

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

**RELACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ANSIEDAD
DEL PACIENTE QUIRÚRGICO HOSPITAL REGIONAL
MOQUEGUA, MOQUEGUA 2011**

TESIS

Presentada por:

Lic. Eulalia Lidia Paredes Mamani

Para optar el Título de Segunda Especialidad:

ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

TACNA - PERÚ

2014

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GHROMANN - TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

**“RELACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ANSIEDAD DEL
PACIENTE QUIRURGICO HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA,
MOQUEGUA 2011”**

TESIS

Presentada por:

LIC. EULALIA LIDIA PAREDES MAMANI

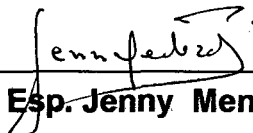
**Para optar el Título de Segunda Especialidad: Enfermería en Centro
Quirúrgico**

Aprobado con; _____ ante el siguiente jurado.



Mgr. Elena Cachicatari Vargas

Presidenta



Lic. Esp. Jenny Mendoza Rosado

Jurado



Mgr. Carla Mori Fuentes

Jurado



Mgr. Silvia Quispe Prieto

Asesora

DEDICATORIA

*A Dios por mostrarme día a día que con humildad,
paciencia y sabiduría todo es posible.*

*A mis padres quienes con su amor,
apoyo y comprensión incondicional estuvieron siempre
a lo largo de mi vida estudiantil; a ellos que
siempre tuvieron una palabra de aliento en los
momentos difíciles y que han sido incentivos en mi vida.*

*A mis hijos Maycool, Pedro; que son mi motor en mi
vida, el estímulo para seguir adelante en las
dificultades.*

Gracias, Dios por concedérmelos, GRACIAS.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme y llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

Agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial Lic. Silvia Quispe Prieto; asesora de esta investigación, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de estos años.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo en los momentos más difíciles de mi vida.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	01

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Fundamentos y Formulación del problema.....	04
1.2 Objetivos.....	08
1.3. Justificación.....	08
1.4. Formulación de la hipótesis.....	10
1.5. Operacionalización de variables.....	11

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de Estudio.....	12
2.2 Bases Teóricas.....	15

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Métodos de Investigación	35
3.2. Población y Muestra	36
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	37
3.4. Procesamiento de datos	39

CAPÍTULO IV
DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS	42
4.2. DISCUSION.....	52
CONCLUSIONES.....	60
SUGERENCIAS	61
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	63
ANEXOS.....	68

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo, corte transversal, diseño descriptivo, se realizó con el objetivo de Establecer la relación entre el consentimiento informado y la ansiedad en el paciente quirúrgico, Hospital Regional de Moquegua, 2011. La muestra probabilística estuvo conformada por 115 pacientes, a ser intervenidos quirúrgicamente, durante el periodo octubre-diciembre 2011.

Se aplicaron dos instrumentos de investigación una cedula de entrevista sobre el Consentimiento Informado y la Escala de Covi para la evaluación cuantitativa de la ansiedad, utilizando la técnica de entrevista, En relación al Consentimiento informado, no alcanzo un nivel adecuado, los pacientes califican insuficiente la información recibida, el 31.2% este porcentaje fue superior a los que califican que la información fue excelente 25.2%; de acuerdo a la dimensión, se alcanza un porcentaje 74.5% en información del procedimiento, con respecto a la ansiedad del paciente mínima y moderada alcanzan un 28.7%. Existe relación significativa entre el consentimiento informado y la ansiedad del paciente quirúrgico con un nivel de confianza de 95%, $P < 0,05$.

Palabras claves: Consentimiento Informado, Paciente Quirúrgico, ansiedad.

ABSTRACT

The present research quantitative, cross-sectional, descriptive design was performed in order to establish the relationship between informed consent and anxiety in surgical patients, Regional Hospital of Moquegua, 2011. Probability sample consisted of 115 patients to undergo surgery during the period October-December 2011.

Two instruments of investigation, a cedula interview on Informed Consent and Scale Covi for quantitative assessment of anxiety were applied, using the interview technique, in relation to informed consent, not reached an adequate level, patients rate insufficient information received, this percentage was 31.2% higher than those who qualify that the information was excellent 25.2%; according to the size, a percentage reached 74.5% in the process information with respect to the low and moderate anxiety patient reached 28.7%. There is significant relationship between anxiety and informed consent of surgical patients with a confidence level of 95%, $P < 0.05$.

Keywords: Informed Consent, Patient Surgical, anxiety.

INTRODUCCION

La ansiedad es un estado emocional propio de quien espera o teme un acontecimiento importante o grave. La ansiedad es normal en todo paciente por ser psicológicamente congruente con una situación de alarma. En ese sentido, existe una ansiedad mínima normal que está presente en todo persona en condición de paciente.

En situaciones hospitalarias en especial, en pacientes quirúrgicos se sospecha que ese estado de ansiedad puede ser de alguna manera mitigado, entre otros factores, con la información que se le brinda al paciente respecto a la intervención o procedimiento quirúrgico que se le aplicará. Esta explicación a un paciente atento y normalmente competente con la naturaleza de su enfermedad, así como de los efectos de ésta y de los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, se le conoce como consentimiento informado. En consecuencia, se sostiene comúnmente que el consentimiento informado influye en el nivel de ansiedad del paciente.

Sin embargo, algunas situaciones particulares que se verifican en el Hospital Regional de Moquegua, parecieran indicar que los niveles de ansiedad de los pacientes quirúrgicos no se reducen a términos

relativamente satisfactorios, por lo cual surgen continuas interrogantes respecto a la forma como se está llevando a cabo el consentimiento informado o, en otras palabras, en qué medida se pone en práctica.

El presente estudio se enfoca en ese marco. Apunta a establecer la relación entre el consentimiento informado y la ansiedad en el paciente quirúrgico del Hospital Regional de Moquegua, 2011. En ese sentido, verificar una relación entre las variables permitiría sostener que el consentimiento informado adolece de falencias que conviene identificar. En caso contrario, habría que identificar qué otros posibles factores pueden influir en los niveles de ansiedad del paciente quirúrgico.

Para ello se trabaja con una muestra conformada por 115 pacientes del Hospital Regional Moquegua, de la ciudad del mismo nombre. La información empezó a realizarse en el mes de octubre, y se finaliza en el mes de diciembre.

Para efectos de la recolección de información se utilizó una técnica mixta, que combina la entrevista y la encuesta como técnicas de investigación. Se utiliza dos instrumentos de investigación: una cedula de entrevista que toma la forma de un cuestionario estructurado, y que para efectos de facilitar su manipulación se denominó *Cuestionario de Calidad de Consentimiento Informado*. Aparte, la *Escala de Covi* para la evaluación cuantitativa de la ansiedad.

Para efectos expositivos, el estudio se ha dividido en cuatro capítulos, Capítulo I, que refiere al problema de investigación; la formulación de los objetivos de investigación, las hipótesis que guían el estudio y las variables de estudio. Capítulo II, que está destinado a la exposición del marco teórico que sustenta el estudio, tanto los temas referidos al consentimiento informado como a la ansiedad. El Capítulo III, que constituye el marco metodológico en el cual se basa el procedimiento de recolección de información y análisis del estudio. Los resultados finales se presentarán en el Capítulo IV, Resultados, y en los apartados Discusión, Conclusiones, Recomendaciones, Anexos, Referencias.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. 1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En nuestros días los avances tecnológicos se incrementan día a día de manera incontenible; con ello facilitan y agilizan el trabajo diario en el quirófano. Esto, unido a la buena praxis y al trabajo en equipo, hace que, por lo general, el resultado de la intervención sea el esperado. Sin embargo no se debe olvidar que quien entra en una sala de intervenciones no es un caso, sino una persona aislada de su entorno que se encuentra en una realidad que puede ser percibida como una amenaza y que por tanto puede originar en ella un sentimiento de ansiedad.

Se identifica la ansiedad como un estado en que una persona experimenta un sentimiento de incomodidad cuyo origen con frecuencia, es inespecífico o desconocido para el individuo, también como una reacción compleja frente a situaciones, estímulo actual o potencialmente peligroso. En ese sentido, la ansiedad es un estado emocional propio de quien, espera o teme un acontecimiento importante. La ansiedad no siempre es

patológica o mala: es una emoción común, junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad, y tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia. En ese sentido, existe una ansiedad mínima normal que está presente en todo paciente aún más cuando se presenta situaciones donde el paciente debe ser sometido a una intervención quirúrgica, a la anestesia al procedimiento en sí que con lleva a mayor temor.

Frente a esta situación hoy en día se requiere una atención de calidad, ya que los derechos del paciente son cada vez más vigilados y exigidos por ellos, en tiempos pasados este derecho era vulnerado.

La buena praxis profesional, insta a las enfermeras a desarrollar un papel activo en la información al paciente y por ello puesto en práctica el consentimiento informado, disponiendo de un tiempo y espacio para ello.

La teoría del consentimiento informado ha adquirido, pues, una indudable solidez, de tal forma que nuestras organizaciones sanitarias, los profesionales que en ellas trabajan, no puede permitirse hoy en día el lujo de vivir a espaldas de sus requerimientos. Es particularmente interesante que muchas de las organizaciones sanitarias hayan comenzado a descubrir que el

consentimiento informado además de ser una cuestión de la que no pueden desentenderse porque ello tendría consecuencias legales, es un elemento que permite valorar la calidad asistencial prestada por dicha organización y por sus profesionales. (1)

Aún se puede percibir en la mayor parte de profesionales que aún no han comprendido el trasfondo del consentimiento informado, pues lo que se reclama fundamentalmente es un cambio radical en la forma de entender la relación personal de salud-paciente. De ahí que se verifican muchas veces un inadecuado diseño y uso de los formularios escritos de consentimiento informado que obstaculizan las relaciones sanitarias saludables. Y es justamente en esta parte el papel preponderante del profesional de enfermería que se encuentran en mayor acercamiento con los pacientes, explicando los formularios, elaborados por los especialistas que se entregan a sus pacientes sin tiempo material para poder hacer una lectura comprensiva y preguntar dudas antes de realizar un proceso intervencionista-quirúrgico.

En la realidad existe una confusión entre el valor de la información verbal al paciente y la entrega y firma del documento de

consentimiento informado. La información verbal es un proceso gradual que se puede llevar a cabo en una o más entrevistas y no puede ser sustituido por ningún documento o papel. El documento tan sólo prueba que el profesional ha facilitado la información y que el paciente está de acuerdo con lo que se le ha propuesto. Pero la existencia de un documento firmado por el paciente no garantiza que éste haya comprendido la información, por ello la importancia del papel que se encuentra desempeñando la enfermera y como contribuye a disminuir la ansiedad del paciente quirúrgico.

Sin embargo, situaciones particulares se verifican en el Hospital Regional de Moquegua, indicando; que el cuidado de atención de enfermería en el preoperatorio de los pacientes quirúrgicos, disminuye la ansiedad manifestando la pronta recuperación en el posoperatorio. Esto lleva a preguntarse hasta qué punto el consentimiento informado tiene alguna relación con la ansiedad en el paciente quirúrgico, y sobre todo, si esta relación existe.

• Formulación del problema

¿Qué relación existe entre el consentimiento informado y la ansiedad en el paciente quirúrgico, Hospital Regional de Moquegua, 2011?

1.2. OBJETIVOS

Objetivo general

Establecer la relación entre el consentimiento informado y la ansiedad en el paciente quirúrgico, Hospital Regional de Moquegua, 2011.

Objetivos específicos

Identificar el nivel de consentimiento informado al que accedió el paciente quirúrgico, Hospital Regional de Moquegua.

Establecer el nivel de ansiedad en el paciente quirúrgico, Hospital Regional de Moquegua.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La atención y el servicio que ofrece todo el personal dentro del hospital puede generar ansiedad en el paciente, por lo que la comunicación adecuada y la actitud del equipo multidisciplinario

que interactúe con el paciente puede ofrecer un entorno confortable, previo al acto anestésico – quirúrgico.

El cuidado de enfermería del paciente quirúrgico sometido a una intervención parte desde optimizar una relación eficiente enfermera paciente que permita lograr un estado de tranquilidad y confianza que va redundar en los beneficios de su recuperación postoperatoria, pero muchas veces esto se ve obstaculizado con algunas limitaciones desde la formación del estudiante, y resto de los profesionales, sobre cómo informar, cómo dar malas noticias, cómo escuchar, cómo gestionar la incertidumbre, por poner en algunas de las cuestiones a las que se enfrenta el profesional de salud cotidianamente.

Por ello la importancia del actuar de la enfermera en este proceso ayuda a disminuir la ansiedad, por lo mismo conlleva en una recuperación adecuada del paciente en el posoperatorio.

En el sur del país incluyendo Arequipa son muy escasos los estudios centrados en la ansiedad de pacientes quirúrgicos y menos aún se investiga si el propósito del consentimiento informado cumple su objetivo fundamental que es garantizar la información entregada al paciente.

De aquí que exista una necesidad regional de orden informativo y metodológico a la que este estudio procura responder. Por un lado, abre una línea de investigación relativamente desconocida en el sur del país, y por otro, realiza un aporte metodológico, al abordar el estudio de la ansiedad con un instrumento de investigación bastante conocido en otros espacios, pero prácticamente no utilizado en el medio: la Escala Covi.

1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Existe una relación entre el consentimiento informado y la ansiedad en el paciente quirúrgico, Hospital Regional de Moquegua, 2011.

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR
Consentimiento informado	información de procedimiento	información sobre procedimiento aplicado calidad de información recibida sobre procedimiento aplicado comprensión de consecuencias de procedimiento aplicado información sobre otras opciones comprensión sobre otras opciones calidad de la información recibida sobre otras opciones
	información de comportamiento	explicación de lo que debe hacerse antes del procedimiento explicación de lo que debe hacerse durante del procedimiento explicación de lo que debe hacerse después del procedimiento
	información sensorial	descripción de las sensaciones a experimentar calidad de la información recibida sensaciones a experimentar
	fuentes de información	fuentes de conocimiento informado calidad de interacción durante información
	Respeto	autorización de intervención firma de documento que autoriza estuvo en condiciones de comunicar
Ansiedad	Estado ansioso	Estado ánimo ansioso Tensión Miedos Insomnio funciones intelectuales
	Estado depresivo	Estado ánimo depresivo Síntomas somáticos generales musculares Síntomas somáticos generales sensoriales Síntomas cardiovasculares Síntomas respiratorios Síntomas gastrointestinales Síntomas genito- urinarios Síntomas sistema nervioso autónomo

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

González, Edward'' (2005) realizó un estudio sobre: "Análisis crítico de su aplicación del Consentimiento Informado en un servicio quirúrgico". Concluye si bien la obtención del consentimiento informado puede ser verbal es recomendable para procedimientos quirúrgicos hacerlo constar en forma escrita. En la práctica se comprueba que globalmente la tercera parte de los pacientes operados no lo presentan, siendo la situación en la urgencia más grave, donde el porcentaje se aproxima a 50%. Por otro lado, 12% de los que sí lo tenían presentaban fallas (falta de datos, así como datos erróneos) y, por otro lado no se tomó en cuenta la reglamentación vigente al momento de realizarlos (firmado por pacientes). (2)

Crespo- Martín (2007) realizó un estudio "Efecto de la intervención de enfermería durante el intraoperatorio en el grado

de ansiedad del paciente quirúrgico”. Concluye; la intervención de Enfermería establecida disminuye la ansiedad que presentan los pacientes en el momento intraoperatorio; los cuidados de Enfermería se abordaron desde una perspectiva holística, prestando atención a los aspectos físicos, psíquicos y sociales de los pacientes; la disminución de la ansiedad disminuye el dolor postquirúrgico y el tiempo de cicatrización, lo que incide en la recuperación del paciente tras la cirugía. (3)

Peña Daily, Ramiro Alfonso (2010); realizó un estudio sobre “Nivel de información del consentimiento informado en el paciente quirúrgico antes de una intervención anestésica y quirúrgica.” En donde se llegan a las siguientes conclusiones; se encontró que el 22.25 y 21.70 % de los pacientes desconocían los riesgos que podía tener la intervención quirúrgica y anestésica, respectivamente. El 82.41 % de pacientes no recibió ninguna información sobre riesgos quirúrgicos, este porcentaje fue superior para los riesgos anestésicos 87.91 Sólo a un 34.35 % de los pacientes se les solicitó su consentimiento para la cirugía, cifra aún menor para el método anestésico empleado (7.97 %). Existió un bajo grado de conocimiento de los pacientes sobre la intervención médica realizada y escasa información

proporcionada ,más acentuada cuando se trató de riesgos anestésicos, predominaron los pacientes a los que no se les solicitó el consentimiento informado. (4)

Naranjo Galos, K F. Salazar Rosas. J P (2012) realizó un estudio “Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de amsterdam realizada en la visita pre anestésica “ En general, encontramos una frecuencia de Ansiedad Prequirúrgica de 60%, en los análisis posteriores, El 60.2 % de los pacientes presentan ansiedad, no se encontró relación significativa con la variables demográficas, la visita pre anestésica se comporta como factor protector de la ansiedad con una p 0.00046, al igual que el conocer al anesestesiólogo con una p 0.00026, el 71% de los pacientes que recibieron la visita pre anestésica se encontraron satisfecho con la realización de la misma.(5)

Cabrales-Vegal; R.A .Calvachi- Jenifer V. (2012) “Grado de conocimiento sobre el consentimiento informado en pacientes que aceptan con su firma las cirugías electivas de la especialidad de Cirugía General en los quirófanos del Hospital Universitario San Jorge de Pereira” La aplicación de la

población de estudio mostró una alta tasa de replicabilidad y validez predictiva para el Test. Uno de cada dos pacientes presenta calidad de información deficiente 51.8 % en el conocimiento del consentimiento informado, sin evidenciar ninguna asociación con las variables sociodemográficas estudiadas, llega a la siguiente conclusión: Es imperativo establecer mecanismos para lograr una comunicación efectiva con el paciente de tal manera que se supere el acto mecánico de la simple obtención de la firma en el consentimiento informado.

(6)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Consentimiento Informado

En medicina, el consentimiento informado o consentimiento libre esclarecido, es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir la obligación de respetar a los pacientes como personas y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos. (7)

En algunos casos, tales como el examen físico de un médico, el consentimiento es tácito y sobreentendido.

Para procedimientos más invasivos o aquellos asociados a riesgos significativos o que tienen implicados alternativas, el consentimiento informado debe ser presentado por escrito y firmado por el paciente.

Bajo ciertas circunstancias, se presentan excepciones al consentimiento informado. Los casos más frecuentes son las emergencias médicas donde se requiere atención médica inmediata para prevenir daños serios o irreversibles, así como en casos donde por razón de incompetencia, el sujeto no es capaz de dar o negar permiso para un procedimiento.

2.2.2. Historia

El consentimiento informado tiene sus raíces legales en 1947 con el Código de Núremberg, a través del cual jueces juzgaron un grupo de médicos acusados de realizar experimentos caracterizados como crímenes en contra de la humanidad, cometidos en contra de prisioneros de guerra durante la Segunda Guerra Mundial, los cuales se realizaban sin informaciones o

consentimiento acerca de los riesgos a que se sometían las víctimas. (8)

En 1964 se promulgó en la Asamblea Médica Mundial la Declaración de Helsinki, que ha sido modificada en varias oportunidades, agrupando un conjunto de reglamentos que orientan a los médicos en experimentos con seres humanos, y resalta la importancia del consentimiento voluntario dentro de los protocolos de estudio. (8)

2.2.3. Características

El consentimiento informado debe reunir al menos cuatro requisitos que son:

- **Capacidad:** el individuo debe tener la habilidad de tomar decisiones
- **Voluntariedad:** Los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de

autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.

- Información: Las opciones deben ser comprensibles y deben incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y que siempre existe la opción del paciente de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en otros tratamientos.
- Comprensión: Es la capacidad del paciente de comprender la información relevante.

Estudios a nivel internacional demuestran que hay una fuerte tendencia a considerar el consentimiento informado como una herramienta que protege a los proveedores de salud de problemas legales y reclamos, en vez de un proceso en el que se toman las decisiones en forma conjunta y responsable por parte del paciente y el profesional. (9)

2.2.4. Excepciones al consentimiento informado.

Todo paciente tiene el derecho a no ser informado si así lo expresa previamente, es decir, el paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento. En caso de que el paciente posee un riesgo para la salud pública, se admite la ausencia del consentimiento informado para el internamiento, cuarentena u hospitalización del paciente. (10) En caso de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente, el consentimiento puede obviarse. En caso de pacientes menores de edad o de incapacidad del paciente legalmente reconocida, física o mental, se admite que el consentimiento informado sea pedido a su representante legal, que será generalmente el familiar más próximo.

- **Capacidad de decisión**

El consentimiento informado está basado en el principio de autonomía (11), es decir, el derecho del paciente a ser reconocido como persona libre y dueña de tomar sus decisiones. (9) El paciente debe estar en condiciones de comunicar su decisión y éste ha sido informado

adecuadamente de sus opciones, es decir, no pueden ser decisiones hechas como resultado de delirio o alucinaciones. La decisión del paciente es consistente con sus valores y metas y se mantiene estable en el tiempo si no ha habido modificaciones hechas por el mismo sujeto. Los familiares de un paciente no están en el derecho de requerir al médico del paciente que no se le comunique ciertos detalles o información al mismo.

Los componentes de la capacidad de tomar decisiones incluye la habilidad de comprender las opciones, de entender las consecuencias de escoger una u otra opción y poder evaluar el costo y beneficio personal de cada consecuencia y relacionarla a sus valores y prioridades.

En algunos casos cuando el paciente no es capaz de comprender los componentes y opciones que le son presentadas, sus familiares o representantes designadas por una corte pueden servir para tomar decisiones por el individuo. (6)

- Competencia

La capacidad de tomar decisiones se conoce legalmente como «competencia». El término se usa a menudo de

manera amplia en la medicina para indicar si una persona tiene capacidad de decisión. Técnicamente, una persona sólo puede ser declarada "incompetente" por un tribunal de justicia.

- Documentación

Para muchos procedimientos, como exámenes de sangre de rutina, radiografías, y férulas o yesos, el consentimiento suele estar implícito. Para otras pruebas invasivas o para tratamientos con riesgo significativo, se le debe dar un formulario de consentimiento escrito al paciente y una explicación verbal, de preferencia en su idioma nativo. Por lo general, se incluye en el formulario de consentimiento informado una explicación de la condición médica que justifique la prueba, procedimiento o tratamiento, así como una explicación de la finalidad y los beneficios de la prueba propuesta de procedimiento o tratamiento. El profesional de la salud suele verse obligado a dar una explicación o descripción de la prueba procedimiento o tratamiento propuesto, incluyendo las posibles complicaciones o efectos adversos y una descripción de las opciones alternativas, si las hubiere, y

sus beneficios y riesgos relativos, así como un análisis de las consecuencias de no aceptar la prueba, procedimiento o tratamiento en cuestión.

El formulario de consentimiento debe estar firmado y fechado tanto por el profesional de la salud como por el paciente o su representante legal. Una copia del formulario de consentimiento firmado siempre está disponible para el paciente y su médico.

2.2.5. Derecho de rechazo

Salvo para tratamientos autorizados legalmente de manera involuntaria, los pacientes legalmente competentes para tomar decisiones médicas o que sean calificados por los proveedores salud de tener la capacidad de decisión, tienen el derecho legal y moral de rechazar cualquier tratamiento. Esto aplica incluso si el paciente opta por hacer una "mala decisión" que pueda resultar en una discapacidad grave o incluso la muerte.

(13)

Con el fin de documentar que se le ha dado al paciente la opción de obtener un tratamiento recomendado, y ha

optado por rechazarlo, se le suele pedir que firme un formulario «contra opinión médica», que sea la forma de proteger al médico de responsabilidad legal de no proporcionar el procedimiento en cuestión (11). El rechazar una prueba, tratamiento o procedimiento no significa necesariamente que se niegan todos los cuidados. Se espera que se le ofrezca al paciente las mejores opciones disponibles luego de rechazar la ofrecida en inicio.

2.2.6. Consentimiento Informado en el Perú

El desarrollo de los medios de comunicación masiva y la mayor relevancia acerca de los derechos por la salud trae como consecuencia inevitable que la sociedad observe a quienes han hecho de la Medicina su ejercicio profesional, pero es una observación escrupulosa, por ello una actividad tan apreciada demanda un ejercicio responsable. (9) No se trata de hacer señalamiento alguno de carácter profesional sobre el desempeño de los miembros de una profesión, pues en general cualquier actividad del ser humano, sea o no profesional, debe

apegarse a las responsabilidades propias de la actividad que desempeña, empero, dada la relevancia social de la Medicina, la falta cometida por un médico.

De ahí que es necesario analizar los alcances legales de la responsabilidad de los profesionales de la salud, en el desarrollo de sus actividades cotidianas, en el trato de sus pacientes. Independientemente de tratarse de una actividad profesional o no, un actuar responsable implica el reconocimiento y aceptación de las consecuencias de un acto realizado con entera libertad. Así, todos y cada uno de los actos que el hombre ejecuta llevan implícitos una responsabilidad que trae como consecuencia el deber de reparar el daño causado en el caso de haberse cometido una falta. Es decir, habrá responsabilidad cuando medie una acción u omisión cometida con plena libertad y capacidad, voluntaria o involuntaria, que provoque un determinado daño. Cabe precisar que la involuntariedad de la acción u omisión, no desvirtúa el deber de responder, aunque el médico no hubiera deseado realizar determinados actos o no hubiera

previsto sus consecuencias, tales supuestos no lo eximen del deber de reparar los daños ocasionados. (14)

2.2.7 La ansiedad

Se entiende por ansiedad: "Estado en que una persona experimenta un sentimiento de incomodidad (leve o intensa) cuyo origen, con frecuencia, es inespecífico o desconocido para el individuo". También se define como: "Reacción compleja del individuo frente a situaciones de peligro, aunque sólo sea por la circunstancia de aparecer inciertos".

La ansiedad (del latín *anxietas*, 'angustia, aflicción') es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos (15) La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. En la actualidad se

estima que un 20.5% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo. La clasificación de la OMS ubica la ansiedad clínica entre los «trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos». (16) Los cuadros de ansiedad ante situaciones bien definidas o ante objetos externos no amenazantes se denominan fóbicos; el trastorno de pánico, la ansiedad generalizada, el trastorno ansioso-depresivo y los cuadros obsesivo-compulsivos, están menos relacionados con situaciones particulares. (17) Situaciones de estrés pueden causar trastornos.

2.2.7. a) Descripción general

Ante una situación de alerta, el organismo pone a funcionar el sistema adrenérgico. (19) Por ejemplo, cuando el organismo considera necesario alimentarse, este sistema entra en funcionamiento y libera señales de alerta a todo el sistema nervioso central. Cuando se detecta una fuente de alimento para la cual se requiere actividad física, se disparan los mecanismos que liberan adrenalina, y se fuerza a todo el organismo a aportar

energías de reserva para la consecución de una fuente energética muy superior a la que se está invirtiendo para conseguirla y que normalizará los valores que han disparado esa "alerta amarilla". En esos momentos el organismo, gracias a la adrenalina, pasa a un estado de "alerta roja". El sistema dopaminérgico también se activa cuando el organismo considera que va a perder un bien preciado. En esta situación, el organismo entra en alerta amarilla ante la posibilidad de la existencia de una amenaza, que no es lo mismo que cuando la amenaza pasa a ser real, pues en ese caso lo que se libera es adrenalina.

Desde este punto de vista, la ansiedad se considera una señal positiva, de salud, que ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa: alerta amarilla, alerta roja y consecución del objetivo. (20) Si la cadena se rompe en algún momento y esas situaciones se presentan con asiduidad, entonces el organismo corre el riesgo de intoxicarse por dopaminas o por otras catecolaminas. Esas situaciones ayudan al

organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana. (21).

Los síntomas de ansiedad son muy diversos y tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa, que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, midriasis, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, náusea, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc. La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes: a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. (22) Éstos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros, es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y éstos a su vez disparar los síntomas conductuales. (23) Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad suelen parecerse a los de padecimientos no mentales, tales como la arritmia cardíaca o la hipoglucemia. Se recomienda a los pacientes someterse a un examen médico completo para

descartarlos. La ansiedad también puede convertirse en un trastorno de pánico, en el cual la persona cree que va a desmayarse, fallecer o sufrir algún otro percance fisiológico.

2.2.7. b) Tratamiento

La medicación puede mantenerse bajo control mientras la persona recibe psicoterapia. La medicación debe ser prescrita por el médico.

A) Medicamentos ansiolíticos:

Las poderosas benzodiazepinas combaten la ansiedad y producen pocos efectos secundarios con la excepción de somnolencia (tener sueño). Debido a que las personas se pueden acostumbrar a éstas y pueden necesitar dosis progresivamente más altas para obtener el mismo efecto, las benzodiazepinas generalmente se prescriben por cortos periodos de tiempo.

B) Otras técnicas:

Manejo del tiempo, ejercicio físico, yoga, caminar, etc.

Dichas técnicas implica usar técnicas para reducir o

detener las conductas no deseadas asociadas con estos trastornos. Por ejemplo, una táctica implica tratar a los pacientes con técnicas de relajación y respiración profunda para contrarrestar la agitación y la hiperventilación (respiración rápida y superficial) que acompañan a determinados trastornos de ansiedad.

2.2.8. La ansiedad en el paciente quirúrgico

Durante el período quirúrgico, el personal de enfermería encuentra un gran número de diagnósticos de enfermería siendo el más común en la práctica la totalidad de los casos; el de ansiedad o riesgo de ansiedad en relación con la intervención quirúrgica.

Desde el proceso de atención de enfermería es necesario plantear la inclusión de este diagnóstico de forma generalizada en el proceso de atención del enfermo quirúrgico. (24)

La presencia de ansiedad en el periodo preoperatorio es variable en cada paciente y depende de varios factores: edad, sexo, estado socioeconómico, ocupación, estado

físico, tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario, calidad de la atención médica.

2.2.9 Paciente Quirúrgico:

La admisión de un paciente a un hospital genera ansiedad. En estudios previos se ha demostrado que, en sujetos que van a ser sometidos a cirugía, la ansiedad se presenta por lo menos una semana antes de su admisión. El simple hecho de estar involucrado en un medio desconocido como lo es el hospitalario, la deficiente comunicación por parte del personal intrahospitalario, la desinformación obtenida por terceras personas y, sobre todo el impacto en la esfera familiar, afectiva, social, laboral y económica, pueden ser detonantes de ansiedad y, por lo tanto, presentarse antes de su ingreso al hospital . Cuando hablamos de la situación quirúrgica hacemos referencia a un concepto amplio que incluye tanto factores externos al propio individuo (el hospital, el quirófano y las técnicas aplicar) como factores internos o individuales (factores de personalidad, percepción de amenaza,

percepción de control de la situación) que son los responsables de las manifestaciones de ansiedad.

La cirugía es una rama de la medicina, que se ocupa de las técnicas quirúrgicas, por medios manuales e instrumentales y comprende el tratamiento integral de los enfermos. La cirugía es uno de los resultados del desarrollo del conocimiento humano, su evolución ha acompañado paso a paso a los cambios sociales, económicos y culturales de los tiempos. La enfermedad o la alteración de la salud tienen connotaciones psicológicas importantes, que de una u otra forma tienen impacto sobre la respuesta y evolución a los tratamientos instaurados, este es un tratamiento quirúrgico. Una condición mecánica de un tiempo determinado, la cual amenaza la integración mente-cuerpo, afecta la capacidad de desear y la actividad de pensar. El procedimiento quirúrgico constituye en el hombre como una prueba y se constituyen en amenazas para el cuerpo.

2.2.10. Preparación Psicológica

Si la persona sabe que la ansiedad es una reacción normal ante la amenaza de la cirugía, eso puede ser útil para eliminar la reflexión autoimpuesta "no tengo por qué estar nervioso".

La enseñanza ayuda a aliviar el nivel de ansiedad cuando el paciente sabe qué esperar, si se espera hasta que el paciente se haya recuperado lo suficiente de la agresión que representa la cirugía para dar comienzo al proceso de enseñanza, esto representa una pérdida de tiempo considerable e incluso una menor efectividad del aprendizaje.

Teoría Hildegard Peplau

Esta teoría permite que los profesionales de enfermería dejen de centrarse en la atención biofísica de la enfermedad, y acercarse a los sentimientos y los comportamientos frente a la enfermedad, ellos pueden ser explorados e incorporados a las intervenciones de enfermería. Conseguiremos, que surja una relación entre enfermera/o - paciente que permita afrontar los

problemas que aparezcan de manera conjunta. Integró en su modelo la teoría psicoanalítica.

Los cuidados en Enfermería psicodinámica exigen ser capaz de comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de experiencia. La enfermería es un importante proceso interpersonal y terapéutico. Peplau empleó conocimientos tomados de la ciencia conductual, el modelo psicológico. Este permite al enfermero situarse fuera de la concepción de enfermedad hacia otra orientación e incorporar el significado psicológico de los acontecimientos, sentimientos y conductas a las intervenciones de enfermería. Esto nos permite enseñar a los pacientes cómo debe experimentar sus sentimientos y explorar con ellos la forma de asimilar estos sentimientos. Los principios del aprendizaje social, concepto de la motivación humana y el concepto del desarrollo de la personalidad. (25)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Por su finalidad, incrementar el cuerpo de conocimientos respecto a la variable, el estudio se identifica como **investigación básica**.

(26) Así, su intención principal es conocer más la realidad en la que se verifica el problema, considerando las unidades de observación.

Y de acuerdo a su profundidad, responde a los estudios analíticos, en los que “el investigador intenta encontrar la causa del proceso”.

De acuerdo a su naturaleza, el estudio se identifica con la investigación cuantitativa. Este tipo de estudios supone concentrarse “en un número reducido de conceptos —variables— determinado a través de un riguroso proceso de definición operacional” y “en la mayoría de casos parten de hipótesis, por lo cual requieren de un importante apoyo en el tratamiento estadístico de la información. (27)

Por el diseño utilizado para la contrastación de hipótesis, corresponde a estudios con diseño no experimental transeccional

correlacional, en la medida que se orienta a verificar la posibilidad de una relación entre las variables consideradas.

De acuerdo con algunas perspectivas en la investigación en salud pública, la investigación realizada responde a los estudios de prevalencia (28). Figueroa señalan que “los estudios de prevalencia llamados transversales estudian simultáneamente los casos existentes y los factores de riesgo intentando establecer una relación causal” o de asociación.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está constituida por los pacientes que recibieron algún procedimiento quirúrgico durante el periodo de Octubre, Noviembre, Diciembre. La población sujeta de estudio es el número promedio de 03 meses de demanda (500 pacientes) en el Hospital Regional Moquegua. Los criterios de inclusión y exclusión se señalan a continuación:

Criterios de Inclusión:

- Todo paciente que recibirá intervención quirúrgica electiva durante el periodo considerado.
- Contar con mayoría de edad.

Criterios de Exclusión:

- Paciente cuyo ingreso a intervención quirúrgica se hace por emergencia.
- Trastornos mentales o clara deficiencia mental para mostrar competencia.

Para efectos del trabajo de campo y análisis de la información, se consideró como unidad muestral todo paciente quirúrgico que cumplía con los criterios de inclusión.

Reemplazando, se tiene: $n = 115$

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para efectos de la recolección de información se utilizará una técnica mixta, que combina la entrevista y la encuesta como técnicas de investigación. Se utilizan dos instrumentos de investigación: una cedula de entrevista que toma la forma de un cuestionario estructurado, *sobre* Consentimiento Informado. Aparte, la Escala de Covi para la evaluación cuantitativa de la ansiedad.

3.3.1 Escala de Covi para la evaluación cuantitativa de la ansiedad

La escala de evaluación de la ansiedad de Covi no es una herramienta diagnóstica, sino que ofrece una medida cuantitativa de la ansiedad. El intervalo investigativo es el presente o la última semana. La escala pone un especial énfasis en el estado subjetivo del paciente. El tiempo necesario para su aplicación no supera los 20 minutos.

El instrumento consiste en 13 preguntas que deberán ser respondidas en una escala de 0 a 4 donde:

- 0 = ausente
- 1 = leve
- 2 = media
- 3 = fuerte
- 4 = máxima (invalidante)

Dándose una puntuación siguiente:

Puntuación obtenida	Ansiedad
40 – 52	Ansiedad severa
27 - 39	Ansiedad moderada
14 – 26	Ligera
0 – 13	Mínima normal

3.3.2. Cuestionario de calidad de consentimiento informado

El Cuestionario de Calidad de Consentimiento Informado se basa en una técnica mixta, que combina la entrevista y la encuesta como técnicas de investigación. Eso da lugar a un instrumento de investigación en el que se diseña un cuestionario estructurado que debe ser aplicado como una cédula de entrevista.

El instrumento consiste en 16 preguntas deben ser respondidas en una escala de 16 a 48.

La escala de calificación es la siguiente:

Puntuación	Nivel de realización de consentimiento informado
16 – 24	Deficiente
25 – 32	Insuficiente
33 – 40	Suficiente
41 – 48	Excelente

3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS

Para el análisis de la información se utilizarán procedimientos y medidas de la estadística descriptiva y de la estadística inferencial. En lo que respecta a la estadística descriptiva, cuyo fin

es “resumir de forma comprensible y significativas los datos cuantitativos (números)” se utilizaron los siguientes procedimientos:

- Tablas de frecuencia absoluta y relativa (porcentual), en las que se describen las variables por clases y categorías.
- Representaciones en forma de gráficos, resultan idóneas para mostrar la relación entre las partes y el todo, y que se utilizaron para la presentación de la información contenida en las tablas.
- Tablas de contingencia, que muestran los niveles, clases o categorías de las variables independientes en la parte de arriba (columnas) y los niveles de las variables dependientes al lado (filas).

En lo que respecta a estadística inferencial, que permite generalizar los resultados obtenidos de muestras a poblaciones, se utilizó la prueba de independencia de criterios, mediante el test Chi cuadrado (χ^2), que es una prueba estadística para datos categóricos.

El análisis efectuado con programas de computadora (específicamente SPSS 17 ó 18) entrega el valor calculado de la

χ^2 , los grados de libertad y la probabilidad de χ^2 . En ese sentido, la prueba se hizo considerando el nivel de significancia elegido para considerar válida la hipótesis propuesta y la probabilidad exacta asociada a la prueba o significancia que arroja la prueba (en SPSS se le denomina significación asintótica o significación exacta y se representa por p). La regla de interpretación para la prueba es la siguiente:

- Si $p > \alpha$, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis propuesta. En otras palabras, no hay relación entre las variables. (25)
- Si $p \leq \alpha$, se acepta la hipótesis propuesta y se rechaza la hipótesis nula. En otras palabras, se presume relación entre las variables. (25).

CAPÍTULO IV
DE LOS RESULTADOS

4.1.- RESULTADOS

CUADRO N° 01
PACIENTES QUIRÚRGICOS POR NIVEL DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2011

NIVEL CI	FRECUENCIA	%
DEFICIENTE	6	5,2
INSUFICIENTE	44	38,3
SUFICIENTE	29	25,2
EXCELENTE	36	31,3
TOTAL	115	100,0

Fuente: Aplicación del Cuestionario de Calidad de Consentimiento Informado.

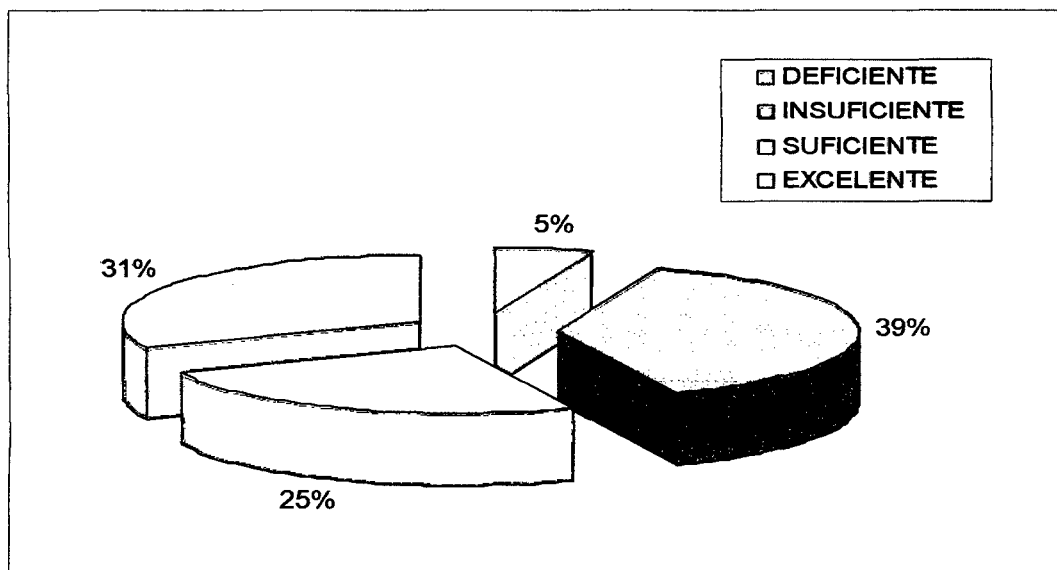
DESCRIPCION

En el presente cuadro se observa el nivel de consentimiento que alcanzan los pacientes quirúrgicos, se tiene que alcanzan por representación en el nivel insuficiente con el 38,3%, aunque sin marcar

una diferencia muy grande respecto de la proporción que se ubica en el nivel excelente con el 31,3% y por último un 5% no consigue superar el nivel deficiente. Al considerar en conjunto las categorías superiores frente a las inferiores, se evidencia que el grupo tiende a ubicarse en los niveles más altos (suficiente y excelente), donde se reúnen 56,5% del total.

GRAFICO N° 01

PACIENTES QUIRÚRGICOS POR NIVEL DE CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2011



FUENTE: CUADRO N° 01

CUADRO N° 02

FRECUENCIA SEGÚN PUNTUACION DE DIMENSIONES DEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITAL REGIONAL

MOQUEGA, 2011

CI	I.Procedim.	I.Comport.	I.Sensorial	Fuente	Respeto	Total
Puntuación por dimensión	18	9	6	6	9	48
Puntuación acumulada	1543	763	487	490	757	4040
Porcentaje	74,5	73,7	70,6	71,0	73,1	

Fuente: Aplicación del Cuestionario de Calidad de Consentimiento Informado

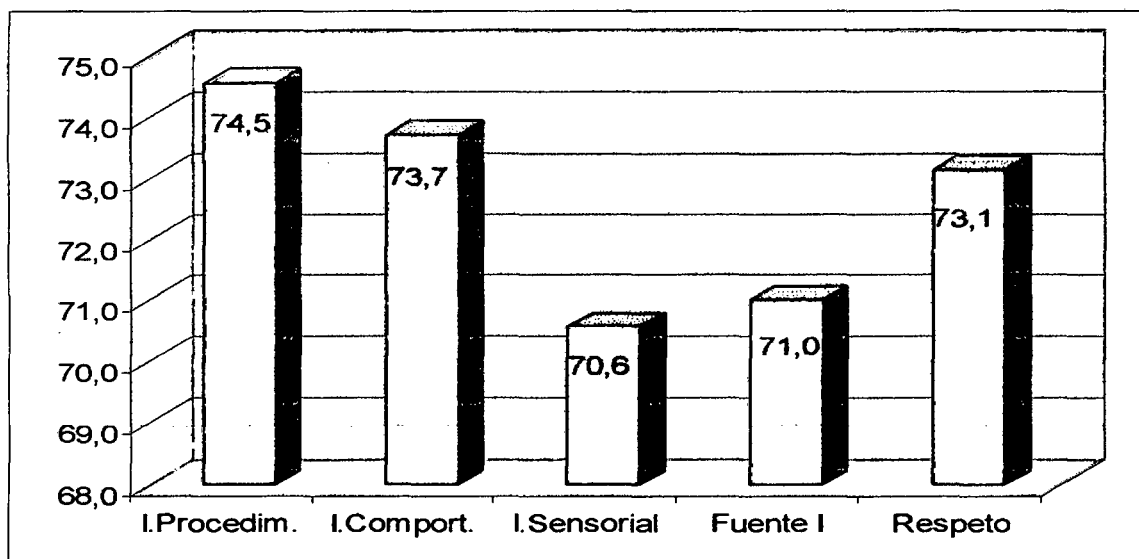
DESCRIPCION

En el presente cuadro sobre las dimensiones de la variable del consentimiento informado, se observa que obtuvo (mayor puntuación) la información que entiende el paciente de procedimiento; alcanzando un porcentaje de 74,5% de la puntuación máxima posible en la dimensión. En contraste, la que tiene menor importancia relativa corresponde a la dimensión de información sensorial, que son sensaciones a experimentar, alcanzando el 70,6% de puntuación máxima posible. Esto significa que, desde la percepción del paciente, el

personal ha brindado información del procedimiento adecuado, aunque, en realidad, el porcentaje alcanzado no es muy diferente del obtenido en otras dimensiones.

GRÁFICO 02

IMPORTANCIA RELATIVA DE LAS DIMENSIONES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2011



Fuente: Cuadro 2

CUADRO N° 03
ANSIEDAD EN LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2011

NIVEL ANSIEDAD	frecuencia	%
MÍNIMA NORMAL	33	28,7
LIGERA	25	21,7
MODERADA	33	28,7
SEVERA	24	20,9
TOTAL	115	100,0

Fuente: Aplicación de la Escala de Covi

DESCRIPCION

En el presente cuadro evidenciamos lo que concierne a la ansiedad, los grupos más numerosos corresponden a los pacientes quirúrgicos que evidencian, por un lado, valores normales de ansiedad (mínima normal) y ansiedad moderada, por otro; en ambos casos, se alcanza una proporción de 28,7% del total. Las otras dos categorías, que corresponden a quienes evidencian ansiedad ligera 21,7% y ansiedad severa alcanza 20,9% proporciones parecidas.

GRAFICO N° 03

**ANSIEDAD EN LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2011**



FUENTE: CUADRO N° 03

CUADRO 04
IMPORTANCIA RELATIVA DE LAS DIMENSIONES DE LA
ANSIEDAD HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2011

ESTADO ANSIEDAD	ESTADO ANSIOSO		ESTADO DEPRESIVO		TOTAL
	N°	%	N°	%	
PUNTUAC POR DIMENSION	20	52,9	32	45,5	52

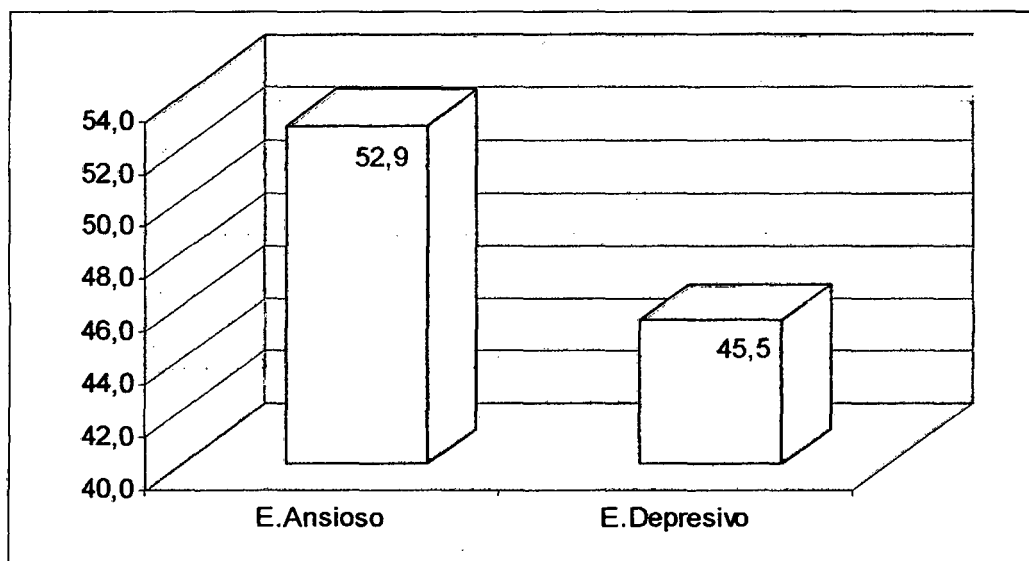
Fuente: Aplicación del Cuestionario de Calidad de Consentimiento Informado

DESCRIPCION.

En el presente cuadro se observa al respecto de las dimensiones en ansiedad, ligera superioridad de la dimensión estado ansioso, respecto de la dimensión estado depresivo. La primera alcanzando el 52,9% de la puntuación máxima posible en la dimensión, mientras que la segunda se queda en sólo 45,5% de la puntuación máxima posible en la dimensión. De todos modos, las cifras muestran que en este caso hay bastante por hacer, pues si bien el estado depresivo es menor que el estado ansioso, se evidencia en una fuerte proporción de pacientes que alcanzan ese estado.

GRÁFICO 04

IMPORTANCIA RELATIVA DE LAS DIMENSIONES DE LA ANSIEDAD HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2011



FUENTE: CUADRO 4

CUADRO 5
PACIENTES QUIRÚRGICOS CON ANSIEDAD SEGÚN NIVEL DE
CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITAL REGIONAL
MOQUEGUA, 2011

RECUENTO

NIVEL DE ANSIEDAD	CONSENTIMIENTO INFORMADO								TOTAL
	DEFICIENTE		INSUFICIENTE		SUFICIENTE		EXCELENTE		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
MINIMA	0	0	27	23,4	0	0	6	5,2	33
LIGERA	0	0	9	7,8	5	4,3	11	9,6	25
MODERADA	1	0,87	0	0	22	19,2	10	8,7	33
SEVERA	5	4,35	0	0	17	14,8	2	1,7	24
TOTAL	6	5,22	36	31,2	44	38,4	29	25,2	115

Fuente: Elaboración personal con SPSS 18

DESCRIPCION.

El cuadro muestra una tendencia evidente en la agrupación de los datos: por un lado, los pacientes quirúrgicos que consideran que el consentimiento informado alcanzó el nivel excelente, son quienes evidencian una ansiedad mínima normal 14,8%; en contraste con quienes consideran que el consentimiento informado no supera el nivel insuficiente, que se distribuyen principalmente entre los niveles de ansiedad moderada y en algunos casos severa, 0%; Esta tendencia en la agrupación de los datos muestra relación entre las variables.

La relación se confirma con la prueba chi cuadrado, que arroja un valor chi cuadrado de 95.081, altamente significativo ($p < 0,05$). En otras palabras, existe una relación significativa entre el consentimiento informado y la ansiedad en el paciente quirúrgico.

4.2.- DISCUSION

El consentimiento informado es considerado uno de los mayores aportes del derecho a la medicina.

Se constituye pues en un derecho fundamental del paciente y en una exigencia ética y legal para el médico.

El Consentimiento Informado (CI) está catalogado como uno de los derechos humanos más importantes de un paciente. Al analizar la tabla N° 1 observamos al nivel de información insuficiente; alcanzando 38,3%.

Estos resultados coinciden con los estudios realizados. Cabrales-Vegal; R.A .Calvachi- J V. "Grado de conocimiento sobre el consentimiento informado en pacientes que aceptan con su firma las cirugías electivas de la especialidad de Cirugía General en los quirófanos del Hospital Universitario San Jorge de Pereira". Entre sus resultados presenta que Uno de cada dos pacientes presenta calidad de información deficiente o insuficiente (51,8 %) del consentimiento informado, sin evidenciar ninguna asociación con las variables sociodemográficas estudiadas, llega a la siguiente conclusión: Es imperativo establecer mecanismos para lograr una comunicación efectiva con el paciente de tal manera que se supere el acto mecánico de la simple obtención de la firma en el consentimiento informado.

La enfermera desde su perspectiva profesional debe velar siempre por el cumplimiento del consentimiento informado, al ser quien conoce en profundidad los sentimientos del paciente, su historia familiar, sus dudas, conocimientos, expectativas y temores, y al ser de gran ayuda para el médico a la hora de aportar datos que le permitan decidir a éste cuándo y cómo dar la información y pedir el consentimiento de la manera más adecuada.

En el cuadro N°2 se presenta importancia relativa de las dimensiones del consentimiento informado, comprende que el 74,5% alcanza el mayor porcentaje, en calidad de información brindada sobre el procedimiento a realizarse en el tiempo operatorio, el 73,7% sobre el comportamiento del paciente en el proceso del procedimiento. 73, 1% sobre la aceptación del procedimiento.

Estos estudios realizados coinciden con los realizados de Peña Daily, Ramiro Alfonso (2010); realizó un estudio sobre "Nivel de información del consentimiento informado en el paciente quirúrgico antes de una intervención anestésica y quirúrgica" En donde se llegan a las siguientes conclusiones; que el 22,25% y 21,70 % de los pacientes desconocían los riesgos que podía tener la intervención quirúrgica y anestésica, respectivamente. El 82,41 % de pacientes no recibió

ninguna información sobre riesgos quirúrgicos, este porcentaje fue superior para los riesgos anestésicos 87,91 Sólo a un 34,35 % de los pacientes se les solicitó su consentimiento para la cirugía, cifra aún menor para el método anestésico empleado (7,97 %). (14)

Este proceso de comunicación entre **el médico** y el paciente sobre las razones para considerar un procedimiento quirúrgico, se aprecia que de dos pacientes uno entiende de manera deficiente o insuficiente.

La importancia del conocimiento que debe impartir la enfermera va más allá del simple formalismo, como bien lo argumenta Hildegard Peplau en su teoría, los profesionales de enfermería no se deben centrar en la atención biofísica de la enfermedad, sino acercarse a los sentimientos y los comportamientos frente a la enfermedad, por lo que se considera que de esta manera al ser explorados e incorporados en las intervenciones de enfermería, va permitir brindar información que sea de significancia para el paciente de tal forma que se sienta seguro y conozca que está sucediendo en razón de su proceso quirúrgico.(17)

Se hace referencia al paciente en el proceso de la entrevista , una información de calidad de fácil comprensión , sin terminologías médicas, satisfaciendo su necesidad de conocimiento , para que al finalizar se cumpla el objetivo , solo en las dos últimas décadas se ha

comenzado a entender la diferencia que tiene la hoja del consentimiento informado siendo este , un documento legal.

Observamos en el cuadro N° 3 nivel de ansiedad en los pacientes quirúrgicos evidenciando valores de ansiedad leve y ansiedad moderada; en ambos casos, alcanza una proporción de 28,6% del total, otras dos categorías, corresponden a quienes evidencian ansiedad ligera 21,7% y ansiedad severa alcanza 20,9%.

Los resultados comparados coinciden con; Naranjo Galos. K F. Salazar Rosas. J P (2012) realizó un estudio "Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de amsterdam realizada en la visita pre anestésica " En general, encontramos una frecuencia de Ansiedad Pre quirúrgica de 60%, en los análisis posteriores, El 60.2 % de los pacientes presentan ansiedad, no se encontró relación significativa con la variables demográficas, la visita pre anestésica se comporta como factor protector de la ansiedad con una p 0.00046, al igual que el conocer al anestesiólogo con una p 0.00026, el 71% de los pacientes que recibieron la visita pre anestésica se encontraron satisfecho con la realización de la misma(5)

Se puede apreciar que entrevistas realizadas a paciente quirúrgico demuestran ansiedad dentro de los rasgos normales en el preoperatorio.

La ansiedad no siempre es patológica o mala: es una emoción común; en un paciente quirúrgico lo siente como una señal de alerta que le advierte un peligro inminente y le permite que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

En el cuadro N°4 observamos dimensiones de la ansiedad, apreciando diferencias entre el estado Ansioso 52,9%, el estado Depresivo 45,5%, Esta información nos brinda en forma clara que los paciente que ingresan a sala de operaciones, presenta una ansiedad normal otros de ellos, llegan a valores más altos los cuales necesitan tratamiento médico.

Los resultados son semejantes al estudio de Martín – Crespo (2007) quien considera a la ansiedad como estadío normal en su estudio denominado “Efecto de la intervención de enfermería durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico.”, donde concluye que la intervención de Enfermería establecida disminuye la ansiedad que presentan los pacientes en el momento intraoperatorio ; los cuidados de Enfermería se abordaron desde una perspectiva

holística, prestando atención a los aspectos físicos, psíquicos y sociales de los pacientes ; la disminución de la ansiedad disminuye el dolor postquirúrgico y el tiempo de cicatrización que incide en la recuperación del paciente tras la cirugía(13).

En el cuadro N° 5 nos indica que el nivel de información antes del proceso operatorio, influye en el paciente en su estado de ansiedad, de acuerdo a como recibe dicha información, existe un grupo de pacientes con cierto nivel de consentimiento informado, ansiedad (mínima) 28,8%; otro grupo con un nivel de consentimiento informado, presentando un nivel de ansiedad (moderado) 28,8%, podríamos deducir que la ansiedad se presenta en el paciente quirúrgico.

Se encuentra que existe relación entre el consentimiento informado y la ansiedad en el paciente quirúrgico, los resultados demostraron que a mayor información brindada en el preoperatorio al paciente, presentara un estado ansioso normal, por lo que se asocian fundamentalmente con la orientación. La relación se confirma con la prueba chi cuadrado, que arroja un valor chi cuadrado $p= 0.00$ altamente significativo ($p < 0,01$). En otras palabras, si existe una relación significativa entre el consentimiento informado y la ansiedad en el paciente quirúrgico.

El consentimiento informado frecuentemente es considerado como una responsabilidad del médico, siendo la enfermera una colaboradora en su obtención. En muchas ocasiones se puede observar que no existe un trabajo integral en relación a este tema lo que da lugar que se realice un trabajo paralelo cual da lugar que enfermeras desconocen el grado de información que posee el paciente, produciéndose situaciones de mucha ansiedad entre pacientes, familiares y personal de enfermería, exigiendo soluciones rápidas en medio de una importante sobrecarga de trabajo. Por otra parte, con el consentimiento informado se formula un nuevo concepto de relación entre enfermera y paciente, en la que el enfermo tiene que poder participar más en las decisiones clínicas que se indican. El consentimiento es un proceso que comienza con el primer encuentro entre el personal y el paciente, y finaliza con el alta. Engloba los tratamientos médicos, las pruebas diagnósticas, los cuidados de enfermería, el planteamiento del ingreso y del alta hospitalaria, la atención domiciliaria, etc. Está presente en todos los aspectos referentes al tratamiento y cuidado de la salud de las personas y es fundamental visualizarlo de esta manera para así enfatizar el papel preponderante de la enfermera en la entrega de información al paciente.

Se hace referencia al paciente en el proceso de la entrevista , una información de calidad de fácil comprensión , sin terminologías médicas, satisfaciendo su necesidad de conocimiento , para que al finalizar se cumpla el objetivo , solo en las dos últimas décadas se ha comenzado a entender la diferencia que tiene la hoja del consentimiento informado siendo este , un documento legal.

CONCLUSIONES

- El nivel de consentimiento informado al que accedió el paciente quirúrgico, Hospital Regional de Moquegua, se ubica en el nivel insuficiente, con 37,24%. Sin embargo, en conjunto, las categorías superiores, reúnen más pacientes quirúrgicos respecto de las inferiores lo que evidencia que el grupo tiende a ubicarse en los niveles más altos (suficiente y excelente), donde se reúnen 63,6 % del total.
- El nivel de ansiedad en el paciente quirúrgico, Hospital Regional de Moquegua, se distribuye en forma similar entre el nivel de ansiedad mínima normal y de ansiedad moderada, con una proporción de 28,6% del total en ambos casos.
- Se encuentra que existe relación entre el consentimiento informado y la ansiedad en el paciente quirúrgico, que se confirma con la prueba chi cuadrado, que arroja un valor chi cuadrado de 95, 081 altamente significativo ($p < 0,05$)

SUGERENCIAS

- Fomentar los valores humanos de la profesión el respeto por la dignidad de la persona, a través de una calidad en el cuidado y una comunicación adecuada con el paciente.
- Reconocer la autonomía de las enfermeras, no como simple deseo de poder, sino para adquirir mayor responsabilidad y compromiso frente a sus pacientes.
- Resaltar que el consentimiento informado en enfermería, antes que una exigencia legal, es una exigencia ética que defiende la dignidad de la persona.
- Promover un estudio, con el que se sustente si es conveniente o no el consentimiento informado escrito en enfermería, y los casos específicos en que se aplicaría, tanto para mejorar las relaciones con los pacientes, la familia y el equipo de salud, como para garantizar un esclarecimiento del nivel de responsabilidad civil o penal de lo convenido.
- El respeto al derecho de la autonomía del enfermo obliga a la enfermera a que proporcione toda la información necesaria, con el fin de que el usuario pueda consentir en las acciones relacionadas a

los cuidados, si bien este consentimiento es de manera verbal, es un requerimiento.

- Reconocer el respeto que merece la autonomía del paciente, no con intención de legar en él responsabilidades que no le corresponden, sino con la finalidad de que decida con conocimiento de la verdad y que pueda elegir libremente entre diferentes opciones de tratamiento, consciente de los riesgos y ventajas de cada opción.
- El diálogo con el médico responsable del enfermo, para llevar a cabo la actuación coordinada y el trabajo en equipo, es indispensable y responsabilidad de ambos.

REFERENCIAS

1. Vidal M.M Consentimiento Informado y calidad asistencial en enfermería Consorcio hospital general universitario. Valencia CECOVA de Investigación ENFERMERÍA (Consejo General de Enfermería de la Comunidad Valenciana) Año 2005.
2. González, Edward "Análisis crítico de su aplicación del Consentimiento Informado en un servicio quirúrgico". (2005)
3. Crespo - Martín realizó un estudio "Efecto de la intervención de enfermería durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico" (2007)
4. Peña Daily, Ramiro Alfonso realizó un estudio sobre "Nivel de información del consentimiento informado en el paciente quirúrgico antes de una intervención anestésica y quirúrgica (2010).
5. Naranjo Galos. K F. Salazar Rosas. J P realizó un estudio "Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de amsterdam realizada en la visita pre anestésica "(2012)

6. Cabrales-Vegal; R.A .Calvachi- Jenifer V. "Grado de conocimiento sobre el consentimiento informado en pacientes que aceptan con su firma las cirugías electivas de la especialidad de Cirugía General en los quirófanos del Hospital Universitario San Jorge de Pereira"
7. Garbin, C. A. S, Goncalves, P. Consentimiento informado en la práctica odontológica brasileña: sus aspectos éticos y legales. Acta odontol. venez, ago. 2006, vol.44, no.2, p.-264. ISSN 0001-6365.
8. López, I. Aspectos legales y éticos del Consentimiento Informado en la atención médica en México. Rev. Mex Patol Clin (2001); 48(1):03-06.
9. Palomer Ruiz, L. CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ODONTOLOGÍA: UN ANÁLISIS TEÓRICO-PRÁCTICO. Acta bioeth. [Online]. 2009, vol.15, n.1 [citado 2010-12-04], pp. 100-105. ISSN 1726-569X. doi: 10.4067/S1726-569X2009000100013.
10. Markenson, David S. (2007) Asistencia pediátrica prehospitalaria. Elsevier, España. pp. 502-503. ISBN 8481749958. <http://books.google.co.ve/books?id=F-QxfMbrB80C>.
11. Retamales P Avelino. AUTONOMÍA DEL PACIENTE: LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ Y LA ELECCIÓN DE ALTERNATIVAS A LA TRANSFUSIÓN. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2006; 71(4): 280-287. doi: 10.4067/S0717-75262006000400011. Consultado el 11 de diciembre de 20

12. La Rocca S, Martínez Gladys, R Alejandra, Bajardi M. la investigación biomédica y el consentimiento informado en el ámbito de las poblaciones e individuos vulnerables. Acta bioeth. [revista en la Internet]. 2005 [citado 2010 Dic 04]; 11(2): 169-181. doi: 10.4067/S1726-569X2005000200007.
13. Zuniga Fajuri, A. derechos del paciente y eutanasia en Chile. Rev. derecho (Valdivia), Valdivia, v. 21, n. 2, dic. 2008. Accedido el 11 de diciembre de 2010. doi: 10.4067/S0718-09502008000
14. Zárate Cárdenas, E. (2003) Los derechos de los pacientes y el consentimiento informado en Perú. SITUA Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana, UNSAAC. Vol. 12, N°23, pp. 4-10.
15. Rodríguez Martínez C, Consentimiento informado. ¿Un dilema ético o legal? Rev. Argent. Cirug. 1999, 77: 229-241
16. Caponi R. La angustia según Freud, Klein y Bion. Rev Chil Neuro-Psiquiat 1994; 32: 151-4.
17. Hernández Godoy, G; Orellana V, Kimelman Jug, M; Núñez M, (2005) Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Revista médica de Chile 2005, Vol. 133. pp. 895-902.
18. Navas Monzón, M. (2008) Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y posoperatorio. Cuidando la salud. Revista Científica de Enfermería del Colegio Oficial de Zaragoza. Vol.8. pp. 36-51.

19. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002.
20. DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002.
21. DSM III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1985.
22. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile. Prevalence and socio-demographic correlates. Br J Psychiatry 2001; 178: 228-33.
23. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Rev Méd Chile 2002; 130: 527-36.
24. SMITH G, CLARK D, HANDRINOS D, DUNSI A, MCKENZIE D. Consultation-Liason pschiatrist' management of somatoform disorders. Psychosomatics 2000; 41: 481-9.
25. Ander - Egg, Ezequiel. (2000) Introducción a las técnicas de investigación social. Buenos Aires: Edit. Humanitas.
26. Chirinos, M. (2006) Metodología de la Investigación Científica en Salud Pública. Arequipa (Perú): Universidad Nacional "San Agustín".

27. Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C; y Baptista L. (2004) Metodología de la investigación científica. México: McGraw Hill / Interamericana.
28. Figueroa La Torre, D. (2006) Del grado a la Residencia. Año 2 – N°1. Lima: Empresa Editora Nueva Facultad.(Cuadernos Universitarios)
29. Velásquez, Á y Rey, N. (2004) Metodología de la investigación científica. Lima: Editorial Lexus.
30. Pérez, C. (2005) Técnicas estadísticas con SPSS 12. Aplicaciones al análisis de datos. Madrid: Pearson Educacn.
31. Campos L, Williams. (2011) Una aproximación conceptual al nivel de confianza y nivel de significancia.

ANEXOS

ESCALA DE COVI

MEDICIÓN CUANTITATIVA DE LA ANSIEDAD DEL PACIENTE

1. Género
- 1 femenino
- 2 masculino
2. Edad _____ años
3. Estado civil
- 1 soltero
- 2 conviviente
- 3 casado
- 4 otro
4. ¿Trabaja actualmente?
- 1 sí
- 2 no

Fila	estado	Manifestaciones	puntos
1	Estado ánimo ansioso	Inquietud, espera lo peor, aprensión o anticipación temerosa, irritabilidad, etc.	
2	tensión	Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto más fácil, temblor, no puede quedarse en un lugar, etc.	
3	miedos	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, miedo a los animales grandes, al tránsito callejero, a la multitud, etc.	
4	insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, pavores nocturnos, etc.)	
5	funciones intelectuales	Dificultad de concentración, mala memoria, etc.	
6	Estado ánimo depresivo	Falta de interés, no disfruta ya sus pasatiempos, depresión, insomnio de la madrugada, variaciones del humor durante el día, etc.	
7	Síntomas somáticos generales musculares		
8	Síntomas somáticos generales sensoriales	Zumbido oídos, visión borrosa, sofocaciones escalofríos, sensación de debilidad, de hormigueo, etc.	
9	Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles, etc.	
10	Síntomas respiratorios	Peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire, etc.	

11	Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, meteorismos, dispepsia: dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borg-borismos, diarrea, constipación, etc.	
12	Síntomas género urinarios	Amenorrea, metrorragia, aparición de la frigidez, micciones frecuentes, urgencia de micción, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia, etc.	
13	Síntomas sistema nervioso autónomo	Sequedad de la boca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigos, cefalea de tensión, horripilación, etc.	
			Total

LA ESCALA DE CALIFICACION ES LA SIGUIENTE

Puntuación obtenida	Ansiedad
40 – 52	Ansiedad severa
27 – 39	Ansiedad moderada
14 – 26	Ligera
0 – 13	Mínima normal

ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO ANSIEDAD

DIMENSIÓN	SUBDIMENSION	INDICADORES
Estado ansioso	<p>Estado ánimo ansioso</p> <p>Tensión</p> <p>Miedos</p> <p>Insomnio</p> <p>funciones intelectuales</p>	<p>Inquietud, espera lo peor, aprensión o anticipación temerosa, irritabilidad, etc.</p> <p>Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto más fácil, tem-blor, no puede quedarse en un lugar, etc.</p> <p>A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, miedo a los animales gran-des, al tránsito callejero, a la multitud, etc.</p> <p>Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, no satisfactorio con cansan-cio al despertar, sueños penosos, pesa-dillas, pavores nocturnos, etc.)</p> <p>Dificultad de concentración, mala memoria, etc.</p>
Estado depresivo	<p>Estado ánimo depresivo</p> <p>Síntomas somáticos</p> <p>generales musculares</p> <p>Síntomas somáticos</p> <p>generales sensoriales</p> <p>Síntomas cardiovasculares</p> <p>Síntomas respiratorios</p> <p>Síntomas gastrointestinal</p> <p>Síntomas génito urinarios</p> <p>Síntomas sistema nervioso autónomo</p>	<p>Falta de interés, no disfruta ya sus pasatiem pos, depresión, insomnio de la madrugada, variaciones del humor durante el día, etc.</p> <p>Zumbido oídos, visión borrosa, sofocaciones escalofríos, sensación de debilidad, de hormigueo, etc.</p> <p>Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles, etc.</p> <p>Peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire, etc.</p> <p>Dificultad para tragar, meteorismos, dispep-sia: dolor antes o despues de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borg-borismos, diarrea, constipación, etc.</p> <p>Amenorrea, metrorragia, aparición de la frigidez, micciones frecuentes, urgencia de micción, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia, etc.</p> <p>Sequedad de la boca, accesos dr rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigos, cefalea de nsión, rripilación, etc.</p>

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instrucciones al evaluador:

El evaluador debe leer las interrogantes y alternativas de respuesta al paciente.

1. ¿Recibió información sobre el procedimiento?

1 <input checked="" type="checkbox"/> sí	2 <input checked="" type="checkbox"/> no
--	--

2. ¿Cómo califica la información que recibió sobre ese procedimiento?

1 <input checked="" type="checkbox"/> muy completa	2 <input checked="" type="checkbox"/> suficiente	3 <input checked="" type="checkbox"/> insuficiente
--	--	--

3. ¿Tiene claras cuáles son las consecuencias de ese procedimiento?

1 <input checked="" type="checkbox"/> sí	2 <input checked="" type="checkbox"/> más o menos	3 <input checked="" type="checkbox"/> no
--	---	--

4. ¿Le brindaron información sobre otras opciones?

1 <input checked="" type="checkbox"/> sí	2 <input checked="" type="checkbox"/> más o menos	3 <input checked="" type="checkbox"/> no
--	---	--

5. ¿Tiene claras las ventajas y desventajas de esas otras opciones?

1 <input checked="" type="checkbox"/> sí	2 <input checked="" type="checkbox"/> no
--	--

6. ¿Cómo califica la información recibida sobre esas otras opciones?

1 <input checked="" type="checkbox"/> muy completa	2 <input checked="" type="checkbox"/> suficiente	3 <input checked="" type="checkbox"/> insuficiente
--	--	--

7. ¿Le explicaron lo que se haría antes de aplicar el procedimiento?

1 <input checked="" type="checkbox"/> sí	2 <input checked="" type="checkbox"/> más o menos	3 <input checked="" type="checkbox"/> no
--	---	--

8. ¿Le explicaron lo que se haría durante la aplicación del procedimiento?

1 <input checked="" type="checkbox"/> sí	2 <input checked="" type="checkbox"/> más o menos	3 <input checked="" type="checkbox"/> no
--	---	--

9. ¿Le explicaron lo que se haría después de aplicar el procedimiento?

1 <input checked="" type="checkbox"/> sí	2 <input checked="" type="checkbox"/> más o menos	3 <input checked="" type="checkbox"/> no
--	---	--

10. ¿Le describieron las sensaciones que usted experimentaría después de aplicado el procedimiento?

1 <input checked="" type="checkbox"/> sí	2 <input checked="" type="checkbox"/> mas o menos	3 <input checked="" type="checkbox"/> no
--	---	--

11. ¿Cómo califica la información recibida respecto a las sensaciones que podría experimentar?
1 muy completa 2 suficiente 3 insuficiente
12. ¿Cómo califica la actitud de la persona que le habló sobre el consentimiento informado?
1 BUENA 2 REGULAR 3 MALA
13. ¿Cómo califica el trato que recibió mientras le daban esa información?
1 amable 2 no sabría decirlo 3 descortés
14. ¿Autorizó usted la intervención?
1 sí 2 no lo sé 3 no
15. ¿Se le hizo firmar un documento en que autoriza la intervención?
1 sí 2 no lo sé 3 no
16. ¿Estuvo usted en condiciones de comunicar su decisión?
1 sí 2 no lo sé 3 no
17. ¿Qué profesional de la Salud le informó sobre el consentimiento informado?
1 medico 2 Enfermera 3 otro
-

Gracias por su atención.

ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	Nº items	peso
Consentimiento informado	información de procedimiento	información sobre procedimiento aplicado calidad de información recibida sobre procedimiento aplicado comprensión de consecuencias de procedimiento aplicado información sobre otras opciones comprensión sobre otras opciones calidad de la información recibida sobre otras opciones	6	6 - 18
	información de comportamiento	explicación de lo que debe hacerse antes del procedimiento explicación de lo que debe hacerse durante del procedimiento explicación de lo que debe hacerse después del procedimiento	3	3 - 9
	información sensorial	descripción de las sensaciones a experimentar calidad de la información recibida sensaciones a experimentar	2	2 - 6
	fuelle de información	fuelle de conocimiento informado calidad de interacción durante información	2	2 - 6

	Respeto	autorización de intervención firma de documento que autoriza estuvo en condiciones de comunicar	3	3 – 9
		TOTAL	16	16 – 48

La escala de calificación es la siguiente:

Puntuación	Nivel de realización de consentimiento informado
16 – 24	Deficiente
25 – 32	Insuficiente
33 – 40	Suficiente
41 – 48	Excelente

EL DERECHO A LA INFORMACIÓN, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA - COLEGIO DE ENFERMERAS DEL PERU 2008

2.- Derechos de los usuarios de los servicios de salud

DERECHO A LA INFORMACIÓN

Los derechos de los pacientes (usuarios y clientes) constituyen un tema de actualidad sobre el cual, como profesionales de salud, necesitamos estar informados y reflexionar para incorporarlo, como elemento de buena práctica, en nuestro que hacer. Esta corriente tiene como antecedente la Declaración universal de los Derechos Humanos, documento que considera como fundamental el Derecho a la Salud. El transcurrir de los años y las transformaciones sociales originaron que en los EE.UU, en 1969, un grupo de asociaciones de consumidores y usuarios y la Comisión Americana de Acreditación de Hospitales elaboraran un documento que actualmente es considerado como la primera carta de los derechos del paciente y que fue publicada en 1970, la cual tuvo influencia en la carta de derechos que la Asociación Americana de Hospitales publicó en 1973. Más tarde, en 1976, la Asamblea Parlamentaria Europea aprobó recomendaciones sobre derechos de los enfermos y moribundos. En octubre de 2005, la Conferencia General de la UNESCO aprobó por aclamación la Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos, siendo la primera vez en la historia de la bioética que los Estados la comunidad internacional-a respetar y aplicar los principios fundamentales de la bioética reunidos en un único texto. En la actualidad es aceptado que los derechos del paciente son una parte de los derechos humanos, y el

propósito de la profesión de Enfermería es fomentar una mejor comunicación entre el paciente y el proveedor de cuidados de salud. Este enfoque todavía no es comprendido ampliamente por el personal de salud en nuestro medio y es visto sobre todo como una amenaza desde el aspecto legal, situación que necesitamos superar en aras de un desempeño autónomo y de calidad.

El reconocimiento de los derechos de las personas implica el reconocimiento de su valor como ser humano, condición que no disminuye ni se pierde por encontrarse enfermo, sino, por el contrario, se incrementa por su situación de vulnerabilidad.

De allí que el respeto a la persona, su dignidad, sus derechos, cultura y valores se constituyen en base fundamental para una relación adecuada y exitosa entre prestador y usuario de los servicios de salud. un aspecto considerado en las cartas de derecho del paciente en diferentes países, e incorporado en las legislaciones sanitarias y códigos de ética y deontológicos de las diferentes profesiones de salud, es el Derecho a la Información; información sobre su situación de salud, tratamiento, procedimientos que lo posiciona como actor y no solo receptor pasivo de la atención y cuidados, cumplidor de indicaciones del personal de salud, uno de los productos de este derecho es lo que hoy conocemos como Consentimiento Informado. En nuestro país, los derechos del paciente se incorporaron al aspecto legal en 1997 mediante la Ley General de Salud, Ley N° 26842, Artículos 4°, 5° y 15°.

EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

El Consentimiento Informado radica en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados. El CI también se solicita cuando el paciente participa en estudios de investigación. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada. La colaboración del paciente tiene que ser conseguida sin coerción de ninguna clase (premios o castigos).

En el Artículo 6° de la Declaración de universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005), se menciona: “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica solo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basada en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

El principio de consentimiento libre e informado es un valor primordial en las profesiones de la salud. No se trata simplemente de “dar consentimiento”, sino de un proceso de toma de decisiones que es sensible al contexto en el que se produce. El personal de Enfermería que brinda cuidados directos desempeña un papel importante al cerciorarse de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que otorga a los cuidados y a los tratamientos relacionados.

El procedimiento por el cual se informa al paciente y se obtiene su consentimiento para una determinada práctica o tratamiento debe considerarse como proceso y no como un hecho aislado que consiste en obtener la firma del paciente en un formulario. La obtención del consentimiento no debe significar un aumento de formularios sino una mayor comunicación.

Puesto que el Consentimiento Informado requiere el acceso del paciente a la información, el derecho a la información se convierte en un factor relevante en este proceso debiendo ser la misma clara, sencilla, comprensible y veraz.

Es de vital importancia proteger el consentimiento del paciente, pues es un requisito básico que debe solicitarse antes de iniciar cualquier tratamiento o cuidado. Cuando los pacientes no estén en pleno uso de sus facultades mentales, es decir, cuando no sean capaces de tomar decisiones de una manera informada debido a dificultades de aprendizaje, enfermedades mentales graves, minoría de edad o inconsciencia, se deberá consultar a los padres, tutores u otros familiares, así como a otros profesionales y actuar en beneficio del paciente.

Las personas sabrán que tienen derecho a desistir del consentimiento y que pueden comunicarlo ya que no habrá represalias.

Las condiciones básicas del Consentimiento Informado son:

a) **Voluntariedad.** El Conocimiento Informado emitido por una persona que no actúa de forma voluntaria no es aceptable ética ni legalmente. Existen varias maneras de condicionar la libertad de la persona como son la persuasión (difícil de evitar y además éticamente

aceptable, siempre que no vaya más allá de un límite razonable), la manipulación (alterar las opciones reales o su percepción a la hora de elegir creando expectativas falsas) o la coacción (amenazar con dejar de atender a un paciente y cargar toda responsabilidad sobre él por no aceptar las propuestas médicas ofertadas)

b) Información en cantidad y calidad suficiente. La información debe contener la descripción de la actuación correspondiente: los beneficios que se esperan de esta, las posibles alternativas que incluyen la de no hacer nada y sus consecuencias, los criterios en los que se basa el profesional para recomendar una y no otra alternativa, los riesgos, además de las molestias y efectos secundarios previsibles, la disposición para ampliar la información ofrecida, así como la libertad del paciente para reconsiderar o revocar en cualquier momento la decisión que tome. Esta información debe ser adecuada a las características del paciente y razonablemente comprendida por un ciudadano medio no sanitario: lenguaje sencillo, comprensible, completo, escuchar las inquietudes y responder a las preguntas del usuario.

c) Competencia.- Mientras específicamente no se demuestre lo contrario, todo paciente es competente. Para determinar la competencia de las personas no puede ni debe utilizarse un criterio estándar. Hay que relacionar los niveles de competencia con las situaciones clínicas; cuanto más claros sean los beneficios potencialmente derivados de un tratamiento, mayor será la competencia que hay que exigir al paciente para aceptar su rechazo; cuanto más dudosos o pobres sean los beneficios a obtener, menor será el nivel de exigencia para aceptar su rechazo. Conviene recordar

que la competencia puede fluctuar en el tiempo y depende en parte de la comprensibilidad del lenguaje ofrecido al paciente. Cuando una persona no es competente para tomar una decisión que le afecta, se deberá identificar al familiar real más próximo, a quien se le solicitará el consentimiento. En los casos de personas incompetentes que además son declarados legalmente incapaces, el juez nombrará tutores legales que serán quienes decidan por los pacientes. El Consentimiento Informado forma parte del proceso de la atención a la salud y está enmarcado en principios éticos. Estos derechos tienen su fundamento en el principio bioético de respeto por las personas y se vincula también con los de beneficencia, no maleficencia y justicia. El respeto por las personas incluye, por lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

- a) Respeto por la autonomía que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con dignidad por su capacidad de autodeterminación.
- b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.
- d) La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la intervención en relación con la vida o la salud sean razonables a la luz de los beneficios esperados, y que los profesionales de la salud sean competentes para proteger el bienestar de las personas. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se

expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido y no realizar ningún tipo de discriminación. Por todo esto es importante que la enfermera(o) se asegure de brindar al paciente a su cuidado la información adecuada y en términos comprensibles antes de que este dé su consentimiento al tratamiento o a los procedimientos que se requiere realizar, inclusive cuando como profesional participe en una investigación; de acuerdo con lo establecido por el inciso a del Artículo 7°, de la Ley del Trabajo de la Enfermera(o), Ley N° 27669 , y dos párrafos del Artículo 4° del Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera(o), aprobado por el Decreto Supremo N° 004-2002-S.A.

LEY N° 29414 NORMAS LEGALES PERU

15.4 Consentimiento Informado.

a.) A otorgar su Consentimiento Informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento y tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones.

a.1) En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier tratamiento así como su interrupción. Quedan exceptuadas del consentimiento Informado, las situaciones de emergencia de situaciones de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública.

a.2) Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona, supuesto en el cual el consentimiento informado debe constar por escrito, en un documento oficial que visibilice el proceso de la información y decisión. Si la persona no supiera firmar, imprimirá su huella digital.

a.3) Cuando se trate de exploración tratamiento o exhibición con fines docentes, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiera firmar, imprimirá su huella digital.

b.) A que su consentimiento conste por escrito cuando sea objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamiento, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión Si la persona no supiera firmar, imprimirá su huella digital.

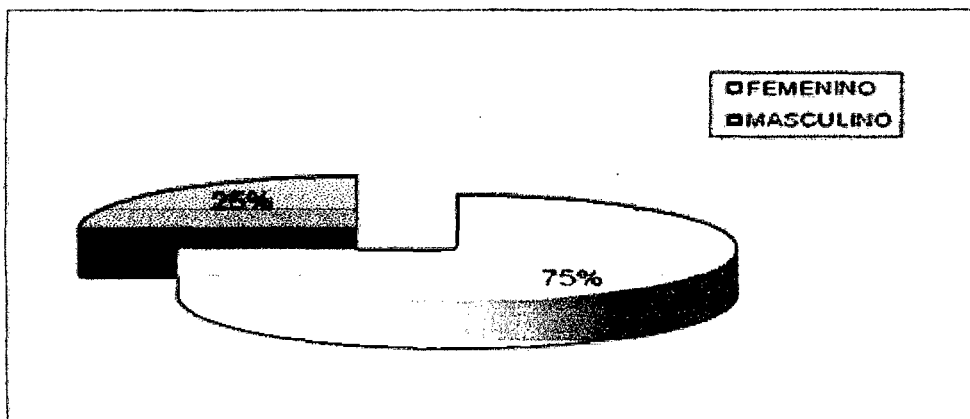
**RESULTADOS
CUADRO 06.**

**PACIENTES QUIRÚRGICOS POR GÉNERO.
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, 2011**

SEXO	FRECUENCIA	%
FEMENINO	86	74.8
MASCULINO	29	25.2
TOTAL	115	100.0

Fuente: Aplicación del Cuestionario de Calidad de Consentimiento Informado

GRÁFICO 06



Fuente: Cuadro 06

En el presente cuadro se puede observar que la mayoría de pacientes quirúrgicos del Hospital Regional Moquegua fueron mujeres. La proporción alcanza el 74.8%, una cifra muy superior a la de los varones, que se sitúa en sólo 25.2%.