Reflexiones y Prácticas en Bioética para la Salud en Colombia

Martha Lucía Naranjo Muñoz

Amanda Elizabeth García Barrera

Lucila Cárdenas Niño

Colección
BIOS Y ETHOS

27

Reflexiones y Prácticas en Bioética para la Salud en Colombia

**COLECCIÓN
BIOS Y ETHOS**

Martha Lucía Naranjo Muñoz
Amanda Elizabeth García Barrera
Lucila Cárdenas Niño

*Reflexiones y Prácticas en
Bioética para la Salud en Colombia*

27

COLECCIÓN BIOS Y ETHOS

EDICIONES EL BOSQUE

1ª Edición, Octubre de 2010

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares de los "copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

© 2010
Universidad El Bosque de todas las Ediciones.
De cada capítulo su autor.
Del dibujo sus autores.
Carrera 7B Bis No. 132 - 11
Tels. 6489036 - 6489039
PBX: 6489000 Ext. 540
E-mail: bioetica@unbosque.edu.co
Bogotá, D.C., Colombia

ISBN 958-96186-1-8 (Obra Completa)

ISBN 978-958-739-012-4 (Volumen 27)

Director: Jaime Escobar Triana, M.D.
Coordinador Editorial: Luis Alberto Sánchez Alfaro

Diseño Carátula:
Top Graphics Ltda.
Diagramación e Impresión:
Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.
PBX: 602 0808
Bogotá, D.C. - Colombia
Octubre, 2010

TABLA DE CONTENIDO

Presentación.....	9
Enseñanza de la bioética ante los dilemas éticos del fisioterapeuta en la práctica clínica	13
<i>Martha Lucía Naranjo Muñoz</i>	
Consideraciones bioéticas en torno al cuerpo envejeciente en la modernidad.....	59
<i>Amanda Elizabeth García Barrera</i>	
Consentimiento informado en el contexto psicológico.....	125
<i>Lucila Cárdenas Niño</i>	

PRESENTACIÓN

Este volumen de la Colección Bios y Ethos recoge los trabajos que las autoras realizaron para obtener el título de Magíster en Bioética en la Universidad El Bosque. Queremos destacar estos tres escritos, entre otros, como un impulso a las inquietudes y esfuerzo en que están empeñadas las autoras de aportar a la difusión, formación y multiplicación de la bioética en una región que, pese a su cercanía con Bogotá, conserva un ámbito tradicional y propicio para la educación y el cultivo del saber, en este caso específico de la ética por la vida. La experiencia profesional y docente de cada una de las autoras, su interés por la necesidad de aportar elementos de la bioética a dichas actividades como propuesta inter y transdisciplinaria, la búsqueda de la excelencia de su quehacer en la sociedad contemporánea, marcada por la tecnociencia y la preocupación por la vida, se destaca en las inquietudes expresadas en sus trabajos.

El vacío ético y la necesidad de superarlo en la práctica de la fisioterapia en el contexto regional (Tunja y Boyacá) llevan a Martha Lucía Naranjo Muñoz a una propuesta pedagógica válida además para otras ramas de las ciencias de la salud. Se basa la autora, además de su experiencia profesional, en encuestas que reafirman su intención de incluir procesos formativos de los profesionales, abordados desde el énfasis en elecciones autónomas y toma de decisiones en la práctica clínica, la relación fisioterapeuta-paciente y el respeto a los derechos de los pacientes. En los resultados de su estudio, se observa que uno de los aspectos fundamentales a tener en cuenta en los procesos de formación es el relacionado con la toma de decisiones, pero su abordaje debe hacerse desde varios enfoques que van desde una adecuada fundamentación científica hasta aspectos relacionados con consentimiento informado como proceso que implica una adecuada información, el planteamiento de riesgos y beneficios, la decisión del paciente con respecto a las intervenciones o tratamientos en Fisioterapia, la autonomía del profesional y del paciente, y el código de ética propio de la profesión (Ley 528 de 1999. Ley 1164 de 2007).

En lo referente a la relación fisioterapeuta-paciente, los resultados de las encuestas, evidencian la necesidad de fortalecer en los procesos de formación este aspecto, dado que, de esta forma se pueden lograr resultados positivos de las intervenciones en pacientes y comunidades, pero además, es el camino para lograr un mayor posicionamiento de la profesión en el ámbito científico, y de igual forma, es la posibilidad de ofrecer un servicio de calidad, en donde, se tenga en cuenta la igualdad en la atención y la satisfacción de los pacientes.

Con respecto a la autonomía como profesionales, los resultados ponen de manifiesto la necesidad de contemplar este aspecto en los procesos de formación, la cual depende en primera medida del rigor científico dado a cada una de las intervenciones desde la Fisioterapia, convirtiéndose en una obligación del profesional, pero que a la vez puede llevar a la Fisioterapia a ser una profesión de consulta prioritaria. Adicionalmente, se debe propender por la reflexión en lo relacionado con la toma de decisiones por parte de los profesionales para realizar cualquier intervención, dado que se evidencia en los resultados, que estas se caracterizan por ser unilaterales sin tener en cuenta la aceptación o rechazo por parte del paciente, o simplemente están sujetas a la reglamentación vigente y a la auditoría institucional. En lo relacionado con investigación, se hace necesario en los procesos de formación de los profesionales, contemplar consideraciones éticas y legales propias de procesos de investigación con seres humanos y no humanos, además, todo lo concerniente al respeto de los derechos de las personas que participan en proyectos de investigación y al manejo adecuado de la información, dado que esta falencia se visualiza en los resultados de la aplicación de las encuestas.

Con relación a las obligaciones de los profesionales, se evidencia que la calidad de la atención va de la mano con aspectos como son la adecuada formación y fundamentación científica, pero adicionalmente, se observa que es necesario contemplar en los procesos formativos aspectos como son la responsabilidad, el profesionalismo, la puntualidad, la igualdad, el respeto a la dignidad humana que se convierten finalmente, en aquellos derechos que se deben respetar en el momento de realizar cualquier tipo de intervención desde la Fisioterapia.

Se plantea como primera estrategia para operacionalizar la enseñanza de la bioética, desde la investigación formativa, la propuesta de conformación del Semillero de Investigación BAFIS, que pueda trabajar en red con semilleros afines o con grupos de investigación especializados en la temática, especialmente, con los que pertenecen a la Universidad El Bosque, dado que, esta Institución a través de su experiencia y posicionamiento puede contribuir en el fortalecimiento de este semillero, el cual, puede convertirse en el punto de partida de grupos de investigación que involucren múltiples disciplinas.

Finalmente, como segunda estrategia se proponen los cursos de Bioética, como punto de partida para los procesos de reflexión y análisis de los dilemas éticos a los que se enfrenta el profesional en su contexto primario, y que permite suplir el vacío relacionado con la falta de espacios, estrategias y temáticas relacionadas con la Bioética y su aplicación directa en Fisioterapia.

El envejecimiento de la población a nivel mundial es un hecho innegable de la sociedad actual, con tendencias cada vez más acentuadas, en todos los países pero con

notoria prevalencia en países del primer mundo. Diferentes factores han contribuido a esta situación como son el saneamiento ambiental, las acciones de la medicina, la prevención de enfermedades y promoción de la salud, entre otros. La edad avanzada predispone a la multimorbilidad y a la existencia simultánea de procesos patológicos agudos y crónicos que desafían los límites de la medicina y plantean conflictos socio-económicos para su atención. En Consideraciones Bioéticas en torno al cuerpo envejeciente de la modernidad, Amanda Elizabeth García Barrera, expresa su visión sobre el envejecimiento desde diferentes puntos de vista, pero destacando el papel de la bioética en los dilemas éticos al final de la vida, los cuidados paliativos, las directrices previas y otros criterios clínicos referidos a la vejez.

Considera importante una bioética integral e interdisciplinaria, para el tratamiento de diferentes necesidades en el envejecimiento, el cual se puede analizar desde distintos enfoques, como culturales, sociales, políticos, antropológicos, fenomenológicos. Precisamente, con el abordaje hecho en este trabajo, se realiza un aporte al analizar el envejecimiento desde una perspectiva que tomó como base las dimensiones ontológicas del cuerpo, donde el cuerpo envejeciente es visto en su integralidad y su facticidad en el mundo, su relación consigo mismo y con el otro; es ahí donde radica el valor del análisis realizado y del cual se establecen puntos concluyentes pero a la vez abiertos que permitirán continuar trabajando en el tema de la bioética y su relación con el envejecimiento. El cuerpo humano no solo como ente biológico sino, psicológico, social y cultural en un entorno y los impactos que las biotecnologías tienen sobre él. Los dilemas éticos planteados se abordan desde la bioética, la calidad y la dignidad de vida.

El consentimiento informado como un proceso de carácter ético obliga al profesional de la salud establecer una relación dialógica, no asimétrica con el paciente, sino como personas iguales en dignidad y reconocimiento, no marcados por la diferencia profesional, sino precisamente justificada en esta diferencia del conocimiento entre los dos. El lenguaje y la comunicación que use el profesional debe tener en cuenta la necesidad de la comprensión del paciente para facilitar que este pueda tomar la decisión autónoma de los procedimientos que va a recibir en bien de su salud, ubicándose en un clima de entendimiento mutuo y no de imposición sino de confianza, y de buenas maneras para que los fines de la medicina se cumplan. Es importante que antes de comunicar el propósito de la intervención, el procedimiento, riesgos y beneficios, se garantice la confidencialidad, y contextualizar al paciente con respecto a la situación que justifica la intervención, para entender la intención de este encuentro interaccional que debe darse a lo largo del tratamiento y de acuerdo con la evolución del padecimiento.

La adecuada transmisión de la información es indispensable para que el propósito del consentimiento informado se cumpla. Este se sostiene sobre diferentes tipos de

proposiciones, razón por la cual no se deben omitir características significativas de la comunicación entre agentes como la capacidad de argumentar las propuestas o alternativas que se hacen y sacar deducciones de las mismas. La comunicación en el proceso del consentimiento informado presupone un marco de normas y compromisos compartidos, cognoscitivos y prácticas que hacen de la acción comunicativa un acto más participativo, comprometido y democrático para la toma de decisiones libres y voluntarias. La importancia y eficacia de la comunicación más que lo que se informa, es tal vez la forma en que se dice y la manera en que se dice y cómo se asume el intercambio de información, pues más que oír y ver, las personas necesitan un espacio de confianza, tranquilidad y empatía para deducir e inferir lo que realmente se quiere manifestar sin tergiversación de la información. Es un espacio que debe darse dentro de la consulta profesional.

La bioética, que nació como fruto del diálogo interdisciplinario y pluralista frente a los dilemas éticos–morales suscitados por el avance y desarrollo tecnológico de la medicina, hoy día es un medio importante y necesario para el estudio y ejercicio de la psicología como disciplina de las ciencias humanas. Como Psicóloga, Lucila Cárdenas Niño, considera que la formación en psicología debe fortalecerse y ampliarse, no sólo a la enseñanza de la bioética, sino al estudio filosófico y epistemológico de la psicología, para poder entender los principios y fundamentos de la bioética.

La desinformación de los usuarios y pacientes frente a sus derechos, fortalece su actitud pasiva para preguntar sobre una intervención psicológica y vulnera la toma de decisiones autónomas, libres de cualquier presión o engaño. El desconocimiento de los pacientes acerca del consentimiento informado y a sus derechos fortalece la actitud y relación paternalista del psicólogo, alejándose del sentido humano que tiene el encuentro interaccional.

Es posible que un adecuado manejo del consentimiento informado en el contexto psicológico fortalezca y mejore los resultados esperados en un proceso de intervención. Si se logran establecer relaciones cálidas, que moderen la asimetría, que favorezca procesos de comunicación de doble vía, y que evidencien el reconocimiento y respeto por la autonomía y dignidad de las personas, muy seguramente se fortalecerá la confianza y credibilidad en el profesional y en la disciplina.

Jaime Escobar Triana, M.D.
Director del Departamento de Bioética
Universidad El Bosque
Bogotá, Colombia
Octubre, 2010

ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA ANTE LOS DILEMAS ÉTICOS DEL FISIOTERAPEUTA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

*Martha Lucía Naranjo Muñoz**

Objetivo general de la investigación: Realizar un abordaje de la enseñanza de la Bioética y determinar las necesidades de formación de los profesionales en Fisioterapia ante los dilemas éticos que se generan durante la práctica clínica en las diferentes áreas de desempeño.

Metodología empleada en la investigación: se llevó a cabo un estudio de carácter descriptivo con un enfoque cualitativo, en un nivel exploratorio, a través de la aplicación de encuestas. La población objetivo fueron fisioterapeutas que se desempeñan en la ciudad de Tunja, la selección y tamaño de la muestra se realiza por conveniencia.

Logros obtenidos de la investigación: En la información recolectada, se evidencia poco conocimiento en áreas relacionadas con consentimiento informado, derechos, obligaciones, relación fisioterapeuta-paciente, códigos de ética propios de la profesión, etc., aspecto que pone de manifiesto la necesidad de incluir espacios de reflexión desde los procesos de formación, que lleven a un desempeño más integral del profesional en Fisioterapia. Teniendo en cuenta los resultados anteriores, se propusieron dos estrategias: En primer lugar la conformación del Semillero de Investigación "BIOÉTICA APLICADA A LA FISIOTERAPIA -BAFIS-", el cual se encuentra activo. El semillero está trabajando en tres ejes temáticos que son consentimiento informado, formación de los profesionales en aspectos relacionados con la Bioética y justicia en salud. En la actualidad cuenta con 11 estudiantes de V a VIII semestre del programa de Fisioterapia, quienes han participado en encuentros regionales y nacionales. En segundo lugar la propuesta de la inclusión de un curso denominado BIOÉTICA.

* Fisioterapeuta de la Universidad Industrial de Santander. Especialista en Docencia Universitaria de la Universidad el Bosque y Especialista en Epidemiología de la Universidad de Boyacá. Magíster en Bioética de la Universidad el Bosque. Profesora Asociada de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Boyacá. Trabajo realizado dentro del área de Bioética y Educación del programa de Maestría en Bioética y bajo la tutoría académica de la profesora Constanza Ovalle Gómez. Correo electrónico: marthalnaranjo@uniboyaca.edu.co

Introducción

En el presente trabajo se hace un abordaje de la Enseñanza de la Bioética en los procesos de formación de los profesionales en Fisioterapia, para lo cual, se hace una revisión teórica relacionada con las características de los currículos, contenidos programáticos y estrategias pedagógicas, utilizadas específicamente en los programas de Medicina, pero que pueden extrapolarse a otras disciplinas, además, existen pocos referentes teóricos relacionados con la temática y se observa una ausencia del abordaje de la Bioética en los procesos de formación en Fisioterapia.

Para determinar las necesidades de formación, se realiza una exploración relacionada con la Bioética y la práctica de Fisioterapia. Para lo anterior, se lleva a cabo un estudio de carácter descriptivo con un enfoque cualitativo, en un nivel exploratorio, a través de la aplicación de encuestas semiestructuradas a fisioterapeutas que se desempeñan en la ciudad de Tunja. En la información recolectada, se evidencia poco conocimiento en áreas relacionadas con consentimiento informado, derechos, obligaciones, relación fisioterapeuta-paciente, códigos de ética propios de la profesión, etc., aspecto que pone de manifiesto la necesidad de incluir espacios de reflexión desde los procesos de formación, que lleven a un desempeño más integral del profesional en Fisioterapia.

Dado lo anterior, se proponen dos estrategias que permiten operacionalizar la enseñanza de la Bioética en Fisioterapia. En primer lugar se plantea la conformación del Semillero de Investigación “BIOETICA APLICADA A LA FISIOTERAPIA –BAFIS–”, y en segundo lugar la propuesta de un curso denominado “BIOÉTICA”. Las dos estrategias anteriores contemplan como ejes temáticos las necesidades evidenciadas en la revisión teórica y en el trabajo de campo, y además, se emplean estrategias que permiten llevar a la práctica la investigación formativa.

El trabajo representa una experiencia piloto cuyos resultados son aplicados a la población objeto de estudio, pero cuya metodología puede servir como referente a otras disciplinas.

Metodológicamente el trabajo incluye un primer capítulo de revisión teórica, un segundo capítulo de discusión y análisis de los resultados del trabajo de campo en el contexto primario y un tercer capítulo que corresponde al diseño de la propuesta de enseñanza de la Bioética desde la investigación formativa.

1. Antecedentes

1.1. Problema de investigación

1.1.1. Descripción del problema (estrategias, contenidos, características)

La Universidad de Boyacá en la actualidad cuenta con 6 Facultades que ofrecen diferentes programas de pregrado y postgrado, dentro de las cuales se encuentran: la Facultad de Ciencias de la Salud con 5 programas (Medicina, Bacteriología y Laboratorio Clínico, Fisioterapia, Instrumentación Quirúrgica y Terapia Respiratoria), la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales con 2 programas (Derecho y Ciencias Políticas y Comunicación Social), la Facultad de Ciencias e Ingeniería con 3 programas (Ingeniería Sanitaria, Ingeniería de Sistemas e Ingeniería Industrial), la Facultad de Arquitectura y Bellas Artes con 2 programas (Arquitectura y Diseño Gráfico), la Facultad de Ciencias Administrativas y Contables con 3 programas (Administración Financiera y de Sistemas, Administración y Negocios Internacionales y Contaduría Pública) y la Facultad de Ciencias Humanas y educativas con 1 programa (Psicología). Adicionalmente, en la Universidad de Boyacá, la estructura y organización de los contenidos de los programas de pregrado y postgrado, está dada en dos componentes: Un componente nuclear y un componente electivo. En el componente nuclear, existe un subcomponente institucional que hace referencia a aquellas actividades académicas que le dan sello característico al egresado de la Institución, en este subcomponente se encuentra un curso denominado Ética con un total de 3 créditos a la semana, que implica 3 horas de trabajo dirigido por el docente, 3 horas de trabajo con acompañamiento y 3 horas de trabajo independiente, este curso es unificado para todos los programas de Pregrado. Al hacer la revisión de las mallas curriculares de todos los programas, el Programa de Medicina es el único que cuenta con el Curso de Bioética, el cual tiene un total de 1 crédito, que implica 1 hora de trabajo dirigido por el docente, 1 hora de trabajo con acompañamiento y 1 hora de trabajo independiente, este curso está ubicado en el IX semestre, y en el caso del Programa de Fisioterapia durante el proceso de formación en la actualidad No se cuenta con un curso de Bioética. (La anterior descripción corresponde a la fecha en la cual se realizó el estudio).

Una de las principales dificultades en los procesos de formación de los profesionales de la salud y especialmente, en lo relacionado con la Enseñanza de la Bioética, es el enfoque dado en estos procesos, es decir, el currículo se basa algunas veces en una Bioética aplicada, o en una Bioética puramente teórica⁽¹⁾, enfoque que es más evidente en la formación de los médicos pero que aún no se evidencia en los currículos de

1. ESCOBAR, J. La Educación en Bioética. En: GOMEZ, A. I y MALDONADO, C. Bioética y educación. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario, 2005. pp. 104-114.

Fisioterapia. Según lo observado en el contexto primario, y de acuerdo con las características propias del curso de Bioética en el Programa de Medicina, corresponde a un enfoque puramente teórico, en donde, no se incluyen aspectos relacionados con aplicación de la Bioética a la toma de decisiones, especialmente en problemas propios del contexto que generen dilemas éticos y que estén asociados al entorno en particular en el cual se desarrollan las prácticas de los estudiantes, por otro lado, al revisar las características del actual currículo de Fisioterapia, se cuenta solamente con el curso de Ética General que brinda al estudiante aspectos relacionados con los códigos de Ética propios de la profesión, pero al no existir un curso de Bioética, no se puede determinar ni enfoques ni estrategias pedagógicas. (La anterior descripción corresponde a la fecha en la cual se realizó el estudio).

1.1.2 Justificación

Teniendo en cuenta la importancia de la Enseñanza de la Bioética en todos los Programas de Ciencias de la Salud, y en este caso en el Programa de Fisioterapia, en este trabajo se intenta definir las necesidades a las que se enfrenta el estudiante de Fisioterapia en su proceso de formación y en el desarrollo de sus prácticas clínicas, según la exploración realizada a fisioterapeutas que se desempeñan en la ciudad de Tunja y de acuerdo con los dilemas éticos a los que se enfrentan en sus diferentes campos de acción, para que con base en estas, se genere una propuesta de estrategia de enseñanza de la Bioética, dentro del enfoque de la investigación formativa, estrategia que va de la mano con la calidad de la educación como lo menciona Restrepo, además, se propone este enfoque, teniendo en cuenta que, contempla aspectos como son el aprendizaje basado en la identificación de problemas o dilemas, la búsqueda de soluciones y la previsión del impacto de las acciones realizadas, estos tres aspectos coinciden con lo que implica una discusión en torno a un dilema ético, el cual, favorece la enseñanza de la Bioética⁽²⁾. Por otro lado, este enfoque le permite al estudiante el uso del método científico, en la identificación, resolución y análisis de problemas que generen dilemas éticos, que estén asociados a los problemas propios del contexto y que pueden estar relacionados con los avances tecnológicos, con las políticas vigentes, con la toma de decisiones, con la relación fisioterapeuta-paciente, con el respeto por los derechos del paciente, entre otros.

1.1.3. Necesidades de formación en el contexto primario

Para determinar las necesidades de formación, se realiza una exploración relacionada con la Bioética y la práctica de Fisioterapia. Para lo anterior, se lleva a cabo un estudio de carácter descriptivo con un enfoque cualitativo. La población objetivo

2. RESTREPO, B. Conceptos y aplicaciones de la Investigación Formativa, y criterios para evaluar la Investigación Científica en sentido estricto. Bogotá: CNA, 1998. Disponible en: http://www.cna.gov.co/cont/doc_acaf/index.html

son los fisioterapeutas que se desempeñan en la ciudad de Tunja, en consultorios particulares, hospitales de diferentes niveles de atención, práctica domiciliaria y en supervisión de prácticas asistenciales. La selección y tamaño de la muestra se realiza por conveniencia, dado que, el enfoque del estudio es de predominancia cualitativa, sin embargo, se obtiene información representativa de cada una de las áreas de desempeño, de la siguiente manera: en el grupo 1 conformado por supervisores de práctica asistencial un total de 5 encuestas aplicadas, en el grupo 2 conformado por fisioterapeutas que se desempeñan a nivel hospitalario un total de 6 encuestas y en el grupo 3 conformado por fisioterapeutas que se desempeñan en consultorios particulares o práctica domiciliaria un total de 9 encuestas, para un total de 20 fisioterapeutas que diligenciaron la encuesta semiestructurada en el tiempo destinado para la fase de recolección de la información. Es de anotar, que algunos fisioterapeutas no diligenciaron la encuesta por la falta de conocimiento del tema y por la falta de interés en el mismo.

La encuesta (Anexo No. 1) se conforma de 5 Categorías Deductivas que son:

- Toma de decisiones en la práctica clínica
- Avances de la Fisioterapia y la relación fisioterapeuta-paciente.
- Conflictos generados a partir de los cambios en el sistema de salud y su relación con la práctica clínica.
- Dilemas éticos frecuentes.
- Aspectos éticos considerados en los procesos de formación obligaciones fundamentales en intervención en Fisioterapia.

Cada una de estas categorías se compone de preguntas estructuradas con opciones de respuesta y de preguntas de completar. Para las preguntas estructuradas se realizó el análisis de frecuencia a través del Programa Estadístico SPSS Versión 13.0 y para las preguntas abiertas se realizó a través de la transcripción de los datos cualitativos, categorización, codificación y análisis descriptivo de la información.

1.2 Definición de necesidades en la formación según estado del arte

Para el desarrollo de la temática se hace necesario hacer una revisión del estado del arte relacionado con la enseñanza de la Bioética, para lo cual, se toman referentes nacionales e internacionales. Los procesos de enseñanza de cualquier disciplina, están inmersos en una estructura curricular, que posee características de acuerdo con los modelos pedagógicos de cada institución, pero también, incluye todo lo relacionado con los contenidos, las estrategias pedagógicas, y los procesos de investigación, entre otros.

1.2.1. Características del currículo en la enseñanza de la Bioética

Uno de los referentes nacionales en la enseñanza de la Bioética es la Universidad El Bosque, institución que da inicio a su proyecto basándose en la preocupación por la enseñanza de la Bioética y la formación de docentes a través del Programa de Especialización en Bioética y seguidamente con módulos de Bioética, dirigidos a los profesores de distintas regiones del país que se encontraban haciendo una especialización en educación dentro de los programas de la Universidad El Bosque, razón por la cual, se empieza la enseñanza de esta disciplina en maestros de educación media y primaria, posteriormente, se crea la Especialización en Bioética y en la actualidad la Universidad cuenta además con la Maestría en Bioética y el Doctorado en Bioética⁽³⁾.

En este sentido, es necesario hacer mención a Escobar, quien considera que la Enseñanza de la Bioética debe ser progresiva, partiendo de un enfoque de una Bioética General hasta una Bioética Clínica, en donde, se relacione lo deontológico (principios), lo teleológico (consecuencias), lo legal y todo lo relacionado con la responsabilidad profesional, etc. Al llevar esto a la realidad del contexto primario, los currículos con respecto a la Enseñanza de la Bioética se están quedando solamente en enfoques generales y en muy poca medida se están llevando a aspectos clínicos, además, se hace necesario brindar herramientas a los estudiantes que puedan orientarlos en la toma de decisiones durante su actividad práctica, basándose en los principios, las consecuencias de las decisiones tomadas, en el respeto de los derechos de los pacientes, en la relación médico-paciente o la relación fisioterapeuta-paciente, aquí es necesario retomar que lo anterior corresponde a Medicina, dado que, Fisioterapia no contempla en su currículo formación en Bioética, aspecto fundamental que debe ser considerado en los procesos de formación y está de acuerdo con la tesis de este autor, quien piensa que el fundamento de la Bioética debe extrapolarse a toda el área de la salud y que la consciencia del problema de la Bioética, es de cualquier disciplina que conlleve una responsabilidad profesional, además, la enseñanza de la Bioética debe contemplarse de una forma dinámica que responda a los avances y a las necesidades del contexto⁽⁴⁾.

Por otro lado, es fundamental hacer referencia a lo planteado por Ovalle, quien considera fundamental reconocer la importancia de la socialización de la Bioética en la determinación de una buena calidad de vida, pero a su vez, piensa que esta socialización propicia el cambio en la manera como se concibe la formación

3. ESCOBAR, J. La enseñanza de la bioética general en la construcción de una ética civil - experiencia de la Universidad el Bosque. Revista Investigación Educativa y Formación Docente. Bogotá: 1999. pp. 3 - 13.

4. ESCOBAR, J. 2005. Op. Cit., pp. 104 - 114.

integral. Por esta razón, la autora considera que las universidades deben propender por la formación integral de los alumnos, pero también, tendrán que motivar comportamientos dirigidos a acciones públicas y privadas, conocimientos que deben ser transversales en los currículos. Con base en esto, la tesis de la autora es que cuando se accede a la Bioética como una nueva manera de percibir y repensar la realidad, los currículos tendrán que transformarse y deberán buscar no solamente la integración biopsicosocial, sino también, toda la complejidad que gira en torno a la vida, aspecto que debe ser considerado en los procesos de formación de los profesionales del área de la salud, quienes deben asumir con una postura crítica la ciencia, las sociedades, las políticas y las condiciones de vida, características que no son ajenas a los procesos de formación de los fisioterapeutas⁽⁵⁾.

A lo anterior es importante considerar un punto fundamental que plantea esta autora, que es la transformación de los currículos en la formación de los profesionales del área de la salud, dado que, la evaluación y análisis de los procesos de formación actual se centran cada vez más en las áreas disciplinares pero se está dejando de lado esa actitud crítica del estudiante frente a todas las nuevas condiciones que hacen parte de cada una de las disciplinas y que se relaciona con los avances en ciencia y tecnología, que algunas veces generan aspectos positivos y otras negativos, en torno a la vida en general.

Con base en el planteamiento anterior, Sarmiento, considera que el desafío para la Educación en Bioética consiste en lograr una mejor comprensión de los espacios, circunstancias y relaciones que circunscriben el mundo cotidiano. La autora manifiesta que es necesario abordar temas como son los cambios de información y la educación, a medida que las nuevas tecnologías entran en juego en la cultura, por esto, es necesario profundizar en el estudio sociocultural de la tecnología. Para ello, el compromiso es diseñar programas de educación en Bioética, que logren una combinación entre los avances de la tecnología y la protección y cuidado de la vida, en un ejercicio ligado a la resolución de problemas, dentro del marco de los estudios de la complejidad en ciencia y los culturales en humanidades⁽⁶⁾. Este planteamiento, conjuga lo contemplado por los dos autores anteriores, es decir, que los currículos en torno a la enseñanza de la Bioética, deben ir un poco más allá, no solamente quedarse en los avances de la ciencia y en la protección de la vida, sino, mirar las transformaciones de la cultura que giran alrededor de esos avances.

5. OVALLE, C. Socialización de la Bioética: una manera de propiciar el desarrollo humano. En: GOMEZ, A. I y MALDONADO, C. *Bioética y Educación*. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario, 2005. pp. 160 - 1679.

6. SARMIENTO, Y. La dimensión humana como factor de la educación en bioética. En: GOMEZ, A. I y MALDONADO, C. *Bioética y Educación*. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario, 2005. pp. 211 - 222.

Continuando con lo relacionado con el currículo y la enseñanza de la Bioética, Suárez, considera que la cátedra de ética médica, de unas cuantas horas en un semestre, se queda pequeña para los adelantos científicos que día a día modifican la práctica médica y que generan muchos dilemas. Este autor, a su vez, considera que la búsqueda de un modelo óptimo de formación ética para el estudiante exige, una revisión de las propias consideraciones sobre Medicina, Ética y Educación. El valor de la formación ética en pregrado, y postgrado de las Facultades de Ciencias de la Salud, se da no solamente por el cuerpo de conocimiento y de habilidades adquiridas, sino por, la transformación de la actitud y del carácter moral de dichos individuos. Por lo anterior, la formación moral del médico o de otro profesional no debe estar centrada en la transmisión de conocimientos y valores éticos tradicionales, debe basarse en un proceso que promueva el desarrollo moral de la persona, el reconocimiento del aparato moral, y un reconocimiento actual de la vida. Este proceso, indica el autor, debe hacerse a lo largo de toda la carrera y debe involucrar a toda la comunidad universitaria, además, según el autor el proceso moral no se enseña, se muestra, se vive, se le permite al estudiante, se discute, se promueve, se le abren espacios, y aquí, la Universidad cumple un papel central como posibilitadora del desarrollo moral de sus integrantes⁽⁷⁾. La tesis de este autor se centra específicamente en la relación entre la Bioética y el desarrollo moral del estudiante, el cual, debe ser facilitado durante el paso de éste por el ámbito académico, además, considera un aspecto fundamental que es el relacionado con el énfasis que se le está dando a los currículos, lo común es encontrar en las instituciones, reflexiones curriculares en torno a lo disciplinar, pero se le da muy poca importancia a lo relacionado con la formación del ser, lo que ha llevado a una deshumanización de los programas de ciencias de la salud en general, todo lo anterior, aplica igualmente a los procesos de formación en Fisioterapia, disciplina que requiere un alto componente de sensibilidad y de responsabilidad frente a individuos y comunidades.

Concluyendo la temática relacionada con el currículo en general, Isaza, hace mención a algunos aspectos que se deben revisar para orientar la educación de los futuros médicos, pero que puede considerarse en la formación de otros profesionales, como es el caso de Fisioterapia, y es lo relacionado con la formación en Bioética. Este autor hace referencia a un estudio realizado en 141 Facultades de Medicina, en donde se muestra el incremento de la Bioética en los currículos, pero en donde se resalta, que persisten diferencias significativas en oportunidades, dedicación, contenidos y estrategias pedagógicas para su enseñanza en las diferentes instituciones⁽⁸⁾.

7. SUAREZ, D. Ética y medicina: pertinencia de una formación ética para el médico, como profesional y ciudadano. En: GÓMEZ, A. I y MALDONADO, C. *Bioética y Educación*. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario, 2005. p. 77.

8. LEHMANN, L.S et al. A survey of medical ethics education at U.S and Canadian medical schools. *Academic Medicine*, volumen 79 (7). 2004. pp. 682-689. Citado por: ISAZA, A. Enseñar Bioética: ¿Para qué, cómo y por qué? Una mirada desde la pedagogía. En: GÓMEZ, A. I y MALDONADO, C. *Bioética y Educación*. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario. 2005, p. 129.

Lo anterior, implica que no solamente es la fundamentación pedagógica, es decir, enseñar los códigos, sino crear oportunidades para el desarrollo moral del estudiante y futuro profesional. Las prácticas pedagógicas y la enseñanza de la Bioética, según este autor, deben favorecer la construcción de un conocimiento significativo y flexible, que le permita al médico u otro profesional actuar moralmente y tomar decisiones bajo principios y valores acorde con la normatividad ética, lo que a su vez, contribuirá a su formación integral⁹. En el planteamiento de este autor, se visualiza un problema común en los currículos de los programas de Ciencias de la Salud, y es la tendencia a incluir cursos de Bioética, con un enfoque puramente teórico, desligados a las reales necesidades de formación de los profesionales, aunque, en la actualidad la flexibilidad curricular implica espacios para la formación integral, pero la realidad muestra que estos espacios muy pocas veces permiten que el estudiante se enfrente a problemas de su contexto y participe en actividades relacionadas con toma de decisiones, o peor aún, considerar que la Bioética es requisito de formación de los profesionales en Medicina y que no se requiere como aspecto fundamental en la formación de otros profesionales de la salud.

1.2.2. Descripción de los contenidos programáticos en la enseñanza de la Bioética

Al hablar de currículo, es fundamental contemplar lo relacionado con los contenidos programáticos, y en este caso específicamente, con los contenidos para la Enseñanza de la Bioética en Medicina, como punto de referencia a otras disciplinas. Al respecto, como ya se dijo, para Escobar se deben incluir temáticas que se desarrollen desde una Bioética general a una Bioética clínica, pero lo anterior, debe ir relacionado con la deontología médica, y con aspectos legales de la Medicina. Adicional a lo anterior, este autor considera que este proceso debe tener un carácter interdisciplinario en donde, se integren diferentes saberes que a su vez confluyan en un hilo conductor y eje temático que es la Ética por la vida humana y por la vida en general, constituyéndose la Bioética en un cuerpo de conocimientos interdisciplinario y multicultural, con características especiales, que emerge en una sociedad tecnocientífica con una personalidad propia. Considero que este planteamiento acompañado de la experiencia de la Universidad El Bosque es un parámetro que bien puede orientar a futuras propuestas académicas de la enseñanza de la Bioética. A propósito en este trabajo se intenta establecer una estrategia de la enseñanza de la Bioética en Fisioterapia, desde el enfoque de la Investigación Formativa, teniendo como eje central el quehacer del fisioterapeuta y su íntima relación con la vida humana y la vida en general.

9. ISAZA, A. Enseñar Bioética: ¿Para qué, cómo y por qué? Una mirada desde la pedagogía. En: GOMEZ, A. I y MALDONADO, C. Bioética y Educación. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario. 2005, pp. 120 - 121.

Adicionalmente, en esta sociedad abierta y en movimiento, la Bioética se aprecia como una manera de discutir los problemas, permitiendo una reflexión moral de la vida, por lo anterior, es importante considerar el pensamiento de Hottois, quien refiere que la Bioética es un campo de tal complejidad en el que intervienen tantos actores diferentes, cada uno, con su respectivo horizonte cultural, disciplinario y de intereses propios. Alo anterior agrega que la Bioética no es más que una sección –ciertamente muy importante– de la problemática general de la humanidad. Simbólicamente tan diversa, tan desigual y articulada alrededor de la investigación y el desarrollo tecnocientífico. La complejidad y diversidad de la Bioética se evidencia en tres aspectos: el primero es la interdisciplinariedad, el segundo es lo relacionado con las culturas, tradiciones, ideologías y las religiones, de allí la exigencia de una comprensión pluralista de los problemas y por último la diversidad de los grupos de interés, esto genera temores y remite a situaciones y procesos cada vez más difíciles de controlar¹⁰.

Desde esta perspectiva, para la propuesta que aquí se intenta esbozar es necesario considerar 3 grandes ámbitos para la Bioética: en primer lugar, la fundamentación que comprende la evolución histórico-política del pensamiento ético, en segundo lugar, los cambios en el ejercicio de las profesiones de la salud en lo relacionado con la toma de decisiones éticas, la resolución de conflictos y en tercer lugar, el futuro mismo de la vida, su evolución y el papel de la tecnociencia. Aquí, se retoma un punto fundamental que es la Vida, como centro o eje en el cual se generan las discusiones y en donde, la Bioética debe estar presente con representación de las diferentes disciplinas¹¹.

En este análisis de contenidos programáticos, se hace necesario igualmente, revisar algunos modelos o tendencias de la Enseñanza de la Bioética, en referentes Internacionales y Nacionales, en donde, se puede observar que se encuentran aspectos similares y básicos en los procesos de formación, se aclara que estos referentes son soporte para los procesos de formación en Medicina, pero que pueden servir como base para procesos de formación en Fisioterapia, dado que, durante su práctica se enfrenta a conflictos que pueden generar dilemas éticos en la toma de decisiones.

Inicialmente, se hace referencia a algunas recomendaciones relacionadas con la tendencia curricular de la Bioética en Estados Unidos, lo cual es tomado del artículo “El Médico que requiere el mundo de hoy y su proyección en el mañana: Enseñanza de la Bioética en las Facultades de Medicina de Occidente y Oriente”, de Ana Isabel Gómez y colaboradores, quienes refieren en primer lugar, que la Bioética se contempla como parte del currículo de las Facultades de Medicina, con un syllabus

10. HOTTIOIS, G. Bioética y Derechos Humanos, En: BIOÉTICA y Derechos Humanos. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., Universidad El Bosque. 1997. pp. 151 -159

11. ESCOBAR, J. 2005. Op. Cit., pp. 104 - 105.

establecido, cuyos contenidos se centran en los dilemas éticos a los que se enfrenta el Médico en su práctica diaria, además, la adquisición de la habilidad para aplicar los conceptos y procesos a casos reales, es decir, siempre enmarcados en un contexto (Recomendaciones de Líderes de la Bioética en Estados Unidos –1983–). Esto de alguna forma se relaciona con el enfoque de la investigación formativa, que busca la toma de decisiones y resolución de problemas en el entorno, es decir, que los dilemas éticos que se generan son propios de cada región y de cada contexto, esta estrategia permite darle un enfoque más riguroso y exigente a la Enseñanza de la Bioética, dado que, todos los métodos que comprende se basan en una metodología que requiere búsqueda de información, lectura crítica, toma de decisiones con soporte teórico y evidencia científica⁽¹²⁾.

Adicionalmente, en 2001, Thomas May, propone 9 áreas como posibles candidatos para núcleos de Educación en Bioética en Medicina, especialmente para Comités de Bioética Hospitalaria. Estos son: a) Abordaje de teorías éticas, b) Ética reproductiva, c) Genética, d) Ética al final de la vida, e) Asignación de recursos, f) Donación y asignación de órganos, g) Salud Pública, h) Ética de la investigación, i) Ética profesional práctica de la atención, sin embargo, a lo anterior se considera que estas especificaciones varían según cada uno de los contextos, no obstante, estas temáticas no son ajenas a nuestra realidad y son un buen referente para enfocar los contenidos programáticos en la Enseñanza de la Bioética⁽¹³⁾. Las temáticas mencionadas, corresponden a un contexto internacional y en la formación en Medicina, pero se hace necesario evaluar cada una de estas áreas y determinar su aplicación en las necesidades de los profesionales que ejercen en Boyacá y específicamente determinar a cuáles de esta problemática se enfrentan los fisioterapeutas en su práctica diaria.

Dentro de la revisión de estas tendencias, es importante mencionar que en el Reino Unido, se incluyen algunos tópicos que forman parte de un núcleo curricular sugerido para la enseñanza de la Bioética igualmente, en Medicina pero como referente a otras disciplinas, que incluye aspectos relacionados con el consentimiento informado, la relación clínica, la confidencialidad y la buena práctica clínica, la investigación médica, la reproducción humana, la genética, los niños, los desórdenes mentales, la vida, la muerte, la vulnerabilidad en el estudiante y en el profesional de Medicina, la asignación de recursos en el sistema de salud y los derechos.

Estos aspectos, son contemplados en referentes internacionales, pero no son ajenos a la práctica de los profesionales de la región y a los dilemas éticos a los cuales

12. GOMEZ, A. I. ESQUERRA, R. y GRANADA, P. El Médico que requiere el mundo de hoy y su proyección en el mañana: Enseñanza de la Bioética en las Facultades de Medicina de Occidente y Oriente. En: GOMEZ, A. I. y MALDONADO, C. Bioética y Educación. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario, 2005. pp. 90 - 91.

13. ESCOBAR, J. 2005. Op. Cit., p. 115.

se ven enfrentados. Para lograr lo anterior, se sugiere como recomendación contar con una estructura curricular definida, en donde, se introduzca la asignatura de forma sistemática, temprana y reforzada, a través de toda la formación, integrar la Bioética con las demás asignaturas, por medio de la formación de los docentes, equiparar la importancia al de otras asignaturas, darle un enfoque interdisciplinario que incluya lo ético y lo legal, emplear estrategias pedagógicas a través de estudios de caso (Currículo propuesto por: The General Medical Council –Reino Unido–, 1993)⁽¹⁴⁾. De acuerdo con lo anterior, se observa que la tendencia tanto Nacional como Internacional, gira alrededor de un hilo conductor que es el de incluir la enseñanza de la Bioética en los currículos de los profesionales de la salud, como consecuencia de los diversos dilemas a los que en la actualidad se ven enfrentados.

Luego de algunas consideraciones en Estados Unidos y Reino Unido, se toma un referente Latinoamericano, que es el caso de Mirtha Andreau de Benato, en el Nordeste de Argentina, quién planteó como tema de análisis, la insuficiencia de la ética médica tradicional, para resolver problemas complicados que se presentan en el ejercicio de las profesiones, hecho que hace necesaria la inclusión de esta disciplina en los procesos de enseñanza–aprendizaje de los profesionales de Ciencias de la Salud. Por lo anterior, realizó un estudio que pretendía conocer los alcances de la enseñanza y el grado de aprendizaje obtenido de la Bioética, a través de una relación de los programas y planes de estudio.

Para lo anterior, utilizó tres instrumentos de recolección de la información: una encuesta dirigida a médicos, en donde, el objetivo es conocer la formación en temas bioéticos y la toma de decisiones; un cuestionario dirigido a colegios de Profesionales y Departamentos de Docencia, que buscaba conocer cursos o tareas de difusión de la Bioética y por último, una entrevista estructurada dirigida a Organismos Oficiales sobre la enseñanza–aprendizaje de la Bioética.

Dentro de las conclusiones más relevantes de este estudio, se encuentran que en el análisis de planes de estudio de pregrado y posgrado, la Bioética cuenta con un espacio muy reducido en el proceso de formación, por otro lado, en lo referente a la conciencia de responsabilidad y toma de decisiones, las decisiones médicas se guían por criterios técnicos, experiencia y algunas veces por rutina, que implica que se requiere más fundamentación teórica que diferencien un acto legal de uno moral⁽¹⁵⁾.

14. GOMEZ, A. I; ESQUERRA, R y GRANADA, P. Op. Cit., pp. 90 - 91.

15. ANDREAU DE BENNATO, M. La enseñanza de la bioética en el Nordeste. Argentina. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/Web/cy/cy/2002/09-Educacion/D-001.pdf>

Continuando, con el análisis en Latinoamérica, Hugo Arèchiga, en México escribe, que quien consulte el programa académico de cualquier escuela de medicina, encontrará expresa la intención de preparar médicos científicos y humanistas con sólidos principios morales y centrados en el concepto bio-psico-social del ser humano⁽¹⁶⁾. Además, en la actualidad existen algunas transformaciones en la práctica médica que hacen que se reformule el papel de la ética en la Medicina.

De lo anterior, se desprende el cuestionamiento si el médico del futuro requiere menos ciencia y más ética en sus etapas normativas. Según este autor, los dos componentes deben fortalecerse mutuamente y se convierte en la mejor esperanza de que el médico se transforme en poseedor y no en vasallo de la técnica, dado que, conoce los fundamentos científicos en que se basa.

Adicionalmente, algunos educadores han insistido en que la enseñanza de la Bioética, requiere en primer término el adiestramiento en el manejo de la incertidumbre y los planes de estudio en muchas escuelas de medicina están en revisión, buscando el acomodar la Bioética y otros cambios que se están produciendo en el panorama médico.

Aún hay gran heterogeneidad en las formas en que la Bioética está siendo incorporada en la educación médica y se ha llegado a defender la noción de que es preferible enseñarla en etapas preuniversitarias, pero también debe destacarse que la enseñanza de la Bioética por sí sola no va a evitar el deterioro de la práctica médica. Si la burocratización y la comercialización no se reducen, aun cuando el médico sea educado en los cánones éticos más estrictos, poco podrá hacer para recuperar la confianza del paciente.

1.2.3. Descripción de las estrategias pedagógicas en la enseñanza de la bioética

En el currículo además de considerar los contenidos es necesario contemplar todo lo relacionado con las estrategias pedagógicas utilizadas, lo anterior, porque de una buena estrategia se puede garantizar que se cumpla con el objetivo del curso y con las competencias que se espera que el estudiante desarrolle. En este sentido y con respecto a la enseñanza de la Bioética, Escobar, hace mención a que existen dos modelos para la enseñanza de la Bioética y que de alguna forma marcan la estrategia utilizada.

16. ARECHIGA, H. La bioética y la formación científica del médico. *Gaceta Médica de México*, volumen 137 (4), México: 2001, pp. 375 - 386.

Por un lado, el modelo estándar norteamericano, se basa en una ética fundamentada en conceptos, teorías y principios que permiten elaborar juicios, este es un método deductivo, en donde, las respuestas de la ética práctica parten de principios teóricos para dar solución a casos particulares. Requiere de la identificación de una teoría filosófica de ética, deducción del principio ético relevante, deducción de la regla ética predominante, y aplicación de las reglas al caso en discusión. Dentro de las críticas, está las limitaciones prácticas porque se basa en lo teórico y no en lo real, además, puede estar parcializado hacia la manera como se enseña la fundamentación ya sea con intereses religiosos, políticos, filosóficos e ideológicos, lo que lleva, a un reduccionismo metodológico y la estrategia igualmente, puede estar reducida a un modelo de transmisión de conocimientos, en donde, el aprendizaje se da por recepción.

En contraposición, está el modelo centrado en el análisis de casos, es decir, modelo basado en casos problema o casuismo, este es un método inductivo, que inicia el análisis ético de casos con observaciones reales, teniendo en cuenta las personas, las circunstancias y las relaciones comprometidas en el dilema, se va de los juicios a los principios. Se comienza poniendo atención ética en un caso particular, luego determinando principios éticos concretos relacionados con el caso, posteriormente, se hace un balance entre principios generales y obligaciones, este modelo, se correlaciona más con un modelo de aprendizaje por descubrimiento o aprendizaje basado en problemas, en donde, éste se da por descubrimiento y construcción, en este método, se parte de una situación problema real a partir de la cual se busca dar la solución, además, este enfoque forma parte de las estrategias utilizadas para fomentar la investigación formativa en los estudiantes.

Por lo anterior para enseñar Bioética, menciona este autor, se necesita abrir espacios en los cuales se dé cabida a la reflexión, a la exposición y establecimiento de los dilemas éticos, a los diferentes puntos de vista ante una situación particular, a un amplio campo de actuación que se base no sólo en obligaciones profesionales sino en los derechos de los pacientes. Se considera un nivel descriptivo, en donde, se establecen hechos de forma clara, elementos básicos de la historia clínica y un nivel prescriptivo, en la toma de decisiones, en donde, el componente humanístico tiene gran importancia porque permite la reflexión sobre el compromiso ético, personal y las virtudes del carácter para orientar a las personas en relación con su autonomía, la justicia distributiva en el uso de recursos para la atención en salud, y el beneficio para aliviar el sufrimiento de las personas enfermas⁽¹⁷⁾.

17. ESCOBAR, J. 2005. Op. Cit., p. 109.

Adicional a lo anterior y relacionado con el tema de estrategias utilizadas, en Estados Unidos (San Francisco, New York, Michigan), se han diseñado instrumentos para evaluar la efectividad de los programas de ética médica, estos permiten medir el juicio moral, dentro de estos se encuentran el análisis de casos clínicos, en donde, se mira la habilidad del estudiante para identificar dilemas éticos y definir en su orden los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia⁽¹⁸⁾. Por lo anterior, se hace necesario contemplar una amplia gama de dilemas éticos, que deben ser abordados para una adecuada formación de los estudiantes y establecer estrategias que permitan disminuir el espacio existente entre la ética que se enseña de forma teórica y la ética que se observa en la práctica. Esto coincide con lo mencionado por Escobar y es lo relacionado al método basado en estudios de caso, enfoque que también forma parte de las estrategias utilizadas para fomentar la investigación formativa en los estudiantes.

1.2.4. Investigación formativa como referente para procesos de enseñanza de la bioética

Se plantea la temática relacionada con investigación formativa como referente para procesos de enseñanza de la Bioética, la cual es una estrategia que va de la mano con la calidad de la educación como lo menciona Restrepo, y que en los procesos de formación de pregrado se busca como parte de la actividad misional del ámbito universitario. Con respecto a la investigación formativa y a la forma de operacionalizarla en el ámbito académico, coincide de alguna forma con aspectos relacionados con el proceso de enseñanza de la Bioética.

En la investigación formativa se contemplan aspectos como son el aprendizaje basado en la identificación de problemas o dilemas, la búsqueda de soluciones y la previsión del impacto de las acciones realizadas, estos tres aspectos coinciden con lo que implica una discusión en torno a un dilema ético⁽¹⁹⁾. La investigación formativa cuenta con métodos didácticos, los cuales, pueden ser contemplados en los procesos de enseñanza de la Bioética como son el ensayo teórico, el aprendizaje basado en problemas, el seminario investigativo, entre otros, sin embargo, cualquiera que sea la forma de operacionalizar la investigación formativa, requiere de rigor metodológico. Estos métodos implican una revisión y búsqueda bibliográfica, análisis de la literatura científica, capacidad de síntesis y de utilización de los referentes teóricos en la toma de decisiones o búsqueda de soluciones a problemas reales. Por otro lado, debido a la

18. GOMEZ, A. I; ESGUERRA, R y GRANADA, P. Op. Cit., pp. 98 - 102.

19. RESTREPO, B. Op. Cit., pp. 9 - 12.

relación entre la Bioética y la Ciencia, sus límites, alcances y significados, se requiere de rigor y exigencia metodológica, tanto en los procesos investigativos como en la enseñanza de la Bioética⁽²⁰⁾.

Lo anterior se puede lograr a través de que el estudiante conozca en su proceso de formación tendencias en torno a la Bioética y con la ayuda de sus docentes, inicie el proceso de identificación de dilemas morales y empiece a realizar el análisis a la luz de los principios bioéticos, además, de la actualización y sensibilización permanente de desarrollo del conocimiento y la investigación de punta sobre los que la Bioética debe pronunciarse⁽²¹⁾.

1.3 Contenidos temáticos propuestos para la enseñanza de la Bioética acordes con las necesidades del contexto

1.3.1. Elecciones autónomas y toma de decisiones

En la asistencia sanitaria y durante la práctica médica, el paradigma básico de la autonomía del paciente es el consentimiento expreso e informado, el cual ha tenido gran importancia, dado que, un consentimiento válido legitima tipos de autoridad y conductas que de otra forma no lo estarían, adicionalmente, se relaciona directamente con el criterio de competencia, que significa, que la persona comprende en qué consiste un determinado tratamiento o proyecto de investigación y es capaz de ponderar los riesgos y los beneficios que le traen luego de tomar una decisión determinada⁽²²⁾.

De acuerdo con lo anterior, durante la práctica médica o en la práctica de los profesionales de la salud, se observa una preocupación por cumplir un requisito de carácter legal, más que llevar a cabo un procedimiento que implica asegurar una verdadera comprensión de los pacientes con respecto al tratamiento que van a recibir y a los riesgos y beneficios que este puede traer. En este sentido y con respecto a la importancia que distintos autores dan a este asunto, se hace necesario determinar si el principio de respeto a la autonomía del paciente se tiene como referente en los procesos de formación de los fisioterapeutas y más aún, lo relacionado con el consentimiento informado.

20. MALDONADO, C. ¿Qué es investigar en Bioética? En: GOMEZ, A. I y MALDONADO, C. Bioética y Educación. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario, 2005. p. 38.

21. PINZON, A; GOMEZ, A. I y RONDÓN, M. C. Tendencias en Bioética en algunas publicaciones. En: GOMEZ, A. I y MALDONADO, C. Bioética y Educación. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario, 2005. Pp. 47 - 48.

22. BEAUCHAMP, T y CHILDRRESS, J. Principios de ética biomédica. Cuarta edición. Barcelona: Editorial Masson S.A., 1999. pp. 118 - 131.

Con respecto a este tema, en la Ley 528 de 1999, que es la que reglamenta el ejercicio de la profesión de Fisioterapia, se hace mención en el Artículo 27 que “En todo caso, antes de iniciar una intervención profesional, el Fisioterapeuta deberá solicitar a los usuarios de sus servicios, el consentimiento para realizarla”⁽²³⁾. Según lo anterior, se evidencia la necesidad de la solicitud del consentimiento para cualquier tipo de intervención, pero no se hace explícito las características de este consentimiento, es decir, si es de carácter verbal o si se requiere un documento escrito. Por otra parte, en esta misma Ley en el artículo 25 se hace mención a: “Es deber del Fisioterapeuta advertir a los usuarios de sus servicios los riesgos previsible como consecuencia de la intervención a desarrollar, según el caso”. Lo anterior, es poco evidente durante la práctica, además, en el ejercicio de la Fisioterapia, el consentimiento informado no se da en todas las situaciones propias de la relación profesional-paciente, y algunas veces las decisiones son tomadas de manera unilateral sin ponderar los riesgos y los beneficios, o la aceptación o rechazo a determinados tratamientos⁽²⁴⁾.

Al reflexionar, en los procesos de formación en el contexto primario, no se contempla un componente desde la Bioética, pero además, no se evidencia un análisis respecto al consentimiento informado en los procesos de intervención o tratamiento de los pacientes. Por esta razón, se hace necesario considerar el paradigma de la autonomía que es el consentimiento informado, no como una estrategia de carácter informativo, sino como ese proceso en donde el fisioterapeuta brinda información al paciente, pero se asegura que exista una comprensión sobre los riesgos o beneficios de la intervención y que finalmente, el paciente tome la decisión de someterse de forma voluntaria a la intervención propuesta.

1.3.2. Relación fisioterapeuta-paciente

Para complementar y fortalecer el proceso de elecciones autónomas y toma de decisiones, es fundamental hacer referencia a las relaciones de confianza entre el profesional y el paciente, que implican obligaciones de los profesionales para con los pacientes, que parten desde una comunicación honesta y confiable hasta un gran compromiso con la acción⁽²⁵⁾. Según O’Neill, la pérdida de la confianza en los profesionales de la salud es cada vez mayor, para lo cual, plantea que, una base más adecuada para la confianza requiere que los pacientes estén en condiciones más igualitarias con los profesionales, mejor informados y ser menos dependientes, es decir, que la única confianza es la otorgada por aquellos que entienden que es lo que

23. ASCOFI, ASCOFAFI. Ley 528 de 1999: Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones. p. 21.

24. *Ibid.* p. 20.

25. O’NEILL, O. *Autonomy and trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. pp. 138 - 155.

proponen y que están a disposición de rehusarse o de elegir a la luz de tal entendimiento, por tal razón, la autonomía se observa como una precondición de genuina confianza.

Según lo anterior, el respeto por la autonomía de los pacientes debe tener prioridad sobre la beneficencia profesional, el médico y en general todo profesional de la salud, tiene obligaciones con el paciente de informar y buscar consentimiento, además de garantizar confidencialidad y privacidad⁽²⁶⁾.

En este sentido, la relación fisioterapeuta-paciente es un eje fundamental a considerar en el ejercicio de la profesión y se constituye en un deber ético permanente, es así, que en la Ley 528 de 1999, se contemplan aspectos necesarios para garantizar una relación de confianza y un servicio de calidad en la atención. Esta relación se fundamenta en obligaciones de medio pero no de resultado, como es el caso de partir de una evaluación integral que involucre aspectos históricos, sociales, familiares, económicos y culturales, como fundamento para su intervención.

Por otra parte, en esta misma Ley se contempla que la relación entre el fisioterapeuta y los usuarios de sus servicios se inspira en un compromiso de mutua lealtad, autenticidad y responsabilidad, el cual se logra a través de garantizar una adecuada información, privacidad, confidencialidad y consentimiento previo a la acción⁽²⁷⁾. Según lo anterior, se hace necesario desde los procesos de formación, un análisis más profundo en la relación fisioterapeuta-paciente, dado que, como lo expresa Torres, la formación del fisioterapeuta debe incluir elementos que le permitan considerar el contexto y la trascendencia de sus actuaciones, propendiendo por el desarrollo de la consciencia moral, la discusión racional y la actitud creativa, en donde, se contemple en la relación clínica el interlocutor y el profesional, como agentes activos de cualquier procedimiento⁽²⁸⁾. En este sentido, lo que se observa en el currículo del programa de Fisioterapia, es un alto componente disciplinar que busca desarrollar competencias del hacer, pero se evidencian pocos espacios y estrategias pedagógicas que propendan por considerar la relación clínica desde el saber, el hacer, pero sobre todo desde el ser, del profesional y del paciente, aspecto que se hace necesario para lograr que cada una de las intervenciones desde la fisioterapia se sustenten en lo científico y en lo moral.

1.3.3. Derechos de los pacientes

Otro aspecto importante sobre el cual es necesario reflexionar desde los procesos de formación, es lo relacionado con los derechos de los pacientes y las obligaciones

26. *Ibíd.*, pp. 69 - 72.

27. ASCOFI, ASCOFAFI. Op. Cit., p. 10.

28. TORRES, M. R. Bioética y Fisioterapia. Revista de la Asociación Colombiana de Fisioterapia. volumen 49. Bogotá: 2004. pp. 74 - 75.

que el profesional de la salud tiene para con su paciente. Existen códigos propios de la profesión, pero realmente, no se tiene claro cuál es la obligación desde el actuar profesional para con el paciente. O'Neill, refiere que la práctica de la Medicina y en general de las profesiones de salud, ha centrado su quehacer clínico en obligaciones y derechos con los pacientes y sus familias, para lo cual, existen un sinnúmero de consideraciones éticas que se desprenden de la relación médico-paciente, y en donde, la autonomía de sólidos principios y el consentimiento informado, se convierten en esas herramientas que permiten recuperar la confianza y la confiabilidad. Por tanto la autora plantea, que la ejecución de obligaciones es el asunto final de los requerimientos éticos porque está más íntima y claramente conectada con la acción, es decir, las obligaciones son previas a los derechos, los derechos y obligaciones no se pueden separar.

Cuando se habla de obligaciones es necesario enfocarse en las relaciones entre los que tienen obligaciones y los que poseen los derechos, es decir, entre los que tienen las obligaciones y los beneficiarios, por tanto, no se sabe cuáles son las obligaciones si no se puede especificar a quien o a quienes se le deben esas obligaciones. Adicionalmente, con respecto a los derechos basados en obligaciones es necesario dar una mirada hacia las obligaciones que cada uno tiene con los demás, como es el de respetar la vida del otro, sus decisiones, sus creencias, su cultura, por tanto, al mirar los derechos como obligaciones éstas se convierten en requerimiento que se debe procurar cumplir por las personas, por las instituciones y por el estado⁽²⁹⁾.

Según lo anterior, al realizar un análisis centrado en los derechos basados en obligaciones desde el actuar del fisioterapeuta, se parte de la premisa que cualquier actividad inherente al ejercicio de la Fisioterapia, impone un profundo respeto por la dignidad de la persona humana y por sus derechos individuales, como se contempla en la Ley 528 de 1999, esto quiere decir que el profesional de Fisioterapia interviene sobre el individuo, la familia y la comunidad, sin distinciones de edad, sexo o nacionalidad, ni de orden racial, cultural, económico, político o religioso.

Adicionalmente, en esta Ley que se convierte en el código de ética de la profesión, se establecen obligaciones que van desde la relación del profesional con el usuario, obligaciones relacionadas con la adecuada intervención profesional basada en una fundamentación científica sólida y obligaciones relacionadas con la historia clínica, secreto profesional y veracidad en los certificados que según cada caso tenga que expedir como profesional⁽³⁰⁾. Aunque todas estas consideraciones están plasmadas en la Ley que reglamenta el ejercicio de la profesión, se hace necesario implementar

29. O'NEILL, O. Op. Cit., pp. 69 - 72.

30. ASCOFI, ASCOFAH. Op. Cit. pp. 9 - 24.

estrategias y espacios, desde los procesos de formación, que busquen reflexionar sobre esta temática y que fomenten en los estudiantes y futuros profesionales la integralidad de sus acciones, de tal forma que, puedan trascender en el cuidado de la vida a través de sus formas de intervención, es decir, el reto es lograr que este aspecto se convierta en la esencia del proceso de formación académica del fisioterapeuta.

2. Discusión y análisis de la información

El presente análisis se deriva principalmente de la información obtenida de las encuestas aplicadas a 20 fisioterapeutas que se desempeñan en diferentes campos del área asistencial, como es el caso de consultorios particulares, hospitales de diferentes niveles de atención, práctica domiciliaria, y en supervisión de prácticas asistenciales de la ciudad de Tunja.

Teniendo en cuenta que el instrumento contempla preguntas cuantitativas y cualitativas, la metodología empleada para realizar el análisis fue a través de SPSS, para cuantificar aquellas variables estructuradas con opciones de respuesta y para aquellas variables cuya información es de tipo cualitativa, se utiliza la metodología para el análisis de datos cualitativos (transcripción, codificación, análisis descriptivo de la información).

El análisis se aborda desde las siguientes Categorías Deductivas:

- Toma de decisiones en la práctica clínica.
- Avances de la Fisioterapia y la relación fisioterapeuta-paciente.
- Conflictos generados a partir de los cambios en el sistema de salud y su relación con la práctica clínica.
- Dilemas éticos frecuentes.
- Aspectos éticos considerados en los procesos de formación y obligaciones fundamentales en intervención en Fisioterapia.

2.1 Toma de decisiones en la práctica clínica

La toma de decisiones en la práctica clínica es un aspecto fundamental a tener en cuenta en disciplinas que estén relacionadas con la vida como es el caso de la Fisioterapia. Para poder determinar las características de este aspecto en la práctica diaria, se toman en cuenta algunas subcategorías que hacen parte de ese proceso. En

Fisioterapia la toma de decisiones está relacionada con muchos aspectos, como son los que tienen que ver con las condiciones psicosociales y éticas que se tienen en cuenta durante cualquier tipo de intervención.

Lo observado en la población estudiada es que los profesionales consideran muchos aspectos que particularizan a cada paciente, como es todo su entorno socio-familiar, sus características individuales, aspectos éticos relacionados con la autonomía del paciente frente al tratamiento, el consentimiento informado, algunos derechos que se deben respetar durante cualquier tipo de intervención como es la igualdad, el respeto a la dignidad humana, pero de igual forma, algunas obligaciones por parte de los profesionales que interfieren en la calidad de la atención como es la responsabilidad, el profesionalismo, la puntualidad y la adecuada formación y fundamentación científica del profesional.

Por otro lado, en el proceso de toma de decisiones se debe considerar el análisis que hace el profesional cuando va a realizar algún tipo de intervención. Lo observado es que se le da un gran peso a todo el análisis relacionado con los aspectos clínicos, como es el examen o evaluación, el diagnóstico, la intervención, los resultados, seguimiento, indicaciones y contraindicaciones. Aunque se evidencia en algunas respuestas aspectos relacionados con efectos, riesgos y beneficios del tratamiento a aplicar, el mayor porcentaje de la población se centra en el análisis clínico patológico. Lo anterior, pone de evidencia que los aspectos relacionados con la Bioética en referencia al consentimiento informado, riesgos/beneficios, autonomía, los cuales no son tenidos en cuenta en el momento de realizar alguna intervención.

Adicionalmente, la toma de decisiones de cualquier disciplina debe realizarse bajo los códigos de ética propios de la profesión, en el caso de la Fisioterapia la Ley 528 de 1999⁽³¹⁾, es la que reglamenta el ejercicio de la profesión y dicta las normas de ética profesional, además, contempla lo relacionado con la confidencialidad de la historia clínica, consentimiento informado y relación fisioterapeuta-paciente.

Con respecto a esta Ley, en el instrumento de recolección de la información se indagó en primera medida si el profesional conoce o no conoce la ley, obteniéndose como resultado que el 65% si la conoce, el 25% no la conoce y el 10% no contesta, lo anterior pone de manifiesto una dificultad, dado que es la Ley que rige el ejercicio de la profesión, la cual debería ser del conocimiento de todos los profesionales.

Para complementar la información, se les solicito a aquellos que respondieron positivamente que indicaran específicamente los aspectos que tienen en cuenta de

31. *Ibid.* p. 17.

esta Ley para su desempeño, esto permite, verificar si realmente se conoce o no la Ley. Se puede observar que algunos profesionales tienen conocimiento sobre los aspectos centrales de la Ley, como es lo relacionado con las características propias de la profesión, la confidencialidad de la historia clínica, la relación fisioterapeuta-paciente, las obligaciones y responsabilidades del profesional, la autorización para realizar una intervención.

Otros profesionales que dicen conocerla, no tienen clara su aplicación en la práctica, lo cual se evidencia en sus respuestas, dado que, refieren que en esta Ley se incluyen aspectos de duración de la terapia y costos, aspectos que no son contemplados. Los resultados muestran un aspecto fundamental que debe ser considerado en los procesos de formación y es lo relacionado con el código de ética propio de la profesión, que en este caso es la Ley.

Otro aspecto de toma de decisiones valorado, fue el relacionado con la autonomía del fisioterapeuta para tomar la decisión de realizar determinado tratamiento de acuerdo con su desarrollo moral propio y con su conocimiento.

Los resultados muestran que el 70% de los profesionales encuestados siempre se basan en su desarrollo moral propio, un 20% casi siempre y un 5% a veces, lo anterior indica que, las decisiones la mayoría de las veces se toman de manera unilateral, sin tener en cuenta, la opinión de los pacientes. Esta pregunta fue complementada desde la parte cualitativa, en donde, para algunos profesionales la toma de decisión se realiza según los procedimientos de la empresa y no según las necesidades del paciente, pero para otros, la toma de decisión depende de aspectos clínicos, éticos y legales.

Finalmente, para tener un abordaje mayor en el aspecto de toma de decisiones y para complementar la idea anterior, se indagó el hecho si el fisioterapeuta consulta al paciente su opinión respecto al tratamiento.

Los resultados muestran que el 45% siempre tiene en cuenta la opinión del paciente, el 30% casi siempre y un 25 % a veces, esta pregunta se analiza igualmente desde la parte cualitativa, observándose una realidad un poco contraria a los datos cuantitativos, dado que, los profesionales refieren que la decisión generalmente es unilateral y quien decide es el profesional, lo anterior, se pone de manifiesto aún más por el poco tiempo que se tiene destinado para cada intervención, en donde, solamente se pueden tener en cuenta aspectos relacionados con la patología del paciente, con los riesgos, beneficios, y los medios que se van aplicar, pero realmente, el paciente participa poco en la decisión del tratamiento que se le va a realizar.

2.2 Avances de la fisioterapia y la relación fisioterapeuta-paciente

Los avances en cualquier disciplina influyen considerablemente en la relación del profesional con el paciente. En el caso de la Fisioterapia, día a día se observan avances relacionados con nuevos equipos, con consultorios mejor dotados, pero se evidencia cada vez un contacto mucho menor entre el profesional y el paciente, lo cual, también se ve empeorado por el sistema de salud, en donde, el tiempo de atención es menor y el número de pacientes es mayor, llevando al profesional a ofertar su portafolio de servicios en equipos de última tecnología pero dejando de lado la verdadera misión del fisioterapeuta.

La pregunta relacionada con los avances en Fisioterapia, muestra que para la mayoría de los profesionales estos avances contribuyen a la eficacia de los tratamientos, hecho que genera confianza y respeto hacia el profesional, lo cual es preocupante, dado que, se considera que la diversidad de equipos es lo que realmente contribuye a la rehabilitación integral y es el aspecto que genera confianza en el profesional.

Esto se contrapone a lo referido por algunos profesionales, quienes consideran que estos avances han disminuido el contacto fisioterapeuta-paciente haciendo que se convierta en una relación impersonal.

Lo anterior evidencia, que en los procesos de formación además de darle gran prioridad a la nueva tecnología es fundamental recalcar la importancia de la relación fisioterapeuta-paciente dado que ésta lleva a que una intervención genere resultados positivos en el paciente y en una comunidad, además, permite lograr un mayor respeto hacia la Fisioterapia como profesión.

2.3 Conflictos generados a partir de los cambios en el sistema de salud y su relación con la práctica clínica

Este parámetro se tiene en cuenta, dado que, las características del sistema influyen considerablemente en la toma de decisiones, en la relación fisioterapeuta-paciente y en el respeto por los derechos de los pacientes. Para poder tener una idea general de cómo influye este aspecto en lo mencionado anteriormente, se contempló desde tres aspectos; en primer lugar, se indagó sobre el tiempo relacionado para la evaluación e

intervención, obteniéndose resultados desde la parte cuantitativa, en donde un 20% considera que es adecuado, mientras que un 75% considera que no lo es y un 5% no contesta. Este aspecto ya se había evidenciado en las apreciaciones de las preguntas anteriores, en donde, se hacía referencia al poco tiempo dado para llevar a cabo un adecuado proceso.

En las observaciones de tipo cualitativo, la situación realmente es muy preocupante, porque en la práctica se dispone de 20 a 30 minutos por paciente, tiempo en el cual el profesional debe contemplar todos los procesos como son la evaluación y el tratamiento, pero además, lo relacionado con consentimiento, riesgos, beneficios. Este hecho lleva a decisiones unilaterales por parte de los profesionales, que a su vez, se ven presionados por el cumplimiento de las metas de las empresas.

En segundo lugar, se indagó sobre la disponibilidad de recursos para los procesos de rehabilitación integral, a este respecto, desde la parte cuantitativa se observó que el 45% refieren que es adecuado y un 50% que no. Esto se evidencia en las respuestas cualitativas, en donde, se manifiesta que los recursos son escasos, y algunas veces muy costosos, por otro lado, la inversión en equipos es insuficiente, y los recursos de las instituciones tienen otras prioridades.

En tercer lugar, se indagó respecto de la toma de decisión dependiente de una remisión, para lo cual el 45% responde que si se depende de una orden, el 35% que no y un 20% no contesta. Realmente, este aspecto más que una dependencia se convierte casi es en un requisito en las Instituciones, en donde, los pacientes son remitidos por otro especialista, dado que, la Fisioterapia no es una profesión de primera consulta.

Sin embargo, aunque se considera que se depende de una remisión para brindar el servicio, el profesional es autónomo en lo relacionado con la intervención que realiza, la cual depende es del proceso de evaluación del paciente, proceso que fundamenta el ejercicio de la profesión, pero que se ve limitado por las condiciones mencionadas anteriormente como es el caso del tiempo y los recursos.

En algunas oportunidades, luego de un proceso de evaluación adecuado se puede llegar a dar otro posible diagnóstico diferente al emitido por el médico tratante. Si los profesionales en Fisioterapia le dieran el profesionalismo y el carácter científico al proceso de evaluación, sería un paso fundamental en la autonomía como profesionales y en el posicionamiento de la Profesión en un lugar importante.

Este hecho se convierte en un punto fundamental relacionado con las obligaciones de los profesionales y que debe ser abordado en los procesos de formación, es decir, brindar espacios de reflexión sobre la práctica profesional adecuada.

2.4 Dilemas éticos frecuentes durante la práctica clínica

Este parámetro se tuvo en cuenta para determinar las características propias del contexto en el cual se desempeñan los profesionales. Realmente, lo referido por la población es que durante la práctica de Fisioterapia los dilemas éticos generados son muy limitados. A continuación se hace una descripción de los dilemas encontrados:

En primer lugar, se indagó sobre dilemas éticos relacionados con la asignación de recursos para rehabilitación integral, los resultados obtenidos desde la parte cuantitativa muestran que el 45% consideran que sí se generan, un 40% que no y un 15% no contesta. Desde lo cualitativo, prevalece que este hecho se ha dado por la normatividad vigente, o por el mal manejo que se le da a los recursos, los cuales son destinados en otras actividades y poco se destina a los procesos de rehabilitación.

Se indagó respecto de dilemas éticos generados en aspectos relacionados con la intervención de fisioterapia en salud pública, los resultados desde la parte cuantitativa muestran que el 50% refieren que no se generan, el 20% que sí y un 30% no contesta la pregunta. Desde lo cualitativo se argumenta que la Fisioterapia es una profesión que aunque se ha ido cualificando, poco se tiene en cuenta para el desarrollo de políticas de salud pública, este hecho se debe en parte también al poco interés de los profesionales en áreas relacionadas con la salud pública.

Con relación a dilemas éticos generados en procesos de investigación en Fisioterapia, el 70% refieren que no se generan, un 20% responden que sí y un 10% no contestan la pregunta, esta información es argumentada desde lo cualitativo con pocas respuestas relacionadas con la temática. Esto se puede deber a los pocos avances de la fisioterapia en investigación y al poco conocimiento de las consideraciones éticas a tener en cuenta en investigación con seres humanos. Este aspecto se convierte en un tema fundamental a desarrollar en los procesos de formación de los profesionales, dado que en la actualidad se enfatiza en lo relacionado con aspectos metodológicos, pero no se tienen en cuenta las consideraciones éticas y legales.

La población encuestada manifestó en un 55% que se generan dilemas éticos relacionados con la ética profesional y un 40% responden que no, este aspecto se argumenta desde lo cualitativo con información relacionada con la competencia desleal, además, con el exceso de oferta profesional que lleva a una disminución de la

calidad y a un bajo precio. Con relación a lo anterior, se hace necesario fortalecer este aspecto en los procesos de formación, propendiendo porque los futuros profesionales tengan dignidad y le den el valor que le corresponde a su labor.

Un aspecto fundamental que también se indagó, fue el relacionado con los dilemas éticos relacionados con el consentimiento informado al paciente y la información sobre riesgos/beneficios del tratamiento. Desde lo cuantitativo el 50% refieren que este es un aspecto que genera dilemas éticos, frente a un 40% que consideran que no, esta información se argumenta desde lo cualitativo, manifestando que no se aplica eficientemente, algunas veces por el poco tiempo con el que se dispone, lo cual, no permite informar adecuadamente al paciente sobre riesgos/beneficios de la intervención.

Para complementar el anterior aspecto, se indagó sobre los dilemas éticos generados por la confidencialidad de la información y su utilización para intereses científicos e investigativos, desde lo cuantitativo un 70% refiere que no, y un 20% que si se generan dilemas éticos, este aspecto va asociado a la falta de conocimiento sobre los procesos investigativos y al poco desarrollo que ha tenido la investigación en la profesión.

Con respecto a los dilemas relacionados con los derechos de los pacientes, un 45% refiere que si se presentan, frente a un 40% que no, y un 15 % no contesta. Las argumentaciones desde lo cualitativo reflejan una realidad de vulnerabilidad de algunos derechos que se generan por la misma limitación del tiempo para atender a los pacientes, hecho que lleva a una pérdida de la calidad del servicio, a desigualdad en la atención, llevando a insatisfacción en los pacientes y muchas veces a vulneración de los derechos de los pacientes.

Adicionalmente, se indagó sobre los dilemas éticos relacionados a la relación fisioterapeuta-paciente, hecho que para el 60% no genera dilemas, frente a un 25% que responden que si se generan y un 15% que no contesta la pregunta. Desde lo cualitativo, se observan realidades que influyen sobre la relación profesional paciente, como es el hecho de la forma de asignación de los pacientes a determinado profesional, sin tener en cuenta, la aceptación o rechazo del profesional.

Por último, se preguntó sobre lo relacionado con la autonomía, desde lo cuantitativo el 50% consideran que no se generan dilemas, frente a un 40% que si consideran que se generan dilemas en este aspecto. Esta información se argumenta desde lo cualitativo por el poco conocimiento que se tiene al respecto, pero que es coherente con lo que se observó en los ítems anteriores. Es decir, se hace relación a la toma de decisiones unilaterales, a la toma de decisiones desde la reglamentación y auditoría en las instituciones, etc.

2.5 Aspectos éticos considerados en los procesos de formación y obligaciones fundamentales en intervención en fisioterapia

Este aspecto se indagó solamente desde lo cualitativo, encontrándose que en general los profesionales contemplan aspectos relacionados con sus obligaciones, como son la puntualidad, la fundamentación científica, que implica evaluación, tratamiento, seguimiento, la formación en valores, la honestidad, el respeto por el ser humano, la confidencialidad, privacidad, consentimiento informado, igualdad, ética profesional, confianza, la autonomía del paciente, que finalmente se convierten en las obligaciones a tener en cuenta en los procesos de formación.

3. Propuesta de enseñanza de la Bioética desde la investigación formativa

La investigación formativa es una necesidad en las Instituciones de Educación Superior, dado que la formación para la investigación se hace necesaria y se convierte en un tema pedagógico y aborda el problema de la relación entre docencia e investigación. De acuerdo con lo anterior, la formación para la investigación hace referencia a estrategias y actividades orientadas a promover la capacidad de indagación y búsqueda, y a la formación de un espíritu investigativo en el estudiante. Lo anterior se logra a través de mecanismos utilizados para potenciar el pensamiento autónomo, en donde, se formulen problemas y se den alternativas de solución. Esto implica que el docente facilita mecanismos para que los estudiantes accedan de manera crítica y permanente al estado del arte en el área del conocimiento y realicen un análisis de las diferentes tendencias internacionales de la investigación científica⁽³²⁾

Con base en el planteamiento anterior y de acuerdo con el problema de investigación reflejado en el capítulo anterior, se propone abordar la Enseñanza de la Bioética en el programa de Fisioterapia de la Universidad de Boyacá desde esta perspectiva, y teniendo como base cuatro componentes básicos: el curricular, el metodológico, el pedagógico y el disciplinar⁽³³⁾.

- **Componente Curricular:** en este se destaca la importancia de trabajar bajo una línea de investigación, la cual es de carácter transversal al plan de estudios³⁴. De acuerdo con lo anterior, se propone la creación de una línea de investigación en Bioética para la Facultad de Ciencias de la Salud, dado que, institucionalmente las líneas de investigación son por facultades y no por programas, de tal forma

32. CONSEJO NACIONAL DE ACREDITACIÓN-CNA. Lineamientos para la acreditación de programas. Bogotá: CNA, 2006. pp. 91 - 92.

33. GARCÍA, V; VERANO, F y MATHEUS, V. La investigación formativa y formal: en el contexto de la universalidad. Revista de la Asociación Colombiana de Fisioterapia, volumen 49. Bogotá: 2004. pp. 77 - 82.

que, permiten el trabajo de grupos de investigación interdisciplinarios. En esta primera fase de la propuesta se enfoca específicamente a fortalecer los ejes temáticos relacionados con Fisioterapia, pero el propósito es extenderla a todos los programas de la Facultad de Ciencias de la Salud.

- **Componente Metodológico:** se refiere a los entrenamientos específicos para desarrollar la investigación en cada disciplina a través de espacios inter o transdisciplinarios, lo cual implica, diseñar modelos y metodologías de investigación con un acompañamiento continuo.⁽³⁴⁾ En la presente propuesta se plantea conformar el Semillero de Investigación “BAFIS” con estrategias metodológicas que permitan desarrollar en el estudiante una reflexión crítica hacia la Bioética y su relación con las actividades propias del desempeño profesional, las cuales, inician desde una motivación e interés por indagación sobre la temática, luego una capacidad de búsqueda de información relacionada con el tema y por último, con el planteamiento de ensayos teóricos que aporten a la construcción del conocimiento en esta área, dado que como se evidenció en el trabajo de campo, es muy poco conocida en el gremio.
- **Componente Pedagógico:** en donde se trata de hacer énfasis en la importancia decisiva de la pedagogía para la comprensión y generación contextualizada y creativa de conocimiento, en este punto, es fundamental la participación de docentes y estudiantes en proyectos de investigación⁽³⁴⁾. En la presente propuesta, se plantea la necesidad de involucrar no solamente estudiantes, sino también docentes que orientan los procesos de formación de los estudiantes, dado que, a través de ellos se promueve la motivación de los estudiantes sobre el tema de la Bioética en Fisioterapia. Adicionalmente, se propone la incorporación de un curso de Bioética en el Currículo de Fisioterapia de la Universidad de Boyacá, cuyo tema central sea la Ética por la vida, desde el actuar del fisioterapeuta, dado que, tiene consecuencias en algún grado sobre la vida, a través de la salud y del cuerpo, y por ello, su esencia en la toma de decisiones responsables.

Por lo anterior, se requiere que los contenidos de este curso sean transversales a las actividades que realicen los estudiantes en sus prácticas de asistencia, proyección social o investigación, además, que se conviertan en el espacio donde los estudiantes se motiven para profundizar en el tema, lo cual se logra a través de la participación en el semillero de investigación.

- **Componente Disciplinar:** el cual se destaca, dado que, es desde este eje central desde donde se sustenta el carácter contextual de la investigación formativa y su importancia de trabajarla desde cada programa⁽³⁴⁾. Por lo anterior, se propone

34. *Ibid.* p. 80.

que esta temática sea abordada en el proceso de formación del fisioterapeuta desde tres ejes temáticos relacionados con las necesidades del contexto: Elecciones autónomas y toma de decisiones, relación fisioterapeuta-paciente, Obligaciones de los profesionales y Derechos de los pacientes.

De acuerdo con lo anterior, se proponen dos estrategias que permiten operacionalizar la enseñanza de la Bioética en Fisioterapia. En primer lugar se plantea la conformación del Semillero de Investigación BAFIS, el cual está inmerso en la línea de Bioética en Fisioterapia. Los objetivos que se busca cumplir con la conformación de esta línea de investigación son: en primer lugar profundizar en la temática relacionada con los dilemas éticos que se presentan durante la práctica clínica en Fisioterapia y que influyen sobre la toma de decisiones, la relación fisioterapeuta-paciente y derechos vs obligaciones; en segundo lugar, fomentar la ejecución de proyectos de investigación que propendan por una reflexión desde la Bioética, de tal forma, que se pueda llegar en algún momento a construir conocimiento en esta área, que aporte al desempeño de estos profesionales.

En la línea se trabajarían con los siguientes ejes temáticos que se desprenden de la exploración realizada en las fisioterapeutas encuestadas en la ciudad de Tunja:

- Toma de decisiones en la práctica clínica y elecciones autónomas.
- Consentimiento informado para los diferentes tipos de intervención desde la Fisioterapia en el individuo, la familia y la comunidad.
- Obligaciones de los profesionales en Fisioterapia y su relación con los derechos de los pacientes.

Adicionalmente, se describe la segunda estrategia que consiste en la propuesta de un curso denominado “BIOÉTICA”, el cual hace parte del proceso de formación del fisioterapeuta.

A continuación, se realiza la descripción de cada una de estas estrategias:

3.1 Semillero de investigación “BAFIS”

3.1.1 Visión

Ser un semillero líder en los procesos de reflexión en aspectos relacionados con la Bioética en Fisioterapia y trabajar en Red con otros semilleros afines.

3.1.2 Misión

Propiciar la reflexión y búsqueda de conocimiento en los estudiantes a través de estrategias de investigación formativa dentro del ámbito de la Bioética en los campos de desempeño de la Fisioterapia.

3.1.3 Antecedentes

La propuesta de la creación del Semillero de Investigación BAFIS, surge como respuesta a una necesidad observada en los procesos de formación de los estudiantes de Fisioterapia y a vacíos bioéticos encontrados en la práctica de Fisioterapia en el contexto regional, además, se genera luego de realizar un análisis teórico y un trabajo de campo relacionado con elementos de la Bioética que juegan un papel fundamental en el desempeño de los profesionales en Fisioterapia.

En primer lugar, se observa una necesidad de incluir la Bioética en los procesos de formación en el programa de Fisioterapia de la Universidad de Boyacá, dado que, en la actualidad no se cuenta con un curso o espacios que busquen la reflexión desde la Bioética en Fisioterapia. En segundo lugar, al realizar el trabajo de campo, el cual fue dirigido a Fisioterapeutas que se desempeñan en el área asistencial, se observan vacíos con respecto a esta temática y un gran desconocimiento en aspectos de la Bioética y que se consideran preponderantes, como son el rol del fisioterapeuta en la toma de decisiones, aspectos relacionados con la relación fisioterapeuta paciente, derechos de los pacientes y obligaciones de los profesionales.

3.1.4 Justificación

La Fisioterapia como disciplina interviene en el ser humano, y por ende se relaciona con la Vida, que se constituye en el eje central de la Bioética, la cual tiene un carácter interdisciplinario y compete a todas las disciplinas que de una u otra manera tienen que ver con la vida humana y no humana, por esto, la Bioética juega un papel en la definición e identificación de los problemas, por su metodología para tratarlos y por los espacios que ofrece para la reflexión y toma de decisiones responsables.

Por lo anterior, requiere profesionales que sean capaces de reflexionar en todos aquellos aspectos que se generan en la práctica diaria y que pueden llegar a dar como consecuencia conflictos en la toma de decisiones o en las acciones a seguir.

A través de la creación del Semillero de Investigación BAFIS, se logrará fomentar la reflexión en Bioética a través de una estrategia pedagógica, como es la formación para la investigación o la investigación formativa. Esta estrategia contempla diferentes metodologías como son el club de revista, los estudios de caso, la lectura crítica, la búsqueda de información, la redacción de ensayos científicos, entre otros.

Adicionalmente, se brindará un espacio de reflexión a la disciplina en temas centrales como son la toma de decisiones en la práctica clínica, o en procesos de investigación, la relación fisioterapeuta-paciente y todo lo que conlleva y todo lo relacionado con derechos vs obligaciones en la práctica profesional.

3.1.5 Objetivo general

El estudiante que pertenece al Semillero de Investigación, estará en capacidad de:

- Desarrollar una actitud reflexiva desde la Bioética con un adecuado fundamento teórico en torno a los diferentes dilemas éticos a los que se enfrenta en la actualidad.
- Desarrollar una actitud crítica frente a los temas relacionados con la Bioética y especialmente con la toma de decisiones, la relación profesional-paciente, derechos y obligaciones.

3.1.6 Objetivos específicos

- Fomentar en el estudiante de acuerdo con la misión de la Universidad de Boyacá, el sentido de la libertad con responsabilidad, la criticidad y el comportamiento ético con el fin de comprender las estructuras y dinámicas de los sectores sociales, económicos y culturales.
- Ofrecer los fundamentos teóricos relacionados con la Bioética.
- Fortalecer en el estudiante la capacidad de análisis y criticidad frente a las situaciones actuales que generan dilemas éticos.

3.1.7 Metodología

El estudiante que hace parte del semillero de investigación, desarrolla actividades en tres fases. A continuación se realiza la descripción de cada una de las fases:

FASE I: El estudiante ingresa al semillero de acuerdo con la Normatividad de la Institución, esta primera fase comprende un total de 2 semestres.

Esta fase, se inicia con brindar al estudiante conceptos relacionados con la conceptualización de la Bioética, partiendo desde todo su proceso evolutivo hasta el posicionamiento que tiene en la actualidad en los procesos de investigación y a través de los comités de bioética, los cuales son espacios de carácter multidisciplinario y pluridisciplinario.

Durante esta fase el estudiante estará en capacidad de realizar una lectura crítica que conlleve un proceso de análisis, síntesis y reflexión desde la Bioética, buscando su aplicación en Fisioterapia.

La estrategia pedagógica que operacionaliza la investigación formativa en esta etapa inicial es el club de revista⁽³⁵⁾, dado que, requiere la búsqueda rigurosa y reseña de literatura relacionada con la temática central (Búsqueda de artículos científicos, búsqueda en bases de datos especializadas).

FASE II: esta fase inicia cuando el estudiante ya ha logrado la competencia de la Fase I, y luego de pertenecer dos semestres al semillero.

El requisito es haber logrado la competencia de la búsqueda rigurosa de información y la capacidad de lectura crítica. En esta fase se profundiza en temas fundamentales relacionados con la toma de decisiones en la práctica clínica, en investigación o en situaciones en donde se generan dilemas éticos, que para el caso de Fisioterapia están relacionados con el consentimiento informado, derechos de los pacientes, obligaciones de los profesionales, autonomía, ética profesional y cambios en el ejercicio de la profesión. Igualmente, el estudiante reflexiona sobre el papel del avance tecno-científico en el futuro de la vida.

Durante esta fase el estudiante estará en capacidad de realizar un análisis crítico de diferentes situaciones que contemplen dilemas éticos, a través del análisis de casos de Fisioterapia. Para lograr lo anterior se plantea como estrategia el aprendizaje basado en problemas –ABP–⁽³⁶⁾, método que comprende el análisis de un problema, planteamiento de explicaciones alternativas de solución con base en el problema, hipótesis, discusiones y explicaciones respectivas. Adicionalmente, en Bioética es de gran importancia la metodología de Diego Gracia, dado que, a través de ésta se lleva un proceso de deliberación, este es considerado por el autor como un método o procedimiento, que en el caso de un análisis crítico de un caso en Bioética debe constar de pasos básicos, como son: presentación del caso para toma de decisión, discusión de los aspectos clínicos de la historia, identificación de los problemas morales que presenta, identificación de los valores en conflicto, identificación de los cursos extremos en acción, búsqueda de los cursos intermedios, análisis del curso de acción óptimo y decisión final⁽³⁷⁾.

FASE III: es la última fase del proceso, en la cual el estudiante ha adquirido las competencias anteriores.

35. RESTREPO, B. Op. Cit. p. 12.

36. *Ibid.* p. 11.

37. GRACIA, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. En: GRACIA, D y JÚDEZ, J. Ética en la práctica clínica. Madrid: Editorial Triacastela, 2004. pp. 26 - 32.

Durante esta fase, se fortalece en el estudiante además de la capacidad de búsqueda de la información, análisis y reflexión desde la Bioética, la capacidad de escribir un ensayo teórico con esquema investigativo⁽³⁸⁾, es decir, con tesis de partida, con dialéctica metódica, con datos de prueba y argumentación, y con su respectiva conclusión. Lo anterior, implica un ensayo bien estructurado que pueda ser socializado en comunidades académicas y científicas.

3.2 Curso “Bioética”

Este curso se propone como parte del proceso de formación del fisioterapeuta de la Universidad de Boyacá, teniendo en cuenta que, en la actualidad el currículo no cuenta con un espacio que permita una reflexión en fisioterapia desde el campo de la Bioética. (La anterior descripción corresponde a la fecha en la cual se realizó el estudio). A continuación se hace una descripción del curso, de acuerdo con, los lineamientos institucionales:

3.2.1 Identificación del curso

Nombre del curso: Bioética.

3.2.2 Definición del Curso

El curso de Bioética para el Programa de Fisioterapia, tiene como eje temático aspectos relacionados con la fundamentación en Bioética desde lo deontológico, teleológico hasta lo relacionado con los derechos vs las obligaciones en la atención de los pacientes, pero también, comprende aspectos relacionados con elecciones autónomas y toma de decisiones en la práctica clínica, relación fisioterapeuta-paciente, consentimiento informado en procesos de intervención o tratamiento.

La Bioética como ética de la vida, tiene un carácter interdisciplinario, además, que compete a todas las disciplinas que de una u otra manera tienen que ver con la vida humana y no humana. La Bioética juega un papel en la definición e identificación de los problemas, por su metodología para tratarlos y por los espacios que ofrece para la reflexión y toma de decisiones responsables.

3.2.3 Objetivos del curso

Objetivo actitudinal (afectivo-Ser): Fomentar en el estudiante de Fisioterapia de acuerdo con la misión de la Universidad de Boyacá, el sentido de la libertad con

38. RESTREPO, B. Op. Cit. p. 9.

responsabilidad, la criticidad y el comportamiento ético con el fin de comprender las estructuras y dinámicas de los sectores sociales, económicos y culturales.

Objetivo conceptual (cognitivo–Saber): Ofrecer los fundamentos teóricos relacionados con la Bioética.

Objetivo práctico (Saber hacer): Fortalecer en el estudiante la capacidad de análisis y criticidad frente a las situaciones actuales que generan dilemas éticos en su práctica cotidiana

3.2.4 Desarrollo de competencias

El estudiante que ha desarrollado el curso de BIOÉTICA, estará en capacidad de:

- Desarrollar una actitud reflexiva desde la Bioética con un adecuado fundamento teórico en torno a los diferentes dilemas éticos a los que se enfrenta en la actualidad y que estén íntimamente relacionados con su práctica clínica.
- Desarrollar una actitud crítica frente a los temas relacionados con la Bioética y especialmente con la toma de decisiones, los derechos Vs las obligaciones, el consentimiento informado en los diferentes procesos de intervención en Fisioterapia.

3.2.5 Contenido temático

Unidad 1. Fundamentación en Bioética

Objetivo: Dar a conocer al estudiante aspectos relacionados con la definición, enfoques, evolución y fundamentos de la Bioética

Temas:

- ¿Qué es la Bioética?
- Enfoques de la Bioética
- Utilitarismo: una teoría basada en las consecuencias
- Kantismo: una teoría basada en las obligaciones
- Casuística: un razonamiento basado en casos clínicos
- Deontológico: principios de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.
- Consentimiento informado y toma de decisiones
- Comités de Bioética Clínica
- Comités de Bioética en Investigación

Unidad 2. Normas jurídicas en Bioética

Objetivo: Hacer una reflexión de las diferentes normas jurídicas que giran en torno a la Bioética y que han generado cambios en el ejercicio de la profesión.

Temas:

- Código Núremberg
- Declaración Universal del genoma humano
- Declaración de Helsinki
- Informe Belmont
- Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos
- Ley 528 de 1999
- Ley 1164 de 2007

Unidad 3: Aspectos relacionados con Fisioterapia y Bioética

Objetivo: Fomentar en el estudiante la capacidad de crítica y reflexión desde la Bioética en temas relacionados con el campo de desempeño de la Fisioterapia.

Temas:

- Elecciones autónomas y toma de decisiones en la práctica clínica
- Derechos de los pacientes vs obligaciones
- Relación fisioterapeuta-paciente
- Consentimiento informado en los procesos de intervención o tratamiento

3.2.6 Estrategias metodológicas

Teniendo en cuenta que es un curso que contempla actividades de tipo presencial e independiente, se proponen estrategias para los diferentes tipos de actividades. Para las actividades presenciales estrategias como clases magistrales, talleres con casos relacionados con consentimiento informado y toma de decisiones en situaciones propias de la fisioterapia, reflexión sobre textos propios de la profesión en donde se refieren aspectos desde la bioética. Adicionalmente, para el trabajo independiente del estudiante se propone elaboración de textos escritos y ensayos, en donde, el estudiante realice una reflexión desde la Bioética en el actuar de la Fisioterapia.

3.2.7 Estrategias de investigación formativa

La elaboración de los escritos mencionados en el trabajo independiente, implican en el estudiante actividades como son: búsqueda de información, análisis, juicio

crítico, síntesis, que son la base para posteriormente, tener la capacidad de hacer un escrito de carácter científico, en donde, se argumente desde lo teórico, pero que a la vez, se plantee el punto de vista personal y el aporte por parte del estudiante.

3.2.8 Estrategias de evaluación

En el proceso evaluativo durante las sesiones presenciales y en el trabajo independiente por parte del estudiante, se incluirán herramientas como son: elaboración de ensayos, elaboración de textos escritos, resolución de estudios de caso que contemplen dilemas éticos, reflexión y aporte personal frente a normas jurídicas en Bioética.

3.2.9 Fuentes de referencia

- BERNAL, Manuel; BERNAL, Rocío. Claves para comprender la Bioética. Tunja: Ediciones Uniboyacá. 2008
- BEAUCHAMP, Tom, CHILDRES, James. Principios de Ética Biomédica. Barcelona: Editorial Masson. 1999.
- HOTTOIS, Gilbert. ¿Qué es la Bioética? Bogotá: Editorial Kimpres. 2007.
- HOTTOIS, Gilbert. La ciencia entre valores modernos y posmoderno. Bogotá: Editorial Kimpres. 2007.
- ESCOBAR, Jaime. Códigos, convenios y declaraciones. Colección Bios y Ethos. Bogotá: Ediciones el Bosque. 1998.
- MATURANA, H, et al. Bioética la calidad de vida en el siglo XXI. Colección Bios y Ethos. Bogotá: Ediciones el Bosque. 2000.
- LOLAS STEPKE, Fernando. Cuadernos del Programa Regional de Bioética N° 7. Bogotá: Ediciones El Bosque. 1999.
- LOLAS STEPKE, Fernando. Cuadernos del Programa Regional de Bioética N° 6. Bogotá: Ediciones El Bosque. 1999.
- O'NEIL, O. Autonomy and trust in bioethics. Cambridge. 2002.
- ESCOBAR, Jaime. Morir, como ejercicio final del derecho a una vida digna. Bios y Ethos N° 7. Bogotá: Ediciones El Bosque. 1998.
- GRACIA, Diego. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Bogotá: Editorial el Búho. 1998.
- GRACIA, Diego. Profesión Médica, investigación y Justicia Sanitaria. Bogotá: Editorial el Búho. 1998.
- ENGELHARDT, Tristram. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Ediciones paidós. 1995.
- HACKSPIEL, María Mercedes. Comités bioéticos clínicos. Bogotá. 1998.
- Colección Bios y Ethos. Universidad el Bosque.
- Revista Colombiana de Bioética. Universidad el Bosque.

- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.
- Normas de Buenas Prácticas Clínicas.
- Pautas Éticas Internacionales para la investigación biomédica en seres humanos.
- Informe Belmont
- Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud.
- Ley 528 de 1999.
- Ley 1164 de 2007
- Revista de la Asociación Colombiana de Fisioterapia

Artículos de interés

- LOLAS STEPKE, Fernando. Bioética y Cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos. Programa Regional de Bioética OPS/OMS. ISBN: 956-7938-01-06. Santiago de Chile. 2000.
- ORTIZ, Armando. Ética y empresas productoras de servicios. Clínica las Condes. Volumen 17. N°1. Santiago de Chile. 2006.
- TRUCCO, Marcelo. Ética y calidad en los servicios de salud. Boletín científico Asociación Chilena de Seguridad. 2002.
- TORRES, Martha Rocío. Bioética y fisioterapia. Revista de la Asociación Colombiana de Fisioterapia. ISSN: 0121. Bogotá: (2004). p. 74-75.
- FLORES, Manuel. Bioética: Consentimiento Informado. Clínica las Condes. Vol. 13 N°4. Santiago de Chile. 2002.
- SAUCILLO, Margarita; MUÑOZ, Heberto. El consentimiento informado. Aspectos bioéticos. HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S.S. Vol. 63, Núm. 4. 2000.

4. Conclusiones

El presente trabajo es una experiencia piloto que plantea las necesidades y vacíos éticos encontrados en la práctica de Fisioterapia en el contexto regional, los cuales, pueden llegar a ser intervenidos desde los procesos de formación, razón por la cual, se proponen estrategias desde la pedagogía. Los anteriores resultados son aplicables a la población evaluada, sin embargo, la metodología utilizada puede ser extensiva a otras disciplinas relacionadas con ciencias de la salud.

En la exploración relacionada con la Bioética y la práctica de Fisioterapia, los resultados de la aplicación de las encuestas, muestran una necesidad de incluir en los procesos de formación espacios que permitan la reflexión en Bioética en los profesionales de Fisioterapia, desde el abordaje de tres puntos fundamentales, que

son: elecciones autónomas y la toma de decisiones en la práctica clínica, la relación fisioterapeuta-paciente y las obligaciones como profesionales que propendan por el respeto de los derechos de los pacientes.

En estos mismos resultados, se observa que uno de los aspectos fundamentales a tener en cuenta en los procesos de formación es el relacionado con la toma de decisiones, pero su abordaje debe hacerse desde varios ejes temáticos que van desde una adecuada fundamentación científica hasta aspectos relacionados con consentimiento informado como proceso que implica una adecuada información, el planteamiento de riesgos y beneficios, la decisión del paciente con respecto a las intervenciones o tratamientos en Fisioterapia, la autonomía del profesional y del paciente, y el código de ética propio de la profesión (Ley 528 de 1999. Ley 1164 de 2007).

En lo referente a la relación fisioterapeuta-paciente, los resultados de las encuestas, evidencian la necesidad de fortalecer en los procesos de formación este aspecto, dado que, de esta forma se pueden lograr resultados positivos de las intervenciones en pacientes y comunidades, pero además, es el camino para lograr un mayor posicionamiento de la profesión en el ámbito científico, y de igual forma, es la posibilidad de ofrecer un servicio de calidad, en donde, se tenga en cuenta la igualdad en la atención y la satisfacción de los pacientes.

Con respecto a la autonomía como profesionales, los resultados ponen de manifiesto la necesidad de contemplar este aspecto en los procesos de formación, la cual depende en primera medida del rigor científico dado a cada una de las intervenciones desde la Fisioterapia, convirtiéndose en una obligación como profesional, pero que a la vez puede llevar a la Fisioterapia a ser una profesión de consulta prioritaria. Adicionalmente, se debe propender por la reflexión en lo relacionado con la toma de decisiones por parte de los profesionales para realizar cualquier intervención, dado que se evidencia en los resultados, que estas se caracterizan por ser unilaterales sin tener en cuenta la aceptación o rechazo por parte del paciente, o simplemente están sujetas a la reglamentación vigente y a la auditoría institucional.

En lo relacionado con investigación, se hace necesario en los procesos de formación de los profesionales, contemplar todo lo relacionado con las consideraciones éticas y legales propias de procesos de investigación con seres humanos y no humanos, además, todo lo concerniente al respeto de los derechos de las personas que participan en proyectos de investigación y al manejo adecuado de la información, dado que esta falencia se visualiza en los resultados de la aplicación de las encuestas.

Con relación a las obligaciones de los profesionales, se evidencia que la calidad de la atención va de la mano con aspectos como son la adecuada formación y

fundamentación científica, pero adicionalmente, se observa que es necesario contemplar en los procesos de formación aspectos como son la responsabilidad, el profesionalismo, la puntualidad, la igualdad, el respeto a la dignidad humana que se convierten finalmente, en aquellos derechos que hay que respetar en el momento de realizar cualquier tipo de intervención desde la Fisioterapia.

Se plantea como primera estrategia para operacionalizar la enseñanza de la bioética, desde la investigación formativa, la propuesta de conformación del Semillero de Investigación BAFIS, que pueda trabajar en red con semilleros afines o con grupos de investigación especializados en la temática, especialmente, con los que pertenecen a la Universidad El Bosque, dado que, esta Institución a través de su experiencia y posicionamiento puede contribuir en el fortalecimiento de este semillero, el cual, puede convertirse en el punto de partida de grupos de investigación que involucren múltiples disciplinas.

Finalmente, como segunda estrategia se propone el curso de “Bioética”, como punto de partida para los procesos de reflexión y análisis de los dilemas éticos a los que se enfrenta el profesional en su contexto primario, y que permite suplir el vacío relacionado con la falta de espacios, estrategias y temáticas relacionadas con la Bioética y su aplicación directa en Fisioterapia.

Bibliografía

1. ANDREAU DE BENNATO, M. La enseñanza de la bioética en el Nordeste. Argentina. Citado el 21-07-07. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/cyt/2002/09-Educacion/D-001.pdf>.
2. ARECHIGA, H. La bioética y la formación científica del médico. En: Gaceta Médica de México. Volúmen 137. (4). México. 2001. pp. 375-386.
3. BEAUCHAMP, T y CHILDRESS, J. Principios de ética biomédica cuarta edición. Barcelona: Editorial Masson, 1999. 522p.
4. CONSEJO NACIONAL DE ACREDITACIÓN-CNA-. Lineamientos para la acreditación de programas. Bogotá: CNA, 2006.
5. COLOMBIA. LEYES, DECRETOS, ETC. Ley 528 de 14 de septiembre de 1999 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones. Bogotá: ASCOFI-ASCOFAFI, 1999. 28 p.
6. ESCOBAR, J. La Educación en Bioética. En: GOMEZ, A. I y MALDONADO, C. Bioética y educación. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario, 2005. pp. 104 – 114.
7. La enseñanza de la bioética general en la construcción de una ética civil – experiencia de la Universidad el Bosque. En: Revista Investigación Educativa y Formación Docente. Bogotá. 1999: pp. 3-13.

8. GARCÍA, V; VERANO, F y MATHEUS, V. La investigación formativa y formal: en el contexto de la universalidad. *Revista de la Asociación Colombiana de Fisioterapia*. Volumen 49. Bogotá: 2004: pp. 77- 82.
9. GOMEZ, A. I; ESGUERRA, R y GRANADA, P. El Médico que requiere el mundo de hoy y su proyección en el mañana: Enseñanza de la Bioética en las Facultades de Medicina de Occidente y Oriente. En: GOMEZ, A. I y MALDONADO, C. *Bioética y Educación*. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario, 2005. pp. 90 – 102.
10. GRACIA, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. En: GRACIA, D y JÚDEZ, J. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Editorial Triacastela, 2004. pp. 21-32.
11. HOTTOIS, G. *Bioética y Derechos Humanos*. En: *BIOÉTICA y Derechos Humanos*. Bogotá: Editorial Kimpres, Universidad El Bosque, 1997. pp. 151-159.
12. ISAZA, A. Enseñar Bioética: ¿Para qué, cómo y por qué? Una mirada desde la pedagogía. En: GOMEZ, A. I y MALDONADO, C. *Bioética y Educación*. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario, 2005.
13. LEHMANN, L.S et al. A survey of medical ethics education at U.S and Canadian medical schools. En: *Academic Medicine*. Volumen 79. (7). 2004. p. 682-689. Citado por: ISAZA, A. Enseñar Bioética: ¿Para qué, cómo y por qué? Una mirada desde la pedagogía. En: GOMEZ, A. I y MALDONADO, C. *Bioética y Educación*. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario. 2005, p. 129.
14. MALDONADO, C. ¿Qué es investigar en Bioética? En: GOMEZ, A. I y MALDONADO, C. *Bioética y Educación*. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario, 2005. p. 38.
15. O'NEILL, O. *Autonomy and trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. 161p.
16. OVALLE, C. Fundamentos Bioéticos para la elaboración de una propuesta de investigación en educación del desarrollo humano en Colombia. En: *Bioética, Desarrollo Humano y Educación*. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda. Universidad El Bosque, 2007. p. 139.
17. *Socialización de la Bioética: una manera de propiciar el desarrollo humano*. En: GOMEZ, A. I y MALDONADO, C. *Bioética y Educación*. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario, 2005.
18. PINZON, A; GOMEZ, A. I y RONDÓN, M. C. Tendencias en Bioética en algunas publicaciones. En: GOMEZ, A. I y MALDONADO, C. *Bioética y Educación*. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario, 2005.
19. PINZON, A; GÓMEZ, A. I y MALDONADO, C. *Bioética, Derecho y Biopolítica en la Investigación Formativa de los Profesionales en las Ciencias de la Salud*. En: GOMEZ, A. I. y MALDONADO, C. *Bioética y Educación*. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario, 2005.

20. RESTREPO, B. Conceptos y aplicaciones de la Investigación Formativa, y criterios para evaluar la Investigación Científica en sentido estricto. En línea. Bogotá: CNA. Actualizado el 05-08-08. Citado el 21-07-07. Disponible en: http://www.cna.gov.co/cont/doc_aca/index.htm
21. SARMIENTO, Y. La dimensión humana como factor de la educación en bioética. En: GOMEZ, A. I y MALDONADO, C. *Bioética y Educación*. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario, 2005. pp. 211 – 222.
22. SUAREZ, D. Ética y medicina: pertinencia de una formación ética para el médico, como profesional y ciudadano. En: GOMEZ, A. I y MALDONADO, C. *Bioética y Educación*. Bogotá: Centro Editorial Universidad El Rosario, 2005.
23. TORRES, M. R. *Bioética y Fisioterapia*. Revista de la Asociación Colombiana de Fisioterapia. Volumen 49. Bogotá: 2004.

Anexos

Anexo No. 1. Encuesta dirigida a Fisioterapeutas que se desempeñan en el área asistencial en Tunja (Boyacá)

Fecha de realización de la encuesta: _____

El siguiente instrumento está dirigido a Fisioterapeutas que se desempeñan en el área asistencial en ámbitos hospitalarios, consultorios particulares y práctica domiciliaria. Como parte del trabajo de grado me encuentro realizando una encuesta cuyo objetivo es hacer una reflexión desde la Bioética de las situaciones a las cuales se enfrenta el profesional en su práctica diaria y que influyen de alguna manera en la toma de una decisión adecuada, que puede tener efectos sobre la relación fisioterapeuta-paciente, la autonomía de los pacientes o los derechos de los pacientes.

El dar respuesta a cada una de las preguntas es de carácter voluntario, por tanto, si usted decide responder la presente encuesta, le solicito la mayor sinceridad, para poder seguir construyendo nuestra profesión desde la Academia con los más altos niveles científicos, pero sobre todo éticos y morales.

1. A continuación usted encontrará una serie de opciones, que pueden ser frecuentes en el momento de tomar decisiones durante su práctica clínica y específicamente, cuando existe un dilema ético.

a. Cuáles son las condiciones psicosociales y los aspectos éticos que tiene en cuenta en la intervención fisioterapéutica de sus pacientes.

b. Qué tipo de análisis hace cada vez que usted realiza una sesión de fisioterapia que pueda incluir la aplicación de medios físicos, mecánicos, ejercicio, etc?

c. Usted conoce la Ley 528 de 1999?

SI NO

Si la respuesta es SI, qué aspectos de ésta LEY, tiene en cuenta para su desempeño?

d. Para la toma de decisiones en un proceso de intervención fisioterapéutica, usted tiene en cuenta su desarrollo moral propio y lo que usted considera adecuado para el paciente según su conocimiento y experticia

Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca

Explique _____

e. Al decidir un tratamiento específico, usted consulta con su paciente y tiene en cuenta su opinión respecto del tratamiento seleccionado

Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca

Explique _____

2. Qué piensa de los nuevos avances de la fisioterapia y su influencia en la relación fisioterapeuta-paciente:

3. En su práctica diaria usted se enfrenta a la resolución de conflictos generados a partir de los cambios del sistema de salud. A continuación encontrará algunos de ellos, marque sí o no según corresponda

a. Cree usted que el tiempo destinado a la evaluación e intervención fisioterapéutica por cada paciente es adecuado?

SI	NO	EXPLIQUE

b. Es adecuada la disponibilidad de recursos para la rehabilitación integral del paciente?

SI	NO	EXPLIQUE

c. Para la toma de decisiones durante un proceso de intervención fisioterapéutica, esta depende de la orden de remisión de otro profesional de la salud (médicos generales, médicos especialistas, terapeutas)

SI	NO	EXPLIQUE

4. Durante su desempeño profesional y específicamente en el contexto regional (Boyacá), seleccione en cuál de las siguientes condiciones se generan frecuentemente dilemas éticos: (si la respuesta es SI, favor explique)

	SI	NO	EXPLIQUE
a. Aspectos relacionados con la asignación de recursos para procesos de rehabilitación integral			
b. Aspectos relacionados con la intervención de la fisioterapia en políticas de Salud pública.			
c. Aspectos éticos en Investigación en Fisioterapia.			
d. Aspectos relacionados con la Ética profesional.			
e. Aspectos relacionados con el Consentimiento informado al paciente sobre el riesgo/beneficio del tratamiento de Fisioterapia.			
f. Aspectos relacionados con la confidencialidad de la información y la utilización de ésta para intereses científicos o investigativos.			

	SI	NO	EXPLIQUE
g. Aspectos relacionados con los derechos de los pacientes.			
h. Aspectos relacionados con la relación fisioterapeuta-paciente.			
i. Aspectos relacionados con la autonomía de los pacientes en la toma de decisiones			

6. Dentro de su proceso de formación qué aspectos éticos considera importantes a la hora de tomar decisiones.

7. En su área de desempeño, ¿cuáles obligaciones considera fundamentales tener en cuenta en el momento de realizar cualquier proceso de intervención, de tal forma que, se respeten los derechos de los pacientes?

OBSERVACIONES

Agradezco su valiosa participación en el presente estudio, y espero con los resultados contribuir al desarrollo de nuestra profesión.

Cualquier información adicional que sea de su interés sobre la temática, puede ser solicitada a través del siguiente correo electrónico:
marthalnaranjo@uniboyaca.edu.co

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS EN TORNO AL CUERPO ENVEJECIENTE EN LA MODERNIDAD

*Amanda Elizabeth García Barrera**

Objetivo general de la investigación: Reconocer las consideraciones bioéticas alrededor del cuerpo envejeciente desde un paradigma moderno.

Metodología empleada en la investigación: Tipo de investigación teórica en el área filosófica, al abordar elementos inherentes a las dimensiones bioéticas del cuerpo envejeciente; con una fase o momento como investigación cualitativa con un diseño de estudio de caso al involucrar elementos como el análisis de información emitida por un sujeto a través de entrevista a profundidad.

Logros obtenidos con la investigación: Se logró una realización de una aproximación teórica al tema del proceso de envejecimiento desde una perspectiva ontológica en la modernidad, lo que ha permitido socializar el tema en escenarios académicos desde la labor docente en el pregrado del programa de Fisioterapia de la Universidad de Boyacá, generando espacios de reflexión para los estudiantes, futuros profesionales que intervienen directamente con población adulta mayor y que deben comprender el proceso de envejecer desde una dimensión Bioética y Ontológica. Socialización en Jornadas Académicas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Boyacá.

* Fisioterapeuta de la Universidad de Boyacá, Diplomada en Gerontología de la Universidad El Bosque, Especialista en Epidemiología de la Universidad de Boyacá y Magíster en Bioética de la Universidad El Bosque. Profesora Asociada de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Boyacá. Trabajo realizado dentro del área de Bioética y Salud del programa de Maestría en Bioética y bajo la tutoría académica del Dr. Jaime Escobar Triana. Correo electrónico: amandaeagarcia@uniboyaca.edu.co

Introducción

El análisis del Cuerpo Humano como ente biológico, social y cultural ha sido una constante permanente que inquieta al Hombre, quien en su devenir histórico se reconoce así mismo como cuerpo que se transforma y que transforma la vida y el entorno. En ese devenir histórico del desarrollo humano aparece la Bioética como posibilidad cognoscente para analizar los fenómenos relacionados con la vida, en este mismo sentido se comprende el cuerpo como expresión multidimensional que se constituye en una poderosa y dinámica fuente de inspiración y análisis a través del tiempo⁽¹⁾.

La visión del cuerpo desde la Bioética inicialmente se hizo a partir del impacto que tuvo para la humanidad los avances en las ciencias biomédicas y la biotecnología, muchos de ellos dirigidos, si no su gran mayoría para el servicio del hombre; sin embargo, las problemáticas derivadas de dichos avances suscitaron y suscitan preguntas de tipo ético que deben ser aclaradas y en lo posible ser resueltas, La Bioética entonces tiene como misión estudiar todos estos problemas y elaborar, si no respuestas, por lo menos procedimientos que permitan aportar respuestas a fenómenos ligados a la vida misma, tal como lo describe Gilbert Hottois en su definición de la Bioética⁽²⁾.

En esa dinámica la Bioética, al moverse en diversos ejes para su campo de aplicación e investigación, se plantea cuestiones relacionadas con el abordaje del cuerpo y las implicaciones de orden ético que se ponen de manifiesto cuando pensamos en todas las posibilidades que tienen las tecnociencias para generar transformaciones y de esa misma forma, nuevas reinterpretaciones del cuerpo. Tal como lo describe Escobar en la Editorial de la Revista Colombiana de Bioética, cuestiones como estas nos plantean preguntas desde la Bioética acerca de la vida, la evolución y el futuro de la especie, así como las reflexiones sobre la definición de cuerpo; el Cuerpo como forma para insertarnos en el mundo, el cuerpo y el simbolismo, el cuerpo como coeficiente de adversidad y favorabilidad⁽³⁾.

Estas reflexiones acerca del cuerpo planteadas desde la Bioética suscitan preguntas en torno a diferentes ámbitos y esferas de la persona humana y es precisamente una de ellas la que se pretende abordar; el cuerpo humano envejeciente y las consideraciones bioéticas que se suscitan alrededor de este fenómeno, que si bien se considera un proceso

-
1. ESCOBAR, J. Editorial. Revista Colombiana de Bioética, volumen 2 (1). Bogotá: Editorial Kimpres Ltda, Universidad El Bosque, 2007, p. 5.
 2. HOTTOIS, G. ¿Qué es la bioética? Edición parcial en español. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda, Universidad el Bosque, 2007, p. 26.
 3. ESCOBAR, J. Op. Cit. p. 6.

natural e irrevocable, desde la modernidad y los albores de la postmodernidad toma un carácter conflictivo con nuevos matices de interpretación y de la realidad misma de quienes estamos envejeciendo.

1. Planteamiento del problema

Una vez presentada esta panorámica en el marco introductorio, me centraré en el punto referente a la visión del cuerpo y específicamente al cuerpo que envejece, pero para ello es necesario referirse a una problemática que subyace al objeto que se pretende trabajar: la concepción y el desarrollo teórico en torno al cuerpo. Históricamente esta concepción ha cambiado desde el dualismo alma cuerpo de Platón, pasando por el dualismo psico-físico cartesiano, el mecanicismo cuerpo máquina, y la biologización del cuerpo a partir de procesos físicos, mecánicos y químicos⁽⁴⁾.

Estos dualismos si bien dominaron el pensamiento y concepción del cuerpo en la historia con fuerte arraigos, entran a ser modificados con una nueva forma de concebir al hombre desintegrado, para unificarlo en una sola esencia, es a partir de la fenomenología que se plantea una concepción unificada del cuerpo, es decir el problema ya no es qué es el hombre y cómo es el mundo de las cosas, sino cómo comprender al mundo y las cosas.

El cuerpo es un existente, no como categoría, sino como un ente yuxtapuesto en la naturaleza independiente de toda connotación y peso semántico; en otras palabras, los objetos y entre ellos el cuerpo, poseen una realidad material independiente de cualquier mirada, porque una mirada es un pensamiento condicionado cargado de sentido. Esta forma ontológica del existir de los objetos cobra vigencia cuando develamos todas sus formas de ser en-el-mundo⁽⁵⁾.

Por otra parte, ese antidualismo es reemplazado si se puede decir por una entidad trinitaria, las dimensiones ontológicas del cuerpo: realidad, fenómeno y misterio, o bien corporeidad, corporalidad o encarnación⁽⁶⁾ tal como lo describe Mainneti en su libro *Somatología Anatomía de la Persona*, o como lo describe Escobar en su libro *Dimensiones Ontológicas del cuerpo: El cuerpo como ser-para-sí: la facticidad, El cuerpo para otro y Existo mi cuerpo como conocido por otro a título de cuerpo*.

4. ESCOBAR, J. *Dimensiones Ontológicas del Cuerpo. Una visión filosófica del cuerpo humano y su relación con el ejercicio de la Medicina*. 2a edición. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda, Universidad el Bosque, 1997. p. 43.

5. AGAMEZ, J y col. *Cuerpo Movimiento, Perspectiva Funcional y Fenomenológica*. Comunidad Académica Cuerpo-Movimiento. Manizales: Ediciones Universidad Autónoma de Manizales, Facultad de Fisioterapia, 2002. p. 76.

6. MAINNETTI, J. *Somatología, anatomía de la persona*. La Plata: Editorial Quirón, 2003. p. 18.

Como se observa, son múltiples los enfoques de lo que es la concepción del cuerpo; pero este es el punto de partida para lo que se desea plantear en torno al tema del Cuerpo que envejece, esta categoría de análisis se relaciona plenamente con lo que se ha descrito en dichas dimensiones ontológicas, el cuerpo que envejece tiene una representación desde la corporalidad y la corporeidad, también tiene una interpretación propia en relación con el sujeto mismo que envejece y su relación con los otros; de esta forma el abordaje del cuerpo envejeciente toma una dimensión ontológica pero a la vez Bioética dadas las problemáticas que surgen de la concepción de cuerpo en la modernidad.

Desde los albores de la modernidad el cuerpo envejeciente es visto como un cuerpo desecho y el envejecimiento es visto como un hecho intolerable⁽⁷⁾, condiciones tales que hacen de este proceso un acontecimiento que se debe evitar o por lo menos controlar, es ahí donde la medicina ha cumplido con este cometido al proporcionar las herramientas tecnocientíficas para ello, consiguiendo que hoy en día la expectativa de vida sea mayor que en siglos pasados; de la misma manera, a través de la medicina del deseo se pueden cambiar las características físicas propias de esta etapa de la vida como tratando de recobrar la juventud perdida; entonces, ¿es tan malo envejecer?, ¿se debe evitar envejecer?, ¿es el cuerpo viejo un estigma?. Estas preguntas surgen como problemáticas que la Bioética pretende responder, ya sea desde el principialismo al verse comprometidos los principios pilares de la Bioética o desde la teleología con el análisis de las consecuencias y la prospectiva de las acciones que hoy tomemos frente al proceso de envejecimiento tanto en lo individual como en lo colectivo.

2. Justificación

¿Por qué es importante hablar de los temas relacionados con el Envejecimiento y vincularlos con la Bioética? En primera medida, no es una trivialidad el reconocer que nos inquieta el hecho de considerar la vejez como una etapa más del proceso vital que es innegable y a la que quisiéramos no llegar, sobre todo desde el plano de lo corporal, aunque también desde lo cognitivo; estas últimas como dimensiones individuales. Desde lo colectivo también se consideran aspectos que afectan la concepción de envejecimiento en la sociedad; es sabido que nos enfrentamos a cambios demográficos importantes, donde la población adulta mayor está en incremento, dado el aumento de la expectativa de vida y las disminución de las tasas de natalidad; esta dinámica poblacional genera preocupaciones por las implicaciones que tiene para la sociedad el hecho de tener población adulta mayor con altas demandas de atención, que las sociedades no están preparadas para soportar, lo que genera a la

7. LE BRETON, D. *Antropología del Cuerpo y Modernidad*. 2a edición. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1990. p. 141.

larga problemas de inequidad, discriminación y abandono de la población adulta mayor menos favorecida.

El estudio del envejecimiento debe ser reconocido de una forma multidimensional que integre lo biológico, lo cultural y lo social, especialmente desde una concepción social, donde se reconoce la necesidad de ver el envejecimiento como proceso incluyente, no excluyente y sobre el cual la sociedad debe trabajar; cabe recordar que todos somos o seremos algún día viejos, desde que nacimos empezamos a envejecer y la bioética desde la interdisciplinariedad y la multiculturalidad aporta a la construcción de una nueva forma de ver este proceso, desde lo individual y lo colectivo.

Así, la bioética se reconoce como esa entidad que debe interpretar los fenómenos que dan cuenta de la vejez en el marco del principalismo, del respeto y promoción de los derechos de las personas mayores, de la equidad, sus cuidados y en el respeto por la Autonomía y dignidad de la población mayor⁽⁸⁾. El discurso de la Bioética en torno a estos temas debe ser propositivo y no quedarse en la retórica que tiende a diluir estos temas.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Reconocer las consideraciones bioéticas alrededor del cuerpo envejeciente desde un paradigma moderno

3.2 Objetivos Específicos

- Relacionar las dimensiones ontológicas del cuerpo como propuesta bioética, para el reconocimiento del cuerpo envejeciente.
- Analizar desde la experiencia de un adulto mayor, la concepción de cuerpo envejeciente.
- Determinar los conflictos y consideraciones bioéticas que se generan a partir del análisis teórico y vivencial del cuerpo envejeciente.

8. ZORRILLA, S. El Envejecimiento en el Campo Interdisciplinario de la Bioética. Revista Acta Bioética, Año 7 (1). Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS, 2001. p. 7.

4. Marco metodológico

Dentro del campo de la Investigación en Bioética existen diversos métodos, la gran mayoría relacionados con la ética clínica, que en inglés ha sido denominada “clinical ethics” pero ésta solo es considerada una porción del ámbito más amplio de la bioética. Según la clasificación de las investigaciones en ética clínica propuesta en 1990 por Singer, Siegler y Pellegrino se proponen dos grandes campos: La investigación teórica y la investigación empírica⁹.

La investigación teórica, que reúne las áreas de Teológica, Filosófica, Jurídica y Política y la investigación empírica que comprende las áreas de Ciencias Sociales, Análisis decisional, Epidemiología clínica y la Investigación de los servicios de salud.

Es así como la investigación teórica emplea el razonamiento y la argumentación lógica, intenta definir los conceptos, estructurar argumentos coherentes y llegar a sugerir recomendaciones éticamente aceptables. Está basada en los principios y en los procedimientos propios de las disciplinas teóricas correspondientes. Por otro lado la investigación empírica describe y estudia la realidad clínica, recoge y analiza datos, describe cómo se toman de hecho las decisiones, qué valores subyacen, cómo se utilizan, por quién y bajo qué condiciones y circunstancias. Pretende partir de lo que hay, para insertar luego los contenidos éticos más adecuados. También evalúa en la práctica el cumplimiento de las normas, las directrices o los ideales éticos. Y emplea métodos de disciplinas empíricas muy distintas⁹.

En este sentido y con base en los autores expuestos, se puede decir que la investigación propuesta para el abordaje del problema planteado, por una parte puede ser compatible con el tipo de investigación teórica en el área filosófica, al abordar elementos inherentes a las dimensiones bioéticas del cuerpo envejeciente; con una fase o momento como investigación cualitativa con un diseño de estudio de caso al involucrar elementos como el análisis de información emitida por un sujeto a través de entrevista a profundidad.

4.1 Fuentes de recolección y análisis de información

Fuentes primarias como el discurso obtenido de una entrevista a profundidad, realizada a una persona seleccionada que cumple con criterios de inclusión como

9. SANCHEZ, M. La Investigación Bioética: Tipos, Funciones y Relaciones Mutuas. En: Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS. No 6. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda, Universidad el Bosque, 1998. p. 61 – 63.

ser una persona mayor, por considerarse que posee la categoría a estudiar, cuerpo envejeciente.

Como fuentes secundarias se tendrán textos en bioética, filosofía y gerontología.

Instrumentos de recolección e información: entrevista a profundidad (grabación), la cual será transcrita para su posterior análisis y elaboración de matrices de registro de información. Para el análisis de los textos se empleará el análisis de dominio, que permite identificar categorías y elementos representativos⁽¹⁰⁾.

5. Introducción al desarrollo de los capítulos

En el primer capítulo de la presente monografía, se mostrarán aspectos históricos relacionados con la concepción de cuerpo hasta llegar a la Modernidad, donde dicha concepción cobra un sentido particular, especialmente referido a la concepción de cuerpo envejeciente, teniendo en cuenta que es en ese momento en el que se reevalúa esta forma de ver y asimilar la vejez, dados los nuevos valores que imperan en la Sociedad Moderna; esta revisión posteriormente permitirá cruzar estos aspectos con la mirada Bioética, teniendo en cuenta que la concepción del cuerpo en la sociedad representa manifestaciones de orden ético y por supuesto con la vida misma.

En el segundo capítulo, se hará un análisis de las tres dimensiones ontológicas del cuerpo desde la Filosofía Sartreana y retomadas por Escobar, el cuerpo ser-para-sí: la facticidad, el cuerpo para otro, y existo mi cuerpo como conocido por otro a título del cuerpo⁽¹¹⁾. Este análisis pretende realizar una vinculación de las dimensiones ontológicas al cuerpo envejeciente, a partir de las realidades que se viven desde el cuerpo que envejece para la misma persona, su relación de cuerpo envejeciente con los otros y la percepción que tienen los otros del cuerpo de la persona que envejece. Estas dimensiones nos orientarán para encontrar respuestas éticas para comprender el cuerpo envejeciente.

En el tercer capítulo, se presentará una interpretación de cuerpo envejeciente a partir de las concepciones e ideas que poseen las personas en proceso de envejecimiento, lo anterior se realizará a través de una entrevista a profundidad sometida posteriormente a un análisis de dominio. Finalmente, se realizará un análisis de las concepciones emitidas por la persona entrevistada y se correlacionarán dichos conceptos con las consideraciones bioéticas del fenómeno.

10. RODRIGUEZ, G; GIL, J y GARCIA, E. Metodología de la Investigación Cualitativa, Málaga: Ediciones Aljibe. 1996. p. 225.

11. ESCOBAR, J. 1997. Op. Cit. p. 77.

6. Pimer capítulo: Aproximaciones a la concepción de cuerpo envejeciente en la modernidad

Para empezar a abordar el tema del cuerpo envejeciente en la modernidad, es necesario presentar una aproximación a la concepción histórica del cuerpo e ir involucrando en la misma línea los aspectos que atañen al cuerpo que envejece, desde luego esta es una conexión que se va ir estableciendo a lo largo de esta revisión.

6.1 Aspectos históricos de la concepción de cuerpo

La Antropología y la Sociología como Ciencias que estudian al hombre en su esencia y realidad, ayudan a comprender, la dimensión del cuerpo humano en muchas de sus esferas, su devenir histórico, su evolución, su representación social. Por su parte las Ciencias Biológicas, han mostrado al cuerpo como un estructura material con propiedades susceptibles de transformación; de hecho esta concepción fáctica, biológica y física del cuerpo, dominó mucho del pensamiento humano durante varios períodos históricos, permitiendo el desarrollo y avance en su conocimiento a punto de desintegrarlo a la más mínima expresión, desde su reductibilidad biológica. Este hecho generó el gran salto de la Medicina y de todas las Ciencias Biológicas. Pero la concepción del cuerpo no ha sido la misma a lo largo de la historia de la humanidad.

“Por otra parte, la interpretación del cuerpo también ha tenido reinterpretaciones desde el mismo lenguaje y las culturas, hablamos de cuerpo, soma, basar, corpus, body, körper términos con los que las diferentes lenguas le han denominado, pero que a la larga coinciden en discernir un aspecto físico del ser humano identificado bajo diversos nombres. Se trata de la presencia visible y tangible de nuestro ser, lo que se sostiene temporalmente y a la vez cambia, hasta desintegrarse con la muerte. Aquello que es declarado de naturaleza material y por lo tanto ocupante de un lugar en un presunto espacio”⁽¹²⁾.

En general se podría decir que occidente ha tenido una interpretación homogénea del cuerpo, tanto en su concepción dualista y materialista, pero esta no ha sido la misma constante para otras culturas, por el contrario los pueblos sin la influencia de occidente, como nuestros pueblos aborígenes antes de la conquista, así como las culturas orientales tenían una concepción de cuerpo muy diferente mucho más holística y en comunión con la naturaleza y el universo. “Así, el cuerpo como signo

12. RICO, A. Las Fronteras del Cuerpo: crítica de la corporeidad. México: 1990. p. 2.

y sus equivalentes no tienen siempre el mismo referente, aunque en apariencia siga un contorno visible que le brinda identidad”⁽¹³⁾.

Producto de este devenir histórico y de la mezcla de culturas hoy en día se tiene una concepción de cuerpo que viene tanto de las corrientes monistas como dualistas haciendo que se tenga un pluralismo importante en estas nuevas concepciones e interpretaciones del cuerpo.

En este sentido según Rico A, no hay en consecuencia solamente una, sino varias lecturas posibles del cuerpo a través de la historia y la cultura. Si éste, según la sugestiva tesis de Merleau-Ponty, al ponerse en movimiento les otorga sentido a los objetos, los hace existir como cosas, bajo nuestras manos, bajo nuestros ojos, también es susceptible de ser blanco de diversas estimaciones, las cuales repercutirán en el manejo teórico y práctico que de él haremos. Nuestro cuerpo resulta ser así medida medible de todas las cosas. Luego entonces, ¿dará lo mismo el adoptar, por convención cultural, cualquiera de sus diferentes sentidos?, ¿Todas las lecturas corporales son aceptables?, ¿O es que acaso “el cuerpo” es una realidad plástica, moldeable conforme a las distintas convenciones culturales?⁽¹⁴⁾.

Una vez presentada esta reflexión de lo que es el cuerpo en la historia y la cultura, se empezara por hacer una descripción de las concepciones del cuerpo humano en algunos momentos históricos de la Humanidad, así mismo, se irán contrastando algunos aspectos de la concepción del cuerpo envejeciente en cada uno de los períodos que se enuncian.

7.1.1 Concepción de cuerpo en el mundo antiguo.

Para la revisión histórica de la concepción de cuerpo se hará referencia a Grecia como eje de nuestra tradición y herencia Occidental. De esta forma, se pueden identificar cuatro momentos históricos en la concepción del cuerpo: la visión presocrática, la visión griega, la concepción del cuerpo en la Edad Media y la visión del cuerpo en la Modernidad, cabe aclarar que ya algunos autores hablan de la concepción del cuerpo en la Postmodernidad, dado el auge de las tecnociencias que hoy en día modifican sustancialmente el concepto de cuerpo, tal como se conoció hasta la modernidad, pero teniendo en cuenta el interés que tengo sobre el análisis del cuerpo envejeciente el abordaje del tema se hará hasta la modernidad donde se suscita un cambio de paradigma en lo que se consideró el envejecimiento y el cuerpo hasta ese momento.

13. *Ibíd.* pp. 19 – 26.

14. CARMONA, J y col. *Panorama Bioético, Cuerpo, Salud y Enfermedad*. Colección Pedagogía y Bioética N° 4. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda, Universidad el Bosque. 1999. pp. 15 – 17.

Para los presocráticos, la concepción de cuerpo como tal no existía, pero plasmaron los conceptos que dieron las bases que posteriormente ayudaron a la comprensión del cuerpo en su dualidad que distinguió el cuerpo material del alma o la mente. El concepto de *physis* (Naturaleza) que designaba todo principio de realidad o materialidad, donde todo lo que existe procede de una misma fuente y posee una connotación de realidad. El segundo concepto es el de Microcosmos, donde el Hombre es visto como un Universo en miniatura, lo que da la dimensión de la inmensidad del Hombre en su realidad física pero a la vez espiritual.

Posteriormente la concepción del Cuerpo es abordada por otros representantes del mundo griego. Hipócrates como gran exponente de esta cultura, introduce el concepto de constitucionalidad del cuerpo humano, ese microcosmos constituido por cuatro humores, bilis amarilla, bilis negra, pituita y sangre como sustancias fluidas o semisólidas, compuestas por la mezcla de una proporción diferente de los elementos primarios –aire, fuego, tierra y agua–, elementos constitutivos del Cosmos. El exceso o carencia de alguno de estos elementos en el cuerpo generaba entonces enfermedades o marcaba el temperamento de la personas, en relación al proceso de envejecimiento, el deterioro o disminución de estas sustancias constitutivas provocaba entonces los cambios corporales del envejecimiento, como vemos está presente el concepto de deterioro por lo menos desde el plano físico aún desde los Griegos.

Por su parte, para Aristóteles, la morfología del cuerpo humano debe estudiarse de una manera general teniendo en cuenta que se asemeja a otros seres vivientes; en cuenta al concepto de cuerpo envejeciente. Así mismo los médicos griegos no hicieron distinción en los modos de enfermar de adultos y ancianos, designando a estos últimos como “enfermos de edad avanzada”, lo que suponía considerar que los deterioros del envejecimiento no tenían expresión particularizada en la patología; la vejez, edad final de la vida –así lo sostuvo Aristóteles, recuérdese– era en sí misma enfermedad, dolencia incurable, y aquella suposición mantuvo su vigencia en la medicina europea⁽¹⁵⁾.

6.1.2 El Cuerpo en la Edad Media

Damos un salto a la concepción del cuerpo en la Edad Media y el Renacimiento, Se conoce como Edad Media a la etapa de la historia europea comprendida, aproximadamente, entre la caída del Imperio Romano de occidente y el advenimiento de la edad moderna, con el desarrollo del capitalismo, el florecimiento de la cultura renacentista y los descubrimientos geográficos.

15. SÁNCHEZ, L. Apuntes para una historia de la vejez. Salamanca: 1997. p. 25.

La civilización medieval fue, principalmente, la síntesis de tres elementos: la herencia de la antigüedad grecolatina, la aportación de los pueblos germánicos y la religión cristiana⁽¹⁶⁾ este período histórico estuvo caracterizado por la fuerte influencia y dominio del pensamiento cristiano, cabe recordar que el Cristianismo se convierte en la religión oficial de los diferentes reinos (bárbaros, godos, francos, etc.). Poco a poco todos los pueblos se fueron convirtiendo al Cristianismo, por lo que la cultura medieval de occidente está signada por el teocentrismo. La verdad procede, entonces, de Dios, siendo la Iglesia católica la mediadora entre el reino de los cielos y el reino de la Tierra, lo que determina la manera en que el sujeto se auto-conoce.

En esta momento y dada esta influencia cristiana se alcanza una concepción de hombre "concupiscente y mortal". Un hombre con un cuerpo corruptible por el pecado original y destinado a la muerte. Así la salvación del alma es lo que interesa y se deja en un segundo plano el análisis y el estudio del cuerpo. Como vemos el cuerpo está ligado al pecado, el cuerpo es el reservorio para la manifestación del pecado a través de la enfermedad, pero también de la purificación a través del dolor. La vejez y la muerte también tienen un simbolismo especial relacionado con el cuerpo, un cuerpo decadente que debe llegar a un fin noble, la salvación. Entonces, para que el hombre medieval tenga salvación necesita de la gracia, necesita de la divinidad. Esa relación vital entre el hombre y la divinidad no cambia sino hasta el Renacimiento.

Por otra parte, el Renacimiento significó un movimiento cultural de los siglos XV y XVI, iniciado en Italia y propagado por Europa, que terminó dando nombre a un período de la civilización occidental caracterizado por la vuelta a la antigüedad clásica como reacción contra la mentalidad teológica medieval.

En cuanto a las características generales de dicho período se puede citar la desvinculación del arte del monopolio cultural de la iglesia. También en este período el arte se inspira en el legado artístico grecorromano de "renacer" y las obras toman como referencia al ser humano. El canon de belleza se ajusta a la belleza humana. Este último aspecto cobra importancia en el análisis que haremos del cuerpo envejeciente, porque al aparecer los cánones de belleza que se representan en el arte y la cultura empiezan a ser divisiones entre lo que se catalogará como bello o feo y muy relacionado a ello las nuevas concepciones de juventud y vejez ligados al plano corporal.

Como vemos, el arte y específicamente la pintura ejercen una fuerte influencia en las nuevas reinterpretaciones del cuerpo. El retrato individual sin ninguna referencia religiosa se afanzaba en la pintura. Se vuelve un cuadro en sí mismo, soporte de una memoria, de una celebración personal sin ninguna otra justificación. La preocupación

16. NEGISHI, A. *Cuerpo y Modernidad*. 2001. p. 2.

por el retrato y, por lo tanto, esencialmente, por el rostro, tendrá cada vez más importancia con el correr de los siglos. El retrato individual se convierte en una de las primeras fuentes de inspiración de la pintura, cambiando en algunos decenios aquella tendencia establecida de no representar la persona humana, salvo en una representación religiosa. Por lo tanto, ya no se necesita de la religión para poder pintar un retrato.

Ese individualismo hace que el sujeto deje de ser el miembro de la comunidad para volverse un cuerpo para él solo. Y todo esto es lo que lleva al desarrollo de un arte centrado directamente en la persona y provoca un refinamiento en la representación de los rasgos, una preocupación por la singularidad del sujeto, ignorada socialmente en los siglos anteriores⁽¹⁷⁾.

En este sentido, en el Renacimiento se distinguen aspectos de tipo social y cultural que también demarcaron características importantes para el abordaje del cuerpo de ahí hasta la modernidad. "El cuerpo humano es, en las tradiciones populares, el vector de una inclusión, no el motivo de una exclusión (en el sentido en que el cuerpo va a definir al individuo y separarlo de los otros, pero también del mundo); es el que vincula al hombre con todas las energías visibles e invisibles que recorren el mundo"⁽¹⁷⁾.

Otro de los momentos que se distinguen en el renacimiento y por lo tanto de los nuevos abordajes del cuerpo, es el de la aparición de los primeros anatomistas de la época. Junto con esta nueva visión del cuerpo humano surge el saber anatómico en la Italia del Quattrocento, principalmente en las Universidades de Papua, Florencia y Venecia. La práctica de la disección de cadáveres marco un hito en la forma de ver el cuerpo; el cuerpo ya no es visto como ese único e inseparable hombre cuerpo, de tal forma que el hecho de hurgar, en esa materia que un día fue viva, que un día fue hombre que hoy es solo cuerpo material, ya no representa violación alguna al ser humano. Se podría decir que en este momento se da origen al dualismo de la modernidad del cual serán precursores Descartes con la interpretación de este dualismo en su postulado mecanicista. Las primeras disecciones practicadas por los anatomistas fueron realizadas con el fin de obtener información y conocimiento de esa naturaleza humana hasta ahora desconocida. El cuerpo adquiere peso; disociado del hombre, se convierte en un objeto de estudio como realidad autónoma⁽¹⁸⁾.

Dos de los grandes anatomistas de la época y quienes dejaron legados importantes en materia del estudio del cuerpo, nos muestran el interés que empieza a suscitarse en la época, se trata de Leonardo Da Vinci y de Vesalio. El primero, como artista plasma

17. *Ibíd.* p. 3.

18. *Ibíd.* p. 4.

en sus obras el cuerpo humano hecho arte, pero fue un poco más allá como anatomista al involucrarse a esa realidad a través de las disecciones, su amplio trabajo solo fue conocido años después dados las dificultades de orden moral de la época.

Vesalio, por su parte nace en otro momento de la historia y su trabajo tuvo un impacto quizá mayor que el de Da Vinci por lo menos en materia de las ciencias biológicas. Las primeras observaciones de Vesalio sobre la anatomía humana se originan en esa mirada alejada que olvida, metodológicamente, al hombre, para considerar tan sólo su cuerpo.

El hombre de Vesalio, diferente a Leonardo, anuncia el nacimiento de un concepto moderno. El del cuerpo, aunque, en ciertos aspectos, sigue dependiendo de la concepción anterior de hombre como microcosmos. Al cortar la carne, al aislar el cuerpo, al diferenciarlo del hombre, se distancia también de la tradición de otra época. Pero se mantiene, aún, en los límites del individualismo y en un universo precopernicano.

En 1543 aparece *De humani corporis fabrica libri septem* de Vesalio, tratado de 700 páginas, a manera de corte con aquél pasado religioso, la portada muestra a Vesalio que procede a la intervención de un cadáver. Sostiene, en otro grabado, el brazo de una figura desollada y al costado tiene una pluma y un papel para anotar el detalle de su observación. La aparición de este tratado es explícita sobre los obstáculos mentales que hay que superar todavía para que el cuerpo sea visto como definitivamente distinto del hombre.

Vesalio abre el camino pero se queda en el umbral, ilustra la práctica y la representación anatómica en un período en el que quien osaba a realizar una disección no estaba totalmente liberado de sus antiguas representaciones, arraigadas no sólo en la conciencia sino, sobre todo, en el inconsciente cultural del investigador, donde mantienen durante mucho tiempo su influencia⁽¹⁹⁾.

Se podría decir hasta este momento que la humanidad se abre al conocimiento y se descubre al cuerpo en su dimensión biológica, el cuerpo comparado con una máquina, una máquina que funciona a través de procesos físicos, mecánicos y químicos, procesos descritos a través de las ciencias naturales que toman su auge, entre estas se resaltan la Biología y la Medicina⁽²⁰⁾. De esta forma, ahora el cuerpo pasa a ser el centro de interés del hombre, pero aún sigue zanjada la dualidad cuerpo-álma, cuerpo-mente con los arraigos que dominarán el pensamiento hasta la modernidad.

19. *Ibid.* p. 4 - 5.

20. ESCOBAR, J. 1997. *Op. Cit.* p. 43.

Aquí vale la pena detenerse en la estación histórica donde se difunde con mayor fuerza la concepción dual del cuerpo a través de la visión mecanicista del mismo, Descartes, Filósofo de la época fue uno de los principales exponentes de esta concepción.

6.1.3 Descartes y la visión mecanicista del cuerpo

Para entender la posición de Descartes frente a la concepción de cuerpo vale la pena recordar que toda su argumentación se da a partir de la duda, la búsqueda de la verdad a partir de la razón y en cuanto al análisis que hace sobre el cuerpo, se remonta a la percepción del mundo a través de los sentidos. Descartes, designa a la imaginación como la forma en que se percibe y se reconocen las cosas externas hacia el cuerpo mientras, que la intelección sería la forma en que realmente puede aseverar la realidad como tal, el cuerpo y sus sentidos y la percepción no serían esenciales. La naturaleza que puede aceptar acerca de los cuerpos, como ideas claras y distintas, es solamente aquella que se logra determinar a través de la demostración de la geometría.

Así mismo, Descartes evidencia que además de la imaginación, está el sentir, y por medio de los sentidos también ha podido ubicar la existencia de las cosas corporales. Por medio de los sentidos está recibiendo múltiples sensaciones, a través de ellos puede percibir e incluso actuar; sin embargo, aclara que muchas veces ese actuar es sin un control de la voluntad; ese actuar muestra la fáctica relación del cuerpo y del espíritu, en un movimiento conjunto que se aprecia como algo sobreentendido⁽²¹⁾.

Por otra parte, el filósofo es enfático en recordarnos que la percepción a través de los sentidos es engañosa, afirma que estos captan formas de la naturaleza que no son ciertas, como por ejemplo el tamaño y figura del sol, o que unas torres de lejos parecen redondas y de cerca cuadradas. Así, Descartes nos invita a dudar de las percepciones y darle el peso a la razón como fuente de conocimiento verdadero. Es cierto que a través de los sentidos puede captar el mundo que le rodea, pero no debe dejarse llevar por estos sentidos, debe mediar la razón para dar cuenta de estos juicios. Descartes está buscando cómo darle un valor importante a la razón, y es por esto que desvaloriza la percepción, llegando en su radicalidad a negar al mismo cuerpo, y aunque sabe que existe, no lo considera esencia.

El cuerpo es puesto en suspenso por la razón, es de otra naturaleza, debe obedecer a las leyes de la extensión y es negado en su posibilidad de conocimiento. El hombre

21. PARADA, M. *Cuerpo soy... y existo en el mundo. Aportes fenomenológicos a una concepción del cuerpo en la medicina*. Tesis conducente a la obtención del título de Filósofa. Popayán: Universidad del Cauca, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales Departamento de filosofía, 2006. p. 36.

es aparentemente separado de su propio cuerpo, siendo la razón la única posibilidad de verdad. De esta forma, Descartes da continuidad al dualismo cristiano en la concepción del cuerpo y desde su postura niega la posibilidad de conocimiento del mismo cuerpo.

El cuerpo queda aquí como algo extenso, de naturaleza diferente al propio ser, por esto no es esencia de la existencia del mismo ser humano. Así todas las sensaciones, las percepciones que se pueden adquirir a través de él son elementos que son interrogados por su posibilidad de error. El cuerpo, como parte de la extensión, y de acuerdo a lo que plantea Descartes, puede ser separado, dividido en partes, a diferencia del espíritu. Por otro lado debe obedecer a las reglas de construcción desde la geometría, es por esto que para su análisis será visto como una máquina que tiene un buen o un mal funcionamiento; tanto en su interior como en su exterior. Esta concepción favorecerá el nacimiento posterior de ciencias como la fisiología o la anatomía, que tratarán de la razón de ese funcionamiento exterior; o de la psicología empírica que abordará la comprensión del funcionamiento del hombre a nivel interior, de acuerdo a sus conductas y reflejos⁽²²⁾.

De esta forma con la entrada de un nuevo dualismo y la visión mecanicista del cuerpo se reconoce a la Modernidad como período en el cual, se tiene como elemento esencial un proceso de nueva comprensión de lo real, del sujeto y las cosas, del yo, de la naturaleza, y del mismo cuerpo. En este período se desmontan los constructos creados a partir de un pensamiento teológico para reconocer en la razón la fuente real de interpretar el mundo y las cosas. Así, la interpretación del cuerpo en este momento histórico resalta su materialidad pero una vez más desligado del hombre, ya no en el sentido teológico estricto del dualismo cuerpo alma sino del dualismo cuerpo-hombre (Hombre que razona a través del alma). En este momento el cuerpo viene a ser un accesorio, el cuerpo molesta al hombre, existe la necesidad de liberarse del cuerpo. Este es el pensamiento que cobro fuerza, se difundió en occidente y se puede decir que prevalece como un dualismo contemporáneo que sigue distinguiendo al hombre del cuerpo.

Esta visión mecanicista del cuerpo expuesta por Descartes es, quizá la que da mayor fundamento a la concepción del cuerpo envejeciente en la modernidad. El concepto de cuerpo como máquina, aparece en las teorías que intentan explicar el proceso de envejecimiento; ejemplo de ello es la "teoría simple del desgaste o deterioro" donde se expone que nuestro cuerpo envejece de acuerdo al uso que le demos, tal como sucede con los artefactos mecánicos que a medida que pasa el tiempo pierden calidad en su estructura y funcionamiento; sin embargo, a la contraparte salen

22. *Ibid.* p. 38.

los discursos actuales que sustentan que si a dicha máquina se le da el uso adecuado y los cuidados necesarios, sin exponerla a factores que aceleren su deterioro, se podrá asegurar su pleno funcionamiento durante mucho tiempo. Más adelante aparecerán teorías que explicarán el proceso de envejecimiento a partir de los avances de la biología molecular, tales como las teorías estocásticas y deterministas⁽²³⁾ que toman como base los estudios en genética pero también contemplan los factores ambientales como los responsables de este proceso. Sin embargo si se analizan las actuales teorías en el fondo siguen teniendo como base conceptual las teorías del desgaste.

6.2 Cuerpo y envejecimiento en la Modernidad

El cuerpo en la modernidad, entonces se descubre como una etapa fundamental en su concepción y en la perspectiva del cuerpo envejeciente. Aquí el Hombre se propone dominar la naturaleza, se proyecta una sociedad racional y libre, es la era de la ciencia triunfante en la que se anuncian también remedios definitivos para la pobreza, la vejez, mortalidad, la liberación del cuerpo, es en este momento en que se propone acabar con la dualidad cristiana de alma y cuerpo, dando paso al nacimiento de la famosa “libertad de los modernos”. Ya no es el alma cristiana el término para dicha dualidad sino lo espiritual⁽²⁴⁾.

David Le Breton, expresa en su libro *Antropología del cuerpo y modernidad* este nuevo concepto de dualismo, ahora está dado entre hombre y cuerpo, muchas sociedades no distinguen entre el hombre y el cuerpo, como lo hace el modelo dualista al que está acostumbrado la sociedad occidental. Por el contrario en sociedades tradicionales no se distingue el cuerpo de la persona; es en esta nueva forma de dualismo en la que subyacen las concepciones contemporáneas de cuerpo que marcan muchas de las formas de asimilar procesos ligados tanto al cuerpo como al hombre, es el caso del envejecimiento.

De esta manera se focaliza este proceso al plano corporal, fijándose solamente en la decadencia física sin rescatar lo personal, la historia de vida, así, envejecer es decaer desde una visión dualista en la modernidad; igualmente se posee un cuerpo moderno que pertenece a un orden diferente que implica la ruptura del sujeto con los otros, conformándose entonces una estructura social de tipo individualista, el hombre se desliga de las materias primas que componen el cuerpo, no encuentran ninguna correspondencia en otra parte, ni consigo mismo –poseer un cuerpo más que

23. PARDO, G. Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, volumen 22 (1). La Habana: 2003. p. 1.

24. CARMONA, J y col. *Op. Cit.* pp. 15 – 17.

ser un cuerpo—⁽²⁵⁾ de esta forma, las concepciones actuales del cuerpo están vinculadas con el ascenso del individualismo como estructura social, con la emergencia de un pensamiento racional positivo y laico sobre la naturaleza, con la regresión de las tradiciones populares locales y también con la Historia de la Medicina que representa en la sociedad, un saber en alguna medida oficial sobre el cuerpo⁽²⁵⁾

Es precisamente esa medicalización del cuerpo la que ha imperado y el proceso de envejecimiento corporal no ha escapado a esta visión moderna de la medicina; el envejecimiento ha dejado de ser un proceso natural, para ser visto como patológico, envejecer es enfermar; en este sentido, las ciencias biomédicas se preocupan cada día por encontrar las causas del proceso de envejecimiento corporal con el fin de controlarlo o detenerlo, de la misma manera la tecnología se encarga de soportar la carga de la enfermedad asociada al envejecimiento con el consecuente aumento de la expectativa de vida de la población, hecho que ni se imaginaba siglos atrás cuando morir de viejo era una suerte.

Le Breton, continúa afirmando respecto al cuerpo en la modernidad que, el Dualismo contemporáneo opone al hombre y al cuerpo, para él las aventuras modernas del hombre y de su doble, hicieron del cuerpo una especie de alter ego. Así el cuerpo es el lugar privilegiado del bienestar (la forma), del buen parecer (las formas, el body building, los cosméticos, productos dietéticos etc., la pasión por el esfuerzo (maratón, jogging, windsurf) o por el riesgo, (andinismo, aventura).

La liberación del cuerpo de la que hablan los autores como insignia de la modernidad y de ese dualismo planteado, olvida que la condición humana también es corporal, que el hombre es indiscernible del cuerpo que le otorga sensibilidad en el mundo. Le Breton afirma que “la liberación del cuerpo” es relativa, el borramiento del cuerpo se puede manifestar en la cotidianidad, ejemplos de ese borramiento del cuerpo son el prejuicio ante el contacto físico con el otro, la condición del discapacitado físico, la condición e imagen que provocan el loco o el anciano, estas condiciones permiten situar los límites de esa “liberación del cuerpo”. Si existe un “cuerpo liberado”, es el cuerpo joven, hermoso, sin ningún problema físico. El autor afirma que sólo habrá “liberación del cuerpo” cuando haya desaparecido la preocupación del cuerpo y estamos muy lejos de esto. Estas afirmaciones permiten reforzar la tesis que se plantea para la presente investigación alrededor de la concepción del cuerpo envejeciente en la modernidad, esta sociedad que margina al viejo tanto en su dimensión corporal y personal, hacen que se genere una serie de cuestionamientos de tipo ético y social a las que la Bioética debe enfrentarse y responder si ese es uno de los componentes de su misión práctica.

25. LE BRETON, D. Op. Cit. p. 8.

6.2.1 Visión antropológica del cuerpo envejeciente en la modernidad

Una vez presentada esta panorámica general de la concepción del cuerpo y el cuerpo envejeciente en la historia, se tomara como eje central aspectos concretos del envejecimiento en la modernidad.

El envejecimiento desde una visión antropológica del cuerpo en la modernidad es visto como un hecho intolerable, se habla del cuerpo deshecho un cuerpo indeseable, que debe ser modificado; esta concepción del cuerpo envejeciente marca o denota un discurso excluyente y estigmatizante, como se evidencia en algunas de las representaciones sociales de la vejez que ratifican esta connotación. ¿Por qué se dice que ésta es una condición estigmatizante?, el siguiente fragmento de la obra *Stigmat* del autor Erving Goffman⁽²⁶⁾, define la condición del estigmatizado que podría ser aplicado a las personas adultas mayores:

Un individuo que habría podido con facilidad ser admitido en el círculo de las relaciones sociales ordinarias, posee una característica tal que puede llamarnos la atención y esto hace que nos alejemos de él, destruyendo de este modo, los derechos que tiene respecto de nosotros de acuerdo con sus otros atributos.

A pesar de la dureza de la expresión presentada anteriormente, se observa cómo se denotan elementos que concuerdan con lo que se afirma sobre la concepción de cuerpo en la modernidad. Cuando se habla de las características que nos llama la atención, nos estamos refiriendo a lo físico, a la imagen que proyectamos, que si no coincide con los cánones de belleza, fuerza, o juventud sistemáticamente se relega.

La vejez vive una relegación social más o menos discreta que la distingue y que le da una ubicación en la vida social, en ella se discierne el trabajo de una marca. Con esto el auto lleva a pensar que la vejez es una de esas condiciones que generan este tipo de estigmatización, pero lo hace de una forma más sutil que otras formas de exclusión o estigmatización, como la raza, o ciertas condiciones sociales como la miseria, quizá sea porque es una situación que afecta finalmente a todos sin importar la raza o estatus social.

A veces el adulto mayor lleva su cuerpo como un estigma cuya repercusión es mucho mayor de acuerdo con la clase social, y la calidad de aceptación del entorno familiar. Desafortunadamente, condiciones como la pobreza y el abandono del núcleo familiar, tal como se ve a adultos mayores institucionalizados o en la indigencia,

26. *Ibid.* p. 141.

hacen que esta marca sea más evidente, hay un estigma virtualmente fuerte del envejecimiento⁽²⁷⁾

De la misma manera, la concepción de cuerpo gastado del adulto, en el campo simbólico deroga los valores centrales de la modernidad: la juventud, la seducción, la vitalidad, el trabajo. El cuerpo envejeciente es la encarnación de lo reprimido, recuerdo de la precariedad y de la fragilidad de la condición humana. La sociedad ha establecido un culto a la juventud, que no sabe simbolizar el hecho de envejecer y morir y ve en el envejecimiento una imagen y un hecho intolerable.

Le Breton expresa, que el envejecimiento evoca una muerte que camina silenciosamente por las células, moléculas, órganos y sistemas sin que sea posible encauzarla, estas palabras que pone el autor, sugieren en cierta forma, las teorías del envejecimiento fundamentadas en el deterioro celular genéticamente programado que parece no tener revés, por ahora; por que las ciencias modernas se encargaran de hurgar en los genes para "encauzar" en términos del autor dicho proceso. De esta forma vejez y muerte serán los innumbrables de la modernidad, las dos encarnan entonces lo irreductible del cuerpo.

La percepción común reduce al adulto a la percepción del cuerpo, este es uno de los planteamientos en los que se considera hay que detenerse, dadas las implicaciones éticas y sociales que se derivan de este reduccionismo que olvida que ese cuerpo envejeciente, es persona, es hombre, o mujer, tiene dignidad y valores, posee una historia de vida y una identidad.

El autor ejemplariza esta percepción corporal del viejo, en uno de los escenarios más representativos de la vejez de la que se ha venido hablando. Se trata de la situación que se vive especialmente en las instituciones para adultos mayores, Le Breton, cita aquí las frases de un artículo de R. Sebag-Lanoë que describía la impresión que recibió al entrar en una institución geriátrica, "cuerpos relegados, ocultos, olvidados... cuerpos inútiles que habían servido y que ya no servirán más, cuerpos con los que no se sabe qué hacer y se depositaban ahí esperando a que se dignaran morir". Esta es la realidad de los viejos en la actualidad, otro de los elementos que perpetúa esta percepción, es la actitud del personal sanitario y cuidadores, que asiste a los adultos mayores en estas instituciones; quienes ven en ellos, nada más que cuerpos que hay que alimentar, lavar, y proporcionar cuidados paliativos.

Desde esta visión el adulto es objeto de su cuerpo y no un sujeto completo, de esta forma el envejecimiento, marca la progresiva reducción del cuerpo, una especie de

27. *Ibid.* p. 142.

vasallaje a una dualidad que opone sujeto y cuerpo y que lo hace bajo la dependencia de este último. Por otra parte, la vejez traduce un momento en el que la represión del cuerpo deja de ser posible, el momento en el que el cuerpo se expone a la mirada del otro de un modo desfavorable.

Estas formas de ver el cuerpo que envejece con respecto de sí mismo y su relación con el otro, hacen considerar la posibilidad de redimensionar la concepción del cuerpo que envejece, ya no desde la dualidad que separa al cuerpo del hombre sino desde las dimensiones ontológicas de esta nueva entidad.

Otros de los aspectos que caracterizan la concepción del envejecimiento en la modernidad, están relacionados con la percepción que puede tener el otro frente a la persona que envejece. Anteriormente, el envejecer era una forma de llegar a un reconocimiento cada vez mayor, el hombre de la modernidad combate todo el tiempo las huellas de la edad y tiene miedo de envejecer por temor a perder su posición profesional y a no encontrar empleo o espacio comunicativo.

Envejecer también puede verse como el hecho de librarse a un lento trabajo de duelo que consiste en despojarse de lo esencial de lo que fue la vida, en quitarle la importancia a acciones apreciadas en otros momentos y admitir el hecho de que se posee un control restringido sobre la existencia propia. De la misma manera el envejecimiento se puede considerar como la depreciación de uno mismo, que finaliza en el empujamiento del territorio hasta que solo queda un cuerpo inmóvil y casi inútil que necesita ayuda hasta para la satisfacción de las necesidades más elementales. El envejecimiento es un proceso insensible infinitamente lento, donde no hay conciencia del paso del tiempo.

Como se observa, estas concepciones del envejecimiento en la modernidad, no son alentadoras, por el contrario pueden ser fatalistas pero son realistas, porque el tiempo en el que vivimos y los valores actuales han hecho que envejecer no sea un acontecimiento digno, por el contrario se hace ver como un hecho degradante.

Mientras prevalezca el paradigma del envejecimiento ligado únicamente a la dimensión corporal, que desconoce la existencia de la persona, que a la vez es cuerpo, no se podrá redescubrir la esencia del envejecimiento a partir de las ganancias y no solo con la mirada de las pérdidas; un envejecer con autonomía y autodeterminación. La bioética tiene entonces su papel en esta misión, al declararse propulsora de estos principios y ante todo de la dignidad humana.

Finalmente para concluir este primer capítulo se puede establecer que la concepción de cuerpo y envejecimiento a lo largo de la historia de la humanidad

ha sufrido múltiples interpretaciones que se han venido ajustando de acuerdo a los avances desde las ciencias biológicas y sociales. El cuerpo pasa de ser el reservorio del alma para constituirse en una doble dimensión tanto física como psíquica y superar su mera constitución material y corruptible. Pero también dicha concepción asume la crisis de un nuevo dualismo que separa al cuerpo de la razón. Dicha tradición es asumida históricamente y sus interpretaciones dan cuenta de la concepción de un cuerpo que envejece no de un hombre que envejece en su dimensión física y humana que es una sola y por la que se debe procurar un nuevo análisis desde las diferentes disciplinas en sentido integrador allí la Bioética tiene su asiento como entidad diversa y multicultural.

7. Segundo capítulo: Vinculación de las dimensiones ontológicas del cuerpo al cuerpo envejeciente

Para dar inicio a este capítulo, es necesario establecer que el análisis que se pretende hacer en las siguientes líneas parte de la lectura del libro *Dimensiones Ontológicas del Cuerpo*, escrito por el Doctor Jaime Escobar Triana en el año 1997, donde se hace todo un planteamiento de la concepción de lo que es el cuerpo visto desde la dimensión filosófica existencialista de Jean Paul Sartre. Si bien Escobar funda su tesis en los planteamientos del filósofo, propone una serie de elementos importantes para la construcción de la concepción de lo que es la medicina, en un marco filosófico que reivindique la condición humana y la condición de cuerpo como entidad sobre la que recae la responsabilidad de un ejercicio ético, razonado pero ante todo humano de una profesión que está ligada permanentemente con la vida, pero en un escenario que se muestra adverso, por encontrarse históricamente relacionado con la disección de la unidad corporal y una concepción dualista que ha dominado el pensamiento de occidente, incidiendo en el desarrollo de las profesiones de ciencias de la salud.

Ahora bien ¿por qué retomar la propuesta de Escobar para este abordaje del cuerpo envejeciente?, la razón radica en la posibilidad de reconocer en las dimensiones ontológicas del cuerpo una forma diferente de analizar un proceso humano como es el envejecimiento, que desde la modernidad ha tendido a verse como una cuestión fundamentalmente corporal, desde la concepción dualista que no reconoce que el hombre es cuerpo que se relaciona con los otros, que concibe y reconoce su propia existencia por esa misma relación entre los agentes; en términos de Escobar la existencia del cuerpo como conocido por otro a título de cuerpo⁽²⁸⁾.

28. ESCOBAR, J. 1997. Op. Cit. p. 67.

De esta forma se establecerá a través de estas dimensiones el reconocimiento del cuerpo envejeciente como: soy mi –cuerpo– que envejece es decir la facticidad como ser íntegramente cuerpo e íntegramente conciencia es decir una sola unidad inseparable⁽²⁹⁾, en segunda instancia el cuerpo envejeciente para–otro y finalmente, existo (mi cuerpo) envejeciente conocido por otro. Como se verá, más que transcribir las dimensiones ontológicas del cuerpo, de la filosofía Sartreana, lo que se pretende es hacer una asociación de estos fundamentos a la realidad del proceso de envejecimiento, no desde la extensión biológica corporal sino desde la integralidad del ser, cuestiones que se desarrollarán en adelante, pero para ello será necesario establecer inicialmente algunos elementos relacionados con lo que se ha denominado cuerpo envejeciente.

7.1 Concepción de cuerpo envejeciente

Antes de profundizar en la propuesta de esta vinculación de las dimensiones ontológicas del cuerpo es necesario establecer algunas ideas de lo que se concibe como cuerpo envejeciente.

Tradicionalmente se ha escuchado algunos términos relacionados con esta temática que es necesario establecer y diferenciar; se habla de envejecimiento, vejez, ancianidad, tercera edad, gerontes, viejos, entre otras expresiones, que si bien dan la idea de algo concreto tienen diferenciaciones desde su significado y representación en diferentes ámbitos, unos la indican como etapa del ciclo vital, otros como categoría social, como proceso y como designación o denominación de alguien o algo.

Pero al referirse específicamente a lo que es el término envejeciente, se nota que se refiere específicamente a un proceso a diferencia del término vejez que se considera un estado. El envejecimiento, al ser proceso indica cambio, transformación progresiva en el tiempo y esto es precisamente lo que se considera a la hora de hablar de cuerpo envejeciente. Si se expresa este concepto en términos puramente biológicos, se entiende que todas las células del cuerpo inician una carrera contra el tiempo donde deben dividirse un número de veces definido genéticamente, cumpliendo funciones biológicas hasta que finalmente mueren. Pero al interpretar este concepto, nuevamente se cae en la trampa dualista de concebir ese proceso como un hecho puramente biológico, por el contrario también se puede entender el envejecimiento como un proceso biográfico, ligado a una dimensión cultural de la que cada individuo hace su interpretación y su vivencia, desde lo social y lo comunitario.

El concepto de envejecimiento, ha de entenderse en clave dinámica tanto en lo biológico cuanto en lo biográfico. Desde la dimensión biológica, se trata de un

29. *Ibíd.* p. 77.

proceso que se inicia con el mismo nacimiento y que implica la progresiva pérdida de vitalidad hasta terminar en la muerte. Por vitalidad, se entiende la capacidad del organismo de realizar distintas funciones, la vitalidad va decreciendo con los años, aun en ausencia de enfermedad, y adquiere una gran variabilidad de un individuo a otro e incluso en diferentes etapas de la vida de una misma persona. Hay quienes distinguen entre envejecimiento 'eugérico' y 'patogérico'; el primero es considerado fisiológico y poco condicionado por factores externos o ambientales, a diferencia del segundo donde ocurre lo contrario⁽³⁰⁾.

En esta definición se encuentra un elemento para tener en cuenta en el análisis de las dimensiones ontológicas del cuerpo envejeciente, dado que las ciencias biológicas han tenido un profundo interés por analizar y conocer este proceso; se observa como los estudios inclusive diferencian un envejecimiento eugérico de otro patogérico. Estas dos categorías invitan a plantear una cuestión interesante que cobra fuerza en la cultura occidental dominada por el pensamiento moderno; se trata de la patologización de la vejez y el envejecimiento. Al considerar el envejecimiento y la vejez como proceso y estado patológico se está reconociendo que un proceso natural desde el punto de vista biológico, debe ser medicalizado, es decir debe ser intervenido, lo que supone que el cuerpo nuevamente sea visto como una máquina que debe mantenerse en perfecto funcionamiento. Esto es lo que ha sucedido con los avances de la medicina crítica, con la que se ha logrado prolongar la existencia de un cuerpo humano mas no de la existencia humana, a través de soportes mecánicos y cuidados médicos extremos, llegando a la obstinación terapéutica.

En este mismo sentido, también aparecen otras tendencias desde la medicina, como la que busca la transformación de los cuerpos envejecientes a través de la hoy llamada medicina del deseo, donde es posible retardar o modificar los efectos del proceso de envejecimiento; hecho que hoy en día cobra gran relevancia desde el punto de vista individual como social. Mainneti, retoma estos aspectos en su propuesta "Somatología, anatomía de la persona", allí expresa que el envejecimiento poblacional es una de esas características de nuestro tiempo, cuya responsabilidad causal debemos mayormente a la atención en salud.

La medicina no solo ha logrado prolongar la vida, sino también elevar su calidad en la gente añosa con innovaciones tecnológicas como audífonos, marcapasos, reemplazos de cadera, cirugía de cataratas...para nombrar unas pocas. Pero con todo ello, conforme a la ley de la doble sobrecarga, real y simbólica del progreso, la medicalización de la vida ha contribuido notablemente al vaciamiento de sentido de

30. OUTOMURO, D. Algunos dilemas bioéticos en torno a la vejez. *ARS Médica, Revista de Estudios Médicos Humanísticos*, volumen 8 (8). Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile, 2003. p. 2.

la edad postrera⁽³¹⁾. Como es evidente, la medicina contemporánea ha adquirido las formas discursivas de las ciencias naturales empíricas, uno de los mandatos en el contexto intelectual de esas disciplinas es realizar todo lo factible, hasta el límite de su capacidad. Tales disciplinas, especialmente las relacionadas con el cuerpo humano—cuyo paradigma es la fisiología—proveen la normatividad esencial que preside las nociones de salud y normalidad⁽³²⁾. Así, las prácticas médicas se trasladan del sentido curativo al performativo y normalizador con todos los peligros desde el punto de vista ético que ello conlleva.

Hasta aquí se han mencionado aspectos de lo que podría corresponder a la concepción de cuerpo envejeciente en una cultura occidental moderna mediada por la intervención de las ciencias médicas y desde la perspectiva biológica, pero se ha olvidado el componente biográfico que da la noción de la concepción de cuerpo envejeciente desde la integralidad del ser. Por otra parte, envejecimiento como aspecto biográfico hace referencia a la esfera de lo experiencial individual y social que también está ligado a lo histórico, porque por ejemplo envejecer durante la segunda guerra mundial o en pleno siglo XX con todos los avances de la revolución informática implica una experiencia individual y grupal distinta⁽³³⁾.

Así mismo, lo que se ha denominado historia de vida, da la noción de todos aquellos aspectos de desarrollo personal en el sentido de las virtudes; en términos prácticos, se podría decir que esa experiencia individual del envejecimiento, también depende de que tan bien se ha vivido, si ha cultivado o se está cultivando una buena vida que permita gozar de una vejez o de un proceso de envejecimiento con dignidad y plenitud.

7.1.1 Teorías del envejecimiento desde las ciencias biológicas

Al reconocer al envejecimiento corporal como un proceso, es necesario considerar los elementos teóricos que desde las ciencias biológicas han intentado explicar este fenómeno. Muchas de las teorías a lo largo de la historia coinciden en sus postulados en reconocer que el cuerpo es una estructura orgánica finita, sometida a una serie de agentes tanto internos como externos que conducen a un inevitable e inexorable proceso de deterioro que conlleva naturalmente a la muerte. Pero el afán y permanente sentido de búsqueda del ser humano intenta encontrar respuestas y soluciones que intenten detener o por lo menos reducir los efectos devastadores del menoscabo al

31. MAINETTI, J. Op. Cit. p. 89.

32. LOLAS, F. Dimensiones bioéticas de la vejez. Revista Acta Bioethica, Año 7 (1). Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS, 2001. p. 62.

33. *Ibid.* p. 63.

que se encuentra expuesto el cuerpo; todo este concepto por supuesto se encuentra enmarcado dentro de lo que se ha expuesto como la concepción del cuerpo en la Modernidad.

Para la Bioética el estudio del envejecimiento desde las ciencias biológicas despierta inquietudes teniendo en cuenta que se han realizado avances que involucran técnicas y procedimientos desde la biología molecular donde se encuentran implicadas cuestiones de orden bioético, por estar involucrado el origen y el destino la vida misma y por ende el de la humanidad.

Los avances más significativos en esta materia se empezaron a dar a partir del siglo XX y hoy en día continúan los desarrollos a partir de la decodificación del genoma humano donde muy seguramente se hallaran respuestas a este objeto de estudio.

Se han planteado diversas teorías que van desde la teoría simple de desgaste o deterioro hasta la teoría, en gran parte discutida, error catástrofe; cabe aclarar que dada la naturaleza multicausal del envejecimiento, resulta improbable que una sola teoría de explicación al fenómeno del envejecimiento.

Hay que tener en cuenta aspectos importantes tales como, que el envejecimiento compromete un número de genes diferentes, llegándose ya a señalar hasta 100 genes implicados en la evolución de la longevidad, así mismo se debe considerar que el envejecimiento ocurre a todos los niveles: al nivel molecular, nivel celular y a nivel del órgano. Todos estos fenómenos del envejecimiento no los puede explicar un mecanismo único, por lo tanto, la teoría que valore la naturaleza multicausal será la que conseguirá un acercamiento científico más racional⁽³⁴⁾. En este sentido se reafirma la posición que tiende a adoptarse actualmente y que nos conduce a interpretar nuevamente al envejecimiento como un hecho biológico que interactúa con el medio ambiente.

Se pueden citar algunos de los grupos de teorías que sustentan este proceso, las teorías estocásticas, que engloban aquellos fenómenos que comportan una serie de variables aleatorias que hacen que este fenómeno sea producto del azar y deba ser estudiado recurriendo a cálculos probabilísticos. Estas teorías cuentan con la acumulación fortuita de acontecimientos perjudiciales debido a la exposición de factores exógenos adversos.

Por otro lado están las teorías deterministas, que engloban aquellos fenómenos que se describen mediante un número limitado de variables conocidas, que evolucionan

34. PARDO, G. Op. Cit. p. 1.

exactamente de la misma manera en cada reproducción del fenómeno estudiado, sin recurrir a ningún cálculo probabilístico. Estas sustentan que una serie de procesos de envejecimiento están programados innatamente dentro del genoma de cada organismo, una de estas teorías es la descrita por la capacidad replicativa finita de las células, descrito como el límite de Hayflick que describe el fenómeno de la esperanza de vida proliferativa finita que muestran las células humanas *in vitro*⁽³⁵⁾.

Las teorías estocásticas consideran un conjunto de teorías que consideran por una parte al genoma como uno de los principales responsables del fenómeno del envejecimiento, pero así mismo contemplan los factores ambientales que consideran al entorno celular como responsable del deterioro de la homeostasis celular. Estas teorías estocásticas y genéticas, consideran aspectos que confieren al entorno celular el papel de responsable de todos los daños provocados al azar del DNA; entre estas explicaciones se encuentran la teoría de la regulación génica, asociada al patrón que posee cada especie para asegurar el desarrollo y la reproducción; la teoría de la diferenciación terminal que explica el hecho de tener una diferenciación terminal de las células por efectos adversos del metabolismo⁽³⁶⁾.

Estos aspectos son fundamentales desde el análisis bioético teniendo en cuenta que si el envejecimiento se explica y se concibe como un hecho predeterminado y ligado a cada especie y que permite la su propia autorregulación y desarrollo, entonces se debería repensar mucho de lo que las Ciencias Biomédicas se están planteando para el mantenimiento y la prolongación de la existencia, de hecho la longevidad humana es el gran triunfo de la Salud Pública y la Medicina.

7.1.1.1 Teoría de los radicales libres

Otra de las teorías reconocidas y altamente difundidas es la de los radicales libres, propuesta por Denham Harman en 1956, la cual postula que el envejecimiento resulta de los efectos perjudiciales fortuitos causados a tejidos por reacciones de radicales libres. Estas reacciones pueden estar implicadas en la producción de los cambios del envejecimiento, asociados con el medio ambiente, enfermedad y con su proceso intrínseco. Los radicales libres reactivos formados dentro de las células pueden oxidar biomoléculas y conducir a muerte celular y daño tisular. Las reacciones perjudiciales de los radicales libres, se producen sobre todo en los lípidos, los cuales son los más susceptibles. Harman a través de esta teoría pretendía explicar cuestiones como el origen de la vida y su evolución, el aumento de la longevidad en especies animales sometidas a manipulaciones dietéticas y ambientales, el proceso de envejecimiento y

35. *Ibid.* p. 1.

36. *Ibid.* p. 1.

la explicación a un gran número de enfermedades en cuya patogenia están implicados los radicales libres del oxígeno. Entre estas enfermedades se cuenta la arterioesclerosis, la amiloidosis, la demencia senil tipo Alzheimer y las enfermedades autoinmunes⁽³⁷⁾. Esta teoría es quizá una de las más reconocidas y desde las que se han podido introducir muchas estrategias para el control de los efectos del paso del tiempo sobre el organismo, muchas de los tratamientos “antienvejecimiento” se vienen introduciendo a partir de su explicación, el consumo de alimentos y sustancias antioxidantes son una fuerte tendencia actual y de la cual también se ha abusado comercialmente; esta es otra muestra de esa concepción moderna del cuerpo, sin duda desde este aspecto se suscitan dilemas éticos referidos al abuso de las terapias antioxidantes.

7.1.1.2 La teoría error-catástrofe

Esta teoría fue propuesta por Orgel en 1963 y modificada por él mismo en 1970, postula que con la edad surgen errores en los mecanismos de síntesis de proteínas, que causan la producción de proteínas anormales. Si alguna de estas proteínas llega a formar parte de la maquinaria que sintetiza proteínas, causarían incluso más errores en la próxima generación de proteínas, y así sucesivamente, hasta llegar a una pérdida “catastrófica” de la homeostasis celular que conduce a la muerte celular. Según esta teoría, el envejecimiento estaría acompañado por la síntesis de proteínas defectuosas y se ha demostrado inequívocamente que no es así. Durante la senescencia aparecen formas anómalas de algunas proteínas, pero no surgen de errores en la biosíntesis de proteínas sino que se trata de modificaciones pos sintéticas.

7.1.1.3 Las teorías evolutivas

Estas muestran que la senescencia es perjudicial para el individuo en casi todos los aspectos y constituye una característica normal en la vida de los animales superiores. Una de las teorías evolutivas postula que la senescencia es una adaptación necesaria, programada como desarrollo, debido a que sin la senescencia el recambio y renovación de poblaciones resultaría perjudicado. Esta teoría fue criticada por que la mayoría de las muertes naturales, exceptuando a humanos, ocurren por accidentes, que suceden antes de que el envejecimiento sea evidente. Esto significa que la mayoría de los animales no sobreviven en su estado salvaje el tiempo suficiente para entrar en la senescencia. Así mismo, esta teoría selecciona el grupo y necesita condiciones especiales que no tienen muchas especies.

Según esta teoría evolutiva solo los individuos más aptos son los que dejan su impronta en el acervo hereditario de las generaciones siguientes, seleccionándose

37. *Ibid.*, p. 3.

aquellas modificaciones genéticas que mejoren las aptitudes de los individuos. Esta teoría propone que el control genético activo de los acontecimientos senescentes está mediado por genes específicos⁽³⁸⁾.

Otra de las teorías propone que las mutaciones perjudiciales que se activan tarde son las responsables del envejecimiento. Los genes del envejecimiento se habrían instalado cómodamente en los cromosomas humanos porque la selección natural no habría podido evitar su difusión. Los alelos perjudiciales persistirían en una especie si sus efectos nocivos no se evidenciaban hasta avanzada ya la madurez sexual. Por lo tanto, esta teoría afirma que se acumulan una variedad de genes perjudiciales que se activan tarde, y que causan senescencia y muerte cuando un individuo se traslada a un medio protegido y vive el tiempo suficiente para experimentar sus efectos negativos.

Por otra parte, se sugiere que la senescencia es el resultado de un desajuste entre la supervivencia tardía y la fecundidad temprana. La teoría del soma desechable, afirma que el nivel óptimo de inversión en el mantenimiento somático es menor que el nivel que se necesitaría para la longevidad somática indefinida. Por lo tanto, al existir la probabilidad del riesgo de muerte violenta, la especie haría bien en invertir en sistemas de protección que garanticen el vigor juvenil solo durante el período de reproducción, dirigiéndose el resto del suministro energético de un organismo hacia la promoción de una fertilidad óptima. Esta teoría, sugiere que la selección pone a punto el nivel de inversión en los procesos de mantenimiento somático para conseguir un equilibrio óptimo entre supervivencia y reproducción⁽³⁹⁾.

Las teorías evolutivas expuestas en los apartados anteriores muestran aspectos interesantes que tienen repercusiones importantes desde el ámbito social, recordemos que el envejecer no solo es puesto como un hecho biológico, se ha hablado del envejecimiento como un fenómeno igualmente social. El envejecer expuesto como producto de un proceso evolutivo indica que los seres humanos insertos en colectivo deben cumplir ciclos que permitan regular las poblaciones y en esa misma medida la utilización de recursos para su subsistencia. Este aspecto tiene fuertes implicaciones bioéticas al plantearse consideraciones como la justicia distributiva, es sabido que hoy en día la sociedades están repesando sus sistemas económicos al encontrar que sus poblaciones están conformadas en gran medida por personas mayores con unas necesidades y particularidades sobre todo en el ámbito de los servicios de salud.

38. *Ibid.* p. 4.

39. *Ibid.* p. 5.

Como vemos la naturaleza multicausal del envejecimiento obliga a no desechar ninguna de sus teorías y nos invitan a pensar que todo el sustento del fenómeno del envejecimiento tiene muchas aristas entre ellas las de orden biológico y biográfico que reunidos en una sola dimensión permiten ver un cuerpo humano envejeciente desde la integralidad del ser y como se verá en adelante desde las dimensiones ontológicas del cuerpo para sí, para el otro y en esa relación de la existencia del cuerpo conocida a título de cuerpo por el otro.

7.2 Dimensiones ontológicas del cuerpo envejeciente

Como se mencionó en la introducción de este capítulo, la idea de vincular las dimensiones ontológicas del cuerpo al cuerpo envejeciente, permitirá reconocer un proceso biológico pero a la vez biográfico de una forma integral pero ante todo dará la posibilidad de reflexionar sobre las consideraciones que desde la bioética se suscitan en medio de un mundo occidental influenciado por el pensamiento moderno que tiende a privilegiar la cultura de cuerpo sano, joven, hermoso y útil.

Retomando algunos de los conceptos que presenta Maldonado en la introducción al libro *Dimensiones Ontológicas del Cuerpo*, se puede expresar, en sus términos que no elegimos envejecer y que este es un proceso que nos acaece. Este es un punto de partida que hace ver nuestra condición humana, nuestra finitud y las limitaciones que tenemos como humanos que somos. De la misma manera, no se percibe tan claramente que nuestro cuerpo envejece, pero tal vez si lo hacemos con los otros, de esta forma, somos capaces de reconocer los cambios de nuestro cuerpo envejeciente solo cuando somos conscientes de que somos mirados por otros.

Por otra parte, existimos nuestro cuerpo en términos de salud–enfermedad y esto correlacionado con el cuerpo envejeciente que recuerda que el envejecimiento y la vejez tradicionalmente han sido vinculados o relacionados con procesos patológicos o de deterioro, coincidentalmente son estos hechos los que hacen tomar conciencia de que envejecemos y que existimos nuestro cuerpo envejeciente. Basta escuchar testimonios de las personas, que cuando empiezan a presentar dolencias físicas tales como problemas de espalda o de las articulaciones, sistemáticamente piensan que están comenzando a envejecer, reforzando así la concepción del envejecimiento como hecho patológico. Así, estos cambios biológicos vistos como patológicos logran afectar también la sensibilidad y emocionalidad frente al proceso de envejecimiento. Sin embargo, se puede decir que envejece el cuerpo y no la mente, pero esta afirmación vuelve a reafirmar una concepción dualista que se pretende no considerar al hablar de cuerpo envejeciente. En este sentido, también aparecen la corporeidad y la corporalidad que se instauran como formas semánticas de interpretar ese cuerpo en la dimensión biológica por una parte y de otra desde el componente psicológico y social⁽⁴⁰⁾.

40. AGAMEZ, J y col. *Op. Cit.* p. 45.

Desde la corporeidad interpretamos el cuidado del cuerpo, que se representa en el cuidado de nosotros mismos⁽⁴¹⁾, así, cuando se piensa en el cuerpo en proceso de envejecimiento se recuerdan las acciones de autocuidado es decir, el cuidado de mi-cuerpo—que envejece, este debería ser el ideal de esa representación que es promulgada por la salud pública, pero ésta, no solo debería ser una respuesta desde este ámbito sino desde la ética misma, Maldonado afirma, si la ética consiste por ejemplo en el cuidado del otro y de sí mismo, entonces la ética consiste en el cuidado del propio cuerpo. Una ética que niega el cuidado del cuerpo o que lo tome como secundario entonces negaría la misma existencia.

Estos elementos son importantes a la hora de abordar el tema del cuerpo en una sociedad envejeciente, que debe y deberá enfrentarse a cuestiones y conflictos éticos que involucran los procesos de envejecimiento de individuos y comunidades.

Concebir el cuerpo como lugar en el que confluyen al mismo tiempo la realidad y las posibilidades de la existencia humana⁽⁴²⁾; permite ver al envejecimiento como una de esas realidades, donde nos descubrimos como seres finitos, quizá en ninguna etapa de la vida nos reconocemos así, dada la cercanía a la muerte. Para Escobar, la existencia del ser va más allá y se reconoce en la facticidad del “para sí”, el ser para otro y desde el hecho de que existimos nuestro cuerpo como conocido por el otro a título de cuerpo. La condición corporal afecta la condición total del hombre, en el mundo de la vida se da la existencia humana y su quehacer, buscando el sentido de la propia existencia y en esa medida la comprensión del otro y de nosotros mismos.

Retomando los conceptos Sartreanos expuestos por Escobar, en este dimensionamiento ontológico, también se evidencian coeficientes de favorabilidad o de adversidad en que se da la vida del hombre⁽⁴³⁾; en la modernidad cobran peso estos factores en relación al envejecimiento, al ser visto más como un factor de adversidad que de favorabilidad para la vida del hombre. El ser viejo es visto como una limitante, tanto que se percibe esta etapa como de pérdidas y menoscabos en todos los planos, en el sentido de vida y en el proyecto de vida misma, es decir en su dimensión total.

Otro de los elementos expuestos en el discurso de Escobar y que se pueden correlacionar para la vinculación de las dimensiones ontológicas es el cómo replantear las distintas formas de relación entre los agentes... la mirada el gesto, el amor, el odio, la indiferencia, la intersubjetividad simbólica. Escobar afirma, que en esta perspectiva se observa cómo un sujeto puede ser convertido en un objeto para los intereses o

41. ESCOBAR, J. 1997. Op. Cit. p. 18.

42. *Ibid.* p. 22.

43. *Ibid.* p. 32.

proyectos de otro; de esta forma se puede rescatar el papel del cuerpo como una mediación u objeto.⁽⁴⁴⁾ Aquí la relación que se hace con el cuerpo envejeciente, está dada por el concepto de utilidad que se aplica hoy en día en la sociedad. Todos en algún momento somos objeto útil para otros en las relaciones sociales y económicas; cuando se es joven se tiene la posibilidad de ser incluido en la sociedad al ser parte de una fuerza productiva, entre tanto el viejo es excluido.

Esta visión un tanto pesimista de ver el envejecimiento es alimentada por razones que a veces no se entienden pero que se han dado siempre en la historia de la humanidad. Al respecto Mainetti, afirma que existe una triste inevitabilidad del conflicto generacional, conflicto avalado por las tensiones que surgen del hecho, de que cada generación está destinada a crecer, declinar y morir, para ser reemplazada por una nueva generación⁽⁴⁵⁾, de esta forma se estaría justificando la concepción de utilidad y del cuerpo envejeciente como objeto para otros tal como se ha venido enunciando.

7.2.1. Soy –mi cuerpo– que envejece

Como se enunció en la introducción del presente capítulo, la idea es vincular las dimensiones ontológicas del cuerpo expuestas por Escobar, al cuerpo envejeciente, lo que permitirá establecer un análisis desde la Bioética para comprender un proceso y un estado que se dimensiona en una concepción del cuerpo. La primera vinculación que se expone es la de soy–mi cuerpo–que envejece esta conexión se hace con la expuesta como el ser para sí es decir la facticidad.

El ser –para– sí es íntegramente cuerpo e íntegramente conciencia y no simplemente unido al cuerpo⁽⁴⁶⁾, con esta frase introductoria, se entiende y dimensiona la unidad que es el ser, no tomando el cuerpo biológico por un lado y por el otro la conciencia. Se reconoce que al descubrir el cuerpo como objeto se nos revela el ser-para sí. El cuerpo es el punto de referencia del mundo al que constituye su orden para reflexionar sobre la naturaleza del cuerpo. Mi cuerpo para sí no puede ser un objeto para mí pues yo soy el. Aquí se observan algunos elementos que se pueden interpretar a la hora de reconocer el cuerpo envejeciente.

En primera instancia si soy cuerpo y conciencia, debo entender que el hecho de ser conscientes de que estamos viviendo un proceso de envejecimiento, desde el mismo momento en que nacemos, permitirá reconocer que somos un cuerpo envejeciente

44. *Ibíd.* p. 34.

45. MAINETTI, J. Op. Cit. p. 89.

46. ESCOBAR, J. 1997. Op. Cit. p. 77.

a partir de nuestra conciencia y de esta forma establecer una relación con el mundo y las cosas dando sentido al proceso de envejecimiento, por que reconocemos que no es nuestro cuerpo biológico el que envejece sino soy yo en toda mi dimensión de ser es decir mi-cuerpo que se revela al otro como cuerpo envejeciente. De esta forma se podrá dar un sentido diferente al proceso de envejecimiento, trasladando ese sentido negativo de deterioro que se la ha imprimido, como se ha visto en la cultura occidental.

La facticidad a la que se refiere Escobar, enuncia que el ser para sí requiere que yo le dé un orden al mundo, crearlo, transformarlo, orden con el cual me confundo, lo hago mío de una forma contingente⁽⁴⁷⁾, se podría decir que soy yo quien le puedo imprimir esa forma de concebir el envejecimiento y mi propio envejecimiento por mi experiencia vivida en el mundo a partir del punto de vista de mi cuerpo. Así mismo, según lo que plantea Escobar en relación al ser para sí, el cuerpo para sí es siempre trascendido, soy lo que habré de ser, por la individuación del para sí, es decir de la individuación de la misma conciencia. Soy lo que elijo ser y saber, así mi cuerpo es mi contacto con el mundo, lo que configura mi contingencia y mi experiencia de vivir en el mundo se da siempre a partir de mi cuerpo⁽⁴⁸⁾.

Lo enunciado es perfectamente coherente con la visión de envejecimiento como proceso biográfico, porque es uno el que escribe su proyecto de vida a partir de las experiencias en el mundo, por ello también hablamos de un ser-para-sí en el mundo. Envejecer en el mundo, en una cultura, en una sociedad tiene diferentes interpretaciones, pero todas ellas se configuran también en el plano individual por que la experiencia es de la persona que siente y percibe el mundo y lo interpreta para sí, le da sentido y significado, siendo el significado una construcción más individual, el ser-para sí-, y el sentido, más desde la percepción de los otros contrastado con la dimensión ontológica del cuerpo para otro, lo que finalmente reconoce mi facticidad.

Hasta aquí se hace una distinción que permite reconocer nuestro cuerpo envejeciente como cuerpo y conciencia en una sola esencia, pero es necesario ahora establecer a pesar de ello, que el cuerpo no es captado por sí mismo; este es más un punto de vista y un punto de partida, Escobar hace esta analogía tomando la experiencia del dolor físico como elemento que permite captar la existencia espontánea de la conciencia. Se considera entonces que el dolor da una información sobre mí mismo y distingue y ubica partes u órganos de mi cuerpo; pero el dolor está desprovisto de intencionalidad; solo la conciencia por reflexión hace existir el órgano que padece el dolor⁽⁴⁹⁾.

47. *Ibíd.* p. 81.

48. *Ibíd.* p. 82.

49. *Ibíd.* p. 91.

De la misma manera podríamos describir la experiencia del envejecimiento; sólo cuando hacemos un ejercicio reflexivo de este proceso lo reconocemos desde el plano de la corporeidad y de la corporalidad y decidimos dar las interpretaciones y las magnificaciones a que se da lugar cuando se hace este ejercicio reflexivo. Cuando se logra esta aproximación entonces se hace del envejecimiento un proceso más íntimo y lo sentimos como propio. De esta forma mi cuerpo captado en un nuevo plano de existencia como correlato de una conciencia reflexiva, es el cuerpo psíquico⁽⁵⁰⁾.

Como se observa la dimensión ontológica vinculada al cuerpo envejeciente soy—mi—cuerpo— que envejece, muestra nuestra experiencia corporal interpretada por la conciencia que finalmente solo es posible de ser conocido y utilizado por el otro, por el prójimo como objeto, que es lo que plantea la vinculación a la segunda dimensión ontológica.

7.2.2 Cuerpo envejeciente para—otro

A través de la exposición en las líneas anteriores se ha expuesto que el conocimiento de nuestro propio cuerpo, solo es posible por la manera como los otros nos ven. Cuando el otro es capaz de reconocer mi cuerpo envejeciente a través de las marcas físicas (biológicas), psicológicas y sociales entonces reconozco mi propio proceso de envejecimiento y en ese momento se establecen una serie de relaciones que pueden ser vistas desde diferentes ópticas para el análisis que estamos realizando y desde el plano de la bioética.

Escobar menciona que en esta nueva perspectiva ontológica se puede estudiar el cuerpo como aparece ante el prójimo y el modo en que este aparece ante mí, pues mis estructuras de ser—para otro son idénticas a las del ser del otro—para mí⁽⁵¹⁾.

De esta manera aparece el prójimo como ese otro que me conoce y puede intervenir sobre mí, esta es la interpretación que hace Escobar para plantear esas relaciones entre médico—paciente. Para el presente análisis también es válida esta interpretación teniendo en cuenta que la concepción de cuerpo envejeciente se ha visto tradicionalmente desde el plano de lo biológico y lo patológico como se enunciaba en la introducción a este capítulo. Las relaciones que se establecen entre las personas adultas mayores y los profesionales de la salud muestran mucho de lo que se plantea en el abordaje de esta dimensión ontológica, teniendo en cuenta que es frecuente el establecimiento de paternalismos fuertes donde uno de los actores, en este caso el profesional de la salud toma las decisiones por la persona mayor que en este caso se comporta como

50. *Ibid.* p. 91.

51. *Ibid.* p. 97.

sujeto provisto de un cuerpo aminorado y sobre el que se debe intervenir, esta misma situación se puede dar sobre cualquier persona independientemente de su edad, pero lo descrito anteriormente es más frecuente en esta etapa de la vida.

Pero más allá de las relaciones que se puedan establecer en el campo asistencial y de las ciencias de la salud, se debe tener en cuenta que bajo esta dimensión ontológica el cuerpo envejeciente se devela ante el otro como objeto. Escobar expresa que la relación originaria con el prójimo tiene como estructura esencial mi ser-objeto para él, lo que finalmente le permite al otro conocerme.

En esta misma línea de análisis del cuerpo-para otro se establece la importancia del reconocimiento del cuerpo a través de los sentidos, siendo que el otro me capta por estos y yo capto al otro a través de los mismos; en tal reciprocidad conocemos el mundo y nuestro lugar en él. Las interrelaciones en donde capto al otro es decir mi prójimo como cuerpo, me permiten a la vez captar mi propio cuerpo⁽⁵²⁾.

Con relación al cuerpo envejeciente se puede decir que el papel de los sentidos es fundamental para reconocer nuestro proceso de envejecimiento. Captamos la belleza, el olor, palpamos y porque no degustamos la presencia de un cuerpo joven que si se mira desde estos ámbitos son agradables a los sentidos, captándose así una realidad estereotipada de lo que es un cuerpo aceptado por los cánones culturales e históricos de juventud, nuevamente concebidos desde el dualismo psicofísico que reconoce el envejecimiento como un hecho más biológico que biográfico. De esta forma, el otro reconoce mi-cuerpo que envejece precisamente por características físicas como los cambios en la piel, la firmeza y la fuerza muscular, la disminución de la agudeza visual y auditiva entre muchos otros cambios, que denotan un cuerpo envejeciente. Por el contrario un proceso de envejecimiento desde el componente psicológico y social es perceptible por otros mecanismos y con otros niveles de complejidad que nos permiten elaborar este concepto.

Pero retomando los postulados Sartreanos, una concepción de cuerpo envejeciente, vista solamente a través de una corporeidad que desconoce la existencia de un cuerpo en su totalidad integral determinada por la conciencia, y las relaciones con el otro, simplemente negaría su existencia y su trascendencia en el mundo; somos llamados a ser seres trascendentes y la vejez es un momento de la vida para serlo.

7.2.3 Existo (mi cuerpo envejeciente) conocido por el otro

Una vez expuestas las vinculaciones de las dos primeras dimensiones ontológicas soy-mi cuerpo-que envejece y cuerpo envejeciente para otro, se plantea la tercera

52. *Ibid.*, p. 98.

denominada, existo mi cuerpo envejeciente conocido por el otro. Como expresa Escobar, de la interacción de las dos dimensiones estudiadas, mi cuerpo como sujeto para mí mismo y como objeto desde el punto de vista del otro se llega a la tercera dimensión, lo que para el actual análisis, corresponde a, existo (mi cuerpo envejeciente) conocido por el otro.

En esta tercera dimensión se resalta finalmente lo que significa lo que soy para otro en esa interrelación sujeto objeto, siendo sujeto ese otro que a través de su mirada capta quien soy y me convierte en objeto para establecer en definitiva una interacción que se da en el mundo, por tanto sujeto y objeto estamos en el mundo y existimos por esa misma interrelación.

La interrelación de la que habla Escobar se basa mucho en el concepto de mirada, cabe aclarar que este concepto va más allá de la percepción de los sentidos del cuerpo biológico, sino por el contrario incluye la mirada desde mí ser consciente pero a la vez subjetivo que ve lo que quiere ver. En este sentido, Escobar expresa que “El prójimo es por principio aquél que mira, el sentido de vergüenza o de orgullo me revelan la mirada del prójimo, me hacen vivir la situación de mirado y mi desprotección ante el otro y el mundo”⁵³.

En la realidad del cuerpo envejeciente, se reconoce frecuentemente esta situación; donde el otro escruña en mí a través de la mirada que me indica quien soy y resalta mi condición de cuerpo que envejece. En la sociedad moderna esta mirada del otro frente al proceso de envejecimiento no es una mirada alentadora, por el contrario resalta mis déficits, mis limitaciones y los menoscabos de mi cuerpo, haciendo que mi cuerpo sea captado como un cuerpo aminorado y esa es la lectura que hago de mi propio cuerpo.

Escobar también expresa en la descripción de esta tercera dimensión ontológica la condición de cuerpo alienado cuando es captado por el otro, poniendo como ejemplo el momento en que el médico interviene sobre esa realidad material del paciente, cuando lo examina, lo ausculta, lo percibe a través de sus sentidos y lo hace propio cuando interpreta lo que capta de él; pero a la vez se nos muestra que esta situación crea en el sujeto observado una condición de alienación manifiesta por la timidez y porque no, muchas veces la vergüenza de ver expuesto ante el otro su cuerpo que finalmente en ese momento es para el otro su cuerpo y no para él. Estas líneas muestran la realidad patente que se vive en esa relación profesional de la salud-paciente que contextualizada al problema que se plantea, se muestra frecuentemente en la intervención de un proceso de envejecimiento que ha sido patologizado en la

53. *Ibíd.* p. 103.

sociedad, donde el cuerpo envejeciente frecuentemente es observado e intervenido en aras de mantener una condición que justifique el triunfo de las ciencias biológicas sobre el cuerpo y sobre la vida misma.

Como conclusión de este segundo capítulo se puede establecer la relevancia que tiene el análisis del cuerpo desde la visión filosófica que en este caso retoma la postura de Jean Paul Sartre desde las dimensiones ontológicas del cuerpo y que Escobar expone como una interpretación del cuerpo para el ejercicio de la medicina; en este mismo sentido la propuesta que se presenta desde la concepción de cuerpo envejeciente reinterpreta y apropia estos mismos conceptos. Reconocer la existencia de un cuerpo envejeciente que tiene una significación para sí mismo y para el otro nos debe conducir también a un análisis bioético. Abordar el tema del cuerpo tal como la plantea Francisco Parenti, es reconocer que “el problema del cuerpo y la categoría de corporalidad responde al proyecto de un cambio profundo de paradigma impulsado por la neurociencia, las ciencias humanas, la filosofía y la nueva ética de la vida –de textura multidisciplinaria– que llamamos Bioética”⁵⁴). Como vemos la conexión cuerpo-bioética es fundamental.

8. Análisis desde la Bioética

Como se observó en los apartados anteriores la concepción de cuerpo envejeciente depende esencialmente de cómo reconozco el cuerpo para mí mismo, cómo lo reconoce el otro, es decir mi prójimo y cómo mi cuerpo envejeciente es conocido por el otro a título de cuerpo en esa interrelación. El hecho de que se reconozca la condición de nuestro propio cuerpo a través de la mirada del otro, permite comprender algunas de las consideraciones que surgen como conflictivas y que a la luz de la bioética pueden tener respuesta o por lo menos orientación para su abordaje.

Para iniciar este análisis desde la bioética quisiera presentar el siguiente fragmento del capítulo “El Curso Vital” del libro “Somatología, anatomía de la persona” escrito por José Alberto Mainetti donde plantea muchos de los conflictos que se generan a partir de una concepción de cuerpo envejeciente en las culturas modernas, Mainetti expresa: “el hombre es caduco por antonomasia en su llamada tercera edad, pero esto no significa reducir el envejecimiento al deterioro físico de un cuerpo como objeto social estandarizado, desde el que me reconozco con una edad ajena a mi experiencia íntima o personal. En tal caso Sartre tendría razón, la categoría de viejo es irrealizable para mí, pues nunca me identifico con la imagen para otro del espejo aun cuando yo

54. PARENTI, F. *Bioética, Derechos Humanos y Filosofía del Cuerpo*. En: *Bioética y Derechos Humanos*. Colección Bíos y Ethos. No 6. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda, Universidad el Bosque, 1998. p. 339.

siempre se la edad que tengo. Tampoco vale la idealizada polarización de la vejez entre la decadencia física y la plenitud espiritual. Se trata en cambio, de lograr una más rica y reflexiva concepción de la naturaleza y significado de la senectud, que ésta a la que nos ha conducido el dualismo antropológico; y tal concepción constituye hoy una auténtica necesidad social⁵⁵⁾.

Mainneti pone de manifiesto en estas líneas y desde su experiencia personal el sentido de lo que es envejecer. Él considera efectivamente que no se puede hacer un reduccionismo del envejecimiento como un proceso de deterioro o de decadencia desde el plano corporal biológico, cosa que ha sido masificada por las ciencias biomédicas, lo que consecuentemente ha impactado en el aspecto social, haciendo pensar que a medida que el hombre envejece y se deteriora físicamente también lo hace para la sociedad. De la misma manera, el concepto de envejecer no puede ser llevado a los extremos de la favorabilidad o de la adversidad, simplemente se debe reconocer en él los más y los menos de un proceso por el cual todos pasamos y digo esto, porque es importante concientizarse que absolutamente todos estamos envejeciendo desde el mismo momento en que nacemos.

En este orden de ideas, al concebir el envejecimiento corporal como proceso y como fenómeno existencial referido al ser humano como individuo y así mismo como hecho social, se considera necesario en primera medida contextualizar el fenómeno del envejecimiento a los entornos más próximos, teniendo en cuenta que la Bioética en Latinoamérica y Colombia se enfrenta cada vez más a estas realidades, por ello se deben presentar algunos aspectos relacionados con el perfil demográfico de nuestro país y las tendencias en torno al envejecimiento poblacional, lo que permitirá tener un referente de la problemática que se pretende abordar en estas líneas.

8.1 El envejecimiento como hecho sociodemográfico

El Envejecimiento poblacional en Colombia y América Latina se puede decir que se encuentra influenciado por las siguientes situaciones, la disminución de la fecundidad, la disminución de la mortalidad, el aumento de la expectativa de vida y el aumento de la edad media de la población⁵⁶⁾, estas condiciones han hecho que el fenómeno del envejecimiento hoy en día sea considerado como un triunfo de la Salud Pública, gracias al saneamiento ambiental, el desarrollo socioeconómico de las sociedades y de los avances técnico-científicos y biomédicos, es así hoy tenemos mayor población adulta mayor con mejores condiciones de salud que hace bastantes décadas.

55. MAINNETI, J. Op. Cit. p. 89.

56. RUIZ, I. Memorias Jornada de Socialización Política Nacional de Vejez y Envejecimiento. Tunja: Gobernación de Boyacá, Comité Departamental de Adulto Mayor, 2008. p. 1.

En Colombia particularmente la expectativa de vida ha aumentado considerablemente; por ejemplo, en los años setenta era de 59 años; para el año 2005 es de 72.6 y cada vez se encuentra más en aumento⁽⁵⁷⁾. En cuanto a los índices de población se puede establecer a partir de las estadísticas del Censo 2005, que en Colombia el 9.5% de la población es mayor de 60 años y se proyecta que para el año 2025 sea del 14.1%⁽⁵⁸⁾, como se puede ver el crecimiento de la población adulta mayor es exponencial. Las anteriores cifras se constituyen en un marco y punto de partida para pensar bioéticamente la vejez y el envejecimiento; retomando a Lolás, la edad debe ser considerada como un desafío y se considera que hay tres hechos relevantes a un planteamiento ético de los mismos. El primero es de naturaleza demográfica y como se puede observar Colombia vive esta realidad, la proporción de adultos mayores ha aumentado en los últimos decenios y se espera que las mejores condiciones de vida permitan la población de muchas naciones alcanzar su límite teórico de sobrevivencia. Se espera, asimismo, que haya una convivencia intergeneracional de un tipo hasta ahora inédito: muy jóvenes convivirán con muy ancianos. Conexo con lo anterior, la longevidad se acompañará de una demanda de servicios en las edades finales de la vida de proporciones sin precedentes. La compresión de morbilidad esperable hará necesarias decisiones sobre provisión de ayuda y sobre las formas que deberá asumir la organización social para proveer a las necesidades⁽⁵⁹⁾.

De estos ejes, envejecimiento individual-poblacional, la convivencia intergeneracional y la demanda de servicios por parte de los mayores, se derivan algunas de las consideraciones bioéticas más importantes que si analizan desde la propuesta de una concepción o mirada del cuerpo envejeciente para sí y para el otro, podremos estar estableciendo relaciones importantes para el abordaje del fenómeno a estudiar.

8.2 Autonomía como principio bioético que restituye la dignidad del viejo

Quizá uno de los tópicos más álgidos que se puede considerar en el tema del envejecimiento y vejez es el de la autonomía. Este principio *prima facie* frecuentemente se encuentra quebrantado precisamente por la condición de vulnerabilidad en la que se encuentra el ser humano en la edad postrera. Dicha condición es reafirmada por lo que se analizó anteriormente como la concepción de cuerpo envejeciente desde el paradigma moderno, un cuerpo desecho, enfermo, aminorado y dependiente. Esta es la paradoja a la que la sociedad y especialmente el personal sanitario se ven

57. *Ibid.* p. 2.

58. DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA –DANE–. Datos del Censo de Población 2005.

59. LOLÁS, F. Bioética y vejez: el proceso de desvalimiento como constructo biográfico. Disponible en: http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/lolas_02.pdf. p. 1.

enfrentados y por la que se debe plantear una restitución en el tema de la defensa de sus derechos o del reconocimiento de ellos.

El adulto mayor posee la condición de sujeto moral racional con autonomía para gobernar su propia vida y muerte. Recordando lo que plantean Beauchamp y Childress, una decisión es autónoma cuando cumple tres condiciones, voluntariedad, información y capacidad⁶⁰. Pero quizá de estas tres condiciones la más difícil de valorar es la capacidad. El término capacidad se define como «aptitud, talento, cualidad que dispone a alguien para el buen ejercicio de algo»⁶¹.

Retomando lo anterior, y contextualizándolo al plano de la capacidad de las personas mayores, encontramos que es frecuente en el campo de la geriatría y la gerontología evaluar la capacidad como un indicador de salud del adulto mayor, luego entonces, este concepto está ligado a esa condición de poder ejecutar tareas y actividades de la vida diaria en forma independiente, restringiéndolo solo a lo funcional sin considerar el aspecto de la capacidad para tomar decisiones, en este sentido un adulto mayor podría llegar a tener total capacidad para realizar actividades de la vida diaria pero carecer de capacidad para tomar decisiones, o por el contrario se podría llegar a tener una persona con limitaciones en la capacidad funcional pero con preservación de su capacidad y autonomía en lo que se refiere a la toma de decisiones. Este es uno de los fenómenos más frecuentes y que se torna conflictivo a la hora de establecer relaciones con las personas mayores sobre todo en el campo de la asistencia en salud, lo que invita a repensar la forma en la que nos dirigimos a ellas, procurando el respeto por su dignidad y libertad como agentes autónomos y por lo tanto a la consideración de asegurar las condiciones necesarias para permitir que el adulto mayor tome decisiones autónomas.

Sin embargo, no se pueden desconocer situaciones extremas donde las condiciones para que una persona adulta mayor ejerza su plena autonomía se vean restringidas, como el caso de los estados terminales o en presencia de demencias como la tipo Alzheimer, caso en el cual se tendría que entrar a evaluar los mecanismos de protección a la autonomía sobre todo lo referente a las decisiones al final de la vida, aspecto considerado ampliamente desde la Bioética. Aquí el discurso bioético se torna conflictivo teniendo en cuenta la limitaciones expuestas y en tales casos donde no solo tiene en cuenta la intervención propia (es decir la de los profesionales) y la del paciente, sino que además invariablemente intervendrán otros elementos como la familia, que en este caso entran a soportar la responsabilidad en el desplazamiento

60. BEAUCHAMP, T y CHILDRESS, J. Principios de ética biomédica. Cuarta edición. Barcelona: Editorial Masson S.A., 1999, pp. 113 - 172.

61. DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Vigésima segunda edición. Disponible en: <http://buscon.rae.es/draeI/>

de la autonomía del paciente hacia ellos, para lo cual se deberá proporcionar toda la información necesaria para la toma de decisiones.

En este orden de ideas es ineludible establecer la importancia del papel del personal de la salud y de los cuidadores, en las relaciones con las personas mayores, este aspecto se ve representado por la dimensión ontológica plasmada como, mi cuerpo envejeciente para el otro. Generalmente en una cultura donde el envejecimiento ha sido asociado a la enfermedad y se ha medicalizado su atención, es frecuente ver, que son las personas mayores las más susceptibles de ser tratadas con una fuerte actitud paternalista por parte del personal de salud bien sea por esa tradición con la que se forman los profesionales o por el simple hecho de considerar, que las personas mayores con deficiencias y limitaciones en su capacidad funcional o cognitiva, sean necesariamente tratadas con actitud paternalista.

A la par de ese paternalismo se pone nuevamente en cuestión la autonomía de las personas mayores, que si bien por tener limitaciones físicas o cognitivas en el caso de las demencias, no se considera deba ser vulnerada su capacidad para tomar decisiones sobre su persona. Para ello debe distinguirse entre lo que es la competencia como esa capacidad para desempeñar tareas y la autonomía definida como el autogobierno⁽⁶²⁾.

Pero esta situación no se puede particularizar solo al ámbito de las relaciones en salud, los aspectos relacionados con autonomía y capacidad se ven plasmados en otros escenarios como en la misma familia, en la sociedad productiva; el adulto mayor muchas veces es desprovisto de su autonomía; cuando lo relegamos y limitamos su participación por considerarla frágil, vulnerando su dignidad y su condición de agente autónomo. Por el contrario, todo el valor de su historia de vida se debería convertir en una fortaleza que debe ser rescatada y aprovechada para el desarrollo de las sociedades. Cuando se considera a la persona mayor solo en su dimensión biológica, quizás sí deteriorada, pero no en su dimensión biográfica, se está construyendo una imagen que perciben y reconocen para sí los adultos mayores como menoscabada y subvalorada; hay que recordar que solo a través de la mirada del otro se puede reconocer nuestra existencia y en este caso nuestra concepción e imagen de cuerpo envejeciente.

Retomando algunos conceptos alusivos al tema, propuestos el autor Fernando Lolas, se puede decir que todas estas consideraciones replantean la necesidad de una ética de la vida diaria como fundamento de cualquier consideración sobre la calidad de vida, la autonomía, dignidad, beneficencia y justicia para el adulto mayor. Pero así mismo recalca que tal punto de vista debiera sin duda incorporar diversos

62. OUTOMURO, D. Op. Cit. p. 3.

registros metódicos y procedimentales y no olvidar que junto a lo que es propio, a lo que es bueno y a lo que es justo, debe buscarse también lo que es discursivamente posible. El autor aquí plantea que puede decirse que “la dignidad de la vida humana exige no sólo la tradicional misión terapéutica de la “restitutio ad integrum” cuando ello sea posible. También demanda la “restitutio ad integritatem”, la recaptura del sentido de persona eficaz y singular autonomía que se pierde en el ineluctable, aunque negado, proceso de desvalimiento que, rectamente entendido, puede constituir un núcleo de cristalización para una bioética cotidiana que ilumine la condición de la ancianidad y el proceso que hacia ella lleva y que en ella se expresa, el proceso biográfico de envejecer. Tanto la aceptación personal de éste, con o sin resignación dictada por filosofía o religión, como la adecuada percepción social de sus matices y consecuencias permitirán una preservación de lo que es apropiado técnicamente, bueno para los agentes morales y justo para el cuerpo social. Sin olvidar la dignidad, a la que cada día amenaza el desvalimiento”⁽⁶³⁾.

Por ello el restaurar la autonomía se constituye en el derrotero para restituir la dignidad en el adulto mayor en su condición de cuerpo envejeciente. Cuando reconozco en mi persona mi propia realidad de envejecer, cuando el otro ve en mí dicha realidad, la valora y la respeta y también la asume como propia y no ajena, es en ese momento en el que se dignifica el envejecer y ser viejo.

8.3 Relaciones intergeneracionales

Otro de los elementos que se puede plasmar como una consideración desde la bioética y en el plano de la interacción con el otro es la de las relaciones de los adultos mayores con las generaciones más jóvenes. Las relaciones intergeneracionales no han tenido el mismo carácter en la historia de la humanidad, ni siquiera en la actualidad entre las diferentes culturas. En la antigüedad el viejo era considerado sabio, poseedor de verdad y consejo, dignatario de su grupo y líder de su comunidad; los relatos bíblicos por ejemplo, relatan de la figura del patriarca que conduce a su pueblo, en la historia se tiene el ejemplo de Noé, Abraham, Moisés entre otros. Este legado prevaleció y ha prevalecido en el imaginario colectivo de las sociedades, pero a medida de los desarrollos tecnológicos y la instauración de los modelos de producción, este imaginario se ha transformado.

El pensamiento moderno ha marcado mucho de ese cambio de concepción de la vejez como etapa y condición dignataria, para ser cambiada por la de deterioro, menoscabo y aislamiento teniendo en cuenta que el nuevo valor que impera en la

63. LOLAS, F. Op. Cit. p. 2.

sociedades modernas es el de juventud, la belleza y la producción, considerándose estos últimos factores de inclusión; entre tanto la vejez, la fealdad, la discapacidad entre otras condiciones se convierten en factores de exclusión.

Como se observa en la instauración de los nuevos modelos sociales, las relaciones intergeneracionales se transforman sustancialmente, de tal forma que se ven conflictivas dichas relaciones. Inclusive teorías evolutivas que explican el fenómeno del envejecimiento sugieren que ese conflicto debe darse porque es necesario que las generaciones mayores deban dar paso a las nuevas, esto supondría que socialmente los recursos y servicios sean dados en prioridad a los más jóvenes por que se aseguraría así la supervivencia y bienestar de las generaciones que forjen insumos y aporten al sistema.

Lo anterior muestra que el valor de las personas en las sociedades modernas está dado por el sentido de utilidad. Abordar este aspecto es muy importante para la bioética, basta retomar la máxima Kantiana expuesta en el imperativo categórico relacionado con el fin en sí mismo, para comprender que el valor de las personas está dado por lo que es en sí misma y no por la utilidad que pueda tener ella. Esta máxima expresa lo siguiente: ***“Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio”*** aquí se puede ver el argumento más importante al reconocer que el hombre a pesar del déficit en su rendimiento biológico o social, producto del proceso de envejecimiento, conserva su integridad y dignidad para ser reconocido como fin en sí mismo, de tal forma que este planteamiento permite que la vejez deje de ser vista como la etapa más nefasta de la vida. Si tanto individuos como sociedad, comprendieran esta apreciación ética universal, se reconocería y valoraría el sentido y el significado de la vejez.

La vejez entonces, debería ser una etapa productiva, no vista solamente desde los modelos económicos capitalistas, sino desde la experiencia y la historia de vida, esta sería esa dimensión biográfica del envejecimiento a la que se ha hecho referencia en párrafos anteriores. Desde el plano biológico también este imperativo categórico, invita a aceptar y reconocer en el otro y en nosotros mismos la imagen deteriorada por el paso del tiempo, y dejar de sobrevalorar los estereotipos de imagen corporal y belleza que tienden a acrecentar las diferencias entre las mismas generaciones coexistentes, jóvenes y viejos.

De esta forma, se debe considerar en ese análisis de las relaciones intergeneracionales, el concientizar a las nuevas generaciones del compromiso que se tiene con aquellos que trabajaron por la sociedad y que dedicaron su juventud y sus esfuerzos otrora y hoy merecen el descanso pero también el apoyo y la garantía de un nivel de vida

adecuado que permita la plenitud y goce de esta etapa de la vida; lo anterior reafirma los principios de solidaridad y reciprocidad entre generaciones jóvenes y mayores.

En este mismo sentido la ética Kantiana nos recuerda el énfasis en los deberes de las personas entre sí y en la discusión ética sobre la vejez y el envejecimiento, estos planteamientos nos invitan a una reflexión profunda sobre deberes y derechos de las personas en relación con su edad, surge de esta manera la pregunta por aquello que constituye una vida plena y humanamente vivida. Para ello se sugiere formular un estatuto relacional que facilite la convivencia y sea al tiempo apropiado y justo, tanto para los ancianos como para quienes no lo son. Ello implica una identificación de los temas pertinentes a la convivencia intergeneracional y de los principios más relevantes para su concreción exitosa⁽⁶⁴⁾.

De acuerdo a lo anterior y para puntualizar este aspecto, se podría decir que el envejecer nos otorga unos derechos per se por la condición de seres humanos con una historia de vida construida que en gran medida respalda esos derechos ganados, pero así mismo tenemos el deber u obligación de conseguir la vejez digna que queremos, esto implica la responsabilidad del autocuidado, del trabajo, del ahorro, de la previsión para el futuro. Si esta fuera la tendencia, en la realidad se podrían conseguir relaciones más armoniosas y equitativas entre las generaciones jóvenes y viejas.

8.4 Justicia distributiva y envejecimiento

El concepto de justicia distributiva, referido en este análisis es otra de las consideraciones de tipo bioético que se ponen sobre la mesa cuando se piensa en el proceso de envejecimiento tanto de individuos como de colectivo. Las lecturas e interpretaciones que se puedan hacer a esta consideración dependen de la teoría ética con la que se analice. Por ejemplo, pensar en la justicia distributiva respecto a los bienes y servicios para los viejos, bajo la mirada utilitarista tiene una clara definición. El utilitarismo es la teoría ética más sobresaliente basada en las consecuencias acepta, sólo como principio el principio de utilidad, este establece que deberíamos proceder siempre de la forma que permita obtener el máximo beneficio posible. De la misma forma el utilitarismo expresa que el mayor bien debe ser considerado en función del valor intrínseco total del acto⁽⁶⁵⁾.

Frecuentemente cuando se requiere hacer un análisis de la distribución de recursos referidos a los diferentes grupos poblacionales, los viejos resultan ser los menos favorecidos bajo las premisas del utilitarismo fundamentado en el principio de utilidad; invertir en una población cuyo ciclo de vida está por terminar, cuyas probabilidades de

64. *Ibid.* p. 3.

65. BEAUCHAMP, T y CHILDRESS, J. *Op. Cit.* p. 44.

curación cuando padecen alguna enfermedad son mínimas, simplemente no resultan rentables; brindar las opciones para quienes tengan la mejor posibilidad de surgir y producir, será en consecuencia el máximo beneficio posible para una sociedad.

Beauchamp y Childress precisamente hacen la crítica a la postura utilitarista frente a la justicia distributiva. Los autores consideran que cuando el utilitarismo permite que los intereses de la mayoría supediten los derechos de las minorías es inevitable evitar distribuciones sociales injustas⁽⁶⁶⁾, este fenómeno tiende a surgir en sociedades cuyas poblaciones de adultos mayores aún son minoritarias, pero cabe resaltar que el cambio sociodemográfico mundial que se está dando puede revertir esta posición. Como se puede observar, cuando una sociedad piensa en sentido utilitarista la atención para el adulto mayor, fácilmente puede estar vulnerando los derechos y la dignidad de los mismos, en este sentido se debe analizar concienzudamente cual es la mejor forma de garantizar condiciones de bienestar equitativas para una sociedad sin vulnerar derechos ni dignidad.

En Contraposición a los postulados utilitaristas, se plantean modelos o teorías que piensan la justicia distributiva en un sentido más equitativo e igualitario, tal como lo expone John Rawls en su bien reconocida "Teoría de la Justicia". A través de este planteamiento, el tema de la distribución justa de recursos en una sociedad, considera las posibilidades inclusive para los menos favorecidos y allí encontramos a la población adulta mayor en situación de vulnerabilidad. En este sentido Rawls establece que una sociedad no puede considerarse justa a menos que cumpla con el siguiente principio "Todos los valores sociales, libertad-oportunidad-ingresos y riqueza, así como las bases sociales y el respeto de sí mismo, habrán de ser distribuidos igualitariamente a menos que una distribución desigual de alguno o de todos estos valores redunde en una ventaja para todos especialmente para los más necesitados"⁽⁶⁷⁾.

Ahora bien, al tener claro que el análisis bioético en torno a la justa distribución de servicios en especial los de salud, debe enmarcarse en unos criterios éticos universales de equidad, existirán particularidades referidas al caso de la mayor demanda de estos servicios asistenciales para la población gerente; al respecto Fernando Lolas expresa que "es inevitable que se presentan contrastes entre lo que es individualmente apropiado y lo que es grupalmente justo. Así, por ejemplo, la decisión de salvar la vida a toda costa —y a todo costo— puede parecer, en un análisis clínico-casuístico, como la única postura defendible.

Poblacionalmente, sin embargo, la suma de decisiones de ese tipo podría generar un impacto económico imposible de solventar. Por otra parte, no siempre "condenar

66. *Ibid.*, p. 50.

67. GRACIA D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. 1990. p. 10.

a la vida" es la mejor decisión, pues la vida a medias vivida tras medidas heroicas pudiera no ser la mejor para los que deben vivirla. La paradoja del éxito consiste en que es ambiguo. Una acción exitosa puede ser un fracaso mirada en perspectiva societaria si, en mirada abarcadora, termina siendo injusta⁶⁸.

Para concluir, se podría decir que hay muchas otras consideraciones que desde la bioética se pueden exponer alrededor del tema del envejecimiento, pero los descritos anteriormente permiten conectar lo plasmado desde el planteamiento del dimensionamiento ontológico del cuerpo envejeciente. Sin embargo, en el planteamiento ético del envejecimiento, se debe concluir que este proceso debe ser analizado en el plano individual es decir desde la concepción del fenómeno desde la misma persona que envejece, como del proceso a escala colectiva y del cambio de la estructura etaria de la sociedad.

Si bien el análisis individual permite establecer las conductas esperadas del trato directo con las personas mayores, el abordaje colectivo tiene incidencia en otras esferas con un alto impacto para la sociedad, tales como la planeación en la distribución de recursos en forma equitativa que asegure el bienestar de jóvenes y viejos sin discriminación alguna y consecuente fomento de las luchas intergeneracionales, donde radican muchos de los conflictos éticos del fenómeno del envejecimiento humano.

9. Tercer capítulo: Presentación de la concepción de cuerpo envejeciente, a través de un estudio de caso

Tal como se planteó en el marco metodológico del presente proyecto, se contempló un fase inicial que corresponde a una revisión teórica de algunos de los elementos que pueden ilustrar la concepción del cuerpo en la historia, de la misma manera la concepción de cuerpo envejeciente a partir de un paradigma histórico moderno y una vez abarcada esa revisión, se procede a realizar una vinculación bioética tomando como referente las dimensiones ontológicas desde la filosofía Sartreana retomadas por Escobar en su libro dimensiones ontológicas del cuerpo.

En este segmento se contextualizaran los aspectos teóricos abarcados a través de la metodología de la investigación cualitativa de tipo etnográfico. La técnica escogida para el obtención y registro de la información que me permitirá contrastar dichos aspectos teóricos, es la entrevista a profundidad (o no estructurada) esta se define como una técnica donde el entrevistador que desea obtener información sobre

68. LOLAS. F. Op. Cit. p. 4.

determinado problema, a partir de este establece una lista de temas , en relación con los que focaliza la entrevista, quedando está a libre discreción del entrevistador quien podrá sondear razones y motivos, ayudar a establecer determinado factor , pero si sujetarse a una estructura formalizada de antemano⁽⁶⁹⁾.

Así, dichos elementos tomados de la entrevista serán presentados como un estudio de caso que posteriormente será sometido a un análisis de dominios como estrategia o metodología para la interpretación del fenómeno a estudiar, en este caso la concepción de cuerpo envejeciente y las consideraciones bioéticas suscitadas a partir de dicha concepción. Para ilustrar un poco la metodología a utilizar, se presentarán algunas definiciones de lo que se considera el análisis de dominios, tomado del texto metodología de la investigación cualitativa⁽⁷⁰⁾.

9.1 Análisis de dominios

Para Spradley, un dominio es una categoría de significados culturales que incluye otras subcategorías. Todos los elementos incluidos en una categoría, tendrán algún rasgo de significado común. Descubrir los dominios de una cultura es el primero de los objetivos del análisis en la investigación etnográfica.

La estructura de un dominio se caracteriza por una serie de elementos. El primer término es el término inclusivo, o nombre que asignamos a una categoría de significados culturales. Cada término inclusivo, conlleva al menos dos términos incluidos, que corresponden a las categorías de menor rango incluidas dentro de un dominio. El tercer elemento característico de todo dominio es una relación semántica simple que une a un término inclusivo con todos los términos incluidos⁽⁷¹⁾.

Para el análisis entonces se tomaran una serie de términos que se determinan como incluidos y otros como inclusivos, para lo cual se toma la plantilla propuesta por Spradley

Tabla 1. Plantilla propuesta por Spradley para el análisis de dominios

Relación Semántica: Inclusión Estricta

Formato: x es un tipo de y

Ejemplo: Sobrepeso es un tipo de Cambio Corporal del Envejecimiento

69. RODRIGUEZ, G; GIL, J y GARCIA, E. Op. Cit. p. 168.

70. *Ibid.* p. 225.

71. *Ibid.* p. 225.

Términos incluidos	Es un tipo de	Termino Inclusivo

Spradley afirma que existe un número limitado de relaciones semánticas universales que están presentes en todas las culturas. Así como otras que son particulares en un contexto estudiado que se pueden observar en el siguiente cuadro.

Tabla 2. Relaciones semánticas Universales

RELACION	FORMATO
Inclusión Estricta	X es una clase de y
Espacial	X es un lugar de y
	X es una parte de y
Causa Efecto	X es una causa de y
	X es un efecto de y
Razón	X es una razón para hacer y
Lugar para actual	X es un lugar para hacer y
Función	X es usado para y
Medio fin	X es una vía para y
Secuencia	X es un paso de y
Atribución	X es un atributo de y

Fuente: Rodríguez (1996) Metodología Cualitativa

El análisis de dominio es un proceso de identificación de tendencias, patrones, y elementos discursivos que para el caso permite organizar los datos arrojados de la entrevista bajo categorías de significado cultural por medio del hallazgo de relaciones semánticas entre los elementos de las situaciones sociales.

Luego de establecer las relaciones semánticas, se establecerá una lista de los dominios, según los temas. Una vez establecidos los dominios, se procederá a hacer la conexión semántica con cada uno de los términos incluidos con el objetivo de identificar categorías culturales presentes en el contexto estudiado y obtener una descripción general del mismo.

Una vez exhibido el marco conceptual de lo que es un análisis de dominio, se presentará el desarrollo de esta metodología aplicada a la entrevista realizada a una mujer de 57 años de edad, procedente de la ciudad de Tunja, casada con tres hijos, dos varones y una niña. La mujer entrevistada es química farmacéutica de profesión y durante 30 años trabajó en el sector salud, hoy en día disfruta de su pensión y se

dedica a las labores domésticas y al cuidado de su hija pequeña. En su tiempo libre participa en un grupo de actividad física para personas adultos mayores.

Los resultados del análisis de dicha entrevista se constituyen en el estudio de caso a presentar.

Como aspectos que denotan el proceso de la obtención de la información a analizar, se registra la selección al azar de una persona adulta mayor o en este caso persona en franco proceso de envejecimiento, este último considerado como criterio de inclusión del presente estudio, dado que esta condición permite identificar más fácilmente la percepción de envejecimiento. La entrevistadora diseñó previamente un guión para orientar la conversación de tal forma que se realizó una entrevista a profundidad. La entrevista se realizó en un sitio aislado de interferencias, con una duración de 45 minutos, posteriormente grabada en cinta magnética, con la respectiva transcripción literal de las intervenciones tanto de entrevistador como del entrevistado, de la cual se pudo obtener el material que se presenta continuación a través del análisis de dominios.

9.2 Sistema conceptual

A partir de la definición de los siguientes elementos se establecerán los dominios para el análisis, así mismo enfocaran el objeto de estudio a tratar.

A lo largo de toda la revisión teórica y en la misma entrevista, se destacan dos conceptos importantes como son el proceso de envejecimiento y el cuerpo envejeciente, siendo el primero el marco de referencia para el segundo dado que la estructura que atraviesa dicho proceso es el cuerpo en todas sus dimensiones, tanto biológicas, sociales, culturales, éticas, demográficas entre otras.

9.2.1 Envejecimiento

El envejecimiento, desde el punto de vista biológico se define como un proceso que está generalmente asociado a una disminución en la eficiencia del funcionamiento orgánico, y que lleva más tarde, o más temprano, a la muerte⁽⁷²⁾. También se puede decir que el envejecimiento es un proceso gradual y multidimensional. Por otro lado puede ser considerado, como una serie de estadios que se organizan en torno a ciertas características de orden físico, psicológico, social y material⁽⁷³⁾.

72. ZETINA, M. Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*. México: Universidad Autónoma del Estado de México, 1999. p. 28.

73. GUTIÉRREZ, L. El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Papeles de Población*. México: Universidad Autónoma del Estado de México, 1999. p. 125.

Como se observa el envejecimiento como proceso corporal humano abarca múltiples dimensiones, que dado su carácter de deterioro y disminución hacen que una mayoría de estas definiciones giren en torno a un modelo deficitario. Estos modelos son coherentes con lo que se ha venido planteando como una concepción moderna, que a partir del desarrollo de las ciencias biomédicas han explicado el fenómeno como un hecho fisiológico pero también patológico, lo que consecuentemente lleva a pensar en las consideraciones bioéticas generadas de este tipo de concepción.

9.2.2 Cuerpo envejeciente

Hablar de una única definición de cuerpo podría ser una tarea ambiciosa, teniendo en cuenta las múltiples dimensiones y enfoques desde los que se podría abordar; sin embargo, para el objeto de análisis, la concepción de cuerpo envejeciente está ligada al proceso de envejecimiento y desde las dimensiones ontológicas planteadas en el capítulo dos de este documento.

En este sentido, el cuerpo envejeciente es el objeto conocido por el otro y que a la vez es conocido, por nosotros mismos cuando los otros nos ven y reconocen nuestros cambios tanto físicos como psicológicos y sociales. En esta misma conceptualización tenemos el cuerpo para sí es decir la facticidad de la que habla Paul Valery "el ser humano como facticidad es íntegramente cuerpo e íntegramente conciencia, como una sola unidad inseparable.

La conciencia es conciencia de existir; es principio de unificación de identidad de las múltiples experiencias en las que me conozco y el yo el todo coherente de esas experiencias; gracias a ese yo el mundo no se desvanece; es un yo que se da en la reflexión, en una actitud que me lleva a tomar conciencia de mi existencia, cuando la conciencia se toma a sí misma como objeto de reflexión que se observa a sí misma como observando el mundo. La facticidad no es negación de la existencia, es la forma primigenia de la existencia⁷⁴). A partir de esta concepción del cuerpo para sí reconocemos nuestro proceso de envejecimiento a partir de un ejercicio íntimo y reflexivo.

Una vez presentado el marco conceptual a partir del cual se realizará el análisis de dominios de la entrevista desarrollada, se presenta la ficha general para este análisis.

74. VALERY, P. Reflexiones simples sobre el cuerpo. Madrid: Editorial Taurus, 1991. p. 398.

Tabla 3. Ficha general

TÉRMINO INCLUSIVO	CUERPO ENVEJECIENTE /ENVEJECIMIENTO
TÉRMINOS INCLUIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Enfermedad • Disminución de la Productividad • Disminución de la Capacidad • Cambios Físicos • Exclusión • Aislamiento • Desconsideración • Obligación • Dependencia • Paternalismo
RELACIÓN SEMÁNTICA	Efecto causa / Atributo de DOMINIOS
DOMINIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia y Percepción de que se está envejeciendo (mi cuerpo que envejece) • Mi cuerpo envejeciente para el otro (relaciones con los otros)
HIPÓTESIS	Las personas reconocen su propio proceso de envejecimiento en su cuerpo y en su relación con los demás, producto de este afrontamiento y de sus relaciones con los otros pueden surgir conflictos que suscitan consideraciones de tipo bioético.

Tabla 4. DOMINIO: Conciencia y Percepción de que se está envejeciendo

RELACIÓN SEMÁNTICA:

TÉRMINOS		
Edad	ES UN ATRIBUTO DE	Conciencia y percepción de que se está envejeciendo (mi cuerpo que envejece)
Enfermedad		
Disminución de la Capacidad		
Disminución de la Productividad		

En este primer dominio se muestra la concepción moderna del cuerpo envejeciente, donde el envejecimiento ha sido casi que reducido a la dimensión biológica, los signos del deterioro físico que hacen caer en cuenta de que se está atravesando por un proceso, que si bien surge desde que se nace, no es perceptible sino hasta cuando se presentan cambios corporales perceptibles por nosotros mismos y por los otros.

Al respecto Le Breton afirma que “El Envejecimiento, como termino occidental, marca la progresiva reducción del cuerpo, una especie de vasallaje a una dualidad que opone sujeto y cuerpo que lo hace bajo la dependencia de éste último. La enfermedad, el dolor, son otros ejemplos, pero provisorios de la dualidad inherente a la condición del hombre, pero el envejecimiento está asociado a una dualidad definitiva. En la percepción social, el adulto mayor se ve reducido al cuerpo que lo abandona poco a poco”. En las siguientes expresiones de la persona entrevistada se puede ver como ella empieza a percibir que está envejeciendo, casi todos conceptos surgen desde el plano físico corporal

S.II: “a los 40 años que ya empecé a ver que la el azúcar algún día se subió”

SII: “que la vesícula fallo, tuvieron que hacerme una cirugía posteriormente.... yo he tenido problemas de visión tenía problemas, tuvieron ya que hacerme trasplantes de córnea”

SII: “y ya las rodillas que empezaba a bajar las escaleras y que y me empezaban a doler las rodillas y como llevaba uno siempre en ese trabajo dedicada a.. yo me considero una persona adicta al trabajo entonces mucho tiempo trabajando trasnochando y que y entonces no tenía eso como le digo ya me empezaron a doler ya las rodillas a cansarme a no ser tan capaz de hacer las cosas”

SII: “el que el aumento de peso y en el cuerpo celulitis arrugas”

SII: “los senos caídos”

En este discurso también se nota el componente relacionado con la capacidad y la productividad, elementos ligados también a la concepción de un envejecimiento desde el plano funcional y de productividad en términos de rendimiento, aquí se anotan otras expresiones relacionadas con esta categoría:

SII: “si yo soy consciente que ya mi vida productiva paso y más que yo tengo, estoy en tratamiento de una enfermedad, entonces pienso que pues que pensé retirarme y seguir trabajando y esas cosas pero fueron dos cosas primero la atención a mi hija más la enfermedad que ha hecho que me dedique más a mi familia”

SII: “y que ya se da uno cuenta que no pues eee?? digamos trepar una montaña igual que cuando lo hacía anteriormente porque yo tenía una vida deportiva al lado de mis hijos bastante”

La edad por si misma también se constituye en un factor determinante para la afirmación del proceso de envejecimiento. El hecho de determinar rangos de edad para categorizar la etapa de la vida en que nos encontramos, marca un criterio importante para ese reconocimiento, este aspecto tiene un alto impacto social, cultural y económico. A través del criterio de la edad se establece el retiro de la sociedad productiva, la obtención de una pensión, el derecho a un seguro, la obtención de un crédito y así se podrían enunciar muchas situaciones de la vida donde la edad se puede convertir en una marca tanto en el sentido de la favorabilidad como de la adversidad de este proceso. Muchas son las clasificaciones para determinar la edad en la que se considera el inicio de la vejez y por lo tanto de la realidad y la concientización de que se está envejeciendo. Los siguientes son los criterios establecidos por De Nicola citado por Zetina, para la caracterización de la vejez por rangos de edad: De los 45 a 50 años como etapa de pre vejez, posteriormente el rango de 50 a 72 como senectud gradual, de 72 a 89 como vejez declarada y de 90 y más como grandes viejos o longevos⁽⁷⁵⁾.

En el relato de la entrevistada se puede confirmar el concepto que se tiene de la edad como referente de la concientización de que se está envejeciendo, las respuestas corresponden a la pregunta de, ¿cuál es la edad que se considera para ser adulto mayor?, aunque la entrevistada hace aquí una aclaración y muestra lo subjetivo que puede ser la definición de un rango de edad para considerarse viejo.

SII: “pues de acuerdo a lo que yo he leído va desde 60 años”

SII: “pero todo depende de cada persona”

SII: “porque prácticamente si uno ha estado más enfermo de pronto, cual sus actividades sus cualidades físicas se van a disminuir más con... digamos más prematuramente y de acuerdo a lo que cada uno sea hay personas que dicen que son viejos de 20 años”

De la misma manera cuando se le pregunta ¿cuándo empieza a ser consciente de que comienza a envejecer? inmediatamente se evidencia una asociación a una edad específica

SII: “a los 40 años”

SII: “empezaron las enfermedades”

75. ZETINA, M. Op. Cit. p. 27.

Tabla 5 DOMINIO: Mi cuerpo envejeciente para el otro (relaciones con los otros)

RELACIÓN SEMÁNTICA:

TÉRMINOS		
Exclusión	<i>ES UN EFECTO DE</i>	Mi condición de cuerpo envejeciente, para el otro.
Aislamiento		
Desconsideración		
Obligación		
Paternalismo		

El segundo dominio que se presenta para este análisis muestra, la concepción de cuerpo envejeciente para el otro, el otro representado en la familia, en el personal de salud y la sociedad en general, los términos incluidos a partir de la entrevista, muestran más el sentido de adversidad en las relaciones del sujeto que envejece, con el otro, lo que consecuentemente incide en la percepción propia del proceso de envejecimiento; aquí se conjuga la dimensión ontológica propuesta como existo (mi cuerpo envejeciente) para mí, como conocido por otro a título de cuerpo, expresa que “en tanto que yo para otro, el otro se me devela como el sujeto para el cual soy objeto. Esta es mi relación fundamental con el prójimo. Basta que el prójimo me mire para constituirme en lo que soy: pero ese ser, lo que soy, no es para mí mismo, pues sólo soy en tanto que soy captado en la mirada del otro, y así, soy siempre conciencia para el otro. El prójimo es por principio aquél que me mira, el sentimiento de vergüenza o de orgullo me revelan la mirada del prójimo, me hacen vivir la situación del mirado y mi desprotección ante el otro y el mundo. A través del prójimo gano mi objetividad, pero ese prójimo es ese yo mismo del que nada me espera, excepto su libertad⁷⁶).

Es quizá en el análisis de este dominio donde se observan los conflictos que se pueden generar en esa relación de las personas mayores (en quienes se evidencia más claramente el proceso de envejecimiento) con los otros, tristemente esta realidad se ve reflejada en la relación con la familia, los hijos y en forma preocupante con el personal de la salud y la sociedad. Las consideraciones bioéticas alrededor del fenómeno del envejecimiento están dadas más en este sentido. Por un lado el trato paternalista (en sentido fuerte) del personal choca con el principio de autonomía y respeto por la dignidad de la persona mayor, de la misma manera se evidencian conflictos intergeneracionales que llevan a repensar el trato de las personas mayores y en la concientización y educación a las generaciones más jóvenes sobre lo inminente

76. SARTRE, J. La trascendencia del ego. Capítulo. III. Segunda Parte, Barcelona: Editorial Addison-Wesley, 1995.

del proceso de envejecimiento y sobre la reciprocidad y gratitud con los adultos mayores.

A continuación se presentan apartes de la entrevista que dejan entrever ese tipo de relaciones de la persona que envejece con los otros. Este fragmento muestra por ejemplo, como la mirada de otro permite reconocer mi condición de cuerpo envejeciente, y como esta puede verse en positivo por el efecto que tiene sobre la persona y las conductas que puede adoptar para mejorar su condición.

SII: “me preocupó también un odontólogo me dijo que yo estaba muy gibada, que me había dejado gibar que yo no estaba tan vieja para estar tan gibada y dije de pronto puedo sino ser la misma persona derecha no agacharme tanto y fue desde que estoy en el club de la nueva vida que dije, pero hoy vamos a ser derechas a acabar esas gibas porque eso hace que se vea uno como triste como acabado”

También pueden presentarse conceptos en negativo desde la mirada del otro que marcan esas relaciones y la concepción propia del envejecimiento; en este caso la entrevistada, hace referencia sobre las acciones que adopta para cuidarse y mantenerse activa, mediante la participación en el programa de actividad física para el adulto mayor, expresando un comentario referido desde la mirada de los otros.

SII: “si, yo trato de mantenerme bien y también la parte de que .. y en mí como mujer pienso que a veces los hombres y otras personas le van diciendo para ofenderlo ciertos defectos que de pronto uno no tiene, que como se le ocurre ya ir a hacer esas cosas que ¡como es de absurdo! que solo a uno se le ocurre en ¡que! qué? cabeza cabe?, es una frase que me parece terrible y resulta que uno tiene que mentalizarse de que uno es inteligente y que uno es capaz y así mismo medir fuerzas hasta donde es capaz porque tampoco va a poder uno alzar cosas pesadas ya porque sabe que los huesos no son tan fuertes a medida de sus capacidades pues hacer las cosas a medida de la edad pienso yo”

Otro de los elementos que se percibe en la concepción de cuerpo envejeciente para el otro y que se expresa en los términos incluidos, es la exclusión y el aislamiento, que muestra una de las realidades más preocupantes frente al proceso de envejecer, y es el hecho de sentirse excluido. Uno de los escenarios donde las personas mayores viven esta situación es el ámbito familiar, de tal forma que el modelo de familia en el que vive la persona mayor se constituye en un elemento fundamental para vivir el envejecimiento. De acuerdo a lo propuesto por Zetina, cuando hace una clasificación del enfoque socio familiar del envejecimiento, se pueden observar varios modelos que permiten analizar las relaciones de las personas mayores con sus congéneres, uno de estos modelos es el de la familia nuclear, “modelo basado en la relación de pareja,

donde los hijos se separan al llegar a determinada edad –en especial cuando conforman otra familia–, donde el adulto mayor no tiene un lugar preferente, una vez casados, los hijos, suelen abandonar a los padres. Prevalciendo los valores de autonomía que ellos mismos transmitieron, por ello, se considera natural que los viejos vivan solos-incluso en la viudez, o con algún hermano soltero o separado. Es posible que se pueda presentar la inseguridad y el sentimiento de estar desprovistos del apoyo familiar.

La familia nuclear tiene la ventaja de adquirir autonomía y libertad, pero experimenta la desventaja del asilamiento y la atomización sobre todo en el contexto urbano. Esto hace que las unidades domésticas se separen de las demás generaciones, el modelo nuclear resulta problemático para las personas adultas una vez que sus familias se han desintegrado. Las perspectivas para la vejez en esta unidad resultan un tanto críticas y sin aspiraciones. Los adultos sienten que estorban y que desentonan en el clima familiar de esposos e hijos⁽⁷⁷⁾.

A continuación se muestra el reflejo de esta situación en la entrevista realizada, cuando se indaga sobre los aspectos que considera como negativos de envejecer.

SII: “pues muchas veces uno se siente como ya rechazado como que ya para otras para algunas cosas cada cual va a hacer su vida y ee le aplicamos los hijos que se casan y pues yo que tengo es varones entonces ya entra uno a competir de pronto la competencia con la nuera y entonces ella a mí me ha pasado me parece que son como celosas y quieren pues hacer su vida y cualquier cosa que vaya uno a decirles les parece que es intromisión y que está muy mal hecho y de pronto hay un cambio generacional deben tener sus razones pero no aceptan esto la la mamá del esposo como alguien importante, de pronto uno tampoco lo hizo pero como una persona que los quiere que es la única persona que los va a ayudar y que se preocupa y que si cualquier cosa uno dice es porque se preocupa y que de pronto que los errores que uno cometió no se repitan por ejemplo mmm tener la casa que es importantísimo para mí porque es lo primero que uno debe tener pero de pronto esos no son los deseos de las otras personas las prioridades de ellos entonces piensan que uno tiene que respetar entonces a medida de que uno quiere respetarles se siente aislado”

SI: “se siente aislado”

SII: “sí, del núcleo de la familia”

SII: “del núcleo de la familia porque ya es otra familia que van hacia la familia de ellos y entonces lo van van aislando”

77. ZETINA, M. Op. Cit. p. 36.

SII: “Yo analizo y me he puesto a ver de muchas personas alrededor de aquí del barrio que siguen como con una obligación con los hijos, pero veo que al revés de los hijos no hay obligación con los padres, entonces e muchas personas tristes muchas personas que hay, que la vida se acabó porque uno gira alrededor de los hijos y se van los hijos y entonces ya queda solo. Si... entonces pienso yo a veces que debería haber como un Kinder de adultos”

SII: “uno ir nuevamente a que a recordar las cosas a hacer otras actividades a a ver que es uno la persona ya que está sola y tiene que salir adelante y que y más respeto ya incluso de la familia”

SII: “porque como le dije de la enfermedad uno a varias partes y y ya no hay quien lo acompañe que un niño el hijo cuando usted tiene sus hijos le dan permiso en su trabajo para ir a ver su hijo pero los padres mmm les toca irse solos y entonces uno ya ha perdido la memoria que es algo difícil y para uno y es un sufrimiento para uno a veces que no se acuerde de las cosas y que ni use las palabras adecuadas y entonces ya los hijos hay!!! Mama pero es que usted si es siempre o en las partes que va ummm! Busque a ver alguien que venga y le diga las cosas aquí bien porque usted no sabe o tráigalas apuntadas o alguna cosas, (pero con algo) de viejos cansones no?”

SII: “entonces esa está cambiando creo actualmente, pero todavía al adulto se le maneja muy desconsideradamente”

Como se evidencia en el discurso donde se resalta como aspecto negativo del envejecer, la desvinculación del núcleo familiar primario. La familia se puede considerar como el eje de relación con el otro, desde un análisis de la dimensión ontológica de la relación con el otro, porque es de esta que se espera la comprensión y el reflejo positivo de envejecer, pero como se observa es difícil establecer ese tipo de conexión positiva en los modelos familiares actuales aumentando así las brechas intergeneracionales.

Continuando con el análisis, se pasa a un punto importante a considerar desde la bioética, el de las relaciones de las personas envejecientes con el personal de salud, hecho que se presenta como conflictivo, precisamente por considerar a la persona mayor como vulnerable y disminuida en su capacidad y autonomía. Esta concepción está fuertemente arraigada y se refleja en un llamado “paternalismo fuerte”. En este sentido la bioética debe procurar la reivindicación del adulto mayor como agentes autónomos. En el siguiente fragmento de la entrevista se deja entrever algo de esa actitud paternalista del personal de salud frente al adulto mayor y se muestra también un sentido de anulación de la condición misma de estas personas.

SII: “pues a veces de y son comentarios que he oído que dicen ah! Cuántos años tiene y lo viví con mi madre, 84 ah! Eso ya está muy vieja si? Y entonces ve uno que ya no se le no se le dedican porque la persona ya está para morirse y que ya como que no vale la pena ni ni gastar y esto los medicamentos algodones en esa persona”.

SII: “llegue a una ecografía y tenía los zapatos embarrados y yo no sabía si subirme con zapatos o sin zapatos y dudé y llega el médico que era no era el de planta sino el que estaba pendiente y me dice señora “puye el burro” porque no tenemos todo el tiempo si? Yo esto lo cuento como muy jocosamente pero me dijo mi hijo que es médico me decía el colmo porque yo a mis pacientes los trato muy bien y a mi madre cada vez que va la tratan muy mal pues me tratan mal porque sobretodo esa parte de los de ecografías y la parte de radiología”.

SI: “Pero entonces ya o es como asco o es como yo no sé qué sienten fastidio y entonces uno está muy inseguro para...”

SII: “y a veces ni le explican porque dicen eso tan viejo ya no entiende”.

SII: “no entiende exacto o sea que ellos como que asumen el papel si todo lo indican y uno simplemente en la forma en que recibe las ordenes”.

SII: “a veces que entre solo y resulta que uno para desamarrarse los zapatos pues (risa) entonces lo dejan ahí solo y que y es peligroso muchas personas se han caído se han caído”.

Se percibe en estos discursos la falta de conexión y reconocimiento de la persona mayor como interlocutor válido y agente autónomo, se asumen los procedimientos médicos sin considerar el consentimiento de la persona no se establece un diálogo válido que provea confianza. Onora O’neill en su libro *Autonomía y Confianza*, precisamente habla de este aspecto, al involucrar el término confianza vinculándolo al discurso de la Autonomía en sentido recíproco, resalta el papel del médico y en general del personal de salud, quienes deben proveer credibilidad y respeto para ganar la confianza de sus paciente; aunque O’neill es enfática en aclarar que esta es una cuestión difícil porque no siempre la confiabilidad y la credibilidad son suficientes para otorgar confianza y más en una sociedad en riesgo como también ella misma la ha designado⁽⁷⁸⁾ esta es una consideración importante al establecer las relaciones entre personal médico y los adultos mayores.

78. O’NEILL, O. *Autonomy and trust in Bioethics*. En: *Gaining autonomy and losing trust*. United Kingdom: Editorial Cambridge University Press, 2002. pp. 1 - 27.

Continuando en la misma línea de la consideración de la autonomía en el adulto mayor, durante la entrevista, el discurso muestra como es entendida de una manera más amplia, no la liga al caso de la toma de decisiones en salud, se enfoca más hacia la autonomía de tipo económico; concepto interesante para el análisis, porque en este caso se ve que la independencia económica marca mucho el sentido de autonomía para la persona mayor. Lo anterior se evidencia en las siguientes expresiones.

SI: “pues afortunadamente yo tengo afortunadamente yo tengo dinero mi pensión y entonces esa parte de tener el dinero lo hace ser a uno autónomo y el cuestionarse uno para no dejarse quitar su autonomía entonces en este momento yo tengo mi casa tengo mi esposo y mi hija y pues las cosas las he analizado y a veces tratan los hijos de estar diciendo que uno no tiene razón las cosas que uno dice pero no. pienso que yo tengo mi autonomía”.

SII: exacto pero es por lo que tengo independencia económica.

SI: si no la tuviera como sería la situación?

SII: terrible.

Como puntos concluyentes luego de presentar este análisis a partir del discurso de una Persona que atraviesa por un franco proceso de envejecimiento tanto en el plano Biológico como Social, se pueden distinguir situaciones que se pueden presentar en algún momento conflictivas desde el análisis bioético.

Uno muy importante es el aspecto relacionado con la Autonomía, que para el caso de la persona entrevistada está claro que va más allá de la capacidad de realizar actividades de la vida diaria o del rendimiento desde el plano físico u orgánico. Aquí la autonomía trasciende, en el sentido de contar con esa capacidad de autogobierno para la toma de decisiones y no solo desde el ámbito de la atención en salud sino desde la integralidad del ser.

Hemos visto que envejecer no debe mermar “en lo posible” esta esfera. Reconocer el principio de respeto a la autonomía en el adulto mayor nos sugiere, asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales⁽⁷⁹⁾, aquí se resalta el valor de la historia de vida de la persona, de la dimensión biográfica de la misma.

79. BEAUCHAMP, T y CHILDRESS, J. Op. Cit. p. 117.

Como se puede leer en el discurso de esta mujer, ella resalta esa condición de autonomía basada en su propia historia de vida, donde se considera afortunada por haber podido lograr una carrera universitaria que le otorgó independencia económica de la cual aún goza a través de la pensión conseguida por todos sus años de trabajo, sin embargo en otras líneas de la conversación se deja entrever que a pesar de esa independencia y autonomía, la sociedad y en primera instancia representada en su familia se encuentran momentos en los que se ve restringida, la pregunta es el porqué de esta interpretación; a pesar de gozar de condiciones físicas, psicológicas y económicas para ser una persona en pleno ejercicio de su autonomía, parece ser que el solo hecho de envejecer empieza a constituirse en una limitación para el pleno ejercicio de la misma y no por la condición propia de individuo sino por el entorno. Desde la autonomía de la persona se reconoce la dignidad, es decir el respeto al que se hace acreedor todo ser humano. La población es digna en sí misma, no por su utilidad, ni por su capacidad, ni por su productividad, ni por la percepción de los demás⁽⁸⁰⁾.

Sin duda otro de los elementos plasmados en el análisis desde la experiencia de vida de esta mujer y que se presenta como conflictivo desde la Bioética, es el de las relaciones con el otro, el otro concebido aquí como la Familia, el Personal de Salud, la sociedad en sí. Es preocupante ver como en el discurso de esta persona se ven plasmados el imaginario cultural adverso y las representaciones sociales discriminatorias del envejecimiento y la vejez, cuando ella menciona el trato que le otorga el personal médico, o cuando la familia inclusive le recrimina el hecho de que se vincule a actividades de ocupación del tiempo libre, o no se le tienen en cuenta sus opiniones.

En ese momento es cuando debemos pensar éticamente el tema de las relaciones intergeneracionales, las cuales se deben basar en el tema de los derechos y las obligaciones inspirados en las teorías éticas Kantianas que así mismo nos recuerdan que el ser humano constituye en sí mismo un fin y no un medio. En esa misma línea se invita al personal médico a replantear su forma de dirigirse a las personas mayores, reconociéndoles como interlocutores válidos para entablar diálogos fluidos teniendo de presente la dignidad que le otorga no solo la edad sino su condición de agentes morales autónomos.

Para contextualizar un poco este aspecto a la realidad nacional, vale la pena mencionar que la Política Pública Nacional de envejecimiento y vejez formulada para Colombia en el año 2007, contempla como unos de sus principios la Solidaridad intergeneracional. Esta hace referencia al apoyo que se da entre las generaciones con el propósito de protegerse entre sí, grupos de la población. Así mismo expresa que

80. ARANGO, V. Dilemas Éticos en la enfermedad de Alzheimer. Tesis conducente a la obtención del título de magíster en Bioética. Bogotá: Universidad El Bosque, Departamento de Bioética, 2007. p. 32.

esta, se mueve en el espacio de la justicia social y exige reciprocidad. Promueve las interrelaciones entre adultos, jóvenes, niños, favoreciendo un trato digno, respetuoso, y una imagen positiva de la vejez. Es la determinación firme y perseverante de empeñarse por el bien de todos y de cada uno, para que todos seamos responsables de todos⁽⁸¹⁾.

Es importante resaltar que Colombia al formular una política pública de vejez y envejecimiento está pensando en sentido ético este fenómeno social que está cobrando una dimensión especial lo que nos debe comprometer como sociedad a enfrentar esta realidad.

Finalmente se puede establecer en los dominios analizados, que las dimensiones biológicas y sociales del proceso de envejecimiento y del cuerpo envejeciente se constituyen en los ejes sobre los cuales la sociedad, representada en los discursos de las diferentes disciplinas, se deben forjar acciones para proveer condiciones para un envejecimiento digno como condición humana que es. La bioética se constituye como una voz activa en esta declaración, dado su carácter de disciplina ligada a la vida.

10. Conclusiones

El Envejecimiento es un tema amplio de abarcar, dadas las múltiples miradas que se le pueden dar desde las diferentes disciplinas. La bioética ha aportado a este tema, desde muchas perspectivas, tradicionalmente lo ha hecho desde áreas específicas como los dilemas éticos al final de la vida, los cuidados paliativos, las voluntades anticipadas y muchos otros aspectos que tocan criterios clínicos referidos a la ética médica en torno a la vejez.

Pero es importante considerar una mirada bioética integral e interdisciplinaria, para el tratamiento de diferentes temáticas entre ellas el envejecimiento, el cual se puede analizar desde diferentes aristas, como las culturales, sociales, políticas, antropológicas, fenomenológicas entre muchas otras. Precisamente, con el abordaje hecho en este trabajo, se realiza un aporte al analizar el envejecimiento desde una perspectiva integral que tomó como base las dimensiones ontológicas del cuerpo; donde el cuerpo envejeciente es visto en su integralidad y su facticidad en el mundo, su relación consigo mismo y con el otro; es ahí donde radica el valor del análisis realizado y del cual se establecen puntos concluyentes pero a la vez abiertos que me permitirán continuar trabajando en el tema de la bioética y su relación con el envejecimiento.

81. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, República de Colombia. Política nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019. Versión validada y concertada por los actores involucrados. Bogotá: 2007. p. 18.

Como primera conclusión de este análisis, se puede establecer que la condición del cuerpo envejeciente en lo que se ha considerado como la modernidad, cobra gran relevancia; retomando lo escrito por David Le Breton en su propuesta Antropología del cuerpo y la Modernidad, el envejecimiento y la representación social de la persona adulta mayor, revelan la condición moderna del cuerpo; este es un aspecto muy crítico, porque la reducción a una concepción biológica y corporal del envejecimiento conllevan a una serie de interpretaciones más hacia el sentido de la desfavorabilidad de un proceso natural.

Lo anterior afecta la interiorización que el sujeto hace del juicio social respecto de los atributos físicos que lo caracterizan, en este caso los que resaltan los cambios corporales del envejecimiento, haciendo que la persona se apropie de un juicio que marca con su impronta la imagen que se hace del cuerpo y su autoestima; de la misma manera, se registra el valor que hace el otro de ese cuerpo que percibe y que obliga al sujeto a verse desde un óptica más o menos favorable, sin embargo, en la condición de cuerpo envejeciente esta imagen está marcada por un signo negativo, lo que indudablemente afecta las relaciones con el otro. Esta realidad se ve plasmada en muchas situaciones donde la persona mayor sólo por su condición corporal "no favorable" para los ojos de una sociedad moderna se ve relegada y restringida.

A partir de esta tesis es que se plantean las consideraciones bioéticas en torno a esa concepción moderna del cuerpo y su proceso de envejecimiento. En este orden de ideas se puede apoyar este planteamiento desde elementos discursivos de autores que establecen la existencia de una filosofía del cuerpo y la bioética, tal como lo plantea Francisco Parenti en su artículo titulado "Bioética, Derechos Humanos y Filosofía del Cuerpo", en él expone esta concepción de la cultura del cuerpo que actualmente en la sociedad se presenta de diversas formas, entre estas , el interés por el cuerpo que se pone de manifiesto en la pasión por el deporte, en la valoración de la sexualidad, en el cuidado de la salud, en el desarrollo de la cosmética, en la proliferación de los planes dietéticos, en el ejercicio físico entre otros.

De esta forma se propone una recuperación de la corporalidad como coextensiva a la vida⁽⁸²⁾, en contra de ese dualismo cuerpo mente que ha marcado todo el pensamiento occidental y del cual las ciencias biomédicas han tomado como referente para el desarrollo de sus propias técnicas y tecnologías. Este autor propone la urgente construcción de una teoría integral del cuerpo humano como fundamento de la bioética y de los derechos humanos, una nueva visión antropológica de hombre como cuerpo viviente que se desarrolle sin dar la espalda al ser humano concreto, histórico situado, como cuerpo que piensa, que es fuente de necesidades y deseos y

82. PARENTI, F. Op. Cit. p. 338.

de motivaciones morales contradictorias⁽⁸³⁾. Estos conceptos son válidos a la hora de exponer la condición bioética del cuerpo envejeciente, visto desde una corporalidad biosocial que está sociológica y ecológicamente insertado en un contexto determinado, nuevamente citando a Parenti, esta corporalidad abarca el cuerpo envejeciente como una estructura experiencial vivida, tal como Merleau Ponty lo expresa al invitarnos a que veamos el cuerpo no solo como estructura física sino también como estructura vivida y experiencial⁽⁸⁴⁾, que para nuestro análisis en torno al cuerpo envejeciente podríamos llamar historia de vida o constructo biográfico.

Otra de las conclusiones que se puede establecer de este análisis y a partir de la interpretación del discurso de la mujer entrevistada, es la relación de la persona que envejece con el otro, en este caso referido al personal de ciencias de la salud. Aquí se debe resaltar el trabajo de concientización de este personal, en su relación con las personas mayores, para que reconozcan en ellos a agentes autónomos e interlocutores válidos con los cuales se debe tener respeto y consideración sin importar los cambios en su capacidad o en sus rendimientos. Este aspecto es fundamental desde la mirada de la bioética y en sentido estricto del principialismo bioético que tiene como principio cardinal la autonomía, expresa ésta en la posibilidad de hacer parte de la toma de decisiones respecto a su proceso de salud-enfermedad considerando entre otras el consentimiento informado.

De la misma forma, se plantea en estas relaciones adulto mayor-personal de salud, la actitud benéfica hacia a ellas; esta cuestión puede ser compleja dado que en ocasiones es difícil establecer qué tanto bien se puede hacer sin un marco claro en torno a las necesidades que pueden tener las personas mayores; este es uno de los grandes errores que se comete a la hora de establecer acciones de intervención para esta población, al asumir que es lo mejor para ellos sin tener en cuenta sus necesidades o lo que consideren realmente prioritario para ellos.

Por otra parte, se debe tener claro que el proceso de envejecimiento de por sí está caracterizado por hechos y condiciones que invariablemente no se pueden cambiar como proceso biológico, indudablemente a nuestro cuerpo, que sufre cambios irreversibles que vienen determinados genéticamente y ligados a la especie; por el momento la ciencia ha demostrado y las mismas ciencias biomédicas se empeñan en buscar respuestas para detener o desacelerar este deletéreo proceso, el curso natural de la vida tarde que temprano cumple con su cometido. Aquí cabe aludir al eterno afán de la humanidad en intentar encontrar la fuente de la eterna juventud desde tiempos inmemoriales, producto del rechazo que se tiene a la imagen física cambiante y a los

83. *Ibid.* p. 340.

84. *Ibid.* p. 341.

achaques propios de esta etapa de la vida; nuevamente se ve en estos argumentos la concepción negativa de la vejez y una presentación reduccionista desde el plano biológico del fenómeno.

Finalmente se debe considerar el envejecimiento como un desafío, partiendo que las sociedades cada vez se constituyen más de personas mayores y los aspectos demográficos se constituyen en una cuestión ineludible, dado que en la actualidad dichos aspectos marcan muchas de las características que definen hoy en día la concepción del proceso de envejecimiento. Observándose que la pirámide poblacional en países desarrollados hace ya bastante tiempo se invirtió y es alta la proporción de adultos mayores en regiones como Europa y Norte América. En América Latina y el Caribe ya se ha entrado en una fase de transición demográfica al aumentar su población durante el siglo XX en 430 millones de personas, alcanzando hoy en día aproximadamente los 520 millones.

Las proyecciones medias indican que entre el año 2000 y el 2025 los habitantes de la Región se incrementarán en 180 millones. Más de un tercio de ese incremento corresponderá a población adulta mayor⁸⁵. Este fenómeno es explicado por la disminución de las tasas de mortalidad y la vez de fecundidad en países latinoamericanos. Como se observa los países que se consideraban jóvenes, se están convirtiendo paulatinamente en países de viejos. ¿Qué implicaciones tendría este hecho, en la concepción del proceso de envejecimiento y qué alcances bioéticos se derivarán del mismo? Indudablemente las grandes implicaciones se verán desde las esferas sociales, de justicia distributiva, equidad y garantías para una calidad de vida digna para esta población. En economías tan débiles como las de países latinoamericanos, carentes de políticas sociales de previsión para el ahorro y sistemas pensionales solventes para el futuro, difícilmente se podrá dar garantías para satisfacer las necesidades básicas en un grueso de esta población. Por lo menos esta puede ser la panorámica que se vislumbra para los países en vía de desarrollo y de esas condiciones se derivarán los dilemas bioéticos en torno al envejecimiento. Pero de otro lado, en los países desarrollados el tema adquiere otros matices, específicamente referido a las ciencias biomédicas y sus aportes para enfrentar este fenómeno.

Como se ve, es claro que se abren muchas más consideraciones bioéticas en torno al envejecimiento que no se alcanzan a tocar en una escasa revisión realizada en este trabajo, se espera entonces seguir profundizando en el tema para despertar conciencias alrededor de tan importante tema.

85. AGAR, I. Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Hechos Sociodemográficos y reflexiones éticas. Revista Acta Bioethica, Año 7 (1). Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS, 2001. p. 32.

Bibliografía

1. AGAMEZ, Julieth; ARENAS Q, Bellazmín y otros. *Cuerpo Movimiento, Perspectiva Funcional y Fenomenológica*, Comunidad Académica Cuerpo-Movimiento. Manizales: Ediciones Universidad Autónoma de Manizales, Facultad de Fisioterapia, 2002. 206p
2. AGAR C, Lorenzo. *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Hechos Sociodemográficos y reflexiones éticas*. En: *Acta Bioethica*, Año 7 N°1 pp. 27-41, Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS, 2001.
3. ARANGO Victoria Eugenia. *Dilemas Éticos en la enfermedad de Alzheimer*. Tesis conducente a la obtención del título de magíster en Bioética. Directora: Chantal Aristizabal. Bogotá: Universidad El Bosque, Departamento de Bioética, 2007.
4. BEAUCHAMP, Thom y CHILDRESS James, *Principios de Ética Biomédica*. 4a ed. Barcelona: Masson, S.A, 1999. 522p
5. CARMONA, Julia. ESCOBAR, Jaime. GALVIS, Cristian. y otros. *Panorama Bioético, Cuerpo, Salud y Enfermedad*. Colección Pedagogía y Bioética N° 4. Santa Fe de Bogotá: Universidad el Bosque, 1999. 38p.
6. DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA -DANE-. *Datos del Censo de Población 2005*. (Cited Noviembre 18 de 2008) <http://www.dane.gov.co/files/censo2005>.
7. ESCOBAR T, Jaime. *Dimensiones Ontológicas del Cuerpo. Una visión filosófica del cuerpo humano y su relación con el ejercicio de la Medicina*. 2a ed. Santafé de Bogotá: Ediciones El Bosque, 1997.
8. ESCOBAR T, Jaime. Editorial. En: *Revista Colombiana de Bioética*, Vol 2, N° 1, pp. 5-10, Bogotá: Editorial Kimpres Ltda, Enero-Junio de 2007.
9. GRACIA, Diego. *¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos [en línea] 1990*. (Cited. 18 de noviembre de 2008) disponible en: <http://www.bibliomed.com./biblioteca/paho/bioética/cap23.pdf>
10. GUTIÉRREZ R, Luis Miguel. *El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención*. *Papeles de Población [en línea] 1999*. (cited 21 de junio de 2008) Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=11201908> ISSN 1405-7425
11. *HISTORIA DE LA FILOSOFÍA, FILOSOFÍA MEDIEVAL Y MODERNA*. [en línea](cited: 15 de abril de 2008) Disponible en: <http://www.e-torredebabel.com>
12. HOTTOIS, Gilbert. *¿Qué es la bioética?* Trad. esp. Chantal Aristizabal. Bogotá: VRIN-Universidad El Bosque, 2007. 63p.
13. LE BRETON, David. *Antropología del Cuerpo y Modernidad*. 2a ed. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1990.

14. LOLAS, Fernando. Dimensiones bioéticas de la vejez. En: *Acta Bioethica*, Año 7. No. pp 57-70, Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS, 2001.
15. Bioética y vejez: el proceso de desvalimiento como constructo biográfico [en línea] 2000. (cited 18 de noviembre de 2008) Disponible en http://www.gerontología.uchile.cl/docs/lolas_02.pdf.
16. MAINETTI, José Alberto. Somatología, anatomía de la persona. La Plata: Editorial Quirón, 2003. 133p.
17. MERLEAU-PONTY, Maurice. *Phénoménologie de la perception*. París: Editorial Gallimard, 1945.
18. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, República de Colombia. Política nacional de envejecimiento y vejez, 2007-2019, Versión validada y concertada por los actores involucrados. Bogotá: 2007.
19. NEGISHI, Analía. *Cuerpo y Modernidad*: [en línea] 2001. (cited: 20 de abril de 2008). Disponible en: <http://www.temakel.com>.
20. OUTOMURO, Delia. Algunos dilemas bioéticos en torno a la vejez. *ARS Médica, Revista de Estudios Médicos Humanísticos*. Vol 8, No 8, pp 1-12, Santiago de Chile, Universidad Católica de Chile, 2003.
21. O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in Bioethics*. En: *Gaining autonomy and losing trust*. United Kingdom: Editorial Cambridge University Press, 2002. pp 5-21.
22. PARADA, Martha Emilia. *Cuerpo soy... y existo en el mundo. Aportes fenomenológicos a una concepción del cuerpo en la medicina*. Tesis conducente a la obtención del título de Filósofa. Director: Guillermo Pérez Popayán: Universidad del Cauca, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales Departamento de filosofía, 2006. 131p.
23. PARDO ANDREU, Gilberto. Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Rev Cubana Invest Bioméd*. [en línea]. Ene.-mar. 2003, vol.22, no.1 (cited 22 Abril 2008), p.0-0. Disponible en Web:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002003000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0300.
24. PARENTI, Francisco. *Bioética, Derechos Humanos y Filosofía del Cuerpo*. En: *Bioética y Derechos Humanos*. Colección Bios y Ethos. No 6, pp. 319-342, Bogotá: Ediciones el Bosque, 1998.
25. RICO, Arturo. *Hacia una Nueva conceptualización de Cuerpo, Las Fronteras del Cuerpo*. Crítica de la Corporeidad. [en línea]. 1990. (cited 14 abril de 2008). Disponible en: <http://www.bu.edu/wcp/papers/cult/cultRico.htm>
26. RODRIGUEZ, Gregorio. GIL, Javier y GARCIA, Eduardo. *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Ed. Aljibe 1996. 378p
27. RUIZ, Isabel Cristina. Ministerio de Protección Social, República de Colombia. En: *JORNADA DE SOCIALIZACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE VEJEZ*

- Y ENVEJECIMIENTO 2007-2019. (1ª : 2008 : Tunja). Memorias Jornada de Socialización Política Nacional de Vejez y Envejecimiento. Tunja: Gobernación de Boyacá, Comité Departamental de Adulto Mayor, 2008. 52p.
28. SÁNCHEZ, G, Luis. Apuntes para una historia de la vejez. [en línea] 1997 : (cited 21 de Noviembre de 2008). Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono1/articulos/articulo2.pdf>.
 29. SÁNCHEZ, Miguel. La Investigación Bioética: Tipos, Funciones y Relaciones Mutuas. En: Cuadernos del Programa Regional de Bioética, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la de la Salud, División Salud y Desarrollo Humano.. No 6, pp.59-76, Santa Fe de Bogotá: Ed Kimpres,1998. 195p.
 30. SARTRE, J.P. La trascendencia. Cap. III. Segunda Parte, Barcelona: Editorial Addison-Wesley. 1995.
 31. VALERY, Paul. Reflexiones simples sobre el cuerpo. Madrid: Taurus, 1991.
 32. ZETINA L, María Guadalupe. Conceptualización del proceso de envejecimiento. Papeles de Población [en línea] 1999, (019): (cited: 21 de junio de 2008) Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=11201903>> ISSN 1405-7425
 33. ZORRILLA, F, Sergio. El Envejecimiento en el Campo Interdisciplinario de la Bioética. En: Acta Bioética, Año 7, No 1, pp 5-8, Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/ OMS, 2001.

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL CONTEXTO PSICOLÓGICO

*Lucila Cárdenas Niño**

Objetivo General de la investigación: Hacer una reflexión frente al sentido y significado del consentimiento informado en el contexto psicológico a partir de la experiencia en la Universidad pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Psicología.

Metodología empleada en la investigación: Estudio exploratorio.

Logros obtenidos de la investigación: Elaboración de una cartilla pedagógica para usuarios/pacientes de servicios psicológicos sobre el significado y uso del consentimiento informado. Ponencia en el II Congreso Nacional de Psicología y I Internacional de Psicología COLPSIC-ASCOFAPSI, ponencia en el Tercer Congreso Nacional de Psicología Innovaciones y salud mental.

Introducción

Este trabajo es el resultado de la reflexión del sentido del consentimiento informado en los procesos de intervención en el contexto psicológico; se quiere ahondar en este tema porque en la práctica profesional pareciera que el consentimiento informado se quedará en un procedimiento que responde más a una exigencia de tipo jurídico y no como un medio de respeto a la autonomía de los pacientes/usuarios para decidir si acepta o no una intervención psicológica; en otras palabras se percibe un gran desconocimiento de tipo ético frente a los derechos humanos y en especial al uso y sentido del consentimiento informado, tanto de los psicólogos como de los pacientes que viola derechos tan fundamentales como la autonomía de las personas, aspecto que toma gran importancia en el abordaje bioético porque se vulneran principios como la libertad

* Psicóloga de la Universidad Santo Tomás. Especialista en Gestión para el desarrollo humano en las Organizaciones de la Universidad de la Sabana y Magister en Bioética de la Universidad El Bosque. Docente e Investigadora de la Escuela de Psicología, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. (UPTC). Trabajo realizado dentro del área de Bioética y Salud del programa de Maestría en Bioética y bajo la tutoría académica de la profesora Chantal Aristizábal Tobler. Correo electrónico: niluchis@gmail.com

y dignidad de las personas, que va en detrimento de la calidad de vida humana. A través de este trabajo se quiere hacer una crítica y reflexión a la relación que se establece entre el psicólogo–paciente/usuario en el contexto que enmarca al consentimiento informado teniendo en cuenta la propuesta de Onora O’Neill y Pablo Simón Lorda.

Según Franca–Tarragó las reglas morales básicas son condiciones imprescindibles para establecer una adecuada relación terapéutica, de ahí que sean prescriptivas en toda relación interhumana y por lo tanto en la relación psicólogo–paciente/usuario⁽¹⁾; sin embargo y teniendo en cuenta la premisa anterior me pregunto: si el consentimiento informado se direcciona igualmente hacia estos principios básicos, porqué en la realidad esto no se da?, nuevamente pienso que el mal uso del consentimiento informado en el contexto psicológico se cimienta en el desconocimiento del significado y sentido que este tiene, es más, en la historia o momento coyuntural desde el cual se fundamenta.

Aunque la ley 1090 que reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología plantea algunos elementos importantes que se deben dar en la relación psicólogo–paciente como la importancia del bienestar de las personas, del respeto al derecho de los pacientes por conocer los resultados de la aplicación de pruebas psicológicas, la confidencialidad en la información suministrada, además de mantener suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, intervenciones o de los procedimientos, reconocimiento de su participación en este proceso, y el consentimiento del paciente para practicar cualquier intervención psicológica, esto no es suficiente para garantizar a través del ejercicio profesional relaciones cálidas, simétricas, donde la autonomía como derecho del paciente sea respetado⁽²⁾.

El artículo 13 de la ley en mención dice que el psicólogo debe regirse por lo establecido en el código deontológico y bioético;⁽³⁾ me pregunto hasta qué punto se puede hablar de bioético cuando el documento es claro en la norma como principio del quehacer psicológico; la bioética, que surge ante la presencia de conflictos éticos, especialmente relacionados con la salud, donde los valores morales se ven en riesgo⁽⁴⁾, va muchos más allá de la norma y es posible que esta mala interpretación entre lo deontológico y bioético es lo que ha llevado a generar vacíos en la comprensión del verdadero significado del consentimiento informado.

1. FRANCA-TARRAGÓ, O. *Ética Para Psicólogos. Introducción a la Psicoética*. Biblioteca de Psicología. Desclee de Bruwer. Cuarta edición. 2003. p. 30.
2. ACOSTA, Alonso Osio. *Código Deontológico y Bioético y Otras disposiciones por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología*. No. Gacetas P. 386PPD 45204. p. 386.
3. Aunque la ley 1090 se presenta como código deontológico y bioético de psicólogo, no estoy de acuerdo con la asignación bioética, ya que su contenido se limita exclusivamente a la normatividad que debe regir el ejercicio profesional. La bioética nos invita más, a la reflexión frente a los dilemas morales y éticos de una sociedad pluralista, multicultural.
4. MONTT, J. *La importancia de la bioética en la formación profesional*. En: *Bioética. La calidad de vida en el Siglo XXI*. Colección Bios y Ethos No. 1. Segunda edición. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda, Universidad el Bosque. 2000. p. 17.

Pensaría además, que la idea errónea de lo bioético en el código deontológico esta dado porque se proponen principios como la beneficencia–no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, y esto no es suficiente para justificar prácticas bioéticas y como bien lo plantea Simón Lorda estos códigos y normativas deben ser interpretados a la luz de principios más generales⁽⁵⁾.

Entonces, la asignación bioética al código deontológico no puede justificarse desde una fundamentación meramente legal, porque la bioética va muchos más allá, implica un sentido de reflexión frente a dilemas morales generados desde la práctica psicológica y que nos invita a generar actitudes que promuevan el bienestar en las personas y respeto por los derechos humanos. Pienso que la deontología y bioética son dos instancias con objetivos y significados diferentes pero ambas son importantes y se deben dar en el ejercicio profesional. Hottois define la bioética como una práctica multidisciplinaria e interdisciplinaria, llamada a aclarar los problemas éticos, en sociedades complejas con diversos intereses⁽⁶⁾.

Un estudio exploratorio realizado en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de psicología, evidencia el manejo del consentimiento informado como un documento o requisito legal y no con un sentido de respeto por la autonomía y libertad de las personas para aceptar o rechazar una intervención psicológica y que se debe dar a través de un proceso de comunicación que dé la opción de intercambiar, construir y reelaborar información con fines de entender, comprender el significado de una intervención y dar el consentimiento voluntario para participar o no en la propuesta que hace el profesional.

Según una encuesta exploratoria⁽⁷⁾, aplicada a 30 usuarios que asisten a los servicios ofrecidos por la Escuela de Psicología, 20 de ellos desconocen la existencia del consentimiento informado, los diez restantes tienen la idea de que el consentimiento informado es una forma de comentarle al paciente sobre el procedimiento en la intervención. De los 10 que conocen el consentimiento informado dos dicen no comprenderlo, además de la relación distante y poco comunicativa que se da en este proceso; estos resultados sin pretensión de validez estadística ni de generalización, nos aproxima a la realidad del ejercicio profesional por lo menos en esta Institución, ilustrando las dificultades del consentimiento informado en el contexto psicológico, en cuanto a su uso, sentido y significado, como un medio de respeto por los derechos humanos, la autonomía y dignidad de las personas y no como un requisito legal dentro de la práctica profesional.

5. SIMÓN, P. El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica. Madrid: Editorial Triacastela, 2000. p. 125.

6. HOTTOIS, G. ¿Qué es la bioética? Edición parcial en español. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda, Universidad el Bosque, 2007. p 26.

7. Esta encuesta fue aplicada en el mes de abril del 2008 a 30 usuarios de los servicios ofrecidos (Ceapsy, Laboratorios de pruebas) por la Escuela de Psicología, de la Facultad Ciencias de la Salud, UPTC (Tunja, Boyacá).

Estos datos reflejan, primero el mal uso que se está dando al consentimiento informado, que parece más un deber normativo estipulado en la ley 1090 y no como un medio de respeto por la autonomía de las personas; es así como su uso adquiere una función de tipo mecánica carente de un sentido bioético, es decir, que no se asume como un acto de respeto por la autonomía del otro para opinar, cuestionar, preguntar y decidir si acepta o no la intervención; segundo el desconocimiento de los pacientes/usuarios sobre sus derechos, esta falta de reconocimiento fortalece aún más su vulneración; queda la evidencia que su aplicación responde más a un requisito deontológico que a un abordaje desde una perspectiva bioética, empezando por la relación asimétrica dada entre el psicólogo y paciente que no permite que derechos como la autonomía, dignidad y libertad del paciente se respete y es aquí donde la bioética adquiere importancia e interés en el desarrollo de esta disciplina y es el punto de partida de este trabajo, porque la bioética como ciencia del cuidado y protección de la vida nos invita a reflexionar sobre cómo a través del ejercicio profesional y sus prácticas se reivindica el respeto a los derechos y dignidad humana; en este caso cuestiona el uso del consentimiento informado como un medio de respeto a la libertad y autonomía de las personas.

El desarrollo de este trabajo se realizará a través de un abordaje teórico, crítico y reflexivo teniendo en cuenta autores como Pablo Simón Lorda y Onora O'Neill; de estos autores se trabajará el tema de la autonomía como eje principal del consentimiento informado; esto permitirá entender el sentido, significado y aplicabilidad en el contexto psicológico; una vez sea entendido el significado de la autonomía y su relación con el consentimiento informado se hablará de la forma como se debe dar este proceso de tal forma que adquiera el valor de respeto a la libertad y dignidad de las personas; se complementará con el tema de la confianza y garantía a la confidencialidad, aspectos que fortalecen aún más la finalidad del consentimiento informado.

Para la argumentación, se tendrá en cuenta los resultados de la encuesta aplicada a los usuarios de los servicios de la Escuela de Psicología, Facultad Ciencias de la Salud, UPTC, Tunja, sobre consentimiento informado, que aunque no tuvo ningún tipo de pretensión de validez estadística ni de generalización, si nos reflejó la realidad del uso y sentido del consentimiento informado resaltando la importancia de seguir investigando sobre él para que se tenga en cuenta como un proceso de comunicación y en esta medida como un medio de respeto a la autonomía y dignidad de las personas más que un requisito legal dentro de la práctica profesional.

El texto está dividido en capítulos. El primer capítulo se enfocará al concepto de autonomía propuesto por Kant, Beauchamp y Childress, Pablo Simón Lorda y Diego Gracia y la relación entre autonomía y confianza; el segundo capítulo se hablará sobre la relación psicólogo-paciente/usuario en el marco de la comunicación entre agentes

propuesto por Onora O'Neill y Manson y el tercer capítulo está orientado hacia una propuesta del consentimiento informado en el contexto psicológico teniendo en cuenta la experiencia de su manejo en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Psicología.

1. Autonomía

Antes de iniciar a hablar de autonomía quiero contextualizar este término, en los orígenes de la bioética y su interés por el respeto de los derechos individuales en un momento donde el desarrollo de la biomedicina con capacidad de intervención sobre el ser humano es criticado por la forma en que se accede y manipula al sujeto, es decir, que se pasa por encima de su función crítica y capacidad de raciocinio para intervenir sobre su cuerpo.

La bioética, fue introducida en el ambiente anglosajón por Potter, en el año 1970. En un comienzo se definió como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida, del cuidado de la salud, a la luz de valores y principios morales⁽⁸⁾; por lo tanto compete a disciplinas dedicadas al cuidado de la salud, a las ciencias humanas, y en general a todas las disciplinas que directa o indirectamente tienen que ver con la vida.

Su desarrollo, fundamentación y extensión va más allá del ámbito académico, hoy día se caracteriza como una disciplina secular que acerca y coloca en diálogo a quienes desde distintos escenarios y cosmovisiones, desean tomar decisiones frente a los complejos y diversos problemas morales⁽⁹⁾. Según Hottois "la bioética cubre un conjunto de investigaciones, de discursos y de prácticas, generalmente pluridisciplinarias y pluralistas, que tienen como objeto aclarar y, cuando es posible, resolver preguntas de tipo ético suscitadas por la I&D biomédicos en el seno de sociedades caracterizadas, en diversos grados, por ser individualistas, multiculturales y evolutivas"⁽¹⁰⁾; es decir, una ciencia abierta a reflexionar y discutir en diferentes contextos sobre aquellos problemas morales que afectan o vulneran el derecho a la vida.

Para la Bioética el tema de los derechos humanos y la autonomía individual ha sido uno de sus pilares y está directamente involucrado no solo con la práctica médica, sino

8. DA COSTA, M. Reflexiones acerca de la bioética. En: *Bioética. La calidad de vida en el Siglo XXI. Colección Bios y Ethos No. 1.* Segunda edición. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda, Universidad el Bosque, 2000. p. 30.

9. GALVIS, C. La Educación en Derechos Humanos y en Bioética. En: *Ensayos en Bioética. Una experiencia Colombiana. Colección Bios y Ethos No. 11.* Bogotá: Editorial Kimpres Ltda, Universidad el Bosque, 2000. p. 38.

10. HOTTOIS, G. Op. Cit. p. 26.

con disciplinas como la psicología, donde la autonomía puede estar en riesgo cuando las relaciones entre el psicólogo y paciente tienden a hacer paternalistas.

La práctica psicológica no se aleja del tradicional paternalismo médico, aún en nuestros días, la relación psicólogo-paciente/usuario, se enmarca en relaciones asimétricas, autocráticas donde la participación del paciente es mínima limitando su capacidad de autonomía moral, contradiciendo las premisas básicas del consentimiento informado, cuestionando su uso y verdadero sentido frente al respeto de la autonomía en el contexto de intervención psicológica.

El tema de la autonomía y su importancia como un derecho responde a un escenario histórico de la Modernidad, según Simón Lorda del concepto de sujeto moral racional con autonomía para gobernar su propia vida, sus propias creencias religiosas, sus propias convicciones políticas a las necesidades generadas en un momento donde la relación médico-paciente se caracterizaba por ser paternalista, en donde los profesionales eran jueces que decidían que era lo mejor para sus pacientes, en una actitud impositiva y poco asequible para preguntar y conocer sobre una realidad médica⁽¹¹⁾.

Según Couceiro el paternalismo, cuya fundamentación se ancla en lugares tan lejanos como la ética griega hipocrática del siglo IV a. C, se instaura como una forma de relación que ha sido dominante en los veinticinco siglos de existencia de la medicina⁽¹²⁾. Para los griegos y para todos los que han venido después de ellos, ser paternalista era un signo de distinción profesional, una obligación moral estricta. El buen médico era el médico paternalista, que era el único bueno posible.

Diego Gracia define esta tradición paternalista de la siguiente forma: "El enfermo está falto de autonomía y es incapaz, por eso de decisión moral. La única obligación moral del enfermo es la de obedecer. Al poder de mando del médico corresponde el deber de obediencia del enfermo"⁽¹³⁾. Esta definición refleja la percepción pre moderna de lo que es el ser humano, un ser carente de conocimiento, razón y voluntad para participar activamente en la toma de decisiones frente a cualquier tipo de intervención física-mental.

Desafortunadamente, esta concepción paternalista aún es evidente en los contextos sanitarios y tiende a fortalecerse cada día más por la ignorancia de muchos ciudadanos

11. SIMÓN, P. Op. Cit. p. 10.

12. COUCEIRO, A (ed.). Bioética para clínicos, El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. Madrid: Editorial Triacastela, 1999. p. 134.

13. GRACIA, D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Editorial Eudema, 1989. p. 73.

que desconocen sus derechos como preguntar por un procedimiento donde su cuerpo y/o mente van a ser intervenidos, estamos ante una confianza ciega que no facilita espacios para la participación activa de las personas.

Aunque este modelo paternalista, incapaz de respetar la autonomía del enfermo, entró en crisis en el siglo XX con la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el 10 de Diciembre de 1948, que promulga el derecho a llevar una vida que asegure la salud y garantice la igualdad de los ciudadanos, hoy día es difícil ver reflejado esto en la práctica sanitaria.

Para Couceiro surgió entonces la noción de los “derechos” individuales y colectivos, civiles y políticos, económicos y sociales⁽¹⁴⁾. El renacentista “principio de tolerancia” se convierte así en la ilustración en “principio de autonomía”. Kant va a ser el gran artífice de este cambio al afirmar que la ley moral no puede provenir de fuera del sujeto, sino que es el propio hombre, actuando racionalmente, el que tiene que dársela a sí mismo, este es el inicio de una vida más o menos democrática

Es decir, una vida donde la autonomía se convierte en un derecho natural y la libertad un principio fundamental de respeto a la dignidad de las personas, para participar como ciudadanos en decisiones de tipo económico, social, político. El sector salud como sistema social debía adaptar esta nueva forma de vida a sus formas de relación tradicional, cambiar el paternalismo por relaciones simétricas, que implicaban reconocimiento de la autonomía del paciente para participar en las decisiones que tuvieran que ver con su estado físico y/o mental.

Estados Unidos fue uno de los países en dar este gran paso sociopolítico exigiendo que en el contexto sanitario también se hiciera ese reconocimiento a los derechos humanos y se cambiara la relación dominante, autocrática y paternalista por relaciones con un gran sentido humano, es decir, con pleno reconocimiento de los derechos ciudadanos para participar con respecto a cualquier intervención clínica. A partir de entonces se esperaba que la relación médico-paciente se enmarcara bajo esta postura garantizando el respeto por la autonomía a través de un consentimiento informado donde la comunicación favorecería el conocimiento de un procedimiento de tipo intrusivo o invasivo.

Desafortunadamente este cambio sociopolítico no logró cambiar las formas de relación sanitaria; y es así como actualmente, en el sector salud, las demandas con respecto a los resultados de una intervención crece cada vez más, esto cuestiona el uso y sentido del consentimiento informado, y no me refiero solo al contexto médico,

14. COUCEIRO, A. Op. Cit. p. 135.

en el campo psicológico muchas de las intervenciones no son consentidas por los pacientes o usuarios, y esto se está reflejando cada día más en la poca confianza y credibilidad que expresan los pacientes con respecto a la intervención psicológica.

La arbitrariedad percibida en esta nueva propuesta para establecer relaciones sanitarias simétricas agravó aún más el problema de los derechos humanos. Desde entonces, el respeto por las personas entendido como la autonomía del individuo para deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación ha estado en la mira de la bioética. Para Simón Lorda respetar la autonomía es dar valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros⁽¹⁵⁾.

Este reconocimiento a la autonomía personal es uno de los cimientos importantes del consentimiento informado y como tal debe asumirse en un proceso que se oriente más a la dignificación de la persona como un ser pensante, capaz de tomar decisiones mucho más reflexivas con pleno conocimiento sobre una intervención clínica y con una voluntad absoluta por encima de cualquier tipo de presión, esto implicará nuevas formas de relación que permitan una participación democrática.

Según O'Neill desde una perspectiva Kantiana la autonomía de la voluntad es el único principio de todas las leyes morales y de los deberes⁽¹⁶⁾. Kant nunca hablaba de una autonomía propia o de personas autónomas, él siempre hablaba de una autonomía de la razón y de la autonomía de la voluntad, el no veía a la autonomía como algo que algún individuo tenía en mayor o menor grado que otro. La autonomía Kantiana es manifestada en la vida, en la cual los deberes son conocidos, en la que hay respeto para los otros y sus derechos, más que en una vida sin obligaciones.

Kant en su imperativo categórico dice: "Elegir solo de tal forma que tus elecciones sean también incluidas como leyes universales". Insiste que tener voluntad no es lo mismo que querer, de tal forma que tener voluntad no es meramente cuestión de formulación de un principio universal; la autonomía rechaza toda acción que cause daño y explotación⁽¹⁷⁾.

En este sentido, se podría decir que no hay verdadera autonomía sino existe una voluntad libre de cualquier presión o coerción, esto implicará que las personas posean el suficiente conocimiento para deliberar frente a una situación, de lo contrario la decisión perderá el sentido de libertad y estará supeditada a una confianza ciega, en

15. SIMÓN, P. Op. Cit. p. 121.

16. O'NEILL, O. *Autonomy and trust in Bioethics*. En: *Gaining autonomy and losing trust*. United Kingdom: Editorial Cambridge University Press, 2002. p. 29.

17. *Ibid.* p. 30.

otro que con pleno conocimiento indicará el camino a seguir independientemente de lo que pueda ocurrir y de los intereses que pueda tener.

Según Franca-Tarragó lo que vale según Kant y la mayoría de sistemas éticos deontológicos, es la norma universalmente válida, cuya imperatividad no es impuesta desde ningún poder heterónomo, sino a partir de que la mente humana la percibe como cierta y la voluntad la acepta por el peso de su misma evidencia⁽¹⁸⁾. Esta capacidad para optar por aquellas normas y valores que el ser humano estima como racional y universalmente válidas, es lo que para Kant significa autonomía.

En la visión kantiana la autonomía funciona como principio objetivo de la acción, como ley moral, en términos de Adela Cortina, es la capacidad de los seres racionales para darse a sí mismo leyes universales que guíen su comportamiento empírico y es la clave de lo que se podría llamar dignidad⁽¹⁹⁾.

Toda acción implica conocimiento, y este componente cognitivo es importante para dar un verdadero sentido autónomo y voluntario a decisiones deliberativas que comprometen la vida humana. En el caso del consentimiento informado, pienso que este debe ser su fundamento pero, desafortunadamente esto no se da, por lo tanto se vulnera la autonomía individual y dignidad de las personas.

Para Pablo Simón Lorda, la autonomía más que un principio es un atributo moral de los seres humanos, con obligaciones de no-maleficencia, beneficencia y justicia; es decir, una característica propia de su ser que como tal se debe dar y respetar, sin embargo, para este bioeticista el problema de haber concebido inicialmente la autonomía como "principio", responde a una mala interpretación de un contexto histórico sociopolítico cuyo fin era establecer nuevas formas de relación que garantizaran la igualdad, equidad, en todos los escenarios de interacción como es el sanitario, del cual se pretendía erradicar un paternalismo que no permitía que los pacientes asumieran una actitud activa y participativa frente a una decisión de intervención clínica.

La dificultad, a mi modo de ver y de acuerdo a lo planteado por Simón Lorda es haber pretendido primero hablar de autonomía como principio cuando implícitamente estaba en los principios de no-maleficencia, beneficencia y justicia que inicialmente fueron propuestos en el informe Belmont; en otras palabras, y bajo la premisa del principio de no maleficencia de no hacer daño físico y psicológico a los individuos, se podría incurrir en un daño moral cuando no se respeta las decisiones autónomas; igualmente ocurre con el principio de beneficencia, si se hace el bien a las personas

18. FRANCA-TARRAGÓ, O. Op. Cit. p. 30.

19. Ibid. p. 31.

se facilita la consecución de sus metas lo cual favorece la autonomía con respecto a decisiones que comprometan sus objetivos personales; en cuanto al principio de justicia, se podría decir que a mayor igualdad de condiciones sociales mayores beneficios para los ciudadanos, favoreciendo el respeto a la dignidad de las personas y por su puesto su autonomía.

La confusión radicó cuando con la idea de erradicar el paternalismo se pretendió establecer otro principio que garantizara una relación médico-paciente mucho más participativa bajo el supuesto del derecho a la libertad del paciente para tomar decisiones frente a cualquier acto donde su cuerpo y mente estén implicados y de esta forma fue como Beauchamp y Childress establecieron los cuatro principios por separado.

Pero la crítica de Simón Lorda no es al principio de autonomía como tal, sino al esbozo moral completo integrado por los cuatro principios de la bioética, esto es, el esbozo moral principialista de la bioética y, en particular, al que plantea Diego Gracia.

Diego Gracia propone un esbozo moral conformado por los principios de No maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficencia; los dos primeros corresponden al nivel 1, el de la ética de mínimos y los dos últimos al de la ética de máximos. Los del nivel uno son *prima facie*, es decir más obligatorios que los del nivel 2; el nivel 2 son deberes de obligación imperfecta⁽²⁰⁾. La crítica de Simón Lorda, a este esbozo principialista es pretender ver la autonomía como un elemento inherente a los otros tres principios, cuando en la medida que se respeta los principios de no-maleficencia, beneficencia y justicia se da el derecho a la autonomía; por lo tanto la autonomía no puede desligarse del ejercicio de los otros tres principios y de esta forma se mantiene permanente y estable dentro de este esbozo moral.

En este orden de ideas, el consentimiento informado debe entenderse como un medio para proteger la autonomía individual, que surge en un momento histórico de cambios sociopolíticos que proponía una nueva concepción del ser humano como sujeto moral racional con capacidad para participar activa y autónomamente en las decisiones que comprometan su vida.

Este proceso coyuntural marca unas nuevas pautas de relación que exigen igualdad, equidad y reconocimiento a la dignidad, libertad y autonomía de los ciudadanos; y en el contexto sanitario el consentimiento informado viene hacer ese medio para proteger este derecho, a través de interacciones mucho más humanas donde la competencia cognitiva y comunicativa sean sus componentes fundamentales para establecer relaciones simétricas.

20. SIMÓN, P. Op. Cit. p. 11.

Desafortunadamente, este proceso de transición no dejó de ser más que un momento de euforia que respondió solo a un período de tiempo que exigía igualdad de condiciones y mayor participación democrática a través de relaciones mucho más equitativas en todos los espacios de interacción, pero que con el tiempo se desvaneció porque en el fondo no se interiorizó el significado que tenía esta crisis sociopolítica en la vida cotidiana; y es así como en nuestros días se sigue manteniendo relaciones paternalistas, donde el profesional en una posición dominante decide por su paciente y el paciente sumisamente responde a lo que el profesional propone.

Muy seguramente esta actitud impositiva del profesional y pasiva del paciente se siga manteniendo, porque no hemos entendido que en estos contextos de interacción, la libertad se fundamenta en relaciones de igualdad que exigen de parte y parte competencias cognitivas y comunicativas para tomar decisiones y generar verdaderos espacios de confianza y respeto por la autonomía y dignidad de las personas.

1.1 Autonomía y confianza

La asimetría en las relaciones sanitarias, junto a la idea y significado erróneo que hemos dado a la autonomía con el uso del consentimiento informado, en los contextos de interacción psicólogo-paciente/usuario, en la actualidad, son una fuente que desencadena una profunda desconfianza en el profesional, porque a través de relaciones frías, distantes y en una actitud impositiva, poco democrática, implícitamente se está desconociendo los derechos ciudadanos para participar activamente en un proceso que debería ser democrático y autónomo porque es su estado emocional-psicológico que está en juego; y aunque los pacientes no reconocen sus derechos para tomar decisiones con respecto a una intervención psicológica, la forma como se accede al paciente genera cierta incertidumbre porque aunque se informa del procedimiento a seguir no hay un verdadero proceso de comunicación que facilite espacios de intercambio de información que permitan preguntar y llegar a acuerdos sobre lo que se va a hacer y cuando los resultados de la intervención no son los esperados por el paciente entonces viene la desconfianza y pérdida de credibilidad en el profesional.

O'Neill plantea que la confianza ha sido tema de discusión, porque nos hemos quedado más en lo que las personas pueden percibir como confiable o no confiable y se ha dejado de lado la importancia que deberán tener las prácticas sanitarias para generar confianza, es decir, unas prácticas, que se caractericen porque existe comunicación entre las partes, hay intercambio de información, elaboración, aclaración y ampliación del conocimiento, herramientas importantes para que la persona pueda tomar una decisión libre enmarcada en relaciones cálidas que implícitamente reconozcan derechos como la autonomía y respeto por la dignidad humana⁽²¹⁾.

21. O'NEILL, O. Op. Cit. p. 7.

Evidencia de esta pérdida de confianza se observa en el ejercicio de la psicología donde los pacientes muchas veces no encuentran respuestas a lo esperado en la intervención, sienten que no son comprendidos, entonces buscan otras alternativas como los “amigos” porque creen que podrán ser mejor entendidos por ellos, o que pueden encontrar respuesta a sus problemas a través de la magia, brujería y otros actos no científicos pero que de una u otra forma generan más confianza y tranquilidad en las personas.

Posiblemente esta aparente confianza está dada más por la forma como se da la relación, una relación mucho más empática porque las personas encuentran que son mejor entendidas, por lo menos son escuchadas y retroalimentadas a partir de lo que expresan, existiendo un reconocimiento de subjetividades que genera en el individuo sentimientos de gratitud porque sienten que son comprendidos y esto fortalece la confianza en la relación, aunque el contenido de la comunicación no sea científico y esto es preocupante.

La confianza requiere de buenos argumentos, buena voluntad y sobre todo unas relaciones interpersonales cercanas que favorezcan una comunicación efectiva y asertiva, además de la confidencialidad que debe existir frente a la información suministrada en el contexto psicológico. Cuando no existe esa relación cercana, cuando los procedimientos de intervención no han dado los resultados esperados y aún más cuando la información suministrada no ha tenido el cuidado de protección y seguridad, la confianza se pierde y es difícil nuevamente de recuperarla.

O'Neill plantea que una buena legislación, regulación, buenas políticas, buenas prácticas y profesionalismo consistente son un comienzo para obtener la fidelidad⁽²²⁾. Es verdad que no podemos esperar encontrar en cualquier práctica los principios éticos y legales. Pero el hecho que los principios indeterminan la acción significa que siempre deben ser complementados e implementados para ejercicio del juicio y el juicio práctico incluye juicio ético.

La historia de la medicina, según Simón Lorda, muestra como el paciente fue considerado durante muchos siglos como un incompetente moral y, por lo tanto, excluido de las determinaciones médicas a que hubiera lugar en el proceso terapéutico. Ese paternalismo desmedido era dogmático y autoritario; sin embargo las relaciones médico-paciente se consideraban relaciones de confianza solo porque se asumía una visión meramente paternal de la medicina, en la cual la dependencia de los pacientes ante los profesionales era generalmente aceptada. Era una relación de confianza pero no de una confianza razonable; una confianza razonable requiere de una condición más igualitaria

22. *Ibid.*, p. 16.

entre las partes y esto implica que deben estar mejor informados y ser menos dependientes a la decisiones que tome el profesional.

O'Neill dice que es posible que la permanencia de esta forma de relación se deba a la creencia misma sobre la enfermedad, la condición de enfermo, y la falta de conocimiento acerca de las causas de la enfermedad a las cuales se atribuía como externas fuera del sujeto y solo los médicos podían curar y esto aún más fortaleció la dependencia y beneficencia paternalista⁽²³⁾.

Otro elemento importante de la confianza sanitaria, es lo que tiene que ver con la confidencialidad en la información suministrada en el contexto sanitario. Este aspecto es hoy de gran importancia, dada la amplia utilización de medios electrónicos y la creciente accesibilidad a cualquier tipo de información de uso privado. Desafortunadamente uno de los mayores problemas de la comunicación es la falta de garantías para el manejo de la información, es decir que se mantenga bajo estricta confidencialidad lejos de cualquier tipo de manipulación o coerción que afecte la dignidad de las personas. Este problema no sólo concierne a medios tecnológicos sino a cualquier medio de comunicación que no respete la intimidad del ser humano.

Dentro de la práctica psicológica la confidencialidad es uno de los principios básicos de respeto por la dignidad del paciente/usuario, además de ser un elemento importante para generar confianza y credibilidad en el profesional; la confianza de alguna forma mantiene la relación y se fortalece en la medida en que el paciente encuentra correspondencia entre lo que quiere y espera en la intervención.

Según Franca Tarragó el tema de la confidencialidad en la práctica psicológica emerge en 1977, año en que la Asociación Americana de Psicólogos en su código de ética formula el derecho al secreto: principio 5 "Es una obligación primaria del psicólogo el salvaguardar la información sobre un individuo obtenida por el psicólogo en el curso de su enseñanza, ejercicio profesional o investigación...", al igual que en el caso de la profesión médica, los diferentes colegios o asociaciones de psicólogos, posteriores a 1977, son unánimes en incluir la confidencialidad entre las reglas éticas básicas de la relación profesional⁽²⁴⁾.

De allí la tradicional afirmación de que el psicólogo debe guardar secreto de todas las confidencias que haga una persona durante la relación psicológica. El artículo 2 del código Deontológico y Bioético de Psicología dice: "Los psicólogos tienen la obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las

23. *Ibid.* p. 17.

24. FRANCA-TARRAGÓ, O. Op. Cit. p. 31.

personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u otros”. Esta normatividad me parece importante para el ejercicio de la profesión, sin embargo, esto no se debe quedar solo como un acto justificado normativamente sino que debe estar implícito en el desarrollo de la práctica profesional y como parte del proceso de confianza que se quiere lograr a través del consentimiento informado e intervención psicológica, finalmente es un derecho que tienen las personas para que se les respete su intimidad y dispongan de esa información como cada quien quiera.

Hay unas excepciones al secreto de la confidencialidad y esto se da cuando la persona u otros se lleguen a ver afectados con esta información; en estos casos es deber del profesional poner al tanto a los mecanismos de control para hacer seguimiento del caso; por lo tanto este deber no es absoluto en casos en que la revelación de cierta información llegue a evitar el daño físico o moral a la persona u otras personas e instituciones implicadas.

En este sentido Franca-Tarragó plantea que se podría decir que hay dos situaciones principales que entran en oposición a los derechos de las personas y los deberes de los psicólogos, la primera el psicólogo puede verse obligado a divulgar una confidencia, en contra de la voluntad de la persona y la segunda sería la misma persona la que solicita al psicólogo que divulgue una información que está en la historia clínica⁽²⁵⁾.

La confidencialidad, entonces, se convierte en una medida arbitraria sujeta a unas condiciones que definirán en qué momento se rompe el secreto de la confidencialidad con o sin consentimiento de la persona autora de la información. Es un medio que podría generar valor en un momento dado dependiendo de los propósitos tanto del paciente/usuario como del psicólogo.

Desde un punto de vista deontológico se podría decir que la confidencialidad favorece la intimidad interpersonal, el respeto y la confianza siempre y cuando esta información no afecte a la persona o terceras personas o cuando el paciente-usuario autorice su divulgación.

La anterior postura sostiene que la relación psicológica implica un acuerdo implícito de secreto que si se rompe sin el consentimiento de la persona podría considerarse deshonesto, a menos que estén en peligro el individuo u otros para que se justifique la revelación de dicha información.

25. *Ibid.* p. 35.

Pero que ocurre cuando la información suministrada por un paciente es develada a través de diferentes medios para satisfacer ciertos intereses profesionales o en algunos casos personales? o cuando el consentimiento informado se concibe como un requisito legal y por tanto se asume como un documento que es firmado por el paciente antes de iniciar una intervención?, ¿Dónde queda el respeto por la autonomía y confidencialidad?

El consentimiento informado concebido como un medio de comunicación para informar a los pacientes sobre un tratamiento a seguir y garantizar la confidencialidad y autonomía del paciente para decidir si acepta o rechaza una intervención en ciertas situaciones es cuestionado.

La credibilidad poco a poco se ha venido perdiendo y la percepción que tienen los pacientes con respecto a este procedimiento evidencia inconformidad y una falta de confianza más que cualquier intento por aumentar la autonomía; una de las razones, el mal uso que se hace del consentimiento informado que se puede atribuir al desconocimiento por parte de los profesionales sobre su sentido y significado para respetar la autonomía y derechos humanos de los pacientes.

El consentimiento informado que en principio se consideraba como un medio aparente de respeto por la autonomía del paciente hoy día es un documento o protocolo sujeto a una serie de críticas por su papel engañoso al momento de dar información con respecto a un procedimiento o intervención psicológica; engañoso, porque muchas veces se omite información que se da por entendida y esto se presta para que el paciente infiera interpretaciones equivocadas acerca de un procedimiento.

¿Cuántos pacientes entienden esta información y su decisión es dada con perfecta claridad y seguridad frente al proceso que se va a ejecutar? Estas y muchas preguntas más cuestionan los principios que protegen al individuo de cualquier tipo de coerción, deshonestidad y engaño.

La autonomía es el derecho que tienen las personas para decidir a través de un proceso deliberativo la mejor opción con respecto a una intervención clínica; el problema radica cuando ésta decisión se da sin ningún tipo de conocimiento, además se oculta información y no se dan garantías de la confidencialidad a la misma, en este momento la confianza se pierde y cualquier intento de acercamiento resultará en vano.

Cuando existen pocas opciones, cuando las capacidades cognitivas y de toma de decisiones son limitadas, los procedimientos de consentimiento informado pueden volverse infructuosos y la autonomía del paciente puede verse restringida.

Cuando se habla de engaño y coerción⁽²⁶⁾ precisamente se hace referencia a la autonomía que deberían tener los pacientes al momento de tomar una decisión con respecto a un tratamiento o información suministrada de un procedimiento bajo los cuales ellos participan, con pleno conocimiento y comprensión del proceso de intervención.

El derecho a la autonomía implica que los profesionales de la salud tengan la obligación con el paciente de comunicar, buscar consentimiento, confidencialidad y privacidad para establecer un verdadero principio de respeto por la autonomía.

En este proceso interactivo se emite información que en su momento puede ser confidencial para una o ambas partes. Por esto es importante que se considere la confidencialidad como otro elemento fundamental en los procesos comunicativos porque la desconfianza al emitir una información puede generar una comunicación poco clara que no permite la comprensión y por lo tanto la tergiversación en la interpretación de lo que realmente se piensa y quiere decir.

Por esto es indispensable que el consentimiento informado además de concebirse como un encuentro interaccional, dialogado con respeto a un procedimiento garantice el respeto a la confidencialidad y privacidad de la información suministrada.

Para O'Neill cuando se habla de la protección de la intimidad del individuo, es relevante en primer lugar diferenciar dos conceptos contemplados desde la bioética "privacidad" y "confidencialidad"⁽²⁷⁾. La privacidad se refiere al ámbito restringido de información, que administra todo sujeto respecto de su vida personal. Puede aludir a la privacidad física o emocional. La confidencialidad en cambio, involucra una obligación: mantener en reserva ciertos datos personales se debe aludir cuales datos son considerados de dominio público y cuáles no, ya que dependiendo del espacio o del entorno en que se encuentre ciertos datos pueden ser personales y otros no, así mientras un dato en una situación específica puede ir contra la integridad y los principios de la persona en otra será considerado como un dato de dominio público que no afecta al individuo.

En el contexto psicológico, la confidencialidad es uno de los principios fundamentales que se deben respetar en la relación psicólogo-paciente bajo ninguna perspectiva pueden ser revelados salvo situaciones específicamente reguladas por la ley. Un atentado contra el derecho a la intimidad podría acarrear un atentado contra otros Derechos Humanos como por ejemplo, el de la dignidad humana, la integridad, etc., De esta manera se debe ser cuidadoso con el manejo de información personal que

26. Engaño y coerción entendidas como formas para ocultar o manipular información real Paciente.

27. O'NEILL, O. Op. Cit. p. 142.

no nos corresponde, ya que nos puede comprometer con la justicia por la violación de los derechos de la privacidad de la información, solo tiene acceso a la información el usuario, paciente y profesional involucrado en el proceso y el único dueño es de quien da esta información; por lo tanto nadie puede vulnerar este derecho a la privacidad porque violaría un derecho universal.

Lo anterior realmente plantea un problema ético, aunque parezca insignificante tienen mucha importancia, ya que la revelación de la privacidad de un paciente puede además de generar un problema legal puede tener grandes repercusiones a nivel emocional y moral que atentaría contra los principios de beneficencia y no maleficencia; por tal razón como profesionales debemos garantizar a través del consentimiento informado la privacidad y confidencialidad de la información dada por el paciente y de esta forma aumentaríamos la confianza y la credibilidad de los profesionales y la disciplina.

Pero además del derecho a la confidencialidad, el paciente también tiene derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el profesional, de acuerdo a Simón Lorda esta comunicación debe ser acorde a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permita obtener toda la información necesaria respecto a su estado mental, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y al pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve⁽²⁸⁾. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia de su decisión.

En el contexto psicológico, este proceso comunicativo a través del consentimiento informado no se da. Si bien algunos profesionales usan el consentimiento informado para una intervención, lo hacen más como un requisito deontológico, perdiendo el sentido moral y bioético que se debe dar en la relación psicólogo-paciente.

No obstante, la relación psicólogo-paciente constituye por su propia naturaleza, un escenario en el que se confrontan los más diferentes opiniones, contradicciones, valores sociales y hasta culturales, llamadas a transformarse en una sola, en beneficio del paciente, donde exista un ambiente de confianza, reciprocidad, respeto, comunicación y libertad con el fin de que puedan lograrse los objetivos psicológicos que espera el paciente y que está en capacidad de ofrecer el profesional.

El consentimiento informado debe recuperar su esencia y de esta forma reivindicar las relaciones sanitarias en el marco de la igualdad, autonomía, libertad, dignidad humana, recuperando la confianza y credibilidad; esto sólo se podrá lograr cuando se

28. SIMÓN, P. Op. Cit. p. 150.

generen procesos de relación fundamentados en la confianza que se transfiere en el momento en que se da al paciente la oportunidad de participar con conocimiento en la decisión con respecto a un proceso de intervención psicológica y con la tranquilidad de que la información que se dé en este contexto se mantenga bajo el secreto de la confidencialidad.

2. Comunicación en la relación psicólogo-paciente

En los apartados anteriores, se habló de la autonomía como un atributo implícito en los principios de No maleficencia, Justicia y Beneficencia y su importancia en el contexto interactivo psicólogo-paciente. Igualmente se habló de cómo la desconfianza en las relaciones sanitarias se ha deteriorado, sencillamente, porque los profesionales de la salud no hemos entendido que este cambio en las relaciones humanas obedece a un cambio cultural dentro del escenario histórico de la modernidad que exige unas relaciones equitativas enmarcadas en una comunicación cálida, asertiva, efectiva y cercana, además de la garantía del secreto a la confidencialidad.

En el contexto psicológico la relación terapeuta-paciente es sin lugar a dudas uno de los temas de gran interés en el estudio del consentimiento informado y del respeto a la autonomía del paciente, porque es a través de estas relaciones que se puede llegar a generar confianza y respeto por los derechos y dignidad de las personas. Sin embargo, actualmente, este encuentro interpersonal es cuestionado por la manera fría y distante en que se da y la concepción errónea del consentimiento informado para proteger la autonomía individual.

En el contexto psicológico, la forma como se realiza el consentimiento informado da lugar a pensar que se ha concebido como un momento previo antes de iniciar la intervención, en otros casos ni siquiera es considerado; En los casos donde se utiliza el consentimiento informado no deja de ser más que un documento legal de protección para el profesional, de cualquier demanda o queja con respecto a la intervención realizada, además porque así lo estipula el código deontológico y bioético del psicólogo, ley 1090.

Este proceso interaccional, se da de una forma muy superficial, vacía, donde se pierde el sentido de este encuentro, que supone una comunicación de doble vía, es decir donde ambas partes asumen un papel activo, constructivo sobre el objeto de interés y que en últimas busca generar confianza y bienestar humano, elementos importantes para generar autonomía y justificar la funcionalidad del consentimiento informado.

El consentimiento informado es un proceso comunicativo, dialógico que busca que ambas partes intercambien información verbal y no verbal con respecto a una intervención para valorar lo que desean, para llegar a un entendimiento acerca de la mejor y más conveniente decisión que beneficie al paciente.

Sin embargo, el consentimiento informado, no siempre garantiza y justifica algunas acciones humanas, especialmente cuando su uso se aleja del verdadero sentido y significado que tiene este medio para proteger la autonomía individual. Desafortunadamente y como ya se ha venido planteando, el consentimiento se ha percibido como una herramienta del profesional para eximirse de cualquier responsabilidad a que tenga lugar una intervención sobre el paciente/usuario; además, cuando la comunicación no es clara ya sea a nivel oral o escrito puede dar lugar a malas interpretaciones que podrían verse como engañosas y por tanto poco confiables y este es un problema que debe generar reflexión y discusión desde la bioética, porque el respeto a los derechos humanos y dignidad de las personas se ve vulnerado.

El consentimiento informado no es suficiente para garantizar éticamente las acciones humanas, sino se concibe y se hace con la idea de respetar la dignidad humana, y puede llegar a ser importante como una forma de protección ante la coerción y el engaño, siempre y cuando el contenido de éste sea permeado por información suficiente, real, clara que facilite su comprensión en un espacio de libertad para que el paciente tome una decisión voluntaria, de esta forma el consentimiento se dará sobre el principio de respeto y dignidad humana.

El consentimiento informado es una herramienta importante dentro del contexto psicológico porque de alguna forma favorece la autonomía del paciente/usuario frente a una decisión que comprometa su estado mental y se fundamenta básicamente en relaciones simétricas, cálidas, cercanas que faciliten encuentros interaccionales constructivos, es decir que se enmarquen en procesos de participación democráticos, reconociendo su capacidad racional.

Si comparamos la propuesta de O'Neill y Pablo Simón Lorda con el manejo del consentimiento informado en Colombia, específicamente en el contexto sanitario, podríamos decir que en vez de avanzar hemos retrocedido, en lo que se refiere a participación democrática de los ciudadanos; sin bien países desarrollados como Estado Unidos o España dieron un gran paso en la defensa de los derechos ciudadanos, en Colombia aún las relaciones profesional de la salud-paciente se siguen manteniendo bajo una visión paternalista que no permite avanzar hacia nuevas realidades donde la persona sienta el reconocimiento de su autonomía como sujeto moral.

En la actualidad estas relaciones paternalistas se han cuestionado, porque son una limitante para el ejercicio de la autonomía, el respeto por la dignidad y derechos

humanos, aspectos que para la bioética son su objeto de interés y hace parte de la conservación y protección de la vida humana. La justificación de este tipo de relación se sustenta bajo la premisa de que el profesional de la salud es el único conocedor y competente científico para decidir lo más indicado, por lo tanto es éste quien decide que es lo más conveniente y procedente para la atención del paciente a fin de proteger su vida y su integridad física, y el paciente acepta tal decisión.

Durante siglos dicha relación estuvo caracterizada por la información que el paciente entregaba a su médico y éste tomaba todas las decisiones en beneficio del paciente pero sin el paciente. Y es en este momento donde el sentido del procedimiento del consentimiento informado toma gran relevancia.

Para O'Neill el consentimiento informado, es más un proceso comunicacional que un acto formal de carácter documental, va más allá de un papel o un documento⁽²⁹⁾. Por esta razón, entendemos que el consentimiento informado es más un intento dialogado para superar distancias y lograr aproximaciones empáticas más allá de una ejecución legal, el cual, en ciertas circunstancias, puede incluso congelar e inhibir el ambiente de confianza requerido para que la relación psicólogo-paciente sea exitosa.

Según sea su forma de redacción y contenido, el consentimiento puede colocar al psicólogo en una relación defensiva, la cual es contraria a los intereses del paciente, de la sociedad y del mismo consentimiento informado. Esta actitud defensiva puede ser percibida por el paciente como una acción del profesional para protegerse contra cualquier acto de irresponsabilidad y puede generar desconfianza que se evidencia en la actitud expectante del paciente para no perder el menor error, para juzgar o valorar una acción como algo negativo afectando y deteriorando la imagen del profesional y de la disciplina como tal.

Es por tal razón importante que el consentimiento informado contenga elementos comprensibles para que se perciba como un proceso y no un acontecimiento aislado en el seno de la relación psicólogo-paciente; además debe contener una absoluta voluntariedad de parte del paciente, es decir libre de cualquier tipo de coerción y engaño con respecto al procedimiento, esto presupone la suficiente información, comprensión y competencia cognitiva y comunicativa del paciente para que pueda tomar una decisión autónoma, libre de cualquier tipo de presión o ignorancia.

En este sentido es responsabilidad del psicólogo dar toda la información posible y en términos comprensibles, en un ambiente de mutua confianza y confidencialidad, de tal manera que el paciente pueda solicitar aclaraciones, respuestas a sus preguntas o temores y finalmente, tras conocer los pormenores del procedimiento, los beneficios

29. O'NEILL, O. Op. Cit. p. 27.

que se esperan de la mismas y de sus consecuencias, para tomar una decisión libre y voluntaria frente a una intervención psicológica.

Se suele entender por consentimiento informado el proceso por el que se proporciona al paciente información relevante para que éste pueda decidir libremente ante cualquier procedimiento psicológico. Para Barcia el consentimiento exige, para ser válido: información suficiente en cantidad y calidad, libertad o voluntariedad y competencia del paciente, en términos de la comprensión de la información⁽³⁰⁾.

La comprensión de la información es uno de los elementos más importantes del consentimiento informado y uno de los aspectos que menos se tiene en cuenta durante el proceso de la comunicación, precisamente porque mantenemos la idea más de protección del profesional frente a un deber que a la reivindicación de derechos tan fundamentales como la autonomía del paciente y por esto el manejo del consentimiento no pasa de ser un procedimiento legal dentro del contexto de intervención lejos de un proceso de comunicación.

La comunicación es un elemento importante dentro del proceso de intervención psicológica y es el fundamento del consentimiento informado; para Buela tiene la función de servir de vehículo a los contextos explícitos del mensaje, es decir que los contenidos deben ser presentados de un modo descriptivo y operativo según un código común entre paciente y terapeuta⁽³¹⁾. Este código hace referencia a la relación y congruencia entre la conducta verbal y no verbal, teniendo en cuenta que más del 50% de la comunicación de los seres humanos es no verbal, es decir emocional.

El lenguaje no verbal, es una forma de comunicar que si no es congruente con el lenguaje verbal puede provocar confusión en la interpretación y dar sentido y significados diferentes a lo que se quiere decir. Este es un aspecto importante que se debe contemplar cuando se habla de la comunicación y que poco se tiene en cuenta posiblemente porque requiere de habilidades del interlocutor para saber expresar lo que se piensa y siente de manera coherente y racional.

La racionalidad y razonamiento juegan un papel importante en los distintos actos de comunicación, porque dan sentido y significado a lo que se quiere decir, hacer y cómo se debe interpretar, direccionando los actos comunicativos hacia objetivos comunes para ambas partes; el contenido de la comunicación por lo tanto, tiene componentes cognitivos que dan sentido a formas de pensar, sentir y actuar fundamentales en la comprensión del contenido de la información.

30. BARCIA, D; POZO, P y ROCA, J. *Confidencialidad y consentimiento informado en psiquiatría*. Madrid: You & Us, 1998.

31. BUELA, G y SIERRA, J. *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. España: Biblioteca Nueva, 2001. p 30.

La comunicación, entonces, debe ser un proceso mediante el cual se transmiten significados de una persona a otra; en esta transmisión de información, se intercambian ideas, emociones, usando símbolos, palabras u otras maneras de expresión que tienen que ser compartidas para lograr acuerdos semánticos de lo que se quiere decir.

Onora O'Neill y Manson encuentran dos niveles de distorsión del consentimiento informado: el primer nivel de distorsión parte de la suposición que el consentimiento informado asegura la autonomía individual. La justificación estándar del consentimiento informado enfatiza en la conveniencia o transferencia de la información, como el material para tomar decisiones individuales e insistir que una decisión individual (elección autónoma) debe ser respetada. El segundo nivel de distinción no deriva de los argumentos usados para justificar los procesos del consentimiento informado, pero sí lo hace desde aspectos profundamente relacionados de nuestro pensamiento acerca de lo que es la información y comunicación⁽³²⁾.

Con respecto a este nivel es necesario insistir que la comunicación va mucho más allá del acto de informar. Cuando se informa se describen ideas, hechos, pensamientos y se envía a un receptor que puede tomar o dejar dicha información. La comunicación implica un proceso mucho más interactivo, requiere de mínimo dos personas con un rol activo y participativo para recibir, elaborar y retroalimentar la información que se transfiere en forma constante, permanente, con un objetivo claro y común para ambas partes, esto quiere decir, que la comunicación es un proceso bidireccional donde las partes se afectan mutuamente.

De esta forma la comunicación, es un medio y no un fin en sí, que permite transmitir a otros algo que pensamos o sabemos, para alcanzar objetivos comunes, este proceso de intercambio de información es lo que podríamos llamar interacción.

Este proceso interactivo enriquece el consentimiento informado y muy seguramente dinamiza el contexto de intervención psicológica porque se asume un rol activo y participativo, espacios importantes para generar confianza y alcanzar objetivos de interés.

Otro elemento para tener en cuenta en los procesos de comunicación es la utilización de metáforas, las cuales son muy utilizadas y en algunos casos resultan ser de gran ayuda para comprender el contenido de una información o en otros casos cambian el sentido de lo que realmente se quiere decir.

El uso de las metáforas si bien facilitan expresar algunos contenidos de la información que resultan ser complejos, para cierto público, también puede llevar a

32. O'NEILL, O. Op. Cit. p. 68.

dar una interpretación diferente de lo que se quiere decir. Por tal razón, las metáforas no son la mejor opción al momento de comunicarnos con el otro, porque finalmente esconden información o llevan a la tergiversación del contenido perdiéndose el sentido y significado de lo que se quiere decir y dar a entender.

Pensaría que el uso de metáforas estaría sujeto a cierto tipo de información y cierto tipo de público; es decir que aquella información cuyo contenido es de difícil comprensión para algunos interlocutores sería más fácil la comunicación a través de metáforas, de ahí la importancia de valorar como profesionales a qué tipo de público va dirigida la información y buscar la mejor forma para transmitirla y hacerla comprender.

El medio con el cual transmitimos la información es otro aspecto importante para lograr el proceso de comprensión, el lenguaje utilizado dependerá de la cultura, el nivel de escolaridad y de otras variables que seguramente serán necesarios tenerlos en cuenta para cumplir con el objetivo de la comunicación; por lo tanto la comprensión del contenido de la información requerirán de la competencia cognitiva, es decir el conocimiento teórico y capacidad de aplicarlo a la práctica y comunicativa, habilidad para expresar, comprender, argumentar e inferir de los interlocutores para tener claridad sobre lo que se va a decir, cómo se va a decir y la interpretación que se debe dar a la información. La competencia cognitiva y comunicativa son dos componentes que no se tienen en cuenta como parte fundamental de la comunicación, hablamos sin pensar, perdiéndose el sentido racional y lógico de lo que se quiere decir y la coherencia con lo que se hace y esto es lo que muy seguramente ha interferido en la comprensión de la información cuando se realiza el consentimiento informado.

Aun cuando el proceso básico de la comunicación es relativamente sencillo, se pueden presentar barreras que pueden obstaculizar el proceso de comunicación como las diferencias culturales, la forma como cada interlocutor percibe una situación, y como se establecen las relaciones interpersonales.

La forma como se interactúe con el otro influirá en la comunicación; por ejemplo, si no existe confianza entre los interlocutores, entonces la comunicación será limitada y reservada; o si un interlocutor influye sobre el otro entonces el receptor tratará de protegerse, mostrando actitudes defensivas que alterarán la comprensión de la información; igualmente cuando el emisor y receptor pertenecen a culturas diferentes el lenguaje, representado en símbolos y significados será diferente y será difícil llegar a acuerdos lingüísticos afectando la comprensión de la comunicación.

Por esto la insistencia de que la comunicación por lo menos debe contar con el componente cognitivo, capacidad de razonar, interpretar y comprender una situación y el componente comunicativo que facilite la expresión de ideas, pensamientos,

situaciones entre interlocutores del tal forma que la comunicación constantemente se retroalimente definiendo su carácter bidimensional, es decir de doble vía. El consentimiento informado, entonces, requiere de claridad frente a la información que se quiere dar y la forma como se transmite al paciente, utilizando unas palabras que puedan ser entendidas, comprendidas, de tal forma que se den procesos de retroalimentación mutuos que permitan la comprensión del contenido para tomar decisiones libres, autónomas y voluntarias.

En la realización del consentimiento informado es importante establecer un proceso de comunicación donde se dé la opción de intercambiar ideas, preguntas, sugerencias, dudas que generen claridad y comprensión de lo que se va a hacer a través de la intervención psicológica. Para O'Neill y Manson en este proceso es necesario tener en cuenta el motivo o razón por el cual se da este proceso, pero también es indispensable la forma como se transmite la información, ya que el participante que la recibe puede hacer inferencias que o han sido planeadas o anticipadas desde las acciones personales y que pueden intervenir en el intercambio de proposiciones durante el diálogo⁽³³⁾. De esta forma es apropiado manejar un vocabulario común para cumplir con el propósito de la misma.

La adecuada transmisión de la información es indispensable para que el propósito del consentimiento informado se cumpla. Para esto es importante manejar un lenguaje común donde se compartan significados que den coherencia a lo que se dice y de esta forma enriquecer el proceso a través de inferencias que evidencien la comprensión de la información dada dentro del contexto.

Informar es inferencialmente importante, la comunicación permite hacer una gran variedad de inferencias, y el éxito de estas transacciones comunicativas dependerá de la correcta utilización de la capacidad inferencial de los participantes.

En términos de la comunicación e información desde el principio debemos ser conscientes de que las transacciones comunicativas dependen del contexto, de la adherencia a reglas lingüísticas comunes, y de la aptitud de los participantes para extraer inferencias. El fin de la información y de la comunicación es permitir al hombre sacar deducciones acerca de lo que escucha, lo que ve y hacer una correcta interpretación de ello que lo lleve a tomar decisiones o adquirir determinada posición.

Estudios empíricos han demostrado que los pacientes no comprenden bien la información; sin embargo Simón Lorda al respecto dice que esto no debe ser una objeción a la teoría del consentimiento informado⁽³⁴⁾. Lo que si puede significar es

33. *Ibíd.* p. 77.

34. SIMÓN, P. Op. Cit. p. 238.

que la manera como se está transmitiendo la información a los pacientes no facilita su comprensión por parte de éstos.

Los medios utilizados para transmitir la información también deben adecuarse al nivel cultural de los interlocutores sobre todo si la persona que debe tomar una decisión desconoce lo que se va a hacer. Este es un aspecto que debe ser considerado al momento de dar una información de tal forma que el consentimiento con respecto a una intervención no sólo dependa del contenido sino el medio sean contemplados como parte del proceso de comprensión que debe tener la persona para tomar una decisión.

La comunicación no debe ser un obstáculo para realizar el consentimiento informado en miras del respeto a la autonomía individual; al contrario deberá ser el centro que movilice este proceso para alcanzar su finalidad, a través de espacios donde la claridad y comprensión de la información fortalezcan la confianza en el profesional y la reivindicación de la misma disciplina.

¿La pregunta ahora es qué se debe comunicar?, ¿qué información deberá ir en el consentimiento informado?, ¿Qué tan suficiente debe ser la información? Para responder a estas preguntas lo primero es tener claro que el proceso de comunicación será el medio que favorecerá la toma de decisiones libres de coerción y engaño, es decir, que la deliberación se dará bajo una auténtica autonomía, de aquí la importancia de que la comunicación no solo sea vista en su forma y contenido sino también en la forma como se estructura y organiza la información.

De la forma como se estructure y organice la información también dependerá el éxito en el proceso de la comunicación y por tanto la validez del consentimiento informado; por supuesto, si el consentimiento informado no contiene la información suficiente, que advierta de riesgos, consecuencias de los procedimientos o se oculte información, la decisión que tome el paciente/usuario carecerá de autonomía.

Si un tratamiento o una intervención tiene un riesgo o efectos graves, el profesional está en la obligación de revelar amplia y detalladamente acerca de estos efectos; si la intervención es mínimamente invasiva una revelación menos completa es suficiente, como podría ocurrir en el contexto de intervención psicológica.

En este sentido lo primero que se debe tener claro es qué se quiere comunicar. Como estamos hablando del consentimiento para una intervención psicológica, pensaría que lo primero es informar sobre los objetivos que tiene la intervención; aquí es posible que el receptor no tenga la claridad conceptual para comprender el sentido que tiene la intervención. Entonces resulta prioritario educar o contextualizar

inicialmente al receptor con respecto a la información que se va a dar, de tal forma que en la medida que se va desarrollando el proceso del consentimiento informado tanto emisor como receptor tengan la competencia cognitiva para asimilar, codificar, interpretar y retroalimentar el proceso comunicativo, y es así como probablemente las decisiones que se tomen sean el resultado de la valoración positiva o negativa de la intervención.

Lo anterior requiere de la habilidad pedagógica del profesional, que me parece muy importante para generar un adecuado proceso de comunicación; de alguna manera son los maestros de sus propios conocimientos, por lo que es importante saber transmitirlos adecuadamente para que el paciente/usuario los perciba y entienda como debe ser. Aquí se evidencia otro problema de la comunicación y ocurre cuando el emisor no se ha hecho entender como debiera ser al receptor.

Una vez el paciente o usuario hayan pasado por este proceso de formación o contextualización con respecto a la situación que justifica la intervención y tengan claro su propósito, es pertinente que se les cuente cómo va a hacer el procedimiento, su participación, que riesgos y beneficios traerá, garantizar el respeto a la confidencialidad, expresar la voluntariedad para participar y retirarse en el momento que así lo deseen; este último aspecto tendrá sus excepciones, porque si la intervención es de riesgo física y/o emocional se debe aclarar antes de iniciar que no se podrán retirar hasta que se finalice el procedimiento; por último después de haber conocido y comprendido el procedimiento, se delibera para tomar la decisión.

La suficiencia de la información estará dada por el nivel de comprensión del paciente/usuario, es decir, que en la medida que se den preguntas, haya debate y discusión así mismo será la información que se dé para tomar decisiones autónomas; lo importante es no ocultar o dar por hecho que se ha entendido lo que se quiere decir, porque estaremos ante barreras comunicativas que impedirán la transmisión del mensaje que se quiere dar.

En síntesis, para obtener una comunicación efectiva, y como lo plantea Buela el contenido de la información debe ser explícito, es decir que sean presentados de forma descriptiva y operativa según un código común entre paciente y profesional⁽³⁵⁾. Además no olvidar que la comunicación no solo es verbal sino también está compuesta por un lenguaje no verbal, que también comunica, por lo tanto el profesional debe tener la habilidad para demostrarle al paciente/usuario que le interesa, que es importante su participación y su opinión, para lograr esto es recomendable una actitud cercana que se dará a través de una sonrisa, un tono de voz agradable, contacto visual y fluidez verbal; estos elementos fortalecerán aún más este proceso.

35. BUELA, G y SIERRA, J. Op. Cit. p. 30.

Ahora, viene la pregunta sobre ¿quién debe hacer el consentimiento informado? deberá ser el profesional directamente responsable de la intervención, porque es quien tiene el conocimiento y además es quien establece un vínculo mucho más cercano a la persona; es por esto que sería la persona más pertinente e indicada para realizar este proceso, además del acompañamiento y seguimiento que puede hacer al caso lo cual mantendrá y fortalecerá la confianza.

Así mismo, el paciente/usuario debe tener la capacidad cognitiva para recibir la información y la capacidad comunicativa para expresar sus sentimientos, pensamientos al emisor y de esta forma generar procesos retroalimentativos que dinamicen y enriquezcan la comunicación. Si llegase el paciente o usuario a presentar dificultad cognitiva, el consentimiento será dado por el tutor o responsable de la persona.

Para lograr igualdad y simetría en las relaciones interpersonales es importante que los agentes involucrados cuenten con las competencias cognitivas para transmitir sus deseos, necesidades, inquietudes, etc., y compromisos prácticos, comunicativos para hacer procesos retroalimentativos que evidencien la claridad y comprensión de la información.

Al momento de transmitir una información se debe tener primero un conocimiento acerca de lo que se va a tratar para así dar la información más acertada y correcta. Se pueden usar las inferencias para dar a conocer una información; sin embargo las inferencias corren el riesgo de no ser coherentes con lo que se quiere decir o el otro participante puede hacer interpretaciones diferentes; en este caso es mejor estar seguro de que la información recibida es la misma información transmitida con el sentido y significado que se le quiere dar, y esto se logra a través de procesos de feedback, que retroalimentan constantemente la comunicación.

Una vez realizado el consentimiento, es importante que se cumpla lo acordado, de esto dependerá que se siga manteniendo la confianza, credibilidad tanto del consentimiento como del profesional y la disciplina. La función de los procedimientos de consentimiento informado no es solo asegurar que los profesionales estén protegidos de amenazas o acciones legales sino que estas transacciones también pueden ser importantes para establecer relaciones de confianza entre paciente y profesional. En este contexto y según Manson y O'Neill el contenido revelado no puede ser lo único importante, debido a que en gran parte las relaciones y el estado del paciente colaboran en el entendimiento del consentimiento informado⁽³⁶⁾. Ya que los profesionales tienen información sobre algunos cursos de acción (de sus riesgos, costos, beneficios, etc.) que los pacientes no tienen, pero necesitan adquirir o recibir a fin de decidir o elegir si aceptan o no una intervención.

36. O'NEILL, O. Op. Cit. p. 77.

Si el consentimiento informado se realiza con la claridad, sentido y significado que este tiene, muy seguramente serán otros los escenarios que favorecerán el respeto de la autonomía y dignidad de las personas. Es por tal motivo que el respeto de la autonomía individual es una buena acción como lo es sin duda la expansión de las prácticas de consentimiento informado en todas las disciplinas donde se intervine a nivel físico y mental con las personas.

Después de todo, si el paciente no recibe información específica, detallada y coherente, no puede decidir autónomamente que hacer, así como no se puede seguir ningún curso de acción sin consentimiento informado, más aún cuando existan riesgos o peligros con la intervención, entonces, lo más pertinente es ser claro, transparente con la información sin ocultar ni engañar para obtener el consentimiento, porque lo único que se va a lograr es desconfianza, y la desconfianza deteriora las relaciones con el profesional y la credibilidad en la disciplina.

Por lo tanto, el proceso de la comunicación se convierte en un aspecto importante del consentimiento informado porque a través de las interacciones se fortalece la confianza para preguntar, aclarar, discutir y elaborar nuevos contenidos sobre la información dada, facilitando llegar a acuerdos implícitos y explícitos del objeto de interés, de esta forma se favorece la autonomía y respeto a la dignidad de las personas.

El consentimiento informado es un proceso comunicativo que implica hacer llegar al paciente una información clara, congruente y coherente con lo que se piensa hacer y generar procesos comprensivos que autenticen el sentido y significado que tiene el consentimiento informado. Por esto se insiste en la importancia de la comprensión de la información, y esta solo se da a través de un lenguaje claro y adecuado a las condiciones socioculturales del paciente para evitar malas interpretaciones que puedan llevar a la pérdida de confianza y autonomía individual.

La información debe ser considerada como material de toma de decisiones y esa toma de decisiones individual debe ser respetada. Si la información es lo que necesitamos para decidirnos es necesario que esta contenga todos los elementos necesarios para que el paciente/usuario pueda tomar la decisión más correcta bajo los argumentos y justificaciones precisas.

La importancia y eficacia de una comunicación más que lo que se informa es tal vez la forma en que se dice y la forma como se asume el intercambio de información pues más que oír y ver, el paciente necesita sentir comodidad, sentirse en confianza y necesita deducir e inferir lo que realmente se quiere manifestar. Esto quiere decir, que todo acto comunicativo implica de las partes involucradas compromisos de tipo

cognitivo y práctico para llegar a un entendimiento sobre la información que se quiere transmitir; cuando los participantes usan códigos diferentes de comunicación la información tomará el sentido que cada interlocutor quiera darle y aquí nuevamente se presenta el problema de la comunicación.

Por lo tanto, en el proceso de comunicación además de la competencia cognitiva y comunicativa de los participantes, debe haber correspondencia en las transacciones, esto implicará el manejo de un lenguaje sencillo acorde al nivel cultural, coherencia semántica, es decir, que hayan acuerdos con respecto a los significados y por último, la forma como se dé la comunicación afectará la forma como se responda a este encuentro interaccional.

Para O'Neill lo que todos estos actos lingüísticos tienen en común es que aquellos ocurren teniendo en cuenta los juegos complejos de compromisos cognoscitivos y prácticos, derechos, expectativas y papeles sociales y el entendimiento compartido de que los compromisos de otros pueden ser modificados⁽³⁷⁾. Si la comunicación se estructura bajo normativas diferentes entre los participantes cada cual dirá y escuchará lo que quiere, dándose un tinte más subjetivo a la conversación perdiéndose el sentido y significado de la información que convoca a los participantes.

Si la comunicación se da con éxito, es decir es fluida, coherente entre lo que se piensa, se dice y se hace, no sólo logramos que se dé un consentimiento informado autónomo, sino que también permitirá fortalecer la confianza en la relación psicólogo-paciente y por lo tanto la credibilidad en la disciplina.

Para Manson y O'Neill la comunicación es un asunto normativo que presupone un marco rico de normas compartidas, y compromisos compartidos de fondo (práctico y cognoscitivo) así como las capacidades precisas deductivas. Las acciones comunicativas juegan un papel importante en el ajuste (la adaptación), el mantenimiento, la indicación, la corrección y el revisar los compromisos prácticos y cognoscitivos de participantes en intercambios comunicativos⁽³⁸⁾.

Por lo tanto el compromiso del proceso comunicativo recaerá más en el profesional quien deberá tener la habilidad para informar en forma clara y precisa a un público desconocido, del cual deberá identificar el lenguaje más apropiado para transmitir la información que se quiere dar y además para hacerla comprender de la mejor forma posible.

37. *Ibid.* p. 90.

38. *Ibid.* p. 57.

En síntesis, el respeto de la autonomía del paciente se dará en la medida en que se den relaciones de confianza, caracterizadas por ser simétricas, cálidas y humanas, donde la participación de los interlocutores sea activa y democrática derivada de procesos de comunicación cuyo componente cognitivo y práctico además de generar espacios de comprensión sobre la información transferida también permiten dar sentido y significado a la comunicación, estos aspectos son importantes para dar un consentimiento informado que respete la autonomía y dignidad de las personas.

3. El consentimiento informado en el contexto psicológico una nueva mirada de la autonomía como atributo y la comunicación entre gentes

En este capítulo plantearé una propuesta sobre lo que podría ser el consentimiento informado en el contexto psicológico, teniendo en cuenta la experiencia del ejercicio profesional en la Escuela de Psicología, Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, UPTC Tunja y del concepto de autonomía como un atributo de las personas para participar libre y voluntariamente frente a cualquier intervención donde su estado físico y mental estén comprometidos y la importancia de las relaciones psicólogo-paciente/usuario se enmarquen en la igualdad, simetría, confianza dada a través de una comunicación efectiva, es decir una comunicación de doble vía.

Antes de plantear esta propuesta se hará una síntesis de los antecedentes y conceptualizaciones del consentimiento informado, algunos de éstos ya han sido planteados en los capítulos anteriores.

3.1 Antecedentes del consentimiento informado

La esencia del consentimiento informado responde a un momento coyuntural de la historia del siglo XIX, donde los ciudadanos cansados de la imposición y autoritarismo exigían a sus gobernantes igualdad de condiciones para participar democráticamente en decisiones que comprometieran su bienestar físico, social, político, económico y religioso.

En este contexto el consentimiento informado nace como una propuesta para dignificar a la persona, a través del respeto a su autonomía, sobre todo en lo que tiene que ver con las relaciones sanitarias donde el paternalismo día a día se fortalecía y los pacientes en una actitud pasiva desconocían el objeto de intervención.

Según Simón Lorda el consentimiento informado tiene sus bases en la historia política y el pensamiento económico del contrato social en donde se legitiman las acciones políticas para evitar el fraude y hacer un llamamiento a la legitimidad moral⁽³⁹⁾.

Y es el período de la modernidad que da paso a la filosofía política, que instaura nuevas formas de relación, destruyendo el paternalismo sociopolítico que imperaba y que no permitía la participación voluntaria y democrática de los ciudadanos. Se propone el consentimiento informado en el contexto sanitario, su finalidad, el respeto por la autonomía de las personas a través de procesos de comunicación que permitieran el conocimiento y debate de una intervención clínica para poder finalmente tomar decisiones sobre la aceptación o rechazo de un procedimiento.

Desafortunadamente, este momento histórico no logró sensibilizar y concientizar a los médicos, quienes en una posición arbitraria, continuaron en una actitud paternalista en la relación sanitaria desconociendo derechos ciudadanos como la autonomía.

Simón Lorda decía que esta relación médico-paciente se caracterizaba por relaciones patriarcales clásicas, el padre médico omnipotente y omniprotector, la madre-enfermera sumisa y cariñosa y el niño enfermo obediente y dependiente⁽⁴⁰⁾. Este tipo de relación permaneció hasta el siglo XX, años 60 y 70, cuando en Estados Unidos los ciudadanos norteamericanos, los que más habían profundizado en su autocomprensión como ciudadanos con derechos y en la dinámica del consentimiento informado sociopolítico, liberados de las explicaciones todavía casi mágicas de la enfermedad, empiezan a exigir mayor participación con derecho pleno en lo que vaya a hacerse con su cuerpo enfermo, con su vida y con su salud.

Para Couceiro la segunda mitad del siglo XX constituye el momento histórico en que toma cuerpo definitivo lo que se denomina "consentimiento informado"⁽⁴¹⁾. En 1957 el caso norteamericano *Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees* utiliza por primera vez esta expresión⁽⁴²⁾ en 1914 el Caso *Schloendorff versus Society of New York Hospitals*, donde el juez B. Cardozo emite una sentencia sobre "el derecho de autodeterminación de los pacientes", que supondrá el derecho de éstos a ser informados y tomar parte activa en las decisiones que les afectan⁽⁴³⁾,

39. SIMÓN, P. Op. Cit. p. 42.

40. *Ibid.* p. 11.

41. COUCEIRO, A. Op. Cit. p. 136.

42. Se trataba de un enfermo con arteriosclerosis al que se le practicó una aortografía translumbar sin su consentimiento y quedó con una parálisis permanente. En la sentencia se decía: "...un médico viola su obligación hacia sus pacientes, y es por tanto responsable, si retiene cualquier hecho que se considere necesario para que el paciente realice un consentimiento adecuado al tratamiento que se propone".

43. GRACIA, D. Op. Cit. p. 9.

que aún como inseparables dos ideas que hasta entonces no había evolucionado interconectadamente, al menos de forma explícita. A partir de entonces se establece que no es posible que un paciente emita un consentimiento realmente válido a un determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico si no ha recibido una cierta cantidad de información sobre ese procedimiento, de tal forma que pueda tomar una decisión consciente y libre.

Un segundo factor fue el movimiento de reivindicación de los derechos civiles promulgados en 1973 por la Asociación Americana de Hospitales, de la primera Carta de Derechos de los Pacientes.

Sin embargo, para Simón Lorda la respuesta negativa de los médicos norteamericanos promovió en los pacientes procedimientos de tipo jurídico que las sociedades modernas establecieron para defender los derechos de los ciudadanos⁽⁴⁴⁾. Lo que pretendían los ciudadanos que denunciaron a sus médicos ante los tribunales era que estos establecieran que la condición de enfermo no erosiona, limita o cuestiona la condición de ciudadano. Esto es, si un ciudadano tiene el derecho de participar activamente en las decisiones políticas que afectan a su vida social, ese mismo ciudadano tiene el mismo derecho de participar activamente en las decisiones sanitarias que afectan a su vida fisiológica o corporal.

Un tercer factor es el desarrollo a partir de 1970 es la aparición de la bioética, que se articula en torno a la reflexión sobre los contenidos morales del consentimiento informado, tanto en el nivel asistencial como en la investigación.

Couceiro plantea que un aporte importante en la reflexión de la ética de la investigación fue el Informe Belmont (1978), elaborado por la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences a petición del Congreso norteamericano, quienes establecieron los principios de no-maleficencia, beneficencia y justicia como premisas éticas fundamentales para orientar la investigación en seres humanos⁽⁴⁵⁾.

Igualmente se reconoce la labor de los bioeticistas norteamericanos en la teoría del consentimiento informado como el núcleo ético de una nueva forma de entender la relación médico-paciente. Los tres volúmenes del informe publicado en 1982 por la President's Commission for the study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, titulado Making Health Care Decisions son uno de los

44. SIMÓN, P. Op. Cit. p. 12.

45. COUCEIRO, A. Op. Cit. p. 137.

aportes en esta labor y un fundamento en la reflexión ética sobre el consentimiento informado⁽⁴⁶⁾.

Así pues, la historia del consentimiento informado, para Simón Lorda “nace en los tribunales como fruto de la ceguera de los médicos ante los cambios sociales y culturales que, desde el siglo XVI habían venido transformando sustancialmente las relaciones humanas”⁽⁴⁷⁾. Su actitud apática y rígida a esta nueva forma de relación llevó a los tribunales de justicia a muchos médicos que desconocieron derechos tan fundamentales como la autonomía de los ciudadanos. Los ciudadanos conscientes de sus derechos exigieron mayor participación y respeto en las decisiones que tuvieran que ver con cualquier dimensión humana.

Según este autor, “España tampoco escapó a esta crisis del consentimiento informado la primera sentencia que enfrentaba este país fue una Sentencia del Tribunal Supremo, civil, que lleva fecha del 23 de abril de 1992. En aquella sentencia se condenaba a unos cirujanos al pago de una indemnización de 30 millones de pesetas por los daños derivados de una intervención quirúrgica de escoliosis dorsal de una menor, que la había dejado parapléjica. Según la citada sentencia dichos cirujanos no advirtieron a la madre de que la operación no era ineludible ni necesaria, ni le explicaron otros tratamientos alternativos, ni le expusieron los riesgos de la operación. Por ello, dice la sentencia, los cirujanos asumieron personalmente los riesgos al no haber obtenido el consentimiento informado”⁽⁴⁸⁾.

Estos y muchos casos más, seguramente, dieron la pauta para cuestionar y reflexionar sobre el verdadero sentido del consentimiento informado. Para Simón Lorda podría decirse que la década de los 60 fue el momento histórico en que el “principio” de autonomía comenzó a infiltrarse en la sociedad civil y en la vida privada de las personas⁽⁴⁹⁾. Una de las formas más expresivas de dicha infiltración fue la generalización del lenguaje de los “derechos civiles”, dicho lenguaje había recobrado vigor en las sociedades occidentales a partir del final de la segunda guerra mundial y la proclamación por la ONU en 1948 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

A partir de entonces la legislación del consentimiento informado en contextos sanitarios fue una medida de control para que las relaciones médico-paciente se dieran bajo el respeto de los principios básicos como no-maleficencia, justicia, beneficencia

46. *Ibid.* p. 137.

47. SIMÓN, P. Op. Cit. p. 12.

48. *Ibid.* p. 13.

49. *Ibid.* p. 70.

y la autonomía; sin embargo y desde la bioética el consentimiento informado va más allá de lo deontológico, implica una concientización y sensibilización del profesional para entender que éste debe ser un proceso humano de comunicación que reconozca en el paciente/usuario su capacidad de razonar y en esta medida tomar decisiones libres, voluntarias que dignifiquen a la persona y a su autonomía como tal.

Es posible y como lo plantea Simón Lorda el problema de los profesionales de la salud es que no se ha dado un significado profundo, cultural, sociológico y moral, del fenómeno del consentimiento informado, y siguen aferrados a consideraciones victimistas y caducas, sustentadas en una limitada evolución de la doctrina deontológica sobre el consentimiento informado, el inmovilismo de los Planes de Formación de los estudiantes de las Ciencias Humanas y de la Salud en materias como la Bioética o las Humanidades en general, el diseño y forma de uso de los formularios escritos de consentimiento informado y el poco sentido a este proceso, asimismo el desconocimiento de los pacientes sobre sus derechos ha fortalecido aún más esta actitud⁽⁵⁰⁾.

En Colombia, pienso que estamos muy a trazados en información y formación sobre consentimiento informado especialmente en el ámbito de la psicología, posiblemente porque la formación ha estado dirigida hacia la ética, la norma más que aun sentido humano del ejercicio de la profesión; aunque se supone que las disciplinas humanas deberían tener un enfoque humanístico, sin embargo a mi modo ver esto no se da así.

3.2 Práctica del consentimiento informado en el contexto psicológico.

Una experiencia en la escuela de psicología facultad ciencias de la salud, universidad pedagógica y tecnológica de Colombia (UPTC), Tunja

Para la fundamentación de la propuesta sobre el consentimiento informado en Escuela de Psicología se tuvo en cuenta la recolección y análisis de la información recogida a través de una encuesta aplicada en el mes de abril del 2008 a 30 usuarios de los servicios del CEAPSY y Laboratorios de psicometría y aprendizaje.

Esta encuesta, sin pretensión de validez estadística ni de generalización, nos muestra una situación real con respecto al uso, sentido y significado del consentimiento informado en el contexto psicológico. Esta encuesta tenía como finalidad conocer

50. *Ibid.* p. 15.

el concepto, comprensión que podían tener los pacientes/usuarios con respecto al consentimiento informado.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: De los servicios ofrecidos por la Escuela de Psicología en el Ceapsy solo 10 personas de la muestra dice conocer el consentimiento informado, mientras que las otras 20 desconocen su uso. En los laboratorios de pruebas psicométricas y procesos básicos 5 personas dicen que conocen el consentimiento informado y las 10 restantes dice no conocer el consentimiento informado.

Las personas que dicen conocer el consentimiento informado, tienen una idea superficial, dicen que es un medio que le permite tener al paciente información sobre lo que le van a hacer y además es una herramienta que usa el sistema para proteger a las personas y la institución. Dos sujetos entienden que es un documento por medio del cual las personas se informan sobre el proceso terapéutico y deciden si aceptan o no dicho procedimiento.

Con respecto a la comprensión del consentimiento informado 20 no comprenden el documento; en cuanto al tipo de relación que establecen con el psicólogo, 15 personas dicen que es cercana y amable y se genera confianza; 2 dicen que la relación no es amable y que los profesionales toman el consentimiento informado como un simple papel.

De la muestra que conoce el consentimiento informado dicen que no se les informa sobre los procedimientos a seguir, los riesgos y beneficios de la intervención psicológica; "prácticamente se impone y se obliga a firmar el papel". La otra restante dice que la información es clara y se plantean los riesgos y beneficios de la intervención psicológica.

En cuanto a la confidencialidad del consentimiento informado 15 de ellas dice que si se garantiza la confidencialidad de la información y solo 1 dice que no se respeta ya que son muchas las personas que tienen acceso a ella.

Si hay algún tipo de inquietud con respecto al contenido de la información del consentimiento informado dos personas dicen que no se aclara la información y que el consentimiento no es escrito. Cuatro de la muestra dicen que si se aclara cualquier inquietud y que es importante que esto se haga antes de firmar.

Cinco personas dicen que no sienten confianza al firmar el consentimiento informado, hay presión para dar esta autorización. Diez personas dicen que si hay confianza y que el personal que los atiende es amable.

Cuando se pregunta si los resultados obtenidos de cualquier intervención o valoración psicológica son conocidos por los pacientes diez de estas personas nunca se les informa sobre los resultados obtenidos.

Con respecto al 66% (20 personas) de la muestra que dice no conocer el consentimiento informado, en su mayoría dicen que desconocen este procedimiento y que ellos hacen todo lo que el psicólogo les diga, confían en ellos y por esto nunca preguntan. Les parece importante saber que tienen derecho al consentimiento informado y que esperan que de ahora en adelante se les tenga en cuenta para tomar una decisión con respeto al proceso psicológico

El análisis de la información con respecto al consentimiento informado refleja el desconocimiento que tienen los pacientes/usuarios frente a sus derechos, como es la autonomía. Este derecho se ve vulnerado porque los pacientes/usuarios no participan en la toma de decisiones frente a una intervención psicológica, por desconocimiento y también, hay que admitirlo, porque el profesional no facilita estos espacios asumiendo posiblemente, una actitud impositiva y poco accesible para que el paciente pregunte y conozca el proceso psicológico a seguir.

En este sentido identifiqué tres problemas que a mi modo de ver limitan el sentido y significado que se debería dar al consentimiento informado. El primero, la falta de reconocimiento de la autonomía del paciente para conocer e informarse sobre el proceso psicológico; segundo la concepción errada que tienen los psicólogos con respecto al consentimiento informado y tercero el desconocimiento de los pacientes frente a sus derechos lo que fortalece la actitud pasiva y poco exigente del consentimiento informado.

Con respecto al primer problema, pensaría que el profesional desconoce el fundamento filosófico e histórico del consentimiento informado. Es claro que si bien se usa el consentimiento informado en algunos procesos de intervención psicológica, no se hace con el sentido y significado de respeto por la autonomía del paciente. Esta actitud responde a una relación paternalista que no se aleja a la tradicional relación donde el profesional es el padre, protector, omnipotente y el paciente, sumiso, pasivo y obediente.

Aún en pleno siglo XXI este tipo de relación paternalista tan criticado en el contexto sanitario, sigue arraigado no sólo en la interacción médico-paciente sino también en la relación psicólogo-paciente/usuario, es así como se observa al paciente depositando una fe ciega en el profesional con la creencia que este tiene la razón y conocimiento para decidir lo mejor sobre ellos; esta actitud pasiva, poco participativa, limita su capacidad de autonomía moral.

Sin embargo, esta confianza no es racional, es una confianza que obedece más a las creencias del paciente con respecto al profesional, a quien lo perciben como la persona que “cura” o “soluciona un problema”; esta confianza ciega, parece obedecer más a la inseguridad que puede presentar el paciente porque siente que no tiene el conocimiento necesario para opinar, preguntar y discutir un proceso de intervención; por esto prefieren dejar a que el profesional decida lo mejor que se deba hacer. El problema de este tipo de confianza ocurre cuando lo esperado por el paciente no es lo recibido por el profesional, entonces, esa imagen omnipotente y protectora empieza a desvanecerse perdiéndose la confianza, credibilidad en el psicólogo y hasta en la disciplina.

Con respecto al segundo problema, es evidente que los profesionales de la salud, específicamente los psicólogos, nos hemos quedado en una idea deontológica de lo que es el consentimiento informado. Con esto quiero decir y de acuerdo a los resultados de las encuestas, que pareciera que el consentimiento informado se utiliza como una medida formal para legalizar un procedimiento psicológico y proteger al profesional, perdiendo el sentido y significado que desde la bioética se quiere dar, es decir como un proceso de comunicación de doble vía que valida y reconoce la autonomía individual y por lo tanto la dignidad de las personas.

Las razones de esta forma de pensar y actuar posiblemente se dé y como no lo plantea Simón Lorda en la poca fundamentación bioética en la formación profesional; no hay un significado profundo, cultural, sociológico y moral, del fenómeno del consentimiento informado, y seguimos aferrados a consideraciones victimistas y caducas, sustentadas en una limitada evolución de la doctrina deontológica sobre el consentimiento informado, el inmovilismo de los planes de formación de los estudiantes de las Ciencias Humanas y de la Salud en materias como la Bioética o las Humanidades en general, el diseño y forma de uso de los formularios escritos de consentimiento informado y el poco sentido a este proceso, asimismo el desconocimiento de los pacientes sobre sus derechos ha fortalecido aún más esta actitud⁽⁵¹⁾.

Si no se toma conciencia de la finalidad del consentimiento informado para respetar el derecho a la autonomía de las personas, se seguirá bajo una práctica que además de ser superficial, vacía, carece de sentido porque el consentimiento no es un papel o formulario de llenar en el menor tiempo posible y sin ningún tipo de comprensión como un requisito más dentro los trámites legales que se deben cumplir para una intervención, es un medio que dignifica a la persona porque se le da la oportunidad de conocer, informarse, preguntar y discutir sobre la alternativa que mejor convenga para su estado emocional y personal.

51. *Ibid.*, p. 15.

En cuanto al tercer problema, el desconocimiento que tienen los pacientes sobre sus derechos y en especial el de autonomía es evidente y esto posiblemente ha fortalecido la actitud pasiva de parte del usuario y una actitud "abusiva" del psicólogo para acceder y decidir de forma irrespetuosa en la vida privada del paciente.

El respeto por las personas entendido como la autonomía del individuo para deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación es vulnerado

Fue curioso cuando entrevisté a los pacientes, observar su cara de asombro y sorpresa cuando les hablé sobre el proceso del consentimiento informado y de la autonomía como el derecho que ellos tienen para conocer y decidir sobre los procedimientos que se llevarán a cabo en la intervención psicológica y establecer con el psicólogo una relación cálida y cercana donde la confianza es tan fuerte que la comunicación fluye para preguntar y consensuar sobre la aceptación o rechazo de los procedimientos a seguir.

Percibo en su respuesta de agrado la desconfianza que en este momento se puede llegar a generar en los pacientes frente al psicólogo, y me remonto a la crisis del consentimiento informado vivido en Estados Unidos y Europa a inicios del siglo XX.

No sé hasta qué punto estemos esperando que una denuncia cambie los paradigmas y esquemas mentales que manejamos los profesionales de la salud frente a la relación con el paciente. Aún estamos en una época pre moderna donde pensamos que esta actitud impositiva, autoritaria, mantendrá el respeto profesional, y no nos estamos dando cuenta que lo único que estamos logrando es aumentar la desconfianza y pérdida de credibilidad en el profesional y en la disciplina.

Definitivamente, si no existe la obligación por parte del psicólogo para comunicar y decidir con el paciente sobre un procedimiento, no se puede exigir un derecho, como lo plantea O'Neill cuando menciona a Kant al referirse a la autonomía, quien dice que ésta debe fundamentarse en derechos humanos y los derechos humanos en las obligaciones⁽⁵²⁾. Esto quiere decir, que un derecho no es válido por sí mismo, sino únicamente en relación con la obligación; donde no hay obligación no hay derechos.

Los psicólogos debemos entender que el consentimiento informado es un proceso de comunicación, dialógico que se da desde el inicio del encuentro interaccional con el paciente hasta su finalización, es decir, hasta cuando se termine la intervención y

52. O'NEILL, O. Op. Cit. p. 30.

seguimiento psicológico. Durante este tiempo el paciente tiene derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el profesional, acorde a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permita obtener toda la información necesaria respecto a su estado mental, así como a los procedimientos y tratamientos que se estén dando, al pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve.

El consentimiento informado, debe contener elementos comprensibles para entender que es un proceso y no un acontecimiento aislado en el seno de la relación psicólogo-paciente; además debe contener una absoluta voluntariedad de parte del paciente, es decir libre de cualquier tipo de coerción y engaño con respecto al procedimiento, esto presupone la suficiente información, comprensión y competencia cognitiva y comunicativa para que el paciente pueda tomar una decisión autónoma.

En este sentido es responsabilidad del psicólogo dar toda la información posible y en términos comprensibles, en un ambiente de mutua confianza y confidencialidad, de tal manera que el paciente pueda solicitar aclaraciones, respuestas a sus preguntas o temores y finalmente, tras conocer los pormenores de la intervención, los beneficios que se esperan de la mismas y de sus consecuencias, tomar una decisión libre y voluntaria junto con el psicólogo sobre la intervención.

El paciente es un individuo moralmente autónomo y, por tanto, con capacidad para tomar sus propias decisiones, para dar o no su consentimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos; y, además, por razones de beneficencia, se le debe facilitar que exprese lo que entiende que es mejor para él, permitiéndole que participe del modo más amplio posible en el proceso de toma de decisiones. Pero hay algo más: en la medida en que el consentimiento informado va dirigido a la protección del individuo, es expresión del principio de no-maleficencia: no tener en cuenta el consentimiento informado podría derivar en un daño para el paciente, como en el caso de ausencia de los resultados esperados por el paciente de una actuación psicológica.

Y, si se hace referencia a los sistemas sanitarios, como no lo plantea Simón Lorda éstos están obligados, en cumplimiento del principio de justicia, a proporcionar a los ciudadanos los medios necesarios para el ejercicio de sus derechos y libertades básicas, entre las que se encuentran la participación en el proceso de toma de decisiones clínicas y el respeto a sus elecciones libres⁽⁵³⁾.

La comunicación es un proceso subjetivo del hombre que requiere un proceso de doble vía que consiste en primera instancia en la generación de un mensaje emisor claro y coherente que a continuación será interpretado y analizado por el receptor

53. SIMÓN, P. Op. Cit. pp. 15 - 475.

oyente, para posteriormente generar una respuesta que tendrá que ser a fin con el mensaje recibido; para lograr este propósito se necesita conocimiento del paciente para retroalimentar este proceso y de esta forma reflejar la comprensión de la información suministrada. El acto de comunicar no es una actividad mecánica que simplemente incluye la acción de articular palabras sino que es un acto integral mediante el cual el ser humano expresa un sin fin de sentimientos, actitudes, aptitudes, necesidades dando como resultado el desarrollo pleno de su personalidad, permitiéndole interactuar con la sociedad para de esta forma fortalecer la diferenciación de su individualidad.

El consentimiento informado hace parte del acto de comunicar, de vital importancia en el contexto psicológico, que se puede fundamentar en el modelo agente que propone Onora O'Neill y Manson, cuya finalidad es de consentir o no consentir de una forma autónoma en un contexto determinado; que fijará el paso a seguir en un tratamiento psicológico. Sin embargo, es importante resaltar que esta autonomía es de algún modo relativa ya que está ligada de forma inherente a las creencias religiosas y culturales, tradición oral y educación no solo del individuo sino ligada íntimamente a su familia y amigos.

Para una comunicación exitosa O'Neill y Manson proponen que los agentes deben respetar las normas epistémicas requeridas al incluir no solo las normas de inteligencia y relevancia sino también las normas que respetan los derechos a la verdad. Cualquier petición para el consentimiento debe incluir la descripción de la acción propuesta y de los efectos, riesgos y beneficios que se puedan presentar⁽⁵⁴⁾.

La revelación de toda la información es necesaria para el consentimiento. ¿De otra manera cómo podría alguien dar su consentimiento si su derecho a la verdad está restringido? Pero la sola revelación no es suficiente para la comunicación exitosa. El conocimiento es una transacción que falla si el paciente no ha sido comunicado en forma inteligible, precisa y relevante acerca de todo lo que necesita saber para tomar una decisión y dar su consentimiento.

En consecuencia propongo en primer lugar qué el consentimiento informado se fundamente en relaciones cálidas, donde la confianza se justifique a través de buenos argumentos, buena voluntad y sobre todo unas relaciones interpersonales cercanas que favorezcan una comunicación efectiva y asertiva, además de la confidencialidad que debe existir frente a la información suministrada en el contexto psicológico.

Una confianza sustentada en relaciones igualitarias, simétricas donde el profesional y paciente (usuario) estén en las mismas condiciones para acceder a la información

54. O'NEILL, O. Op. Cit. p. 57.

que contiene el consentimiento informado; esto implicará compromisos cognitivos y prácticos compartidos, para generar procesos comprensivos que lleven al paciente a tomar una decisión libre y voluntaria con respecto a una intervención psicológica.

Para lograr el respeto a la autonomía del paciente se propone entonces, que los individuos sean informados conscientemente a cerca de todos los procedimientos en la intervención psicológica en un contexto donde la relación psicólogo-paciente sea mucho más empática.

Implica de los profesionales la obligación de informar, buscar consentimiento, confidencialidad y privacidad para establecer un verdadero principio de respeto por la autonomía y de los usuarios/pacientes la competencia para comprender lo que se les quiere informar.

Pablo Simón Lorda y O'Neill plantean cada uno desde sus perspectivas elementos importantes para el desarrollo del consentimiento informado en el contexto psicológico, la condensación de lo expuesto por cada uno de ellos me lleva a hacer la siguiente propuesta:

1. El consentimiento informado debe concebirse como una acción sustancialmente autónoma⁽⁵⁵⁾. Las personas son autónomas porque pueden decidir con criterios de racionalidad cómo deben comportarse, juzgando las acciones y los motivos que subyacen como aceptables o inaceptables y actuando conforme a dicho juicio. Esto implica, que sea intencional, es decir, conforme a un plan consciente; que se dé después de haber comprendido la información sobre la intervención; libre de influencias controladoras como coacciones, manipulaciones, persuasiones y engaño.
2. Para lograr lo planteado en el punto anterior se debe establecer relaciones de confianza enmarcadas en un proceso de comunicación que propicie la participación de los interlocutores. Este proceso es el encuentro interactivo y dialógico entre psicólogo y paciente que se da desde el momento en que el profesional entra en contacto con la persona hasta cuando se termina de realizar el consentimiento informado. Durante este proceso ambos se transmiten mutuamente información verbal y no verbal, muy seguramente se necesitará inicialmente una contextualización del paciente/usuario sobre la intervención para poder comprender los objetivos y procedimientos propuestos, esto implicará el conocimiento y comprensión del paciente y la habilidad comunicativa del psicólogo para ser asertivo en la información emitida y hacerla comprensible a éste.

55. SIMÓN. P. Op. Cit. pp. 15 - 475.

3. **Capacidad y competencia.** Aptitud del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos y a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su escala de valores⁽⁵⁶⁾. Esta competencia deberá ser de tipo cognitivo, es decir tener la capacidad de analizar, interpretar y comprender la situación que justifica la intervención y la competencia comunicativa que le dará la habilidad para expresar, preguntar, cuestionar, discutir sobre la intervención propuesta.
4. **Voluntariedad.** Entendida como la libertad del paciente para tomar una decisión independiente de cualquier coacción, engaño, manipulación y persuasión. La voluntariedad sólo se dará en la medida que el paciente/usuario conozca y comprenda la suficiente información a través del proceso de comunicación de forma bidireccional.
5. **Deliberación y Decisión.** Toma decisiones informadas entre el paciente y el psicólogo, después de un proceso de evaluación y discusión de la información que se ha transmitido de forma adecuada y comprensible; ambos aportan, deliberan y asumen riesgos y responsabilidades. El paciente competente decide libremente si consiente o si rechaza aquello que se le propone.

Los pacientes deben ser considerados como personas que se constituyen en un individuo único e irrepetible, diferente, singular, autónomo, sociable y un fin en sí mismo y no un medio, objeto, número o diagnóstico, un sujeto innumerable, con una identidad representada en un nombre, un apellido, o una raza que responde a diferentes intereses del profesional; y la confianza es el cimiento sobre el que se construye tanto las relaciones sociales, como también constitutiva de relaciones singulares; de esta forma el consentimiento informado se constituye en un elemento integrador de la confianza que debe imperar en el proceso de intervención psicológica como un acto que posibilita la toma de decisiones autónomas.

El consentimiento informado es un deber de los profesionales de la salud, correlativo de un derecho de los pacientes que la sociedad ha establecido como tal y por tanto es obligación del psicólogo poner todos los medios a su alcance para que dicho derecho sea respetado como un deber moral y no como una simple obligación ético-jurídica.

Pero, además de que los profesionales interioricen y apliquen el consentimiento informado con un sentido bioético, también se requiere que los usuarios/pacientes se

56. COUCEIRO, A. Op. Cit. p. 137.

informen con respecto a sus derechos, como la autonomía y asuman la responsabilidad en la toma de decisiones con respecto a una intervención psicológica. Y este es el tercer problema que identifique a través de las encuestas; por lo tanto se propone la educación de los pacientes frente a sus derechos, a través de una cartilla didáctica y pedagógica, en un lenguaje claro y comprensible, en el cual ellos puedan informarse sobre sus derechos, como ganar autonomía y confianza en la relación psicológica, conocer y comprender el significado del consentimiento informado y todo lo que implica la participación del psicólogo y paciente en este proceso.

Es posible que la educación de los pacientes frente a sus derechos y al significado y sentido del consentimiento informado motive y concientice a los psicólogos para cambiar su actitud y asumir el consentimiento informado como un proceso donde es importante la participación del paciente y la comunicación efectiva, asertiva y empática como un proceso dinamizador de cambios.

4. Conclusiones

La bioética, que nació como fruto del diálogo interdisciplinario y pluralista frente a dilemas éticos-morales suscitados por el avance y desarrollo tecnológico de la biomedicina, hoy día es un medio importante y necesaria para el desarrollo de la psicología como disciplina de las ciencias humanas.

La formación profesional del psicólogo debe fortalecerse y ampliarse no sólo a la enseñanza de la bioética sino al estudio filosófico, epistemológico de la psicología para poder entender y comprender los principios y fundamentos de la bioética.

Los profesionales de la salud debemos interiorizar que el consentimiento informado es un proceso comunicativo, dialógico con el usuario o paciente con respecto a la intervención que se vaya a practicar y el paciente decide libre y voluntariamente si acepta o rechaza el procedimiento.

Es importante que antes de comunicar el objetivo de una intervención, el procedimiento, riesgos y beneficios y se garantice la confidencialidad es importante contextualizar al paciente/usuario con respecto a la situación que justifica la intervención; esto facilitará aún más entender los propósitos de este encuentro interaccional.

La adecuada transmisión de la información es indispensable para que el propósito del consentimiento informado se cumpla. Este se sostiene sobre diferentes tipos de proposiciones, razón por la cual no se deben omitir características significativas de la comunicación entre agentes como la capacidad de argumentar las proposiciones que hacen y hacer deducciones de las mismas.

La comunicación en el proceso del consentimiento informado presupone un marco rico de normas compartidas y compromisos compartidos cognoscitivos y prácticos que hacen de la acción comunicativa un acto más participativo y democrático para la toma de decisiones libres y voluntarias.

La importancia y eficacia de la comunicación más que lo que se informa es tal vez la forma en que se dice y la forma como se asume el intercambio de información pues más que oír y ver, las personas necesitan un espacio de confianza, tranquilidad, empatía para deducir e inferir lo que realmente se quiere manifestar sin tergiversación de la información.

La desinformación de los usuarios y pacientes frente a sus derechos, fortalece su actitud pasiva para preguntar sobre una intervención psicológica y vulnera la toma de decisiones autónomas, libres de cualquier presión o engaño.

La falta de educación de los pacientes frente al conocimiento del consentimiento informado y a sus derechos fortalece la actitud y relación paternalista del psicólogo, alejándose del sentido humano que tiene el encuentro interaccional.

Es posible que un adecuado manejo del consentimiento informado en el contexto psicológico fortalezca y mejore los resultados esperados de un proceso de intervención.

Si se logra establecer relaciones cálidas, simétricas que favorezca procesos de comunicación de doble vía, y que evidencien el reconocimiento y respeto por la autonomía y dignidad de las personas, muy seguramente se fortalecerá la confianza y credibilidad en el profesional y la disciplina.

Bibliografía

1. ACOSTA Alonso Osio. Código Deontológico y Bioético y Otras Disposiciones Por La Cual Se Reglamenta El Ejercicio De La Profesión de Psicología. No Gacetas P. 386 VPPD 452/04.
2. APPELBAUM PS. "Informed Consent to Psychotherapy: Recent Developments". *Psychiatric Services* 1997; 48: 445-446.
3. BARCIA, D; Pozo, P. y Roca J. Confidencialidad y consentimiento informado en psiquiatría. Madrid: You & Us. 1998
4. BEAHR'S JO, Gutheil TG. "Informed Consent in Psychotherapy". *Am J Psychiatry* 2001. 158p.
5. BEAUCHAMP, T.L. y Childress, J.F., Principios de ética biomédica, Masson, Barcelona, 1999. 522p.

6. Boletín de la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) nº 8, Enero 1998
7. BUELA – Casal, G y SIERRA, J.C. Manual de evaluación y tratamientos psicológicos. España: Biblioteca Nueva, 2001. 30p.
8. COUCEIRO, A. (ed.). Bioética para clínicos. El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. Editorial Triacastela, Madrid, 1999.
9. DACOSTA, Mahal. Bioética. La calidad de vida en el siglo XXI. Reflexiones acerca de la bioética. Colección Bíos y Ethos. Ediciones El Bosque. 2000. Pág. 30
10. FRANCA-TARRAGÓ Omar. Ética Para Psicólogos. Introducción a la Psicoética. Biblioteca de Psicología. Desclee de Bruwer. Cuarta edición. 2003
11. GALVIS Cristian. Ensayos en Bioética. Una experiencia Colombiana. La Educación en Derechos Humanos y en Bioética. Colección Bíos y Ethos. Ediciones El Bosque. 2000. Pág. 38
12. GARCÍA. C. Diego. Contraste. Bioética: Siete claves de Orientación. Foro. Solidaridad y cristianismo. 2006. P. 9
13. GRACIA, Diego. Fundamentos de Bioética. Madrid, Eudema, 1989.
14. GRÍFOLS I Lucas. Problemas Prácticos Del Consentimiento Informado - N.º 5 - (2002). Edita: Fundación Víctor Grífols i Lucas c/. Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona.
15. MONTT. Julio. Bioética. La calidad de vida en el Siglo XXI. La importancia de la bioética en la formación profesional. Colección Bios y Ethos. Ediciones El Bosque. 2000. P. 17.
16. ONORA O'Neill. Autonomy and Trustin Bioetfics. Cambridge. University Press. 2002
17. SIMÓN, Pablo. El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica. Editorial Triacastela, Madrid, 2000. p. 15 a 475.
18. WADELEYA, Blasco T. La ética en la investigación y la práctica psicológicas. Barcelona: Ariel, 1995