



Conocimiento y uso del consentimiento informado en
personal de salud de un centro médico peruano

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Goycochea Gallardo, Rosa María

ASESOR:

Dr. Jaime Sánchez Ortega

SECCIÓN

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de las prestaciones asistenciales

PERÚ – 2018

Página del jurado

Dr. Nuñez Lira, Luis Alberto

.....

Presidente

Dr. Talledo Reyes, Rodolfo

.....

Secretario

Dra. Liza Dubois, Paula Viviana

.....

Vocal

Dedicatoria

A Dios, mis padres, mi familia y
mis hijos.

Agradecimiento

A los profesores de la Universidad César Vallejo por su dedicación. Gracias por las enseñanzas y los aportes con los que contribuyeron a la realización del presente trabajo.

Declaración de Autoría

Yo, Rosa María Goycochea Gallardo, estudiante del Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad Cesar Vallejo, identificada con DNI N° 088747796, con la tesis titulada "Conocimiento y uso del consentimiento informado en personal de salud de un instituto médico peruano" presentada en 104 folios para la obtención del grado académico de Magister en Gestión de los Servicios de Salud, es de mi autoría.

Por lo tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 4 de febrero de 2017.

Rosa María Goycochea Gallardo
DNI: 088747796

Presentación

Señores miembros del jurado:

Presento la Tesis titulada “Conocimiento y uso del consentimiento informado en personal de salud de un centro médico peruano”, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para optar el grado académico de Magister en Gestión Pública.

Espero que el modesto aporte contribuya en la solución de la problemática de la gestión de salud en especial en los conocimientos que tienen el personal de salud con respecto al consentimiento informado.

La información se ha estructurado en seis capítulos teniendo en cuenta el esquema de investigación sugerido por la universidad.

En el primer capítulo se expone la introducción, antecedentes, el marco referencial e hipótesis. En el segundo capítulo se consignan las variables de la tesis con sus definiciones, la metodología en la cual se ubica la investigación y el tratamiento de los datos. En el tercer capítulo presenta los resultados y hace la contrastación de hipótesis. En el cuarto capítulo se presenta la discusión de los resultados luego del análisis de los datos de las variables en estudio. En el quinto y sexto capítulo se adjuntan las conclusiones y recomendaciones. Finalmente presentamos las referencias bibliográficas y anexos de la presente investigación.

La autora

Tabla de Contenidos

Página del jurado	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de Autoría	v
Presentación.....	vi
Resumen	xi
Abstract.....	xii
I. INTRODUCCIÓN	14
1.1 Antecedentes	15
1.2 Fundamentación	21
1.3 Justificación	28
1.4 Formulación del problema.....	31
1.5 Hipótesis	35
1.6 Objetivos.....	35
II. MARCO METODOLÓGICO	37
2.1 Variables	38
2.2 Operacionalización de variables	40
2.3 Metodología.....	41
2.4 Tipo de estudio.....	41
2.5 Diseño del estudio	41
2.6 Población	42
2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	43
2.8 Métodos de análisis de datos	47
2.9 Aspectos éticos.....	48
III. RESULTADOS.....	49
3.1 Estadística descriptiva	50
3.2 Análisis de Correlación	52
IV DISCUSIÓN	56
V. CONCLUSIONES	60

VI. RECOMENDACIONES.....	62
VII. REFERENCIAS	64
VIII APENDICE	70
7.1. Artículo científico.....	71
7.2. Matriz de consistencia.....	82
7.3. Validación de jueces.....	85
7.4. Instrumento utilizado encuesta y consentimiento informado.....	94
7.5. Base de datos.....	98

Lista de Tablas

Tabla 1.	Operacionalización de la variable 1: Conocimiento del Consentimiento Informado	40
Tabla 2.	Operacionalización de la variable 2: Uso del Consentimiento informado	40
Tabla 3.	Confiabilidad cuestionario conocimiento del consentimiento informado	46
Tabla 4.	Confiabilidad cuestionario uso del consentimiento informado	47
Tabla 5.	Niveles de Conocimiento del Consentimiento Informado del personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016	52
Tabla 6.	Niveles del Uso del Consentimiento Informado del personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016	53
Tabla 7.	Análisis de correlación entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado del personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016.	54
Tabla 8.	Análisis de correlación Conocimiento del Consentimiento Informado y Uso del Consentimiento Informado según edad del personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016.	55
Tabla 9.	Análisis de correlación entre conocimiento del consentimiento informado y su uso según los años de experiencia del personal de salud del personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016	56
Tabla 10.	Análisis de correlación entre de conocimiento del consentimiento informado y su uso según la especialización del personal de salud del personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016.	57

Lista de Figuras

- | | | |
|-----------|--|----|
| Figura 1. | Distribución de los datos de la variable Conocimiento del consentimiento informado del personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016. | 51 |
| Figura 2. | Distribución de los datos de la variable Uso del consentimiento Informado del personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016. | 53 |

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo el establecer la relación entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado en el personal de salud, comprendido por médicos, odontólogos, obstetrices y enfermeras de un centro de salud peruano.

El estudio desarrollado presenta un diseño cuantitativo, no experimental transversal correlacional. La aplicación de las encuestas tuvo lugar en el mes de noviembre del año 2016 a través de múltiples visitas a la posta de salud, donde se contactó individualmente con todo el personal que deseara colaborar con la investigación, validado por tres expertos y con una confiabilidad de la variable conocimiento del consentimiento informado de $KR20=0,783$ y de la variable uso del consentimiento informado de $\alpha= 0,865$, respectivamente.

Se encontró una relación moderada y directa entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado de $R= 0,484$, siendo el nivel de significancia bilateral $p<.01$. Además, no se encontró ninguna diferencia significativa dentro del grupo de análisis a nivel de edad, de educación y de años de experiencia. En visto a los resultados, a un mayor conocimiento del consentimiento informado, habrá un mayor uso del mismo, por lo que se sugiere la implementación de programas de concientización integral que no diferencien a nivel de edad formación o tiempo de experiencia para inculcar su uso.

Palabras clave: conocimiento del consentimiento informado, uso del consentimiento informado, profesionales de salud

Abstract

The present study assessed the relationship between the knowledge and the use of Informed Consent in health professionals. The sample was comprised of physicians, dentists, obstetricians and nurses from a Peruvian health center.

The developed study presents a quantitative, non-experimental cross-correlational design. The application of the surveys took place in November 2016 through multiple visits to the health post, where all the staff who wanted to collaborate with the research were contacted individually, validated by three experts and with a reliability of The knowledge variable of the informed consent of $KR20 = 0,783$ and the variable use of the alpha informed consent of $\alpha = 0,865$, respectively.

We found a moderate and direct relationship between knowledge and the use of informed consent $R = 0,484$, being the level of bilateral significance $p < .01$. In addition, no significant difference was found within the age, education, and years of experience analysis group. In view of the results, to a greater knowledge of informed consent, there will be a greater use of it, so it is suggested the implementation of comprehensive awareness programs that do not differentiate at the level of age training or time of experience to instill their use.

Keywords: knowledge of informed consent, use of informed consent, health professionals

I. INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado es un proceso donde no sólo es el médico el responsable de su ejecución y aplicación. Este consiste en la presentación del documento al paciente días antes, el mismo día, horas o incluso minutos antes de someterlo a una intervención. En este acto está involucrado primeramente el paciente, la familia y el equipo de salud. Un momento en que el paciente no esté en condiciones de una comunicación efectiva no es lo adecuado.

La información se ha estructurado en seis capítulos teniendo en cuenta el esquema de investigación sugerido por la Universidad César Vallejo. En el primer capítulo se expone la introducción. En el segundo capítulo se presenta el marco referencial. En el tercer capítulo enuncia las hipótesis y se consignan las variables de la tesis con sus definiciones. En el cuarto capítulo se expone la metodología en la cual se ubica la investigación y el tratamiento de los datos. En el quinto capítulo se presentan los resultados y se realiza la contrastación de hipótesis. En el sexto capítulo se presenta la discusión de los resultados y se adjuntan las conclusiones y recomendaciones del estudio. Finalmente, se presenta las referencias bibliográficas y anexos de la presente investigación.

El objetivo de este trabajo fue encontrar la relación entre el conocimiento del consentimiento informado y su uso, además de identificar las diferencias demográficas, para observar la variabilidad dentro de la muestra.

1.1 Antecedentes

Antecedentes internacionales

A nivel latinoamericano se ha venido realizando una serie de estudios en los que se busca explorar los conocimientos, actitudes y uso del consentimiento informado en el personal de atención en salud en los últimos años.

Buendía-López y Álvarez de la Cadena-Sandoval (2006) en su estudio titulado *Nivel de conocimiento de la bioética en carreras de odontología de dos universidades de américa latina*, encontraron que estudiantes de odontología en Chile y México presentaban conocimientos vagos y baja disposición para aprender más sobre el consentimiento informado.

Miguel y Zemel (2006), en el estudio titulado *El consentimiento informado en odontólogos residentes de la facultad de odontología de la universidad nacional de la plata*, investigaron dónde los conocimientos teóricos en consentimiento informado resultaron escasos. Su objetivo fue la necesidad de obtener datos sobre la práctica del consentimiento informado realizado por odontólogos, conocer diferentes aspectos respecto a las fortalezas y debilidades de su utilización actual. Se concluye que, los conocimientos teóricos sobre la práctica del consentimiento informado son escasos, existiendo una tendencia significativa a destinar tiempo en la consulta dental para su empleo, especialmente en la nueva generación. Se considera imperativo incluir en la malla curricular y en los programas académicos odontológicos principios éticos y legales en relación con el proceso de consentimiento informado.

Galván-Meléndez, Castañeda-Martínez, Camacho-Sánchez, Ortiz-Jiménez, Meléndez-Hurtado y Basio-Reyes (2013) en el artículo *Conocimiento sobre consentimiento informado para atención médica en unidades de primer y segundo nivel* buscaron describir el conocimiento del consentimiento informado clínico en profesionales de la salud. El estudio fue descriptivo, observacional y prospectivo en 46 participantes (21 médicos internos, 18 pasantes de enfermería y 7 pasantes de odontología). Se les aplicó un cuestionario de 28 preguntas sobre consentimiento informado, datos generales y preguntas de opinión. Los datos que se encontraron fueron una media de edad de 24 ± 1.2 años, el 52.2% fueron hombres y el tiempo de estancia en el hospital de 5.5 (2-12) meses. De los reactivos contestados correctamente sobre consentimiento informado se obtuvo una media de 5.3 ± 1.4 y una calificación de 4.1 ± 1.1 . El 91.7% de los encuestados refirió interés en capacitarse sobre el consentimiento informado y el 96.8% sobre aspectos bioéticos. Como conclusión tenemos que los resultados arrojaron deficiencias en los profesionales en formación en salud en el conocimiento que tienen del consentimiento informado, resalta el alto interés que tienen por capacitarse sobre estos aspectos.

Gupta, Bhat, Asawa, Tak, Bapat y Chaturvedi (2015) en su artículo titulado *Conocimiento y actitud hacia el consentimiento informado entre los médicos dentales privados en la ciudad de Bathinda, Punjab, India*, realizaron un estudio con el propósito de evaluar el conocimiento y la actitud hacia el consentimiento

informado entre los odontólogos privados en Bathinda, Punjab, India. Se utilizó un cuestionario estructurado autoadministrado. El formato de respuesta se basó en una escala de Likert. Para el análisis estadístico se utilizaron análisis de varianza unidireccional, prueba t de muestra independiente y análisis de regresión lineal múltiple por etapas. El nivel de confianza y el nivel de significación se establecieron en el 95% y el 5%, respectivamente. Obtuvo como resultado que las puntuaciones medias de conocimiento y actitud fueron $19,37 \pm 31,82$ y $9,40 \pm 1,72$, respectivamente. El análisis reveló que la calificación y los años de experiencia fueron estadísticamente significativos entre ambas variables dependientes ($p \leq 0,05$). Se concluyó que un conocimiento desequilibrado del consentimiento informado entre los dentistas actuales ha sugerido la necesidad de programas de concientización para llenar las lagunas de conocimiento e inculcar actitudes positivas.

Carrasco-Aldunate, Rubio-Acuña y Fuentes-Olavarria (2012), a través del estudio *Consentimiento informado: un pilar de la investigación clínica* buscaron dar a conocer los principales aspectos del consentimiento informado en la investigación en salud a través de una revisión de literatura en bases de datos, se analizaron los elementos de su origen y evolución, los principios éticos involucrados (autonomía, beneficencia y justicia), elementos característicos claves como divulgación, comprensión, capacidad de consentir o decidir y voluntariedad. Se encontró que en enfermería y otros personal de salud, el uso del consentimiento informado está dentro de conflictos tales como validez del proceso a través del tiempo, capacidad de entender la información que se entrega, obligar a las minorías, no saber los efectos de la intervención o el procedimiento, y desconfianza respecto a lo que realmente se hará, todo esto llevo a que concluyeran que contar con la manifestación expresa de una persona a participar libre y voluntariamente de una investigación, y conocer las condiciones, los beneficios y los riesgos que esta involucra; garantiza la completa consideración de los principios éticos en el cuidado holístico de las personas.

Hernández (2014) a través del estudio *El consentimiento informado es un procedimiento que brinda oportunidad a los pacientes de disponer de información y participar en la toma de decisiones médicas* tuvo el objetivo de evaluar la percepción y experiencia del personal sanitario de la unidad de terapia polivalente

del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán" acerca del consentimiento informado. Estudio descriptivo, donde se aplicó una encuesta a 67 trabajadores que accedieron voluntariamente a responderla. Se encontró que el 60 % de los encuestados tenía menos de dos años de trabajo en la unidad y solo el 45 %, conocimientos básicos de ética médica. Solamente la mitad de los interrogados consideró que este consentimiento puede mejorar la relación médico-paciente. Encontró que el nivel de entendimiento de la información aportada por los facultativos al paciente, sus familiares o ambos, es bajo y además, muchos médicos lo consideran como una herramienta de trabajo secundaria o que no es necesario realizarla con inmediatez. Se concluyó que es necesario retroalimentación sobre el conocimiento del consentimiento informado entre los trabajadores de la salud para utilizar al máximo sus beneficios.

Herrero, Reyes, Gómez y Donat (2001) buscaron en *Valoración del consentimiento informado por médicos y pacientes* conocer y así saber la opinión de los médicos y pacientes sobre él y su proceso de realización. Fue un estudio observacional, descriptivo y transversal mediante dos encuestas diferentes, realizado personalmente y telefónicamente, a 89 profesionales de un Hospital Universitario y a 210 pacientes sometidos a algún procedimiento diagnóstico y/o terapéutico en noviembre de 1998. Muestreo aleatorio simple. Los resultados arrojaron que el 25,8% de los profesionales consideran que la utilización de este documento es importante. El 36% (IC 95%: 26,1-45,9) del personal de salud piensan que los pacientes comprenden la información recibida, el 93,4% (IC 95%: 90-96,8) manifestaron haberla entendido adecuadamente. El 79,8% (IC 95%: 71,5-88,1) de los médicos refieren ofrecer explicaciones, pero sólo el 44,3% (IC 95%: 37,6-51) de los pacientes estuvieron de confirmaron esta oferta. El 63,3% de los pacientes se quedaron indiferentes tras recibir la información. El estudio se realizó mediante la lectura del documento por el paciente. Para el 66,7% (IC 95%: 73,1-60,3) de los pacientes el objetivo de los formularios es proteger al médico. Concluyó que se encuentran deficiencias en aspectos como la necesidad de los documentos y su utilización, comprensión de los documentos, falta de entrega de los mismos, oferta de explicaciones, persona que lo entrega, proceso de realización, tiempo del que dispone el paciente y objetivo del documento.

Antecedentes nacionales

Novoa (2013) presentó *Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo*, cuyo objetivo fue estimar el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina. Se utilizó un estudio descriptivo, transversal, realizado en con internos de medicina, llenando un cuestionario constituido por 20 preguntas a 51 internos que cumplieron con los criterios de admisión. Este estudio dio como resultado que sólo 25 internos tuvieron nivel alto de conocimientos; 18, medio y 8, bajo. El 61.54% de internos de universidad pública y 36% de privada consiguieron un nivel alto de conocimiento. Existe asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado “medio-alto” y “bajo”, y el pertenecer a una universidad pública o privada.

Zavala, Sogi, Delgado y Cárdenas (2010) en *Consentimiento informado en la práctica médica: Factores asociados a su conocimiento en una población de médicos peruanos*, buscaron establecer factores asociados al conocimiento sobre consentimiento informado en médicos peruanos. A quienes se les aplicó un estudio retrospectivo, en base a un examen de conocimiento a médicos postulantes a la segunda especialización. Empleando un examen de conocimiento sobre el tema, de 1486 médicos postulantes, las variables edad, sexo, universidad de procedencia y año de egreso fueron clasificadas en dos categorías, y el puntaje total de aciertos en el examen en tres categorías. Se usó el SPSS 15 para prueba del chi cuadrado y análisis multivariado; y Atlas ti para análisis de los comentarios. En la frecuencia de aciertos por edad, sexo, universidad y año de egreso la investigación dio como resultado diferencias estadísticas significativas. Otros resultados fueron que el mayor puntaje de aciertos se relacionó con ser varón, menor edad, egresado entre 2004 y 2008 y egresado de la universidad.

Cabrales (2012). En *¿Quién se informa con el consentimiento informado?* Buscó evaluar el grado de conocimiento que sobre el consentimiento informado tienen los pacientes que aceptan con su firma las cirugías electivas. Se aplicaron dos instrumentos de medición a 59 pacientes previa intervención quirúrgica, después de firmar el consentimiento informado, dió como resultado 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 o insuficiente en el conocimiento del consentimiento informado, sin evidenciar ninguna asociación con las variables sociodemográficas estudiadas.

Quispe (2005), a través de la tesis titulada *Opinión que tienen los pacientes sobre la calidad de atención de la enfermera en el servicio de medicina general del Hospital Nacional Arzobispo Loayza* describió el sentir que tienen los pacientes sobre la calidad de atención de enfermería; como también registrar la opinión que tienen los pacientes sobre la calidad de atención de enfermería en las evaluaciones técnico, interpersonal y de confort. La investigación fue aplicada, cuantitativa, descriptiva simple y de corte transversal. La población fue conformada por pacientes hospitalizados en los ambientes de medicina general (255) siendo la muestra 80 pacientes. La recolección de la información fue mediante un formulario tipo escala de Likert y la entrevista. Los resultados más significativos fueron que la opinión de los pacientes sobre la calidad de atención de enfermería es en su mayoría medianamente favorable tanto en la dimensión técnica, interpersonal y de confort de la calidad.

Por último, Rodríguez (2012) en *El uso del Consentimiento Informado por parte de los profesionales de salud en la atención clínico asistencial* parte de la necesidad de emplear el consentimiento informado como instrumento para el derecho de la autonomía de los usuarios, se realizó una búsqueda y revisión a través de dos bases de datos distintas investigaciones y un motor de búsqueda en línea, aplicando los criterios de selección determinados para el análisis. Entre los resultados más importantes se obtuvo que en ocho de los artículos analizados se evidencia una necesidad marcada de ahondar en la aplicación del Consentimiento Informado, aparte que en trece de los documentos revisados se encontró una deficiencia total en la aplicación del consentimiento informado, lo cual fue verificado por los usuarios quienes afirmaron no entender o desconocer sobre el consentimiento informado. Se concluye que en la actualidad los profesionales de la atención clínica no entienden el concepto de consentimiento informado, esto implica que este no es aplicado adecuadamente en la práctica profesional.

Como se ha podido observar a lo largo de la revisión de la literatura presentada, el nivel de uso y consentimiento informado en el personal de salud

resulta deficiente a lo largo de toda la región. Las consecuencias de este comportamiento profesional desencadenan en el usuario impotencia, falta de autonomía, conformismo y dolor; lo que coloca en evidencia la ausencia de comportamientos éticos y bioéticos en los profesionales de la salud, quienes minimizan la condición humana y transmiten una falta de respeto y agresión a la dignidad de los usuarios (Medina,1999).

1.2 Fundamentación

El consentimiento informado es un proceso que consiste en la manifestación expresa de una persona competente cuya capacidad física, mental y moral le permita tomar decisiones propias (Galván-Melendez et al., 2013). Encontramos diferentes conceptos acerca de lo que significa el consentimiento informado. El “Manual de Ética” del Colegio de Médicos Americanos definía el consentimiento informado como:

“La explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de esta y los riesgos beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente” (Simón,1993, p.80).

El término consentimiento lo encontramos definido como: “Acción o efecto de consentir”, “manifestación de voluntad, expresa o tácita, por la cual un sujeto se vincula jurídicamente”, y consentir: “es permitir algo o condescender que se haga” (RAE, 2017).

A esta definición, considerada muy importante por Lorda y Concheiro (1993), los autores añaden una modificación referenciada en diferentes artículos científicos que consiste en sustituir en donde dice: “procedimientos terapéuticos” por “procedimientos diagnósticos y terapéuticos”. (p. 100)

Para Lorda y Concheiro (1993) el Consentimiento Informado es un proceso de encuentro y dialogo entre el sanitario y el paciente, que abarca desde el mismo momento en que el sanitario entra en contacto con el enfermo, hasta el instante en que se le da el alta definitiva. (p. 35)

Galán (1999) nos dice que el Consentimiento Informado: “es un presupuesto de la lex artis y, por lo tanto, un acto clínico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad. Es una de las máximas aportaciones que el derecho ha realizado a la medicina. Es un derecho humano primario y a la vez una exigencia ética y legal para el médico”. (p. 67)

Villanueva Cañadas (2014) lo define como: “un derecho del paciente y el médico tiene el deber de informar; se plasma en un documento que servirá para demostrar que el enfermo fue informado del objeto de la intervención, asumió el riesgo general de la medicina y se involucró en la toma de decisión, haciéndose copartícipe de la incertidumbre de resultados”. (p. 15)

Por último, se recoge la definición de Galán Cortez (1997), y que es la que será usada en este estudio. Él nos dice que el Consentimiento Informado es “la manifestación voluntaria, libre y racional realizada por un paciente, de aceptación a un tratamiento, luego de haber sido informado del mismo y de habersele respondido todas sus dudas de manera adecuada y suficiente. El consentimiento informado es la aceptación de una intervención médica por el paciente, en forma libre, voluntaria y consiente después que el profesional de salud le tenga informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posibles con sus respectivos riesgos y beneficios” (p. 98)

Cada uno de estos conceptos y las aportaciones realizados por otros autores nos ayudan a tener un concepto diferente y más cercano a lo que sería una visión integral e ideal de lo que es el Consentimiento Informado, y no verlo simplemente como un requisito legal que hay que cumplir en aras de una práctica de atención sanitaria defensiva.

Hoy en día la participación en el trabajo diario de profesionales de la salud va de la mano con un documento escrito que valide la información que las enfermeras entregan a sus pacientes antes de un procedimiento o intervención clínica; es decir que el consentimiento informado dado por los profesionales de

enfermería corresponde a información general y sencilla que clasifica a este tipo de consentimiento en “simple” o verbal (León et al., 2009, p. 76).

Como mencionan Islas-Saucillo y Muñoz (2000): “La atención a la salud debe estar a cargo de profesionales con información integral, en los aspectos humanistas tratando de tener principalmente dos cualidades, la honradez y la lealtad a sus principios y valores. El personal médico y paramédico (enfermeras) junto con la ciencia, deben aplicar el humanismo con el único fin de atender y servir mejor al individuo sano o enfermo, a la familia y a la comunidad” (p. 43)

De esta manera, el proceso de consentimiento informado se constituye como el núcleo de la bioética moderna y se fundamenta en el reconocimiento del paciente como un sujeto racional con autonomía sobre su propia vida y muerte. Es decir, cumple con las condiciones de voluntariedad, información y capacidad (Galván-Melendez et al., 2013).

Teoría de la calidad de atención en el paciente

Galindo-Becerra (2008) señaló que la “seguridad en la atención del paciente es entendida como los procesos destinados a la prevención, la mitigación y la corrección de las consecuencias de los errores que ocurren en el propio proceso de atención”. En el ámbito de las intervenciones médicas, de enfermería y del personal de salud se pueden originar perjuicios que en momentos son irreversibles y por lo tanto, la calidad de la atención se ve afectada. La calidad es la consecuencia providencial de dos fuerzas opuestas, siempre asistentes: los beneficios y los riesgos. Ninguna mediación en salud o enfermedad es inocua, como resultado, la calidad depende siempre del juego de estas dos fuerzas en cada una de las circunstancias. (p. 35)

Donabedian citada por Galindo-Becerra (2008) señaló que “la calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda el máximo beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos”. Si bien lo indicado siempre ha estado presente, en el momento actual la seguridad de los pacientes es un tema de preocupación e interés que va en aumento y que se encuentra en el centro de debates públicos, debido al alto índice de errores, eventos adversos o accidentes dentro del ámbito hospitalario,

que son causas primordiales de muertes, invalidez, desajustes económicos o juicios contra profesionales de la salud e instituciones. (p. 23)

El control es un aspecto importantísimo en la estrategia y también un proceso complejo que necesita hacerse con detalle.

Se pueden realizar controles preventivos y correctivos. Se pueden controlar a la institución de salud, a los equipos y a los individuos. Es importante que el control responda a las metas estratégicas y sea lo más objetivo y completo posibles; asimismo, los controles deben ser oportunos y convenientes.

En el ámbito del cumplimiento, el control es fundamental porque sirve como punto de referencia para evaluar el avance y el logro efectivo de las metas estratégicas o evaluar las crisis que se presentan en el proceso de implantación. El control no puede estar separado de la planificación estratégica, puesto que los mecanismos de control elegidos van a evaluar los resultados del plan. Los resultados de esta evaluación permiten hacer los ajustes no solo en lo operativo o de corto plazo, sino en lo estratégico y de largo plazo.

Variable Conocimiento del Consentimiento informado:

De acuerdo a Izaguirre (2012). “El nivel de conocimiento es la cuantificación por medio de una escala, de los conceptos aprendidos.” (p. 63). Para Gonzales (2014) “Los niveles de conocimiento se derivan del avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad.” (p.135).

Wniter (1987) propone seis dimensiones del conocimiento según su dificultad para ser transferido: a) conocimiento tácito y totalmente articulado; b) grado de facilidad de enseñanza del conocimiento; c) posibilidad del que conocimiento sea articulado o no; d) facilidad o dificultad de observar y comprender la aplicación del conocimiento; e) grado de complejidad; f) grado de dependencia”. Entre más fácil sea enseñar, observar, articular, aplicar etc., más fácil podrá ser transferido el pensamiento. De acuerdo a Reed y Defillippi (1990) existen tres dimensiones, primera de carácter tácito que resulta del aprender haciendo; segundo de carácter complejo, que resulta de la posesión de un gran número de activos interdependientes y habilidades; el tercero de carácter

específico, que hace referencia a la transacción de habilidades y activos utilizados en producción. (p. 59)

De acuerdo a Nonaka (1994), se desarrolla una teoría de creación del conocimiento construida sobre dos dimensiones de transferencia del conocimiento, de tácito a explícito. Por último, según Spender (1996), se propone una clasificación de tipos de conocimiento en base a dos dimensiones como son el carácter implícito/ explícito e individual / social del conocimiento. (p.184, 185).

Formas de adquirir el Conocimiento. El conocimiento no es estático está en aumento y con ello las actividades que deriven irán cambiando a medida que aumente los conocimientos. Esto se evidencia y observa en la conducta y actitudes del ser humano ante situaciones de la vida diaria y se realiza básicamente de manera: Informal, que se da en las actividades cotidianas y se aprende sobre el proceso salud – enfermedad y complementa con otros medios de obtener información. Formal, cuando el conocimiento es impartido a través de centros de formación educaciones o instituciones educativas en donde se tenga como directriz un sílabo o currículo.

Para estudiar las diferencias dentro del conocimiento del consentimiento informado se han considerado variables demográficas como:

Edad: Se refiere al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de edad brinda la posibilidad de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales así mismo suele decirse al espacio que transcurrió de un tiempo a otro.

Nivel de Experiencia: La experiencia es un grado en cualquier ámbito de la vida en el plano personal como en el profesional, desde el punto de vista laboral, la experiencia profesional es un requisito solicitado por muchas empresas, es un paso fundamental para cualquier estudiante universitario que al finalizar su carrera tiene grandes conocimientos teóricos pero no tiene experiencia práctica.

Nivel de estudios: Un título académico, titulación académica o grado

académico, es una distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios. Sin embargo, esta denominación suele utilizarse para denominar más concretamente a las distinciones de rango universitario, que también se denominan titulación superior o titulación universitaria.

Por lo tanto, en la actualidad se encuentra establecido desde el punto de vista ético y legal que el paciente tiene derecho a ser informado sobre el tratamiento, alternativas, riesgos y beneficios, para así poder tomar las decisiones que le atañen (Galvez-Melendez et al., 2013).

El consentimiento informado se basa sobre los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Es fundamental destacar tres elementos importantes que deben ser tomados en cuenta en el consentimiento: 1. todo profesional de la salud tiene la obligación de informar con sinceridad y detalle a sus pacientes acerca de la situación de su salud, 2. el consentimiento debe ser obtenido libre de toda coerción y 3. el paciente debe estar en condiciones mentales apropiadas y demostrar la capacidad suficiente para estar en posibilidad de aceptar o no cualquier intervención, procedimiento o tratamiento (Navarro-Reynoso et al., 2004).

Variable Uso del consentimiento informado:

Se refiere a la puesta en práctica del consentimiento informado, tanto en modalidad verbal como escrita. La retroalimentación sirve para mejorar la comprensión y contribuir a fomentar el cumplimiento, de tal forma que incite la posibilidad de un intercambio de puntos de vista, opiniones, conducente a fomentar la confianza y la cultura de seguridad entre participantes que laboran en todas las áreas de salud (OMS,2009, p.18). De esa manera, el consentimiento informado individual se asocia al consentimiento informado colectivo o social, que permite la aplicación de las normas y procedimientos que interesan directamente a la sociedad, como las campañas de detección de enfermedades, campañas de vacunación y de investigación en seres humanos, entre otros (Navarro-Reynoso et al., 2004).

En un entorno de atención de salud, todas las actividades que involucran contacto directo o indirecto con los pacientes se consideran actividades de asistencia sanitaria (OMS, 2009, p.11).

Para Rosso (2003), "La responsabilidad del profesional de salud es la capacidad de analizar, dar razón y asumir las consecuencias de las propias acciones u omisiones en lo referente al cuidado y al ejercicio profesional" Cumplimiento es actuación que se lleva a cabo como consecuencia de una obligación, una promesa o una orden. Fin de un plazo o un periodo predeterminado, acción de realizar un deber. (p. 44)

Al hacer las evaluaciones no sólo se logra evaluar de manera dinámica los niveles de cumplimiento sino también captar o detectar las mejoras y el impacto de la intervención y por ende hacer los ajustes que se requieran.

Del latín *usus*, el término uso hace referencia a la acción y efecto de usar (hacer servir una cosa para algo, ejecutar o practicar algo habitualmente). El uso está vinculado a la utilización de un objeto para alcanzar una meta.

Aplicación del consentimiento informado: La obtención del consentimiento informado es un proceso que comienza mediante el suministro de manera comprensible y sin sesgos de la información y continúa con la explicación de cada uno de los pasos del procedimiento (Galván-Melendez, 2013). Dentro del proceso se debe de responder a las preguntas que surjan de una manera clara, sencilla e informativa, asegurando que cada persona entienda en su totalidad el contenido de un consentimiento informado. Es importante dar el tiempo suficiente o necesario, incluyendo tiempo para consultar a quienes considere, como a su familia, a sus amigos, etc., para llegar a tomar una decisión, libre y sin coerción (Galván-Melendez, 2013).

1.3 Justificación

Justificación Teórica

Este trabajo permitirá que el personal de salud cuente con un sustento empírico de las dos variables trabajadas que les permitan no solo conocer sino aplicar este conocimiento en situaciones reales y tomar las decisiones pertinentes a su cargo.

Los resultados que se obtengan de este estudio ayudarán a mejorar la calidad y la seguridad en la atención al paciente, garantizando su autonomía para formar parte de cualquier tipo de proceso o intervención. La tesis se enfoca en determinar la relación entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado en base a criterios científicos, con la finalidad de explorar su estado en el campo de la salud peruana. Es necesario conocer todos aquellos aspectos que están relacionados con la aplicación o falta de ella, pues el conocimiento que se tenga de ello constituirá una estrategia preventiva para el personal de salud, ya que operativamente debe protegerse como también a los pacientes y sus familiares.

Justificación Legal

En el Perú, el artículo 27 de la Ley de Salud General n° 29414 nos indica que el médico tratante, así como el cirujano-dentista y la obstetra están obligados a informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problema de salud, así como sobre los riesgos y consecuencias de los mismos. Para aplicar tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicar intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, el médico está obligado a obtener por escrito su consentimiento informado.

Justificación Práctica

Los cambios ocurridos en la relación médico-paciente, vinculados principalmente con una mayor libertad e independencia del paciente como derecho a su dignidad, han desarrollado el consentimiento informado. La aplicación adecuada mejora la relación y fortalece los efectos terapéuticos; el mal uso o su ausencia es causa de malos entendidos, produciendo inseguridad en el paciente y provoca graves problemas judiciales (Collazo, 2002, p. 58).

Una de las especialidades más perjudicadas dirigidas a los profesionales de la salud en el mundo es Obstetricia y Enfermería. El gran porcentaje de ellas están vinculadas con la atención al trabajo de parto y las múltiples complicaciones en el embarazo. Debe quedar siempre el consentimiento o no por parte del paciente de la intervención propuesta, ya sea diagnóstica o terapéutica contemplada de forma escrita en la historia clínica, para lo que debe acudirse a la comunicación verbal, dejar las anotaciones hechas por el propio médico y a los diferentes formatos pre impresos. (Aguila, 2012, p. 529)

Ante complicaciones durante el embarazo y parto, es necesario actuar de forma inmediata ante las emergencias que se pueden presentar, por lo cual es importante una buena comunicación entre el obstetra y la gestante, ya que la mayoría de las veces la paciente y su familiar se queja de la falta de información (Gorrita, 2012). Por esa razón, es preciso que la embarazada conozca qué riesgos pueden ocurrir, cómo se resuelven y cómo puede desarrollarse el parto. (Canales, 2013, p. 253-254)

Además, es importante porque los profesionales de la salud deben llevar a cabo una atención y unos cuidados de calidad y para esto, los profesionales han de conocer y colaborar conscientemente en el proceso de Consentimiento Informado. Los profesionales de enfermería deben conocer cuál es la nueva situación a la que se enfrenta el paciente para actualizar y adaptar el plan de cuidados individual. (Pérez Velasco, 2012)

Para que el paciente, familiar o tutor, con conocimiento de causa y

libremente puedan tomar las decisiones relativas a los cuidados necesarios y las diversas posibilidades que se le ofrezcan, el equipo multidisciplinario encargado de proporcionarle servicios de salud, debe poseer un adecuado conocimiento de su situación y evitar proporcionar informaciones indebidas o parciales, además debe evitar la coerción respetando la autonomía del paciente (Islas-Saucillo, et al, 2000).

Los cambios culturales que han ido facilitando que esta relación, ya deteriorada, no siga cayendo inevitablemente en el pozo a que se ve destinada. Los movimientos en favor de los derechos de los pacientes han ido realizando gestos. El paciente es el que tomará las decisiones respecto de su enfermedad. La relación médico-enfermo habrá de asegurar la adecuada transmisión del significado de la enfermedad, de sus posibles tratamientos y de sus riesgos y beneficios. El paciente quien, habiendo sido recomendado por el profesional de la salud y entendiendo adecuadamente su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, dará su consentimiento para que el facultativo lo intervenga. (Centro de Ética Universidad Alberto Hurtado, 2000).

Podríamos plantear dos reglas, una para el paciente y otra para el médico. El paciente siempre tendrá el legítimo derecho a elegir, luego de la información, y el tratamiento que se le ofrezca y las alternativas y por la misma causa tiene derecho a rechazar los procedimientos médicos que no estime oportunos. Siempre es necesario el consentimiento del enfermo para actuar. El personal de salud está obligado a informar a sus pacientes de todas las circunstancias relativas a su enfermedad y de las posibilidades diagnósticas y terapéuticas posibles, para que el enfermo pueda decidir e implicarse en la toma de decisión tanto para seguir o no el tratamiento. Por tanto de la unión de ambas reglas surge el consentimiento informado, parte importante en la relación médico-paciente.

Justificación metodológica

Se espera que este trabajo de investigación sirva como base para aplicaciones prácticas donde se refuerce el conocimiento del consentimiento informado en profesionales de salud, con el objetivo de lograr la universalidad de su aplicación. Además, contribuye al estado del arte de la literatura de la bioética, y servirá

como base para investigaciones futuras sobre el tema. Los instrumentos son confiables y fueron validados por un juicio de expertos, se podrá observar el grado de significación que tendrá la investigación observando qué relación existe entre las variables de estudio, los mismos que podrán ser utilizados en otras investigaciones similares.

1.4. Formulación del problema

En los últimos años el tema sobre el consentimiento informado tiene que ver con el derecho de información y autodeterminación del paciente, para evitar así una tensión en la relación profesional paciente, existiendo quejas ético disciplinarias y demandas por el inconformismo de los pacientes con respecto a su atención en salud. Desafortunadamente todavía existe deficiencia en la obtención del consentimiento informado por parte de algunos profesionales, respecto a la información, comunicación, comprensión y manipulación de la información todo esto incluyendo también la falta de tiempo para su obtención.

En la actualidad no se puede hablar de relación profesional paciente sin incluir el consentimiento informado, por lo cual la importancia de su cumplimiento, nuestro país no está ajena a esta realidad tanto en los Hospitales y centros de salud del sector público y privado enfrentamos esta problemática en consecuencia el profesional muchas veces no está capacitado para obtener el consentimiento informado del paciente ya sea por su falta de conocimiento o al simple hecho de no cumplir con esta norma. El consentimiento informado constituye un proceso, y no sólo es el médico el responsable de su ejecución y aplicación. No basta solamente la presentación del documento al paciente el mismo día, horas o incluso minutos antes de someterlo a una intervención. En este acto está involucrado primeramente el paciente, la familia y el equipo de salud, y también de modo especial, la enfermería (León, 2009). Por lo cual resulta de gran relevancia saber de qué manera la enfermería participa en el proceso de consentimiento informado, en particular en la entrega de información de forma escrita o verbal. Esto teniendo en cuenta que, como agente de salud, es uno de los profesionales que pasa mayor tiempo junto al paciente y su familia, con un

acercamiento y familiaridad diferentes a la del médico (León et al., 2009). En el año 1946, cuando se firma el Código de Nüremberg. En su artículo primero, este señala el derecho al consentimiento: “el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial la persona debe tener capacidad legal para dar su consentimiento” . Este derecho se entiende a la luz de las atrocidades cometidas por los Nazis, quienes utilizaron presos como sujetos de experimentación sin su consentimiento. La declaración de Helsinki en sus múltiples versiones, la más reciente es del año 2000, consigna el derecho a ser informado y a consentir libremente y sin coacciones (Anguita, 2010). Es una muestra de la importancia que ha ido adquiriendo el respeto a la autonomía de las personas desde la primera mitad del siglo veinte hasta nuestros días y que ha posibilitado que la relación entre médico y paciente sea una relación entre iguales y no ya de un ente superior que atiende a uno inferior a quién beneficia y protege (Anguita,2010).

La salud siempre ha sido uno de bienes más preciados, la enfermedad por el contrario nos pone en "alerta" y pone en peligro nuestra vida. La relación sanitario-usuario demanda la participación en las decisiones y la exigencia de una relación menos paternalista y más participativa en grado de igualdad (Cortina, 1986)

El cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica institucionalizado (Consejo Internacional De Enfermería, 2008). Por último, se menciona algunos de los derechos de los pacientes (CONAMED, 1998) entre los que se encuentran: Recibir atención médica adecuada: El usuario tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención, así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico. Recibir trato digno y respetuoso: El usuario tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz: El usuario, o en su caso el responsable, tienen derecho a

que el médico o personal que esté a cargo tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del usuario y sea siempre veraz, ajustado a la realidad. Decidir libremente sobre su atención. El usuario o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en usuarios terminales. 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 (Palomer 2009). El consentimiento informado se constituye en un elemento de respeto al paciente y su vez una nueva forma de trabajo médico, el cual está regulado en el Perú por la ley general de salud. En el caso del Perú la ley general de salud dada el 20 de julio de 1997 reconoció al Consentimiento Informado como parte del acto médico.

Problema general

¿Existe relación entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado en el personal de salud de un centro médico peruano?

Problemas específicos

Problema específico 1

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento del consentimiento informado y su uso con la edad del personal de salud de un centro médico peruano?

Problema específico 2

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento del consentimiento informado y su uso con los años de experiencia del personal de salud de un centro médico peruano?

Problema específico 3

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento del consentimiento informado y su uso con la especialización del personal de salud de un centro médico peruano?

1.5 Hipótesis

Hipótesis General

Existe una relación directa entre el conocimiento del consentimiento informado y su uso en el personal de salud de un centro médico peruano.

Hipótesis Específicas

Hipótesis Específica 1

Existen diferencias a nivel de conocimiento del consentimiento informado y su uso según la edad del personal de salud.

Hipótesis Específica 2

Existen diferencias a nivel de conocimiento del consentimiento informado y su uso según los años de experiencia del personal de salud.

Hipótesis Específica 3

Existen diferencias a nivel de conocimiento del consentimiento informado y su uso según la especialización del personal de salud.

1.6 Objetivos

Objetivo General

Explorar la relación entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado en el personal de salud de un centro médico peruano.

Objetivos específicos

Objetivo Específico 1

Determinar las diferencias a nivel de conocimiento del consentimiento informado y su uso según la edad del personal de salud de un centro médico peruano.

Objetivo Específico 2

Determinar las diferencias a nivel de conocimiento del consentimiento informado y su uso según los años de experiencia del personal de salud de un centro médico peruano.

Objetivo Específico 3

Determinar las diferencias a nivel de conocimiento del consentimiento informado y su uso según la especialización del personal de salud de un centro médico peruano.

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1 Variables

Hernández et al. (2013) nos dice que “Una variable es una propiedad o características de fenómenos entidades físicas hechos persona u otros seres vivos que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse”. (p 86)

Variable conocimiento del consentimiento informado:

Se refiere a los conocimientos teóricos que los profesionales de la salud tienen sobre el consentimiento informado. Galán Cortez (1997) nos dice que el consentimiento informado es

“la manifestación voluntaria, libre y racional realizada por un paciente, de aceptación a un tratamiento, luego de haber sido informado del mismo y de habersele respondido todas sus dudas de manera adecuada y suficiente. El consentimiento informado es la aceptación de una intervención médica por el paciente, en forma libre, voluntaria y consciente después que el profesional de salud le tenga informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posibles con sus respectivos riesgos y beneficios” (p.09).

Variable Uso del consentimiento informado:

Se refiere a la puesta en práctica del consentimiento informado, tanto en modalidad verbal como escrita. La retroalimentación nos sirve para mejorar la comprensión y fomentar el cumplimiento, de tal forma que ayude a un intercambio de puntos de vista, opiniones, que fomente la confianza y la cultura de seguridad entre participantes que laboran en todas las áreas de salud. (OMS, 2009, p.18)

En un entorno de atención de salud, todas las actividades que involucran contacto directo o indirecto con los pacientes se consideran actividades de asistencia sanitaria (OMS, 2009, p.11).

Al hacer las evaluaciones no sólo se logra evaluar de manera dinámica los niveles de cumplimiento sino también captar o detectar las mejoras y el impacto de la intervención y por ende hacer los ajustes que se requieran.

Definición operacional

Variable conocimiento del consentimiento informado:

Información para evaluar el conocimiento del consentimiento informado referida por el personal de salud. Esta variable toma los valores de alto conocimiento/medio conocimiento/ bajo conocimiento.

Variable Uso del consentimiento informado.

Las acciones que realiza el personal de salud para la aplicación del consentimiento informado. Esta variable toma los valores de aplica/no aplica.

2.2 Operacionalización de variables

Tabla 1

Variable 1: Conocimiento del consentimiento Informado

Dimensión	Indicadores	Ítems	Escalas	Niveles
Nivel de Conocimiento	Consentimiento verbal Consentimiento escrito Edad Procedimiento Conocimiento de reglamento	Pregunta 10	Dicotómico Nominal 0=No 1=Si	Puntaje máximo:10 Puntaje mínimo: 0 Bajo: 0-3 Medio: 4-7 Alto: 8-+

Tabla 2

Variable 2: Uso del consentimiento informado

Dimensión	Indicadores	Ítems	Escalas	Niveles
Uso del consentimiento informado	Aplicación correcta Recolección de firma	Preguntas del 11 al 15	Escala de Lickert 1=Nunca 2=Casi nunca 3=Casi siempre 4= Siempre	Puntaje máximo: 20 Puntaje mínimo: 5 Bajo: 0 - 7 Medio: 8 - 14 Alto: 15-20

2.3 Metodología

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo porque “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (Hernández et al, 2013, p.4). Además, utilizó el método hipotético deductivo, ya que se busca comprobar las hipótesis planteadas en torno a las variables. Por último, fue de diseño transversal, ya que se recolectará la información en un tiempo y espacio determinado.

2.4 Tipo de estudio

Es básica, tal como define Gomero y Moreno (1997) “esta investigación busca el conocimiento teórico tienen el objetivo de producir nuevos conocimientos es decir se interesa por el incremento del conocimiento de la realidad” (p. 72). Asimismo, según su carácter es correlacional ya que describe la relación entre dos o más categorías conceptos o variables en un momento determinado ya sea en términos correlacionales o en función de la relación causa-efecto (Hernández et al., 2013).

2.5 Diseño del estudio

Hernández et al. (2013): “Plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación y responder al planteamiento”. (p.128).

No experimental, Hernández et al. (2013) define: “Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observa los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos” (p.152).

Así mismo según el período y secuencia del estudio es trasversal, Hernández et al. (2013) define “Investigaciones que recopilan datos en un momento único” (p. 154).

2.6 Población

La población o universo, según Hernández et al. (2010): “conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (p.174). La población objeto de estudio fue constituida por 120 profesionales de la salud conformado por médicos, obstetrices, enfermeras y Odontólogos de ambos sexos de un centro médico peruano, durante el periodo de noviembre 2016, en Lima Metropolitana.

Muestra

De acuerdo a Hernández et al. (2010), una muestra es un “Subgrupo del universo o población del cual se recolectan los datos y que deben ser representativo de ésta” (p.173). Se aplicó las encuestas al personal que desee colaborar con la investigación, por lo que la muestra del presente estudio es No probabilística. Para este estudio, se contó con la colaboración de 100 médicos, obstetrices, enfermeras y odontólogos del centro de salud (68% femenino; 32% masculino) entre los 24 y los 61 años.

En cuanto a formación, el 63% fueron licenciados, el 8% presentaron un diplomado y el 29% contaron con maestría. Los profesionales contaron con un tiempo de experiencia en el cargo de entre 1 y 36 años ($M=9.44$; $DE=8.87$) y entre 1 y 38 años ($M=12.08$; $DE= 9.67$) de experiencia laboral.

Criterios de inclusión

En el presente estudio se consideró al personal médico, enfermeras, obstetrices, y odontólogos, de ambos sexos que laboren en el centro médico peruano, provincia de Lima, periodo del 2016 y que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Aquellas personas que por algún motivo personal o laboral no se encuentren en el centro. Cualquier otro trabajador de la salud que no pertenezca al centro materno, personal de vacaciones, ni aquellos que en cualquier momento de la investigación se nieguen a participar voluntariamente, se encuentren de vacaciones o licencia.

Muestreo Censal

Según Hernández et al. (2010) se hace referencia a aquella población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características o los propósitos del investigador. (p. 176).

Siguiendo esta idea, se realizó un muestreo censal ya que se contó con todos aquellos participantes que buscaron participar voluntariamente del estudio.

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se adaptó la prueba de conocimiento y uso del consentimiento informado usada por Gupta (2015) en su investigación. Esta cuenta con 10 ítems dicotómicos para medir el conocimiento del consentimiento informado y 5 ítems para calificar el uso del consentimiento informado a través de una escala Likert de 4 puntos.

Morone, (2012) refiriéndose a las técnicas de investigación afirma que: Las técnicas son los métodos e instrumentos que se utilizan para acceder al conocimiento. Encuestas, cuestionarios cerrados, entrevistas, observaciones y todo lo que se deriva de ellas. (pág.3)

Asimismo Morone, (2012) sobre la encuesta define que: Se utiliza el término encuesta para referirse a la técnica de recolección de datos que utiliza como instrumento un listado de preguntas cerradas o abiertas, que están fuertemente estructuradas y que recoge información que pueda ser tratada estadísticamente, desde una perspectiva cuantitativa. (pág.17)

Para la recolección de datos del presente estudio de investigación se empleó la técnica: de la encuesta, con escala de medición dicotómica y tipo Likert.

Cuestionario: Respecto al cuestionario refiere que “el cuestionario es un

conjunto de preguntas, preparado cuidadosamente, sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación, para que sea contestado por la población o su muestra” (p.15).

En el presente estudio de investigación se aplicó la encuesta, constituida con 20 ítems, con alternativas de respuesta de opción múltiple. La aplicación de la misma fue individual.

Instrumento Conocimiento del Consentimiento Informado

Nombre: Conocimiento del Consentimiento Informado

Autores: Gupta, Bhat, Asawa, Tak, & Bapat (2005)

Criterio de adaptación: Traducción por experto y validación por jueces

Forma de respuesta: Formato Dicotómico

Año: 2016

Aplicación: Individual

Instrumento Uso del Consentimiento Informado

Nombre: Uso del Consentimiento Informado

Autores: Gupta, Bhat, Asawa, Tak, & Bapat (2005)

Criterio de adaptación: Traducción por experto y validación por jueces

Forma de respuesta: Formato tipo Likert

Año: 2016

Aplicación: Individual

Validez de los instrumentos. La validez Para Hernández et al. (2013) “Grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir” (pág. 200)

En el presente estudio se ha realizado el proceso de validación a través del juicio de 3 expertos los cuales evaluaron el contenido teniendo en cuenta tres aspectos: relevancia, pertinencia y claridad de cada uno de los ítems del instrumento.

La validez fue determinada a través de la V de Aiken con su respectiva significancia estadística, cuyos resultados fueron favorables al instrumento ya que demostró su validez.

Confiabilidad de los instrumentos. La confiabilidad para Hernández et al., (2013) “Grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes” (p.200) se probó el instrumento en una prueba piloto en 30 profesionales de la salud con características similares a la muestra de estudio, cuya información fue sometida al análisis de consistencia interna con el alpha de Cronbach, quedando así demostrada la confiabilidad del instrumento.

Prueba Piloto: Con el propósito de evaluar la validez y confiabilidad de los instrumentos, se procedió a la realización de una prueba piloto, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Los datos obtenidos de la prueba piloto fueron analizados utilizando el coeficiente de alfa de Cronbach y el método de Kuder Richardson.

Método Kuder Richardson, Se trata de la misma fórmula que el Alfa de Cronbach solo que esta última es expresada para ítems continuos y Kuder Richardson para ítems dicotómicos. Existen varios procedimientos para calcular la confiabilidad de una técnica de medición.

Tabla 3

Confiabilidad cuestionario conocimiento del consentimiento informado.

Estadísticos de fiabilidad del Conocimiento del consentimiento informado	
Kuder Richardson	N de elementos
,783	10

La medida de Conocimiento del Consentimiento Informado contó con un Kuder Richardson de .783, indicando que el grado de confiabilidad del instrumento es magnitud alta.

Tabla 4

Confiabilidad cuestionario uso del consentimiento informado.

Estadísticos de fiabilidad del Uso del consentimiento informado	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,865	5

Mientras, la medida de Uso del Consentimiento Informado contó con un alfa de Cronbach de .87 indicando que el grado de confiabilidad del instrumento es buena (Hair et al., 2010). El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica

2.8 Método de análisis de datos

Se solicitó la autorización del centro de salud peruano donde se realizó el estudio de investigación. La aplicación de las encuestas tuvo lugar en el mes de Noviembre del año 2016, a través de múltiples visitas a la posta de salud, se contactó individualmente con todo el personal que deseara colaborar con la investigación. Antes de la aplicación de la encuesta, se entregó un consentimiento informado escrito a cada participante.

La recolección de datos fue de lunes a sábado en horario de atención, fue realizada por el investigador, durante 4 semanas y se respetó los derechos humanos y aspectos éticos de los participantes.

Para la estadística inferencial se utilizó el software estadístico en el programa SPSS v. 23. Se realizó un análisis de normalidad utilizando el estadístico Shapiro-Wilk, a través del cual se encontró que los datos seguían una distribución no paramétrica. Siguiendo esto, se realizó una correlación de Spearman para observar la relación entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado.

También se realizaron pruebas de correlación de Spearman para ver las diferencias en conocimiento y uso del consentimiento informado a nivel de edad, educación y años de ejercicio. Por último, se realizaron estadísticos descriptivos para obtener el perfil de la muestra y la distribución de respuestas de los ítems. Para este se tomó en cuenta el criterio de Bisquerra (2009), quien indica la siguiente manera de valorar la intensidad de los coeficientes de correlación (pag. 212):

<i>Coeficiente</i>	<i>Interpretación</i>
De 0 a 0,20	Correlación prácticamente nula
De 0,21 a 0,40	Correlación baja
De 0,41 a 0,70	Correlación moderada
De 0,71 a 0,90	Correlación alta
De 0,91 a 1	Correlación moderada

2.9 Aspectos éticos

Se solicitó el consentimiento verbal a cada sujeto observado. En las bases de datos no se incluyó información que pueda identificar directa o indirectamente a los participantes en el estudio. Con ello, se respetan las normas internacionales de protección de datos. Toda investigación realizada con seres humanos debe realizarse con tres principios éticos básicos que son: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

Así mismo se le aseguró la confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, garantizando que no se dará a conocer a otras personas el resultado de sus instrumentos evaluados y su identidad como participante aplicando el principio de anonimato.

Este trabajo de investigación cumplió con los juicios establecidos por el diseño de investigación cuantitativa de la Universidad César Vallejo, el cual sugiere a través de su formato el camino a seguir en el proceso de investigación. Asimismo, se ha cumplido con respetar la autoría de la información bibliográfica, por ello se hace referencia de los autores con sus respectivos datos de editorial y la parte ética que éste conlleva.

III. RESULTADOS

3.1 Estadística descriptiva

Variable 1. Conocimiento del consentimiento informado

Tabla 5

Niveles del Conocimiento del Consentimiento Informado del personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	6	6.0
	Medio	64	64.0
	Alto	30	30.0
	Total	100	100.0

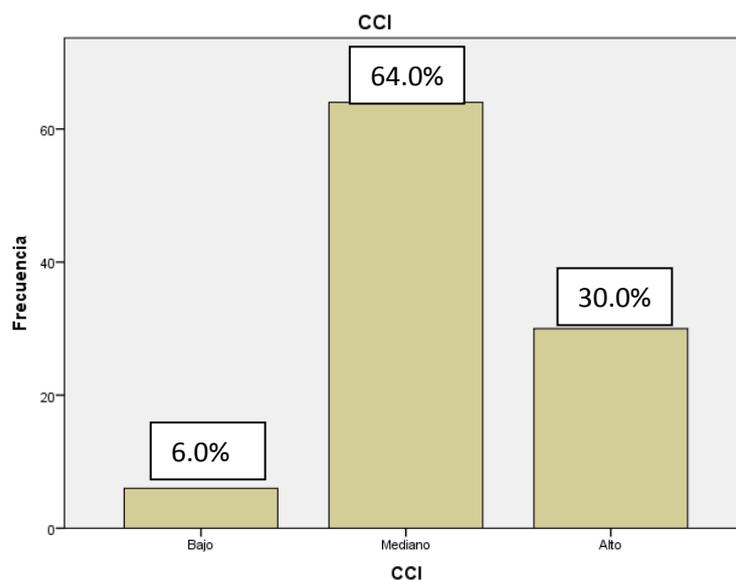


Figura 1. Distribución de los datos de la variable Conocimiento del consentimiento informado del personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016.

Interpretación:

Se puede observar según lo visto en la tabla 5 y la figura 1 que el 64% del personal de salud del centro médico peruano presentaba un nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado de nivel medio, el 30% un nivel alto y el 6% un nivel bajo.

Variable 2. Uso del Consentimiento Informado

Tabla 6.

Niveles del Uso del Consentimiento Informado del personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	18	18.0
	Medio	38	38.0
	Alto	44	44.0
	Total	100	100.0

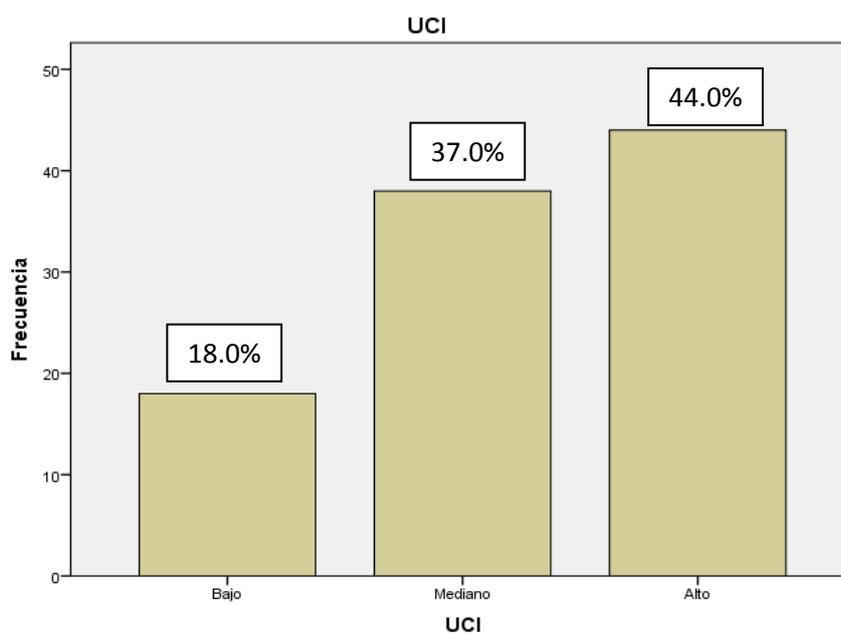


Figura 2. Distribución de los datos de la variable Uso del consentimiento informado del personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016.

Interpretación:

Se puede observar según lo visto en la tabla 6 y la figura 2 que del total de participantes encuestados sobre su uso de consentimiento informado, el 18.0% tiene un conocimiento bajo, el 37.0% un conocimiento moderado y el 44.0% un conocimiento alto.

3.2 Análisis de Correlación

Prueba de hipótesis General

H0: No existe una relación directa entre el conocimiento del consentimiento informado y su uso en el personal de salud de un centro médico peruano.

H1: Existe una relación directa entre el conocimiento del consentimiento informado y su uso en el personal de salud de un centro médico peruano.

Tabla 7

Análisis de correlación entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado del personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016.

	CCITotal	UCITotal
Correlación de Spearman	1	,484**
Sig. (bilateral)		.000
N	100	100

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

La tabla 7 demuestra la correlación de $r=.484$, $p<.01$ obtenida entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado. Dado que el valor de p es menor a 0.05, se rechaza la H0. Por lo tanto se comprueba que existe una relación entre las variables. Esta es moderada y directa de acuerdo al criterio de Bisquerra (2009) , por lo tanto, se comprueba la hipótesis general, que indica que a un mayor conocimiento del consentimiento informado, habrá un mayor uso del mismo.

Prueba de hipótesis específica 1

H0: No existen diferencias a nivel de conocimiento del consentimiento informado y su uso según la edad del personal de salud.

H1: Existe diferencias a nivel de conocimiento del consentimiento informado y su uso según la edad del personal de salud.

Tabla 8

Coefficientes de correlación Conocimiento del Consentimiento Informado y Uso del Consentimiento Informado según edad del personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016.

		CCITotal	UCITotal
Edad	Correlación de Spearman	.124	-.014
	Sig. (bilateral)	.219	.891
	N	100	100

Interpretación

En torno a la variable CCI, se encontró que $r = 0.124$, $p = .219$ y en la variable UCI se encontró que $r = -0.014$, $p = .891$. Por lo tanto, no se encontraron relaciones significativas a nivel de edad dentro de la muestra, dado que la significancia encontrada no es menor a .05. Por lo tanto no se comprueba la hipótesis específica 1.

Prueba de hipótesis específica 2

H0: No existen diferencias a nivel de conocimiento del consentimiento informado y su uso según los años de experiencia del personal de salud.

H1: Existe diferencias a nivel de conocimiento del consentimiento informado y su uso según los años de experiencia del personal de salud.

Tabla 9

Coeficientes de correlación entre conocimiento del consentimiento informado y su uso según los años de experiencia del personal de salud del personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016.

		CCITotal	UCITotal
Años Ejercicio	Correlación de Spearman	.113	-.012
	Sig. (bilateral)	.262	.902
	N	100	100

Interpretación

En torno a la variable CCI, se encontró que $r = 0.113$, $p = .262$ y en la variable UCI se encontró que $r = -0.012$, $p = .902$. Por lo tanto, no se encontraron relaciones significativas a nivel de años de servicio, dado que la significancia encontrada no es menor a .05. Por lo tanto, no se comprueba la hipótesis específica 2.

Prueba de hipótesis específica 3

H0: No existen diferencias a nivel de conocimiento del consentimiento informado y su uso según la especialización del personal de salud.

H1: Existe diferencias a nivel de conocimiento del consentimiento informado y su uso según la especialización del personal de salud.

Tabla 10

Coefficientes de correlación entre conocimiento del consentimiento informado y su uso según los años de especialización del personal de salud del personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016.

		CCITotal	UCITotal
Especialización	Correlación de Pearson	.062	.098
	Sig. (bilateral)	.539	.332
	N	100	100

Interpretación

En torno a la variable CCI, se encontró que $r = 0.62$, $p = .539$ y en la variable UCI se encontró que $r = -0.098$, $p = .332$. Por lo tanto, no se encontraron relaciones significativas a nivel de años de servicio, dado que la significancia encontrada no es menor a .05. Por lo tanto, no se comprueba la hipótesis específica 3.

IV DISCUSIÓN

En el presente estudio se evidencia que la relación existente entre el nivel de conocimiento del consentimiento informado y su correcta aplicación en el contexto médico. La relación mediana y directa encontrada indica que no solo basta con una normativa orientada hacia su aplicación sino también se debe utilizar campañas de información y fomento de esta herramienta para que de esta manera su uso se dé de una manera más interiorizada.

La relación directa entre el nivel de conocimiento y el uso del consentimiento informado indica que a mayor conocimiento habrá un mayor uso del consentimiento informado en el personal de salud de un centro médico peruano. Por lo tanto, se comprueba la hipótesis general planteada en este estudio.

Dentro de los resultados descriptivos, se encontró que un 6% de la muestra demostró un conocimiento bajo del consentimiento informado, un 64% un nivel medio y un 30% un nivel alto, el último siendo el nivel óptimo para personal de salud. Por otro lado, un 18% mostró un nivel bajo en el Uso del consentimiento informado, un 37% un nivel medio y tan solo un 44% un nivel alto. Relacionando lo hallado con lo encontrado por Gupta et al. (2015), donde el 53.2% de los profesionales mencionó que recolectaban firmas incluso si se trata de un consentimiento verbal, mientras que en la presente investigación se encontró que solo el 25% de los profesionales lo realizaban, evidenciando la falta de conocimiento en torno a su correcta aplicación, lo que se contradice con la respuesta en la que 93.8% dijeron que se debe de entregar una copia del consentimiento informado al paciente.

En el estudio de Gupta et al. (2015) se encontró que el 10.9% de los profesionales entregaba una copia del consentimiento informado a los participantes, a diferencia del presente estudio, donde esta cifra se elevó al 47.9%. A pesar de tratarse de una mayor proporción de personas dista de estar en lo aceptable para un centro de salud.

A nivel nacional, los resultados se relacionan con lo encontrado por Novoa (2013), donde el 50% de los participantes tuvo un nivel alto de conocimientos, un 35.2% medio, y un 15.6% tuvo conocimientos bajo sobre el consentimiento informado, con lo que se comprueba que aún nos falta un camino largo que recorrer en el campo de la bioética en nuestros institutos médicos nacionales.

Además, Cabrales et al. (2012) nos comenta que uno de cada dos pacientes presenta calidad de información deficiente o insuficiente en el consentimiento informado, mientras que Rodríguez (2012), entre sus resultados más importantes, evidencia una marcada necesidad de ahondar en la aplicación del consentimiento informado, ya que encontró una deficiencia total en su aplicación, lo cual fue verificado por los usuarios quienes afirmaron no entender o desconocer sobre el consentimiento informado; concluyendo que en la actualidad los profesionales de la salud no entienden el concepto de consentimiento informado y no es aplicado adecuadamente en la práctica profesional.

Se hipotetiza que la aplicación incorrecta del consentimiento informado puede deberse a que los profesionales de salud buscan evitarse problemas administrativos o legales tales como demandas por negligencia médica al negar una copia del consentimiento que el paciente pueda luego usar como prueba. Esto guarda relación con lo encontrado por Carrasco (2012), quien encontró que en enfermería y otro personal de salud el uso del consentimiento informado está dentro de conflictos tales como validez del proceso a través del tiempo, capacidad de entender la información que se entrega, no saber los efectos de la intervención o el procedimiento. Además, Hernández (2014) en su investigación nos revela que el nivel de entendimiento de la información aportada por los facultativos al paciente, sus familiares o ambos, es bajo, y que muchos médicos lo consideran como una herramienta de trabajo secundaria o que no es necesario realizarla con inmediatez. Esto podría ser materia de estudio para una futura investigación cualitativa y cuantitativa.

Sin embargo, se debe tener en cuenta lo mencionado por Galván (2016) en su estudio a médicos, enfermeras y odontólogos, donde llegó como conclusión que los resultados arrojaron deficiencias en los profesionales, pero resaltó el alto interés que tienen por capacitarse sobre estos aspectos. La capacitación en materia de consentimiento informado resulta importante, ya que el actuar en contra de la voluntad del enfermo, además de la responsabilidad moral en que se incurre, que originaría una sanción deontológica, daría origen también a una responsabilidad penal.

Dentro del campo de las diferencias demográficas, en esta investigación no se encontraron diferencias significativas a nivel de edad ($r= 0.124$, $p=.219$; $r =-$

0.014, $p=.891$), ni a nivel de formación (Licenciado; Maestría; Diplomado) ($r =0.62$, $p=.539$; $r = -0.098$, $p=.332$), ni a nivel de años de experiencia ($r =0.113$, $p=.262$; $r = -0.012$, $p=.902$.) dentro de la muestra. Por lo tanto, no hay diferencia entre los grupos a nivel del conocimiento del consentimiento informado y a nivel del uso del consentimiento informado. Esto indicaría que estas características demográficas no son determinantes para el uso y el conocimiento del consentimiento informado, por lo que un programa integral en los centros de salud del país que involucre a todo el personal causaría el mismo efecto a nivel de todos los profesionales de salud.

Esto difiere de lo encontrado por Zavala (2010), quien en su estudio nos dice que las variables edad, sexo y universidad de procedencia dio como resultado diferencias estadísticamente significativas, y con el de Gupta (2015), quien nos reveló que la calificación y los años de experiencia fueron estadísticamente significativos. Esto podría indicar que las diferencias demográficas varían de acuerdo a cada centro de salud, por lo que se debe de tener un cuidado especial con esta información, procurando realizar estudios similares en cada institución.

V. CONCLUSIONES

- Primera:** En vista que el nivel probabilidad asociada de prueba es menor al nivel de significancia definido para la presente investigación (5%) existe evidencia suficiente para señalar que hay relación significativa entre el nivel de conocimiento y el uso del consentimiento informado. El coeficiente de correlación es positivo y significativo ($r=0,484$, $p<,01$) por lo tanto se puede señalar que hay una relación directa y moderada entre el nivel de conocimiento y el uso del consentimiento informado; es decir que a mayor conocimiento mayor uso del consentimiento informado en el personal de salud de un centro médico peruano.
- Segunda:** No se encontraron diferencias significativas a nivel de edad dentro de la muestra porque la significancia encontrada es menor a 0,05 ($r=0,124$, $p=,219$; $r=-0,014$, $p=,891$). Por lo tanto no hay diferencia entre los grupos a nivel del conocimiento del consentimiento informado y a nivel del uso consentimiento informado.
- Tercera:** No se encontraron diferencias significativas a nivel de años de experiencia dentro de la muestra porque la significancia encontrada es menor a 0,05 ($r=0,113$, $p=,262$; $r=-0,012$, $p=,902$). Por lo tanto no hay diferencia entre los grupos a nivel del conocimiento del consentimiento informado y a nivel del uso consentimiento informado.
- Cuarta:** No se encontraron diferencias significativas a nivel de formación (Licenciado Maestría Diplomado) dentro de la muestra porque la significancia es menor a 0,05 ($r=0,62$, $p=,539$; $r=-0,098$, $p=,332$). Por lo tanto no hay diferencia entre los grupos a nivel de conocimiento del consentimiento informado y a nivel del uso del consentimiento informado.

VI. RECOMENDACIONES

De acuerdo a lo documentado en el siguiente trabajo a corto plazo se plantea:

Primera: En base a lo encontrado, se recomienda: constante retroalimentación y planes de capacitación integrales a los profesionales del centro de salud. Elaborar programas que informen al paciente en lo que respecta a sus derechos como paciente.

Segunda: Formular estrategias de intervención del personal de salud contribuya a mejorar la calidad de la atención del paciente. Es necesario incrementar el conocimiento sobre la utilidad del consentimiento informado entre los trabajadores de la unidad para aprovechar al máximo sus beneficios.

Tercera: 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. Los resultados arrojaron deficiencias en los profesionales en formación en salud en el conocimiento que tienen del consentimiento informado. Sin embargo, resalta el alto interés que tienen por capacitarse sobre estos aspectos.

Cuarta: Capacitar y actualizar al personal de salud que brindan atención directa al paciente en técnicas y procedimientos, según normas y protocolos establecidas por la Organización Mundial de la Salud.

Quinta: La necesidad de implantar y realizar un modelo de supervisión y monitoreo constante en las unidades de salud para evaluar el cumplimiento de la aplicación del consentimiento informado.

Sexta: Se recomienda hacer evaluaciones participativas del personal para identificar los tipos de aprendizaje de los mismos y promover actividades acordes a los perfiles encontrados.

VII. REFERENCIAS

- Águila S, Breto G, Cabezas C, Delgado C, Santisteban A. (2012). *Obstetricia y Perinatología. Diagnóstico y tratamiento*. La Habana: EECIMED
- Anguita, V. (2010). Ética de la investigación en personas con capacidad mental disminuida: Consentimiento Informado. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 5 (1) pp. 31-37
- Anguita, V. (2010). *Guías de Consentimiento Informado*. Documento de Trabajo. Chile: Centro de Ética Universidad Alberto Hurtado.
- Bazán, A. (2012). *Experiencias de las enfermeras sobre el consentimiento informado en el cuidado a personas hospitalizadas en servicios críticos*. (Tesis para optar por el grado de Magíster en Enfermería). Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla
- Buendía-López, A. & Álvarez de la Cadena-Sandoval, C. (2006). Nivel de conocimiento de la bioética en carreras de odontología de dos universidades de américa latina, *Acta bioethica*, 12(1), 41–47.
- Cabrales-Vega, R. A., Calvachi-Jimenez, J. V., Castro, J. E. F., Giraldo-Pinto, D. L., Jojoa-Saa, J. A., Mendoza-Ortiz, V. P., ... & Martinez, J. W. (2012). ¿Quién se informa con el consentimiento informado? *Revista de Salud Pública*, 14(3), 502.
- Canales de la Fuente R, Canseco Lima JM. (2013). Cesárea o parto vaginal: una perspectiva bioética. *Acta Médica Grupo Ángeles* 4(4). Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2006/am064g.pdf>
- Carrasco-Aldunate, P., Rubio-Acuña, M., Fuentes-Olavarria, D. (2012). Consentimiento informado: Un pilar de la investigación clínica. *Aquichan*, 12(1), 32–41. <http://doi.org/10.5294/32-41>
- Centro de Ética Universidad Alberto Hurtado (2000). Informe Ethos N° 9.
- César, J., & Cortés, G. (1999). La responsabilidad y el consentimiento médico informado. *Revista Médica del Uruguay*, 15, pp. 5-12.
- Collazo E. (2002). Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. *Cirugía Española*, 71(6) pp. 319-324 .

- Colegio de enfermeros del Perú (2002). *Código de ética y deontología*. Lima: Colegio de enfermeros del Perú
- Consejo Internacional de Enfermería (2008). *La investigación de Enfermería: instrumento de acción*. Extraído de: <http://www.icn.ch/es/publications/factsheets/>
- Manzini, J. (2000). *Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos*. Chile: Scientific Electronic Library Online-
- Fernando, M, Huerta, H., Galindo, M., Barrientos, A. & Morales, M. (2016). Conocimiento del consentimiento informado clínico en profesionales en formación en salud. *Investigación En Educación Médica*, 5(18), 108–114. <http://doi.org/10.1016/j.riem.2016.01.022>
- Galindo Barón, J., Fuquene Arias, DJ.(2007). Sentido y significado del consentimiento informado en la relación de cuidado Enfermera-Usuario-Familia. *Biblioteca Lascasas*. 3 (1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0196.php>
- Galindo-Becerra, M. (2008). Seguridad del paciente y la higiene de manos. *Revista Conamed*, 2-1.
- Galván-Meléndez, M., Castañeda-Martínez, L., Camacho-Sánchez, M., Ortiz-Jiménez, E., Meléndez-Hurtado, R., Basio-Reyes, J. (2013). Conocimiento sobre consentimiento informado para atención médica en unidades de primer y segundo nivel. *CONAMED* 18, 53–58.
- Gracia D. (1987). *La Bioética: una nueva disciplina académica*. *Jano* 33, 69-74.
- Gorrita Pérez RR. (2012). Consentimiento informado: un dilema ético a la luz de la sociedad actual. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*. 18(1). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol18_1_12/hab14112.html
- Gupta, V., Bhat, N., Asawa K., Tak, M., Bapat, S., Chaturvedi, P. (2015). Knowledge and Attitude Toward Informed Consent Among Private Dental Practitioners in Bathinda. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 6(2), 73–78. <http://doi.org/10.1016/j.phrp.2014.12.005>
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B., & Anderson, R.E (2010). *Multivariate Data Analysis*. NJ: Prentice-Hall
- Herrero, A., Reyes, A., Gómez, S. & E. Donat (2001). Valoración del consentimiento informado por médicos y pacientes. *Calidad Asistencial*, 16

pp. 706-713

- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana
- Hernández, A., Castillo, J., Delgado, R., Soliz, L. (2014). Utilidad del consentimiento informado en la unidad de terapia polivalente del Hospital Joaquín Albarrán. *Humanidades médicas*, 14(3), 589–601.
- Hernandez-Bernal C.E., Oriol, S., Delgado, M., ... Mejía, J. (2011). El papel del personal del Hospital Juárez de México en Bioética. *Revista del Hospital de Ciudad Juarez Mexico*, 78, pp. 97–104
- Islas-Saucillo, H. M. C. (2000). El consentimiento informado. Aspectos bioéticos. *Revista de Medicina del Hospital General de Mexico*, 63(4), 267–273.
- Lorda, S. & Concheiro, L. (1993). El consentimiento informado: teoría y práctica (I). *Medicina Clínica* 100.
- Ministerio de Salud del Perú. (2016). Ley General de Salud Ley N° 29414
- León, F., Burattini, C., Schwartzmann, J. (2009). El consentimiento informado y el profesional de enfermería: estudio cualitativo en hospital público de Chile. *Eleuthera*. Vol. 3, pp. 221-237
- Marías, J. (1980). *Historia de la Filosofía*. Madrid: Biblioteca de la Revista de Occidente
- Mainetti, J.A. (1989). *Ética médica*. La Plata: Quirón
- Miguel, R. y Zemel, M. (2006). Informed consent in odontology residents at the dentistry. *Acta Bioethica*. 12(1), 81–89
- Nonaka, I. Takeuchi, H. (1994) *La organización creadora de conocimiento*. Oxford: Oxford University Press
- Medina, J. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Madrid: Laertes
- MINSA (1984). Derechos del paciente. Perú: MINSA
- MINSA (2013). *Reforma de salud*. Perú: MINSA
- Mondragón L. (2009) Consentimiento Informado: una praxis dialógica para la investigación. *Revista de Investigación Clínica*; 61 (1): 73-82.
- Mendoza M., Nava-Zárate, N., Escalante-Pulido, J. (2003). Aspectos éticos y

- legales del Consentimiento Informado en la práctica e investigación médica. *Gaceta Médica de Mexico*; 139 (2): 184-7.
- Moratilla A., Cantero, L, Hernández, R., Molino, J. (1998). La enfermería y el consentimiento informado. *Cuadernos de Bioética* (1) pp. 64-66
- Organización Mundial de la salud (2009). *Manual técnico de referencia para la higiene de manos*. Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102537/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf
- Navarro-Reynoso, FP, Argüelles-Mier, M, Cícero-Sabido, R. (2004). Derechos humanos y consentimiento informado. *Cirugía y Cirujanos*, 72:239-245
- Novoa, R. (2013). *Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.
- Quispe (2005). *Opinión que tienen los pacientes del servicio de medicina general sobre el cuidado de la enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú.
- Palomer (2009). Consentimiento Informado En Odontología. Un Análisis Teórico-Práctico. *Acta bioethica*, 15(1), 100-105
- Pantoja L. (2004). El consentimiento informado: ¿sólo un requisito legal? *Revista Española de Reumatología*; 31 (8): 475-8
- Pérez, P. (2012). *Monografía sobre el Consentimiento Informado*. Cantabria: Universidad de Cantabria.
- Rodríguez, A. (2012). El uso del consentimiento informado por parte de los profesionales de salud en la atención clínico asistencial. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica*. 22.
- Rosso, V., & Urquiza, T. (2003). Orientación deontológica y bioética en el ejercicio de la enfermería (1ra parte). *Revista enfermería hospitalaria Italiana*, 7(19), 14-23.
- Spender, J. C. (1996) making knowledge the basis of a dynamic theory of the firm. *Strategic Management Journal* 17, pp. 45-62.

- Sogi, C., & Delgado, A. (2010). Conocimiento sobre consentimiento informado de médicos en formación. *Anales de la facultad de medicina*, 71(2), 103–110.
- Tarco, R., Saco-Mendez, S., Paredes, S., Martínez, C. (2003). Grado de Satisfacción Laboral del Usuario Interno en los Establecimientos de Salud de la Red Quispicanchi - Acomayo – Cusco. *SITUA*, 12(23), 36-43
- Vicente, K. (2012). *Aplicación de principios bioéticos por la enfermera y la percepción del paciente atendido en el hospital Hipólito Unanue Tacna* (Tesis de pregrado). Universidad Jorge Basadre Grohmann.
- Villalba, R. (2006). *Perfil enfermera- Licenciados en enfermería*. Córdoba. *Cátedra de Administración en enfermería*. Escuela de Enfermería. Facultad de ciencia medicas de la Universidad Nacional de Córdoba
- Villanueva, C. (2013) El consentimiento en la asistencia sanitaria. Título de experto en ética médica.
- Vielva, A. (2010.). *Ética profesional de la enfermería*. Barcelona: Universidad Jesuitas
- Zárate, E., Córnejo, R. & Carhuapoma, M. (2006). Los profesionales de salud y el consentimiento informado: retos de la educación universitaria. *SITUA*, 15 (1,2), pp. 6-13
- Zavala, S., Sogi, C., Delgado, A. & Cárdenas, M. (2010). Consentimiento informado en la práctica médica: Factores asociados a su conocimiento en una población de médicos peruanos. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*, 71 (3), 171-177.
- Zavala, S., Sogi, C., Delgado, A. & Cárdenas, M. (2013). Conocimiento sobre consentimiento informado de médicos en formación. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*, 71(2), 103-110.

VIII APENDICE

7.1 Artículo Científico



Conocimiento y uso del consentimiento informado en personal de salud de un centro médico peruano

Rosa María Goycochea Gallardo

Escuela de Posgrado

Universidad César Vallejo Filial Lima

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo el establecer la relación entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado en el personal de salud comprendido por médicos, odontólogos, obstetrices y enfermeras de un centro de salud peruano. El estudio desarrollado presenta un diseño cuantitativo, no experimental transversal correlacional. La aplicación de las encuestas tuvo lugar en el mes de noviembre del año 2016 a través de múltiples visitas a la posta de salud, donde se contactó individualmente con todo el personal que deseara colaborar con la investigación. Se encontró una relación moderada y directa entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado. Además, no se encontró ninguna diferencia significativa dentro del grupo de análisis de a nivel de edad, de educación y de años de experiencia. En visto a los resultados, a un mayor conocimiento del consentimiento informado, habrá un mayor uso del mismo, por lo que se sugiere la implementación de programas de concientización integral que no diferencien a nivel de edad formación o tiempo de experiencia para inculcar su uso.

Palabras clave: conocimiento del consentimiento informado, uso del consentimiento informado, profesionales de salud.

Abstract

The present study assessed the relationship between the knowledge and the use of Informed Consent in health professionals. The sample was comprised of physicians, dentists, obstetricians and nurses from a Peruvian health center.

The study had a quantitative nature and a transactional, correlational and non-experimental design. The tests were administered during the month of November 2016 throughout multiple visits to the health center, where personnel willing to participate was contacted individually. For this, a two-part survey was used, the first part evaluating the knowledge of informed consent, and the second, it's use.

A moderate and direct relationship was found between knowledge and use of Informed Consent. Also, no differences were found in age, education and years of experience. This implies that there is no difference in use and knowledge of informed consent at an age, education or experience level. Given this results, to a greater knowledge of informed consent there will be a greater use of it, so it is suggested tie implementation of integral awareness programs that make no difference in age, education or experience to inculcate the use of informed consent.

Keywords: knowledge of informed consent, use of informed consent, health professionals

Introducción

El consentimiento informado es un proceso, donde no sólo es el médico el responsable de su ejecución y aplicación. La presentación del documento al paciente el mismo día, horas o incluso minutos antes de someterlo a una intervención, momento en que el paciente no está en condiciones de una comunicación efectiva no es lo más adecuado. En este acto está involucrado primeramente el paciente, la familia y el equipo de salud. El objetivo de este trabajo es encontrar la relación entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado y sus diferencias a nivel de distintas variables demográficas, para ver si es que varía en la población.

Antecedentes del Problema

Novoa (2013) en su estudio dio como resultado que sólo 25 internos tuvieron nivel alto de conocimientos; 18, medio y 8, bajo. El 61.54% de internos de universidad pública y 36% de privada consiguieron un nivel alto de conocimiento. Existe asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado “medioalto” y “bajo”, y el pertenecer a una universidad pública o privada.

Zavala, S, et al. (2010) determino en su estudio que en la frecuencia de aciertos por edad, sexo, universidad y año de egreso la investigación dio como resultado diferencias estadísticas significativas. Otros resultados fueron que el mayor puntaje de aciertos se relacionó con ser varón, menor edad, egresado entre 2004 y 2008 y egresado de la universidad.

Gupta et al. (2015) en su estudio obtuvo como resultado que las puntuaciones medias de conocimiento y actitud fueron $19,37 \pm 31,82$ y $9,40 \pm 1,72$, respectivamente. El análisis reveló que la calificación y los años de experiencia fueron estadísticamente significativos entre ambas variables dependientes ($p \leq 0,05$).

Revisión de la literatura

Encontramos diferentes conceptos acerca de lo que significa el consentimiento informado. El “Manual de Ética” del Colegio de Médicos Americanos definía el consentimiento informado como:

“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 beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente” (Simón, 1993 en Anguita, 2010).

El término consentimiento lo encontramos definido en el Diccionario de la Real Academia de La Lengua Española (RAE) como: “*Acción o efecto de*

consentir”, “*manifestación de voluntad, expresa o tácita, por la cual un sujeto se vincula jurídicamente*”, y *consentir*: “*es permitir algo o condescender que se haga*”.

A esta definición, considerada muy importante por Lorda y Concheiro (1993), los autores añaden una modificación referenciada en diferentes artículos científicos que consiste en sustituir en donde dice: “*procedimientos terapéuticos*” por “*procedimientos diagnósticos y terapéuticos*”.

Para Lorda y Concheiro (1993) el Consentimiento Informado es un proceso de encuentro y dialogo entre el sanitario y el paciente, que abarca desde el mismo momento en que el sanitario entra en contacto con el enfermo, hasta el instante en que se le da el alta definitiva.

Galán (1999) nos dice que el Consentimiento Informado: “*es un presupuesto de la lex artis y, por lo tanto, un acto clínico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad. Es una de las máximas aportaciones que el derecho ha realizado a la medicina. Es un derecho humano primario y a la vez una exigencia ética y legal para el médico*”.

Villanueva Cañadas (2014) lo define como: “*un derecho del paciente y el médico tiene el deber de informar; se plasma en un documento que servirá para demostrar que el enfermo fue informado del objeto de la intervención, asumió el riesgo general de la medicina y se involucró en la toma de decisión, haciéndose copartícipe de la incertidumbre de resultados*”.

El uso del consentimiento informado. Se refiere a la puesta en práctica del consentimiento informado, tanto en modalidad verbal como escrita. La retroalimentación sirve para mejorar la comprensión y contribuir a fomentar el cumplimiento, de tal forma que incite la posibilidad de un intercambio de puntos de vista, opiniones, conducente a fomentar la confianza y la cultura de seguridad entre participantes que laboran en todas las áreas de salud (OMS,2009,pág18)
En un entorno de atención de salud, todas las actividades que involucran contacto directo o indirecto con los pacientes se consideran actividades de asistencia sanitaria. (OMS, 2009, pág11)

Para Rosso V, (2003)”La responsabilidad del profesional de salud es la capacidad de analizar, dar razón y asumir las consecuencias de las propias acciones u omisiones en lo referente al cuidado y al ejercicio profesional”

Problema

¿Existe relación entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado en el personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016?

Objetivo

Explorar la relación entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado en el personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016.

Hipótesis

Existe una relación positiva entre el conocimiento del consentimiento informado y su uso en el personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016.

Método

El estudio fue cuantitativo, transversal, observacional y correlacional. La población objeto de estudio está constituido por 120 profesionales de salud conformado por Médicos, Obstetrices, Enfermeras y Odontólogos de ambos sexos de un centro médico peruano, periodo noviembre 2016, en Lima Metropolitana. La muestra del presente estudio es No probabilística siendo a la vez de tipo censal ya que se trabajó con toda la población por ser de conveniencia para la investigación. Criterios de inclusión, se consideraran al personal médico, enfermeras, Obstetrices, y odontólogos, de ambos sexos que haya laborado en cualquiera de las áreas del centro médico peruano provincia de Lima periodo del 2016 y que firmaron el consentimiento informado. Criterios de exclusión, Aquellas personas que por algún motivo personal o laboral no se encuentren en el centro. Cualquier otro trabajador de la salud que no pertenezca al centro, personal de vacaciones, ni aquellos que en cualquier momento de la investigación se nieguen a participar voluntariamente, se encuentren de vacaciones o licencia. Se realizó un muestreo no probabilístico o dirigida ya que todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos. Se adaptó la prueba de conocimiento y actitudes hacia el consentimiento

informado usada por Gupta (2015) en su investigación. Esta cuenta con 10 ítems dicotómicos para medir el conocimiento del consentimiento informado y 5 ítems para calificar el uso del consentimiento informado a través de una escala Likert de 4 puntos. La aplicación de la misma fue individual.

En el presente estudio se ha realizado el proceso de validación a través del juicio de 3 expertos los cuales evaluaron el contenido teniendo en cuenta tres aspectos: relevancia, pertinencia y claridad de cada uno de los ítems del instrumento. La validez fue determinada a través de la V de Aiken con su respectiva significancia estadística, cuyos resultados fueron favorables al instrumento ya que demostró su validez. Con el propósito de evaluar la confiabilidad de los instrumentos, se procedió a la realización de una prueba piloto, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Los datos obtenidos de la citada muestra piloto fueron analizados utilizando el coeficiente de alfa de Cronbach, el método de Kuder Richardson y la consulta de expertos.

Se solicitó la autorización del centro de salud peruano donde se realizó el estudio de investigación. La aplicación de las encuestas tuvo lugar en el mes de Noviembre del año 2016, a través de múltiples visitas a la posta de salud, se contactó individualmente con todo el personal que deseara colaborar con la investigación. Antes de la aplicación de la encuesta, se entregó un consentimiento informado escrito a cada participante. La recolección de datos fue de lunes a sábado en horario de atención, fue realizada por el investigador, durante 4 semanas y se respetó los derechos humanos y aspectos éticos de los participantes.

Se realizó un análisis de normalidad utilizando el estadístico Shapiro-Wilk, a través del cual se encontró que los datos seguían una distribución no paramétrica. Siguiendo esto, se realizó una correlación de Spearman para observar la relación entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado. También se realizaron pruebas de Correlación de Pearson para ver las diferencias en conocimiento y uso del consentimiento informado a nivel de edad, educación y años de ejercicio. Por último, se realizaron estadísticos descriptivos para obtener el perfil de la muestra y la distribución de respuestas de los ítems. En las bases de datos no se incluyó información que pueda identificar directa o indirectamente a los participantes en el estudio. Así mismo se le aseguró la

confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, garantizando que no se dará a conocer a otras personas el resultado de sus instrumentos evaluados y su identidad como participante aplicando el principio de anonimato.

Resultados

Para el análisis, se asumirán las puntuaciones de las variables Conocimiento del Consentimiento Informado y Uso del Consentimiento Informado según profesionales de salud de un centro de salud peruano en el año 2016. Para el análisis se procederá a la presentación del rango de las variables para la interpretación de los resultados.

Análisis de correlación entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado del personal de salud de un centro médico peruano en el año 2016.

		CCITotal	UCITotal
CCITotal	Correlación de Pearson	1	,484**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	100	100
UCITotal	Correlación de Pearson	,484**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	100	100

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La tabla nos demuestra la correlación de $r=.484$, $p<.01$ obtenida entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado. Esta es directa y de tamaño moderado (Bisquerra, 2009). Por lo tanto, se comprueba la hipótesis general, que indica que, a un mayor conocimiento del consentimiento informado, habrá un mayor uso del mismo.

Discusión

En el presente estudio se evidencia la importancia del conocimiento del consentimiento informado para su correcta aplicación en el contexto médico La

relación mediana y directa encontrada indica que no solo basta con una normativa orientada hacia su aplicación sino también se debe utilizar campañas de información y fomento de esta herramienta para que de esta manera su uso se dé de una manera más interiorizada. En esta sociedad competitiva direccionado a la gestión de las instituciones de salud para los individuos tener o no tener competencias supone jugar el juego de sus diferencias competenciales pues se supone que todos ganaran invirtiendo en competitividad es decir en mayor adaptabilidad y capacidad de asumir los cambios. Esto es así que se considera que cuanto más profesionalizada esté la plantilla de un instituto de salud más desarrolladas tengan sus competencias más amplio sea su ámbito de conocimiento y actuación y más habituada esté la formación continua resultará más sencillo asumir los cambios que se vayan produciendo en el ámbito de la tecnología los métodos de trabajo administrativos. Estos se relacionan con los resultados de la investigación donde a diferencia de lo encontrado por Gupta (2015) donde el 53.2% de los profesionales mencionó que recolectaban firmas incluso si se trata de un consentimiento verbal en la presente investigación se encontró que solo el 25% de los profesionales lo realizaban evidenciando la falta de conocimiento en torno a su correcta aplicación esto estando en contraposición con la respuesta en la que 93.8% dijeron que se debe de entregar una copia del consentimiento informado al paciente. En el estudio de Gupta (2015) se encontró que el 10.9% de los profesionales entregaba una copia del consentimiento informado a los participantes a diferencia del presente estudio donde esta cifra se elevó al 47.9% A pesar de tratarse de una mayor proporción de personas dista de estar en lo aceptable para un centro de salud. Se encontró una relación entre el conocimiento y el uso del consentimiento informado. Por lo que se comprueba la hipótesis general planteada en este estudio. En torno a las diferencias por edad, años de experiencia y especialización no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los grupos. Esto indicaría que estas características demográficas no son determinantes para el uso y el conocimiento del consentimiento informado por lo que un programa integral en los centros de salud del país que involucre a todo el personal causaría el mismo efecto a nivel de todos los profesionales de salud. Se hipotetiza que la aplicación incorrecta del consentimiento informado puede deberse a que los profesionales de salud buscan evitarse problemas

administrativos o legales tales como demandas por negligencia médica al negar una copia del consentimiento que el paciente pueda luego usar como prueba. Esto podría ser materia de estudio para una futura investigación cualitativa y cuantitativa.

De acuerdo a lo documentado en el siguiente trabajo se recomienda constante retroalimentación y planes de capacitación integrales a los profesionales del centro de salud. Elaborar programas que informen al paciente en lo que respecta a sus derechos como paciente. Realizar estudios sobre los derechos del paciente, estudios similares al presente, con el fin de profundizar más el tema, elaborándose programas sobre relación Personal de salud-Paciente que contribuyan a mejorar la calidad de atención hacia el usuario. Formular estrategias de intervención del personal de salud que contribuya a mejorar la calidad de la atención del paciente. Es necesario incrementar el conocimiento sobre la utilidad del consentimiento informado entre los trabajadores de la unidad para aprovechar al máximo sus beneficios. 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. Capacitar y actualizar al personal de salud que brindan atención directa al paciente en técnicas y procedimientos, según normas y protocolos establecidas por la OMS. Se recomienda hacer evaluaciones participativas del personal para identificar los tipos de aprendizaje de los mismos y promover actividades acordes a los perfiles encontrados.

Bibliografía

- Anguita, V. (2010). Ética de la investigación en personas con capacidad mental disminuida: Consentimiento Informado. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5 (1) pp. 31-37
- Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla
- Fernando, M, Huerta, H., Galindo, M., Barrientos, A. & Morales, M. (2016). Conocimiento del consentimiento informado clínico en profesionales en formación en salud. *Investigación En Educación Médica*, 5(18), 108–114. <http://doi.org/10.1016/j.riem.2016.01.022>
- Galván-Meléndez, M., Castañeda-Martínez, L., Camacho-Sánchez, M., Ortiz-Jiménez, E., Meléndez-Hurtado, R., Basio-Reyes, J. (2013). Conocimiento sobre consentimiento informado para atención médica en unidades de primer y segundo nivel. *CONAMED* 18, 53–58.
- Gupta, V., Bhat, N., Asawa K., Tak, M., Bapat, S., Chaturvedi, P. (2015). Knowledge and Attitude Toward Informed Consent Among Private Dental Practitioners in Bathinda. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 6(2), 73–78. <http://doi.org/10.1016/j.phrp.2014.12.005>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana
- Lorda, S. & Concheiro, L. (1993). El consentimiento informado: teoría y práctica (I). *Medicina Clínica* 100
- Organización Mundial de la salud (2009). *Manual técnico de referencia para la higiene de manos*. Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102537/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf
- Novoa, R. (2013). *Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.

- Rosso, V., & Urquiza, T. (2003). Orientación deontológica y bioética en el ejercicio de la enfermería (1ra parte). *Revista enfermería hospitalaria Italiana*, 7(19), 14-23.
- Villanueva, C. (2013). *El consentimiento en la asistencia sanitaria*. Título de experto en ética médica.
- Zavala, S., Sogi, C., Delgado, A. & Cárdenas, M. (2010). Consentimiento informado en la práctica médica: Factores asociados a su conocimiento en una población de médicos peruanos. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*, 71 (3), 171-177.

MATRIZ DE CONSISTENCIA						
TÍTULO: CONOCIMIENTO Y USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PERSONAL DE SALUD DE UN CENTRO DE SALUD PERUANO						
AUTOR: Bach. GOYCOCHEA GALLARDO Rosa María						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
<p>Problema principal:</p> <p>¿Cuál es la relación entre conocimiento y el uso del consentimiento informado en personal de salud de un centro de salud peruano?</p> <p>Problemas secundarios:</p> <p>¿Existen diferencias en el conocimiento y el uso de consentimiento informado a nivel de años de servicio entre el personal de salud?</p> <p>¿Existen diferencias en el conocimiento y el uso de consentimiento informado por nivel académico entre el personal de salud?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación entre conocimiento y el uso del consentimiento informado en personal de salud de un centro nacional de salud</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Determinar las diferencias en el conocimiento y el uso de consentimiento informado a nivel de años de servicio entre el personal de salud.</p> <p>Determinar las diferencias en el conocimiento y el uso de consentimiento informado por nivel académico entre el personal de salud.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existe una relación directa entre el nivel de conocimientos y el uso del consentimiento informado en personal de salud de un centro de salud peruano</p>	Variable Conocimiento			
			Dimensión	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
			Nivel de conocimiento	Edad Nivel de Experiencia Nivel de estudios	Preguntas del 1 al 10	Dicotómico ordinal
			Variable Uso del consentimiento informado			
			Dimensión	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
			Aplicación de Procecimientos	Modo escrito Modo Verbal	Preguntas del 11 al 15	Escala Lickert de 4 puntos

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA A UTILIZAR
<p>TIPO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Según su finalidad : Básica -Según su carácter: Correlacional-Causal -Según su naturaleza:: Cuantitativo -Según el alcance temporal : Transversal. -Según la orientación que asume : Orientada a la aplicación . <p>MÉTODO: Cuestionario</p>	<p>POBLACIÓN: Personal de salud de un centro médico peruano que quieran participar voluntariamente</p> <p>TIPO DE MUESTRA:</p> <p>No probabilística</p> <p>TAMAÑO DE MUESTRA 100 participantes de un centro médico peruano</p>	<p>Variable 1: Conocimiento</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Autor: Gupta, V. V, Bhat, N., Asawa, K., Tak, M., & Bapat, S Año: 2015 Forma de Administración: Autorreporte</p> <hr/> <p>Variable 2: Uso</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Autor: Gupta, V. V, Bhat, N., Asawa, K., Tak, M., & Bapat, S Año: 2015 Forma de Administración: Autorreporte</p>	<p>DESCRIPTIVA: Pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov), Medias, Desviación Estándar</p> <p>INFERENCIAL:</p> <p>Correlaciones (Rho de Spearman)</p>

7.3 Validación de jueces



CARTA DE PRESENTACIÓN

Señora

Mg . Aquilina Marcilla Felix

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Nos es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de **MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD** de la UCV requerimos validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el grado de Magister.

El título nombre de nuestro proyecto de investigación es: **CONOCIMIENTO Y USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ENFERMERAS DE UN INSTITUTO MÉDICO PERUANO** y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

Bach. Rosa Goycochea

Nombre y Firma

D.N.I: 08747786

Calificación del Instrumento de la validez de contenido a través de juicio de expertos

N+ Expertos	Experto	Especialidad	Calificación Instrumento
Experto 1	Marcilla Felix Aquilina	Mg .Gerencia en Salud	Aplicable
Experto 2	Asmat Goicochea Lilia Elvira	Mg. Dirección y Gestión de los Servicios de Salud	Aplicable
Experto 3	Silva Vásquez Luisa Margarita	Mg. Gerencia en Salud	Aplicable

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CONOCIMIENTO Y USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
VARIABLE 1: CONOCIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO								
1	¿Conoce lo que es el Consentimiento Informado?	✓		✓		✓		
2	¿Conoce lo que es el Consentimiento Verbal?	✓		✓		✓		
3	¿Conoce lo que es el Consentimiento Escrito?	✓		✓		✓		
4	¿Debería de pedirse una firma incluso si se trata de Consentimiento Verbal?	✓		✓		✓		
5	¿Debería pedirse el Consentimiento del paciente antes del tratamiento?	✓		✓		✓		
6	¿Debería pedirse el Consentimiento del paciente después del tratamiento?	✓		✓		✓		
7	¿Debería obtenerse un Consentimiento para pacientes menores de edad o discapacitados?	✓		✓		✓		
8	¿El consentimiento del paciente ayuda con el tratamiento?	✓		✓		✓		
9	¿Se le debe de dar una copia del consentimiento a un paciente si es que este lo requiere?	✓		✓		✓		
10	¿Conoce la Ley de Salud General n° 29414?	✓		✓		✓		
VARIABLE 2: USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO								
11	¿Aplicó el Consentimiento Informado de algún paciente con anterioridad?	✓		✓		✓		
12	¿Colecta firmas de los pacientes incluso si se trata de un Consentimiento Verbal?	✓		✓		✓		
13	¿Aplica el Consentimiento para procedimientos quirúrgicos?	✓		✓		✓		
14	¿Aplica el Consentimiento para procedimientos no quirúrgicos?	✓		✓		✓		
15	¿Provee una copia del consentimiento informado cuando el paciente lo requiere?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [X] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

Apellidos y nombres del juez validador: Dni Mg: Aquilina Marcilla Felix DNI: 09113059

Especialidad del validador: Maestra Gerencia en Salud - Espec. Cuidados Quirúrgicos
Docente de la Universidad Cesar Vallejo

16 de 10 del 2016.

[Firma]
Aquilina Marcilla Felix
AGENCIA EN SALUD
FA DE LA SALA 4-2
FA CEP 20970

Firma del Experto Informante.

- 1 Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- 2 Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- 3 Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CONOCIMIENTO Y USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
VARIABLE 1: CONOCIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO								
1	¿Conoce lo que es el Consentimiento Informado?	✓		✓		✓		
2	¿Conoce lo que es el Consentimiento Verbal?	✓		✓		✓		
3	¿Conoce lo que es el Consentimiento Escrito?	✓		✓		✓		
4	¿Debería de pedirse una firma incluso si se trata de Consentimiento Verbal?	✓		✓		✓		
5	¿Debería pedirse el Consentimiento del paciente antes del tratamiento?	✓		✓		✓		
6	¿Debería pedirse el Consentimiento del paciente después del tratamiento?	✓		✓		✓		
7	¿Debería obtenerse un Consentimiento para pacientes menores de edad o discapacitados?	✓		✓		✓		
8	¿El consentimiento del paciente ayuda con el tratamiento?	✓		✓		✓		
9	¿Se le debe de dar una copia del consentimiento a un paciente si es que este lo requiere?	✓		✓		✓		
10	¿Conoce la Ley de Salud General n° 29414?							
VARIABLE 2: USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO								
11	¿Aplicó el Consentimiento Informado de algún paciente con anterioridad?	✓		✓		✓		
12	¿Colecta firmas de los pacientes incluso si se trata de un Consentimiento Verbal?	✓		✓		✓		
13	¿Aplica el Consentimiento para procedimientos quirúrgicos?	✓		✓		✓		
14	¿Aplica el Consentimiento para procedimientos no quirúrgicos?	✓		✓		✓		
15	¿Provee una copia del consentimiento informado cuando el paciente lo requiere?	✓		✓		✓		



REPÚBLICA DEL PERÚ

A NOMBRE DE LA NACION

El Rector de la UNIVERSIDAD SAN PEDRO de Chimbote

Por cuanto:

El Consejo Universitario, en la fecha, ha conferido el GRADO ACADÉMICO de:

Magíster en Ciencias de la Salud, con mención en Dirección y Gestión de los Servicios de Salud, en la especialidad de Enfermería

a don(ña) **Lilia Elvira Asmat Goicochea**

Por tanto:

Expide el presente DIPLOMA para que se le reconozca como tal, y se le otorgue los goces y privilegios que le confieren las leyes de la República.

Chimbote, 11 de **NOVIEMBRE** del 20 11



Registrado en el Libro de Post grado No. 01
A fojas 235 bajo el N.º 1296

Ph. D. José María Huamán Ruiz
RECTOR

Dr. Angel Paredes Quipuscoa
SECRETARIO GENERAL DOCENTE

DECANO DE LA FACULTAD

DIRECTOR ESCUELA DE POST GRADO

INTERESADO



CARTA DE PRESENTACIÓN

Señora

Mg. Luisa Silva Vasquez

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Nos es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de **MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD** de la UCV requerimos validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el grado de Magíster.

El título nombre de nuestro proyecto de investigación es: **CONOCIMIENTO Y USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ENFERMERAS DE UN INSTITUTO MÉDICO PERUANO** y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

Bach. Rosa Gaywiche

Nombre y Firma

D.N.I: 08247796

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CONOCIMIENTO Y USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
VARIABLE 1: CONOCIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO								
1	¿Conoce lo que es el Consentimiento Informado?	X		X		X		
2	¿Conoce lo que es el Consentimiento Verbal?	X		X		X		
3	¿Conoce lo que es el Consentimiento Escrito?	X		X		X		
4	¿Debería de pedirse una firma incluso si se trata de Consentimiento Verbal?	X		X		X		
5	¿Debería pedirse el Consentimiento del paciente antes del tratamiento?	X		X		X		
6	¿Debería pedirse el Consentimiento del paciente después del tratamiento?	X		X		X		
7	¿Debería obtenerse un Consentimiento para pacientes menores de edad o discapacitados?	X		X		X		
8	¿El consentimiento del paciente ayuda con el tratamiento?	X		X		X		
9	¿Se le debe de dar una copia del consentimiento a un paciente si es que este lo requiere?	X		X		X		
10	¿Conoce la Ley de Salud General n° 29414?	X		X		X		
VARIABLE 2: USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO								
11	¿Aplicó el Consentimiento Informado de algún paciente con anterioridad?	X		X		X		
12	¿Colecta firmas de los pacientes incluso si se trata de un Consentimiento Verbal?	X		X		X		
13	¿Aplica el Consentimiento para procedimientos quirúrgicos?	X		X		X		
14	¿Aplica el Consentimiento para procedimientos no quirúrgicos?	X		X		X		
15	¿Provee una copia del consentimiento informado cuando el paciente lo requiere?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: SILVA VASQUEZ LUISA MARGARITA DNI: 08747818

Especialidad del validador: "GERENCIA EN SALUD" (REM: 3/4)

10.....de.....del 20...16

- ¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- ²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- ³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Mg. 

Firma del Experto Informante.
 PROFESORA DE LA UNIVERSIDAD
 PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS
 (2493)

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



REPÚBLICA DEL PERÚ
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
A NOMBRE DE LA NACIÓN



El Rector de la Universidad Nacional del Callao

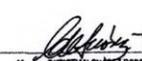
Por cuanto, el Consejo Universitario:

Con fecha 27 de Diciembre del 2013 ha conferido el Grado Académico
de Maestro en: Gerencia en Salud

a Don(ña) Luisa Margarita Silva Vásquez

Por tanto, se expide el presente Diploma para que se le reconozca como tal.

Dado y firmado en el Callao el 30 de Diciembre del 2013


Mg. Cristian SUÁREZ RODRÍGUEZ
SECRETARIO GENERAL


Dr. MANUEL A. MORI PAREDES
RECTOR


Dra. ARCEJA ROJAS SALAZAR
DIRECTORA

7.7.4 Instrumento

Código del participante (a llenar por el encuestador): _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta investigación tiene como objetivo explorar el conocimiento y el uso del consentimiento informado que tienen las enfermeras de este instituto de salud. Es realizada por Rosa Goycochea, alumna de la Maestría de Gerencia en Salud de la Universidad César Vallejo. Con esa finalidad, le pedimos colabore con ellos respondiendo este cuestionario que le tomará aproximadamente 15 minutos. Su participación es enteramente voluntaria.

Este cuestionario contiene una serie de afirmaciones, las cuales tienen diversas categorías de respuesta. Le solicitamos que lea con atención cada una de ellas para responderlas adecuadamente. Le agradeceremos nos proporcione una respuesta **SINCERA y HONESTA**. El cuestionario es **ANÓNIMO**, por lo que no es necesario colocar su nombre en ningún lugar. La información recopilada a través de este cuestionario será manejada únicamente por los investigadores y con el único fin de este estudio.

Si tiene dudas con alguna afirmación, por favor consúltela con quien le hizo llegar el presente cuestionario. Si desea dejar de responder el cuestionario puede hacerlo en el momento que usted lo desee. Ante cualquier duda o consulta escribir a: rgoycochea@hotmail.com

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Firma del evaluado(a)

Firma del alumno(a)

Yo, _____ he sido informado(a) de las condiciones en las cuales acepto participar en la investigación realizada por la alumna de la Maestría de Gerencia en Salud de la Universidad César Vallejo.

DATOS PERSONALES

Edad:

Sexo:

Puesto:

Tiempo en el cargo:

Años de ejercicio de la profesión:

Educación:

_____ Licenciado(a)

_____ Maestría

_____ Diplomado

_____ Doctorado

Escala CCI

Por favor, indique una respuesta para cada pregunta, usando la siguiente escala donde: **0 = "No"** y **1 = "Si"**.

PREGUNTAS	No ↓	Si ↓
1. ¿Conoce lo que es el Consentimiento Informado?	0	1
2. ¿Conoce lo que es el Consentimiento Verbal?	0	1
3. ¿Conoce lo que es el Consentimiento Escrito?	0	1
4. ¿Debería de pedirse una firma incluso si se trata de Consentimiento Verbal?	0	1
5. ¿Debería pedirse el Consentimiento del paciente antes del tratamiento?	0	1
6. ¿Debería pedirse el Consentimiento del paciente después del tratamiento?	0	1
7. ¿Debería obtenerse un Consentimiento para pacientes menores de edad o discapacitados?	0	1
8. ¿El consentimiento del paciente ayuda con el tratamiento?	0	1
9. ¿Se le debe de dar una copia del consentimiento a un paciente si es que este lo requiere?	0	1
10. ¿Conoce la Ley de Salud General n° 29414?	0	1

Escala UCI

Indique su grado de frecuencia de cada pregunta en la siguiente escala donde: 1 = “Nunca”, 2= “Casi nunca”, 3= “Casi Siempre” y 4=”Siempre”

Preguntas	Nunca Siempre			
	↓			↓
1. ¿Aplicó el Consentimiento Informado de algún paciente con anterioridad?	1	2	3	4
2. ¿Colecta firmas de los pacientes incluso si se trata de un Consentimiento Verbal?	1	2	3	4
3. ¿Aplica el Consentimiento para procedimientos quirúrgicos?	1	2	3	4
4. ¿Aplica el Consentimiento para procedimientos no quirúrgicos?	1	2	3	4
5. ¿Provee una copia del consentimiento informado cuando el paciente lo requiere?	1	2	3	4

Fuente:

Gupta, V. V, Bhat, N., Asawa, K., Tak, M., & Bapat, S. (2015). Knowledge and Attitude Toward Informed Consent Among Private Dental Practitioners in Bathinda. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 6(2), 73–78. <http://doi.org/10.1016/j.phrp.2014.12.00>

7.5 Base de datos

6 - BASE TESIS ROSA.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 24 de 24 variables

	Edad	RangoEdad	Sexo	TiempoCargo	AñosEjerci...	RangoExperiencia	Educación	CCI1	CCI2	CCI3	CCI4
1	24	1,00	1	1	1	1,00	1	1	1	0	1
2	28	1,00	2	1	1	1,00	1	1	1	1	1
3	31	1,00	1	1	1	1,00	1	1	1	1	1
4	33	1,00	1	1	1	1,00	3	1	1	1	1
5	26	1,00	1	1	2	1,00	3	1	1	1	1
6	28	1,00	1	1	2	1,00	1	1	1	1	1
7	34	1,00	2	1	2	1,00	2	1	0	0	1
8	32	1,00	1	1	3	1,00	2	1	1	1	1
9	37	2,00	1	3	1	1,00	1	1	1	1	1
10	41	2,00	1	1	3	1,00	2	1	1	1	1
11	27	1,00	1	4	4	1,00	1	1	1	1	1
12	30	1,00	1	4	4	1,00	1	1	1	1	0
13	30	1,00	2	1	4	1,00	2	1	1	1	1
14	30	1,00	1	10	5	2,00	1	1	1	0	0
15	30	1,00	1	5	5	2,00	1	1	1	1	1
16	35	2,00	1	2	5	2,00	1	1	0	1	1
17	37	2,00	1	6	6	2,00	1	1	1	1	0
18	37	2,00	1	6	6	2,00	1	1	1	1	1
19	38	2,00	1	2	6	2,00	1	1	0	1	1
20	38	2,00	1	6	6	2,00	2	1	1	1	1
21	56	3,00	1	7	7	2,00	1	1	1	1	1
22	36	2,00	1	3	10	2,00	3	1	1	0	1

1 Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

02:34 p.m. 08/12/2016

BASE TESIS ROSA.sav [Conjunto de datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

6 : AfrosEjercicio 2

Visible: 24 de 24 variables

	CC5	CC6	CC7	CC8	CC9	CC10	UC1	UC2	UC3	UC4	UC5
1	1	0	1	0	0	1	3	2	4	1	1
2	1	0	1	1	1	1	4	4	4	4	4
3	0	0	1	1	1	1	4	1	3	4	4
4	1	0	0	1	1	1	4	4	4	4	4
5	1	1	1	1	1	1	3	4	4	3	4
6	1	0	1	0	0	0	4	2	4	2	2
7	1	0	1	1	1	1	4	4	4	2	4
8	1	1	0	1	1	0	3	1	3	1	3
9	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1
10	1	0	1	1	1	1	0	4	4	4	4
11	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1
12	1	0	1	0	1	1	4	1	3	4	1
13	1	0	1	1	1	1	0	3	1	1	3
14	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1
15	1	0	1	1	1	1	1	4	4	3	4
16	1	1	1	1	1	1	0	3	3	2	3
17	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1
18	1	0	1	1	1	1	4	3	4	4	4
19	1	0	1	1	1	1	3	2	4	4	4
20	1	0	1	1	1	1	0	3	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1	0	4	3	4	4
22	1	1	1	1	1	1	0	4	4	1	4

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

Mostrar escritorio 02:35 p.m. 08/12/2016

BASE TESIS ROSA.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 24 de 24 variables

	Edad	RangoEdad	Sexo	TiempoCargo	AñosEjerci...	RangoExperiencia	Educación	CC11	CC12	CC3	CC4
1	24	1,00	1	1	1	1,00	1	1	1	0	1
2	28	1,00	2	1	1	1,00	1	1	1	1	1
3	31	1,00	1	1	1	1,00	1	1	1	1	1
4	33	1,00	1	1	1	1,00	3	1	1	1	1
5	26	1,00	1	1	2	1,00	3	1	1	1	1
6	28	1,00	1	1	2	1,00	1	1	1	1	1
7	34	1,00	2	1	2	1,00	2	1	0	0	1
8	32	1,00	1	1	3	1,00	2	1	1	1	1
9	37	2,00	1	3	3	1,00	1	1	1	1	1
10	41	2,00	1	1	3	1,00	2	1	1	1	1
11	27	1,00	1	4	4	1,00	1	1	1	1	1
12	30	1,00	1	4	4	1,00	1	1	1	1	0
13	30	1,00	2	1	4	1,00	2	1	1	1	1
14	30	1,00	1	10	5	2,00	1	1	1	0	0
15	30	1,00	1	5	5	2,00	1	1	1	1	1
16	35	2,00	1	2	5	2,00	1	1	0	1	1
17	37	2,00	1	6	6	2,00	1	1	1	1	0
18	37	2,00	1	6	6	2,00	1	1	1	1	1
19	38	2,00	1	2	6	2,00	1	1	0	1	1
20	38	2,00	1	6	6	2,00	2	1	1	1	1
21	56	3,00	1	7	7	2,00	1	1	1	1	1
22	36	2,00	1	3	10	2,00	3	1	0	1	1

6 : AñosEjercicio 2

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

02:34 p.m. 08/12/2016

BASE TESIS ROSA.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

6 - AñosEjercicio 2 Visible: 24 de 24 variables

	CCI5	CCI6	CCI7	CCI8	CCI9	CCI10	UCI1	UCI2	UCI3	UCI4	UCI5
1	1	0	1	0	0	1	3	2	4	1	1
2	1	0	1	1	1	1	4	4	4	4	4
3	0	0	1	1	1	1	4	1	3	4	4
4	1	0	0	1	1	1	4	4	4	4	4
5	1	1	1	1	1	1	3	4	4	3	4
6	1	0	1	0	0	0	4	2	4	2	2
7	1	0	1	1	1	1	4	4	4	2	4
8	1	1	0	1	1	0	3	1	3	1	3
9	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	0	1	1	1	0	4	4	4	4	4
11	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1
12	1	0	1	0	1	1	4	1	3	4	1
13	1	0	1	1	1	0	3	1	3	1	3
14	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1
15	1	0	1	1	1	1	4	4	4	3	4
16	1	1	1	1	1	0	3	3	4	2	3
17	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1
18	1	0	1	1	1	1	4	3	4	4	4
19	1	0	1	1	1	1	3	2	4	4	4
20	1	0	1	1	1	0	3	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	0	4	3	4	3	4
22	1	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

Mostrar escritorio 02:35 p.m. 08/12/2016

BASE TESIS ROSA.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 24 de 24 variables

	Edad	RangoEdad	Sexo	TiempoCargo	AñosEjerci...	RangoExperiencia	Educación	CCI1	CCI2	CCI3	CCI4	CCI5	CCI6	CCI7	CCI8
23	38	2,00	2	5	10	2,00	1	1	1	1	0	1	1	1	1
24	39	2,00	1	2	10	2,00	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	40	2,00	2	5	10	2,00	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26	47	3,00	2	2	10	2,00	2	1	1	1	1	0	0	1	1
27	36	2,00	1	8	12	3,00	2	1	0	1	0	1	1	1	0
28	41	2,00	1	11	13	3,00	1	1	1	1	1	1	1	1	1
29	37	2,00	1	6	14	3,00	3	1	1	1	1	1	1	1	1
30	41	2,00	2	15	15	3,00	1	1	1	1	0	1	1	1	1
31	45	3,00	1	6	15	3,00	1	1	1	1	1	1	1	1	1
32	39	2,00	1	16	16	3,00	1	1	0	1	0	1	1	1	1
33	41	2,00	2	13	16	3,00	1	1	1	1	1	1	0	1	1
34	46	3,00	1	11	16	3,00	1	1	0	1	1	1	1	1	1
35	50	3,00	2	15	16	3,00	2	1	1	0	1	1	1	1	1
36	35	2,00	1	10	18	3,00	1	1	0	0	1	1	0	1	1
37	35	2,00	1	15	19	3,00	1	1	1	1	1	1	0	1	1
38	46	3,00	1	17	20	3,00	2	1	1	1	0	1	1	1	1
39	47	3,00	2	20	20	3,00	2	1	1	1	1	1	0	1	1
40	47	3,00	2	20	20	3,00	2	1	1	1	1	1	1	1	1
41	54	3,00	2	19	22	3,00	2	1	0	1	1	1	1	1	0
42	50	3,00	1	14	25	3,00	2	1	1	1	1	1	1	1	1
43	59	3,00	2	17	25	3,00	2	1	1	1	1	1	1	1	1
44	55	3,00	1	28	28	3,00	1	1	1	1	1	1	1	1	0

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

ESP 11:21 a.m.

ESP 11:15 a.m.

BASE TESIS ROSA (emplazado).sav [Conjunto_de_datos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 26 de 26 variables

Edad	RangoEdad	Sexo	TiempoCargo	AñosEjerci...	RangoExperiencia	Educación	CC1	CC2	CC3	CC4	CC5	CC6	CC7	CC8
67	37	2	1	6	14	3	1	1	1	1	1	1	1	1
68	41	2	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1
69	45	3	1	6	15	3	1	1	1	1	1	1	1	1
70	36	2	1	3	10	2	3	1	0	1	1	0	1	1
71	37	2	1	6	6	2	1	1	1	1	1	1	1	1
72	50	3	2	15	16	3	2	1	0	1	1	1	1	1
73	50	3	1	14	25	3	2	1	1	1	1	1	1	1
74	24	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
75	28	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
76	40	2	2	5	10	2	1	1	1	1	1	1	1	1
77	28	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0
78	47	3	2	20	20	3	2	1	1	1	1	1	1	1
79	30	1	1	10	5	2	1	1	0	0	0	1	1	1
80	33	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	0	1
81	60	3	2	28	31	3	1	1	1	1	1	1	1	1
82	38	2	2	5	10	2	1	1	1	0	1	1	1	1
83	27	1	1	4	4	1	1	1	1	1	1	0	1	1
84	39	2	1	16	16	3	1	0	1	0	1	1	1	1
85	31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
86	36	2	1	8	12	3	2	1	0	1	0	1	1	0
87	26	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1
88	56	3	1	7	7	2	1	1	1	1	1	0	1	1

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

ESP 11:38 a.m.

BASE TESIS ROSA (ampliado).sav [Conjunto_de_datos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 26 de 26 variables

	Edad	RangoEdad	Sexo	TiempoCargo	AñosEjerci...	RangoExperiencia	Educación	CCI1	CCI2	CCI3	CCI4	CCI5	CCI6	CCI7	CCI8
79	30	1	1	10	5	2	1	1	1	0	0	0	1	1	1
80	33	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	0	1
81	60	3	2	28	31	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
82	38	2	2	5	10	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1
83	27	1	1	4	4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
84	39	2	1	16	16	3	1	1	0	1	0	1	1	1	1
85	31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
86	36	2	1	8	12	3	2	1	0	1	0	1	1	1	0
87	26	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
88	56	3	1	7	7	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1
89	32	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1
90	34	1	2	1	2	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1
91	46	3	1	11	16	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1
92	35	2	1	2	5	2	1	1	0	1	1	1	0	1	1
93	60	3	1	30	34	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
94	35	2	1	15	19	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1
95	37	2	1	6	6	2	1	1	1	1	0	1	1	1	0
96	59	3	2	17	25	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1
97	50	3	2	15	16	3	2	1	1	0	1	1	1	1	1
98	28	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
99	28	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
100	56	3	1	7	7	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

ESP 11:38 a.m.