

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO. APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

José Carlos Rodríguez navarro

Médico especialista en Psiquiatría

Dr en Medicina y Cirugía General

Enrique Gómez Gracia

Profesor Titular del Dpto. de Medicina

Preventiva de la

Fac. de Medicina de la Univ. de Málaga

Joaquín Fernández-Crehuet Navajas

Catedrático del Dpto. de Medicina

Preventiva de la Fac. de Medicina de la Univ.

de Málaga. Jefe del Servicio de Medicina

Preventiva en el Hospital Univ. Ntra. Sra. de la

Victoria en Málaga

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado (CI) se define como la "conformidad de un enfermo respecto de una modificación de su organismo mediante tratamiento médico-quirúrgico con finalidad curativa y efectuado de acuerdo con las normas de la ciencia médica"¹. Si nos centramos en esta definición, podemos comprender que cualquier acto médico realizado sin la previa autorización o consentimiento del enfermo, puede constituir un delito contra la libertad del paciente. Incluso, según el artículo 496 del Código Penal antiguo, correspondiente al artículo 172 del nuevo Código Penal, puede constituir un delito de coacciones².

El concepto de CI ha pasado por diversas etapas en España. La primera etapa se situaría en el contexto de la

medicina de tradición hipocrática. Una medicina poco intervencionista, donde existiría una relación de confianza entre el médico y su paciente y donde existiría un consentimiento inmediato y tácito por el simple acto de acudir el paciente a solicitar los servicios del médico. El principal instrumento del médico era la palabra como remedio terapéutico³, alcanzando dentro de las familias el papel de autorizado consejero que despertaba sentimientos de respeto y confianza. En cualquier otro ámbito de la medicina fuera de la cirugía el acto formal de la obtención del consentimiento era algo excepcional⁴. La segunda etapa se situaría en el contexto de los avances tecnológicos, que en el campo de la medicina darían lugar a la aparición de una medicina intervencionista, con un mayor número de riesgos a la hora de aplicar las diferentes técnicas. Como consecuencia de ello, se crearía en el médico la necesidad de tener que informar al paciente de las técnicas que se le van a realizar así como de obtener el consentimiento del mismo para que se le apliquen determinadas técnicas⁵. La tercera etapa vendría marcada por el reconocimiento de los derechos de los enfermos y por el aumento de las demandas de responsabilidad médica^{6,7}.

El CI aparece legislado en España en la Ley General de Sanidad (LGS) de 25 de abril de 1986⁸. A nivel de la comunidad autónoma andaluza, el CI aparece legislado en la Ley de Salud de Andalucía, ley 2/1998 de 15 de junio. El contenido de ambas expresa la traducción y la

adaptación de las facultades que nuestra carta Magna de 1978 sancionó para todos los ciudadanos, por tanto no se trata de nuevos y diferentes derechos⁹. Los artículos que en la LGS hacen referencia expresa al CI son los que van desde el 10.4 al 10.6. En concreto el art. 10.5 indica que todos los enfermos tienen derecho "a que se dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento".

El objetivo general planteado ha consistido en analizar la situación actual del CI en nuestro medio y analizar su calidad y validez en tres servicios médico-quirúrgicos de dos hospitales de la provincia de Málaga. Como objetivos específicos hemos planteado analizar la aplicación del artículo 10 de la Ley General de Sanidad de 1986, en lo que se refiere al consentimiento informado; conocer el nivel de satisfacción con el trato y con la información médica recibida y la actitud de los pacientes hacia el documento de CI.

SUJETOS Y MÉTODO

Se ha analizado una serie 220 pacientes ingresados en dos hospitales de la provincia de Málaga. Los pacientes procedían de los servicios de: Urología, Cirugía de mama y endocrina y Cirugía digestiva. El estudio ha sido realizado desde el 8 de enero de 1998 hasta el 24 de febrero de 1999. Los 220 pacientes fueron seleccionados de forma aleatoria

partiendo de las hojas de quirófano de los servicios ya comentados. Una vez planteado el estudio nos pusimos en contacto con los Jefes de los respectivos Servicios para darles a conocer los objetivos del mismo, y obtener el permiso correspondiente para la realización del trabajo de campo. Todos los pacientes que participaron en el estudio se encontraban en el período de postoperatorio, que no superó en ningún caso los cinco días, tras haber sido intervenidos de patologías oncológicas y no oncológicas:

I. Patología oncológica:

- Neoplasia de vesícula biliar.
- Neoplasia de recto.
- Neoplasia de sigma.
- Neoplasia de colon.
- Neoplasia de estómago.
- Neoplasia de hígado.
- Neoplasia de esófago.
- Tumores malignos de próstata (intervenidos con y sin RTU).
- Tumores malignos de vejiga urinaria (intervenidos con y sin RTU).
- Carcinoma de tiroides.
- Carcinoma de mama.

II. Patología no oncológica:

- Hipertrofia benigna de próstata (intervenidos con y sin RTU).
- Hiperparatiroidismo.
- Bocio nodular.

A los potenciales participantes y a sus familiares y/o cuidadores se les explicó, de forma verbal y escrita, los pormenores y objetivos del presente estudio, solicitándoles la firma del documento de CI previo a formar parte de la serie final de pacientes. Todos los

pacientes pasaron a formar parte del estudio en el período de postoperatorio que osciló entre el quinto día, para los pacientes con patología digestiva, y el tercer día, para el resto de patologías.

Los criterios de exclusión que se usaron a la hora de concretar qué pacientes pasaban a formar parte del estudio y cuales no fueron los siguientes:

1. Ser menor de edad.
2. Tener una grave discapacidad sensorial que dificultara la comprensión y la realización de las pruebas que se usaron (p. ej.: sordera grave).
3. No dominar el idioma español con fluidez.
4. Tener un trastorno psiquiátrico agudo o crónico.
5. Padecer un grave deterioro cognitivo.

A todos los pacientes participantes se les realizó un cuestionario general de evaluación de actitudes del paciente hacia el CI (Cuestionario General CI), así como un cuestionario del estado mental (Mini-Mental Test).

En primer lugar se realizó el Mini-Mental Test. Este test tiene utilidad para confirmar una disfunción de la cognición, para apreciar su gravedad y para evaluar su evolución en función del tiempo y la respuesta al tratamiento. Esta prueba se le realizó al paciente una vez que dio su consentimiento para formar parte del estudio. La finalidad de esta prueba era la de funcionar como un filtro que permitiera excluir a aquellos pacientes con un deterioro cognitivo grave antes de que se iniciara el estudio.

Evalúa varias áreas: Orientación, Fijación, Atención y Cálculo, Memoria, Lenguaje, Escritura y Copia de figuras¹⁰.

Una vez filtrados los pacientes a través del Mini-mental Test, se les realizó el Cuestionario General CI. Para la realización de ese cuestionario, que fue elaborado expresamente para este estudio, nos apoyamos en los cuestionarios previos de Dawes^{11,12}. En dichos cuestionarios se evaluaban aspectos relacionados con la actitud del paciente hacia el documento de CI, hacia la relación médico-paciente y hacia la información médica recibida. Nuestro cuestionario constó de 58 ítems, no era autoadministrado y la duración de su realización oscilaba entre los 35 y los 40 minutos. Se evaluaron los siguientes aspectos:

1. Datos generales: edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad y tratamientos previos recibidos, día del postoperatorio en el que se encuentra.
2. Actitud hacia el consentimiento informado.
3. Cantidad de información médica recibida por el paciente.
4. Recuerdo de la información médica recibida por el paciente.
5. Actitud del paciente hacia la relación médico-enfermo y enfermo-resto del personal sanitario.
6. Grado de satisfacción del paciente con la información médica recibida.

El cuestionario se sometió a un período de prueba en el que se utilizó en 25 enfermos y 15 sujetos sanos con el fin de evaluar la comprensión de las preguntas así como solucionar las dificultades que

aparecieran. El investigador encargado de administrar este cuestionario a los enfermos fue el mismo en todos los casos con el fin de evitar el sesgo al usar diferentes investigadores. Una vez realizados algunos cambios en el cuestionario, se procedió a su definitiva elaboración y utilización.

Una vez asignadas las variables los datos obtenidos se han tratado estadísticamente utilizando el paquete informático SPSS/PC+ versión 8.0 para Windows. Se ha aplicado el proceso Frecuencias para calcular frecuencias absolutas y relativas. El contraste estadístico se ha realizado mediante el procedimiento T-Test que nos calcula el valor de la t de Student para comparar las medias de cada grupo, y su significación estadística. Para el análisis de las variables cualitativas se ha usado la Chi.cuadrado. Sólo se han elegido aquellos cruces estadísticamente significativos ($p < 0.05$).

RESULTADOS

Del total de pacientes, 124 eran hombres (43,6%) y 96 mujeres (56,4%). En cuanto a la distribución por edades, más del 50 % de la serie se encontraba entre los 55 y los 74 años. En concreto: el 3% de los pacientes entre los 25 y los 34 años. El 18% entre los 35 y los 44 años; el 13% entre los 45 y los 54 años; el 33,6% de los pacientes entre los 55 y los 64 años; el 25% entre los 65 y los 74 años; el 7% entre los 75 y los 84 años y finalmente, el 0,4% eran pacientes mayores de 81 años.

En relación al estado civil, 180 pacientes estaban casados (81,8%), 15

solteros (6,8%), 23 viudos (10,5%) y 2 pacientes estaban separados/divorciados (0,9%).

Relativo al nivel educacional, 21 pacientes tenían un nivel universitario o superior (9,5%), 54 pacientes un nivel de BUP, FP o COU (24,5%), 60 pacientes tenían el nivel de graduado escolar (27,3%), 66 pacientes no tenían estudios pero sabían leer y/o escribir (30%) y 19 pacientes no tenían estudios ni sabían leer y/o escribir (8,6%).

La distribución por servicios fue la siguiente: 71 pacientes de Urología (32,3%), 52 pacientes de Cirugía de mama y endocrina (23,6%) y 97 pacientes de Cirugía digestiva (44,1%).

La distribución por patologías fue la siguiente: tumor vesical intervenido por RTU (18 pacientes), tumor vesical no intervenido por RTU (8 pacientes), hipertrofia benigna de próstata intervenida por RTU (22 pacientes), hipertrofia benigna de próstata no intervenida por RTU (11 pacientes), tumor de próstata intervenido por RTU (10 pacientes), tumor de próstata no intervenido por RTU (2 pacientes), carcinoma de tiroides (6 pacientes), bocio nodular (19 pacientes), hiperparatiroidismo (5 pacientes), neoplasia rectal (21 pacientes), neoplasia de sigma (21 pacientes), neoplasia de colon (28 pacientes), neoplasia de esófago (7 pacientes), neoplasia de vesícula biliar (9 pacientes), neoplasia de estómago (8 pacientes), neoplasia hepática no metastásica (6 pacientes), cáncer de mama (22 pacientes).

En cuanto al nivel de información de los pacientes sobre su enfermedad y el

tratamiento de la misma, el 36,8% de los pacientes decía no ser capaz de explicar en que consistía su enfermedad mientras que en 33,6% sólo tenía una idea vaga de la misma. El 86,8% no conocía el nombre de la operación que se le había realizado y un 36,8% no pudo explicar en que había consistido la intervención quirúrgica.

En relación a la información médica recibida de los médicos y, según las respuestas de los pacientes, a un 20% de los enfermos ningún médico le explicó si existía alguna otra alternativa terapéutica al tratamiento que se le había propuesto; un 5% contestó que nadie le explicó en que consistiría la intervención quirúrgica y a un 40% sólo se lo explicaron los médicos de pasada. Casi dos terceras partes, el 74,5%, no conocían los riesgos o complicaciones derivadas del tratamiento que iban a realizarles ni las molestias que tendrían en el postoperatorio. Al 93,2% de los pacientes ningún médico les explicó si existía algún riesgo para su vida en la intervención quirúrgica o si podían quedar con alguna incapacidad como consecuencia de ella. El 60% desconocía el tiempo que deberían permanecer hospitalizados.

La gran mayoría de los pacientes que recibieron alguna información médica, el 95,9%, fueron informados en la consulta ambulatoria pocos días antes de ser intervenidos y con la presencia de un familiar. Dicha presencia resultó beneficiosa para el 50% de los sujetos ya que, según contestaron, contribuyó a tranquilizarles y a que pudieran entender mejor la explicación del médico.

En cuanto a la obtención del CI en los pacientes de nuestro estudio y su validez. El 84,5% de los pacientes no firmó ningún documento de CI por el que dieran su conformidad para que se les realizara una determinada intervención quirúrgica. Ese resultado se obtuvo no sólo de la respuesta subjetiva de los pacientes, sino que se comprobó in situ en cada una de las historias clínicas la existencia de un documento de CI debidamente cumplimentado y firmado por el médico y paciente. En el 84,5% de los casos no se encontró dicho documento. Los resultados con respecto a la técnica anestésica fueron completamente diferentes. El 95% de los pacientes sí firmó un documento de CI por el que consentían que se les aplicara una determinada técnica anestésica.

De los pacientes de nuestro estudio que firmaron el CI para la intervención quirúrgica, el 80% no leyó el documento porque confiaba ciegamente en que el médico que les atendía sólo quería lo mejor para él.

Se contrastó la variable "firma del documento de CI para la intervención quirúrgica" con la variable "nivel de información subjetiva del enfermo". Se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado obteniéndose una "p" estadísticamente significativa ($p=0,012$). Los resultados indican que el 73,5% de los sujetos que firmaron el formulario del consentimiento informado para la intervención quirúrgica no conocían cual era el nombre de la intervención que les habían realizado (Tabla 1).

Tabla 1. Relación entre firmar el documento del consentimiento informado (CI) y el conocimiento del nombre de la intervención.

		Conocimiento del nombre de la intervención		
		NO	SI	Total
FIRMA DEL CI	NO	166 10,8%	20	84,5%
	* Pf 89,2% ** Pc 86,9% 69%	25 73,5% 31%	9 26,5%	
	SI			5,5%
	Total	86,8%	13,2%	100%

* Pf: porcentaje de filas.

(p = 0,012)

** Pc: porcentaje de columnas.

En cuanto a la actitud de los pacientes hacia el documento del CI, el 36,6% de los pacientes pensaba que el CI era un documento que daba constancia de que la intervención quirúrgica y/o la anestesia y sus complicaciones les habían sido explicadas. Una tercera parte opinaba que era un documento para proteger al médico de problemas legales por si algo salía mal durante la intervención o la anestesia.

El nivel de satisfacción con la información médica recibida y con la relación médico-paciente fue el siguiente: para el 92,3% de los pacientes la información recibida del anestesista había sido la adecuada, sólo un 4,5% pensaba que la información había sido demasiado escasa; el 88,6% de los sujetos, consideraban que la relación con el anestesista había sido afectuosa y comunicativa, indicando que el anestesista había contribuido a resolver todas sus dudas explicándoles todo lo concerniente a la anestesia; el 96,4% dijo

estar satisfecho del trato recibido por los anestesistas; el 85% de los pacientes estaban satisfechos con la información recibida por parte del cirujano tanto de la enfermedad como de la operación que les habían realizado, mientras que el 14,5% pensaba que la información había sido demasiado escasa; el 99,5% estaba satisfecho del trato médico recibido; el 68,6% decía que la relación con el cirujano había sido afectuosa y comunicativa y que les había explicado todo lo concerniente a su enfermedad y a su tratamiento y que resolvió todas sus dudas; sólo un 0,9% pensaba que la relación con el cirujano había sido bastante fría y distante mientras que el 30,5% opinó que había sido una relación afectuosa aunque la información había sido escasa.

DISCUSIÓN

La cuestión del consentimiento informado está suscitando en España un inte-

rés creciente, consecuencia, entre otras razones, del auge actual de la ética médica, en los aspectos relacionados con la investigación y con la asistencia clínica. El objetivo general de este trabajo ha sido conocer la situación actual del consentimiento informado en nuestro medio y analizar su calidad y validez.

En relación a los datos referidos a la información que el paciente había recibido por parte del médico, sobre su enfermedad, el tratamiento que le iban a realizar, las complicaciones y posibilidades de éxito del mismo, la existencia de otras alternativas terapéuticas y las molestias del postoperatorio, resalta el desconocimiento del nombre de la enfermedad que padecían por parte de la mitad de los pacientes. Destaca como el 38,6% decía no ser capaz de explicar en que consistía su enfermedad. Hubo también un gran desconocimiento acerca del nombre de la operación que les habían realizado ya que el 86,8% decía no conocer el mismo, mientras que un 36,8% no pudo ni siquiera explicar en que había consistido aquélla. Un estudio reciente, realizado en pacientes que iban a ser intervenidos de patologías no urgentes, reflejaba que el 96,9% de los enfermos conocía el diagnóstico de su enfermedad y el 67,3% conocía la intervención que se les iba a realizar¹³.

Del análisis de los resultados, resulta evidente el grado de desinformación que presentaron los enfermos sobre cuestiones tan esenciales como su enfermedad y los tratamientos a los que fueron sometidos. Como se dijo anterior-

mente, la Ley General de Sanidad de 1986, en su art. 10.5., ampara la obligatoriedad del CI, aunque, a la luz de los resultados obtenidos, se puede afirmar que se está muy lejos de cumplir aquellos preceptos que marca la Ley y, sin embargo, se está más cerca del paternalismo tradicional.

Cuando se ha debatido sobre quien debe obtener el consentimiento informado, cómo debe obtenerlo y en qué momento, la recomendación es que sea el mismo médico que va a intervenir al paciente¹⁴ y que lo haga en un lenguaje comprensible y asequible para el paciente y lo más cercano posible en el tiempo a la realización de la intervención;¹⁵. Un 31,8% de los sujetos participantes en el estudio, habían recibido la información de un médico distinto al que les operó. Sin embargo, un porcentaje bastante alto de los sujetos que recibieron alguna información, el 90,9%, dijo haberla recibido en un lenguaje sencillo y comprensible. En el estudio de Cabello¹³, el 93,3% de los pacientes recibieron la información del médico, aunque no se especifica si fue el mismo que luego realizó la intervención;

En nuestra serie, la gran mayoría de los pacientes recibieron la información en la consulta ambulatoria, pocos días antes de ser intervenidos y con la presencia de un familiar que resultó beneficiosa para un 50% de los sujetos ya que les ayudó a tranquilizarse, pudiendo prestar más atención al médico. En el estudio ya comentado de Cabello, el 59,2% de los enfermos recibió la información en la consulta ambulatoria.

Teniendo en cuenta que tanto en la Ley General de Sanidad como en el Código Deontológico se insiste en que la información debe ser tanto al paciente como a la familia, estos datos deberían reforzar la conducta del médico dirigida a fomentar la participación de la familia del paciente en el proceso de información. No se debe olvidar que nuestra cultura mediterránea, es una cultura de tradición familiar. El papel de la familia es muy importante en nuestro medio y, en el caso de que uno de sus miembros enferme, el médico no debe dejar de apoyarse en el resto de los miembros a la hora de buscar que el consentimiento que el paciente dé, sea más válido.

En un elevado porcentaje no se obtuvo el CI de los pacientes antes de ser sometidos a una intervención quirúrgica por lo que no se cumplió el artículo 10,5 de la Ley General de Sanidad de 1986. En el estudio de Cabello¹³, el porcentaje de documentos de consentimiento informado que había cumplimentados en las historias clínicas era del 74,45% para el proceso quirúrgico y del 81,05% para la técnica anestésica. Un estudio reciente, Pañella¹⁶ muestra como el 54,54% de los médicos entrevistados contestaron que nunca usaban el impreso de consentimiento informado.

Resultó llamativo que de los pacientes que firmaron el CI para la intervención quirúrgica, el 80% no leyó el documento porque confiaban ciegamente en que los médicos que les atendían sólo querían lo mejor para ellos. En el caso de la anestesia, más de un 20% de los enfer-

mos o no lo leyó o lo hizo rápidamente. En un estudio realizado en el Hospital de Sant Joan de Reus¹⁷, el 25% de los pacientes reconoció no haber leído el documento de CI previo a someterse a una serie de intervenciones diagnósticas.

Los requisitos fundamentales para que el CI sea válido son¹⁸:

- Información médica suficiente para que el paciente tome una decisión suficientemente informada.

- Que el paciente realice de forma voluntaria, y sin presiones, el consentimiento;

- Que el paciente sea competente y/o capaz.

- Concepto de titularidad (debe dar el consentimiento el sujeto objeto del acto médico).

- Licitud del objeto y de la causa del consentimiento. El objeto y causa del CI deben ser recuperar la salud del enfermo

- Que el proceso de CI tenga una forma externa (verbal y/o escrita).

- Que el tiempo de obtención del CI sea previo a la realización del acto médico.

A los pacientes que habían firmado alguno de los formularios de CI, ya fuese el de la anestesia o el de la intervención quirúrgica, se les preguntó si habían recibido alguna presión por parte del personal sanitario para que firmara. Sólo el 1,4% dijo haber recibido esa presión aunque no se concretó en qué forma. A la vista de los resultados de este estudio, podría decirse que el CI que se obtuvo no era válido puesto que no cumplía, en el 100% de los casos, todos los requisitos expuestos anterior-

mente, concretamente los dos primeros. De tal modo que los pacientes, o bien no estaban suficientemente informados acerca de su enfermedad y del tratamiento que se les iba a realizar o bien fueron objeto de algún tipo de presión para firmar el formulario de consentimiento informado. Estos resultados son coincidentes con los encontrados por Cabello¹³ en un reciente estudio en el que un 40% de los pacientes que firmaron el formulario de CI desconocía tanto la intervención que les iban a realizar como la clase de anestesia que iban a recibir.

Es destacable el hecho de que, a pesar que los pacientes de nuestra serie estaban en general poco informados, cuando se les pregunta sobre el trato médico recibido contestan que están satisfechos de aquél indicando, también, que la actitud del médico al informarles fue buena. Estos datos no son coincidentes con los que se encuentran en un estudio publicado por el Centro de Investigaciones Sociológicas¹⁹, en el que, refiriéndose a pacientes hospitalizados, únicamente el 59% de los pacientes consideraba la información facilitada aceptable. Un estudio más reciente llega a conclusiones similares, según el cual, más del 50% de los pacientes encuestados consideran defectuosas o no inteligibles las explicaciones que les ofrecieron sus médicos²⁰. En contraste con esos resultados, un estudio de Pascual¹⁷, encuentra un porcentaje del 96,1% de pacientes satisfechos con la información recibida del médico. Se podría deducir que al paciente le resulta difícil separar lo que es el

trato médico y la información médica recibida, pasando ésta última a un segundo plano en el momento que de lo que estamos hablando es del trato humano del que fueron objeto.

Conviene señalar que este estudio, realizado en la provincia de Málaga, presenta un sesgo aceptado de partida. Este sesgo es que sólo se ha analizado la cuestión del CI desde la vertiente del paciente, no del médico. Por tanto, mientras que no analicemos la cuestión desde ese otro punto de vista, los resultados deben ser tomados con cautela. Una futura línea de investigación en el campo del CI sería conocer y analizar el punto de vista de los médicos sobre la información médica que aportan a los pacientes, el uso real del privilegio terapéutico en la práctica clínica, el posible abuso del paternalismo en la relación médico-paciente y la actitud ante el documento de consentimiento informado y el uso que hacen de él en la práctica clínica.

El consentimiento informado va estrechamente unido al respeto a la libertad de la persona puesto que lo que se busca es que el sujeto enfermo pueda, estando suficientemente informado, decidir libremente si acepta lo que el médico le propone o no. Lo contrario sería caer en la verticalidad y asimetría que regía la relación médico-paciente en los primeros tiempos de la medicina, sería caer en el paternalismo excesivo, en no considerar al paciente como una persona competente sino como un incapaz. El deber del médico, al enfrentarse a un sujeto enfermo, debe ser, ante todo,

proteger la dignidad y respetar la libertad de éste. Caer en un exceso de paternalismo y en un abuso del privilegio terapéutico o, lo que es lo mismo, no informar adecuadamente al enfermo e incluso engañarle "por su bien", es ir en contra del respeto a la dignidad y libertad que toda persona merece.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barreiro J. La relevancia jurídico penal del consentimiento del paciente en el tratamiento médico-quirúrgico. Cuadernos de Política Criminal 1995; 16: 25-32.
2. Climén C, Pastor F. El nuevo y el viejo Código Penal comparados por artículos. Valencia: Ed. General de Derecho, S.L; 1996.
3. Laín Entralgo P. La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Barcelona: Anthopos; 1987.
4. Polaino-Lorente A. Manual de bioética general. 3 ed. Madrid: Rialp; 1997.
5. Roldán B, Perea B. El consentimiento informado en la Práctica Médica. Madrid: Smithkline Becham; 1996.
6. Ataz López J. Los médicos y la responsabilidad civil. Madrid: Montecorvo; 1985.
7. De Angel Yáguez. Problemas legales de la historia clínica en el marco hospitalario. Jornadas Nacionales Derechos de los Enfermos. Murcia: Grafimur; 1987.
8. Romeo Casabona CM. El médico ante el Derecho. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicio de Publicaciones; 1990.
9. Martínez Aguado LM. Análisis de los Derechos y Deberes de los pacientes. Actualidad del derecho sanitario 1997; 142: 31-42.
10. Lobo. El Mini-Examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. Actas Luso-Españolas de neurología, Psiquiatría y Ciencias afines 1979; 3 (7); 189-202.
11. Dawes P, Davidson P. Informed consent: what do patients want to know. Journal of the Royal Society of Medicine 1994; 87: 149-152.
12. Dawes P, O'Keefe L, Adcock S. Informed consent: using a structured interview changes patients' attitudes towards informed consent. J Laryngol Otol 1993; 107: 775-779.
13. Cabello LM, Ruíz P, Rosique I. El consentimiento informado en un hospital terciario. Opinión de los profesionales y percepción de los pacientes. Rev Cal Asist 1999; 14: 145-150.
14. Sainz A, Quintana O. Guía sobre la información al paciente y la obtención del consentimiento. Rev Calidad Asistencial 1994; 2: 72-74.
15. Simón P, Concheiro L. El Consentimiento informado (I). Med Clin (Barc) 1993; 100: 659-663.
16. Pañella D, Padrós J. El Consentimiento informado en la medicina hospitalaria: del consenso conceptual a las dificultades de su práctica. Opiniones de los facultativos. Rev Cal Asist 1999; 14: 110-115.
17. Pascual D. Implementación del Consentimiento Informado en un área de pruebas especiales y evaluación del grado de satisfacción en función de la información recibida. Rev Cal Asist 1999; 14: 129-138.
18. Mingote C, Denia F, Alonso C, palomo T. Profilaxis quirúrgica: estrategias de intervención para la prevención y reducción del estrés de los pacientes quirúrgicos. Cir Esp 1997; 62: 306-315.
19. Centro de Investigaciones Sociológicas. La asistencia sanitaria en España. I y II. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 1991; 53: 267-303 (i) y 54: 245-267 (II).
20. Ortiz T. El consentimiento informado. Tribuna Médica 1995; 4: 12-13.