



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA
CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

Taller de Trabajo Final

***Percepción del personal de enfermería sobre el proceso
de consentimiento informado en el servicio de
Tisiopneumología***

Autores

María A. PEÑA-RODRIGUEZ

Nancy B. GONZALEZ

Silvia V. NUÑEZ

Mendoza, Julio de 2022

ADVERTENCIA

“El presente estudio de Investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada escuela o el autor o los autores”.

ACTA DE APROBACIÓN

Presidente:

Vocal1:

Vocal2:

Trabajo Aprobado el:/...../.....

AGRACECIMIENTOS

Este trabajo en tiempos de pandemia por virus del sars cov -19, hizo de este proyecto un mayor desafío, impensado para nosotras, por ello agradecemos a la paciencia infinita de nuestros profesores, a la comprensión y apoyo de nuestras familias, a nuestros colegas que hicieron posible la realización del taller, a la fortaleza de este equipo de trabajo, que tuvo muchos, pero muchos altibajos, en la búsqueda de ser mejores profesionales, pero ante todo mejores personas. Y al Altísimo por darnos la luz para seguir en esta búsqueda. –

PREFACIO

El Consentimiento informado en el ámbito de la Salud, consiste en la comunicación, y humanización que debe existir entre el equipo interdisciplinario como emisor de un mensaje dinámico, científicamente competente respecto al proceso salud- enfermedad de pacientes, familia, y su comunidad, todos inmersos en un medio ambiente cambiante.

Este paciente o responsable legal del mismo, como receptor, con la capacidad de tomar decisiones, y que, bajo circunstancias especiales, de enfermedad, pueda participar de las mismas. Interactuando durante el tratamiento y procedimientos terapéuticos a fines al mismo, o su actuación en pruebas experimentales, con sus riesgos o beneficios.

Este acto de “consentir”, del acuerdo de las partes, que debió surgir como un párate a las acciones de un poder verticalista, paternalista, de profesionales médicos, con una enfermería cuasi régimen militar cumpliendo y haciendo cumplir las órdenes impartidas, y un enfermo junto a su familia siendo el receptor silencioso de su destino, sin ninguna intervención.

La historia nos traslada a los años de las Guerras Mundiales, donde se realizaban pruebas experimentales, propias del abuso de poder sobre la naturaleza humana Comienza, a partir de allí la reivindicación de los derechos civiles, y la concreción del consentimiento informado voluntario.

La ausencia de principios que garantizan la dignidad humana, como la autonomía, justicia, beneficencia y la no maleficencia, hicieron que, junto a la Bioética, la necesidad de la confección de un documento legal, para regular las actividades de la comunidad sanitaria.

La enfermería que, en antaño, accionaba basándose en lo legal, prioritariamente dependiente de las ideas paternalistas del médico, pero su evolución en la disciplina, con sus bases fortalecidas en la deontología, lucha por la alianza con los pacientes basándose en valores éticos, en post de una visión holística de la persona, bio-psico-social y espiritual inserta en una sociedad, participe de una comunidad y un medio ambiente que compartir.

Enfermería adquiere la misma responsabilidad moral, legal, al igual que cualquier profesional y debe contribuir en el proceso de información y en la calidad del cuidado, como así también en los derechos y obligaciones de los pacientes. Con éste trabajo intentaremos conocer los límites legales en la información que enfermería puede brindar a los pacientes y/o familiares sobre el consentimiento informado. Asimismo, comprender cuáles son los motivos de la deficiencia en la comprensión de la información brindada, tanto a los pacientes como a los familiares de aquellos que no se encuentran en condiciones de consentir las acciones del equipo de salud destinadas a mejorar o estabilizar su estado de salud actual. Será analizada la información brindada tanto en forma escrita como verbal, para poder mejorar la información contenida en el consentimiento y llevar una luz en el marco legal a todo el equipo de salud, tanto del servicio de Tisioneumonología del hospital Marcial Quiroga como a otros nosocomios, donde se pretende ser un referente con las conclusiones de este trabajo.

RESUMEN

Tema: Percepción del proceso de consentimiento informado del personal de enfermería en el servicio de Tisioneumonología del Hospital Marcial Quiroga de la ciudad de San Juan.

Autores: González Nancy, Peña M. Alejandra, Núñez Silvia

Lugar: Servicio de del Hospital Marcial Quiroga de la ciudad de San Juan, año 2021.

Introducción: La enfermera desde sus comienzos, se prepara y actualiza con conocimientos científicos, éticos, humanistas, para brindar cuidados de calidad al paciente, familia, comunidad y medio ambiente, consiente que el empeño en su instrucción garantizara las tareas de cuidado.

Cuidar a una persona es, reconocer su autonomía, proteger el desarrollo de su libertad, promover en ella la justicia, para evitar discriminaciones, la esperanza, en búsqueda de logros en su salud y paciencia para entender sus limitaciones.

Por ello y al resguardo de la autonomía del paciente, existe un documento médico legal que lo defiende, el Consentimiento Informado, pero todo el equipo de salud colabora en el proceso.

A diario en las internaciones nosocomiales, así como en urgencias y servicios de cirugía se vive la misma situación: el médico informa posibles técnicas a realizar e información sobre los riesgos, la cual se presume (o a nuestro entender) es básica o dicha información se expresa con vocabulario formal que es de difícil comprensión para el paciente y sus familiares.

Objetivo General: Determinar la percepción y abordaje sobre el proceso de consentimiento informado, de enfermería.

Material y Método: La investigación se realiza bajo un tipo de enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Población usuarios internos y la muestra 34 enfermeros en atención directa, del servicio de Tisioneumonología.

Resultados y Conclusiones: Luego de analizar los datos obtenidos, se concluye que de los enfermeros encuestados, la mayor cantidad de agentes, coincide en la necesidad de realizar un consentimiento informado que incluya

acciones enfermeras, así como la modificación del vocabulario formal actual, por uno que permita mayor entendimiento para los pacientes.

Palabras Claves: Consentimiento Informado – Ética, Autonomía de la Voluntad – Norma Legal – Enfermería.

Propuesta: Crear una comisión de enfermeros, que trabaje en conjunto con el servicio de bioética, docencia e investigación, para la creación de un modelo de consentimiento informado para acciones de enfermería, como así también, la continua formación del personal, sobre la educación al paciente en relación a las técnicas a realizarle.

INDICE GENERAL

ADVERTENCIA	II
ACTA DE APROBACIÓN	III
AGRACECIMIENTOS	IV
PREFACIO	V
RESUMEN	VII
INDICE GENERAL	IX
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS	X
CAPÍTULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA	1
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	2
PROBLEMA DE INVESTIGACION	3
OBJETIVOS DE ESTUDIO.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
APARTADO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	8
APARTADO II: PRINCIPIOS ETICOS	12
APARTADO III: ASPECTOS LEGALES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO...	17
APARTADO IV: INFORMACIÓN/ CALIDAD/ PERCEPCION.....	26
CAPITULO III DISEÑO METODOLOGICO	34
TIPO DE ESTUDIO.....	36
UNIVERSO Y MUESTRA	36
METODOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	36
TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	37
PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION	37
ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES	37
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	38
CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	42
CAPITULO V: CONCLUSIÓN, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS	64
CONCLUSION Y DISCUSION	66
PROPUESTAS	68
BIBLIOGRAFIA	69
ANEXOS	72

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA Y GRÁFICO N°1. Distribución de la muestra según EDAD del encuestado	44
TABLA Y GRAFICO N°2. Distribución de la muestra según SEXO del encuestado	45
TABLA Y GRÁFICO N°3. Distribución de la muestra según NIVEL DE FORMACIÓN	46
TABLA Y GRÁFICO N°4. Distribución de la muestra según ANTIGUEDAD del encuestado	47
TABLA Y GRÁFICO N°5. En su servicio, y en el proceso de consentimiento informado, ¿quién hace entrega del documento de consentimiento al paciente?	48
TABLA Y GRÁFICO N°6. ¿Cuál es la conducta de los pacientes/familiares al recibir el consentimiento informado?	49
TABLA Y GRÁFICO N°7. ¿Cree usted que la información contenida en el Consentimiento que se entrega a pacientes internados en el servicio de Tisioneumonología es clara?	50
TABLA Y GRÁFICO N°8. ¿Cree usted que la información contenida en el Consentimiento que se entrega a pacientes internados en el servicio de Tisioneumonología es suficiente?	51
TABLA Y GRÁFICO N°9. En nuestro estudio piloto, advertimos que los pacientes no logran comprender la información del formulario de consentimiento. ¿Por qué cree Ud. que sucede esto?	52
TABLA Y GRÁFICO N°10. ¿Cree usted que la calidad de la información brindada a pacientes internados en el servicio de Tisioneumonología por parte del personal de enfermería es clara?	53
PREGUNTA N°11: Si a la pregunta anterior respondió "No es clara", diga por qué cree que no es clara la información	54
TABLA Y GRÁFICO N°12. Seguramente Ud. estuvo internado alguna vez. Según estas vivencias tuyas ¿qué información cree que no es fácil de entender para los pacientes?	55
TABLA Y GRÁFICO N°13. ¿Cree usted que las técnicas y procedimientos de enfermería deben contemplar un formulario de consentimiento informado?	56
PREGUNTA N° 14. Ante la pregunta abierta sobre la necesidad de consentimiento de enfermería escrito no es posible generar tablas ni gráficos, ya que son datos cualitativos	57
TABLA Y GRÁFICO N°15. ¿Le parece acertada la confección de un nuevo modelo de consentimiento informado que incluya acciones de enfermería ante determinadas situaciones de salud?	58
TABLA Y GRÁFICO N°16. ¿Qué opina sobre la participación de enfermeros en la actualización de un consentimiento informado, con inclusión de las acciones de enfermería?	59
TABLA Y GRÁFICO N°17. ¿Considera que el tiempo empleado por el personal de enfermería para evacuar las dudas de pacientes o cuidadores es suficiente?	60
TABLA Y GRÁFICO N°18. Durante toda la internación ¿Usted considera que a los pacientes y/o familiares se les proporciona toda la información necesaria para sus cuidados en el domicilio cuando se vayan de alta?	61
TABLA Y GRÁFICO N°19. En su experiencia, ¿Cómo valoran los pacientes la información brindada por el personal de Tisioneumonología?	62

CAPÍTULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A diario, en las internaciones nosocomiales se vive la misma situación, el médico informa escasamente técnicas básicas a realizar y sus riesgos. El paciente luego interroga, en la mayoría de las ocasiones, al personal de enfermería sobre la información dada por el médico, y por lo escrito en el consentimiento informado. Es por ello que, en el ámbito hospitalario, enfermería representa un eslabón clave en todo el engranaje nosocomial, siendo la que pasa más tiempo y muy ligada a pacientes y familiares, quienes muchas veces vulnerables por enfrentar el proceso de recuperar su bienestar, deben tomar decisiones, a lo que enfermería, toma el papel de defensor, ya que puede desarrollar una relación más profunda, y en su rol, orienta, vela y acompaña el camino de cada persona¹. Esa es nuestra búsqueda, la percepción de enfermería, y su rol en el proceso de consentimiento informado.

PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la percepción sobre el proceso y la calidad de información proporcionada en forma verbal y escrita en el consentimiento informado, que tiene el personal de enfermería, la cual es brindada a los pacientes y/o familiares de internados en el servicio de Tisioneumonología del Hospital Público Dr. Marcial Quiroga, de la ciudad de San Juan, durante el período de julio de 2021?

OBJETIVOS DE ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los conocimientos y percepción sobre consentimiento informado, de enfermería en el servicio de Tisioneumonología del hospital Marcial Quiroga de la ciudad de San Juan, durante julio 2021.-

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los errores en la calidad de la información brindada a pacientes internados, mediante la percepción del personal de enfermería, para saber si la misma es clara y suficiente.
- Analizar el rol participativo de enfermería en la cumplimentación del proceso de consentimiento informado.
- Caracterizar la muestra para proporcionar en base a este estudio nuevos datos epidemiológicos que brinden una base comparativa para futuros estudios.

JUSTIFICACIÓN

Como estudiantes del Ciclo Licenciatura de la Universidad Nacional de Cuyo de Mendoza, hemos realizado la siguiente investigación considerando el trabajo se realizará en el Servicio de Tisioneumonología del Hospital Público Dr. Marcial Quiroga, mediante la realización de encuestas utilizando como instrumento un cuestionario; dirigidas a los enfermeros que allí se desempeñan para obtener datos que den respuestas a los interrogantes planteados como así también cumplir los objetivos propuestos.

Las razones que motivaron investigar el tema se deben principalmente a que, durante el desarrollo de nuestra labor, es nuestro sentir cotidiano, nuestra percepción, que nos muestra, al hombre, a la persona, contra lo científico, técnico, y lo estructurado de las reglas que se deben cumplir.

Esa es nuestra búsqueda, la percepción de enfermería, y su rol en el proceso de consentimiento informado.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

APARTADO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al comenzar con la búsqueda bibliográfica se comenzó con la definición de La Real Academia Española (2019) del termino de Consentimiento Informado, el que se refiere como: “consentimiento”

1. m. Acción y efecto de consentir.
2. m. En los contratos, conformidad que sobre su contenido expresan las partes.
3. m. Der. Manifestación de voluntad, expresa o tácita, por la cual un sujeto se vincula jurídicamente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. m. Der. Consentimiento que ha de prestar el enfermo o, de resultarle imposible, sus allegados, antes de iniciarse un tratamiento médico o quirúrgico, tras la información que debe transmitirle el médico de las razones y riesgos de dicho tratamiento.²

Con esta definición Consentimiento informado es la acción de consentir, mediante un contrato, lo que expresan las partes intervinientes. Múltiples documentos sanitarios se ocupan de definir esta relación contractual, por lo que en este estudio se realiza una revisión de la amplia literatura desarrollada para tal fin.

La acción de consentir es un proceso de comunicación y de humanización en la atención sanitaria, entre el equipo interdisciplinario de salud y el paciente.

Pero para poder llegar a esta realidad no debemos olvidar la evolución histórica de la expresión Consentimiento Informado, el que surge con estrecha relación del concepto de Bioética, bajo la importancia de la relación médico-paciente, la objeción de conciencia y la mala praxis, teniendo sus bases en los vertiginosos avances científicos y tecnológicos, ocurrida en este último medio siglo, como así también el peso de la ciencia aplicada a los problemas de la vida.

Esta carrera a una velocidad inalcanzable entre ciencia, que trata de inmiscuirse en la intimidad de los seres humanos, de la naturaleza y el medio ambiente,

contra su rival ético, lento, por su crisis de valores y el desamparo a la vida humana, el que tiene que reafirmar sus bases para poder alcanzar a la ciencia.

Haciendo eco de la historia, reconocemos como en el periodo neolítico 8 mil años a.C. se va perdiendo el espíritu nómada del hombre de la época, que, al establecerse en comunidades fijas, aparecen patologías vinculadas al medio, como las temperaturas extremas, composición de los suelos, luchas con tribus vecinas malaria, cólera... en suma, situaciones que el chamán-médico de la tribu trataba de controlar con exorcismos, mezcla de hierbas y sacrificios a los dioses. Aquel que tenía éxito en su gestión podía asumir el control de su comunidad ejerciendo un real paternalismo explícito.

El sanador iba adquiriendo cada vez más poder, como vemos en la medicina egipcia, este liderazgo natural vivido en el antiguo Egipto lo encontramos también en la medicina de Oriente, en la antigua Grecia y en la Roma de los comienzos de la era cristiana.

Si continuamos revisando las escuelas de la Edad Media veremos que aquí también se suceden perfiles de actos médicos que responden a un paternalismo producto del saber y en ocasiones también del poder que detentaron los médicos de la época.

Fue la Peste Negra, en Mongolia, que ocasionó la muerte de las dos terceras partes de la población europea, la que hizo perder ese poder asociado con el llamado paternalismo médico. Casi un siglo fue necesario para desestimar el recuerdo de tal fracaso.

Con el Renacimiento y la Ilustración, nuevamente la práctica médica va emergiendo dejando al perfil paternalista, para dar participación activa a todo el equipo de salud.³

Ya desde 1931 en Alemania se intentó regular las terapias médicas y pruebas experimentales en humanos, reconociendo sus derechos para ello, pero esta regulación nunca pudo ser aplicada en Alemania, durante la guerra en los campos de concentración y exterminio.

Estas primeras normas, después de finalizada la guerra, hizo que el Tribunal de Núremberg, elabore el primer código, que surge como el documento que

establece normas internacionales, para la protección del hombre que participa en investigaciones en seres humanos.

Ya en el año 1947 en Finlandia, se dicta el Código de Nüremberg el que en su primer punto establece la obligatoriedad de los seres humanos, participes de investigación experimental, y que, teniendo la capacidad legal, deberán dar su consentimiento voluntario. Este último debe ser sin ningún elemento de presión, fraude, engaño, coacción o compulsión y debe además conocer la naturaleza, duración, métodos, procesos y medios a utilizarse en la práctica.

Luego en 1964 se dictaron las Declaraciones de Helsinki, las que, siguiendo con la protección de los seres humanos, establece una guía para poder dirigir el curso de las investigaciones y además dirigido a médicos, haciéndolos sabedores de los derechos humanos.

El termino Bioético fue utilizado por Rensselaer Van Potter (oncólogo) en 1970, para referirse a los problemas que surgieron entre los avances técnico científicos y así de emparentar los argumentos éticos y legales, para la defensa de los seres humanos.

Ya en 1972, en Estados Unidos, la Carta de los Derechos de los Enfermos, se recoge el termino de consentimiento informado, el que surge por los abusos medico cometidos. Dicho consentimiento determina que se debe brindar una información completa por parte del médico, antes de iniciar la terapia, también establece la oportunidad de rechazar o suspender el tratamiento, siendo conocedor de sus consecuencias.

En España hacia 1974, comienza a desarrollarse desde entonces, lo que podríamos denominar la “conciencia” bioética y la formación específica de los profesionales sanitarios. En el año 1975 en Tokio, se dicta la Declaración de Helsinki II, la que amplía los conceptos de la primera, incorporando la investigación biomédica, las consideraciones éticas del caso y la incorporación del consentimiento informado.

El consentimiento informado con pinceladas de valores éticos, se magnifica con la Guía de Ética Médica Europea del 06/01/1987, el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina en Oviedo de 1997 y la Declaración de Bioética de Gijón del año 2000.

Esta referencia histórica de los acontecimientos, nos ha demostrado la relación médico-paciente en un sentido verticalista, donde el médico tenía la autoridad unívoca de informar al paciente de todo procedimiento relacionado a la recuperación de su salud. Es por ello que también se ve con la autoridad suficiente en la búsqueda de la máxima beneficencia para el paciente.

Actualmente nos encontramos con una relación horizontal y democrática, donde el equipo de salud, en todo su universo, y en modo especial la enfermería, debe formar parte en todo momento del proceso del consentimiento.

APARTADO II: PRINCIPIOS ETICOS

DEFINICIÓN DE ÉTICA

La ética se relaciona con el estudio de la moral y de la acción humana. El concepto proviene del término griego éticos, que significa “carácter”. Una sentencia ética es una declaración moral que elabora afirmaciones y define lo que es bueno, malo, obligatorio, permitido, etc. en lo referente a una acción o a una decisión.

Por lo tanto, cuando alguien aplica una sentencia ética sobre una persona, está realizando un juicio moral. La ética, pues, estudia la moral y determina cómo deben actuar los miembros de una sociedad. Por lo tanto, se la define como la ciencia del comportamiento moral⁴.

HUMANISMO - DERECHOS PERSONALÍSIMOS (DEONTOLOGIA)

Es una corriente psicológica que tiene como principio al “hombre” como el centro de toda relación humana.

Es por ello que los humanistas intentan destacar los grandes rasgos del ser humano como son: la salud mental y todos los atributos positivos de la vida, como la felicidad, la satisfacción, el éxtasis, la amabilidad, la generosidad, el afecto, etc.

Su teoría se centra en que en toda personalidad auto realizante existe una jerarquía de necesidades, que son grados de salud psicológica, en que ha de lograrse con éxito el primer grado para poder pasar al segundo. Estas necesidades son: Necesidades fisiológicas, de seguridad, de pertenencia (necesidad de ser alguien en un grupo), de amor, necesidad de estima de sí mismo (de ser digno, saberse competente, independiente, libre y que se le reconozca algún tipo de labor o esfuerzo), y necesidad de autorrealización, que representa más que el deseo de conocerse y entenderse, desea vivir en un mundo en donde aprecia la belleza, el arte, la creación de la naturaleza; es la más elevada necesidad dentro de su escala, y las necesidades que deberá tomar en cuenta el profesional de Enfermería para proporcionar cuidado a la persona sana o enferma.

El humanismo no es algo que se dé de manera espontánea en los profesionales, sino que debe ser enseñado y practicado.

La humanización del cuidado requiere un proceso centrado en el ser humano, en el entendido de que ese ser humano no solo incluye la persona sujeta de cuidado, sino la enfermera y la estudiante de enfermería. El cuidar de otro, pierde su sentido si no hay un interés real en la persona o si el contexto donde se otorgan los cuidados, es adverso o altamente tecnificado, pues el contacto humano se ve limitado.⁵

Por las referencias previas mencionadas, cada vez que se redacta y/o actualiza la información de un consentimiento informado de un sector del nosocomio deben tenerse en cuenta:

Los Derechos Personalísimos o De La Personalidad "quienes constituyen una inconfundible categoría de derechos subjetivos esenciales, que pertenecen a la persona por su sola condición humana y que se encuentran, respecto de ella, en una relación de íntima conexión, casi orgánica e integral."⁶

Se los ha definido como "derechos subjetivos privados, innatos y vitalicios que tienen por objeto manifestaciones interiores de la persona y que, por ser inherentes, extra patrimoniales y necesarios, no pueden transmitirse ni disponerse en forma absoluta y radical".⁷ Se dijo también de ellos que eran plurales derechos subjetivos privados, que constituían una especie de los derechos humanos, clasificados y enunciados no de un modo cerrado y taxativo, sino como manifestaciones de las personas que dan cabida a otras, a medida que se van presentando las condiciones para su reconocimiento.

Los derechos personalísimos tienen como pilar fundacional, permitir al hombre su autodeterminación, esto es, poder decidir sobre determinados ámbitos personales, teniendo como único límite la afectación de intereses legítimos de terceros.

A diferencia de todo otro derecho subjetivo, cuya existencia depende de la notable valoración del Estado –ordenamiento– mutable en el tiempo y en el espacio según los diversos sistemas políticos y sociales; los derechos de la persona humana pertenecen al hombre en cuanto tal, independientemente del

sistema político y social dentro del cual vive, que el Estado tiene el deber de reconocer y garantizar.

Toda ley tiende a proteger valores considerados prioritarios por la sociedad. Y en el caso de la Ley del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, estos valores son: La dignidad, La libertad, La autonomía.⁸

Cada acto del quehacer diario de enfermería y del personal en general del servicio de Tisioneumonología debe basarse en los términos de la ética.

Es necesario reconocer que el enfermo es un ser que necesita ayuda de diverso tipo, para satisfacer sus necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales o espirituales, es decir una atención integral, para poder restablecer o aceptar su enfermedad, para dar lucha ante la muerte o aceptarla y vivir con dignidad la llegada de la misma. Las dos primeras pueden y son tratadas por la ciencia médica. Pero para cubrir la demanda espiritual debemos reconocer aspectos como el reconocimiento como persona, derecho a recibir una información apropiada, y también la demanda espiritual.⁹

El enfermo en su condición de persona debe recibir todas las explicaciones necesarias, respecto a tratamientos, exploraciones, sus riesgos; es aquí donde no solo los médicos, también el equipo enfermero debe ofrecer y explicar todas las pruebas, síntomas, los efectos secundarios y posibles repercusiones en su calidad de vida. Es por ello que, dentro de una institución de salud, jamás debemos permitir la pérdida de identidad personal de los enfermos.

Debemos evitar la despersonalización, al convertirlo en un numero de historia clínica, un numero de habitación, de cama y hasta a veces despojado de su propia ropa, cosas necesarias para la organización, pero despersonalizar va más allá, es que el equipo interdisciplinario de salud se olvida que el enfermo es persona: que tiene un nombre y apellido, que tiene una propia historia, un rostro, un cuerpo, que tiene una familia, que es parte de una comunidad, con su cultura y folclore.¹⁰

Otro aspecto a tener en cuenta es la de informar al enfermo todo lo relacionado a su diagnóstico, pronóstico y de la calidad de vida futura, para que él pueda

tomar sus decisiones y así involucrarlo en su tratamiento, contribuyendo a mantener su autoestima y que sienta que son respetados sus derechos.

Y para cubrir la demanda espiritual, debemos conocer que es parte constitutiva del ser humano y está presente en sanos y enfermos. Algunas de las necesidades espirituales son la búsqueda de la verdad, de esperanza, del sentido a la vida y de la muerte; y que, por el hecho de enfermar, no se pierde la dignidad, ni el valor, se sigue manteniendo la identidad personal y la espiritualidad (con profunda religiosidad, seres sensibles, cultos). El sufrimiento espiritual, asociado a la enfermedad, y por qué no, a la muerte, en la mayoría de los casos no son dialogados con el médico, pero sí con otros integrantes del equipo de salud, en particular con enfermería, quienes deben mostrar sensibilidad y empatía hacia los enfermos.¹¹

Quienes trabajamos en el campo de la salud y particularmente tenemos una habilitación profesional para prevenir, evaluar, tratar y rehabilitar la salud de las personas nos regimos por principios bioéticos que nos hablan de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La autonomía se basa en el respeto de la capacidad racional de la persona directamente involucrada (paciente) para tomar las decisiones que afectan el cuidado de su salud. La beneficencia requiere que los procedimientos se realicen con el fin último optimizar el bienestar de la persona considerando sus circunstancias individuales. No maleficencia implica que no haya intención de daño a la persona tanto por acciones como por omisiones en la atención de la salud. Justicia, que los recursos y potenciales beneficios sean distribuidos equitativamente.

AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Todo paciente debe ser tratado como un ser autónomo.

Autonomía proviene del vocablo latín auto que significa “uno mismo” y nomos quiere decir “norma”, esto nos indica que la autonomía es la capacidad que tiene una persona o entidad de establecer sus propias normas y regirse por ellas a la hora de tomar decisiones. En la psicología, la autonomía se describe como la capacidad que tiene un individuo de sentir, pensar y tomar decisiones por sí

mismo. Este concepto abarca una serie de características y elementos referentes con la autogestión personal.

Cuando hablamos de autonomía personal nos referimos al derecho que tiene cada individuo a tomar sus propias decisiones en cada aspecto de su vida cotidiana. Además de eso la persona está consciente de lo que es correcto o no y por lo tanto debe asumir las consecuencias de lo que ha decidido.

La autonomía es la capacidad que tiene una persona o entidad de establecer sus propias normas y regirse por ellas a la hora de tomar decisiones. En psicología, la autonomía se describe como la capacidad que tiene un individuo de sentir, pensar y tomar decisiones por sí mismo. Este concepto abarca una serie de características y elementos referentes con la autogestión personal. Entre esos elementos tenemos la autoestima, la actitud positiva ante la vida, el análisis correcto de las normas sociales y la autosuficiencia.¹²

APARTADO III: ASPECTOS LEGALES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Según el Glosario Disposición ANMAT 6677/10 es, el “Proceso por el cual una persona confirma su decisión de participar en una Investigación en salud humana, después de haber sido informada acerca de todos sus aspectos relevantes. El consentimiento informado se documenta por medio de la firma de un formulario específico”.

Muchas incógnitas se expresan entre el personal del equipo de enfermería sobre quién es el encargado de dar la información, ya sea en forma verbal o escrita, contenida en el consentimiento informado, es así como surge la frase “límite legal”, por lo que buscamos la definición del término como tal:

LÍMITE LEGAL

Un límite es una división, ya sea física o simbólica, que marca una separación. Un límite, puede ser una restricción o una limitación. Puede hablarse de un límite legal, social o de otro tipo. Para la psicología, un límite es una represión que no siempre resulta negativa.¹³

El derecho al cuerpo o sobre el cuerpo es una facultad que tiene el hombre. Por ello es necesario contar con la voluntad del paciente, ya que el ejerce facultad de disponer de su integridad física, derecho a la salud y al cuerpo.

Ningún tratamiento se puede realizar sin el consentimiento firmado, fundamentado por los derechos de la libertad personal y del cuerpo, de las personas, es cuando la autonomía surge como un bien jurídico de protección.

Hoy en día la libertad y la dignidad, esta expresada en todas las leyes supremas. Creemos necesario, además, mencionar, los elementos esenciales en el consentimiento, los cuales se estudiarán para fines explicativos y evaluativos sobre el consentimiento entregado por el servicio de Tisioneumonología, los que se detallan a continuación:

INFORMACIÓN OBLIGATORIA QUE DEBE CONTENER UN CONSENTIMIENTO INFORMADO

LEY 26.629 en su Capítulo III menciona:

DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTÍCULO 5º — Definición. Entiéndase por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos
- c) Los beneficios esperados del procedimiento
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados
- g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable
- h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento

En resumen, para lograr un consentimiento adecuado de calidad se debe tener en cuenta:

Creación de los documentos de consentimiento informado

Además, el proceso de consentimiento informado puede incluir diferentes tipos de materiales, tales como el formulario que las personas deben firmar, las hojas informativas del proyecto que explican el estudio, y los folletos o carteles que informan acerca del estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL SERVICIO DE TISIONEUMONOLOGIA A LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES (VIOLACIÓN DE SUS DERECHOS)

El individuo para adquirir la nominación de paciente debe de pasar por una serie de etapas como: identificación de los síntomas, diagnóstico, tratamiento y resultado. De igual manera, el paciente posee una serie de derechos como: el derecho de ser informado de su enfermedad y posibles tratamientos para su cura, elegir al médico y a todo el equipo, recibir una asistencia médica eficaz y un trato digno por parte de los médicos y auxiliares.¹⁴

Como se mencionó anteriormente, es muy importante no perder el concepto del tema a tratar, es significativo tener en cuenta que es el médico quien debe describir al paciente, de la manera más clara posible, el estado de salud y el procedimiento a seguir, detallando los beneficios y riesgos que ello implique.

Así también, debemos entender que se requiere de parte del paciente el entendimiento y la aprobación de dicho procedimiento. Existen diversos modelos y protocolos, diferenciados por las leyes de salud de cada país, en el nuestro específicamente, los protocolos se rigen por la Ley 26529, que dice claramente “el consentimiento informado puede ser verbal o escrito, aunque será esencialmente escrito cuando se trate de una intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos o aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante.”

En nuestro país el derecho al consentimiento informado se encuentra abarcado en la Ley Nacional de Salud Mental (Nº 26.657), específicamente en el artículo 7 inciso. J, k y m, artículo 10, y artículo 16 inciso c. También en la Ley de derechos del paciente (Nº 26.529) artículo 2 inciso e y f, y artículos 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, y 11. Y por último la convención sobre los derechos de las personas con

discapacidad (ley nº 26.378), artículos 14 inciso 1 y 25, que garantizan a toda persona el derecho al consentimiento informado para todo tipo de intervención, y en especial recibir información adecuada y comprensible, a través de los medios y tecnologías que sean necesarias, acerca del estado de salud, el tratamiento, y las alternativas de atención, y no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin consentimiento fehaciente.

Debemos comprender el porqué de la importancia del consentimiento informado en las instituciones de salud, ya que, al utilizarlo, se garantiza que las prácticas de salud deban respetar el principio de no discriminación, la autonomía y libre determinación, la integridad física y psíquica y la dignidad de toda persona. El derecho al consentimiento informado es parte integrante del derecho a la salud, consagrado en numerosos tratados internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional.

Según la ley 26529, el consentimiento informado es un instrumento que sirve para proteger el derecho del paciente a participar en la adopción de decisiones sobre su salud, a la vez que genera obligaciones para los profesionales tratantes. Se trata del consentimiento obtenido libremente -sin intimidación ni influencia indebida-, otorgado mediante una decisión voluntaria, y después de haberle proporcionado a la persona información adecuada, accesible y comprensible, en una forma y en un lenguaje que ésta entienda. Por esta razón creemos que debe ser un proceso que debe iniciarse siempre de modo previo al tratamiento ofrecido, y debe continuar a lo largo del mismo, con lo cual la persona puede retirar su conformidad al tratamiento en cualquier momento.

Otro tema importante, es qué tipo de información se brinda dentro del protocolo de consentimiento, ya que esto le proporcionara al paciente la información esencial para que este pueda decidir aceptar o no un tratamiento. En nuestro país debe incluir:

- a) el diagnóstico y su evaluación
- b) el propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto
- c) las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles

d) los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto. Se da por sentado legalmente que las personas adultas poseen capacidad jurídica y ello les otorga el derecho de rechazar una intervención médica o de escoger otra diferente.

La información contenida en el artículo 11 de la ley nº 26.529, constituye una forma de otorgar o negar consentimiento para un futuro tratamiento. Se trata de una declaración estableciendo preferencias sobre qué tratamiento se acepta recibir (y cuál no) si se experimenta un episodio o crisis que afecta la aptitud de decidir o comunicar, incluyendo la chance de designar a terceros que pueden decidir en su nombre en esos momentos. Por otra parte, no se le puede ocultar información a la persona, con el pretexto de evitar eventuales efectos negativos para los resultados del tratamiento.

Una parte muy importante de la que los enfermeros, por lo general, nos hacemos cargo, es detectar si los pacientes comprenden o no la información brindada por el médico, los profesionales deben extremar los esfuerzos para que la persona entienda el tratamiento propuesto y brinde el consentimiento de acuerdo a su voluntad, teniendo siempre en cuenta que la ausencia de comprensión puede ser parcial y transitoria. Debe tenerse presente que existen diferentes niveles de comprensión, y, por tanto, la información no debe ser demasiado técnica o compleja, ni expresada en un lenguaje, manera o contexto que el paciente no comprenda, sino que debe adecuarse a las necesidades de comunicación particulares de la persona. Para facilitar la comprensión pueden utilizarse diversas medidas de apoyo tales como el asesoramiento y la intervención de redes comunitarias, o el uso de intérpretes o de modos de comunicación alternativos.

Cuando momentáneamente la persona no pueda tomar sola una decisión respecto de su salud, o experimente dificultades para comunicarla, igualmente deberá respetarse su voluntad, de modo que el pedido de consentimiento deberá dirigirse a quien la persona haya designado previamente a efecto de prestar el “consentimiento supletorio”, sea que se trate de familiares, representantes legales, allegados y/o asistentes personales, en quienes la persona confíe.

También podrá utilizarse la figura de las “instrucciones o directivas anticipadas”, a efectos de obtener el consentimiento de la persona. Sólo en aquellos casos excepcionales en que sea necesario actuar de modo urgente por tratarse de una situación de emergencia que ponga en riesgo la vida de la persona, podrá iniciarse un procedimiento sanitario para salvar la vida sin obtener el consentimiento informado, con la debida justificación posterior.

Debemos comprender que, si existe el derecho a negarse a recibir tratamiento, que implica una forma concreta de ejercer la capacidad jurídica respecto de las alternativas de la atención de la salud.

Se da por sentado legalmente que las personas adultas poseen capacidad jurídica y ello les otorga el derecho de rechazar una intervención médica o de escoger otra diferente. Nuevamente, la información presente en el artículo 11 de la ley nº 26.529, constituyen una forma de otorgar o negar consentimiento para un futuro tratamiento. Se trata de una declaración estableciendo preferencias sobre qué tratamiento se acepta recibir (y cuál no) si se experimenta un episodio o crisis que afecta la aptitud de decidir o comunicar, incluyendo la chance de designar a terceros que pueden decidir en su nombre en esos momentos.

Se detalla a continuación la ley nacional de consentimiento informado en nuestro país, a partir de la cual las instituciones tanto públicas como privadas deben hacer uso obligado, como así el paciente uso de derecho de la misma.

DERECHOS DE LOS PACIENTES

La ley 26.529, vigente desde febrero de 2010, regula las relaciones civiles entre el paciente con los médicos y con las instituciones de la Salud, que se desarrollen en todo el territorio de la Nación Argentina.

La Ley de Derechos del Paciente regula los derechos del paciente en cuanto a la autonomía de la voluntad, legisla sobre la información que el médico debe dar y que el paciente tiene que recibir y respecto de la documentación clínica. La ley se autodenomina como un estatuto de derechos "esenciales" de los pacientes en su relación con los médicos (art. 2º), pero esa calificación de esenciales de los siete derechos enumerados deja inferir que no son los únicos, sino que su

mención constituye un piso mínimo inderogable (de orden público) que es complementado con otras leyes nacionales y provinciales.

Es una ley de orden público a través de la cual el Estado, busca prevalecer el orden público social sobre cualquier interés particular. Esto supone que no puede ser dejada de lado por la voluntad de las partes, ejemplo de ello es la Ley del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Por lo expuesto entendemos que el consentimiento informado ha sido incluido en las diferentes leyes con el objeto de contribuir y establecer un fortalecimiento en la relación de confianza entre el equipo de salud y el paciente. Siendo la entrega de la información, bajo la luz de la legislación, consecuente con cada paciente en particular, junto a su familia y su entorno, apelando a que esta información se completa, clara, adecuada, en el momento oportuno y así disminuir la brecha de confianza entre los mismos, en post de que la toma de decisiones sea las más acertada, para el cuidado de la salud.

ENFERMERIA PERCEPCION Y PARTICIPACION. ROL EN CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se ha estudiado poco hasta el momento el rol de la enfermería en el consentimiento informado. Sabemos que la enfermería, por basarse en una visión holística del ser humano desde una perspectiva bio-psicosocial, tiene una mirada más profunda y amplia sobre la situación del proceso salud-enfermedad, por lo cual resulta de gran relevancia saber de qué manera la enfermería participa en la entrega de información de forma escrita o verbal, en el proceso de consentimiento informado, 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.¹⁵

Cada vez tenemos una mayor percepción de que los problemas de salud son más humanos que técnico.

Enfermería a la par de otras ciencias, creemos ha evolucionado en los tiempos, recordamos, el sentido “paternalista” o vertical en que nos situaba ante los profesionales médicos, con comportamiento de sumisión (imaginado a Florence

Nightingale durante la guerra de Crimea, bajo los órdenes de un médico-militar que impartía órdenes.)

Esto sitúa a que “el médico ejerce de PADRE PROTECTOR, la enfermera adopta el papel de MADRE SUMISA Y el paciente representa el "niño incapaz de tomar decisiones". La Enfermera, en este juego de posiciones, no ejerce ninguna autoridad, ni toma ninguna decisión, aunque sea referida a su ámbito de cuidador estricto”.¹⁶

Este esquema patriarcal, como antes lo mencionamos, comienza a decaer con la reivindicación de los derechos civiles y en especial de los pacientes a partir de la década de los sesenta. Este advenimiento pondera la posición de la enfermera, convirtiéndola en “modelo protectora”, quienes deberían velar por los pacientes dentro de las instituciones y deja de ser la “madre sumisa” que venía ejerciendo.

Este modelo protector se ve de manifiesto en los códigos deontológicos desde 1976, manifestado, por el compromiso de enfermería por proteger de prácticas ilegales, deshonestas, incompetentes o al límite de lo moral y ético.

Debemos aceptar la importancia para las prácticas de salud, este rol de enfermería en la protección de los valores éticos, por ser ella, la que esta como representante y defensora en todo momento, en cada estadio de la vida de los pacientes.

El modelo sigue siendo verticalista, solo con un cambio de roles, quedando enfermería limitada en su posición, en lo colectivo, por lo que tampoco no es correcto.

Enfermería hoy, debe buscar la responsabilidad compartida como parte integrante del equipo de salud. Ser responsable de los aciertos y errores morales, éticos y legales.

La calidad de la atención tanto técnica como humana, para con los pacientes podrá lograrse con la coparticipación de todos los integrantes del equipo de salud, mediante la buena relación y la amplitud de criterios de actuación.

La participación de enfermería en el Consentimiento informado lo vemos a través de la mirada técnica y la ética-legal.

Participa a través de técnicas invasivas (colocación de catéteres, administración de medicación) en todo procedimiento médico quirúrgico.

Colabora en todas técnicas invasivas, para diagnóstico y tratamiento.

Controla a los pacientes post actuaciones normales y de alta complejidad.

Fundamentamos otros aspectos a tener en cuenta como son; que a la entrega de información previo consentimiento, la misma es ideal que debe ser impartida por disciplinas distintas (médico-enfermera) y poder consensuar la calidad, cantidad y facilidad de comprensión.

El diario acompañar de nuestro paciente nos obliga a saber de su condición de salud, para que cualquier información requerida por este pueda ser aclarada.

¿Enfermería puede informar? En respuesta a ello se hace mención al artículo 5^o de la Ley Provincial N° 7746 sancionada 2006, cito:

“La obtención y realización del Consentimiento Informado es responsabilidad exclusiva del profesional universitario de la salud y/o equipo interdisciplinario, que llevará a cabo el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico o del que conducirá la ejecución del mismo cuando sea efectuado por un equipo de profesionales y técnicos”.

Por lo expuesto, nuestra legislación provincial amplía la responsabilidad a todo el equipo de salud, pero a nivel nacional se enfatiza solo al plantel médico.

APARTADO IV: INFORMACIÓN/ CALIDAD/ PERCEPCION

Para poder comprender los conceptos básicos sobre el tema, nos basamos en textos extraídos de bibliografía médica, diccionario académico, página oficial de la RAE, estadísticas, tesis y páginas académicas de autores versados en el problema de investigación.

Se utilizaron diversas teorías, tanto de origen histórico, psicológico, deontológico y acercándonos en un momento de la investigación en la bioética, además se investigó basándonos en publicaciones varias sobre el tema, estas publicaciones son en su mayoría de origen internacional, como así también legislaciones que pertenecen a nuestro país. Aunque toda legislación Argentina referente al tema a estudiar está ligada a los derechos internacionales de los enfermos.

En éste apartado se exhibirán definiciones y conceptos varios que consideramos necesarios para una mejor comprensión de nuestro trabajo de investigación.

PERCEPCIÓN

El término percepción hace alusión a las impresiones que puede percibir un individuo de un objeto a través de los sentidos (vista, olfato tacto, auditivo y gusto).¹⁷

Sensación y percepción: Todos los seres humanos percibimos el mundo exterior a través de los sentidos, pero nuestra percepción depende también de experiencias anteriores. Constantemente nuestros sentidos son bombardeados por una multitud de estímulos.

Por otro lado, percepción es el conocimiento o la comprensión de una idea. La percepción comenzó a ser estudiada en el siglo XIX y, es el primer proceso cognoscitivo, en el cual el individuo o animal capta la información proveniente del exterior y, llega a los sistemas sensoriales y, es el cerebro quien se encarga de formar conexiones de neuronas que permite representar la imagen o idea completa de lo que fue descubierto.

Existen otros tipos de percepción entre la que destacaremos:

Percepción social: en virtud de que el ser humano se relaciona constantemente con los individuos de su entorno, este tipo de percepción lo ayuda a obtener

conclusiones con respecto al análisis e interpretación que realiza del comportamiento de ellos.¹⁸

En conclusión: La percepción es un proceso constructivo por el que organizamos las sensaciones y captamos conjuntos o formas (Gestalt) dotadas de sentido.

CARACTERÍSTICAS DE LA PERCEPCIÓN

La integración de cada persona al ambiente en el que se desarrolla, depende de su capacidad perceptiva. Si analizamos esta definición obtenemos que la percepción:

- Es un proceso constructivo que depende de las características del estímulo y de la experiencia sociocultural y afectiva del sujeto perceptor.
- Es un proceso de información-adaptación al ambiente. El objetivo de la percepción es dotar de sentido la realidad que vivimos, facilitarnos información sobre el mundo y permitir nuestra adaptación al entorno.
- Es un proceso de selección. Como la información que recibimos es excesiva los recuerdos del individuo son limitados, percibimos lo que es relevante para nosotros en cada circunstancia.

TEORÍAS DE LA PERCEPCIÓN

En el estudio de la percepción humana podemos resaltar dos perspectivas psicológicas: escuela de la forma o escuela de la Gestalt y teorías cognitivas.

- Teorías cognitivas: La percepción es una fase dentro del procesamiento de la información. La experiencia sensorial corresponde a la recopilación de información y la percepción se relaciona con la interpretación de la información. En esa percepción influyen nuestras expectativas, nuestros valores y nuestros esquemas cognitivos.
- Escuela de la forma (Gestalt) Rechazan la creencia del sentido común (“vemos el mundo tal y como es”) y defienden la naturaleza holística del proceso perceptivo, resumido en la frase: “el todo es mayor que la suma de las partes”.

FACTORES QUE INFLUYEN EN NUESTRA PERCEPCIÓN:

- Factores externos: (del estímulo) Intensidad: Cualquier modificación estimular suele llamar nuestra atención. Repetición, Tamaño o Novedad
- Factores internos: (del observador) Atención: En todo momento somos conscientes de un número limitado de estímulos. Motivos: Hacen que la percepción sea selectiva. Intereses y valores: Atendemos a los aspectos de la realidad que nos interesan más.
- Características del observador: Los deseos y las actitudes, la personalidad y la situación afectiva del observador influyen en la percepción.
- Cultura: Ejerce un papel fundamental en la percepción; nos han enseñado a percibir y este aprendizaje condicionarán nuestra perspectiva.

TRASTORNOS DE LA PERCEPCIÓN

1.- Agnosia: Incapacidad de identificar o reconocer estímulos por un sentido particular, aunque la persona tenga bien sus órganos sensoriales.

2.- Ilusiones: Es una deformación del objeto percibido, debido a una percepción falsa o a un error en el reconocimiento. Se distinguen varios tipos de ilusiones: entre ellas destacaremos: Por falta de atención: Son frecuentes en la vida cotidiana.

3.-Alucinaciones: Son percepciones sin objeto. Según el canal sensorial por el que se perciben.¹⁹

Pero lo que está en discusión, es si lo que se entrega al paciente y/o familiar/tutor, ¿es información como tal? ¿Es “traducción” al lenguaje del común de la gente? ¿Es educación?, veamos lo que nos indica su definición:

INFORMACIÓN

Está constituida por un grupo de datos ya supervisados y ordenados, que sirven para construir un mensaje basado en un cierto fenómeno o ente. La información permite resolver problemas y tomar decisiones, ya que su aprovechamiento racional es la base del conocimiento.

Por lo tanto, otra perspectiva nos indica que la información es un recurso que otorga significado o sentido a la realidad, ya que, mediante códigos y conjuntos de datos, da origen a los modelos de pensamiento humano.²⁰

Generalmente, el emisor del mensaje informativo en cuestión espera que su interlocutor o receptor de dicha información pueda “comprender” lo que se le ha informado, pero en sí, ¿qué es comprender?

COMPRESIÓN

La comprensión es la facultad de la inteligencia por medio de la cual logramos entender o penetrar en las cosas para entender sus razones o para hacernos una idea clara de estas. La palabra, como tal, deriva de comprensión.²¹

La necesidad que tiene el ser humano de comprender y de contar con una hipótesis sobre cualquier acontecimiento es muy importante. Ante cualquier mensaje realizamos alguna interpretación, la más adecuada y acorde posible a los datos disponibles que encontramos en ese momento. Esto no quiere decir que sea la "correcta" pero nos permite satisfacer nuestra necesidad de interpretar la realidad que nos rodea. Es inevitable no realizar interpretaciones varias.

El receptor de la información incluida en el consentimiento informado espera, por su parte, que dicho sistema informativo sea de calidad, para, de esa forma, lograr una mejor comprensión y le permita, con los datos correctos, tomar la decisión más acertada sobre su estado de salud, estrechamente ligado a la firma o no del consentimiento informado del servicio de cuidado de salud al que está ingresando. Pero, en esencia, ¿qué significa información de calidad?

CALIDAD

Del lat. *qualitas*, *-ātis*, y este calco del gr. *ποιότης ποιότῆς*. f. Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.²²

Por sistema de información se entiende “un conjunto de elementos organizados para ofrecer información oportuna en cuanto a contenido, formato, tiempo y lugar a un usuario determinado. Es decir, se trata de una configuración de medios, diseñados para proporcionar información referida a calidad un receptor, o

usuario, cumpliendo unos requisitos de calidad predeterminados” [Edwards, 1997].

El concepto de calidad es relativo, está en los ojos del observador, por lo que podemos considerar la calidad como un concepto multidimensional, sujeta a restricciones y ligada a compromisos aceptables (Piattini et al., 1997)

Redman (1996) señala quince características deseables en una vista de datos "ideal": Entre los que se destacan:

Relevancia

Facilidad de obtención

Claridad de definición

Esencialidad

Homogeneidad

Redundancia mínima

Consistencia semántica (La vista debería ser clara, no ambigua y consistente)

TISIONEUMONOLOGIA

Nuestro trabajo está enfocado en los pacientes internados en el servicio de Tisioneumonología del Hospital M. Quiroga, creemos necesario conocer la acepción lingüística del concepto del mismo:

La palabra Tisioneumonología surge de la unión de las palabras tisiología y neumología. La primera palabra se refiere a la detección del diagnóstico y al tratamiento de la tuberculosis. La segunda representa la especialidad que abarca a todo el conjunto de las enfermedades que afectan al sistema respiratorio.

ENFERMERÍA

La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar (del latín coidar).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Enfermería, por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo. La enfermería es tanto dicha actividad como la profesión que implica realizar estas tareas y el lugar físico en el que se llevan a cabo.

Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependen del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

Cuando una persona se encuentra internada en un hospital (es decir, cuando debe pernoctar en el centro de salud), los cuidados de enfermería incluirán el control del suero, el monitoreo de sus parámetros vitales y el suministro de los medicamentos indicados por el médico, entre otras tareas. (...) Según Virginia Henderson y su propia visión de la enfermería, las enfermeras y los enfermeros tienen la función principal de atender a las personas enfermas o sanas para llevar a cabo las actividades que colaboran con su recuperación o bien a evitar que padezcan cuando se acerca su hora final. Los cuidados de enfermería son un servicio que compensa la falta de fuerza, conocimientos o voluntad, dependiendo del trastorno.²³

ACTUACIONES O INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las Intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que, en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente.

Se define como una Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”.

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

Una Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.

Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

Una Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente, pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

Concluimos, por lo tanto, que la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

Este estudio será cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal.

Es cuantitativo porque la magnitud de sus datos puede ser medida en términos numéricos, y realizar un análisis estadístico de ellos.

Es descriptivo, porque está dirigido a investigar las características de la población de enfermeros del servicio de Tisioneumonología del Hospital Dr. Marcial Quiroga.

Es prospectivo porque registra los hechos en el tiempo, a medida en que ocurren, en el mes de Julio de 2021.

Y transversal porque el periodo y secuencia del estudio, ocurre en una sola oportunidad.

PERÍODO Y LUGAR DE REALIZACIÓN

Mes Julio de 2021, Servicio de Tisioneumonología, Hospital Público Descentralizado Marcial V. Quiroga, Rivadavia, San Juan.

UNIVERSO Y MUESTRA

Enfermeros activos y asistenciales del servicio de Tisioneumonología.

UNIDAD DE ANALISIS

Enfermeros/s ejerciendo (no licencias, no jubilados, no parte médico, no jefaturas)

METODOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

- A) CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Personal de Tisioneumonología, en actividad asistencial, durante el periodo Julio de 2021.
- B) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Personal que se encuentra de licencia, personal jubilado, personal que se encuentra con carta médica, jefaturas y supervisión.

TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

El Método: Se utilizó una encuesta que fue entregada al personal de enfermería del servicio de Tisioneumonología del Hospital Marcial V. Quiroga.

El Instrumento: El cuestionario contaba con 19 preguntas abiertas y cerradas, cuyos resultados son anónimos.

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION

Mediante una encuesta de la aplicación Google, enviada por Whatsapp.

ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES

Teniendo en cuenta la ley 26.529 correspondiente a la Ley de Derechos del Paciente, es que se redactó un consentimiento informado, que se entregó en conjunto con la encuesta a todo el personal enfermero asistencial del servicio de Tisioneumonología del HPDMQ, donde especifica el motivo y finalidad así como la confidencialidad de los resultados de dicha encuesta. A continuación se detalla el mismo:

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CODIFICACION
Características o Datos demográficos de los enfermeros del servicio de Tisioneumonología del hospital Dr. M. Quiroga	Edad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menos de 31 años ➤ Entre 32 a36 años ➤ Entre 36 a 43 años ➤ Más de 44 años 	1 2 3 4
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Femenino ➤ Masculino ➤ Binario ➤ Otro 	1 2 0 9
	Antigüedad en el servicio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menos de 6 años ➤ Entre 6 a 8 años ➤ Entre 9 a 12 años ➤ Más de 12 años 	1 2 3 4
	Formación profesional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Auxiliar de Enfermería ➤ Enfermera profesional ➤ Enfermera universitaria ➤ Licenciado en enfermería ➤ Post grado en enfermería 	1 2 3 4 5
Factores relacionados a información brindada de Consentimiento Informado (CI)	¿Quién entrega el formulario de CI?	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medico ➤ Enfermero ➤ Secretaria 	1 2 3
	La información del CI es clara	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Totalmente clara ➤ Clara ➤ Poca clara ➤ Muy poca clara ➤ No es clara ➤ No sabe, no contesta 	5 4 3 2 1 0

	La información del CI es suficiente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Totalmente suficiente 5 ➤ Suficiente 4 ➤ Poco suficiente 3 ➤ Muy poco suficiente 2 ➤ Insuficiente 1
	La calidad de la información brindada a los pacientes es clara	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Totalmente clara 5 ➤ Clara 4 ➤ Poca clara 3 ➤ Muy poca clara 2 ➤ No es clara 1 ➤ No sabe, no contesta 0
Percepción y participación de enfermería en el proceso CI	Conducta de pacientes al recibir el CI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Leer detenidamente 1 ➤ Firmar sin leer 2 ➤ Preguntar 3 ➤ Firmar luego de leer 4
	¿Porque los pacientes no entienden la información?	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vocabulario muy formal 5 ➤ Información escasa 4 ➤ No se explica verbalmente lo escrito 3 ➤ La información es incomprendible 2 ➤ Nivel de alfabetización 1 ➤ No contesta 0
	¿Qué información no entienden los pacientes?	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etiopatogenia 1 ➤ Técnicas a realizar 2

		➤ Tiempo de duración de los tratamientos	3
Las técnicas y procedimientos enfermero, deben tener un formulario de CI		➤ Si ➤ No	1 2
¿Es acertada la confección de un nuevo modelo CI, que incluya acciones de enfermería		➤ Si, totalmente de acuerdo ➤ Sí, pero tengo dudas ➤ No estoy de acuerdo ➤ Me es indiferente	1 2 3 4
Participación en actualización de CI		➤ Si debería ➤ No lo considero necesario ➤ No me interesa participar	1 2 3
El tiempo enfermero empleado para evacuar dudas de pacientes		➤ Totalmente suficiente ➤ Suficiente ➤ Poco suficiente ➤ Muy poco suficiente ➤ Insuficiente	5 4 3 2 1
Para el alta. ¿Se les proporciona toda la información a los pacientes?		➤ Si se les proporciona ➤ Si parcialmente ➤ No se proporciona	1 2 3
¿Cómo valoran los pacientes la		➤ Excelente ➤ Muy buena	5 4

	información brindada?	➤ Buena	3
		➤ Regular	2
		➤ Mala	1

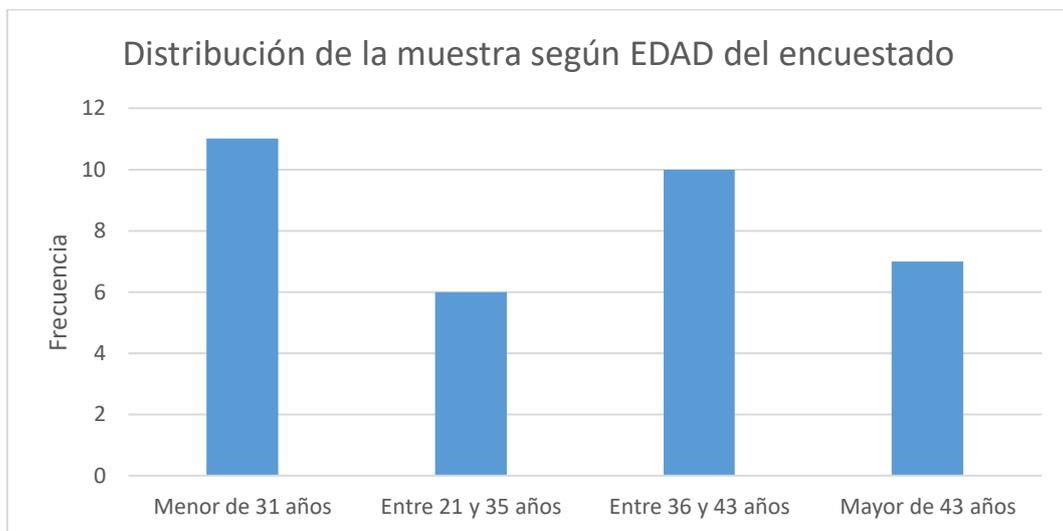
**CAPITULO IV:
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
DE LOS DATOS**

Tablas y gráficos

TABLA Y GRÁFICO N°1. Distribución de la muestra según EDAD del encuestado

	Fa	F%	FA
Menor de 31 años	11	32,4%	32,4
Entre 32 y 35 años	6	17,6%	50,0
Entre 36 y 43 años	10	29,4%	79,4
Mayor de 43 años	7	20,6%	100,0
Total	34	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de datos elaborado por las autoras del estudio.

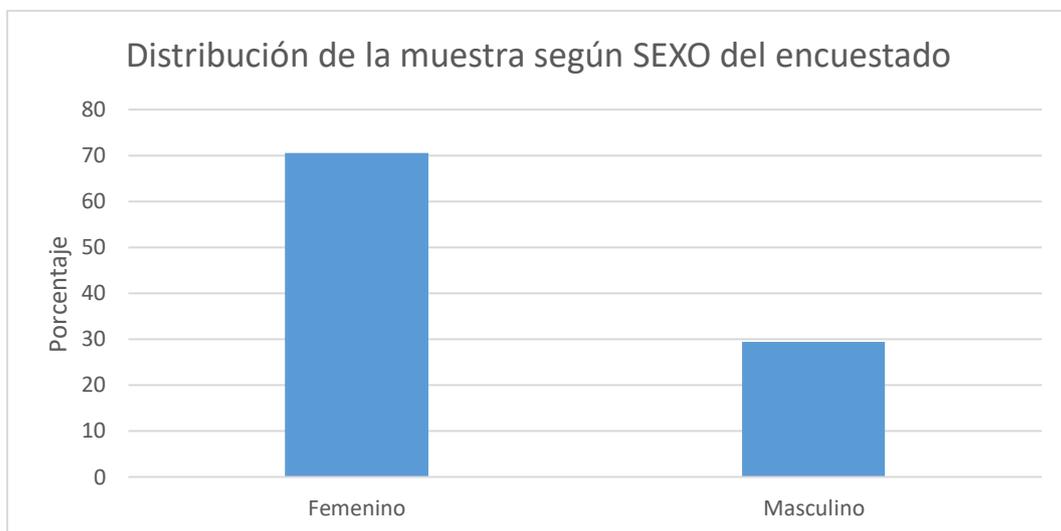


Comentario: En el GRÁFICO n° 1 se observa la distribución por edades del personal encuestado, con un predominio del 32,4% para menores de 31 años de edad.

TABLA Y GRAFICO N°2. Distribución de la muestra según SEXO del encuestado

	Fa	F%	FA
Femenino	24	70,6%	70,6
Masculino	10	29,4%	100,0
Total	34	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de datos elaborado por las autoras del estudio.

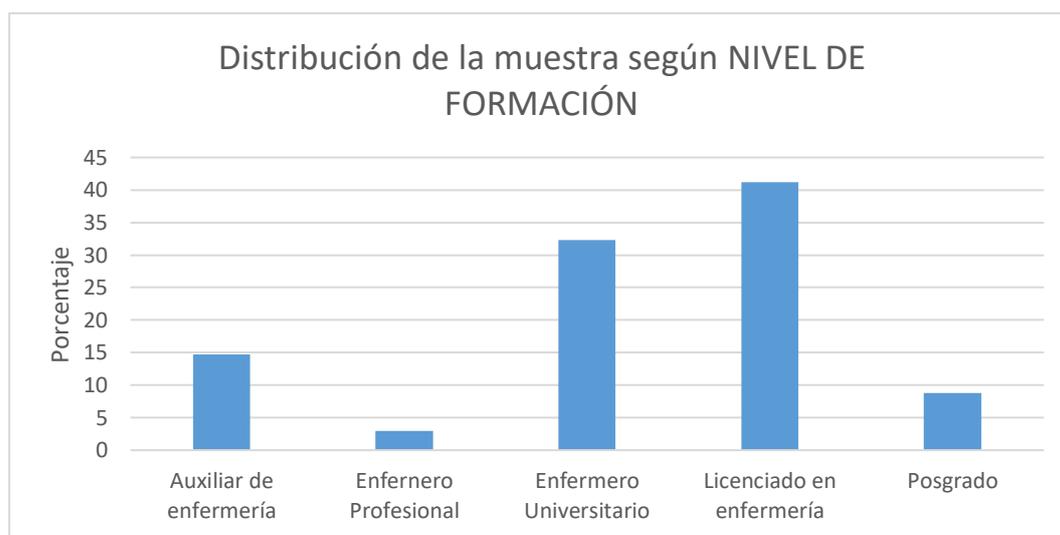


Comentario: En el GRAFICO n° 2 se observa la distribución por sexo del personal encuestado, con un predominio del 70,6% de personal femenino, y 29,4% de personal masculino.

TABLA Y GRÁFICO N°3. Distribución de la muestra según NIVEL DE FORMACIÓN

	Fa	F%	FA
Auxiliar de enfermería	5	14,7%	14,7
Enfermero Profesional	1	2,9%	17,6
Enfermero Universitario	11	32,4%	50,0
Licenciado en enfermería	14	41,2%	91,2
Posgrado	3	8,8%	100,0
Total	34	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de datos elaborado por las autoras del estudio.

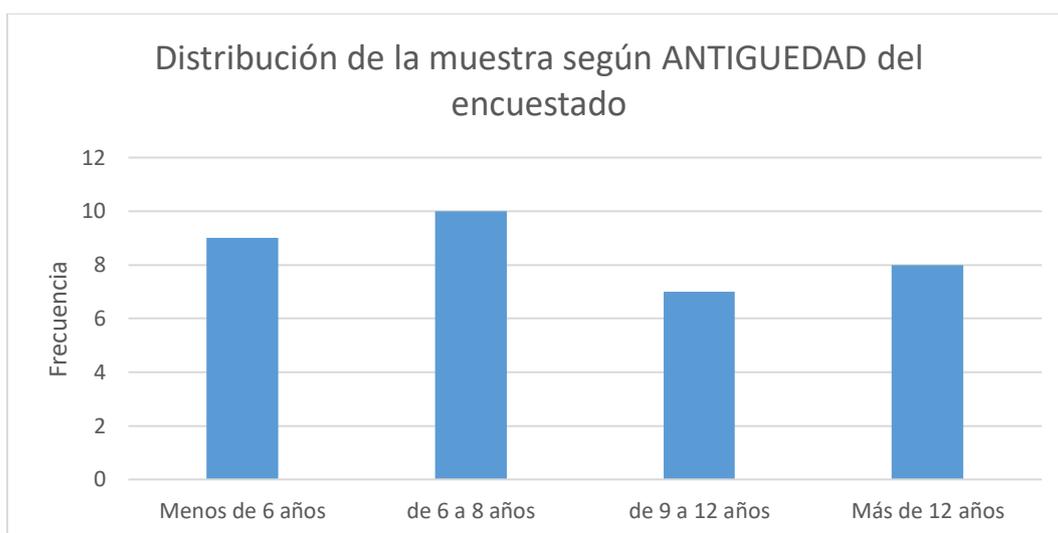


Comentario: En el GRAFICO n° 3, se observa una tendencia del 41,2 % de personal con formación de grado, en este caso Licenciados en enfermería. En contra posición a un bajo porcentaje de auxiliares en enfermería (14,7%)

TABLA Y GRÁFICO N°4. Distribución de la muestra según ANTIGUEDAD del encuestado

	Fa	F%	FA
Menos de 6 años	9	26,5%	26,5
de 6 a 8 años	10	29,4%	55,9
de 9 a 12 años	7	20,6%	76,5
Más de 12 años	8	23,5%	100,0
Total	34	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de datos elaborado por las autoras del estudio.



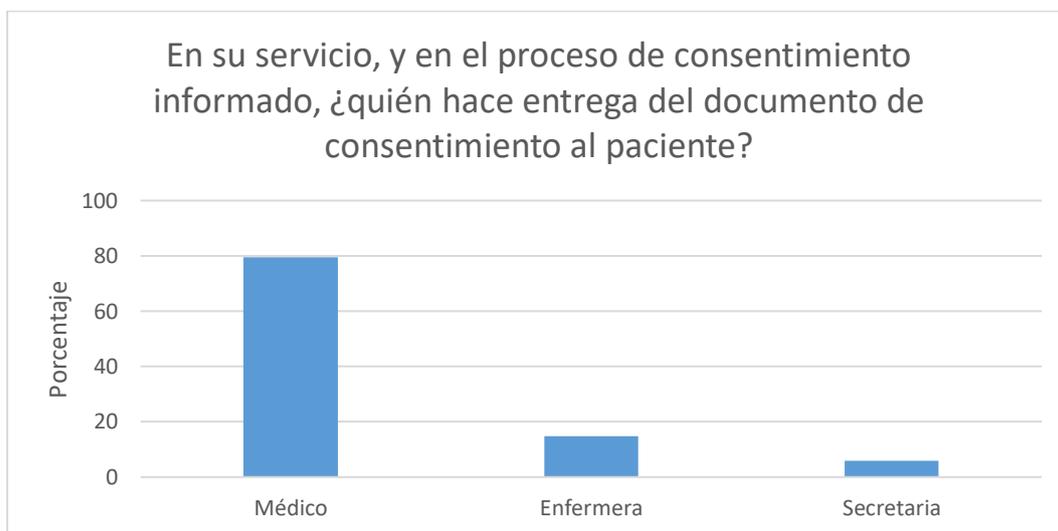
Comentario: En el GRAFICO n° 4, se observa un leve predominio de personal joven, ya que se observa un 29,4% de personal de entre 6 a 8 años de antigüedad, seguido de agentes con menos de 6 años de antigüedad con un 26,5%, aunque se observa una similitud en porcentajes con personal de mas de 9 años de antigüedad (de 9 a 12 20,6% y mas de 12 23,3%)

TABLA Y GRÁFICO N°5. En su servicio, y en el proceso de consentimiento informado, ¿quién

hace entrega del documento de consentimiento al paciente?

	Fa	F%	FA
Médico	27	79,4%	79,4
Enfermera	5	14,7%	94,1
Secretaria	2	5,9%	100,0
Total	34	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de datos elaborado por las autoras del estudio.

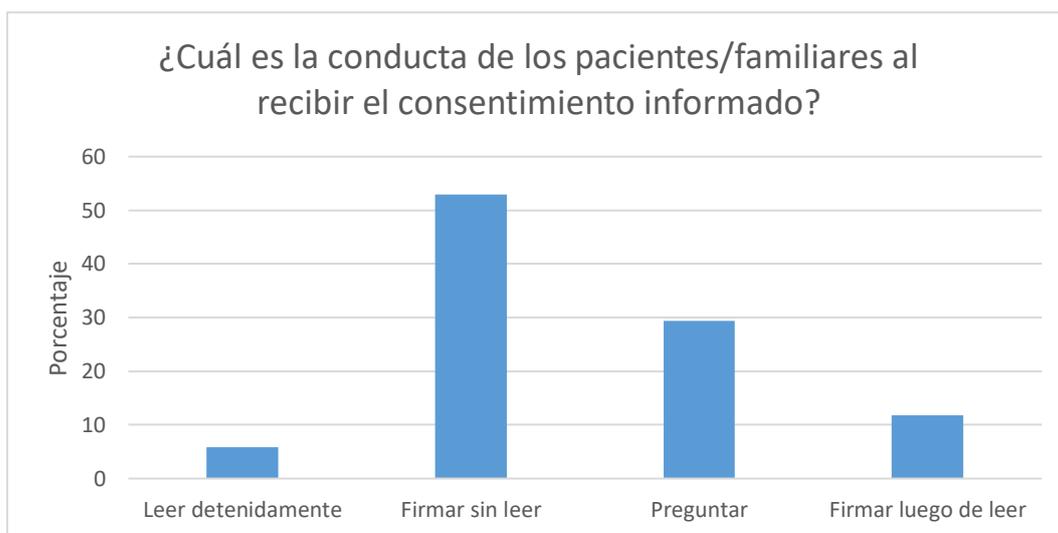


Comentario: En el GRAFICO nº 5, se observa un alto predominio de la entrega del consentimiento informado, por parte de personal médico, con un 79,4 %

TABLA Y GRÁFICO N°6. ¿Cuál es la conducta de los pacientes/familiares al recibir el consentimiento informado?

	Fa	F%	FA
Leer detenidamente	2	5,9%	5,9
Firmar sin leer	18	52,9%	58,8
Preguntar	10	29,4%	88,2
Firmar luego de leer	4	11,8%	100,0
Total	34	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de datos elaborado por las autoras del estudio.

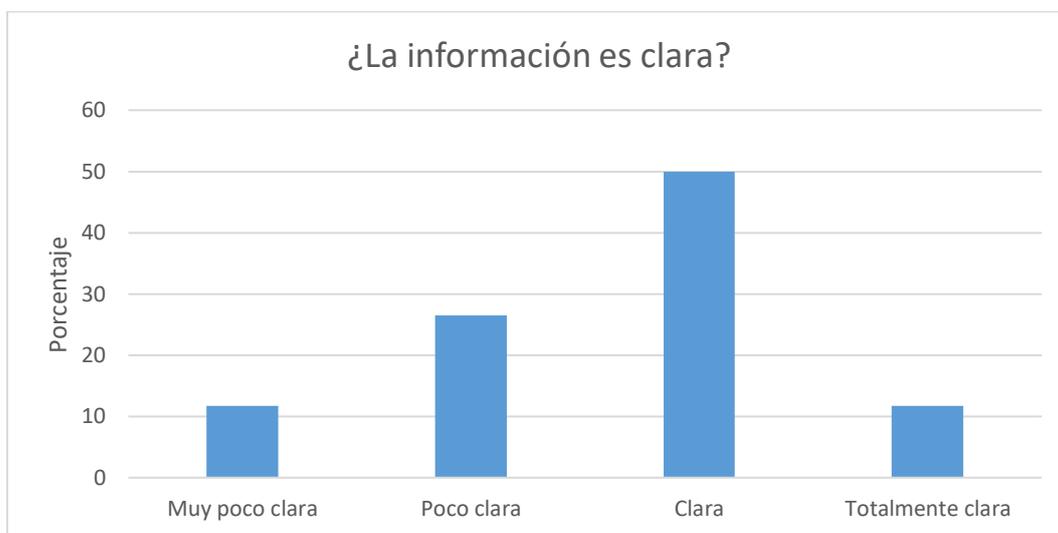


Comentario: En el GRAFICO n° 6, se observa una preponderancia del 52,9% de pacientes que firman sin leer el consentimiento informado, en relación al 5,9% de pacientes que deciden leer detalladamente antes de firmar.

TABLA Y GRÁFICO N°7. ¿Cree usted que la información contenida en el Consentimiento que se entrega a pacientes internados en el servicio de Tisioneumonología es clara?

	Fa	F%	FA
Muy poco clara	4	11,8%	11,8
Poco clara	9	26,4%	38,2
Clara	17	50,0%	88,2
Totalmente clara	4	11,8%	100,0
Total	34	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de datos elaborado por las autoras del estudio.

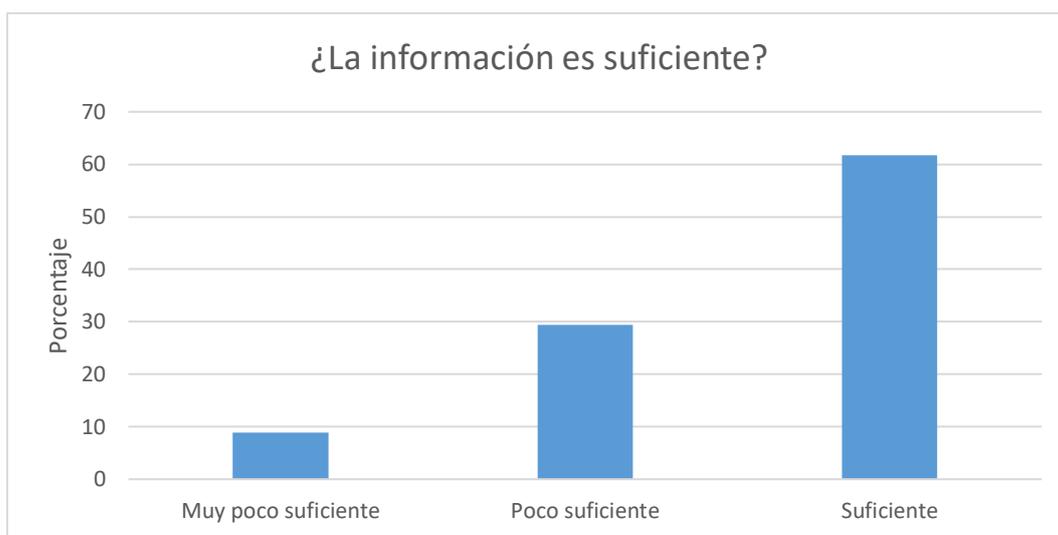


Comentario: GRAFICO n° 7: Podemos apreciar que el 50% de los encuestados manifestaron que la información es clara, y el resto se divide en personas que contraponen sus opiniones de si es poco clara o muy clara dicha información.

TABLA Y GRÁFICO N°8. ¿Cree usted que la información contenida en el Consentimiento que se entrega a pacientes internados en el servicio de Tisioneumonología es suficiente?

	Fa	F%	FA
Muy poco suficiente	3	8,8%	8,8
Poco suficiente	10	29,4%	38,2
Suficiente	21	61,8%	100,0
Total	34	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de datos elaborado por las autoras del estudio.

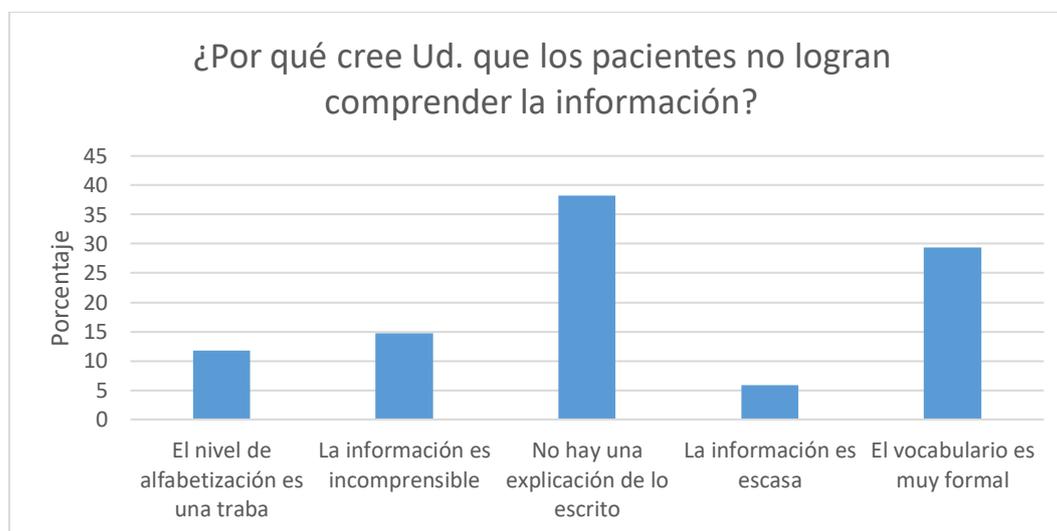


Comentario: GRAFICO n° 8: en este grafico encontramos una prevalencia del 61.8% de pesrsonas que opinan que es suficiente la información brindada en el consentimiento, y solo un 3% manifestaron que la información es muy poco suficiente.

TABLA Y GRÁFICO N°9. En nuestro estudio piloto, advertimos que los pacientes no logran comprender la información del formulario de consentimiento. ¿Por qué cree Ud. que sucede esto?

	Fa	F%	FA
El nivel de alfabetización es una traba	4	11,8%	11,8
La información es incomprensible	5	14,7%	26,5
No hay una explicación de lo escrito	13	38,2%	64,7
La información es escasa	2	5,9%	70,6
El vocabulario es muy formal	10	29,4%	100,0
Total	34	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de datos elaborado por las autoras del estudio.

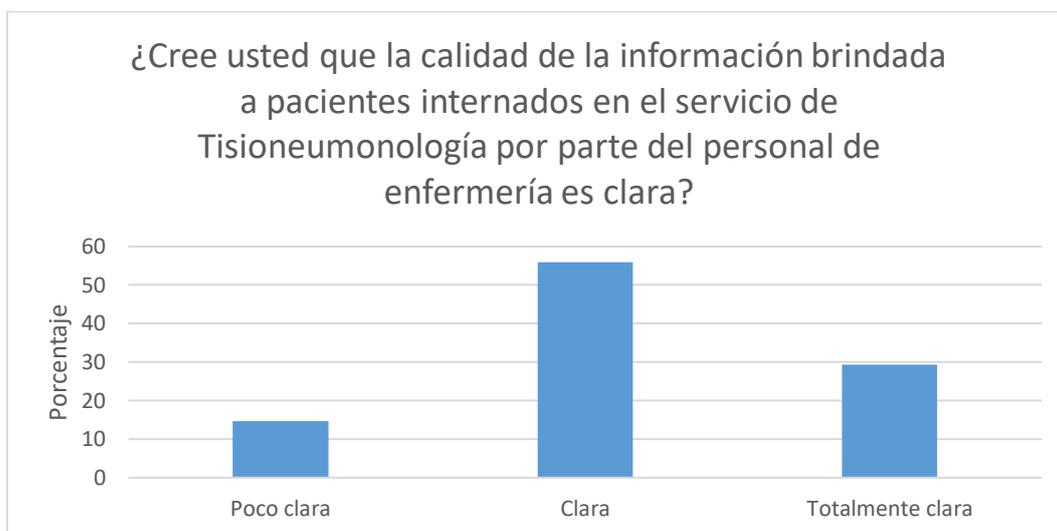


Comentario: GRÁFICO N 9: los encuestados opinan en su mayoría que los pacientes no logran comprender la información debido a que no hay explicación de lo escrito (38,2%) o que el vocabulario es muy formal (29,4%).

TABLA Y GRÁFICO N°10. ¿Cree usted que la calidad de la información brindada a pacientes internados en el servicio de Tisioneumonología por parte del personal de enfermería es clara?

	Fa	F%	FA
No es clara	0	0%	0
Poco clara	5	14,7%	14,7
Clara	19	55,9%	70,6
Totalmente clara	10	29,4%	100,0
Total	34	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de datos elaborado por las autoras del estudio.



Comentario: GRAFICO n° 10: el personal del servicio de opina en un 55,9% que la información brindada por los mismos es clara.

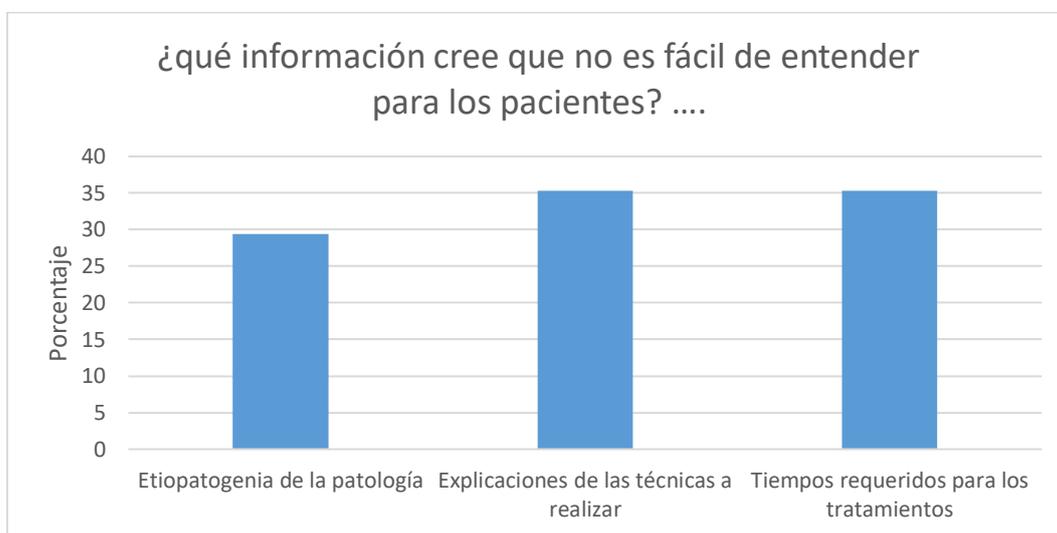
PREGUNTA N°11: Si a la pregunta anterior respondió "No es clara", diga por qué cree que no es clara la información.

En la encuesta, se interrogó al personal de enfermería (tabla 10) respecto a la calidad de información brindada por los mismos, a los que se les solicitó en la pregunta n° 11 justificaran su respuesta. Dado que ningún encuestado respondió con esta opción, no se obtiene datos para tabular.

TABLA Y GRÁFICO N°12. Seguramente Ud. estuvo internado alguna vez. Según estas vivencias suyas ¿qué información cree que no es fácil de entender para los pacientes?

	Fa	F%	FA
Etiopatogenia de la patología	10	29,4%	29,4
Explicaciones de las técnicas a realizar	12	35,3%	64,7
Tiempos requeridos para los tratamientos	12	35,3%	100,0
Total	34	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de datos elaborado por las autoras del estudio.

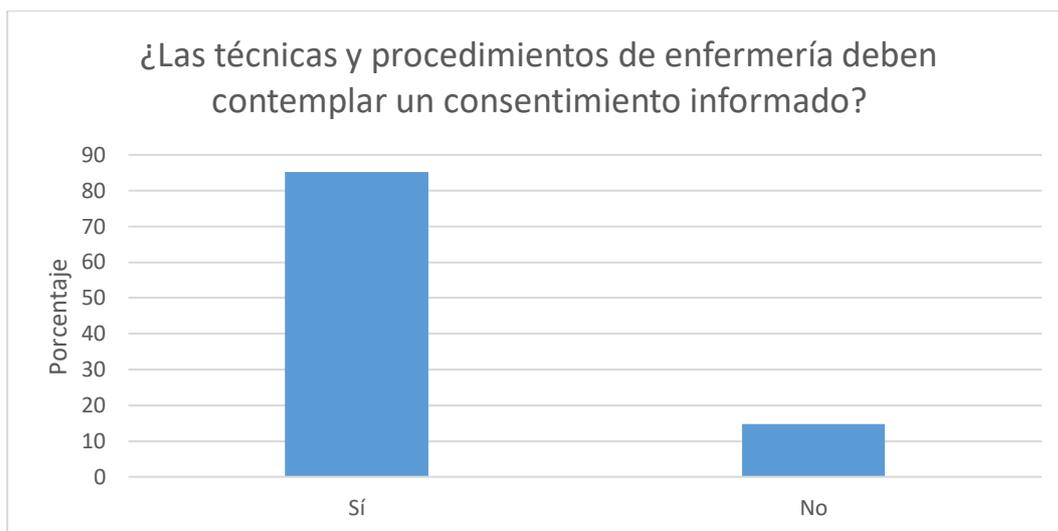


Comentario: GRAFICO n° 12: en igual porcentaje (35,3%) el grafico nos refleja que los pacientes no entienden las explicaciones de las tecnicas a realizar ni los tiempos requeridos para los tratamientos.

TABLA Y GRÁFICO N°13. ¿Cree usted que las técnicas y procedimientos de enfermería deben contemplar un formulario de consentimiento informado?

	Fa	F%	FA
Sí	29	85,3%	85,3
No	5	14,7%	100,0
Total	34	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de datos elaborado por las autoras del estudio.



Comentario: GRAFICO n°13: se observa que en un mayor porcentaje (85,3%) creen que enfermería debe contemplar un formulario de consentimiento informado que incluya las técnicas y procedimientos.

PREGUNTA N° 14. Ante la pregunta abierta sobre la necesidad de consentimiento de enfermería escrito no es posible generar tablas ni gráficos, ya que son datos cualitativos.

Se observó que del total de encuestados (34) solo respondieron la consigna 23. Se analizaron las respuestas, y en su mayoría las mismas apuntaban al amparo legal del accionar enfermero, ya que algunos manifestaron que las actividades no están incluidas en los consentimientos actuales, donde “permite tener un registro legal, y la aceptación del paciente, para que enfermería pueda actuar ante situaciones de emergencia, o situaciones fortuitas donde deba realizar técnicas para el bienestar del paciente”. Otros incluyeron que es necesario porque “favorece la colaboración del paciente y familia”. Ya que de esa manera se reconocen los procedimientos independientes de enfermería.

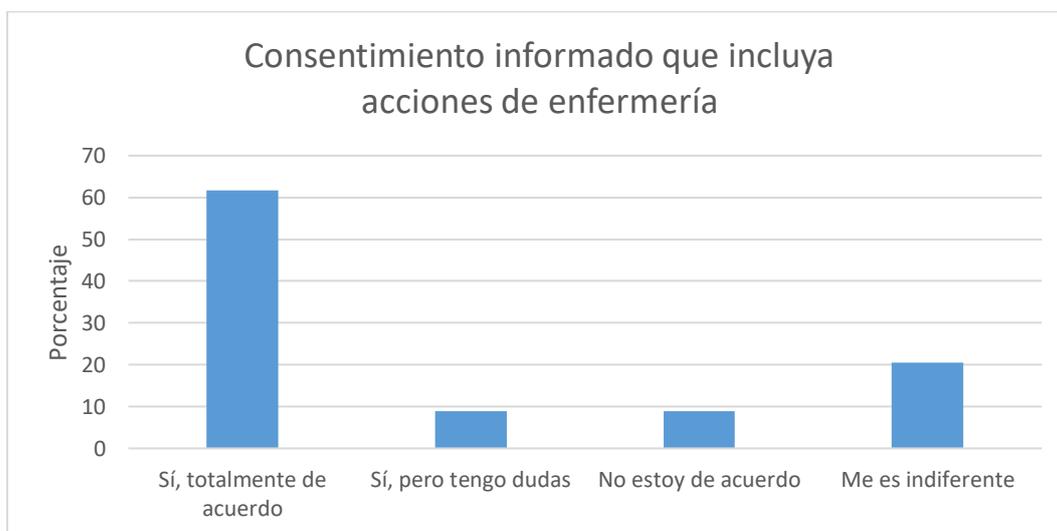
Uno de los encuestados refleja claramente el pensamiento de muchos pacientes, refiriendo que “La mayoría de los pacientes se niegan a técnicas enfermeras a veces debido al desconocimiento de la necesidad de las mismas y otras veces por desconfiar de la capacidad profesional de los enfermeros, ya que creen que toda técnica debe ser realizada por el médico”.

Una minoría (2 respuestas) reflejó que no creen en la necesidad de la inclusión de procedimientos enfermeros en el actual consentimiento, así como la creación de un consentimiento exclusivo de las técnicas enfermeras.

TABLA Y GRÁFICO N°15. ¿Le parece acertada la confección de un nuevo modelo de consentimiento informado que incluya acciones de enfermería ante determinadas situaciones de salud?

	Fa	F%	FA
Sí, totalmente de acuerdo	21	61,8%	61,8
Sí, pero tengo dudas	3	8,8%	70,6
No estoy de acuerdo	3	8,8%	79,4
Me es indiferente	7	20,6%	100,0
Total	34	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de datos elaborado por las autoras del estudio.

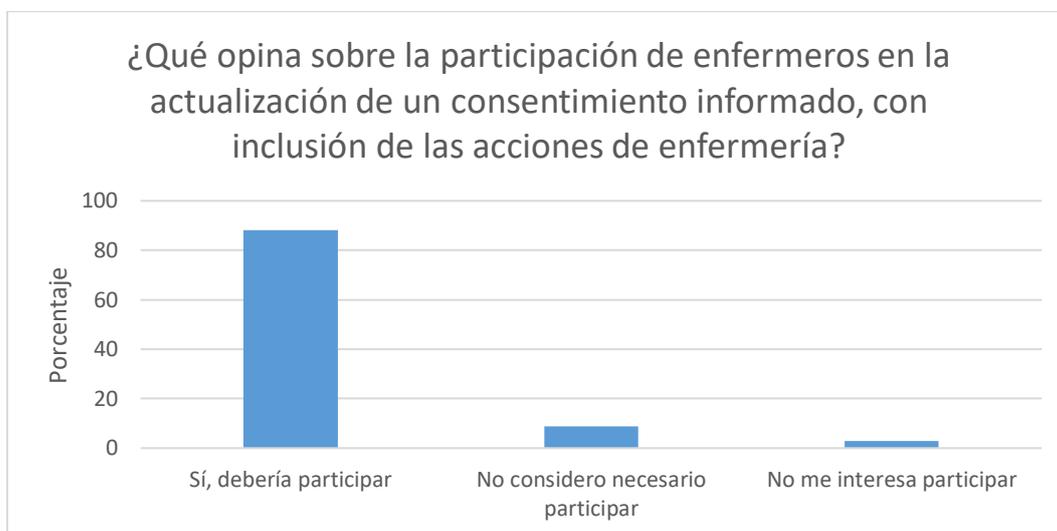


Comentario: GRAFICO n°15: Con una amplia diferencia se observa que en 61,8% del personal esta totalmente de acuerdo con la confección de un consentimiento que incluya acciones de enfermería, en contraposición de un 8,8% de encuestados que no esta de acuerdo.

TABLA Y GRÁFICO N°16. ¿Qué opina sobre la participación de enfermeros en la actualización de un consentimiento informado, con inclusión de las acciones de enfermería?

	Fa	F%	FA
Sí, debería participar	30	88,2%	88,2
No considero necesario participar	3	8,9%	97,1
No me interesa participar	1	2,9%	100,0
Total	34	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de datos elaborado por las autoras del estudio.

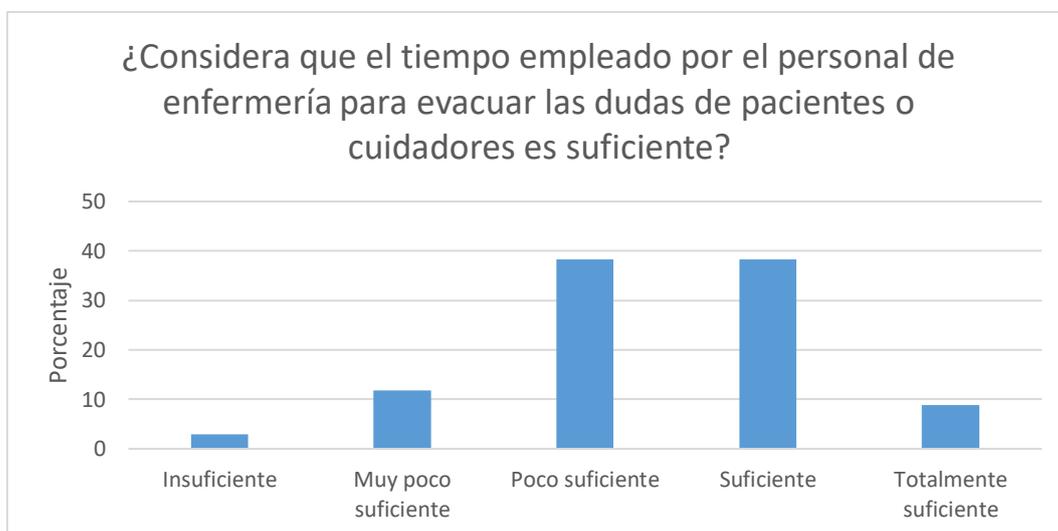


Comentario: GRAFICO n°16: en el grafico anterior se observa una marcada diferencia entre el personal que esta de acuerdo en la participación de la actualización del consentimiento informado (88,2%) en relación a una minoría del 2,9% que no le interesa participar.

TABLA Y GRÁFICO N°17. ¿Considera que el tiempo empleado por el personal de enfermería para evacuar las dudas de pacientes o cuidadores es suficiente?

	Fa	F%	FA
Insuficiente	1	2,9%	2,9
Muy poco suficiente	4	11,8%	14,7
Poco suficiente	13	38,2%	52,9
Suficiente	13	38,3%	91,2
Totalmente suficiente	3	8,8%	100,0
Total	34	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de datos elaborado por las autoras del estudio.

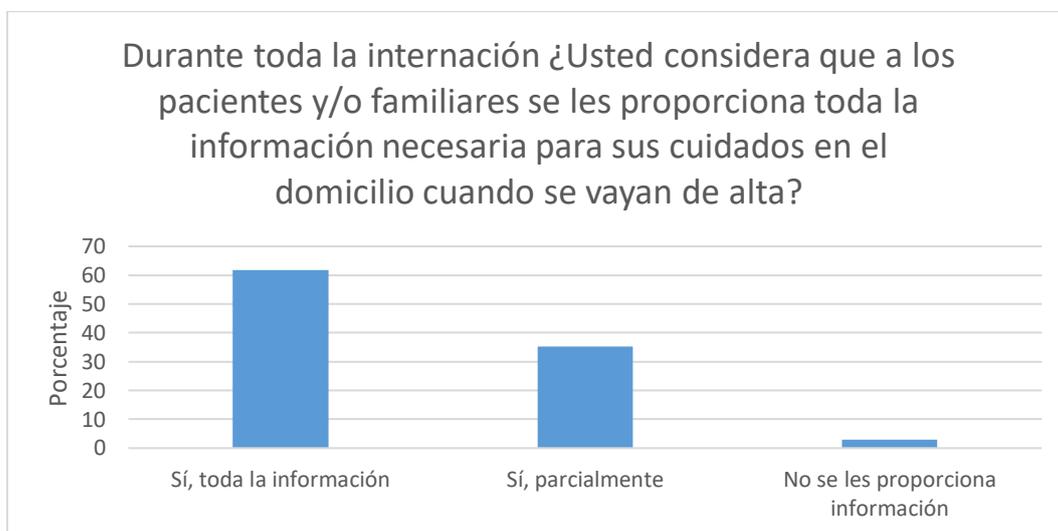


Comentario: GRAFICO n°17: es marcada la tendencia de opiniones donde se considera que el tiempo empleado por enfermería para evacuar dudas a pacientes y cuidadores es entre suficiente a poco suficiente con un porcentaje de 38,2% respectivamente.

TABLA Y GRÁFICO N°18. Durante toda la internación ¿Usted considera que a los pacientes y/o familiares se les proporciona toda la información necesaria para sus cuidados en el domicilio cuando se vayan de alta?

	Fa	F%	FA
Sí, toda la información	21	61,8%	61,8
Sí, parcialmente	12	35,3%	97,1
No se les proporciona información	1	2,9%	100,0
Total	34	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de datos elaborado por las autoras del estudio.

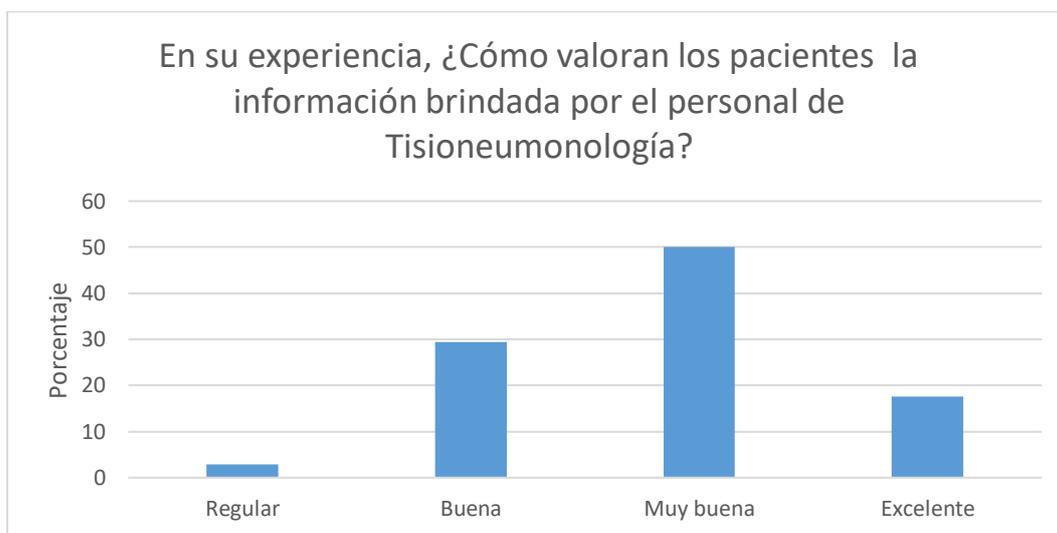


Comentario: GRAFICO n°18: el 61,8% de los encuestados considera que se les entregó toda la información necesaria para los cuidados en el domicilio al alta medica nosocomial.

TABLA Y GRÁFICO N°19. En su experiencia, ¿Cómo valoran los pacientes la información brindada por el personal de Tisioneumonología?

	Fa	F%	FA
Regular	1	2,9%	2,9
Buena	10	29,5%	32,4
Muy buena	17	50,0%	82,4
Excelente	6	17,6%	100,0
Total	34	100,0%	

Fuente: cuestionario de recolección de datos elaborado por las autoras del estudio.



Comentario: GRAFICO n°19: el personal manifiesta en un 50% que los pacientes valoraron como muy buena la información brindada por el personal de Tisioneumonología del HDMQ.

**CAPITULO V:
CONCLUSIÓN, DISCUSIÓN Y
PROPUESTAS**

CONCLUSION Y DISCUSION

Luego de analizar los datos obtenidos a través de la encuesta realizada, y en base a los objetivos específicos planteados al comienzo de este estudio, se concluyó lo siguiente:

- Con respecto a si la información del consentimiento informado brindado a los pacientes es clara, 50% de los encuestados opinaron que si es clara, en contra posición a un 11,8% que refirieron que la información es muy poco clara. El mismo valor en porcentaje de los encuestados opino que es totalmente clara.

Con respecto a si la información del consentimiento informado a los pacientes es suficiente, 61,8% refirió que lo es, y solo un 3% opino que es muy poco suficiente.

Se les consulto a los encuestados cual creen que es el motivo por el que los pacientes y/o familiares internados en el servicio de Tisioneumonología, no comprenden la información contenida en el consentimiento que se les entrega. El 38,2% de los enfermeros creen que no hay una explicación de lo escrito en el consentimiento informado, y el 29,4% opina que el vocabulario es muy formal.

- En relación al análisis del rol participativo de enfermería en la cumplimentación del proceso de consentimiento informado, se preguntó si enfermería cree que debe tener un formulario de consentimiento informado sobre sus técnicas y procedimientos enfermeros, el 80% opino que si debe contemplar. Ante la pregunta abierta donde argumentaran por qué se debía tener un consentimiento informado de enfermería, 23 de un total de 34 encuestados, fundamentaron su respuesta mencionando el amparo legal, permitiendo que enfermería pueda actuar en situaciones de emergencia. Otros incluyeron que favorece la colaboración del paciente y familia, reconociendo las tareas independientes de enfermería.

También se reconoció la necesidad de un nuevo formulario, debido al desconocimiento de la capacidad profesional de los enfermeros, creyendo los pacientes, que toda técnica debe ser realizada por el médico. Una minoría reflejo no creer en la necesidad de la inclusión de los

procedimientos enfermeros, ni en la creación de un consentimiento nuevo de las técnicas enfermeras.

Cuando de se les pidió su opinión sobre si sería adecuado la actualización del consentimiento informado que permita la inclusión de acciones enfermeras, el 61,8% está totalmente de acuerdo, en contra posición a un 8,8%.

Del 61,8% que estuvo de acuerdo, el 88,2%, respondió que sería favorable la participación en la confección del mismo, y solo una minoría no le interesa participar.

- Se decidió tomar al personal de Tisioneumonología, como muestra idealmente representativa con fines de estudio, que nos permita proporcionar datos bases para futuros análisis que reflejen a largo plazo, si las modificaciones en el consentimiento informado tuvieron un efecto positivo en la calidad de la información brindada a los pacientes.

PROPUESTAS

A través de este trabajo, se pretende sentar precedentes para la confección de un nuevo consentimiento informado, que no solo permita oportunamente brindar una mejor calidad de información, sino también colaborar con la institución, pudiendo así resolver todas aquellas dimensiones necesarias, permitiendo a los pacientes y familiares, de manera empática, la comprensión de su salud actual, disminuyendo las incertidumbres durante su internación, sobre las técnicas a realizar, tanto por personal médico, como por parte del equipo de enfermería.

Por lo tanto proponemos:

- Crear un comité de investigación con personal de enfermería para la investigación continua, sobre los aspectos legales inherentes a las acciones enfermeras, y sus consecuencias.
- Generar un formulario muestra, independiente del actual, con acciones enfermeras, acciones que generalmente son de constante inquietud para los pacientes y familiares.
- Componer dos encuestas de satisfacción sobre el consentimiento informado. La primera, luego de una prueba piloto del nuevo consentimiento informado, permitiendo a los profesionales de enfermería, volcar sus vivencias y opiniones, obtenido así un análisis de los datos para concluir si fueron o no cumplidos los objetivos propuestos.

La segunda encuesta, volcada a los pacientes y familiares, estará destinada a conocer si estos sienten que la información en este nuevo consentimiento informado, disminuye sus incertidumbres de las técnicas de enfermería.

- Gestionar dentro del equipo enfermero, constantes actualizaciones, tanto legales y formales, así como resaltar la humanización en la atención directa, respecto a la necesidad de que deba explicarse de forma verbal, antes de cada acción enfermera, para empatizar con el paciente y disminuir el estrés en el mismo

BIBLIOGRAFIA

1. Caballero Rico I, Bosch R, Garrido Bartolomé A. Enfermería al lado del paciente: su papel en el consentimiento informado. 2008 [acceso 1 de junio 2020], 4: 24-27. Disponible en: https://issuu.com/anedidic_raul/docs/enfermeria_dermatologica_04
2. RAE. Consentimiento [sede web]. Madrid: Real Academia Española, 2014 [actualizada año 2014, acceso 3 de junio 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/consentimiento?m=form> - EchX0hf
3. Consentimiento Informado: Derecho- Deber. Buenos Aires: Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas, 2010 [Acceso 3 de junio 2020]. Disponible en: <https://www.ancmyp.org.ar/user/files/06-Obiglio.pdf>
4. Perez J, Gardey A. Definición de Ética [sede web]. Definicion.DE: 2008 [actualizada año 2021, acceso 5 de junio 2020]. Disponible en: <https://definicion.de/etica/#:~:text=La%20C3%A9tica%20se%20relaciona%20con,%2C%20obligatorio%2C%20permitido%2C%20etc>
5. Guillen DM, Cuevas L. Aportaciones del humanismo en la formación de las enfermeras [Internet]. 2012 [acceso 5 de junio 2020], 2 (2):42. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/34/aportaciones-del-humanismo-en-la-formacion-de-las-enfermeras/>
6. Lamm E. Derechos personalísimos: su novísima recepción legal en el CCyCN [sede web]. Argentina: DELS, 2017 [acceso 5 de junio 2020]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ar/dels/entradas/derechos-personalisimos-su-novisima-recepcion-legal-en-el-ccykn>
7. Lamm E. Derechos personalísimos: su novísima recepción legal en el CCyCN [sede web]. Argentina: DELS, 2017 [acceso 5 de junio 2020]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ar/dels/entradas/derechos-personalisimos-su-novisima-recepcion-legal-en-el-ccykn>
8. Medina G, Nóbili A. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud: ley 26529 normativa provincial [sede web]. Argentina: DELS, 2017 [acceso 5 de junio 2020]. Disponible

- en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-del-paciente-en-su-relacion-con-los-profesionales-e-instituciones-de-la-salud-ley>
9. Medina G, Nóbili A. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud: ley 26529 normativa provincial [sede web]. Argentina: DELS, 2017 [acceso 5 de junio 2020]. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-del-paciente-en-su-relacion-con-los-profesionales-e-instituciones-de-la-salud-ley>
 10. Monje Sánchez M, León Gómez J. Sentido del sufrimiento [libro en internet]. 3ª ed. España: Ediciones Palabra, 1998 [acceso 5 de junio 2020]. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=uFUrj_BDHkC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false
 11. Monje Sánchez M, León Gómez J. Sentido del sufrimiento [libro en internet]. 3ª ed. España: Ediciones Palabra, 1998 [acceso 5 de junio 2020]. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=uFUrj_BDHkC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false
 12. Rodríguez D. Definición de Autonomía [sede web]. ConceptoDefinición, 2020 [acceso 5 de junio 2020]. Disponible en: <https://conceptoDefinicion.de/autonomia/>
 13. Perez Porto J, Merino M. Definición de Límite [sede web]. Definición.DE: 2011 [acceso 6 de junio 2020]. Disponible en: <https://definicion.de/limite/>
 14. significados.com [sede web]. España: 7Graus, 2013 [acceso 6 de junio 2020]. Significado de paciente [3 pantallas]. Disponible en: <https://www.significados.com/paciente/>
 15. León F, Burattini C, Schwartzmann J. El consentimiento informado y el personal de enfermería: estudio cualitativo en hospital público de Chile [tesis doctoral]. Santiago de Chile: Eleuthera, 2009 Disponible en: https://vip.ucaldas.edu.co/eleuthera/downloads/Eleuthera3_10.pdf
 16. Vazquez A, González L, Montilla R, Contreras J. La enfermería y el consentimiento informado [internet]. 1998 [acceso 9 de junio 2020],

- volumen (1): 64. Disponible en:
<https://aebioetica.org/revistas/1998/1/33/64.pdf>
17. slideshare [sede web]. EE.UU.: mariavitiennes, 2014 [acceso 9 de junio 2020]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/mariavitiennes/percepcion-42708479>
 18. significados.com [sede web]. España: 7Graus, 2013 [acceso 9 de junio 2020]. Significado de Percepción [3 pantallas]. Disponible en: <https://www.significados.com/percepcion/>
 19. slideshare [sede web]. EE.UU.: mariavitiennes, 2014 [acceso 9 de junio 2020]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/mariavitiennes/percepcion-42708479>
 20. Perez J, Gardey A. Concepto de información [sede web]. Definicion.De: 2008 [actualizada 2020, acceso 9 de junio 2020]. Disponible en: <https://definicion.de/informacion/#:~:text=Por%20lo%20tanto%2C%20per%20spectiva,a%20través%20de%20diferentes%20vías>
 21. significados.com [sede web]. España: 7Graus, 2013 [acceso 6 de junio 2020]. Significado de comprensión [3 pantallas]. Disponible en: <https://www.significados.com/comension/>
 22. RAE. Calidad [sede web]. Madrid: Real Academia Española, 2014 [actualizada año 2014, acceso 9 de junio 2020] Disponible en: <https://dle.rae.es/calidad>
 23. Porto J, Gardei A. Definicion de cuidados de enfermería [sede web]. Definicion.De: 2012 [actualizada 2020, acceso 9 de junio 2020] Disponible en: <https://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/>

ANEXOS

ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COMPLETAR EL CUESTIONARIO

“Manifiesto haber sido informada/o sobre la finalidad de la siguiente encuesta, y respondo de manera voluntaria y consciente, sobre “Percepción del personal de enfermería sobre el proceso y calidad de información del Consentimiento Informado brindado a pacientes y/o familiares internados”, cuyos datos serán utilizados con fines de investigación. Las personas que realizan la investigación se comprometen a no divulgar el origen de la información, la cual será anónima y confidencial.

Dicha encuesta la realizaron, durante el mes de Julio de 2021, las siguientes personas, González Nancy, Núñez Silvia, Peña Rodríguez Alejandra, estudiantes del Ciclo de Licenciatura en Enfermería, dependientes de la facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Nacional de Cuyo”.

ANEXO II: CUESTIONARIO

Consentimiento informado en pacientes de Tisioneumonología Hospital Dr. Marcial Quiroga, San Juan, 2021

Estudio sobre la Percepción del personal de enfermería sobre el proceso y calidad de información del Consentimiento Informado brindado a pacientes y/o familiares internados.

1. Indique su edad en años. Sólo un número.

2. Indique su sexo/género percibido
 - Femenino
 - Masculino
 - No binario
 - Otro

3. Indique su antigüedad en el ejercicio de la enfermería, en años.

4. Indique su nivel de formación en enfermería
 - Enfermero empírico
 - Auxiliar en enfermería
 - Enfermero profesional
 - Enfermero universitario
 - Licenciado en enfermería
 - Profesional con posgrado finalizado

5. En su servicio, y en el proceso de consentimiento informado, ¿quién hace entrega del documento de consentimiento al paciente?
 - El medico
 - La enfermera
 - Otra

6. ¿Cuál es la conducta de los pacientes/familiares al recibir el consentimiento informado?
- Lo leen detenidamente
 - Lo firman sin leer
 - Preguntan sus dudas antes de firmar
 - Lo firman luego de haber leído el documento
7. ¿Cree usted que la información contenida en el Consentimiento que se entrega a pacientes internados en el servicio de Tisioneumonología es clara?
- Totalmente Clara
 - Clara
 - Poco Clara
 - Muy poco clara
 - No es clara
8. ¿Cree usted que la información contenida en el Consentimiento que se entrega a pacientes internados en el servicio de Tisioneumonología es suficiente?
- Totalmente suficiente
 - Suficiente
 - Poco suficiente
 - Muy poco suficiente
 - Insuficiente
9. ¿Cree usted que la calidad de la información brindada a pacientes internados en el servicio de Tisioneumonología por parte del personal de enfermería es clara?
- Totalmente clara
 - Clara
 - Poco clara
 - Muy poco clara
 - No es clara

10. Si a la pregunta anterior respondió "No es clara", diga por qué cree que no es clara la información.

11. En nuestro estudio piloto, advertimos que los pacientes no logran comprender la información del formulario de consentimiento. ¿Por qué cree Ud. que sucede esto?

- Se utiliza vocabulario formal
- La información del formulario es escasa
- No se explica verbalmente lo que está escrito
- Los pacientes no comprenden la información por su situación de estrés
- El nivel de alfabetización de los pacientes dificulta la comprensión

12. Seguramente Ud. estuvo internado alguna vez. Según estas vivencias tuyas ¿qué información cree que no es fácil de entender para los pacientes?

- La etiopatogenia de la patología por la que fue internado
- Explicaciones de cirugía o técnicas a realizarle
- Los tiempos requeridos para los tratamientos y la evolución de su enfermedad

13. ¿Cree usted que las técnicas y procedimientos de enfermería deben contemplar un formulario de consentimiento informado?

- Sí
- No

14. Fundamente su respuesta de la pregunta anterior

15. ¿Le parece acertada la confección de un nuevo modelo de consentimiento informado que incluya acciones de enfermería ante determinadas situaciones de salud?

- Sí, totalmente de acuerdo

- Sí, de acuerdo pero tengo dudas.
- No estoy de acuerdo
- Me es indiferente que se incluya o no

16. ¿Qué opina sobre la participación de enfermeros en la actualización de un consentimiento informado, con inclusión de las acciones de enfermería?

- Sí, enfermería debe participar en la confección del mismo
- No, no lo considero necesario
- No me interesa participar

17. ¿Considera que el tiempo empleado por el personal de enfermería para evacuar las dudas de pacientes o cuidadores es suficiente?

- Totalmente suficiente
- Suficiente
- Poco suficiente
- Muy poco suficiente
- Insuficiente

18. Durante toda la internación ¿Usted considera que a los pacientes y/o familiares se les proporciona toda la información necesaria para sus cuidados en el domicilio cuando se vayan de alta?

- Sí, se les proporciona toda la información
- Sí, se les proporciona parcialmente la información
- No se les proporciona información

19. En su experiencia, ¿Cómo valoran los pacientes la información brindada por el personal de Tisioneumonología?

- | | |
|-------------|-----------|
| • Excelente | • Regular |
| • Muy buena | • Mala |
| • Buena | |

ANEXO III: LA LEY PROVINCIAL

Ley Nº: 7746

LA CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SAN JUAN

SANCIONA CON FUERZA DE L E Y:

ARTÍCULO 1º.- OBJETO: La presente Ley tiene por objeto regular el Consentimiento Informado de los pacientes.-

ARTÍCULO 2º.- ÁMBITO DE APLICACIÓN: La presente Ley será de aplicación en todos los hospitales públicos dependientes de la Secretaría de Estado de Salud Pública e instituciones privadas de la Provincia de San Juan.-

ARTÍCULO 3º.- DEFINICIÓN. A los efectos de la presente Ley se entiende por Consentimiento Informado la conformidad expresa del paciente manifestado por escrito, previa obtención de la información adecuada, para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico que afecte a su persona y que comporte riesgos importantes, notorios o considerables. La presentación del Consentimiento Informado es un derecho del paciente y su obtención un deber médico.-

ARTÍCULO 4º.- El Consentimiento Informado se basará estrictamente en el respeto a la integridad de la persona en su autonomía y autodeterminación con su cuerpo y salud y se fundamentará en la libertad personal de elección sobre la acción profesional e instrumental a practicársele, mediante el uso del libre albedrío.-

ARTÍCULO 5º.- La obtención y realización del Consentimiento Informado es responsabilidad exclusiva del profesional universitario de la salud y/o equipo interdisciplinario, que llevará a cabo el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico o del que conducirá la ejecución del mismo cuando sea efectuado por un equipo de profesionales y técnicos.-

ARTÍCULO 6º.- La dirección del establecimiento hospitalario público o privado es la encargada de supervisar y controlar la realización del Consentimiento Informado por parte de profesionales de la salud que se desempeñan en el mismo.-

ARTÍCULO 7º.- Las excepciones a la obtención del Consentimiento Informado según lo establecido en los artículos precedentes, corresponden a las siguientes situaciones:

Cuando se tratare de menores de edad, incapaces, dementes, personas en estado de inconciencia y sordomudos, que no puedan darse a entender por escrito, en tales casos deberá ser llevado a cabo por quien ejerza la patria potestad, tutor, representante legal del paciente o a la autoridad judicial competente.

Cuando se tratare de víctimas de catástrofes, accidentes múltiples o intentos de suicidio y en casos de urgencia y emergencia; en tales casos el profesional de la salud actuante arbitrará los procedimientos necesarios en protección de la vida amenazada sin obligación previa de obtener dicho consentimiento.-

ARTÍCULO 8º.- El Consentimiento Informado será explicado al paciente por el profesional de la salud actuante en las circunstancias, respondiéndose a los interrogantes eventuales que surjan, con cita, entre otros, de los siguientes datos.

Enfermedad padecida por el paciente, naturaleza y objetivos del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico a aplicarse.

Beneficios posibles a obtenerse, tras su realización.

Riesgos y complicaciones que pudieran presentarse durante o después de su ejecución.

Alternativas asistenciales a dicho procedimiento durante la presente enfermedad, en caso que existieran.

Evolución natural de la enfermedad ante la negativa al procedimiento.-

ARTÍCULO 9º.- El Consentimiento Informado será firmado por el paciente o su responsable legal y cuando ello no pudiera llevarse a cabo por la autoridad judicial competente a solicitud del profesional de la salud interviniente.-

ARTÍCULO 10º.- Se establecerá un plazo de al menos cuarenta y ocho (48) horas para que el paciente, su representante legal o la autoridad judicial competente evalúen su decisión de aceptación o rechazo del Consentimiento Informado. Cuando la urgencia demostrable no permita disponer del plazo antes establecido se dejará expresa constancia en la historia clínica del paciente, de las circunstancias que impusieron la premura en la obtención del mismo.-

ARTÍCULO 11º.- Mientras no se hubiere llevado a cabo el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico pautado, tanto el paciente como su representante legal conservarán la facultad de desistir del Consentimiento Informado ya otorgado previamente. De dicha negativa deberá dejarse constancia escrita en el mismo Consentimiento Informado suscripto con antelación donde se asentará el desistimiento con las firmas del paciente o su representante legal y de dos (2) testigos que también acompañaran este testimonio.-

ARTÍCULO 12º.- El hospital público o institución privada donde se llevará a cabo el procedimiento, motivo del Consentimiento Informado, tendrá la responsabilidad intransferible del archivo y custodia de esta prueba documental que se incorporará a la historia clínica del paciente, durante el lapso de quince (15) años a partir de la fecha en que se la hubiera realizado.-

ARTÍCULO 13º.- La Secretaría de Estado de Salud Pública de la Provincia de San Juan o el área ministerial que la sustituya, determinará los modelos de Consentimiento Informado a ser utilizados en los hospitales públicos bajo su dependencia y dará su aprobación a los modelos que determinen las instituciones privadas.-

ARTÍCULO 14°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.-

Sala de Sesiones de la Cámara de Diputados, a los nueve días del mes de noviembre del año dos mil seis.-

<https://diputadossanjuan.gob.ar/leyes-sancionadas/item/2677-ley-n-7746>

ANEXO IV: TABLA MATRIZ DE DATOS

Encuestados	Pregunta 1: Edad				Pregunta 2: Sexo		Pregunta 3: Antigüedad en años				Pregunta 4: Nivel de Formación					Pregunta 5: Entrega del C.I. a ptes.			Pregunta 6: Conducta de ptes. Al recibir el C.I.			
	menos 31	32 a 35	36 a 43	mas de 44	Fem.	Masc.	menos de 6	6 a 8	9 a 12	mas de 12	Aux. Enferm.	Enf. Prof.	Enf. Univ.	Lic. Enferm.	Posgrado	Medico	Enfermera	Secretaria (Personal Administrativo)	leer detenidamente	firmar sin leer	Preguntar	Firmar luego de leer
1																						
2	1				1		1					1				1				1		
3				1	1				1	1						1			1			
4			1		1			1						1			1				1	
5	1					1							1			1					1	
6			1		1				1							1					1	
7	1				1			1				1				1					1	
8		1			1				1			1				1					1	
9	1				1			1				1					1				1	
10			1		1			1					1			1						1
11			1			1							1									1
12		1			1				1				1			1					1	
13			1			1			1					1		1					1	
14	1				1		1					1					1					1
15			1			1	1						1			1					1	
16		1				1			1				1			1					1	
17			1		1		1					1				1					1	
18	1				1				1				1				1				1	
19				1	1			1				1					0				1	
20			1		1				1				1			1					1	
21	1				1		1						1			1					1	
22		1			1			1				1				1					1	
23				1	1		1				1					1			1			
24		1				1		1					1			1					1	
25	1				1		1						1			1					1	
26				1		1			1				1			1					1	
27		1				1	1					1					1				1	
28	1				1			1					1			1						1
29	1					1		1				1				1					1	
30				1	1				1	1						1					1	
31			1		1			1				1				1					1	
32				1	1				1				1			1					1	
33			1			1		1	1	1						1					1	
34	1				1			1						1		1					1	
35				1	1				1							1					1	
TOTAL	11	6	10	7	24	10	8	12	6	9	5	1	11	14	3	25	5	3	2	18	10	4

Encuestados	Pregunta 7: La informacion del C.I. es clara				Pregunta 8: La informacion es suficiente			Pregunta 9: Calidad de inf. dada por enferm. a ptes.				Pregunta 10: Sin respuestas	Pregunta 11: Porqué los ptes. no entienden la info.					Pregunta 12: Qué info no entienden los ptes.		
	muy poco clara	Poco clara	Clara	Totalmente clara	muy poco suficiente	Poco suficiente	Suficiente	no es clara	poco clara	clara	totalmente clara		nivel de alfabetizacion	la info es incomprendible	no hay explicacion de lo escrito	inform. Escasa	vocabulario muy formal	Etiopatogenia	tecnicas a realizar	tiempos requeridos para ttos.
1																				
2			1				1				1				1					1
3				1			1				1						1			1
4		1				1			1							1				1
5			1				1			1				1				1		
6			1				1				1				1			1		
7				1			1				1				1			1		
8	1					1					1				1					1
9	1					1					1				1			1		
10		1				1			1								1		1	
11				1			1				1						1		1	
12			1				1			1				1					1	
13				1			1				1						1	1		
14			1				1			1			1							1
15			1				1			1					1				1	
16			1				1			1			1							1
17			1				1			1				1				1		
18			1				1				1				1				1	
19		1				1			1								1		1	
20			1				1			1					1					1
21			1				1		1					1				1		
22		1				1				1							1			1
23		1			1				1					1					1	
24			1				1			1				1					1	
25		1				1				1				1						1
26			1				1			1			1						1	
27	1				1					1				1						1
28			1				1				1			1					1	
29			1			1				1				1				1		
30	1				1					1							1			1
31		1					1		1	1				1				1		
32			1			1				1							1	1		
33		1					1		1	1							1		1	
34		1				1				1				1					1	
35			1				1			1				1						1
TOTAL	4	9	17	4	3	10	21	0	5	19	10	0	4	5	13	2	10	10	12	12

Encuestados	Pregunta 13: Debe hacerse un C.I.		Pregunta 14: Respuesta abierta	Pregunta 15: El C.I. debe incluir acc. de Enf.				Pregunta 16: Los enf. deben participar en la confecc. de C.I.			Pregunta 17: El tiempo para evacuar preguntas de los Enf. a los ptes.				Pregunta 18: Se les proporciona toda la inf. a los ptes. para el alta			Pregunta 19: Como valoran la inf. brindada			
	si	no		si, totalmente de acuerdo	si, pero tengo dudas	No estoy de acuerdo	Me es indiferente	si, debería	no considero necesario	no me interesa participar	insuficiente	muy poco suficiente	poco suficiente	totalmente suficiente	si, toda la informacion	si, parcialmente	no se les proporciona toda la info.	regular	buena	muy buena	excelente
1																					
2	1			1				1					1		1				1		
3	1			1				1					1	1							1
4	1			1				1						1					1		
5	1			1				1							1				1		
6		1			1				1					1					1		
7	1			1				1							1				1		
8	1			1				1				1				1			1		
9	1			1				1				1			1		1			1	
10	1			1				1					1		1				1		
11		1			1			1						1						1	
12	1			1				1					1		1				1		
13	1			1				1						1						1	
14		1			1			1					1		1					1	
15	1			1				1						1						1	
16		1					1	1					1		1					1	1
17	1			1				1					1			1			1		
18	1			1				1				1			1				1		
19	1			1				1				1	1						1		
20	1			1				1				1				1			1		
21	1			1				1					1		1				1		
22	1			1				1						1					1		
23	1			1				1				1				1				1	
24	1			1				1					1		1		1		1		
25	1			1				1						1					1		
26	1					1			1						1					1	
27	1			1				1				1			1				1		
28	1			1				1						1					1		
29	1			1				1						1						1	
30	1				1			1					1		1					1	
31	1			1				1					1		1				1		
32	1			1				1						1					1		
33	1			1				1						1					1		
34	1			1				1					1		1				1		
35		1				1			1			1				1			1		
TOTAL	29	5	0	27	4	2	1	31	3	0	1	4	13	3	16	13	5	1	10	17	6