuar con la persona hospitalizada durante las primeras horas; ya que la hospitalización se convierte en un aspecto

negativo, puede ser fortalecedora cuando esas experiencias de salud/enfermedad sirven para mejorar el estado de salud del ser cuidado.

En el cuidado hospitalario entre el profesional de salud – familia y/o paciente, se demuestra que el brindar mayor información sobre el consentimiento informado, enfermedad y tratamiento durante el tiempo de hospitalización, garantiza la participación voluntaria ante un procedimiento, siempre y cuando esta información sea comprendida, acerca de los objetivos de este, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas.

Los profesionales de salud deben de re-cuestionarse que está haciendo con respecto al consentimiento informado, ya que este es más que un documento formal, es un modelo de una virtuosa relación entre los profesionales de salud - pacientes y/o familiares, donde el respeto por la autonomía y autodeterminación del sujeto afectado por la enfermedad, es el principio más importante en el proceso de decisión del mismo o de la familia.

## **Bibliografía**

1. Páez P. Consentimiento informado en Enfermería. Persona y Bioética. 4ta ed. Colombia: Universidad de La Sabana, Cundinamarca; 2000. [Acceso 05 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83241014>.
2. Asociación Médica Mundial. Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los derechos del paciente. 2002. [Acceso 31 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/ammlisboa2.html>.
3. León F, Burattini C. El consentimiento informado y el profesional de enfermería: estudio cualitativo en hospital público de Chile. 3ra ed. Chile: Elethera; 2009. [Acceso 09 de abril de 2014]. Disponible en: [http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Eleuthera3\\_10.pdf](http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Eleuthera3_10.pdf).
4. Bazán S. Experiencias de las enfermeras sobre el consentimiento informado en el cuidado a personas hospitalizadas en servicios críticos. [tesis] Chiclayo- Perú. Universidad Católica Santo Toribio Mogrovejo. Facultad de Medicina. 2012.
5. Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 8 ed. Editorial: Elsevier. España; 2015.
6. Ministerio de Salud. Ley general de salud; 1997. [Acceso 10 de abril de 2014]. Disponible en: [ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/leyes/L-26842\\_LGS.pdf](ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/leyes/L-26842_LGS.pdf).
7. Bernal C. Metodología de la investigación. 2a ed. México: Person Educación; 2006.
8. Cuesta C. Características de la Investigación Cualitativa y su relación con la Enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia; 1996.
9. Castillo E., Vásquez M. El Rigor Metodológico en la Investigación Cualitativa. Rev. Colombia Medica [revista en la Internet] 2003 [acceso 8 de Noviembre del 2014]; 34(3): 164-167. Disponible en: <http://es.slideshare.net/bLaCkTeArS01/rigor-metodologico-en-la-investigacin-cuantitativa>.
10. Lüdke M, Marli E. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. E.P.U. Editora Pedagógica e Universitaria LTDA. André-São Paulo; 1986.
11. Ruiz J. Metodología de la Investigación Cualitativa; 5ta ed. Ediciones: Deusto. España; 2013.
12. Burns, J., Baldvinsdottir, G. Investigación Científica. Rev Index. 14 (4): 725- 58; 2005.
13. Lupicinio I. Metodología de la Investigación Cualitativa. España: Albijes S.L; 2003.
14. Bardin L. El análisis de contenido. 3ª ed. Alcal; 2002. Disponible en [https://books.google.com.pe/books?id=IvhoTqllEQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=IvhoTqllEQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false).
15. Sgreccia E. Manual de Bioética. La bioética y sus principios. 4ta ed. Madrid:

- Talisio; 2007.
16. Tello C, Gutiérrez N, Pérez C. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Sección de Postgrado en Enfermería-Escuela de Postgrado- Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo; 2009.
17. Yepes R. Fundamentos de Antropología. 6a ed. Pamplona: Eunsa; 1996.
18. Marcuello A. I Symposium Internacional de Ética en Enfermería. Pamplona: Servicio de Publicaciones. Universidad de Navarra; 1989.
19. Martí M. La intimidad: Conocer y amar la propia riqueza interior. 6a ed. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2005.
20. Bórquez G., Raineri G, Bravo M. La evaluación de la «capacidad de la persona»: en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. Rev. Médica de Chile [revista en la Internet]. Octubre 2004. [Citado 01 de noviembre del 2015];132 (10): 1243-1248 Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872004001000013](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001000013).
21. Elsass E. Psychological effect of detailed preanesthetic information. Acta anaesthesiol scand, 1987.
22. Álvarez C. Ética Odontológica. 2da ed. México, D.F: UNAM; 1998
23. Estefo S, Paravic T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Chile: Ciencia y Enfermería ISSN; 2010.
24. Gómez .C. El consentimiento informado ante el derecho. Una nueva cultura. Rev. Calidad Asistencial. págs. 138-144. 2008.
25. Sánchez T. Temas de Ética Médica. Santa Fe de Bogotá: Giro edt; 1995.
26. Ministerio de salud. Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos de salud del sector público y privado. Lima; 2004.
27. Código de Ética y Deontológico del colegio de enfermeros del Perú. El derecho a la información, el consentimiento informado y la práctica de enfermería. Consejo directivo nacional. Lima; 2008. [Sede web]. [Acceso el 15 diciembre del 2015.]. Disponible en: <http://www.cep.org.pe/beta/?=inicio&ns=RESOL.%20Y%20NORMAS&view=3&ID=7>.