

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ENDODONCIA

Compresión, autonomía y gestión del consentimiento informado en endodoncia

Carol Johana Idrobo Valencia y Sandra Milena Jiménez Rodríguez

Trabajo de grado para optar por el título de Especialista en Endodoncia

Director

Luis Fernando Bedoya Rodríguez

Magíster en Bioética

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Ciencias de la Salud

Especialización en Endodoncia

2024

Dedicatoria

Dedicamos el esfuerzo hecho y el título adquirido a nuestros esposos y padres, así como a quienes nos han motivado para formarnos cada vez mejor.

Agradecimientos

Al equipo de docentes que nos han acompañado, al grupo de compañeros con quienes hemos compartido durante estos años de formación avanzada y a los pacientes a quienes debemos la motivación para cualificarnos: sentidas gratitudes.

Contenido

1.

Introducción.....	10
1.1 Planteamiento del problema:	12
1.2 Justificación.....	14
2. Marco teórico.....	18
2.1. La bioética y la práctica odontológica:	18
2.1.1 El consentimiento informado y el paradigma vigente del rol de los pacientes	23
2.1.2 Implicaciones legales del consentimiento informado en Colombia y los derechos de los pacientes	27
2.1.3 La comunicación en los procesos de atención odontológica: habilidades y competencias.	28
3. Objetivos.....	31
3.1 Objetivo general	31
3.2 Objetivos específicos.....	31
4. Método.....	31
4.1. Adopción de los criterios de inclusión y exclusión.....	32
4.2 Estructuración de la entrevista y aplicación de prueba piloto	32
4.3 Recomendaciones, retroalimentación y ajustes a las pautas de entrevista propuesta.	33
4.4 Escogencia de los pacientes a entrevistar.....	33
4.5 Transcripción de las entrevistas y procesamiento en Atlas-ti.	33
5. Resultados.....	34
5.1. Matriz categorial o andamio de análisis de categorías centrales.....	35

5.1.1 Categoría A: comprensión	35
5.1.2 Categoría B: Autonomía	37
5.1.3. Categoría C: Comunicación	38
5.2. Integración de categorías, códigos y definiciones.....	39
6. Hallazgos.....	41
6.1 Conclusiones y Recomendaciones	43
Referencias.....	45
Apéndices.....	50

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Tratamientos por edad diagnóstico: caries.</i>	15
Tabla 2. <i>Tratamientos por edad diagnóstico: Pulpitis.</i>	15
Tabla 3. <i>Tratamientos por edad diagnóstico: Necrosis Pulpar.</i>	16
Tabla 4. <i>Tratamientos por edad diagnóstico: Necrosis Pulpar.</i>	16
Tabla 5. <i>Principios y aplicaciones del informe Belmont</i>	20
Tabla 6. <i>Matriz de análisis categorial</i>	35
Tabla 7. <i>Matriz de integración de las categorías, códigos y definiciones</i>	40

Lista de apéndices

Apéndice A. <i>Formato del consentimiento informado para la investigación</i>	50
Apéndice B. <i>Formato de entrevista semiestructurada</i>	52
Apéndice C. <i>Nube de Categorías y códigos.</i>	55
Apéndice D. <i>Red de Códigos categoría comprensión</i>	56
Apéndice E. <i>Red de Códigos categoría autonomía</i>	57
Apéndice F. <i>Red de Códigos categoría comunicación</i>	58

Resumen

Comunicarse de manera comprensiva para que el paciente decida en forma autónoma e informada acerca de la conveniencia o no, entre las posibles opciones de tratamiento, debería ser propósito indubitable durante el proceso de consentimiento informado en endodoncia; sin embargo, no siempre ocurre así, por eso el **objetivo** de constatar el nivel de comprensión alcanzado por los pacientes, atendidos en las clínicas de la FOC, durante el proceso de consentimiento informado, al momento de decidir entre alternativas de tratamiento. Para lo cual se utilizó un **método** cualitativo, fenomenológico y descriptivo por medio de entrevistas semiestructuradas, con apoyo en procesamiento de Atlas-ti. **Hallazgos:** Apuntan a relacionar idoneidad profesional del endodoncista con la claridad para explicitar los riesgos, beneficios y recomendaciones de las alternativas de tratamiento durante la conversación clínica en el proceso de consentimiento informado. **Conclusiones:** Los resultados muestran que las preguntas formuladas en las entrevistas fueron en su mayoría claras y relevantes, lo que sugiere que los pacientes pudieron expresar su comprensión sobre el consentimiento informado y el tratamiento de conducto. Sin embargo, se identificaron áreas de mejora, especialmente en la comunicación de los riesgos y beneficios del tratamiento.

Palabras claves: Endodoncista, tratamiento de conductos, comunicación, autonomía y consentimiento informado, comprensión

Abstract

Communicating comprehensively so that the patient can make an autonomous and informed decision regarding the advisability of the various treatment options should be an unequivocal goal during the informed consent process in endodontics. However, this is not always the case, which is why the **objective** is to ascertain the level of understanding achieved by the patients treated in the clinics of FOC during the informed consent process when deciding between treatment alternatives. For this purpose, a qualitative, phenomenological, and descriptive **method** was used through semi-structured interviews, supported by Atlas-ti processing. **Findings** aim to relate the professional suitability of the endodontist to the clarity in explaining the risks, benefits, and recommendations of the treatment alternatives during the clinical conversation in the informed consent process: **Conclusions:** The results show that the questions asked in the interviews were mostly clear and relevant, suggesting that patients were able to express their understanding of informed consent and behavioral treatment. However, areas for improvement were identified, especially in communicating the risks and benefits of treatment.

Keywords: Endodontist, root canal treatment, communication, autonomy, informed consent, understanding

Glosario

Autonomía: capacidad humana para juzgar, elegir, comprometerse y actuar conforme a valores y principios de libertad, consciencia y responsabilidad. El proceso de consentimiento informado busca incrementarla hasta la toma de decisiones.

Compresión dialógica: nivel de entendimiento y apropiación de sentidos, causas, procedimientos y efectos, logrado por medio de la conversación recíproca en la relación endodoncista – paciente establecida con base en valores.

Consentimiento informado: de acuerdo con la OMS, el consentimiento informado es el proceso por medio del cual se le proporciona al paciente la información científica, concerniente a su diagnóstico, riesgos, beneficios, alternativas de tratamiento y recomendaciones con el propósito de incrementar la capacidad de decisión, juicio y autonomía del paciente.

Conversación clínica: procedimiento dialógico y relacional a través del cual se propicia la comprensión de la información requerida para decidir de manera autónoma.

Derechos de los pacientes: normas que emergen de la dignidad de la condición humana, de los consensos políticos, de los parámetros éticos y de la búsqueda del bienestar integral de la persona garantizados por el estado. Consagrados en la CPC y en el marco jurídico vigente, Ley 1751 del 2015.

Ética relacional: parámetro de intersubjetividad, reciprocidad, participación y cooperación tenido en cuenta durante los procesos clínicos odontológicos, con el cual se busca superar el paternalismo tradicional, la exclusión científicista del paciente y propiciar la comprensión y decisión informada en lo que atañe a su salud.

1. Introducción

Desde un punto de vista bioético, el consentimiento informado es esencial porque respeta la autonomía del paciente. Esto significa que el paciente tiene el derecho a tomar decisiones sobre su propia salud de manera libre e informada, basándose en una comprensión clara de los riesgos, beneficios, y alternativas del tratamiento. En endodoncia, donde los procedimientos pueden ser complejos y tener implicaciones significativas para la salud dental, es fundamental que el paciente entienda plenamente lo que implica el tratamiento de conductos. (Guarnizo, et al., 2017).

El endodoncista tiene la responsabilidad ética de asegurar que el paciente comprenda todas las opciones de tratamiento, incluyendo los posibles riesgos. Esto no solo garantiza que el paciente está participando activamente en su tratamiento, sino que también fortalece la relación de confianza entre el profesional de la salud y el paciente. (González, et al., 2018).

Al proporcionar una explicación completa y comprensible del procedimiento, se minimizan las posibilidades de malentendidos o insatisfacción del paciente, lo que podría derivar en conflictos o quejas posteriores. Esto es crucial en un campo como la odontología, en este caso específicamente la endodoncia, donde las expectativas del paciente sobre los resultados del tratamiento pueden ser muy altas. (Escobar, 2009).

El consentimiento informado está alineado con los principios de derechos humanos y la dignidad del paciente. Garantiza que el paciente no sea sometido a procedimientos sin su pleno conocimiento y consentimiento, lo que podría ser considerado una violación de sus derechos. (Escobar, 2009).

Teniendo en cuenta lo anterior la pregunta acerca del problema se planteó así: ¿cuál es el nivel de comprensión alcanzado por los pacientes atendidos en la clínica de la Federación Odontológica Colombiana, durante el proceso de consentimiento informado, para decidir sobre el

tratamiento endodóntico? Por eso, el objetivo general fue el de constatar el nivel de autonomía y comprensión alcanzado por los pacientes que asisten a la consulta de endodoncia en las clínicas de la Federación Odontológica Colombiana, durante el proceso de consentimiento informado. De igual manera, también se trata de describir el proceso de comunicación llevado a cabo durante el diligenciamiento del consentimiento informado orientado a la toma de decisiones; así como, determinar si se cumplen los lineamientos en cuanto a la información diagnóstica, al protocolo de tratamiento, a la ponderación de los costos-beneficios, al disenso y en relación con otras alternativas de tratamiento. Centrar la atención en la persona, desde el proceso de consentimiento informado, contribuye a reorientar los parámetros de formación de los residentes en endodoncia haciendo énfasis en la conversación ética, relacional, y contextual del acto clínico. (Escobar, 2009).

El juicio y la decisión del paciente son fundamentales en el establecimiento del vínculo terapéutico. De esta manera el profesional procede a la intervención después de obtener el consentimiento informado. De no hacerlo el endodoncista se ve abocado a las sanciones establecidas en la (Ley 35, 1989), Ley de ética odontológica. El artículo en mención recoge algunas de las posibles sanciones: Amonestación privada, censura, suspensión del ejercicio profesional desde seis meses hasta cinco años.

Concluido el marco de referencia, a saber: teórico, conceptual y legal relacionado con el consentimiento informado en la práctica endodóntica y sus implicaciones éticas en la decisión informada, comprensible y autónoma del paciente; de nuevo, se explicita, el método de investigación cualitativa, fenomenológica y descriptiva adoptado con base en Atlas-ti, se consignan los resultados se efectúa la discusión y se explicitan los hallazgos, las conclusiones y recomendaciones.

1.1 Planteamiento del problema:

Según la Constitución “Colombia es una nación pluriétnica y multicultural” (Constitución Política de Colombia, 1991, p. 14), constituida por diversidad de culturas, pueblos y lenguas que además de caracterizar los grupos humanos, también condicionan, los esquemas mentales o de interpretación, comunicación y relación a tener en cuenta en el ejercicio de los profesionales de la salud.

El ejercicio ético de la odontología y por consiguiente de todas sus especialidades se rige por la Ley 35 de 1989, que subraya el ejercicio profesional ajustado a valores y principios, es decir, supeditado al marco ético: por el cual vela el odontólogo en defensa de los derechos del paciente y por la aplicación cabal de sus deberes. Veeduría de la cual se ocupa el tribunal de ética odontológica a quien compete: “aplicar la Ley frente a las denuncias interpuestas en contra de los odontólogos por personas naturales o jurídicas, relacionadas con las posibles violaciones a la ética profesional, teniendo en cuenta que el ejercicio profesional involucra el derecho fundamental a la salud y contempla principios y valores como la dignidad y la autonomía. Velar por que los odontólogos se concienticen de la importancia de respetar los derechos de sus pacientes y se orienten al cabal cumplimiento de sus deberes éticos” (Tribunal Nacional de Ética Odontológica)

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta ahora, los profesionales en Odontología deben garantizar el cumplimiento de los derechos de sus pacientes haciéndose responsables de todas las acciones que realicen y de las consecuencias de éstas. De la misma manera, deben velar porque sus pacientes comprendan sus diagnósticos, pronósticos y alternativas de tratamiento para que así, puedan decidir libremente si aceptan o no los procedimientos. Por eso, la información que el

profesional suministra al paciente debe ser clara y oportuna a fin de que decida lo adecuado para bien de su salud y formalice lo que decida a través del consentimiento informado.

De lo anterior se desprende que: “la estructura y el contenido del CI debe incluir información en relación con los objetivos, riesgos y beneficios previsibles. Debe ser entregada en un lenguaje comprensible, claro y preciso, al considerar del paciente las características biológicas y socioculturales” (Carrasco et al, 2012, p. 38).

La importancia de que el paciente acepte las intervenciones o procedimientos médicos a realizar radica en la concepción moderna del rol que juega el paciente en la toma libre, voluntaria y autónoma de las decisiones relacionadas con su salud, ya que: “durante años, en la relación médico-paciente primó el modelo paternalista. Modelo en el cual el profesional tomaba las decisiones a criterio propio, pues la opinión del paciente no tenía importancia”. (Esparza et al, 2020, p. 197). En la situación actual ya no es el profesional el que toma la decisión sobre las alternativas de tratamientos pues bajo los parámetros del artículo 13 de la Constitución Política de Colombia (1991, p. 15), en el cual se afirma que todas las personas son sujetos de derechos y por lo tanto, tienen papel activo en la toma de decisiones sobre su vida y salud.

Comprender en la relación médico paciente los valores, el contexto psicosocial, contribuye a ponderar la toma de decisiones y el vínculo terapéutico. Por eso, “es importante recordar que el consentimiento informado es expresión del consenso odontólogo-paciente, y de la decisión que este último tome sobre la intervención de su cuerpo. Aunque, aquel haya devenido en anexo a la historia clínica, convertido en mecanismo de defensa ante un proceso legal. El consentimiento informado siempre será un acto de deliberación y consenso.” (Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación [SCARE], 2021).

Deber que hace emerger la inquietud acerca del actuar ético dentro de la especialidad endodóntica, en relación con la coherencia ética de la comunicación durante el proceso del consentimiento informado. Lo que induce a preguntarse: ¿el paciente de endodoncia, atendido en la clínica docencia servicio de la Federación Odontológica Colombiana, entiende la información aportada por el residente acerca del diagnóstico, riesgos y alternativas de tratamiento durante el proceso de consentimiento informado?

1.2 Justificación

La odontología, especialidad de las ciencias de la salud encargada de la atención preventiva, restauradora y rehabilitadora del sistema estomatognático, se apoya en el conocimiento técnico científico y ético para la valoración, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las personas que lo requieran (Ley 35, 1989, p. 1) cumple así su función social, pues según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “casi la mitad de la población mundial (45% o tres mil quinientos millones de personas) padecen enfermedades bucodentales“ (OMS, 2022)

En Colombia, el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV), informa que:

el 6.02% de los niños de 1 año ya presentan caries, es decir, que en su corta vida ya han presentado al menos 1 diente con caries avanzada sin tratamiento; en los niños de 3 y 5 años, la experiencia de caries se incrementa hasta 47.10% y 62.10% respectivamente; a mayor edad se incrementa la presencia de caries, siendo a los 12 años de 54.16%. En este sentido, los indicadores reflejan condiciones que dan cuenta de la progresión, dado que los esfuerzos realizados hasta cerca de los 12 años se pierden en las edades subsecuentes como se evidencia en el incremento de las prevalencias en las personas de 20 a 34 años que llegan a 52.81% y a 64.73% en las personas de 35 a 44 años. Aunque, se reduzca posteriormente hasta llegar a 43.47% entre los 65 y 79 años, por

Durante los años 2015 al 2019 según el reporte de ministerio de salud, se encuentra que para el tratamiento de las caries otros diagnósticos como la pulpitis y la necrosis pulpar, son intervenidos con tratamientos de conductos; procedimientos realizados por especialistas en endodoncia y que permiten alternativas distintas a la exodoncia.

Tabla 1. *Tratamientos por edad diagnóstico: caries.*

Diagnóstico		Caries				
Edades	5-18	19-44	45-59	60-74	Total	
Tratamiento	Terapia de conducto radicular en diente unirradicular +	1.169	8.257	1.113	3.539	2
	Terapia de conducto radicular en diente birradicular +	38	1.646	396	4.480	1
	Terapia de conducto radicular en diente multirradicular +	392	5.951	584	6.927	5

Tabla 2. *Tratamientos por edad diagnóstico: Pulpitis.*

Ministerio De Salud. Fuente: Cubo Del SISPRO Años 2015-2019.

	Tratamiento	Diagnóstico		Pulpitis				T
		Edades	5-18	19-44	45-64	65-74	total	
to		Terapia de conducto radicular en diente unirradicular +	.541	1	2	6	.3435	3
		Terapia de conducto radicular en diente birradicular +	.70	6	2	4	5.374	2
		Terapia de conducto radicular en diente multirradicular +	.498	5	4	7	0.561	6

Nota: Se observa que la mayor cantidad de tratamientos se realizaron con terapias de conducto multirradicular en personas con edades entre 19 y 44 años.

Tabla 3. *Tratamientos por edad diagnóstico: Necrosis Pulpar.*

Ministerio de salud. Fuente: Cubo del SISPRO años 2015-2019

	Tratamiento	Diagnóstico		Necrosis Pulpar				T
		Edades	5-18	19-44	45-64	65-74	total	
		Terapia de conducto radicular en diente unirradicular +	.080	1	1	3	0.620	2
		Terapia de conducto radicular en diente birradicular +	.39	2	8	1	0.277	1
		Terapia de conducto radicular en diente multirradicular +	.242	2	2	3	6.184	2

Nota: Se observa que la mayor cantidad de tratamientos se realizaron con terapias de conducto multirradicular en personas con edades entre 19 y 44 años. Tomado del Ministerio de Salud (2015-2019)

Tabla 4. *Tratamientos por edad diagnóstico: Necrosis Pulpar.*

Ministerio de salud. Fuente: Cubo del SISPRO años 2015-2019

	Tratamiento	Diagnóstico		Trauma				T
		Edades	5-18	19-44	45-64	65-74	total	

Terapia de conducto radicular en diente unirradicular +	3	1 13	2 5	6 91	2
Terapia de conducto radicular en diente birradicular +		94	1 6	4 40	2
Terapia de conducto radicular en diente multirradicular +	0	9 .035	2 99	2 .424	2

Nota: Se observa que la mayor cantidad de tratamientos se realizaron con terapias de conducto multirradicular en personas con edades entre 19 y 44 años. Tomado del Ministerio de Salud (2015-2019).

También, para el año 2022 en Bogotá, según las cifras del Observatorio de Salud se encuentra que fueron atendidas en odontología 20.815 personas. (Secretaría de salud, s.f.). Lo que permite reconocer que los procedimientos odontológicos como la endodoncia son importantes para la población. En el caso de los diagnósticos endodónticos y sus alternativas de tratamiento se constata que muchos de ellos no dan otra alternativa de decisión más allá de lo que se supedita a costos, posibilidades económicas y cultura del paciente, por eso regularmente se opta por la exodoncia. Razón por la cual es un imperativo que todas las personas que son atendidas estén respaldadas y reguladas por parámetros éticos que respeten la dignidad y garanticen los derechos en la toma de decisiones.

Si se tiene en cuenta las cifras anteriores acerca de la importancia de la salud oral en Colombia y de que este servicio de salud lo debe garantizar el estado, art. 49 (Constitución Política de Colombia, 1991, p.21), cabe preguntarse si en la atención endodóntica la información transmitida es comprendida por los pacientes atendidos a fin de garantizar la autonomía en la toma de decisiones. Garantizar que la información se transmite en lenguaje comprensible y cercano al paciente, pone en evidencia el respeto en la relación clínica y el interés del profesional para que el paciente ejerza sus valores y derechos. (Núñez González y Chongo Almerall, 2007, p. 20)

Dentro de la relación que se establece con el paciente y que se formaliza a través del consentimiento informado; no basta con solicitar que el consultante firme el documento del consentimiento informado, sin antes garantizar que el paciente tiene claridad en la información que se le suministra. Encontramos que Selman-Housein, citado por (García, et al, 2011, p. 91), afirma que: “es necesario insistir en que la única forma válida de obtener el consentimiento es la conversación, como acto que favorece la comunicación. Por lo tanto, el profesional que simplemente crea que por haber obtenido la firma del paciente ha cumplido ya con los requisitos del consentimiento informado, está equivocado. El consentimiento informado inadecuado se considera como invalido”.

Los resultados de esta investigación beneficiarán la atención ética en endodoncia en la clínica de la federación odontológica. Debido a que se podrá constatar si la información que se les comunica durante el consentimiento informado ha sido clara en la toma de decisiones con el fin de mejorarlo, así se evitarán sanciones éticas y legales y se aportara a la línea de investigación en ética de la comunicación en la atención endodóntica, por las siguientes razones: enfatiza en la protección de los derechos y valores de la persona durante el proceso de atención; caracteriza la comunicación profesional - paciente; adecua el proceso de consentimiento informado a los valores y contextos socioculturales.

2. Marco teórico

2.1. La bioética y la práctica odontológica:

La bioética se define como: “el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales” (Vargas

et al, 2011, p. 22). Es decir, es la ciencia que se encarga de regular el actuar de los profesionales en las ciencias de la salud y en los procesos de investigación humana, con el fin de garantizar que siempre se busque el bienestar de las personas y no se afecte su integridad física, moral o psicológica.

Sin embargo, a lo largo de la historia, en las ciencias de la salud se evidencian malas prácticas que afectan a las personas que involuntariamente son sometidas a la atención clínica o a la experimentación, sin el conocimiento de los procesos médicos ni de sus consecuencias; con abierta ignorancia de la mediación de los principios éticos. De lo cual dan cuenta los siguientes casos emblemáticos: Tarasoff - 1974 Secreto profesional; Tuskegee 1972 Investigación Sífilis; Willowbrook - 1950 a 1970 Hepatitis; Karen Ann Quinlan - comités éticos hospitalario (Universidad del Desarrollo [UDD], 2023).

Los casos más impactantes se encuentran en los experimentos en humanos llevados a cabo en Alemania durante la Segunda Guerra Mundial en los campos de concentración. Estos actos condenados como “crímenes de lesa humanidad” (Montoya Barreiros, 2023) a cargo del partido Nazi, llevaron a que en el año 1947 en la ciudad de Núremberg (Alemania) donde fueron juzgados quienes llevaron a cabo aquellos asesinatos y se creó el código de Núremberg: “consta de diez preceptos para realizar investigaciones médicas en humanos, de los cuales se destaca primordialmente el consentimiento voluntario del paciente que es esencial para ejecutar cualquier tipo de investigación”. (Vargas et al, 2011, p. 23)

Se encuentra en este código la primera propuesta en la que se construyen los cimientos de los principios de la bioética, así mismo, el primer referente sobre la importancia del consentimiento de las personas para la participación en cualquier actividad investigativa, ya que de acuerdo con lo expresado por Vargas et al, (2011, p. 23) “El consentimiento informado o voluntario se convirtió

en el eje primordial en el desarrollo de la bioética moderna al implementar la necesidad de respetar la libertad de las personas y la autonomía en la toma de decisiones con respecto a su participación en ensayos o experimentos médicos científicos”

Luego de la creación del código de Nuremberg, “se adoptaron nuevas disposiciones normativas, tales como la Declaración de Helsinki de 1964, y el informe Belmont de 1979, las cuales, recogen el mismo espíritu del Código de Nuremberg plasmaron los principios de la bioética: no maleficencia (beneficencia), autonomía y justicia”. (Esparza et al, 2020) (Carrasco et al, 2012)

Dentro de los referentes históricos también se encuentra el informe de Belmont, documento cuya construcción fue necesaria por las situaciones que sucedieron en Estados Unidos en el año 1972 referidas al caso Tuskegee.

El informe Belmont se encuentra constituido por dos partes siguiendo lo postulado por (Vargas et al, 2011, pp. 24-27):

Tabla 5. *Principios y aplicaciones del informe Belmont*

Informe Belmont	
Principios Básicos	Aplicaciones
Respeto por las personas: hace referencia a la autonomía de las personas y su protección	Consentimiento informado: es un requisito fundamental para la investigación y debe estar relacionado con la información, la comprensión y la voluntariedad.
Beneficia: se debe procurar no solo el buen trato para las personas sino también su bienestar	Valoración de riesgos beneficios: deben ser más los beneficios, que los riesgos para las personas, y éstos últimos deben reducirse al mínimo.
Justicia: La equidad en los beneficios para las personas y su participación.	Selección de sujetos: Debe existir imparcialidad, no se deben generar situaciones de exclusión por situaciones sociales, económicas, religiosas, sexuales, raciales, culturales, etc.

Tomado de Vargas (2011)

Adicional, en todo este proceso de regulación y normatividad bioética, la Asociación Médica Mundial [AMM] en el año 1964 constituye la declaración de Helsinki con el fin de establecer los “principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.”

Esta declaración permite tener unos lineamientos específicos para la investigación en humanos en todas las ciencias de la salud; destacando los siguientes de acuerdo a la 64ª Asamblea General, de octubre 2013 de la AMM (2017):

El médico debe velar siempre por la salud y el bienestar de sus pacientes en los procesos de atención e investigación médica; protegiendo la vida, integridad y los derechos de los pacientes, siguiendo unos estándares éticos indispensables e involucrando a las personas de manera voluntaria dentro de los procesos de investigación.

Las personas que participen en procesos de investigación, deben conocer los riesgos, costos y beneficios que puedan obtener, siempre deben divulgarse, minimizar los riesgos y abstenerse de llevar a cabo procesos médicos o de investigación en los cuales sean más los riesgos que los beneficios para las personas.

Existen personas en condiciones de vulnerabilidad las cuales deben tener una protección especial en los tratamientos e investigaciones que se lleven a cabo. La participación de personas en condición de vulnerabilidad solo se justifica si tendrán un beneficio para su salud.

Siempre deben existir los parámetros de privacidad y confidencialidad en los procesos de investigación; el uso del consentimiento informado es un imperativo para validar la participación de las personas y garantizar que son conscientes de los procesos que se llevaran a cabo, los objetivos, riesgos, beneficios y de su disenso en caso de no querer continuar participando en el proceso.

Todos los postulados anteriores permitieron que se pudieran consolidar desde la perspectiva de la bioética, los siguientes principios que deben ser respetados y promovidos por los profesionales de la salud y aplicados en los procesos de información que se les suministra a las personas para que puedan voluntariamente otorgar su consentimiento:

Principio de autonomía: es la capacidad para determinar libremente su pensamiento y conducta (derecho de autodeterminación). La autonomía requiere capacidad para tomar decisiones y habilidad para poner en práctica sus elecciones.

Principio de beneficencia y relación: promueve el bienestar o el mejor interés de una persona.

Principio de no maleficencia: prohíbe por omisión, negligencia realizar actos cuyas consecuencias sean negativas y no obren en beneficio del paciente.

Principio de justicia: Se concibe como la relación médico-paciente fundamentada en la equidad y accesibilidad a los medios y recursos que garantizan la salud, donde ambos participan en el compromiso y corresponsabilidad para protegerla. (Vázquez et al, 2017, pp. 180-181).

Los profesionales que en Colombia se desempeñan en las áreas de la salud se enfrentan a un gran reto en su actuar, ya que deben regular sus prácticas de acuerdo a los postulados éticos y bioéticos que orientan el ejercicio y la práctica clínica en pro del bienestar de las personas que asisten a consulta y adicional deben respetar su autonomía, la cual está relacionada con sus creencias, valores, maneras de comprender e interpretar su realidad y en este caso su proceso de salud – enfermedad, diagnóstico, tratamiento y recuperación.

Es fundamental que también, traten de comprender a cada persona en su propia realidad, a pesar de, las diferencias culturales, económicas, académicas u otras índoles que puedan existir en la población.

Los principios éticos exigen que la práctica y el desarrollo de toda intervención sea la más adecuada para las personas que asisten a la consulta; de igual manera, que el profesional cuente con los medios tecno científicos avalados y sobre todo, que las personas que requieran de la atención en endodoncia sean informadas debidamente sobre el proceso de atención para que autoricen ser intervenidas (Ley 35, 1989)

El juicio ético en el desarrollo del consentimiento informado se orienta a incrementar la autonomía y la capacidad decisoria a través de la información y la comunicación que favorece la comprensión del paciente. Por eso, la relación profesional-paciente, exige la confianza y el uso de lenguaje asequible, contextualizado y en sintonía con los valores del paciente. Lo que hace preponderante insistir en la autonomía como relación fruto del consenso (García et al, 2011, p. 85). Todas las intervenciones odontológicas incluidas las especializadas, se ajustan a parámetros éticos incluido el proceso del consentimiento informado.

2.1.1 El consentimiento informado y el paradigma vigente del rol de los pacientes

La práctica profesional en las ciencias de la salud ha estado determinada por el paternalismo: “el médico decide el proceso de atención o intervención para el paciente, indica lo mejor para la salud, sin que el paciente tome decisiones al respecto” (Emanuel & Emanuel, 1999, p. 110). Enfoque de relación médico-paciente que establece que este último no requiere tanta información ya que el que toma la decisión por él es el profesional. Sin embargo, los avances en derechos humanos, autonomía del paciente e inclusión en la toma de decisiones en salud ha cambiado la relación médico paciente que, insiste en la participación activa durante el proceso de consentimiento informado: “proceso en el cual el paciente es informado de los aspectos más

relevantes de la intervención y el tratamiento, el cual finaliza con la toma de decisiones de parte del paciente”. (Esparza et al, 2020, p. 197)

Para que el consentimiento informado sea ético y legalmente válido en el ámbito clínico debe cumplir con los siguientes criterios: comunicable, comprensible, claro para decidir, favorecer la autonomía y la libre voluntad (Cahana et al, 2012)

Al respecto, Lugones Botell, (citado por García et al, 2011, p. 92) considera que: “el consentimiento informado es una exigencia ética de primer orden para todo profesional, de la salud, médicos, odontólogos, enfermeros y tecnólogos. Debido a que la formación profesional tradicional paternalista dificulta favorecer la autonomía y libre decisión del paciente. Por eso, para (De Brigard, 2004, p. 278), “el paternalismo debe dar paso a la autonomía, aceptando que, si bien es el médico el más calificado en materia de conocimientos en salud, el paciente no es un “sujeto incapaz y dependiente de la voluntad externa”, sino, el verdadero protagonista de la relación médico - paciente. En ese orden de ideas, de ser objeto de atención médica, el pasa a convertirse en sujeto, con exigencias jurídicas, de la cual surgen derechos y obligaciones recíprocas; entre otros, el derecho a la información”.

Por eso, todos los profesionales de la salud están llamados a realizar una práctica ética en la que siempre contemplen los derechos de los pacientes, y en la que respeten las decisiones de los mismos; esto no quiere decir que la opinión del profesional no cuente, su opinión es importante, pero debe informarles a sus pacientes todas las opciones y riesgos posibles antes de cualquier intervención y ser un orientador en la toma de estas decisiones.

Como alternativa ante el modelo paternalista, Emanuel & Emanuel (1999, p. 112) propone optar por el modelo relacional deliberativo, ya que contribuye a que la persona ocupe el centro en la toma de decisiones: determine y elija entre todos los valores relacionados con su salud que

afecten el proceso de atención. Por consiguiente, el profesional de la salud apoya la toma de decisiones del paciente, pero no la impone, y el paciente puede contar con la asesoría, conocimiento y experticia del endodoncista en la toma de decisiones.

Optar por un modelo deliberativo fomenta la práctica ética de los profesionales de la salud y garantiza la autonomía de los pacientes. En cuanto al consentimiento informado, si bien se ha determinado que la decisión de los pacientes debe quedar formalizada de manera escrita; se tiende a pensar, en el consentimiento como un documento; no obstante, no se debe confundir la comunicación en la relación endodoncista- paciente con la entrega y firma de un documento, ya que:” el documento es una formalidad para constatar que el proceso se llevó cabo y que sirve para conocer en qué términos se realizó”. (Esparza et al, 2020, p. 197)

Adicional al modelo deliberativo, se encuentran los siguientes con sus respectivas características (Emanuel y Emanuel, 1999, pp. 110-113):

Modelo Informativo: En este modelo, el objetivo es proporcionar a los pacientes toda la información de su diagnóstico y tratamiento, con el fin de que elija la intervención que desea y el médico la pueda llevar a cabo.

Se resalta la autonomía del paciente en la toma de las decisiones, el médico le suministra al paciente su experiencia para la toma de las decisiones y su rol es de un técnico experto.

Modelo interpretativo: En este modelo, el médico y el paciente trabajan en conjunto con el fin de que el médico pueda apoyar al paciente en la consolidación de sus valores e intereses sobre su tratamiento y diagnóstico; el médico es un consejero que brinda toda la información al paciente, pero indaga en sus valores y creencias para poder guiarlo en la toma de decisiones sin imponer en ningún momento su punto de vista o su percepción sobre el paciente. El paciente es quien elige el

proceso de atención médica al final, pero durante el proceso el médico lo orienta en esa toma de decisiones.

Estos modelos junto con el modelo paternalista y deliberativo constituyen los 4 modelos de la relación médico - paciente que de acuerdo con Emanuel & Emanuel, (1999) establecen las dinámicas de relación en el contexto médico y por lo tanto los roles que toman tanto los médicos y los pacientes, en todos estos modelos, a excepción del paternalista es importante la opinión del paciente y su consentimiento para llevar a cabo las intervenciones que requiera

La entrada en vigencia del CI, en la práctica médica e investigativa, permite una concepción moderna del rol del paciente, donde es fundamental su voluntad y su autonomía; así mismo, el uso del consentimiento informado, se convierte en un requisito fundamental, ya que, de acuerdo con Vásquez, (2017, p. 175): “El consentimiento informado (CI) es el acto más importante de la relación médico-paciente debido a que plasma el momento en el que se formaliza el vínculo del cual derivan derechos y obligaciones para las partes”. En este orden de ideas, el CI no se debe percibir solo como un requisito o documento que valide la intervención médica, sino como un medio de comunicación para informar a los pacientes.

En síntesis, se concibe el consentimiento informado como el proceso comunicativo ético-legal a través del cual el profesional de la salud garantiza que el paciente comprenda de manera clara, completa y veraz la información aportada en relación con el diagnóstico, alternativas de tratamiento, pronóstico y riesgos-beneficio indispensable en el ejercicio autónomo de las decisiones (De Brigard, 2004, p. 278).

En Colombia, según el Ministerio de Salud (MINSALUD, 2010, p. 39), el contenido del consentimiento informado debe tener la siguiente información:

- a) Sobre qué se está pidiendo consentimiento (qué es lo que se va a hacer).

- b) Para qué se va a hacer el procedimiento o tratamiento (objetivos claros).
- c) Qué se espera obtener como resultado (beneficios esperados).
- d) Cuáles pueden ser los riesgos que se corre (riesgos más frecuentes y más graves).
- e) Qué alternativas existen a lo que se está proponiendo (alternativas disponibles).
- f) Qué ocurriría (clínicamente) si el paciente decide no acceder a lo que se le ofrece (riesgos de no tratarse o aceptar un procedimiento).
- g) Qué hacer si necesita más información (a quién preguntar, dónde y cómo, información completa y continuada).
- h) Qué hacer si cambia de idea frente al consentimiento otorgado o rechazado (revocabilidad).

Las pautas anteriormente indicadas, aplican para cualquier consentimiento que se realice, independientemente que el fin sea la atención médica o la investigación.

2.1.2 Implicaciones legales del consentimiento informado en Colombia y los derechos de los pacientes

El marco legal y jurisprudencial acerca del consentimiento informado se sustenta en la Ley 23 de 1981 o ley de ética médica, también en la ley 23 de 1983(arts. 14,15 y 18) que subrayan la prohibición de los agentes de salud en Colombia para intervenir de cualquier modo clínico o quirúrgico sin haber obtenido previamente la autorización expresa del paciente (De Brigard, 2004).Pero, es en la constitución de 1991, al consagrarse el derecho a la salud en los artículos (161,182,193 y 204) y en relación con los derechos fundamentales a la vida, la dignidad, la autonomía y la libertad que se determina que el paciente es el centro de atención en los procesos de salud y que debe decidir sobre lo que le afecta personalmente (Giraldo Montoya y López Mosquera, 2021, p. 4). Los anteriores derechos se refuerzan con la libertad de elección,

contratación, asesoramiento clínico, continuidad y calidad asistencial y confidencialidad (Izzeddin Abou y Jiménez, 2013).

El juicio y la decisión del paciente son fundamentales en el establecimiento del vínculo terapéutico. De esta manera el profesional procede a la intervención después de obtener el consentimiento informado. De no hacerlo el endodoncista se ve abocado a las sanciones establecidas en la (Ley 35 de 1989, art. 79), Ley de ética odontológica. El artículo en mención recoge algunas de las posibles sanciones: Amonestación privada, censura, suspensión del ejercicio profesional desde seis meses hasta cinco años.

A nivel constitucional, “el artículo 90 establece que el Estado se obliga a generar responsabilidad legal, tanto para los profesionales de la salud, como a las IPS, que tienen a su vez que cumplir con la prestación del servicio de salud y si es necesario, resarcir económicamente el daño por faltas u omisiones, tanto en la medicina pública como privada” (Giraldo Montoya y López Mosquera, 2021). Aún más, en la práctica de las ciencias de la salud como la endodóncia se recomienda: evitar prometer resultados específicos a los pacientes, ya que toda atención en salud acarrea riesgos y posibles complicaciones; diligenciar la historia clínica de forma cronológica que permitan conocer los antecedentes del paciente, los procedimientos a los que ha sido sometido y todo lo que considere relevante para la atención del paciente (SCARE, 2021)

2.1.3 La comunicación en los procesos de atención odontológica: habilidades y competencias.

Las situaciones que se puedan presentar en las practicas odontológicas, relacionadas con la violación del principio de autonomía y el derecho a la libre decisión, por falta de información o debido a deficiencias en el diligenciamiento del consentimiento informado guardan, notoria relación con la falta de calidad en la comunicación odontólogo-paciente (Pico Camacho y Vega

Peña, 2022, p. 556): “En Colombia, existe un vacío en el tema que revela la necesidad de incorporar en el currículum de los programas de formación en las ciencias de la salud, procesos de educación en comunicación, entrevista y transmisión de la información en el proceso de consentimiento informado”

Por eso es indispensable que los profesionales y especialistas en odontología se formen en habilidades comunicativas pues, “El odontólogo debe informar al paciente de los riesgos, incertidumbres y demás circunstancias que comprometan el buen resultado del tratamiento. Así mismo, debe tener un conocimiento amplio no solamente en sus especialidades sino en las practicas éticas que se ven reguladas en la forma de intervenir, en los derechos de sus pacientes y en la manera en la que se les transmite la información y regula el consentimiento informado (art. 5/ Ley 35 de 1989)

En la relación que se construye profesional- paciente, ambos tienen derechos y deberes, autonomía relacional: Por otra parte, respecto a la estructura y el contenido el CI debe incluir información en relación con los objetivos, riesgos y beneficios previsibles. Debe ser entregada en un lenguaje comprensible, claro y preciso, considerando las circunstancias clínicas y socioculturales del paciente (Carrasco et al, 2012, p. 38):

Es decir, el profesional debe cerciorarse del nivel de comprensión alcanzado por el paciente a través de la información que se le ha suministrado, razón por la cual:” La información transmitida al paciente o familiar debe ser directa, breve y con un lenguaje claro y preciso. No debe contener palabras abreviadas, ni terminologías de grado científico ya que las mismas se convertirían en una barrera en la comunicación provocando que el mensaje que se transmite no sea comprensible e inteligible para sus receptores” (Núñez González y Chongo Almerall, 2007, p. 20)

Dentro de esta relación que se establece, el profesional de la salud tiene la responsabilidad de comunicar de manera adecuada y oportuna a sus pacientes, la información necesaria sobre su diagnóstico, tratamiento, intervención, pronóstico, eventos adversos, riesgos, consecuencias, entre otros; es decir comunicar toda la información relevante del proceso de intervención o rehabilitación oral y que luego el paciente si está de acuerdo, autorice el procedimiento y formalice su decisión con la firma del consentimiento informado, donde queda evidenciada su autorización expresa, es decir, no solamente es solicitar que el consultante firme el documento de consentimiento informado sino garantizar que tiene claridad en la información que se le suministra.

Más allá de analizar la información contenida en el documento o formato del consentimiento se busca indagar que los consultantes hagan uso de su derecho a la autonomía, tengan claridad sobre el proceso a autorizar, los posibles riesgos y que la comunicación que tengan con el profesional sea la más asertiva y adecuada en pro de que la decisión que tomen sobre su salud oral esté sustentada sobre el conocimiento pleno del estado de la misma. Este proceso “trasciende al simple hecho de informar y se constituye en un ejercicio de comunicación de doble vía que empodera el acto médico y expone los atributos de profesionalismo, de quien ejerce como un recurso humano calificado para contribuir en la recuperación de la salud del paciente” (Pico Camacho y Vega Peña, 2022, p. 555)

La comunicación es la base fundamental en toda relación, por lo tanto, la relación médico - paciente debe consolidarse bajo esta premisa, que el CI: “requiere habilidades de comunicación con respecto al contenido, al proceso y a la percepción del mensaje”. (Pico Camacho y Vega Peña, 2022, p. 556).

3. Objetivos.

Los objetivos adoptados en la presente investigación se establecieron, bajo el criterio de investigación bioética, descripción de lo constatado, reflexión con base en los resultados y en el marco de referencia y análisis de los hallazgos. De esta manera, se mantiene la coherencia entre la pregunta problemática, los objetivos y la metodología cualitativa.

3.1 Objetivo general

Constatar el nivel de comprensión alcanzado por los pacientes que asisten a consulta en las clínicas de la Federación Odontológica Colombiana, sobre la información compartida en el proceso de consentimiento informado, en relación con el diagnóstico, procedimiento, posibles riesgos y el derecho a decidir autónomamente sobre las alternativas de tratamiento endodóntico.

3.2 Objetivos específicos

Describir el proceso de comunicación y comprensión alcanzado por el paciente de endodoncia después de diligenciar el consentimiento informado, así como la percepción acerca de la autonomía en la toma de decisión

Analizar la información que contiene los consentimientos informados (anestesia y endodoncia) de la clínica de la Federación Odontológica Colombiana, para determinar si cumple con los lineamientos de información sobre el diagnóstico, el protocolo de tratamiento, los riesgos-beneficios, otras alternativas de tratamiento y el disenso.

4. Método

El enfoque metodológico, a saber, cualitativo, fenomenológico y descriptivo se adopta debido a la naturaleza ética de la investigación y de la coherencia con el objetivo general y los

objetivos específicos planteados desde la etapa previa o anteproyecto de investigación. La entrevista se aplica al grupo de pacientes, seleccionados de manera aleatoria, cinco (5) hombres y cinco (5) mujeres, de aquellos que por primera vez son atendidos en la clínica de la Federación Odontológica Colombiana, durante el primer semestre del 2024, el formato de entrevista se ajusta a los objetivos propuestos, a fin de que la información recabada dé respuesta a la pregunta general de investigación y a los interrogantes suscitados desde cada uno de los objetivos.

4.1. Adopción de los criterios de inclusión y exclusión

Las investigadoras acuerdan excluir de las entrevistas a aquellos pacientes que antes del presente consentimiento informado, hayan diligenciado consentimientos informados en endodoncia, así como aquellos que por motivos éticos o legales hubieran entablado demandas previas a la facultad de endodoncia ante tribunales de ética odontológica. Se incluyen los pacientes que por primera vez son atendidos en las Clínicas de la Federación Odontológica Colombiana durante el primer semestre del 2024, y gocen de razonabilidad para responder de manera autónoma a las cuestiones planteadas en la entrevista semiestructurada.

4.2 Estructuración de la entrevista y aplicación de prueba piloto

Con el apoyo del asesor científico y (Apéndices metodológicos de la investigación se estructuro el primer protocolo de entrevista coherente con los objetivos de investigación, teniendo en cuenta las siguientes categorías: características sociodemográficas de los pacientes, comprensión de la naturaleza y propósito del consentimiento informado, comunicación clínica paciente-profesional, comprensión de la información para decidir con autonomía y comprensión de las consecuencias de la decisión (Apéndice B: *Protocolo de entrevista semiestructurada*).

4.3 Recomendaciones, retroalimentación y ajustes a las pautas de entrevista propuesta.

Después de someterse los resultados de la prueba piloto al examen de los asesores metodológicos, se reordena la secuencia de preguntas en coherencia con los objetivos y los estándares del consentimiento informado, se adecua el lenguaje para hacerlo comprensivo y se sugiere a los entrevistadores ejercitarse en el abordaje “conversacional” de la entrevista.

4.4 Escogencia de los pacientes a entrevistar.

Diseñada la entrevista semiestructurada se efectuó la prueba piloto con la participación de cinco personas quienes valoraron la coherencia, claridad y relevancia de las preguntas: se solicitó autorización a las directivas de la Clínica de la facultad, para acceder a la base de datos de los pacientes en lista de atención durante el primer semestre 2024 y se acuerda un número de 10 pacientes, cinco mujeres y cinco varones, para entrevistar.

Se realizan las 10 entrevistas con previo consentimiento informado diseñado para la misma, firmado y aprobado por los pacientes (Apéndice A).

4.5 Transcripción de las entrevistas y procesamiento en Atlas-ti.

Transcritas las entrevistas y suplidos los vacíos gramaticales corrientes, a fin de que en nada cambie el sentido de la información aportada por los entrevistados, se estandariza la enumeración de las respuestas, se tramita el procesamiento en Atlas-ti, este es un software especializado en análisis cualitativo, que se utiliza para procesar y analizar grandes volúmenes de datos textuales, visuales y audiovisuales que explora datos no estructurados y se encarga de encontrar patrones o relaciones significativas, sus principales características son Codificación de datos, Análisis de texto, multimedia, Redes y mapas conceptuales, teniendo en cuenta lo anterior

se busca ayuda de un doctor experto en investigación cualitativa, y manejo de atlas-ti, independiente al presente estudio, donde Inicialmente se subió la información recolectada de las 10 entrevistas al software, para de esta manera extraer las citas del documento y realizar el proceso de categorización y codificación de la información, teniendo en cuenta lo que emergía por parte de la narrativa de los pacientes, acá surgen conceptos como: autonomía, beneficios, confianza, inquietudes, preguntas, riesgos, satisfacción, comunicación, tratamiento, responsabilidad entre otros, con estos conceptos se crea la nube de palabras con estos conceptos que más se repiten, agrupando la información (Apéndice C).

Posterior a esto se crean tres grandes categorías que son comprensión, comunicación y autonomía; a partir de esto se crean las redes semánticas con todas las palabras o conceptos que se asocian con cada una de estas categorías, con esto se crean los memos analíticos donde se realiza un análisis más profundo de cada una de estas categorías. A continuación, se expone el análisis de los resultados.

5. Resultados

La siguiente matriz de categorías o andamio categorial relacionado con el objetivo general de investigación vincula la comprensión, con la comunicación y con la autonomía alcanzada en el proceso de consentimiento informado, durante la atención efectuada en la clínica de la Federación Odontológica Colombiana (*Tabla 6*).

5.1. Matriz categorial o andamio de análisis de categorías centrales

Para cada una de las categorías se listan en la columna, correspondiente, los códigos que le pertenecen de manera horizontal la red de relaciones con los códigos correspondientes a las otras dos categorías.

Tabla 6. *Matriz de análisis categorial*

Matriz de análisis categorial.		
Comprensión (Categoría A)	Autonomía (Categoría B)	Comunicación (Categoría C)
Comprensión	Autonomía	Comunicación
Diagnóstico	Beneficios	Conformidad
Enfermedades	Confianza	Consentimiento
Explicaciones	Decisión	Facilitación
Información	Desistir	Inquietudes
Informado	Obligatorio	Profesional
Intervención	Pacientes	-----
Preguntas	Responsabilidad	-----
Respuestas	Satisfacción	-----
Tratamiento	-----	-----
Consecuencias	-----	-----
Riesgos	-----	-----

5.1.1 Categoría A: comprensión

En la investigación efectuada la categoría comprensión se ocupa de evaluar el grado en el que los pacientes entienden la información transferida durante el proceso de consentimiento informado. Esta categoría, no solo incluye aspectos del conocimiento; de igual manera, se ocupa de la claridad que los pacientes tienen sobre el diagnóstico, las enfermedades asociadas, las

explicaciones aportadas por los profesionales, la información detallada acerca de los procedimientos, consecuencias y riesgos posibles del tratamiento o, de desistir del mismo. Del nivel de comprensión alcanzado depende la autonomía para decidir acerca de las alternativas de tratamiento y asegurar la validez de la elección sobre el procedimiento endodóntico.

La importancia, de que se logre la comprensión radica en que se evidencia si el paciente es capaz de entender la información transferida durante el consentimiento informado acerca de los riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento, así se constata si la información entendida le habilita para decidir. Por eso, la categoría comunicación se relaciona directamente con la pregunta de investigación, por lo tanto, resulta altamente significativo para la investigación evaluar el nivel de comprensión del paciente durante el consentimiento informado, ya que, en relación con los profesionales, pone en evidencia los medios y las mediaciones dialógicas indispensables para tomar decisiones informadas (Apéndice D).

5.1.1.1 Códigos y definiciones relacionados con la categoría comprensión. Debido a que, como se afirma con anterioridad, la categoría comprensión tiene que ver con el nivel de entendimiento alcanzado por los pacientes acerca de la información transferida por el profesional, los siguientes códigos la vinculan con la red de acciones y procedimientos cercanos a esta, así con el *diagnóstico* por la información relacionada con la enfermedad dental identificada; con las condiciones del tipo *de enfermedades* que requieren explicación durante la consulta; acerca de los procedimientos, beneficios y riesgo que ameritan *explicación* de parte del profesional; sobre los datos, estadísticas y tendencias en *tratamientos* que piden *información específica* durante la consulta; sobre todo, de las técnicas, procedimientos e *intervenciones expertas*; además, de las

respuestas a preguntas, aclaraciones de dudas y falsas verdades expuestas por los pacientes acerca de las *consecuencias, riesgos y eventos adversos* asociados a los tratamientos.

5.1.2 Categoría B: Autonomía

La toma de decisiones libres y bien informadas posibilita el ejercicio de la autonomía. Además, de tener que ver con la capacidad de elección entre tratamientos endodónticos, según el conocimiento de riesgos, beneficios, costos y evolución posible del tratamiento, se vincula también en el derecho al desistimiento y a la confianza en el profesional. En consecuencia, la libertad, como la responsabilidad, la veracidad en la información y la ponderación de acuerdo con los valores del paciente se vinculan con el ejercicio de la autonomía. La participación en la toma de decisiones conforma el ejercicio de la autonomía, siempre cuando esta se sustente en información veraz, científica y confiable en relación con beneficios, riesgos y costos, de aquí, la importancia de la autonomía alcanzada en el proceso de consentimiento informado.

La categoría de autonomía es componente nuclear de la pregunta de investigación, no solo por su relación con la dignidad y derechos del paciente, sino, porque esta requiere de la participación voluntaria e informada de este durante el proceso de consentimiento informado. De aquí, la utilidad de esta categoría para evaluar si los pacientes de endodoncia comprenden debidamente la información transferida por el profesional y actúan de manera consciente en la toma de decisiones (Apéndice E).

5.1.2.1 Códigos y definiciones relacionados con la categoría de autonomía. Entendida la autonomía como la capacidad y competencia humanas para tomar decisiones libres e informadas, se hace indispensable que éste conozca acerca de los beneficios y riesgos de las

alternativas de tratamiento endodóntico, de las ventajas que conllevan y de las restricciones que imponen, lo que supone confianza en la idoneidad e información aportada por el profesional que le atiende y acompaña en la toma de decisiones; tanto para aceptar, como si desistir del tratamiento propuesto, pues es derecho del paciente hacerlo en el momento en que lo juzgue oportuno. No obstante, en cuanto a aspectos obligatorios, se deben informar y, si es lo aceptado, se deben asumir de parte del paciente, actuando con responsabilidad y en búsqueda de la satisfacción integral en salud bucal.

5.1.3. Categoría C: Comunicación

En el diligenciamiento del consentimiento informado, el comunicar representa desafío singular y definitivo, pues del entendimiento logrado a través de esta se provee de la información y se alcanza el nivel de comprensión indispensable para que las decisiones tomadas en el decurso del consentimiento sean válidas. Por medio de esta categoría se constata la efectividad en el proceso de comunicación, la conformidad del paciente con la información transferida por el profesional y, la validez de la decisión para dar paso al tratamiento elegido. Se garantizan los derechos del paciente a clarificar dudas, obtener respuestas válidas, precisas, específicas y oportunas. Hacer de la comunicación un ejercicio conversacional facilita la relación ética entre paciente y profesional, dada la importancia que la comunicación efectiva tiene en el incremento de la autonomía, cuanto esta es clara, completa y comprensible. En relación con la pregunta de investigación, la comunicación alcanza mayor significatividad en la medida en la cual la información transmitida sea científica, precisa, veraz, actualizada y confiable; lo que hace de la categoría comunicación, criterio insoslayable de evaluación para mejorar las estrategias conversacionales del consentimiento informado durante el tratamiento endodóntico (Apéndice F).

5.1.3.1. Códigos y definiciones relacionados con la categoría comunicación. Entendida como el proceso de intercambio de información entre el profesional y el paciente que busca atención endodóntica, la comunicación, durante el proceso de consentimiento informado constituye aspecto nuclear en el incremento de la comprensión y la autonomía informada, siempre y cuando, la mediación y los recursos se adapten y faciliten la interrelación, acorde con la capacidad, lenguaje y nivel del paciente, de conformidad con la cultura, contexto social e intereses de éste, inquietudes y preocupaciones del paciente, lo que demanda de parte del profesional endodoncista habilidades comunicativas y conversacionales que ubiquen a la persona en el centro del proceso de consentimiento informado.

Códigos y definiciones constatables en la información aportada por los entrevistados

Los datos cualitativos, contenidos a manera de definiciones en el cuadro siguiente, a través de los códigos correspondientes posibilitan establecer redes categoriales y conceptuales y de sentido acerca del significado que los pacientes le otorgan al proceso de consentimiento informado llevado a cabo, previo el tratamiento de endodoncia, en la FOC-Usta, Bogotá. Resultados sobre los cuales, posteriormente se soporta la discusión y los hallazgos de investigación.

5.2. Integración de categorías, códigos y definiciones.

En la tabla siguiente, a manera de andamio categorial, se recogen categorías, códigos y definiciones que, según los resultados de las entrevistas, dan razón de los objetivos de la investigación y delinean el marco de sentido de lo que a juicio de los entrevistados serían las conexiones entre categorías y códigos.

Tabla 7. *Matriz de integración de las categorías, códigos y definiciones*

Código	Definición
Comprensión	Nivel en el que los pacientes entienden y dan cuenta, de la información transferida por el profesional
Diagnostico	Información descriptiva de la enfermedad bucodental identificada
Enfermedades	Anomalías de salud diagnosticadas en el examen bucodental
Explicaciones	Argumentos detallados acerca del estado, posibles causas, consecuencias, alternativas de tratamiento
Información	Datos, evidencias, explicaciones científicas, expertas y procedimentales aportadas durante el consentimiento informado
Intervención	Procedimientos, técnicas operatorias utilizados en la endodoncia
Preguntas	Dudas que ameritan explicación aclaratoria de parte del profesional
Respuestas	Contestaciones de los profesionales a las dudas de los pacientes
Tratamiento	Procedimiento específico recomendado a fin de superar enfermedad dental
Consecuencias	Se dice de los efectos previsibles y no previsibles de un tratamiento
Riesgos	Efectos previsibles e identificables, eventos adversos, asociados a un tratamiento
Autonomía	Capacidad de la voluntad que habilita a la persona informada, consciente y libre a decidir acerca de la conveniencia de un tratamiento
Beneficios	Ventajas previsibles esperadas de un tratamiento
Confianza	Valoración del grado de certidumbre razonable sobre la idoneidad de un profesional
Decisión	Consecuencia de juzgar, ponderar y valorar acerca de la conveniencia o no de una acción terapéutica

Código	Definición
Obligatorio	Exiguitivo a consecuencia del pacto establecido y de las responsabilidades que se asumen.
Pacientes	Personas que recurren al profesional en salud bucal a causa de sus dolencias y quebrantos, lo que amerita ser atendidos
Responsabilidad	Hacerse cargo de los deberes que acarrea el ejercicio profesional, la decisión de acerca de la conveniencia o no de un tratamiento
Satisfacción	Grado de correspondencia entre los procedimientos terapéuticos recomendados y el nivel de salud bucal alcanzado.
Comunicación	Proceso de intercambio de información emisor-receptor, contexto, en el cual se delibera comprensivamente
Conformidad	Nivel de acuerdo generado por el apoyo informado y la confianza que genera la idoneidad del profesional, en cuanto a la escogencia de la alternativa de tratamiento
Consentimiento	Aceptación consciente, libre y autónoma que habilita al profesional a proceder con el tratamiento elegido
Facilitaciones	Mediaciones de transferencia de información empleadas para hacerla comprensible
Inquietudes	Preocupaciones, cuestionamientos y dudas sobre cualquiera de los componentes del acto clínico, expresados como riesgos, desafíos o beneficios.
Profesional	Persona experta habilitada legal y académicamente como profesional confiable e idóneo en el ejercicio de una profesión liberal.

Nota: Tomado de andamio categorial arrojado por Atlas-Ti

6. Hallazgos

Aunque, la importancia de la comprensión (categoría A) se destaca ante la autonomía (categoría B) y la comunicación (categoría C), en la Comprensión del Consentimiento Informado se evidencia que los pacientes tienen una percepción general del mismo como un acto de aceptación y conformidad sobre un procedimiento odontológico y destacan el respeto a su

autonomía durante el proceso; Sin embargo, su conocimiento sobre los detalles específicos, como el tratamiento de conductos, es limitado.

El paciente tiene derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con la médico apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que conlleven (Resolución 13437 de 1991 y Ley 23 de 1981).

Su comprensión del consentimiento informado parece más centrada en el aspecto práctico del tratamiento que en los derechos que este documento les otorga, como la posibilidad de abandonar el tratamiento o buscar una segunda opinión.

Aunque los profesionales les proporcionaron información clara y útil según los entrevistados, la interacción fue más técnica que participativa, lo que indica que la comunicación se enfocó en el procedimiento y no tanto en la toma de decisiones compartida. A pesar, de que la Sentencia C-182 del 13 abril (2016) reitere que es en la información comprendida por el paciente, sobre la cual se configura la decisión autónoma, la información comunicada debe ser: suficiente, oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa (Tamayo, (2021).

El 90% de los entrevistados refieren que la explicación de los riesgos es algo limitado, ya que no hay claridad en los acontecimientos que se pueden presentar durante y después del tratamiento de conducto, también refieren mejor comprensión con el consentimiento de anestesia en cuanto a sus riesgos y beneficios que con el de endodoncia.

Los pacientes destacan la calidad profesional del servicio y su satisfacción con el procedimiento y la actitud del profesional a resolver las dudas e inquietudes que se tengan por parte del paciente

Sin una comunicación adecuada, es probable que el paciente no comprenda completamente lo que se está informando, lo que podría llevar a una toma de decisiones basada en suposiciones o información incompleta. Un profesional de la salud que comunica de manera clara y comprensible ayuda a eliminar las barreras de conocimiento que podrían influir negativamente

En un estudio realizado en el 2009 donde compararon catorce formatos de consentimiento informado de diferentes facultades de odontología en Colombia expresaron: “De las categorías estimadas imprescindibles, existen algunas que no se contemplan en ninguno de los formatos analizados estas son: Explica que es consentimiento informado? , como se realiza el procedimiento o tratamiento propuesto?, las desventajas que tiene dicho tratamiento y las desventajas correspondientes a las alternativas de tratamiento. Esto lleva a pensar que los profesionales de la salud brindan a sus pacientes es deficiente”. (Escobar, 2009, pág. 107).

El protocolo de la Federación Odontológica Colombiana ante los formatos utilizados para el proceso del consentimiento informado tanto de anestesia como endodoncia son claros en sus contenidos y facilitan al profesional para brindar una información detallada del tratamiento, sin embargo se sugiere incluir un espacio para graficar en el formato de consentimiento de endodoncia y así informar mejor al paciente.

6.1 Conclusiones y Recomendaciones

Aún, en el proceso de gestión del consentimiento informado en endodoncia, el protagonismo lo ocupa el profesional, si bien se informa al paciente lo que debe entender sobre el diagnóstico y las alternativas de tratamiento, la relación dada, profesional-paciente se incrementa por el lenguaje experto y técnico científico. No siempre, se recurre a medios pedagógicos distintos al habla para hacerse entender de los pacientes.

Los resultados muestran que las preguntas formuladas en las entrevistas fueron en su mayoría claras y relevantes, lo que sugiere que los pacientes pudieron expresar su comprensión sobre el consentimiento informado y el tratamiento de conducto. Sin embargo, se identificó que se debe mejorar la comunicación de los riesgos y beneficios del tratamiento.

La autonomía del paciente es un principio ético fundamental, y los pacientes valoran su capacidad para tomar decisiones sobre su tratamiento dental. Es importante seguir fomentando esta participación activa y garantizar que se brinde información completa y objetiva para tomar decisiones informadas.

Recomendaciones: Incluir talleres de técnicas de comunicación efectiva y, simulacros dramatizados de abordaje conversacional del consentimiento informado orientados a la comprensión e incremento de la autonomía y capacidad de decisión de los pacientes.

Implementar en el formato del consentimiento informado de endodoncia un espacio donde el profesional pueda por medio de una gráfica explicar el procedimiento a realizar

Referencias

Beauchamp, T y Childress, J (1999). Principios de ética Biomédica. Ed Masson

Carrasco Aldunate, P., Rubio Acuña, M., & Fuentes Olavarría, D. (2012). Consentimiento informado: un pilar de la investigación clínica. Aquichan, 12(1), 32-41.
[https://doi.org/http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000100004#:~:text=El%20consentimiento%20informado%20\(CI\)%20es,los%20riesgos%20que%20esta%20involucra](https://doi.org/http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000100004#:~:text=El%20consentimiento%20informado%20(CI)%20es,los%20riesgos%20que%20esta%20involucra).

Colombia. (2010). Constitución Política de Colombia. Imprenta nacional de Colombia.
<https://doi.org/https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf>

Comunidad S.C.A.R.E - FEPASDE. (19 de 07 de 2021). fepasde.
<https://contenido.fepasde.com/por-que-demandan-a-los-odontologos-y-como-prevenirlo>

Congreso de la República de Colombia. (8 de marzo de 1989). Ley 35. Sobre ética del odontólogo colombiano. http://www.saludcapital.gov.co/Normo/jur/Ley_35_de_1989.pdf.

Constitución Política de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia Actualizada con los Actos Legislativos a 2015. Bogotá: Corte Constitucional.
<https://doi.org/https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf>.

Constitución política. (2010). Constitución Política de Colombia. Imprenta nacional de Colombia.

<https://doi.org/https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf>

Consulta sobre consentimiento informado, 201842300028922 (Ministerio de Salud 06 de 02 de 2019).

De Brigard, A. M. (2004). Consentimiento informado del paciente. *Revista Colombiana Gastroenterol*, 4(19), 277-280. https://doi.org/http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572004000400009&lng=en&tlng=es.

Emanuel, E., & Emanuel, L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En A. Couceiro Vidal, *Bioética para clínicos* (págs. 109-126). Triacastela.

Esparza Reyes, E., Beltrán Varas, V., & Beltrán Varas, P. (2020). La obligación de informar y el consentimiento informado en Odontología. *Acta Bioethica*, 26(2), 195-204. https://doi.org/https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2020000200195&lng=en&nrm=iso&tlng=en

García González, M. C., Tarajano Roselló, A. O., Rosabales Quiles, I., & Ortega González, N. (2011). Comunicación y consentimiento informado en servicios de Ortopedia y Neurocirugía del Hospital Provincial de Camagüey. *Humanidades Médicas*, 11(1), 81-98. https://doi.org/http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000100006&lng=es&tlng=es.

Giraldo Montoya, J. A., & López Mosquera, D. J. (19 de octubre de 2021). Consentimiento médico informado. Repositorio Institucional Unilibre: <https://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/23233>

- González, P. (2017). Investigación Cualitativa Eje 3. Fundación del Área Andina.
https://doi.org/https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/2575/RP_eje3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gracia D (2001) La deliberación moral: el método de la ética clínica. Barcelona. España. Med Clin.
- Gracia D (2016) Tomar decisiones morales: del casuismo a la deliberación. Barcelona España. DILEMATA.
- Izzeddin Abou, R., & Jiménez, F. (junio de 2013). Bioética en Odontología, una visión con principios. CES Odontología, 26(1), 68-76.
<http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v26n1/v26n1a07.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). IV Estudio Nacional de salud bucal (ENSAB IV).
Ministerio de Salud y protección Social.
<https://doi.org/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/P/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
- Montoya Barreiros, M. (12 de 01 de 2023). El Orden Mundial en el Siglo XXI. Retrieved 27 de 10 de 2023, from <https://elordenmundial.com/que-es-crimen-lesa-humanidad/>
- Núñez González, G., & Chongo Almerall, D. (2007). El consentimiento informado como vía de comunicación en la relación médico- paciente. Bioética, 7(3), 19-22.
<https://doi.org/http://www.cbioetica.org/revista/revista73.htm>
- OMS. (18 de 11 de 2022). Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/es/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population>

- Pico Camacho, A. J., & Vega Peña, N. V. (2022). La comunicación en el consentimiento informado. *Revista Colombiana de Cirugía*, 37(4), 554-562.
<https://doi.org/https://doi.org/10.30944/20117582.2147>
- Rangel Galvis, M. C. (08 de 07 de 2019). Una Reflexión sobre los Procesos de Enseñanza-Aprendizaje de la Bioética en Odontología y sus implicaciones en la formación integral. *Revista Colombiana de Bioética*, 14(2), 87-106.
<https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/2276>
- Sanitas. (23 de 08 de 2023). Sanitas. <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/salud-dental/prevencion-diagnostico/odontologia-funciones>
- Secretaría de salud. (s.f.). Salud Oral – SISVESO | SALUDATA. Retrieved 28 de August de 2023, from SaluData: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-cronicas/salud-oral-sisveso/>
- Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación [SCARE]. (19 de 07 de 2021). FEPASDE. ¿Por qué demandan a los odontólogos y cómo prevenirlo?: <https://contenido.fepasde.com/por-que-demandan-a-los-odontologos-y-como-prevenirlo>
- Tamayo J (2021) El consentimiento informado del paciente. Bogotá. Colombia. Ed. Legis.
- Tenera Pulido, J. (s.f.). El Plan de Beneficios en Salud Oral en Colombia.
- Tribunal Nacional de Ética Odontológica. (s.f.). Retrieved 28 de August de 2023, from INICIO | TSEOC1: <https://www.teocundinamarca.com/>
- Trujillo M & Suarez D (2019) Habilidades de comunicación en la formación médica contemporánea. Una experiencia pedagógica. Bogotá. Colombia. Universidad de los Andes.

Universidad del Desarrollo [UDD]. (27 de 10 de 2023). Casos clínicos emblemáticos.

<https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/documentos/casos-clinicos-emblematicos/>

Vargas Mendoza, N., Madrigal Santillán, E. O., Esquivel Chirino, C., Esquivel Soto, J., & Morales

González, J. A. (2011). En J. A. Morales González, G. Nava Chapa, J. Esquivel Soto, & L.

E. Díaz Pérez, Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre (ps. 21-34).

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Vázquez Guerrero, A. R., Ramírez Barba, É. J., Vázquez Reta, J. A., Cota Gutiérrez, F., &

Gutiérrez Muñoz, J. A. (2017). Consentimiento informado. ¿Requisito legal o ético?

Cirujano General, 39(3), 175-182.

https://doi.org/https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-

00992017000300175

Apéndices

Apéndice A. *Formato del consentimiento informado para la investigación* **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO.**

Yo, _____ en
nombre propio, identificado(a) con C.C. _____ de la ciudad de
_____ doy constancia de que participaré de manera voluntaria en
el desarrollo de la entrevista para el proyecto de investigación COMPRENSIÓN, AUTONOMÍA
Y GESTIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ENDODONCIA.

Entiendo que puedo hacer las preguntas que considere y retirarme del espacio en el
momento que lo solicite sin perjuicio alguno a mi persona.

Así mismo, dejo constancia de que

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación médica, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.
- Se me ha informado que la entrevista será grabada en audio y por lo tanto acepto que el proceso sea grabado y que la información sea usada para los fines de la investigación.

- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me comunicará de toda nueva información relacionada con la investigación, que surja durante el estudio y que pueda tener importancia directa para mí.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación médica según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.
- Yo autorizo al investigador responsable y sus colaboradores a acceder y usar los datos contenidos en mi ficha clínica para los propósitos de esta investigación médica.
- Conozco que se protegerán mis datos personales y no serán divulgados, según la ley estatutaria 1581 de 2012 (**octubre 17**) reglamentada parcialmente por el decreto nacional 1377 de 2013.**por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.**
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

Por lo anterior, firmo el presente consentimiento informado:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

FIRMAS INVESTIGADOR

Nombre: _____

Firma: _____

T.P. _____

Fecha: _____

Apéndice B. Formato de entrevista semiestructurada.

La entrevista semiestructurada se diseña de acuerdo con los objetivos de la investigación según las dimensiones de comprensión, autonomía y comunicación, desglosándose en preguntas correspondientes a ítems o tópicos relacionados con los problemas de investigación.

Entrevista semiestructurada
Información sociodemográfica. Nombre Edad Género Escolaridad Ocupación Diagnóstico Tratamiento
Nivel de comprensión de la naturaleza y propósito del consentimiento informado ¿Qué es para usted el consentimiento informado? ¿Para qué sirve el consentimiento informado? ¿Por qué le hicieron el tratamiento de conducto? ¿Qué es un tratamiento de conducto?

¿Por qué se aplica anestesia en el tratamiento de conducto?

¿La información que usted recibió de parte del profesional que le atendió fue suficiente, útil y clara para comprender el tratamiento efectuado?

¿Según lo que le informó el profesional cuáles son los beneficios y los riesgos del tratamiento efectuado?

Relación comunicativa entre profesional y paciente.

¿De qué medios se sirvió el profesional para ayudarle a entender su diagnóstico y alternativas de tratamiento?

¿Durante la consulta, el profesional le preguntó acerca de las enfermedades que padece, de los medicamentos que toma, las cirugías y de otros tratamientos bucales efectuados?

¿Lo que le respondió el profesional acerca de las dudas y preguntas hechas por usted, le satisfizo?

¿El profesional que lo atendió le preguntó acerca de lo que usted desea para su diente?

¿El profesional le preguntó si usted puede costear su tratamiento?

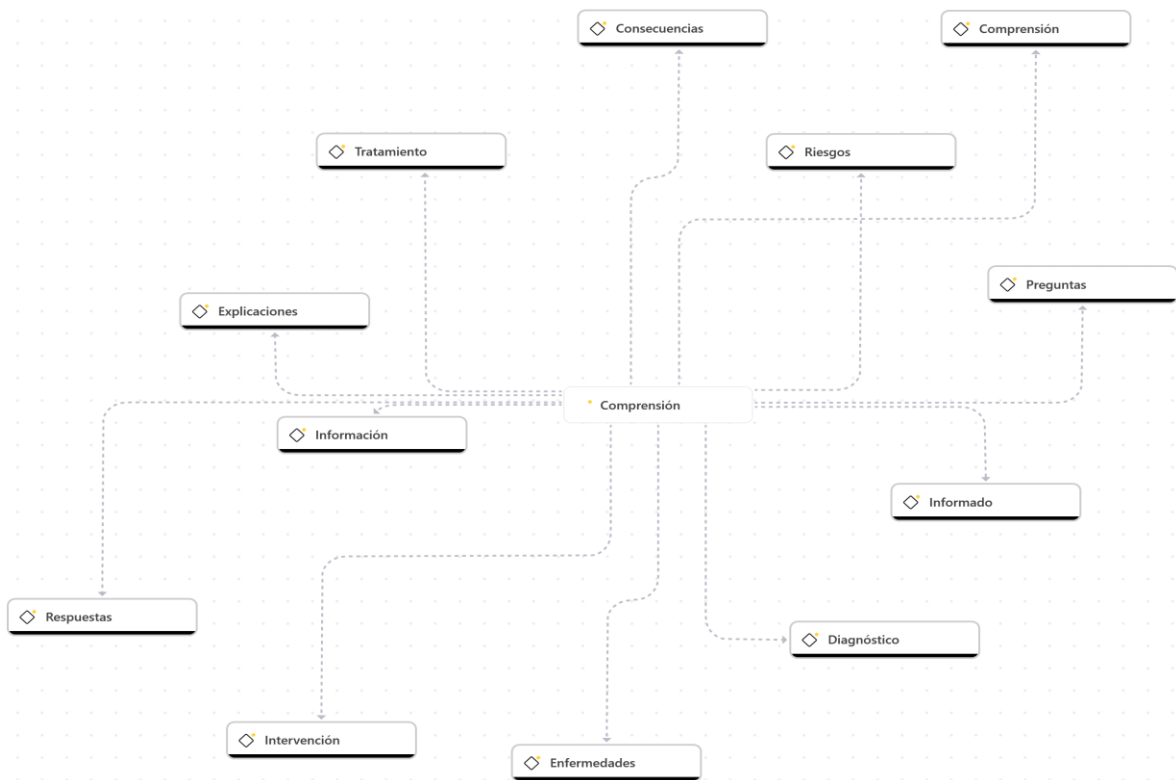
¿Le explicaron una a una las alternativas de tratamiento, ventajas y riesgos, así como su derecho a decidir si se hace o a desistir del tratamiento?

¿El ambiente de atención en el cual diligencio el consentimiento informado le generó confianza?

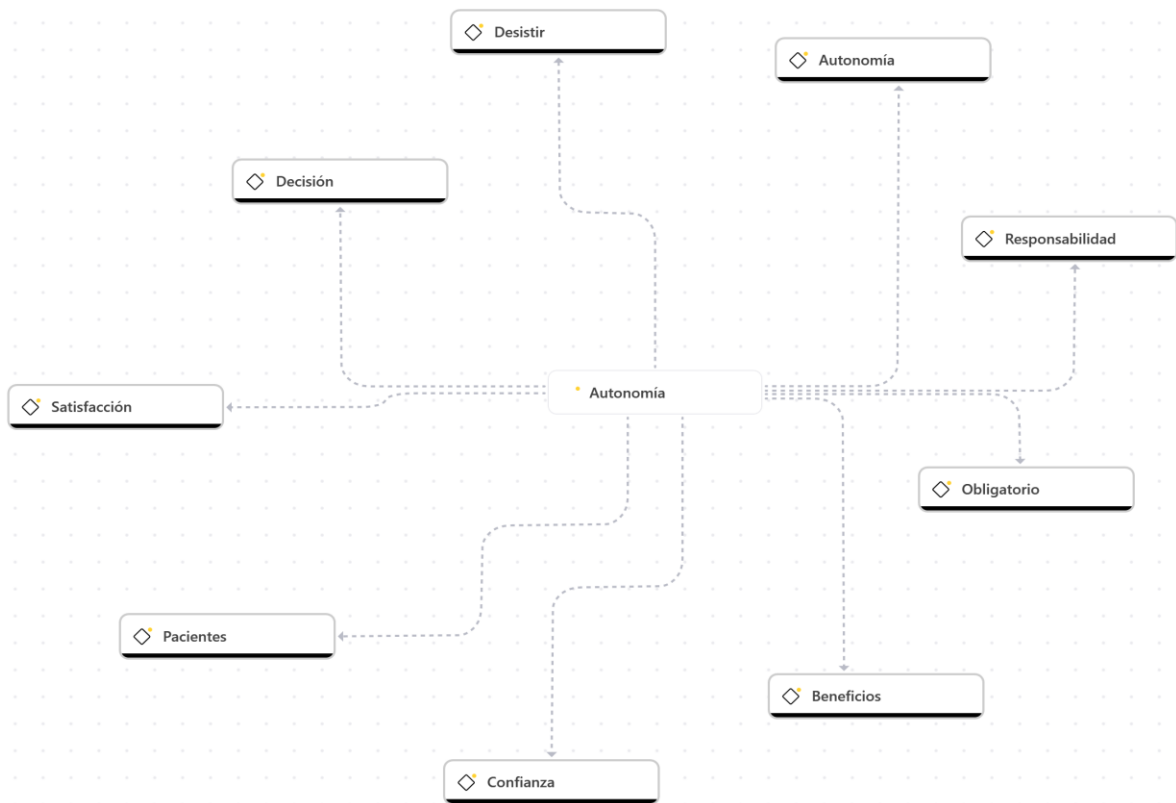
¿Le preguntaron si usted había comprendido la información?
¿Compresión de la relación entre información, autonomía, decisión y consecuencias?
¿Se sintió presionado al decidir sobre el tratamiento?
¿En la entrevista con el profesional este tuvo en cuenta el parecer suyo sobre el tratamiento escogido?
¿El profesional que le atendió le explico que puede desistir del tratamiento?
¿Le explicaron en que consiste y que se busca con el tratamiento de conducto?
¿Sabe usted, cuáles son los riesgos y los beneficios del tratamiento realizado?
¿Sabe cuáles son los beneficios y los riesgos de la anestesia aplicada?
¿Entre las alternativas de tratamiento que le ofrecieron, cuál fue la que le realizaron?
¿De no hacerse el tratamiento, cuáles serían las consecuencias?
¿Le informaron que usted puede buscar una segunda opinión acerca del tratamiento que le propusieron?

Apéndice C. Nube de Categorías y códigos.

Apéndice D. Red de Códigos categoría comprensión



Apéndice E. Red de Códigos categoría autonomía



Apéndice F. *Red de Códigos categoría comunicación*

