



ANÁLISIS DE LA FALTA DE ENTENDIMIENTO DEL PACIENTE EN HIP-CI “HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE-CONSENTIMIENTO INFORMADO”.

D^a María Teresa Martínez Berengeno*
Dr Luis Héctor Bailón García **

*Graduada en Enfermería, Grupo de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia

** IP Grupo de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia, España

Bailon_lui@gva.es

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

María Teresa Martínez Berengeno y Luis Héctor Bailón García (2020): “Análisis de la falta de entendimiento del paciente en HIP-CI “hoja de información al paciente-consentimiento informado””, Revista Caribeña de Ciencias Sociales (diciembre 2019). En línea: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2020/01/paciente-consentimiento-informado.html>

Resumen

Introducción:

El consentimiento informado es la aprobación que realiza un sujeto en plenas facultades tanto físicas como psíquicas, otorgando así la aprobación para que un especialista médico realice una determinada intervención quirúrgica o exploración invasiva. Se ha realizado un cuestionario desarrollado a partir de dos escalas validadas como lo son el Inventario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y la Escala de Habilidades Sociales (A. Goldstein), ya que se trabaja con la posibilidad de que esta falta de entendimiento esté ligada a aspectos psicológicos y/o rasgos de la personalidad del paciente.

Hay una falta de entendimiento y/o no lectura existente por parte del paciente frente al CI, y este está enfocado sobretodo en los rasgos psicológicos de la persona y en gran medida también en una mala relación profesional sanitario-paciente.

Palabras clave:

Consentimiento informado, lectura, paciente, desconocimiento, personalidad.

Abstract

Informed consent is the approval made by a subject in full physical and mental faculties, thus granting approval for a medical specialist to perform a specific surgical intervention or invasive examination. A questionnaire has been developed based on two validated scales such as the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Social Skills Scale (A. Goldstein), since it works with the possibility that this lack of understanding is linked to psychological aspects and / or personality traits of the patient.

There is a lack of understanding and / or non-reading on the part of the patient in front of the IC, and this is focused above all on the psychological features of the person and to a large extent also on a bad professional health-patient relationship.

Keywords:

Informed consent, reading, patient, ignorance, personality.

1. Introducción:

1.1 Concepto de consentimiento informado:

El consentimiento informado es la aprobación que realiza un sujeto en plenas facultades tanto físicas como mentales a través del cual los especialistas médicos quedan autorizados a realizar un tratamiento o intervención concreta “el consentimiento informado es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación y/o intervención, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades”¹

Mediante dicho documento se pretende que el profesional informe a la persona sobre el proceso que se le va a realizar, así como de los beneficios y riesgos que suponga este. El paciente está en pleno derecho de aceptarlo o revocarlo y de conocer otras alternativas existentes al tratamiento. El consentimiento informado es y debe transformarse en una ocasión para constituir una mejor relación profesional sanitario-paciente que originaría un beneficio común para ambos.

Es un proceso que abarca los siguientes pasos:

- El paciente recibe información sobre los posibles beneficios y riesgos de la intervención, del mismo modo, también recibe información sobre los riesgos y beneficios de otras alternativas a dicha intervención, incluyendo no recibir el tratamiento propuesto.
- El paciente tiene la ocasión de hacer preguntas y obtener respuestas hasta que no tenga ningún tipo de duda.

-El paciente ha tenido tiempo (si lo requiere) para discutir dicho proceso con la familia o personas allegadas.

-El paciente puede hacer uso de la información recibida para tomar la decisión que considere que es lo mejor para su interés.

-El paciente comparte su decisión con el equipo de profesionales de la salud a cargo de su tratamiento.

Si todos estos pasos se han llevado a cabo y se decide recibir el tratamiento o proceso, entonces se procede a la firma del CI. El formato del consentimiento indica el procedimiento o intervención que se va a realizar, mientras que el resto del formato suele ser muy general, estableciendo solamente que el paciente ha sido informado de los riesgos del tratamiento así como de otras alternativas posibles.

1.2 Orígenes y regulación del Consentimiento Informado:

A lo largo de la historia siempre ha prevalecido la idea habitual y en muchas ocasiones paternalista de que el profesional sanitario era quien poseía un conocimiento científico total y absoluto sin ninguna opción a errar, por lo que ni siquiera se planteaba la probabilidad de que el paciente tuviera capacidad alguna de decisión “hasta hace algunas décadas atrás, el paternalismo médico era la tendencia a beneficiar o evitar daños a un paciente atendiendo solamente a los criterios o valores del médico antes que a los deseos u opiniones del enfermo”²

Durante el siglo XVIII en el Hospital de San Bartolomé de Londres aparece la primera sentencia relacionada con el CI, cuando el Sr. Slater el cual sufrió una fractura en uno de sus miembros inferiores demanda a los facultativos Baker (primer cirujano del hospital desde hacía 20 años) y Stapleton (boticario del hospital), afirmando que se le había colocado un dispositivo ortopédico en la pierna sin que él hubiera dado el consentimiento para ello. El afectado alegó que dicho procedimiento se le realizó sin ningún tipo de autorización previa por su parte y se negó a pagar los honorarios correspondientes.

Posteriormente, en 1914 el juez Benjamín Natha Cardozo dictaminó una de las sentencias más influyentes en el caso “Schloendorff vs Society of New York Hospital”, cuando se le realizó a Mary Schloendorff una histerectomía supravaginal sin su consentimiento previo y reteniéndola en contra de su voluntad. Dejándole esta como secuela un fuerte dolor abdominal y entumecimiento de su mano izquierda llegando a la gangrena. La paciente tras pasar por varios hospitales más y por fin recuperada decidió demandar al Hospital de Nueva York por los daños causados en su persona.

A partir de este suceso el magistrado del tribunal de Nueva York declaró que “Todo ser humano mayor de edad adulta y juicio sano tiene el derecho a determinar lo que se debe hacer con su propio cuerpo; por lo que un cirujano que lleva a cabo una intervención sin el consentimiento de su paciente, comete una agresión por la que se pueden reclamar legalmente daños”³

En 1947 surge el **código de Núremberg**, a través del cual un grupo de médicos pertenecientes a campos de concentración nazis fueron juzgados acusados de realizar determinadas prácticas consideradas como crímenes contra la humanidad, en prisioneros de guerra; sin ningún tipo de información o consentimiento previo por parte de estos “el código de Núremberg de 1946, es el primer intento de establecer normas éticas para la experimentación en el ser humano. En este, el énfasis se hacía en los intereses de la sociedad más que en el de los propios pacientes y se refería a los riesgos de carácter vital, pero no a las molestias que pudiera sufrir el paciente.”⁴

Posteriormente, en 1964 se promulga en la Asamblea Médica Mundial la **declaración de Helsinki**. Esta agrupa una serie de reglamentos cuyo objetivo es orientar a los profesionales médicos a la hora de realizar prácticas o intervenciones en seres humanos, en ella se resalta especialmente la gran importancia de un consentimiento totalmente voluntario por parte de la persona involucrada.

Actualmente, el profesional sanitario ya no adopta un papel paternalista, ni es un ejecutor del derecho de sus pacientes, sino corresponsable con ellos “La intervención de los pacientes en las decisiones sanitarias se considera por tanto necesaria; se ha trabajado en buscar fórmulas para que participen en todo aquello que les afecte personalmente ante estrategias diagnósticas o terapéuticas a seguir en su enfermedad”⁵, del mismo modo, el facultativo tiene el deber del no abandono del paciente, este se refiere al deber de proporcionar una atención clínica personalizada incluso en situaciones difíciles, como accidentes, cuidados paliativos o pacientes con trastornos psicosociales “fácilmente el profesional cede a la pereza o al miedo, y criterios de eficiencia de equipo o comodidad personal desplazan la responsabilidad ética de no abandono, ya sea directamente (esto es, negando sus servicios o escabulléndose de las situaciones donde debería asumir un papel), o indirectamente (delegando en otros profesionales o intentado que el paciente cambie de facultativo y desista de solicitar sus servicios)”⁶

A día de hoy su regulación se recoge en la **Ley 41/2002, de 14 de Noviembre**, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley fomenta el derecho a la autonomía del paciente, y está citada en la Ley general de Sanidad.

En el caso de la Comunidad Valenciana este se regula en la **Ley 8/2018 de 20 de abril, de la Generalitat, de modificación de la Ley 10/2014, de 29 de Diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana** en el Capítulo I. Derechos y deberes, concretamente en el Artículo 43 se hace referencia al derecho del paciente al Consentimiento Informado “Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado una vez que, recibida la información asistencial, haya valorado las opciones propias del caso”⁷

En definitiva, la hoja de información al paciente y el consentimiento informado son las bases para cualquier tipo de defensa ante una hipotética situación de reclamación; aparte de

suponer una apuesta por ofrecer una información detallada y un mayor diálogo obteniendo como producto un paciente bien informado. Por eso mismo, el primer paso es la sensibilización y/o concienciación de los profesionales sanitarios.

1.3 Consentimiento verbal y escrito:

El CI será escrito cuando se traten de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, y por norma general, en la aplicación de procedimientos que supongan algún tipo de riesgo o inconveniente de clara repercusión (que es lo que se ha estado exponiendo hasta el momento); pero este también puede ser verbal, es decir, que el paciente sea informado del proceso que se le va a realizar mediante un intercambio de información verbal con él sin la necesidad de la firma de ningún documento. Este se reserva en las ocasiones en las que el proceso sea sencillo y que no suponga ningún riesgo de notoria repercusión, o en situaciones de urgencia vital donde corra riesgo la vida del paciente.

1.4 Consentimiento por representación:

Es importante recalcar que el individuo debe de poseer una plena capacidad de juicio para entender toda la información proporcionada acerca del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que se le va a realizar, y del mismo modo poder elegir cuál sería su mejor elección según su situación, de manera racional y totalmente autónoma.

Cuando el paciente no se encuentra en una situación psíquica/física apropiada (trastornos mentales, coma, etc.) o cuando no posee aptitud jurídica para autorizar el procedimiento invasivo (incapacitados legalmente, menores de edad, etc.) entonces nos encontramos frente al denominado “**consentimiento por representación**”; aquí nos podemos encontrar con algunas supuestas situaciones:

-Enfermos incapacitados por su estado físico y/o físico. En aquellas situaciones en las que el sujeto no se encuentre en posición de autorizar un determinado procedimiento bien por un condicionante psíquico o un condicionante físico, será el propio profesional sanitario a cargo del procedimiento quien solicitará la autorización de su representante legal.

-Enfermos incapacitados para la toma de decisiones según los criterios del profesional sanitario responsable de la intervención. Aquí recae en el facultativo toda la responsabilidad de valorar la incapacidad del paciente, al considerar que hay ciertos pacientes que por sus características no son idóneos para asumir una toma de decisiones. Será su representante legal o en su defecto una persona vinculada al enfermo el encargado de conceder el consentimiento. Por otro lado, cabe resaltar que en la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente en el artículo 5.2, se cita que “El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal”⁷

-Pacientes incapacitados legalmente. En esta supuesta situación se establecerá un representante legal en el cual recaerá la autoridad de otorgar el consentimiento. Siempre adecuándose a las circunstancias y necesidades del paciente y respetando su dignidad personal.

-Pacientes menores de edad. En estos casos la Ley 41/2002 de autonomía del paciente establece los 16 años como la mayoría de edad sanitaria. El proceso ha de ser voluntario y el adolescente debe de mostrar aptitud suficiente para afrontar la circunstancia, siempre facilitando al menor la ocasión de ejercer sus derechos con respecto a la toma de decisiones. Se concederá el consentimiento por representación en el supuesto de que se produzca alguna de estas tres situaciones:

-Cuando el sujeto no esté capacitado para la toma de decisiones, o su estado físico y/o físico no le permita hacerse responsable de la situación.

-Cuando el adolescente esté incapacitado legalmente.

-Cuando el paciente menor de edad no tenga capacidad ni madurez intelectual y emocional de comprender la envergadura de la intervención. En este caso, el consentimiento lo otorgará su representante legal tras haber escuchado su opinión si este tiene 12 años cumplidos “Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con 16 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de decisión”⁸

1.5 Excepciones a la hora de aplicar el Consentimiento Informado:

En un principio el consentimiento informado es necesario siempre que se tenga que realizar una intervención quirúrgica o determinados procesos invasivos. Sin embargo, existen determinadas situaciones se puede prescindir de este:

-Ante una **urgencia real y grave para el paciente** que obliga al médico a actuar sin tiempo para obtener un consentimiento informado. El paciente requiere de asistencia inmediata, está inconsciente y no existen familiares o allegados que puedan representarlo.

-En **situaciones en las que exista un grave riesgo para la salud pública**. En estos casos, se puede prescindir del consentimiento informado para realizar un internamiento, cuarentena u hospitalización, con conocimiento y autorización judicial.

-Cuando a juicio del **facultativo el aporte de información puede resultar muy perjudicial para el transcurso de la enfermedad del paciente** (privilegio terapéutico). En la actualidad este proceso ha quedado muy restringido, y solo se aplica en situaciones muy especiales y específicas.

-Por **renuncia expresa del paciente a recibir cualquier tipo de información**. El paciente puede decidir de manera voluntaria dejar de ser informado y que otras personas decidan por él, en estos casos esta responsabilidad podría pasar o bien a un familiar que el designara o incluso al propio médico si el enfermo así lo desea.

-Cuando se deba de corregir una alteración fortuita durante el transcurso de una intervención programada. Como por ejemplo el hallazgo de un tumor durante la realización de una laparotomía que había sido pautada por otros motivos.

En toda supuesta excepción, mientras no existan situaciones de urgencia sería apropiado contar con el apoyo del comité de ética hospitalario para poseer así un mejor estudio y soporte durante el uso de la medida de excepción.

1.6 Consentimiento informado y enfermería:

Las enfermeras tienen un papel importante en el proceso de firma del consentimiento informado, ya que la firma de este contribuye a fomentar algunos de los principios más importantes de la enfermería como lo es la capacidad de decisión del paciente y un trato humanizado, siempre teniendo en cuenta sus necesidades, tanto físicas como psicológicas. Las enfermeras no sólo pueden aportar información acerca de las dudas que le puedan surgir al paciente (siempre y cuando estas sean de su competencia), si no que pueden suponer un gran apoyo psicológico y moral frente a lo que supone para una persona el enfrentarse a una intervención quirúrgica, y la ansiedad y el estrés que esto puede conllevar, ya que son las que más en contacto se encuentran con el paciente “la enfermera es quien se encuentra en mayor contacto con el paciente y es quien pudiera modificar la percepción que el usuario tiene con relación a su situación, a través de una comunicación efectiva enfermera-paciente y con las bases teóricas que cuenta para guiar su práctica, ya que le aportan elementos para evaluar, analizar y proponer planes de acción”⁹. La escucha activa por parte del personal de enfermería es un pilar importante tanto para afrontar la situación como para que el paciente al encontrarse más tranquilo y sosegado pueda realizar una mejor comprensión lectora del CI “la alianza terapéutica entre enfermera y el paciente es una relación de dos personas extrañas entre las que se forma un apego especial, que lleva a una transferencia inconsciente, que hace que las palabras de la enfermera sean de gran importancia para el paciente. Contrariamente a lo que podríamos pensar, este vínculo no fomenta la dependencia si no todo lo contrario, pues lo que se intenta es hacer tomar conciencia al paciente de las armas que tiene para poder afrontar su proceso de enfermedad. También gracias a esta transferencia el paciente dice y cuenta cosas que no le diría a otra persona, para que esto ocurra la enfermera debe tener una actitud de escucha activa y de dejar hablar”¹⁰

1.7 Justificación del estudio:

En la actualidad, la firma del CI se ha convertido en un simple proceso burocrático que en infinidad de ocasiones ni siquiera es entregado al paciente por parte de profesionales de la salud, cuando debería de ser así como se refleja en determinados estudios “El profesional que atiende al paciente o el que aplique la técnica o el procedimiento concreto deberá ser la persona encargada de informarle. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no solo a la correcta prestación de la asistencia, si no a cumplir los deberes de

información y documentación clínica”¹¹ tendría que ser una ocasión para crear un ambiente de confianza y diálogo entre el profesional sanitario y el paciente, donde se produjera un intercambio de información entre ambos ya que la comunicación es un concepto muy importante en el sector de la sanidad “en el ámbito de la salud desde sus orígenes la práctica sanitaria está totalmente vinculada a la comunicación interpersonal y a las habilidades de comunicación. En la base de la atención sanitaria donde se sitúa el proceso salud-enfermedad se encuentran la interacción entre un paciente, su familia, el médico y la enfermera como representantes del equipo de salud”¹²

2. Objetivos del estudio:

2.1 Objetivo general:

Analizar a que se debe esta falta de entendimiento por la gran mayoría de personas sobre el contenido del CI, porque no suelen mostrar interés en leerlo o preguntar dudas con respecto al procedimiento que se les va a realizar y averiguar qué factores influyen en ello.

2.2 Objetivos específicos:

- Analizar el nivel de ansiedad ante una intervención quirúrgica.
- Analizar el grado de habilidades para gestionar el estrés y los sentimientos ante una intervención quirúrgica.
- Analizar el grado de lectura y entendimiento del CI previo a una intervención.
- Relacionar las habilidades de gestión del estrés y emociones y la lectura del consentimiento informado.

3. Material y métodos:

3.1 Tipo de estudio:

Este es un estudio observacional – exploratorio.

El estudio es observacional ya que el factor de estudio no es asignado por los investigadores si no que estos se limitan a observar, medir y analizar determinadas variables, sin ejercer un control directo de la intervención.

Sobre dicho estudio, se quiere analizar a las muestras observando tanto sus reacciones como sus respuestas para poder realizar una medición poblacional y estructurada de las variables propuestas.

En cuanto, a la investigación exploratoria pretender dar una visión general o aproximativa respecto al grado de comprensión de las muestras, y sirve para aumentar el nivel de familiaridad respecto a una realidad sobre el comportamiento humano cuando existe poca información o esta no es deseada.

-3.1.1 Diseño del estudio:

El estudio propuesto presenta una finalidad descriptiva que consiste en averiguar qué factores afectan a la sociedad para presentar cierto desconocimiento acerca del consentimiento informado.

-3.1.2 Ámbito de estudio:

El ámbito de estudio será poblacional, mayores de 18 años. En la provincia de Valencia.

3.2 Población y muestra:

Este estudio está dirigido a personas mayores de edad, que padezcan alguna patología y a los cuales se les haya realizado algún tipo de procedimiento invasivo u intervención quirúrgica con anestesia general, recalcándoles que deben de reenviar la encuesta solo a personas que se encuentren en una situación similar a la suya; obteniendo así una muestra de 199 personas residentes en la provincia de Valencia.

En cuanto al método se ha utilizado, es el muestreo por bola de nieve, en el que los individuos seleccionados para ser estudiados incorporan a nuevos participantes entre sus conocidos. El nombre de "bola de nieve" proviene en concreto de una idea: del mismo modo que una bola de nieve al rodar por una ladera se hace cada vez más grande, esta técnica permite que el tamaño de la muestra vaya creciendo a medida que los individuos seleccionados invitan a sus conocidos a participar. En concreto se un muestreo exponencial, es decir, que cada individuo debe invitar a participar a dos o más individuos. De esta forma, cuantas más personas participan en el estudio, más se añaden al mismo.

Se trata de una técnica de muestreo no probabilístico, el cual tiene ciertas ventajas como que permite muestrear a poblaciones de difícil acceso, es un proceso sencillo y económico y requiere de poca planificación así como de pocos recursos humanos ya que los propios sujetos entrevistados hacen de mano de obra.

Para garantizar la validez de la investigación es muy importante realizar una buena selección inicial de individuos, que nos garantice que cualquier subgrupo existente sea accesible en la red de contactos de los individuos iniciales, lo cual se puede facilitar considerando lo siguiente:

El primer grupo debe seleccionarse aleatoriamente, considerar este punto nos ayudará a reducir el sesgo generado; del mismo modo considerar la diversidad de los miembros en la muestra ayudará a aumentar la validez del estudio en proceso.

Considerando la red social del primer grupo en muestra, se ejecutará lo siguiente:

- Se define un programa de participación, en el cual se describe el proceso en el que un individuo invita a otros participantes y se detallan las características de la población objetivo.
- A uno o más informantes claves, seleccionados al azar, se les pide nominar y conectar con individuos de la población objetivo; esto nos va a generar varios contactos iniciales. Si la recomendación no se limita únicamente a contactos cercanos es posible asegurar la diversidad de la muestra.
- Cada grupo de nominados representa una etapa denominada “bola de nieve”, de los cuales nuevamente se realiza una selección, referenciación de nuevos individuos.

3.3 Criterios inclusión y exclusión:

3.1.1 Criterios de inclusión:

- Mayor de edad.
- Residente en la provincia de Valencia.
- Haber sido sometido a una intervención con anestesia general.

3.1.2 Criterios de exclusión:

- Menor de edad.
- Residir fuera de la provincia de Valencia.
- Haber sido sometido a algún tipo de intervención, sin anestesia general.

3.4 Encuesta:

El material que se ha utilizado son dos cuestionarios validados, como lo son el **Inventario de ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)** que valora la ansiedad como estado y como rasgo de la personalidad, junto con la **Escala de Habilidades Sociales (A. Goldstein & col. 1978)** que evalúa la personalidad, de la cual sólo se han utilizado el Grupo III (Habilidades relacionadas con los sentimientos) y el Grupo V (Habilidades para hacer frente al estrés). Se han elegido estas escalas porque la investigación está enfocada al carácter y rasgos psicológicos de los individuos, ya que se cree que factores como la ansiedad o el estrés que presente el paciente están vinculados con el desconocimiento de este hacia el consentimiento informado, la decisión personal de leerlo o no, así como querer o no resolver dudas. A todo esto vamos a añadirle las siguientes cuestiones que también consideramos que son de gran relevancia conocer:

- Sexo.
- Edad (Delimitando franjas: >30, entre 31 y 60, <60).

- Nivel de estudios (Sin ningún tipo de estudios, Estudios primarios, Formación profesional, Estudios universitarios).
- Cuando le realizaron una intervención quirúrgica o exploración invasiva ¿Leyó usted el consentimiento informado? SI/NO.
- ¿Entendió lo que le iban hacer y los riesgos que tenía? SI/NO.
- ¿Qué nivel de conocimiento de su enfermedad tiene? (Muy profundo, suficientemente informado, lo necesario para el tratamiento, desconozco mi enfermedad).
- ¿Confía en los conocimientos de su médico? (SI/NO/NO LO SÉ).

De esta manera, obtendremos que los individuos se clasifiquen con respecto a su nivel de ansiedad (cuestionario STAI), habilidades relacionadas con los sentimientos y nivel de habilidades para hacer frente al estrés (cuestionario EHS, Goldstein):

Metodología de valoración de los cuestionarios validados (STAI y Goldstein).

Escala	Puntuación	Nº Preguntas	∑Max (ptos)	P30 Nivel bajo (30%)	P60 Nivel medio (60%)	P90 Nivel alto (90%)
STAI	0,1,2,3	20	60	$0 \leq x \leq 18$	$18 < x \leq 36$	$x > 36$
Goldstein (Grupo III).	1,2,3,4	7	28	$0 \leq x \leq 8,4$	$8,4 < x \leq 16,8$	$x > 16,8$
Goldstein (Grupo V).	1,2,3,4	12	48	$0 \leq x \leq 14,4$	$14,4 < x \leq 28,8$	$x > 28,8$

Puntuaciones y niveles de las escalas.

3.5 Análisis estadístico:

Se realiza un análisis estadístico asistido por ordenador, mediante el programa SPSS. Se elabora sobre la muestra un análisis de frecuencias, porcentaje y tablas cruzadas, añadiendo la prueba analítica de X^2 de Pearson (Chi cuadrado).

3.6 Aspectos ético-legales:

El estudio se desarrolló conforme a la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial en 1964 sobre aspectos éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y de información identificable, las *International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies*, la regulación europea y española sobre investigación biomédica, Ley 14/2007, del 3 de julio, y la regulación europea (*General Data Protection Regulation 2016/679; GDPR-2016*) y española (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales; LOPDP-2018) sobre protección de datos personales.

Para la realización del estudio, se solicita el dictamen al CEI de la Dirección General de salud Pública y Centro Superior de investigación en Salud Pública (CEIDGSP-CSISP), siendo este positivo.

Se solicita exención del consentimiento informado, debido a no solicitar ninguna información privada y la absoluta voluntariedad de acceso a la plataforma informática donde registrar las contestaciones. La base de datos quedará en posesión de la Universidad Católica de Valencia, haciéndose responsable dicha Universidad de la Protección de Datos conforme a la Ley.

4 Resultados:

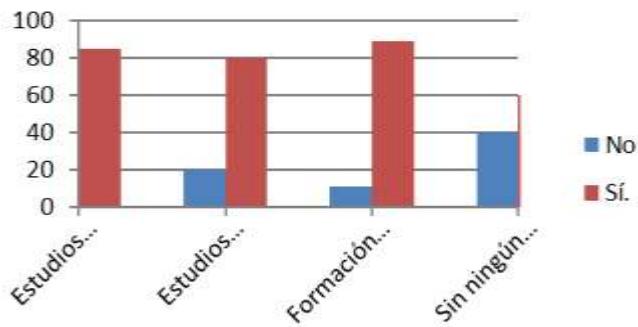
Tabla 1. Nivel de estudios y grado de entendimiento.

		44. ¿Entendió lo que le iban a realizar y los riesgos que tenía?		Total
		No	Sí.	
42. Nivel de estudios:	Estudios primarios.	15%	85%	59
	Estudios Universitarios.	20%	80%	80
	Formación profesional.	11%	89%	55
	Sin ningún tipo de estudios.	40%	60%	5
Total		33	166	199
	Chi-cuadrado de Pearson	,260		

Relación existente entre nivel de estudios y el grado de entendimiento que tiene el paciente sobre el proceso.

En esta tabla se ha relacionado el nivel de estudios con el entendimiento de la persona hacia el procedimiento que se le va a realizar. Predominan las personas con estudios universitarios con un total de 80 individuos, de los cuales el 80% entendieron lo que se le iba a realizar así como sus riesgos y el 20% restante no lo entendieron; le siguen las personas con estudios primarios con un total de 59 individuos de los cuales el 85% si entendieron la intervención, mientras que el 15% no la entendieron; por otra parte de los 55 sujetos con estudios de formación profesional, el 89% si que comprendieron el proceso mientras que el 11% no lo hicieron; por último el grupo más escaso es el de individuos sin ningún tipo de estudios con un total de 5 personas, de las cuales el 60% si que entendieron lo que le iban a realizar y el 40% no lo hicieron.

Gráfica 1. Nivel de estudios y grado de entendimiento



Relación existente entre nivel de estudios y el grado de entendimiento que tiene el paciente sobre el proceso.

Tabla 2. Sexo y nivel de conocimiento sobre la enfermedad.

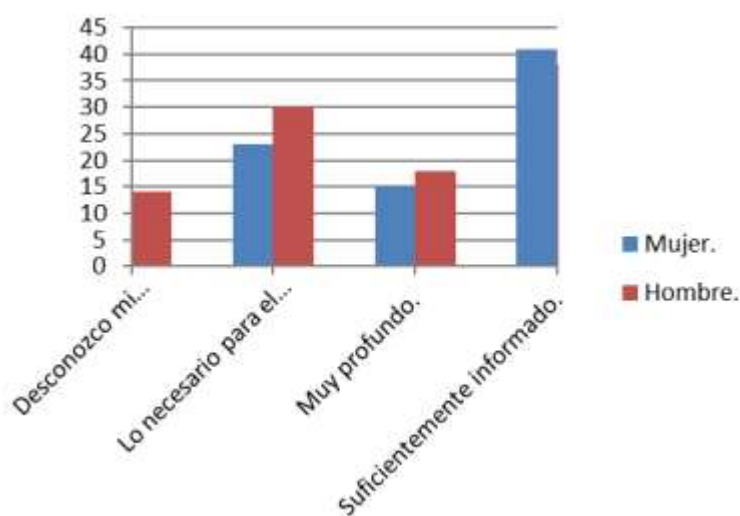
		45. ¿Qué nivel de conocimiento de su enfermedad tiene?				Total
		Desconozco mi enfermedad	Lo necesario para el tratamiento	Muy profundo.	Suficientemente informado.	
40. Sexo:	Mujer.	21%	23%	15%	41%	128
	Hombre.	14%	30%	18%	38%	71
Total		37	50	32	80	199
	Chi-cuadrado de Pearson	.467				

Relación existente entre el sexo y el

conocimiento que tiene el paciente sobre su propia enfermedad.

Aquí se ha relacionado el sexo con el nivel de conocimiento de la enfermedad. En este caso predominan las mujeres con un total de 128, de las cuales el 41% están suficientemente informadas, el 23% lo necesario para el tratamiento, el 21% desconocen su enfermedad y el 15% tiene un conocimiento muy profundo de esta. Por otra parte contamos con 71 hombres, de estos, el 38% están suficientemente informados, un 30% tan solo lo necesario para el tratamiento, el 18% poseen un conocimiento muy profundo de su enfermedad y tan solo el 14% desconocen su patología.

Gráfica 2. Sexo y nivel de conocimiento sobre la enfermedad.



Relación existente entre el sexo y el conocimiento que tiene el paciente sobre su propia enfermedad.

Tabla 3. Nivel de tranquilidad y lectura del CI.

		43. Cuando le realizaron una intervención quirúrgica o exploración invasiva, ¿Leyó usted el consentimiento informado?:		
		No.	Sí.	Total
7. Soy una persona, tranquila, serena y sosegada:	,0	32%	68%	40
	1,0	40%	60%	68
	2,0	33%	67%	52
	3,0	26%	74%	39
Total		67	132	199
	Chi-cuadrado de Pearson	,516		

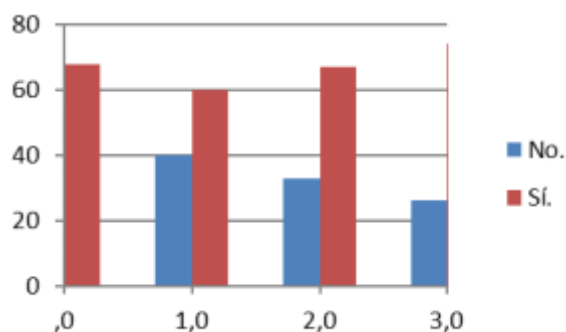
Relación existente entre el nivel de tranquilidad del paciente y si leyó o no el consentimiento informado.

En este caso hemos relacionado el nivel de tranquilidad de la persona basándonos en la respuesta al ítem del cuestionario STAI "Soy una persona tranquila, serena y sosegada", con si el sujeto leyó o no el consentimiento informado. La cual se puntúa del 0 al 3, siendo 0 "nada", 1 "algo", 2 "bastante" y 3 "mucho".

De los 199 individuos de la muestra, 68 obtuvieron la puntuación de 1 punto, de estos 68, el 60% afirmaron haber leído el consentimiento informado mientras que por el contrario un 40% no lo leyeron; continuamos con otro grupo de 52 personas que sacaron la puntuación de 2 puntos, de los cuales un 67% dicen haber leído el CI, mientras que el 33% afirma no haberlo hecho; por otra parte, tenemos otro grupo de 40 personas que obtuvieron la puntuación de 0 puntos, de este sector un 68% afirma haber leído el consentimiento informado y por el contrario

el 32% dicen no haberlo hecho; por último, el grupo más reducido con 39 personas que obtuvieron una puntuación de 3 puntos, el 74% declara haber leído el CI frente a un 26% que afirma no haberlo hecho.

Gráfica 3. Nivel de tranquilidad y lectura del CI



Relación existente entre el nivel de tranquilidad del paciente y si leyó o no el consentimiento informado.

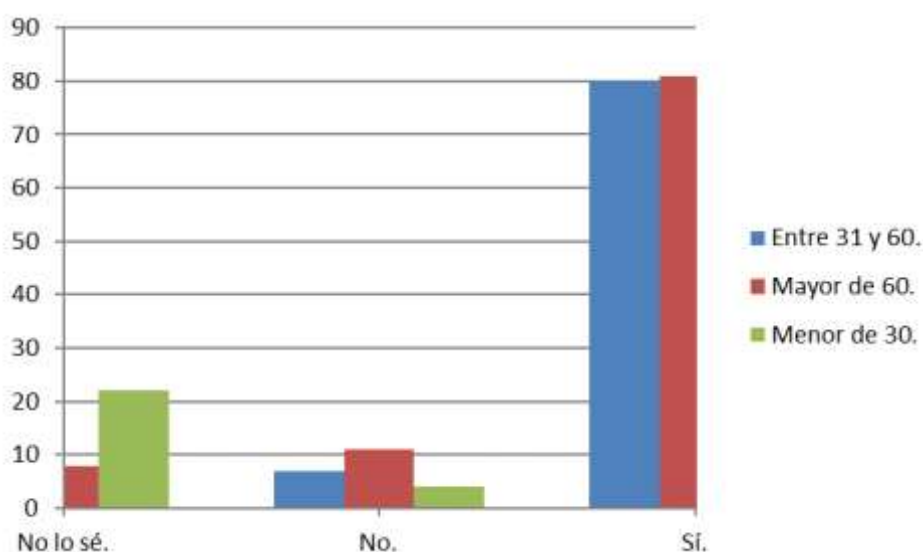
Tabla 4. Edad y grado de confianza en el médico

		46. ¿Confía en los conocimientos de su médico?			Total
		No lo sé.	No.	Sí.	
41. Edad:	Entre 31 y 60.	13%	7%	80%	102
	Mayor de 60.	8%	11%	81%	27
	Menor de 30.	22%	4%	74%	70
Total		30	13	156	199
	Chi-cuadrado de Pearson	,028			

Relación existente entre la edad y el grado de confianza que tiene el paciente en los conocimientos de su médico.

A continuación se ha vinculado la edad con el nivel de confianza que tiene el paciente en su médico. Lo que más predomina son 102 personas de entre 31 y 60 años, de estas, el 80% dicen sí confiar en los conocimientos de su médico, un 13% no lo sabe y el 7% no confía; por otra parte contamos con otro grupo de 70 personas menores de 30 años, de las cuales el 74% si confían, el 22% no lo sabe y un 4% no confía; por último las personas mayores de 60 años un 81% dicen confiar en los conocimientos de su médico, el 11% no lo sabe y un 8% afirman no hacerlo.

Gráfica 4. Edad y grado de confianza en el médico



Relación existente entre la edad y el grado de confianza que tiene el paciente en los conocimientos de su médico.

Tabla 5. Capacidad de decisión y edad.

		41. Edad:			Total
		Entre 31 y 60.	Mayor de 60.	Menor de 30.	
39. Decides lo que quieres hacer cuando los demás quieren que hagas otra cosa distinta:	1,0	15%	11%	11%	26
	2,0	36%	44%	33%	72
	3,0	28%	30%	30%	57
	4,0	21%	15%	26%	44
Total		102	27	70	199
	Chi-cuadrado de Pearson	,886			

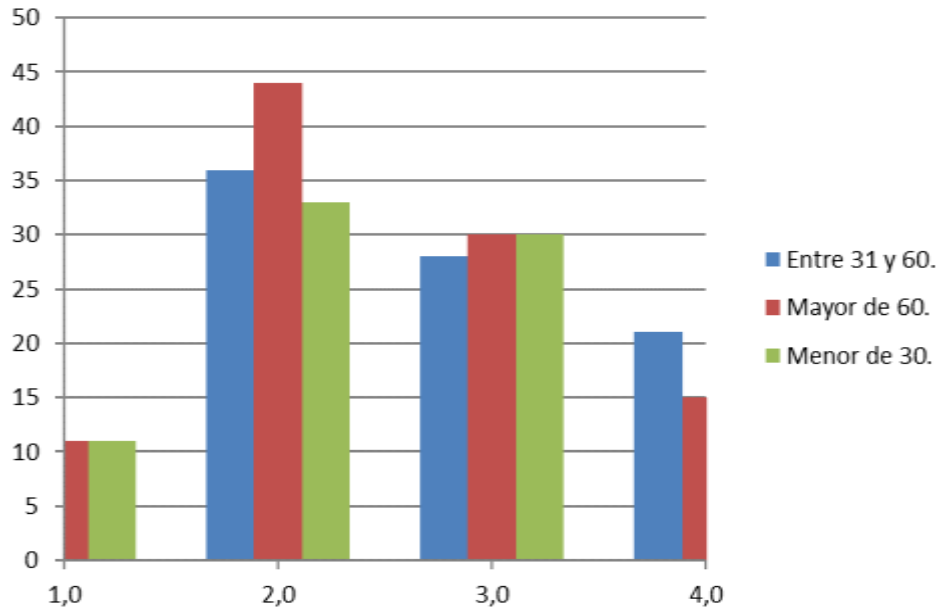
Relación existente entre la capacidad de decisión del paciente con la edad de este.

Se ha relacionado la edad con la capacidad de decisión, basándonos en las respuestas de los individuos a una pregunta del cuestionario Goldstein: “¿Decides lo que quieres hacer cuando los demás quieren que hagas otra cosa distinta?”; esta pregunta se puntúa del 1 al 4, siendo 1 “Me sucede muy pocas veces”, 2 “Me sucede algunas veces”, 3 “Me sucede bastantes veces” y 4 “Me sucede muchas veces”.

El grupo mayoritario es el de individuos de entre 31 y 60 años con un total de 102 personas, de las cuales un 36% obtuvieron una puntuación de 2 puntos, el 28% sacaron una puntuación de 3 puntos, el 21% cuentan con una puntuación de 4 puntos y un 15% obtuvieron una puntuación de 1 punto; le sigue el grupo de individuos menores de 30 años que cuenta con 70 personas, de estas, un 33% obtuvieron una puntuación de 2 puntos, un 30% cuentan con una puntuación de 3 puntos, el 26% sacaron una puntuación de 4 puntos, y por último el 11%

obtuvieron una puntuación de 1 punto. El grupo minoritario es el de personas mayores de 60 años formado por 27 personas, de las cuales un 44% obtuvieron una puntuación de 2 puntos, un 30% sacaron una puntuación de 3 puntos, un 15% cuentan con una puntuación de 4 puntos y tan solo el 11% obtuvieron una puntuación de 1 punto.

Gráfica 5. Capacidad de decisión y edad



Relación existente entre la capacidad de decisión del paciente con la edad de este.

Tabla 6. Estabilidad emocional y sexo

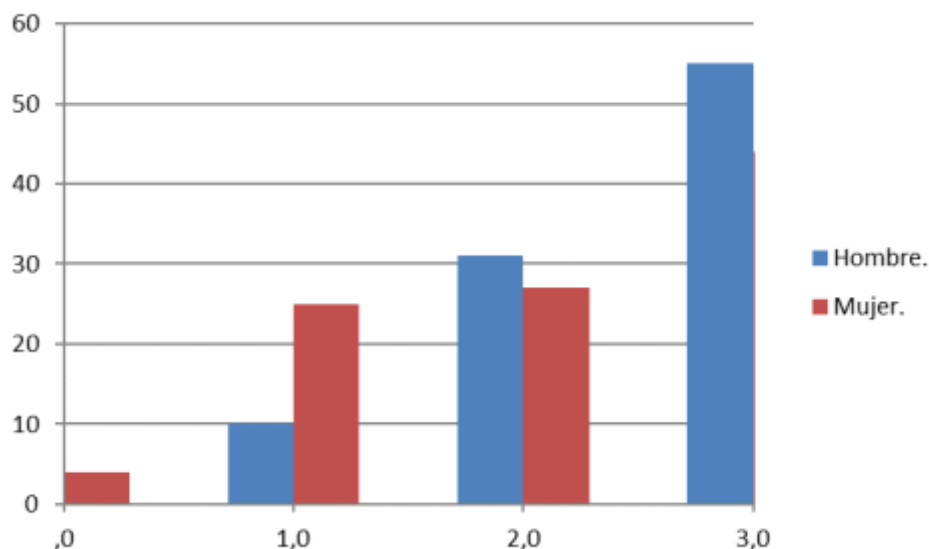
		40. Sexo:		Total
		Hombre.	Mujer.	
19. Soy una persona estable:	,0	4%	4%	8
	1,0	10%	2%	39
	2,0	31%	27%	57
	3,0	55%	44%	95
Total		71	128	199
	Chi-cuadrado de Pearson	,080		

Relación existente entre la estabilidad emocional del paciente y su sexo.

En esta ocasión se ha relacionado el nivel de estabilidad emocional con el sexo, basándonos en las respuestas de los individuos al ítem del cuestionario STAI: “Soy una persona estable”, recordamos que dicho cuestionario puntuaba cada pregunta del 0 al 3, siendo 0 “nada”, 1 “algo”, 2 “bastante” y 3 “mucho”. Predominan las mujeres con un total de 128, de estas, un 55% obtuvieron una puntuación de 3 en dicho ítem “muy estable”, un 31% obtuvieron una puntuación de 2, el 10% sacaron una puntuación de 1 y por último el 4% cuentan con una puntuación de 0. Por otra parte, los hombres con un grupo de individuos de

71, de los cuales el 44% obtuvieron la puntuación de 3, el 27% sacaron la puntuación de 2, un 25% la puntuación de 1 y para finalizar el 4% cuentan con la puntuación de 0 “nada estable”.

Gráfica 6. Estabilidad emocional y sexo.



Relación existente entre la estabilidad emocional del paciente y su sexo.

Tabla 7. Grado de preocupación y nivel de confianza

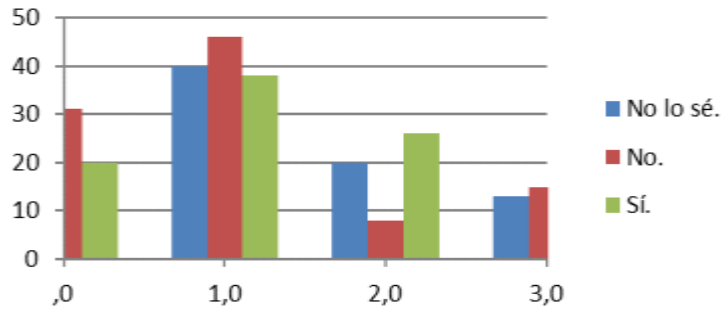
		46. ¿Confía en los conocimientos de su médico?			Total
		No lo sé.	No.	Sí.	
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia:	0	27%	31%	20%	43
	1	40%	46%	38%	77
	2	20%	8%	26%	47
	3	13%	15%	16%	32
Total		30	13	156	199
	Chi-cuadrado de Pearson	,768			

Relación existente entre el grado de preocupación del paciente y el nivel de confianza en los conocimientos de su médico.

En esta tabla se ha relacionado el nivel de preocupación con el grado de confianza en su médico, basándonos en las respuestas a una pregunta del cuestionario STAI: “Me preocupo demasiado por cosas sin importancia”. Como se ha mencionado en apartados anteriores, este cuestionario se puntúa del 0 al 3, siendo 0 “nada”, 1 “algo”, 2 “bastante” y 3 “mucho”. Predominan los que dicen sí confiar en los conocimientos de su médico con un total de 156, de ellas, un 38% obtuvieron una puntuación de 1 punto, un 26% obtuvieron una puntuación de 2, el 20% sacó una puntuación de 0 y tan solo un 16% sacaron una puntuación de 3; se continúa con el grupo de personas que dice no saber si confía en los conocimientos de su médico, de estos, un 40% obtuvieron una puntuación de 1 punto, un 27% sacaron una puntuación de 0, el 20% una puntuación de 2 y por último un 13% cuentan con una puntuación de 3. Para terminar,

el grupo minoritario son los que dicen no confiar en los conocimientos de su médico, que cuentan con un total de 13 personas, de las cuales un 46% obtuvieron una puntuación de 1 punto, el 31% sacaron una puntuación de 0, un 15% obtuvieron una puntuación de 3 y para finalizar el 8% cuenta con una puntuación de 2.

Gráfica 7. Grado de preocupación y nivel de confianza



Relación existente entre el grado de preocupación del paciente y el nivel de confianza en los conocimientos de su médico.

Tabla 8. Resultados cuestionario STAI y nivel de entendimiento.

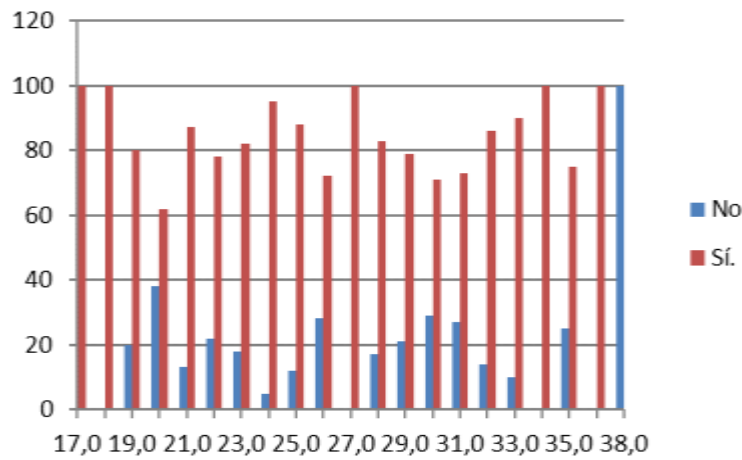
		44. ¿Entendió lo que le iban a realizar y los riesgos que tenía?		Total
		No	Sí.	
RESUL	17,0	0	100%	1
TADO	18,0	0	100%	4
STAI	19,0	20%	80%	5
	20,0	38%	62%	8
	21,0	13%	87%	8
	22,0	22%	78%	14
	23,0	18%	82%	11
	24,0	5%	95%	19
	25,0	12%	88%	25
	26,0	28%	72%	18
	27,0	0%	100%	12
	28,0	17%	83%	12
	29,0	21%	79%	14
	30,0	29%	71%	7
	31,0	27%	73%	11
	32,0	14%	86%	7
	33,0	10%	90%	10
	34,0	0	100%	5
	35,0	25%	75%	4
	36,0	0	100%	3
	38,0	100%	0%	1
Total		33	166	199
	Chi-cuadrado de Pearson	,514		

Relación existente entre los resultados del cuestionario STAI (evalúa ansiedad), y el nivel de entendimiento del paciente sobre el proceso que se le va a realizar.

La puntuación mayoritaria en el STAI es de 25 puntos obtenidos por un total de 25 personas, de estas, un 88% dicen si entender el procedimiento que se les va a realizar frente a un 12% que dice no entenderlo; por otra parte, la puntuación minoritaria en dicha escala es de 17 y 38 puntos ambas dos respondidas por una persona, la que contaba con 17 puntos dice sí

entender el procedimiento que se le va a realizar mientras que la persona con 38 puntos dice no entender el proceso.

Gráfica 8. Resultados cuestionario STAI y nivel de entendimiento



Relación existente entre los resultados del cuestionario STAI (evalúa ansiedad), y el nivel de entendimiento del paciente sobre el proceso que se le va a realizar.

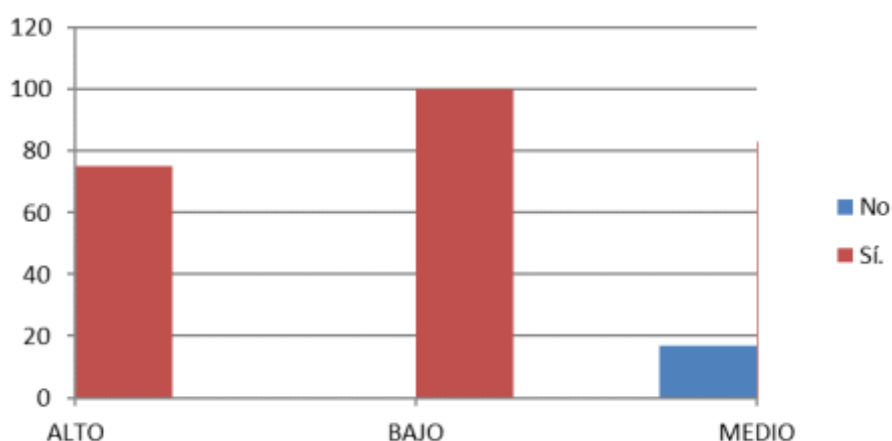
Tabla 9. Nivel de ansiedad y grado de entendimiento

		44. ¿Entendió lo que le iban a realizar y los riesgos que tenía?		Total
		No	Sí.	
NIVEL DE ANSIEDAD	ALTO	25%	75%	4
	BAJO	0	100%	1
	MEDIO	17%	83%	194
Total		33	166	199
Chi-cuadrado de Pearson		,817		

Relación existente entre el nivel de ansiedad del paciente y el grado de entendimiento que tiene este sobre el proceso al que se va a someter.

Con estos datos, obtenemos que 194 poseen un nivel de ansiedad medio, de ellos un 83% dice si haber entendido el procedimiento, mientras que un 17% afirma no haberlo hecho; por otra parte 4 personas poseen un nivel de ansiedad alto, de estas un 75% dice si haber entendido el proceso, mientras que un 25% dice no haberlo hecho; por último una persona posee un nivel de ansiedad medio, la cual afirma si haber entendido la intervención.

Gráfica 9. Nivel de ansiedad y grado de entendimiento



Relación existente entre el nivel de ansiedad del paciente y el grado de entendimiento que tiene este sobre el proceso al que se va a someter.

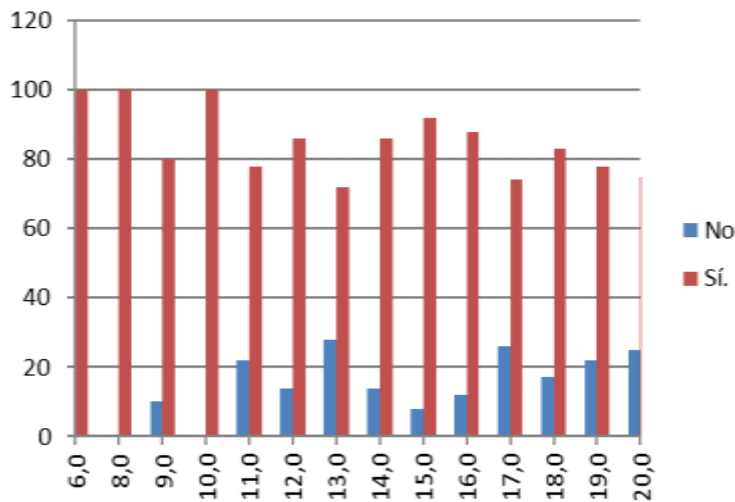
Tabla 10. Resultados escala Goldstein (Grupo III) y grado de entendimiento

		44. ¿Entendió lo que le iban a realizar y los riesgos que tenía?		Total
		No	Sí	
Resultado EHS grupo III	6,0	0	100%	1
	8,0	0	100%	3
	9,0	10%	80%	5
	10,0	0	100%	9
	11,0	22%	78%	18
	12,0	14%	86%	21
	13,0	28%	72%	25
	14,0	14%	86%	29
	15,0	8%	92%	26
	16,0	12%	88%	24
	17,0	26%	74%	19
	18,0	17%	83%	6
19,0	22%	78%	9	
20,0	25%	75%	4	
Total		33	166	199
Chi-cuadrado de Pearson		,763		

Relación existente entre los resultados de la escala Goldstein (Grupo III) con el grado de entendimiento del paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar.

En concreto el grupo III cuenta con un total de 7 preguntas con una puntuación máxima de 28 puntos, a mayor puntuación mayor capacidad de habilidad en relación a los sentimientos. En esta tabla se han cruzado por tanto los resultados que se han obtenido a las preguntas del grupo III con el grado de entendimiento que tenían sobre el procedimiento que se les iba a realizar. Siendo la puntuación mayoritaria la de 14 puntos, obtenida por 29 personas, de estas, un 86% dicen si haber entendido el procedimiento que se les iba a realizar mientras que un 14% afirma no haber entendido dicho proceso. Por otra parte, solo una persona ha obtenido 6 puntos, la cual dice si haber entendido la intervención que se le iba a realizar.

Gráfica 10. Resultados escala Goldstein (Grupo III) y grado de entendimiento



Relación existente entre los resultados de la escala Goldstein (Grupo III) con el grado de entendimiento del paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar.

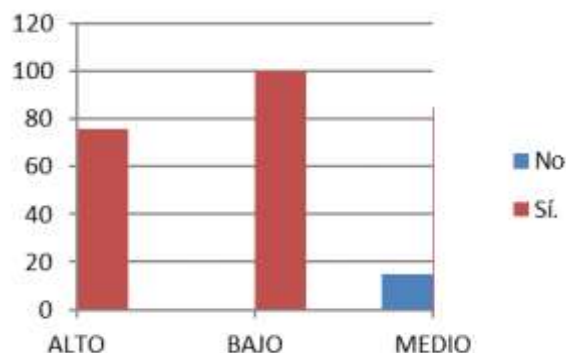
Tabla 11. Nivel de habilidades emocionales y grado de entendimiento

		44. ¿Entendió lo que le iban a realizar y los riesgos que tenía?		Total
		No	Sí.	
NIVEL DE HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS	ALTO	24%	76%	38
	BAJO	0	100%	4
	MEDIO	15%	85%	157
Total		33	166	199
Chi-cuadrado de Pearson		,306		

Relación existente entre el nivel de habilidades emocionales del paciente con el grado de entendimiento que tiene este sobre el procedimiento que se le va a realizar.

Se puede observar en la tabla que 157 personas han obtenido un nivel medio, de estas, un 85% dice si haber entendido el procedimiento que le iban a realizar mientras que un 15% dice no haberlo hecho, por otra parte un total de 38 personas han obtenido un nivel alto, de estas, un 76% dice si haber entendido el proceso frente a un 24% que afirma no haberlo hecho. Y por último, 4 personas han obtenido un nivel bajo, de estas 4 todas afirman haber comprendido la intervención que se les iba a realizar.

Gráfica 11. Nivel de habilidades emocionales y grado de entendimiento



Relación existente entre el nivel de habilidades emocionales del paciente con el grado de entendimiento que tiene este sobre el procedimiento que se le va a realizar.

Tabla 12. Resultados escala Goldstein (Grupo V) y grado de entendimiento.

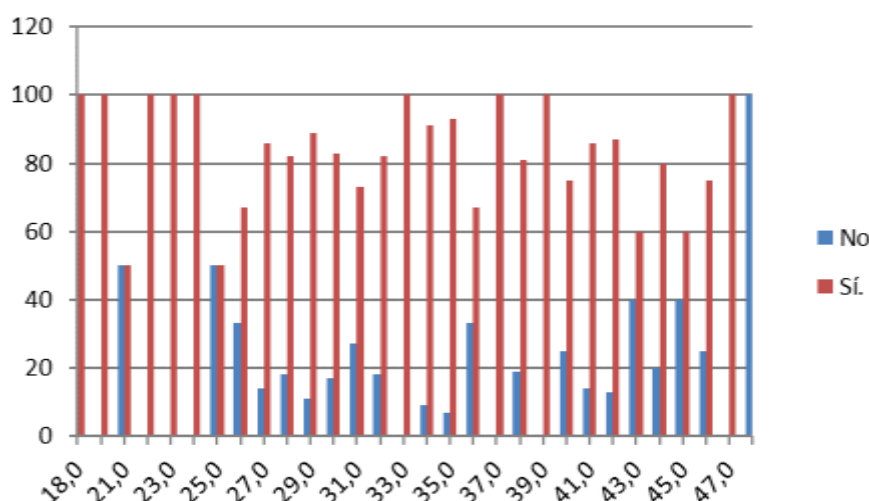
Resultado EHS grupo V		44. ¿Entendió lo que le iban a realizar y los riesgos que tenía?		Total
		No	Sí.	
18,0		0	100%	1
20,0		0	100%	1
21,0		50%	50%	2
22,0		0	100%	4
23,0		0	100%	8
24,0		0	100%	2
25,0		50%	50%	2
26,0		33%	67%	6
27,0		14%	86%	7
28,0		18%	82%	11
29,0		11%	89%	9
30,0		17%	83%	12
31,0		27%	73%	11
32,0		18%	82%	11
33,0		0	100%	10
34,0		9%	91%	11
35,0		7%	93%	14
36,0		33%	67%	9
37,0		0	100%	9
38,0		19%	81%	16
39,0		0	100%	3
40,0		25%	75%	4
41,0		14%	86%	7
42,0		13%	87%	8
43,0		40%	60%	5
44,0		20%	80%	5
45,0		40%	60%	5
46,0		25%	75%	4
47,0		0	100%	1
53,0		100%	0	1
Total		33	166	199
	Chi-cuadrado de Pearson	,617		

Relación existente entre el resultado de la escala Goldstein (Grupo V) y el grado de entendimiento del paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar.

S
e van a cruzar

las puntuaciones obtenidas en las respuestas a los ítems del grupo V (Habilidades para hacer frente al estrés) con el grado de entendimiento hacia el procedimiento que se les iba a realizar. En esta ocasión, la puntuación mayoritaria ha sido la de 38 puntos obtenidos por 16 personas; de estas, un 81% dice si haber comprendido la intervención que se le iba a realizar mientras que un 19% afirma no haberlo hecho. Por otra parte, la puntuación minoritaria ha sido la de 18, 20, 49 y 53 obtenida cada una de ellas por una persona.

Gráfica 12. Resultado escala Goldstein (Grupo V) y entendimiento.



Relación existente entre el resultado de la escala Goldstein (Grupo V) y el grado de entendimiento del paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar.

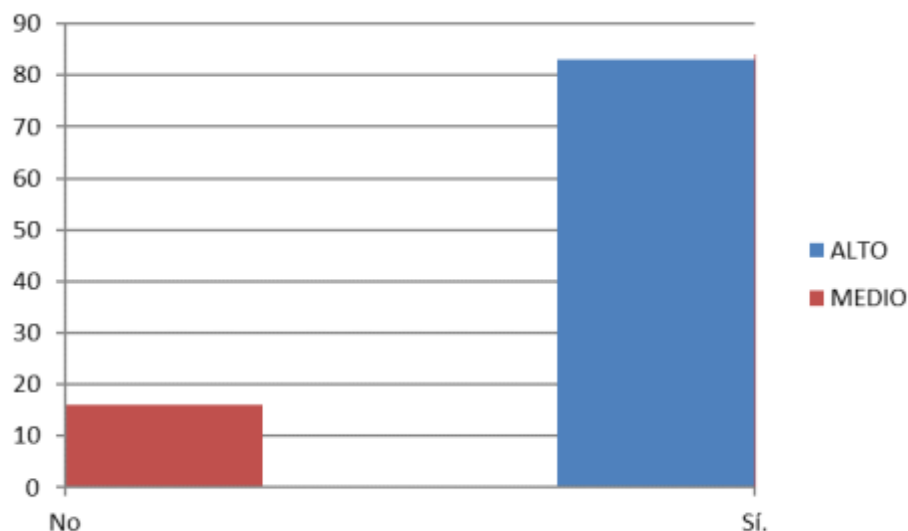
Tabla 13. Nivel de habilidades para hacer frente al estrés y grado de entendimiento

		44. ¿Entendió lo que le iban a realizar y los riesgos que tenía?		Total
		No	Sí.	
NIVEL HABILIDADES PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS	ALTO	17	83	155
	MEDIO	16	84	44
Total		33	166	199
Chi-cuadrado de Pearson		,019		

Relación existente entre el nivel de habilidades del paciente para hacer frente al estrés y el grado de entendimiento que tiene este sobre el proceso que se le va a realizar.

Podemos observar en la tabla lo siguiente: 155 personas muestran un nivel alto para hacer frente al estrés, de estos, un 83% dice si haber entendido el procedimiento que le iban a realizar, mientras que un 17% dice no haberlo hecho; por otra parte, un total de 44 personas muestra un nivel medio de habilidades para hacer frente al estrés, de estas, un 84% dice si haber comprendido el proceso, mientras que un 16% dice no haberlo hecho. Por último, añadir que no ha habido ninguna persona que haya obtenido un nivel bajo.

Gráfica 13. Nivel de habilidades para hacer frente al estrés y grado de entendimiento



Relación existente entre el nivel de habilidades del paciente para hacer frente al estrés y el grado de entendimiento que tiene este sobre el proceso que se le va a realizar.

5. Discusión:

El consentimiento informado no se limita a un mero proceso administrativo y legal. En él, aparte de otorgar al facultativo la autorización expresa por parte del paciente a realizar un determinado procedimiento invasivo, se debe de producir un intercambio de información; donde el paciente conozca y comprenda todos los riesgos que puedan surgir como consecuencia de la intervención a realizar, así como de la existencia de otras posibles alternativas a esta, o resolución de preguntas y/o dudas que le puedan surgir al respecto; reforzando así la relación profesional sanitario-paciente, un vínculo interpersonal muy importante.

El facultativo debe de desarrollar su capacidad de empatía, la cual también le gratifica a sí mismo y le hace mejorar como profesional y como persona. Es importante que posea y exprese humanidad (trato humanizado) “La humanización hace referencia al abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica y conductual, mediante la búsqueda del bienestar propio y de los demás ante cualquier circunstancia. De esta manera, se encuentra asociada con las relaciones que se establecen, al interior de una institución de salud, entre el paciente y el personal de la salud, administrativo y directivo”¹³, así como transmitir una sensación de seguridad para lograr la confianza del paciente tanto en su persona como en su profesionalidad, calmar la ansiedad del enfermo y dejar que este exponga libremente sus dudas o molestias asegurando la falta de interrupciones, no dejando discrepancias sin resolver.

Hoy en día la relación profesional sanitario-paciente se encuentra alterada, sufriendo una despersonalización, expresada en la sustitución de los términos sanitario y paciente por los

de proveedor y cliente; influyendo negativamente en el vínculo que debe de existir entre ambos y afectando por tanto a la confianza que el paciente debe de depositar en este "la información que el médico proporciona no es todo lo completa que debiera. El paciente suele preguntar poco al médico; un alto porcentaje de ellos se quedan con ganas de preguntar y/o no comprenden totalmente la información. La participación del paciente en la toma de decisiones es escasa"¹⁴. Otro punto que también influye es el empoderamiento que han adquirido los pacientes acerca de su salud, mediante el acceso a información médica en internet (mayoritariamente errónea) es la denominada e-salud "uso de las tecnologías de la comunicación y la información para mejorar la salud de las personas"¹⁵ y en otros medios de comunicación masiva, dando lugar a los e-pacientes, se trata de un tipo de paciente muy ligado a la tecnología utilizándola de forma natural para cuidar aspectos de su salud. El tener a nuestro alcance información médica puede ser algo positivo así como un excelente canal de comunicación si se utiliza de manera correcta, buscando en sitios web adecuados y con información verídica; mientras que si por el contrario se buscan en páginas no fiables y con información equivocada esto puede repercutir negativamente en la relación profesional sanitario-paciente "Hasta un 63% de los pacientes ha discutido con su médico, al menos una vez, la información que encuentra en la red. La mayoría de los profesionales muestra escepticismo ante las supuestas ventajas de internet para la relación entre médico y paciente, ya que creen que pone en duda su criterio profesional"¹⁵

Existe demasiado hincapié en demostrar que el paciente autorizó el procedimiento y poco interés en documentar la información prestada al paciente para ayudarlo a tomar una decisión, algo mucho más difícil de probar en los juicios por responsabilidad profesional "este tiende cada vez más a ser un requisito legal para evitar problemas posteriores en vez de un ejercicio real de comunicación. De esta suerte, una vez que el paciente ha firmado su consentimiento informado es menos probable que una demanda prospere, pues siempre podrá argumentarse que el paciente sabía a lo que iba a someterse"¹⁶ Documentos de este tipo, entregados por un administrativo minutos antes de un procedimiento invasivo o cirugía y sin que reflejen el proceso de información que se realizó con el paciente suelen ser desestimados en los tribunales.

Hay que tener en cuenta que una gran mayoría de pacientes no entienden y comprenden de manera correcta los documentos del CI que se les entregan. Existe muy poca comunicación, y se olvida que para su comprensión se requiere de un proceso de diálogo previo, dado que en sus lecturas y relecturas pueden surgir dudas y/o preguntas que hay que resolver para poder comprenderlos con corrección. Por tanto, estamos dejando así en un segundo plano y privando al paciente de estar bien informado y generando en este cierto desconocimiento "La información médica es un derecho de los pacientes, constituye uno de los pilares sobre los que se asienta la relación del personal de salud con su paciente; forma una parte importante del acto asistencial y es un proceso que se debe garantizar y emprender las acciones necesarias para que los pacientes puedan participar activamente en la toma de decisiones y estén satisfechos con esta información"¹⁷

La realidad es que normalmente el enfermo no lee o no comprende debidamente el CI y lo que recibe es una escasa e incluso en ocasiones inexistente información verbal muy breve y casi siempre sin diálogo "En un estudio observacional descriptivo de corte transversal, se aplicó un cuestionario autoadministrado constituido de 14 preguntas divididas en tres apartados; datos sociodemográficos, percepción y comprensión a 145 pacientes. Se observó percepción y comprensión suficiente en 62% de los participantes y el 82% de los pacientes afirmó no comprender nada y cree que firmar el documento simplemente exime de responsabilidad penal al profesional"¹⁸. Convirtiendo este proceso en una exigencia legal como un medio de demostrar a posteriori, en un futuro proceso, que se ha realizado la información y que se ha recabado el consentimiento.

Teniendo en cuenta todo esto, estamos ante un modelo de paciente que en la mayoría de ocasiones se realiza pruebas o intervenciones sin conocer los posibles riesgos que puedan surgir de estas, ya que no son debidamente informados, "El grado de participación en la toma de decisiones es mínimo. Los profesionales no solicitan la opinión de los pacientes"¹⁹

Esto es un hecho de gran relevancia en la sanidad española, ya que no es nada beneficioso para el sistema de salud contar con ciudadanos desinformados, ya que la gran mayoría no sabe lo que está firmando y en un hipotético caso de que surgiera algún tipo de complicación reflejada en el CI el paciente podría alegar por vía judicial que no era conocedor de dicha información; sin restarle importancia al aumento de estrés y ansiedad que le va provocar al paciente enfrentarse a una intervención o prueba invasiva sin conocer prácticamente nada sobre el tema. Cuando teóricamente algunos de los objetivos principales del consentimiento informado son entre otros "Disminuir recelos y aliviar temores"... "Introducir en la medicina una mentalidad más probabilística y con mayor capacidad de hacer frente a la incertidumbre"²⁰, propósitos que se cumplen muy escasamente en la actualidad.

En la **tabla 1** se hablaba de la relación existente entre el nivel de estudios, con el grado de entendimiento que el paciente tiene sobre el procedimiento que se le va a realizar. De la cual se obtiene como resultado que las personas que poseen estudios, han obtenido un mayor porcentaje de entendimiento del procedimiento que las personas que no tienen ningún tipo de estudios. Esto puede ser debido a que normalmente las personas con algún tipo de formación académica suelen estar más habituadas a cierto tipo de palabras quizás más técnicas, y esto les ayuda a la hora de comprender la explicación previa a un determinado proceso médico; del mismo modo, las personas formadas es habitual que tengan una mayor comprensión lectora y escrita por lo tanto van a comprender mejor el CI ayudándoles así por tanto a comprender mejor el proceso "muchos de los estudios acerca de la comprensión, los esquemas y la información previa han demostrado claramente que los conocimientos de que dispone el lector influyen de una manera determinante en su comprensión. Para comprender un texto, los lectores necesitan tener unos esquemas adecuados de conocimiento y además han de aplicar unas estrategias apropiadas"²¹, sin embargo, hay autores que discrepan de esto afirmando que "inferimos que las deficiencias evidenciadas por los sujetos en cuanto a la lectura y a las dificultades en la redacción tienen su base en un desfase entre los conocimientos que trae el

estudiante de Educación Media y Diversificada y el grado de exigencia propio del nivel de Educación Superior”²² por tanto según este estudio el tener una formación no te asegura tener una buena comprensión lectora. Por tanto, si que existe una estrecha relación entre el nivel de estudios y la comprensión del individuo a la hora de realizarse un determinado procedimiento.

En la **tabla 2** se habla de la relación existente entre el sexo y el conocimiento del paciente sobre su propia enfermedad. Obteniendo como porcentajes más elevados en la respuesta “suficientemente informado” en el caso de las mujeres con un 41% y en los hombres con un 38%. Se considera que no existe una relación relevante entre el sexo y que el paciente tenga mayor o menor conciencia de su enfermedad dependiendo de este, ya que la gran mayoría de porcentajes son favoreciendo al propio conocimiento de la enfermedad y los dos porcentajes más bajos son sobre desconocimiento de la patología con muy poca diferencia. Sin embargo un artículo de la Gaceta Sanitaria afirma que en dos trastornos de salud de gran impacto como lo son el VIH/sida y la cardiopatía isquémica se abordan bastante diferencias aparte de las biológicas, que pueden influir en los diferentes patrones de sexo, vulnerabilidad y pronóstico; “hay diferencias de género en el conocimiento y las creencias de la enfermedad, así como en las actitudes cuando aparecen los primeros síntomas”²³. Del mismo modo hay diversos estudios existentes que apoyan que la salud de la mujer y el hombre son distintas “la salud de hombres y mujeres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad”²⁴; por otra parte, también hay investigaciones que apoyan que las mujeres tienen hábitos más saludables que los hombres pero que sufren peor salud. Según datos de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) 2014 aunque las mujeres tienen comportamientos más saludables que los hombres, son más sedentarias y hacen más uso de los servicios sanitarios porque tienen más problemas de salud. Así, se desprende, que aunque las mujeres tienen hábitos más saludables y se hacen más controles y revisiones, tienen más problemas de salud. Pero sin embargo, “la mujer tiene una esperanza de vida mayor que la de hombre. Por ello, el estudio de la salud en la última etapa del ciclo vital del ser humano se hace especialmente importante cuando se habla de mujer y salud”²⁵ Por tanto, aunque en esta investigación no hay una relación relevante y evidente de que un sexo u otro tengan mayor o menor conocimiento de la enfermedad, sí que hay diversos estudios que apoyan que efectivamente la salud del hombre y la mujer son diferentes en muchos aspectos.

A continuación se analizan los resultados de la **tabla 3**, en la cual se han relacionado el nivel de tranquilidad de los individuos, con si la persona leyó o no el consentimiento informado. Obteniendo como resultado mayoritario con un 74% las personas que dicen si haber leído el consentimiento informado y que a su vez se han mostrado muy tranquilos. Por tanto, se considera que el nivel de tranquilidad de la persona en el momento de leer el consentimiento informado sí que está estrechamente relacionado, ya que como se puede observar la mayoría de las personas que ha leído el CI son las que obtenían niveles más altos de tranquilidad. Esto

puede ser debido a que es importante que la persona este tranquila y serena a la hora de leer y por tanto obtener una buena comprensión lectora, ya que un estado de nervios o estrés puede perjudicar a que la comprensión sea efectiva al 100% tal y como afirman estudios sobre comprensión lectora realizados a personas ansiosas: “los sujetos ansiosos tuvieron un índice menor de comprensión lectora; es decir, para obtener la misma eficacia en comprensión lectora, los ansiosos emplearon otros recursos, como relectura y más tiempo que los sujetos con ansiedad baja y cuando tales recursos no pudieron ser empleados, su nivel de comprensión lectora fue inferior que el de los no ansiosos”²⁶. Sin embargo hay autores que afirman que la ansiedad o el estrés tan solo afecta al nivel de eficiencia a la hora de la lectura y que no lo hace a nivel de comprensión “los sujetos ansiosos fueron menos eficientes que los no ansiosos, ya que los primeros tuvieron que emplear una mayor cantidad de recursos auxiliares de procesamiento que los segundos para alcanzar el mismo nivel de comprensión”²⁷

En la **tabla 4** se han relacionado la edad con el grado de confianza que tiene la persona en su médico. Obteniendo como resultado mayoritario con un porcentaje total de un 81% en personas mayores de 60 años que sí que confían en los conocimientos de su médico y con un 80% las personas de entre 31 y 60 años que dicen también hacerlo. Se considera así que si que influye la edad con respecto al nivel de confianza que el paciente tiene en su médico, siendo las personas con mayor edad las que más suelen hacerlo. En el caso de las personas más mayores, la causa se asocia a que antiguamente el profesional sanitario tenía una relación con el paciente bastante paternalista en la que este adoptaba un rol directivo en la toma de decisiones sobre el enfermo y su entorno, viéndose a este por tanto como alguien superior y que jamás se podría equivocar; de aquí que la gran mayoría de personas mayores de 60 años tengan confianza ciega en su facultativo. En este aspecto se debería de mejorar la relación profesional sanitario-paciente con personas más ancianas para que estas siempre que se encuentren en plenas facultades mentales, puedan ser partícipes de las tomas de decisiones y que confíen en su facultativo por ello “la relación profesional sanitario-paciente es la piedra angular de la práctica y ética médicas. Para alcanzar el respeto por los adultos mayores es necesaria una medicina prudente, basada en una práctica en la cual la reflexión ética y clínica pueda contribuir. Esto último es posible si se hacen valer los derechos del adulto mayor, en particular como paciente para la toma de decisiones”²⁸ En cuanto a las personas de edades comprendidas entre 31 y 60 años, se cree que influye la relación de confianza que se establece entre profesional sanitario-paciente, ya que esta se suele dar con mayor asiduidad sobre todo por parte del paciente cuando este es más maduro y alcanza estas edades. Al forjarse una relación cordial y con una comunicación empática se crea un compromiso ético de confianza que hace que el paciente tenga más credulidad en su médico.

Se avanza a comentar la **tabla 5**, en la cual se ha relacionado de nuevo la edad pero esta vez con la capacidad de decisión. Obteniendo como porcentajes mayoritarios con un 44%

las personas mayores de 60 con escasa capacidad de decisión, siguiéndole con un porcentaje de un 36% las personas de entre 31 y 60 años también con escasa capacidad de decisión. Según estos resultados no se puede afirmar que exista una relación relevante entre la edad y la capacidad de decisión de la persona, ya que se han obtenido porcentajes muy iguales. Sin embargo, se puede comentar que debería de existir más capacidad de decisión en las personas adultas y adultas-mayores “El poder de ser uno mismo (ser de uno mismo), de vivir la propia vida de acuerdo a las razones y motivos que se adoptan como propios y que no son el producto de la manipulación o fuerzas externas”²⁹, ya que la mayoría hayan respondido que tan solo algunas veces es cuando realmente hacen lo que ellos deciden, y no lo que los demás quieren es algo que habría que cambiar y sin duda estudiar en más profundidad; ya que esto puede influir en muchas ocasiones de forma negativa a la hora de firmar y leer o no el CI. En el caso de los adultos-mayores siempre hemos de diferenciar entre vejez y discapacidad, no porque una persona sea de avanzada edad quiere decir que esté discapacitado para tomar una decisión sobre su salud. Según la propuesta de Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las personas mayores “La persona mayor tiene derecho a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a la autorrealización, a desarrollar una vida autónoma e independiente aún en condiciones de vulnerabilidad, conforme a sus tradiciones y creencias, así como a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos de manera directa o por delegación.”²⁹

En la **tabla 6** se relacionado el sexo con la estabilidad emocional, obteniendo como resultado mayoritario con un 55% los hombres muy estables emocionalmente, frente a un 44% en las mujeres. Se considera que si que está bastante relacionado la estabilidad emocional con el sexo, ya que existen diversos estudios que afirman que son las mujeres las que más suelen padecer más trastornos o patologías mentales y/o emocionales. Tal y como afirma un estudio de la universidad complutense de Madrid “la afirmación de que las mujeres tienen peor salud que los hombres se sustenta en que puntúan más alto en el número de visitas al médico que realizan, en el número de dolencias físicas que presentan, tienen puntuaciones más altas en ansiedad fisiológica, ansiedad cognitiva y ansiedad total y presentan una menor salud física percibida”³⁰, del mismo modo otra investigación resalta la prevalencia de la depresión en mujeres “con respecto al género se observó una relación entre depresión y sexo femenino, encontrándose en la Escala de Depresión de Zung el 17’9% y en el inventario de depresión de Beck el 21’1%”³¹. La salud mental y emocional es muy importante a la hora de la toma de decisiones y de leer o no el CI, ya que una persona emocionalmente inestable puede no tomar la decisión adecuada, no leer de manera correcta el consentimiento o incluso negarse a hacerlo. Por ello es necesario prevenir y fomentar una buena salud mental tanto en hombres como en mujeres.

Se continúa hablando de la **tabla 7**, en la cual se ha vinculado el nivel de preocupación de los individuos con el grado de confianza en su médico. Obteniendo como resultado

mayoritario con un 46% de personas que dicen no confiar en los conocimientos de su médico y que muestran un nivel de preocupación bajo, siguiéndole con un 40% las personas que dicen no saber si confiar en los conocimientos de su médico. Con esto, se puede decir que las personas con un nivel de preocupación bajo en cuestiones sin importancia, son las mismas que dicen no confiar o no saber si confiar en los conocimientos de su facultativo. Por tanto, si que existe una relación entre el grado de preocupación y el nivel de confianza, ya que al parecer las personas más despreocupadas son las más desconfiadas.

En la **tabla 8** se han cruzado las puntuaciones obtenidas en el cuestionario STAI con el grado de entendimiento del paciente sobre el procedimiento que se le iba a realizar. La puntuación mayoritaria es de 25 puntos (nivel medio de ansiedad) obtenida por 25 personas, de las cuales un 88% dice sí entender el procedimiento que se les va a realizar frente a un 12% que dice no hacerlo, por tanto, se puede afirmar que el nivel de ansiedad sí que está relacionado con el nivel de entendimiento del paciente, ya que como se observa todas las personas con un nivel de ansiedad media o baja han dicho entender el procedimiento. Esto se asocia a que la ansiedad influye negativamente a la hora de comprender, entender e incluso preguntar dudas durante la lectura del CI o la explicación previa al proceso por parte del profesional sanitario, puede hasta llegar a perjudicar la propia intervención “La ansiedad en pacientes que tienen que someterse a una operación quirúrgica conlleva un estado emocional negativo y genera una activación fisiológica en la preparación del organismo para afrontar el peligro percibido en dicha operación que puede perjudicar el correcto desarrollo del procedimiento quirúrgico”³². Es muy importante controlar los niveles de ansiedad en los pacientes para que se encuentren tranquilos y relajados durante el proceso de firma del consentimiento y la explicación de la intervención.

Se avanza hasta la **tabla 9** en la cual se ha evaluado el nivel de ansiedad en relación al grado de entendimiento que tiene el paciente con respecto al proceso que le van a realizar. Obteniendo como resultados que efectivamente la ansiedad está directamente relacionada con el nivel de entendimiento del paciente, ya que las personas que obtienen resultados de una ansiedad media-baja dicen haber entendido lo que le han explicado mientras que las que presentan un nivel de ansiedad alto afirman no haberlo entendido. Por tanto, hay que intentar disminuir el grado de ansiedad del paciente tanto antes, durante como después de la explicación del proceso; ya que este, es normal que experimente un estado de ansiedad debido al miedo a las circunstancias que rodean a la intervención y puede incluso llegar a afectar en el caso de una intervención quirúrgica al postoperatorio “cada día son más numerosos los estudios que muestran que el estado psicológico prequirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación postquirúrgica. Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia.”³³

Se avanza a la **Tabla 10** en la cual se va a relacionar las puntuaciones obtenidas en el grupo III de la escala EHS Goldstein “habilidades relacionadas con los sentimientos” con el grado de entendimiento del paciente. La puntuación mayoritaria la obtienen 29 personas con un nivel de habilidades relacionadas con los sentimientos medio, de las cuales un 86% dicen si haber entendido el proceso frente a un 14% que afirma que no lo ha hecho. Por tanto, se puede decir que si que existe una relación entre la habilidad para manejar los sentimientos y el nivel de entendimiento del paciente sobre el proceso que le van a realizar, ya que como se puede observar la mayoría de las personas que tiene un nivel medio de esta habilidad dice haber entendido el procedimiento. Si la persona tiene la capacidad de gestionar sus sentimientos y tiene cierta estabilidad sobre sus emociones va a comprender mejor cuando le expliquen el proceso que una persona inestable emocionalmente hablando, tal y como afirma este estudio “el carácter moral y los valores éticos influyen en las respuestas emocionales de cara a promover la integridad personal”³⁴; aunque en algún momento aislado todos podemos experimentar incompetencia emocional en un momento dado y en un espacio determinado, al no sentirnos preparados para ciertas situaciones.

En la **Tabla 11** se analizan los niveles obtenidos por los individuos de la muestra en respuesta a los ítems del grupo III de la escala EHS Goldstein (bajo, medio, alto) relacionándolo con el nivel de entendimiento que tiene el paciente. Obteniendo como resultado mayoritario los porcentajes de nivel alto y medio, de estos la gran mayoría dice si haber comprendido el procedimiento, por tanto, como se ha comentado en la tabla 11, si que existe una estrecha relación entre la habilidad que posea el paciente sobre los sentimientos y el grado de entendimiento de este.

Se avanza a comentar la **Tabla 12** en la cual se han cruzado los resultados obtenidos en los ítems del grupo V (habilidades para hacer frente al estrés) de la EHS Goldstein con el nivel de entendimiento que poseen los pacientes. La puntuación mayoritaria ha sido la de 38 puntos obtenidos por 16 personas; de estas, un 81% dice si haber comprendido la intervención que se le iba a realizar mientras que un 19% afirma no haberlo hecho. Según estos resultados existe una relevante vinculación entre las habilidades del paciente para gestionar el estrés y el nivel de entendimiento de este hacia la explicación de un determinado proceso, ya que la gran mayoría de individuos que han obtenido una puntuación de dichas habilidades alta, dicen haber comprendido el proceso que se les iba a realizar así como sus riesgos. Por tanto, el tener una buena capacidad y/habilidad para gestionar situaciones estresantes beneficia al paciente para tener una mejor comprensión sobre el consentimiento informado.

Por último, se comenta la **Tabla 13** en la se van a dividir los resultados obtenidos en el grupo V de la escala EHS Goldstein en tres niveles iguales (bajo, medio, alto) y a su vez relacionarlos con el entendimiento del paciente frente al procedimiento. Obteniendo como

resultado mayoritario que 155 personas muestra un nivel alto de habilidades para hacer frente al estrés, de estos, un 83% dice si haber entendido el procedimiento que le iban a realizar, mientras que un 17% dice no haberlo hecho, se reafirma por tanto lo comentado en la tabla anterior, existe una relación relevante entre las habilidades del paciente para hacer frente a su estrés y su grado de entendimiento, ya que son bastante más elevados los porcentajes de las personas con niveles alto y medio de dichas habilidades que si han entendido el proceso, frente a los que no. Importante recalcar que no ha habido ningún sujeto con un nivel de estrés bajo, es decir, estamos frente a una gran mayoría de personas con plena capacidad para hacer frente a situaciones estresantes y que han entendido el proceso sin problemas.

6. Conclusión:

Se concluye afirmando que ciertos aspectos psicológicos así como rasgos de la personalidad influyen en la falta de conocimiento del paciente frente al consentimiento informado.

Se observa que la mayoría de los pacientes que presentan un nivel de ansiedad medio-baja frente a una intervención quirúrgica dicen haber entendido lo que se le iba a realizar así como sus riesgos.

Siendo el aspecto de la ansiedad algo importante a tener en cuenta durante el proceso de lectura del CI ya que esta puede afectar de forma negativa a la lectura y comprensión de dicho documento.

La gran mayoría de pacientes han mostrado un nivel de habilidades para gestionar el estrés previo a una intervención quirúrgica muy elevado, lo cual ha beneficiado al entendimiento de dicho proceso ya que un porcentaje muy alto dice haber comprendido toda la información.

Es interesante que la persona esté capacitada para gestionar su estrés ya que de este modo se encontrará menos nervioso y como consecuencia de ello comprenderá mejor el proceso.

El grado de lectura del CI frente a una intervención más elevado lo han obtenido las personas que muestran (según el cuestionario) un nivel de tranquilidad más elevado.

Es de gran relevancia que el paciente se encuentre en un estado de tranquilidad y sosiego durante la lectura del consentimiento informado.

Los individuos con habilidades para gestionar el estrés y las emociones con niveles más elevados son los mismos que mayor grado de entendimiento del proceso han dicho tener.

Es importante conocer si los pacientes saben gestionar el estrés y/o las emociones ya que la carencia de estas habilidades va a influenciar negativamente en la comprensión tanto del proceso como del CI.

Se considera el tener más en cuenta estos aspectos en los pacientes a la hora del proceso de lectura y firma del consentimiento informado, así, este no quedaría limitado a un mero proceso administrativo si no a un buen intercambio de información entre el profesional

sanitario y el paciente, donde se tuvieran en cuenta las necesidades del individuo a nivel personal, fomentando así una lectura segura y/o tranquila y una comprensión eficaz y productiva.

7. Referencias bibliográficas:

1. Castellanos Arcís, M.L, López Fernández, J.M, Caballé Ferreiras, M, García Alderete, H. El consentimiento informado; una acción imprescindible en la investigación médica. Rev Cubana Estomatol [Internet].2009 [citado 12 May 2019];46(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100007
2. Vera Carrasco, O. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. Rev. Méd. La Paz. [Internet] 2016 [Citado 12 May 2019];22(1):59-68. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582016000100010&script=sci_arttext
3. Quintero Roa, E.M. Consentimiento informado: Evolución histórica en la jurisprudencia norteamericana. Revista Temas Socio Jurídicos [Internet]. 2013 [Citado 23 Ene 2019];32(65):137-145. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/sociojuridico/article/view/1931>
4. Pentón García, V., Véliz Águila, Z., Prado Lemus, B., Mary Herrera L. La ética y la bioética. Bases del consentimiento informado en Ortodoncia: modelos de diagnóstico y evaluación. MediSur [Internet]. 2009 [Citado 12 May 2019];7(6):42-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000600008
5. Solano López, D. Consentimiento informado: concepto, requisitos, excepciones, evolución y modificaciones asistenciales que conlleva. Gaceta Médica de Bilbao [Internet].2000 [Citado 10 May 2019];97(1). Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&lr=lang_es&as_sdt=0%2C5&q=Consentimiento+informado%3A+concepto%2C+requisitos%2C+excepciones%2C+evoluci%C3%B3n+y+modificacions+asistenciales+que+conlleva.+&btnG=
6. Borrell, F., Júdez, J., Segovia, J.L, Sobrino, A., Álvarez, T. El deber de no abandonar al paciente. ELSEVIER [Internet]. 2001 [Citado 10 May 2019];117(7):262-273. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775301720817>
7. BOE: Legislación Consolidada [Internet] España: BOE; c2014 [actualizado 10 Feb 2015; citado 23 Ene 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-1239-consolidado.pdf>

8. Sánchez Jacob, M. El menor maduro. Bol Pediatr [Internet]. 2005 [citado 27 Ene 2019];45:156-160. Disponible en:
http://www.sccalp.org/documents/0000/1054/BolPediatr2005_45_156-160.pdf
9. Puebla Viera, D.C, Ramírez Gutiérrez, A, Ramos Pichardo, P, Moreno Gómez, M.T. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2009 [citado 12 May 2019];17(2):97-102. Disponible en:
http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/493/484
10. Vidal Blan, R, Adamuz Tomás, J, Feliu Baute, P. Relación terapéutica: El pilar de la profesión enfermera. Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería [Internet]. 2009 [Citado 13 May 2019];(17):1-9. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/75311/73051>
11. Armando Ortiz, P, Burdiles P. Consentimiento Informado. Rev.Med.Clin.Condes [Internet]. 2010 [Citado 7 May 2019];21(4):644-652. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705824>
12. Subiela García, J.A, Abellón Ruiz, J, Celdrán Baños, A.I, Manzanares Lázaro, J.A, Satorres Ramis,B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Revista electrónica trimestral de enfermería [Internet]. 2014 [Citado 12 May 2019];(34):276-292. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.2.178261/160601>
13. Hoyos Hernández, P.A, Cardona Ramírez, M.A, Correa Sánchez, D. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. Investigación y Educación en enfermería [Internet]. 2008 [Citado 13 May 2019];26(2):218-225. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/1052/105212447004.pdf>
14. Barca Fernández, I, Parejo Miguez, R, Gutiérrez Martín, P, Fernández Alarcón, F, Alejandre Lázaro, G, López de Castro, F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. Atención primaria [Internet]. 2004 [Citado 14 May 2019];33(7):359-412. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656704788861>
15. Mira Solves, J.J, Llinas Santacreu, G, Lorenzo Martínez, S, Pérez Jover, V. Atención Primaria [Internet]. 2010 [citado 11 Feb 2019];42(2):112-114. Disponible en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/82461729.pdf>
16. Lara M.C, de la Fuente J.R. Sobre el consentimiento informado. Bol of Sanit Panam [Internet]. 1990 [Citado 14 May 2019];108(5-6):439-444. Disponible en:
[http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16830/v108n\(5-6\)p439.pdf?sequence=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16830/v108n(5-6)p439.pdf?sequence=1)

17. Reyes López, M, Águila Lorenzo, Y, Llanes del Campo, H, Robaina Reyes, M, De Sanfiel Mesa, Y. Consentimiento informado en pacientes sometidos a cirugía por mínimo acceso. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2006 [Citado 10 May 2019];22(4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192006000400009&script=sci_arttext&tlng=pt
18. Amarilla Guirland, A. Percepción y comprensión del consentimiento informado en pacientes que acudieron a la Facultad de Odontología en el año 2010. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. [Internet]. 2010 [Citado 11 May 2019];9(2):43-49. Disponible en:
<http://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/viewFile/151/96>
19. Simón P, Barrio I.M, Sánchez C.M, Tamayo M.I, Molina A, Jiménez J.M. Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. An.Sist.Sanit.Navar [Internet]. 2007 [Citado 1 May 2019];30(2):191-198.
<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30n2/original1.pdf>
20. Vera Carrasco, O. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2016 [Citado 14 Nov 2019];22(1):59-68. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010
21. Redondo González, M.A. Comprensión lectora. Csifrevistad [Internet]. 2008 [citado 5 May 2019];(14):1-8. Disponible en:
https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_14/MARIA%20ANGELES_REDONDO_1.pdf
22. Arrieta, B, Meza, R. La comprensión lectora y la redacción en estudiantes universitarios. Revista Iberoamericana de educación. 2005;35(2)1-10.
23. Artazcoz, L. Las desigualdades de género en salud en la agenda de la salud pública. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2004 [Citado 5 May 2019];18(2):1-2. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/pdf/ga/2004.v18suppl2/1-2/es>
24. Rohlfs Barbosa, I, Borrell, C, do C. Fonseca, M. Géneros, desigualdades y salud pública. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2000 [Citado 5 May 2019]; 14(3)60-71. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6388135>
25. Sánchez López, M.P. Mujer y salud. Familia trabajo y sociedad. Madrid: Ediciones Díaz de Sánchez; 2003.

26. Aragón Borja, L.E, Contreras Gutiérrez, O, Álvarez, R. Ansiedad y pensamientos constructivos en estudiantes universitarios. *J. behav. health soc. ISSUES* [Internet]. 2011[Citado 5 May 2019];3(1):43-56. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-07802011000100005&script=sci_arttext
27. Gutiérrez Calvo, M, Ramos, P, Eysenck, M.W. Estrés, ansiedad y lectura: Eficiencia versus Eficacia. *Cognitiva [Internet]. 1993 [Citado 5 May 2019]5(1):77-93*. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1993-88765-001>
28. Barrantes Monge, M, Rodríguez, E, Lama, A. Relación médico-paciente: Derechos del adulto mayor. *Acta bioeth [Internet]. 2009 [Citado 5 May 2019];15(2):216-221*. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2009000200013&script=sci_arttext
29. Schleifer, JD. Autonomía, capacidad legal y toma de decisiones en la vejez. *For Intern Derech Human Pers May [Internet]. 2014 [Citado 5 May 2019]*. Disponible en: https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/53017/Rebecca_Schleifer.pdf
30. Sánchez López, M. P, Aparicio García, M. E, Dresch, V. Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema [Internet]. 2006 [Citado 5 May 2019];18(3)* Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/727/72718339/>
31. Arrivillaga Quintero, M, Cortés García, C, Goicochea Jiménez, V. L, Lozano Ortiz, T. M. Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologia [Internet] 2004 [Citado 4 May 2019];3(1)* Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/647/64730103/>
32. Gordillo León, F, Arana Martínez, J.M, Mestas Hernández, L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Rev Clin Med Fam [Internet]. 2011[citado 2019 Jun 09];4(3):228-233*. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2011000300008&script=sci_arttext&lng=pt
33. Carapia Sadurni, A., Mejía Terrazas, G.E, Nacif Gobera, L., Hernández Ordóñez, N. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista mexicana de Anestesiología [Internet]. 2011 [Citado 5 May 2019];34(4):260-263*. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114e.pdf>

34. Bisquerra Alzina,R., Pérez Escoda, N. Las competencias emocionales.Educación XX1[Internet]. 2007 [Citado 5 May 2019];10:61-82. Disponible en: <http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:EducacionXXI-2007numero10-823/Documento.pdf>