



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

TEMA:

“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE COMPRENSIÓN DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PACIENTES QUIRÚRGICOS,
HOSPITAL GENERAL MARTÍN ICAZA, MARZO- JULIO 2026”

AUTORES:

GARCÍA GARCÍA NAYDELIN MALLERLY.

RAMOS VALLEJO ABIGAIL CRISTINA.

TUTOR:

DR. OMAR SANTIAGO QUINTANA DOMINGUEZ

GUARANDA - ECUADOR

TÍTULO

“Evaluación del nivel de comprensión del consentimiento informado en
pacientes quirúrgicos, Hospital General Martín Icaza, marzo- julio 2026”

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo, en primer lugar, a Dios, por ser nuestra guía durante este recorrido y concedernos la fortaleza, claridad y perseverancia necesarias para enfrentar cada circunstancia que se presentó hasta alcanzar esta meta. A nuestros padres, por constituir el respaldo más importante a lo largo de nuestra vida, por su cariño, comprensión, sacrificio y confianza, elementos que nos permitieron continuar avanzando incluso cuando las dificultades hicieron más exigente el camino. Sus enseñanzas y valores han sido esenciales para nuestra formación, recordándonos siempre la importancia de actuar con responsabilidad, humildad y dedicación.

También dedicamos este logro a quienes han compartido con nosotras diferentes momentos de esta etapa y han dejado enseñanzas que permanecerán como parte de nuestra experiencia. Cada esfuerzo realizado, cada desafío superado y cada aprendizaje adquirido forman parte de este resultado, que simboliza el cierre de una etapa significativa y el inicio de nuevos propósitos. Con especial cariño, dedicamos estas páginas a quienes nos impulsaron a confiar en nuestras capacidades y a mantener firme la ilusión de convertirnos en profesionales comprometidas con nuestra labor y con la sociedad.

Las autoras.

AGRADECIMIENTO

Manifestamos nuestro reconocimiento a la Universidad Estatal de Bolívar, por proporcionarnos los espacios, conocimientos y recursos que contribuyeron al desarrollo de nuestras competencias durante la carrera. De manera particular, expresamos nuestra gratitud al Dr. Santiago Freire, tutor de este proyecto, por su asesoramiento, criterio académico y seguimiento constante, aspectos que permitieron orientar adecuadamente cada fase de la investigación. Extendemos esta consideración hacia los docentes que participaron en nuestra preparación, pues sus enseñanzas aportaron bases importantes para desenvolvernos con mayor seguridad y criterio dentro del ámbito profesional.

De igual manera, valoramos la participación de quienes hicieron posible la ejecución de este estudio mediante su colaboración, disponibilidad y aporte durante la recopilación y desarrollo de la información. A nuestros compañeros y a todas las personas que estuvieron presentes en este proceso, les agradecemos por las experiencias compartidas y por contribuir, desde diferentes espacios, al cumplimiento de este propósito. La elaboración de este proyecto nos permitió poner en práctica los conocimientos adquiridos, fortalecer nuestras capacidades investigativas y asumir con mayor madurez los desafíos que acompañan nuestra futura profesión.

Las autoras.

CERTIFICADO DEL TUTOR

Guaranda 10 de julio de 2026

El suscrito Dr. Santiago Andrés Freire Salazar., tutor del Proyecto de Investigación, como modalidad de titulación.

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación de tesis, previa a la obtención del título de Licenciado en Enfermería como requisito para la titulación de grado, con el tema: **“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE COMPRENSIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PACIENTES QUIRÚRGICOS, HOSPITAL GENERAL MARTÍN ICAZA, MARZO-JULIO 2026”**. Realizado por los estudiantes: **Naydelin Mallerly García García** con CI: **0250223617** y **Abigail Cristina Ramos Vallejo** CI: **1600828881**, han cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación publica respectiva.



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**SANTIAGO ANDRES
FREIRE SALAZAR**

Dr. Santiago Freire S.

TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

DERECHOS DE AUTOR

Nosotras Naydelin Mallerly García García y Abigail Cristina Ramos Vallejo portadoras de la Cédula de Identidad No. 0250223617 y 1600828881 en calidad de autoras y titulares de los derechos morales y patrimoniales del Trabajo de Titulación: “EVALUACIÓN DEL NIVEL DE COMPRENSIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PACIENTES QUIRÚRGICOS, HOSPITAL GENERAL MARTÍN ICAZA, MARZO- JULIO 2026”, modalidad de Proyecto de Investigación, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, concedemos a favor de la Universidad Estatal de Bolívar, una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservamos a nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizamos a la Universidad Estatal de Bolívar, para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Digital, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Los autores declaran que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Nombres y Apellidos



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**NAYDELIN MALLERLY
GARCÍA GARCÍA**

Naydelin Mallerly García García

Autor 1

Nombres y Apellidos



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**ABIGAIL CRISTINA
RAMOS VALLEJO**

Abigail Cristina Ramos Vallejo

Autor 2

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	10
INTRODUCCIÓN	11
1. EL PROBLEMA	13
1.1. Planteamiento del problema.....	13
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Justificación de la investigación	14
1.4. Objetivos	15
1.4.1. Objetivo general.....	15
1.4.2. Objetivos específicos	15
1.5. Limitaciones.....	16
2. MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2.2. BASES TEÓRICAS.....	21
2.2.1. Consentimiento informado.....	21
2.2.3. Ansiedad preoperatoria	29
2.2.4. Factores sociodemográficos y educativos.....	31
2.2.5. Rol del profesional de enfermería.....	32
2.2.6. Seguridad del paciente	33
2.2.7. Calidad de atención.....	33
2.2.8. Fundamentación ética	34
2.2.9. Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson.....	34
2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL EN ECUADOR	34
Constitución de la República del Ecuador	35
Ley Orgánica de Salud.....	35
Ley de Derechos y Amparo del Paciente	35
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	36
3. MARCO METODOLÓGICO	41
3.1. Nivel de investigación.....	41
3.2. Diseño	41
3.3. Población y muestra	41
3.4. Variables	42
3.4.1. Variable independiente	42
3.4.2. Variable dependiente	42
3.4.3. Operacionalización de las variables.....	42
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45

	8
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	46
4. RESULTADOS	49
4.1. Presentación de los resultados por objetivos.....	49
4.1.1. Identificar los determinantes sociodemográficos asociados a la comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos.	49
4.1.2. Determinar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre el procedimiento quirúrgico, riesgos, beneficios y cuidados posteriores.	56
4.1.3. Analizar la percepción de los pacientes sobre la claridad y suficiencia de la información brindada por el personal de salud.	70
4.1.4. Establecer la relación entre el tipo de cirugía y el nivel de comprensión del consentimiento informado.....	76
5. MARCO ADMINISTRATIVO	79
5.1. Cronograma de actividades	79
5.2. Presupuesto	80
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	87

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variables del estudio	42
Tabla 2. Validación de contenido del instrumento de investigación	46
Tabla 3. Distribución de pacientes por grupo etario	49
Tabla 4. Distribución de pacientes por sexo	50
Tabla 5. Distribución de pacientes por estado civil	51
Tabla 6. Distribución de pacientes por nivel de instrucción	52
Tabla 7. Distribución de pacientes por ocupación	53
Tabla 8. Distribución de pacientes según el lugar de residencia.....	54
Tabla 9. Antecedentes de cirugía previa en los pacientes.....	55
Tabla 10. Explicación recibida sobre el procedimiento quirúrgico	56
Tabla 11. Comprensión del procedimiento quirúrgico	57
Tabla 12. Conocimiento del objetivo de la cirugía	58
Tabla 13. Información recibida sobre riesgos y complicaciones de la cirugía .	59
Tabla 14. Comprensión de los riesgos explicados antes de firmar el consentimiento informado	60
Tabla 15. Información recibida sobre complicaciones anestésicas.....	61
Tabla 16. Información recibida sobre los beneficios esperados de la cirugía...	62
Tabla 17. Comprensión de los beneficios de la cirugía para la salud	63
Tabla 18. Información recibida sobre los cuidados preoperatorios	64
Tabla 19. Información recibida sobre los cuidados postoperatorios.....	65
Tabla 20. Comprensión de las indicaciones médicas postoperatorias	66
Tabla 21. Especialidad de la cirugía y Nivel de conocimiento	67
Tabla 22. Percepción de la claridad del lenguaje del personal de salud	69
Tabla 23. Percepción de la comprensión de las explicaciones recibidas	70
Tabla 24. Percepción de la suficiencia de la información para decidir.....	71
Tabla 25. Oportunidad para formular preguntas antes de firmar el consentimiento.....	72
Tabla 26. Claridad de las respuestas del personal de salud a las dudas	73
Tabla 27. Necesidad percibida de información adicional sobre la cirugía	74
Tabla 28. Distribución de pacientes por especialidad quirúrgica	75
Tabla 29. Distribución de tipo de cirugía y procedimientos	76
Tabla 30. Relación entre el tipo de cirugía y el nivel de comprensión del consentimiento informado	77
Tabla 31. Cronograma de actividades de la investigación	78
Tabla 32. Presupuesto de la investigación	79

RESUMEN

El consentimiento informado en cirugía requiere que el paciente reciba información clara y comprensible sobre el procedimiento, los riesgos, los beneficios y los cuidados asociados.

Objetivo: Evaluar el nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos del Hospital General Martín Icaza, 2026.

Metodología: Se desarrolló una investigación con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, alcance descriptivo y carácter prospectivo.

Participaron 102 pacientes programados para una intervención quirúrgica. Se utilizó un cuestionario estructurado, validado mediante juicio de tres expertos, con un coeficiente V de Aiken de 0,94. Los datos se procesaron mediante Microsoft Excel y el programa SPSS, versión 25.

Resultados: Predominaron los pacientes de 25 a 34 años (34,3 %), el sexo femenino (60,8 %), la escolaridad secundaria (77,5 %), la residencia rural (67,6 %) y la ausencia de antecedentes de cirugía previa (56,9 %). El 97,1 % manifestó haber recibido una explicación sobre el procedimiento y el 95,1 % declaró haberlo comprendido. En la puntuación global de conocimientos, los 102 participantes obtuvieron entre 17 y 22 puntos, correspondientes al nivel alto o excelente. Un total de 81 pacientes (79,4 %) alcanzó la puntuación máxima de 22 puntos; por especialidad, esto ocurrió en el 79,3 % de los pacientes de cirugía general y en el 79,1 % de cirugía ginecológica. Respecto a la información recibida, el 95,1 % consideró claro el lenguaje utilizado, el 97,1 % la percibió como suficiente para tomar una decisión y el 98,0 % afirmó que sus dudas fueron respondidas con claridad. Sin embargo, el 50,0 % manifestó necesitar información adicional de forma parcial o afirmativa.

Conclusión: Aunque los resultados mostraron una comprensión declarada favorable y puntuaciones globales altas o excelentes, la necesidad de información adicional evidenció que es importante verificar individualmente la comprensión del paciente antes de la intervención quirúrgica, mediante explicaciones complementarias y preguntas que permitan comprobar lo entendido.

Palabras clave: consentimiento informado, pacientes quirúrgicos, comprensión, cirugía, enfermería.

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado se sitúa en la cúspide de la atención sanitaria moderna, en base a la idea de que el paciente tiene derecho a recibir la información suficiente, clara y comprensible antes de prestar su asentimiento en el caso de aceptación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapia, su adecuada ejecución forja la dimensión personal de la autonomía, promueve decisiones libres y conscientes, fortifica la confianza en el acto que lleva a cabo el paciente, pero también refuerza la confianza en el sanitario quien lo lleva a cabo. En la actualidad, la calidad de este proceso es considerada un indicador importante de seguridad del paciente y humanización de la atención (Organización Mundial de la Salud, 2023).

En el área quirúrgica, el consentimiento informado adquiere mayor importancia, ya que toda intervención implica riesgos, beneficios, posibles complicaciones y cuidados posteriores que deben ser explicados oportunamente al paciente. Sin embargo, distintos estudios actuales muestran que muchos pacientes firman el consentimiento informado sin comprender totalmente la información recibida, especialmente cuando se utiliza lenguaje técnico o cuando el tiempo destinado a la explicación resulta insuficiente (Manuel & Chaves, 2022).

Por otro lado, diferentes trabajos recientes muestran que la comprensión adecuada del consentimiento informado está relacionada con el nivel educativo, la calidad de las interacciones comunicativas que puedan tener el personal de salud y el estado emocional del paciente antes de la intervención quirúrgica. Además, cuando la información es entregada de forma clara, empática y ajustada al nivel de comprensión del usuario disminuye la ansiedad prequirúrgica y aumenta la confianza hacia el personal asistencial (Pico Camacho & Vega Peña, 2022).

Aparte de la consideración importante que hay que tener con el consentimiento informado, en muchos contextos hospitalarios hay límites que están relacionados con el uso de un lenguaje técnico, el escaso tiempo para la explicación y la baja alfabetización en salud de los propios pacientes que pueden influir de forma considerable en la calidad de la información que se da

previa a una intervención quirúrgica. En este sentido, sería posible evaluar el conocimiento que tienen los pacientes cuando reciben el consentimiento informado para detectar debilidades en el proceso de comunicación, pero también para fortalecer la propia calidad de la atención quirúrgica. (Organización Mundial de la Salud, 2023).

El Hospital General Martín Icaza, centro de referencia de la provincia de Los Ríos, da tratamiento a pacientes que son sometidos a intervenciones quirúrgicas programadas en diversas especialidades de atención médica, En este contexto, fue necesario estudiar si los pacientes comprendían adecuadamente la información proporcionada antes de firmar el consentimiento informado, relacionada con el procedimiento quirúrgico, los riesgos, los beneficios y los cuidados posteriores a la intervención.

En función de este propósito, la investigación tuvo como objetivo evaluar el nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos del Hospital General Martín Icaza durante el período de marzo a julio de 2026. Asimismo, se identificaron factores sociodemográficos y educativos relacionados con dicha comprensión, con la finalidad de generar información que contribuyera al fortalecimiento de la comunicación clínica y a la mejora continua de la calidad de la atención sanitaria.

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consentimiento informado constituye un requisito ético y legal indispensable dentro de la atención quirúrgica, debido a que garantiza el derecho del paciente a recibir información clara, suficiente y comprensible antes de aceptar un procedimiento médico. Sin embargo, diversos estudios internacionales evidencian que muchos pacientes firman el consentimiento informado sin comprender completamente aspectos relacionados con el procedimiento quirúrgico, riesgos, beneficios y cuidados posteriores (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Las más importantes causas de este problema pueden enumerarse a) el uso excesivo de la terminología médica; b) el tiempo escaso dedicado para explicar; c) la inquietud existente antes de la cirugía; y d) el nivel educativo de algunos pacientes. Todas estas dificultades pueden influir negativamente sobre la autonomía del usuario y su escasa participación en la toma de decisiones sobre su salud (Pico Camacho & Vega Peña, 2022).

En Ecuador, hay escasa investigación sobre el nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos, en especial desde hospitales públicos. En los hospitales ecuatorianos como el Hospital General Martín Icaza se realizan diariamente procedimientos quirúrgicos programados en distintas especialidades, por lo que resulta interesante conocer si los pacientes comprenden de manera correcta la información que se les pasa para firmar el consentimiento informado.

Debido a esta problemática, se planteó la necesidad de evaluar el nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos del Hospital General Martín Icaza durante el periodo marzo-julio 2026.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos del Hospital General Martín Icaza durante el año 2026?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La razón de ser de la investigación se sostiene, además, en que el consentimiento informado es un pilar básico que cimenta la atención quirúrgica segura al respecto de la atención del paciente, asegurando su derecho a recibir la adecuada información previa, clara, suficiente y comprensible antes de consentir un procedimiento médico o quirúrgico. Por consiguiente, mientras mejor sea la asimilación de la información, tanto más con el aprendizaje adecuado de esta por parte del usuario se ve favorecida su autonomía y la toma de decisiones consciente, voluntaria y libre (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Por lo que las revisiones referidas están a la vista, los hallazgos de distintas investigaciones científicas observan que una buena parte de los pacientes quirúrgicos firman el consentimiento informado sin entender la información relacionada con el procedimiento quirúrgico, los riesgos, los beneficios y los cuidados posteriori. Esta situación afecta negativamente la seguridad del paciente y afecta la toma de decisiones que permitan establecer la participación activa del paciente dentro del proceso asistencial.

Desde la perspectiva científica, la investigación presenta pruebas actualizadas sobre el nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos, considerando los factores sociodemográficos y educativos que pueden influir entre los pacientes. Pero también contribuirá al desarrollo de futuras investigaciones en el ámbito de la comunicación clínica, bioética y seguridad del paciente (Kebede et al., 2023).

En el contexto institucional, los resultados permitieron conocer posibles debilidades del proceso de la información preoperatoria en el Hospital General Martín Icaza, para que reiteradamente se puedan poner en marcha acciones orientadas a la mejora de la comunicación existente entre los profesionales de salud y los pacientes quirúrgicos.

Desde una perspectiva social, la investigación resulta relevante porque sus resultados pueden contribuir al fortalecimiento de una atención humanizada, segura y centrada en la persona. Una mejor comprensión del

consentimiento informado favorece el conocimiento de los procedimientos y la participación del paciente en las decisiones relacionadas con su salud, además de contribuir potencialmente a una mayor confianza en el equipo sanitario.

En cuanto a la importancia profesional, la investigación destacó la relevancia de la participación de los profesionales de enfermería en el proceso preoperatorio, especialmente mediante la educación sanitaria, la aclaración de dudas y el acompañamiento emocional del paciente quirúrgico. Estas acciones, desarrolladas en coordinación con el equipo de salud y respetando las competencias profesionales, contribuyen a una atención integral y centrada en las necesidades del paciente.

Desde el punto de vista metodológico, la investigación utilizó instrumentos orientados a evaluar el nivel de comprensión del consentimiento informado mediante dimensiones relacionadas con el conocimiento del procedimiento quirúrgico, los riesgos, los beneficios, los cuidados perioperatorios y la percepción de la calidad de la información proporcionada. Esto permitió recopilar y analizar información pertinente para responder a los objetivos planteados en el estudio.

Finalmente, el estudio fue factible debido al acceso a la población de estudio, la viabilidad institucional y la disponibilidad de los recursos humanos y metodológicos necesarios para su ejecución durante el período de marzo a julio de 2026.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Evaluar el nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos del Hospital General Martín Icaza, 2026.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar los determinantes sociodemográficos asociados a la comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos.

- Determinar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre el procedimiento quirúrgico, riesgos, beneficios y cuidados posteriores.
- Analizar la percepción de los pacientes sobre la claridad y suficiencia de la información brindada por el personal de salud.
- Establecer la relación entre el tipo de cirugía y el nivel de comprensión del consentimiento informado.

1.5. LIMITACIONES

Entre las principales limitaciones del estudio se consideró la posible disponibilidad reducida de tiempo de los pacientes quirúrgicos para responder el instrumento debido al proceso preoperatorio, así como el nerviosismo o la ansiedad previos a la cirugía, factores que podían influir en la calidad de las respuestas. También la posible dificultad para acceder a ciertos pacientes según su condición clínica, nivel educativo o estado emocional al momento de la recolección de datos. Además, al desarrollarse en una sola institución hospitalaria, los resultados reflejan la realidad del Hospital General Martín Icaza y no pueden generalizarse de manera absoluta a otros establecimientos de salud.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Fernández y Chavez (2023), en Costa Rica, desarrollaron un estudio enfocado en la comprensión del consentimiento informado en pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica. La investigación se llevó a cabo bajo el diseño cuantitativo y descriptivo, de corte transversal, con una muestra de 120 pacientes adultos. Los resultados encontrados muestran que un grupo interesante de personas solicitantes del consentimiento lo firmaban sin haberse enterado bien de los aspectos asociados a los riesgos y los beneficios o incluso las características del procedimiento. Al mismo tiempo, el uso de terminología técnica y el corto periodo de tiempo en el que los profesionales de la salud explicaban la información, dificultaba una correcta comprensión. El análisis realizado también dejó en evidencia la necesidad de potenciar la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes, para que se pueda contribuir a una toma de decisiones clínicas más reflexionada.

Kebede (2023), en Etiopía, analizó la percepción del consentimiento informado en pacientes sometidas a cesáreas en hospitales universitarios de Addis Abeba. El estudio reunió a 422 pacientes y adoptó una metodología cuantitativa de tipo transversal. Los resultados mostraron dificultades importantes para comprender los riesgos y complicaciones potenciales de la cirugía y la anestesia. Adicionalmente, se halló que ciertos factores, como un nivel educativo bajo o escasa comunicación médica, influyen negativamente en la comprensión de la información quirúrgica. Los autores mencionan la conveniencia de aplicar una forma más accesible de educación antes de la cirugía.

Pico (2022), en Colombia, realizaron la investigación titulada “*La comunicación en el consentimiento informado*”, con el objetivo de analizar la importancia de la comunicación clínica dentro del proceso de consentimiento informado en pacientes quirúrgicos. El estudio tuvo un enfoque cualitativo y descriptivo. La población estuvo conformada por pacientes hospitalizados y

profesionales de salud vinculados al área quirúrgica. Los resultados reflejaron que una comunicación clara, empática y adaptada al nivel sociocultural del paciente mejora significativamente la comprensión de la información médica y disminuye la ansiedad preoperatoria. Los investigadores destacan que el consentimiento informado debe ser entendido como un proceso comunicativo continuo y no únicamente como un requisito legal o administrativo. Este estudio guarda relación con la presente investigación debido a que resalta la importancia de la calidad de la comunicación en la comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos.

Gabay et al. (2025), en Israel, desarrollaron el estudio titulado “*A Novel Strategy for Understanding What Patients Value Most in Informed Consent Before Surgery*”, con el objetivo de identificar los aspectos más valorados por los pacientes dentro del proceso de consentimiento informado previo a una cirugía. El enfoque de la investigación fue cuantitativo, descriptivo y transversal. La población estaba compuesta por pacientes que iban a someterse a cirugía electiva y los datos estudiados proceden de una muestra de 250 usuarios hospitalizados. Los resultados mostraron que, por encima de otros aspectos, los pacientes comentaron las explicaciones claras, la disponibilidad de tiempo suficiente para resolver las dudas y la claridad respecto a los riesgos y beneficios asociados a la cirugía electiva. La investigación también mostró que la comprensión del consentimiento informado mejora sustancialmente cuando el sanitario y el paciente mantienen una interacción. Este estudio tiene relación con el presente porque concierne dimensiones similares, como la claridad o la suficiencia de la información facilitada antes de una intervención quirúrgica.

García (2025), en España, realizó una revisión sistemática titulada “*Readability of Informed Consent Forms for Medical and Surgical Clinical Procedures*”, con el objetivo de evaluar la legibilidad de los formularios de consentimiento informado utilizados en procedimientos clínicos y quirúrgicos. La metodología adoptada fue cuantitativa, descriptiva y documental. Los resultados indicaron que muchos de los documentos hospitalarios mostraban terminología médica compleja y un bajo nivel de legibilidad, lo que dificultaba

la comprensión de los pacientes. Se estableció que la simplificación del lenguaje y el uso de información más accesible propician en gran medida la comprensión del consentimiento informado. Este artículo se encuentra en consonancia con la presente investigación, al resaltar la consideración de la claridad de la información que se proporciona al paciente quirúrgico.

Cruz (2025), en México, desarrollaron el estudio titulado *“Consentimiento informado: su aplicación en la práctica clínica”*, con el objetivo de analizar la aplicación del consentimiento informado dentro de la práctica clínica hospitalaria. La investigación presentó un enfoque cuantitativo y diseño descriptivo transversal. La población estuvo conformada por pacientes quirúrgicos hospitalizados, con una muestra de 200 participantes. Los resultados evidenciaron debilidades relacionadas con la claridad de la información y con el limitado tiempo destinado para resolver dudas antes de la firma del consentimiento informado. Los investigadores destacan que la calidad de la comunicación influye directamente en la seguridad del paciente y en la comprensión de la información médica. Este antecedente se relaciona con la presente investigación debido a que analiza elementos vinculados con la comprensión del consentimiento informado en pacientes sometidos a cirugía.

Urure (2024), en Perú, realizaron la investigación titulada *“Percepción del paciente quirúrgico respecto a cirugía segura basada en el checklist en hospital público”*. La metodología que fue implementada es de tipo cuantitativa, descriptiva, transversal, y la población estaba constituida por pacientes que fueron intervenidos en cirugía programada en un hospital público, con una muestra de 150 usuarios. Los resultados revelaron que la totalidad de los pacientes no consideraban suficiente la información adquirida antes de la cirugía, evidenciándose las limitaciones existentes en la educación preoperatoria y la comunicación clínica. Este estudio pone de manifiesto que hay que reforzar las estrategias educativas individuales orientadas al paciente quirúrgico para aumentar la sensación de seguridad, así como también la comprensión del consentimiento informado. Este estudio está relacionado con la investigación que se presenta debido a que analiza la percepción del paciente con respecto a la calidad de la información quirúrgica que le fue entregada.

Gonzaba (2023), en Ecuador, desarrollaron la investigación titulada *“Perceptions and practices of clinicians on the autonomy of the surgical patient during the process of taking informed consent”*, con el objetivo de analizar las percepciones y prácticas de los profesionales de salud sobre la autonomía del paciente quirúrgico durante el consentimiento informado. La investigación se realizó con un enfoque cualitativo, descriptivo y de revisión de la práctica, y los resultados mostraron que algunos profesionales siguen considerando el consentimiento informado como un proceso administrativo y no como un proceso ético y comunicativo. A partir de los hallazgos principales, hay que reforzar la humanización de la técnica de la atención, junto con la promoción del respeto por la autonomía del paciente quirúrgico. Este antecedente, resulta de interés para la investigación actual dado que hace hincapié en la importancia ética del consentimiento informado y la mejora de la comunicación sanitaria del mismo en el ambiente quirúrgico.

Kiernan (2023), realizó una revisión sistemática titulada *“Digital technology in informed consent for surgery”*, con el objetivo de analizar el uso de herramientas digitales aplicadas al consentimiento informado quirúrgico. Los resultados demostraron que el uso de videos educativos, aplicaciones móviles y recursos audiovisuales favorece significativamente la comprensión de los pacientes respecto a riesgos, beneficios y cuidados quirúrgicos. Se observó que las tecnologías digitales representan estrategias efectivas para fortalecer la educación preoperatoria y mejorar la comprensión del consentimiento informado. Este estudio guarda relación con la presente investigación, debido a que evidencia la importancia de implementar métodos educativos accesibles y comprensibles para los pacientes quirúrgicos.

Ordóñez (2026), en Ecuador, realizó el estudio titulado *“Bioética y toma de decisiones en el ámbito perioperatorio: desafíos en hospitales públicos”*, con el objetivo de analizar los desafíos bioéticos relacionados con la toma de decisiones en pacientes quirúrgicos. La metodología de la investigación fue de tipo descriptiva, de orden documental, con enfoque cuantitativo. El análisis de los resultados evidenció dificultades con respecto a comprender el consentimiento informado y con la participación activa del

paciente dentro del proceso quirúrgico. El análisis indicó que la comunicación asertiva y el fortalecimiento de los principios bioéticos son determinantes para garantizar la autonomía y seguridad del paciente quirúrgico. Este antecedente se relaciona con la presente investigación ya que enfatiza la relevancia del consentimiento informado como parte integral de la atención quirúrgica segura.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Consentimiento informado

El consentimiento informado constituye un procedimiento clínico formal y una exigencia ética ampliamente reconocida en los marcos legales de los distintos países. Su finalidad principal es garantizar el respeto a la autonomía del paciente, entendida como el derecho de toda persona a decidir libremente sobre su atención en salud, de acuerdo con sus valores y preferencias. En términos prácticos, se trata de un proceso mediante el cual una persona con capacidad física y mental autoriza de manera voluntaria la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, luego de haber recibido y comprendido información clara y suficiente sobre los mismos (Cruz Montoya, Villanueva Sáenz, Padilla García, et al., 2025).

En el ámbito quirúrgico, la comprensión del consentimiento informado adquiere una importancia aún mayor debido a que muchos pacientes experimentan miedo, ansiedad o inseguridad antes de una cirugía. Estas emociones pueden dificultar la capacidad para entender completamente la información médica recibida, sobre todo cuando se utilizan términos técnicos o explicaciones demasiado rápidas. Por esta razón, resulta necesario que los profesionales de salud empleen un lenguaje sencillo, empático y adaptado al nivel educativo de cada paciente, permitiendo además que la persona pueda realizar preguntas y aclarar todas sus dudas antes de aceptar el procedimiento (Cruz Montoya, Villanueva Sáenz, Padilla García, et al., 2025).

Asimismo, diversos estudios recientes señalan que la falta de comprensión del consentimiento informado continúa siendo una problemática frecuente en muchos establecimientos de salud. Entre los factores más

asociados se encuentran el bajo nivel de instrucción, el poco tiempo destinado a la explicación médica, la sobrecarga laboral del personal sanitario y el uso de palabras complejas que dificultan el entendimiento del paciente. Frente a ello, la comunicación efectiva se convierte en una herramienta fundamental para garantizar una atención más humana, ética y segura (KOINONIA, 2025).

En otro sentido, el personal de enfermería desempeña un papel muy relevante dentro del proceso preoperatorio, ya que mantiene un vínculo más cercano y mantenido con el paciente. Su intervención permite reforzar la información transmitida por el médico, aclarar inquietudes y determinar si la persona comprendió correctamente las indicaciones relacionadas con la cirugía. La participación del personal de enfermería en este proceso favorece la seguridad del paciente y ayuda a disminuir la ansiedad que puede sentirse antes de la realización de una cirugía (Chiles, 2025).

De igual manera, investigaciones publicadas entre 2021 y 2025 evidencian que cuando el consentimiento informado se desarrolla mediante una comunicación clara y respetuosa, los pacientes presentan mayor tranquilidad, confianza y satisfacción con la atención recibida. Además, la comprensión adecuada de la información fortalece la toma de decisiones conscientes y reduce posibles conflictos éticos y legales dentro de la práctica sanitaria (García-Álvarez & García-Sánchez, 2025).

Además, el consentimiento informado deberá realizarse desde un ambiente de respeto, de confianza, de libertad, evitando toda presión o imposición. El paciente tiene derecho a contar con el tiempo suficiente para reflexionar sobre la información ofrecida, para plantear cualquier duda y para decidir con la suficiente conciencia en relación con su salud. Así se protege la dignidad del paciente y su derecho de participación en las decisiones médicas que pudieran perjudicar su bienestar físico y emocional (Rodríguez-Gómez & Rodríguez-Gómez, 2025).

En pacientes quirúrgicos, este proceso requiere una atención especial debido a que el estado emocional previo a una cirugía puede influir directamente en la comprensión de la información recibida. Por ello, es

indispensable que el equipo sanitario mantenga una comunicación cercana y humanizada, utilizando palabras sencillas y verificando constantemente que el paciente haya entendido correctamente cada explicación (Carbón & Figueroa, 2025).

2.2.2.1. Importancia del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos

Dentro del área quirúrgica, el consentimiento informado adquiere especial relevancia debido a que toda intervención implica riesgos inherentes relacionados con la anestesia, el procedimiento quirúrgico y la recuperación posterior. Debido a ello, resulta indispensable que el paciente comprenda adecuadamente toda la información antes de aceptar la cirugía (Kebede et al., 2023).

Diversas investigaciones recientes evidencian que muchos pacientes quirúrgicos presentan dificultades para comprender los riesgos, beneficios y cuidados posteriores relacionados con la intervención. Estas dificultades suelen relacionarse con el uso de terminología médica compleja, el poco tiempo destinado para resolver dudas y el nerviosismo previo al procedimiento quirúrgico (Manuel & Chaves).

Asimismo, la adecuada comprensión del consentimiento informado permite reducir la ansiedad preoperatoria, fortalecer la confianza hacia el personal sanitario y favorecer una participación activa del paciente en las decisiones relacionadas con su salud (Gabay et al., 2025).

Según la literatura científica actual, la calidad de la explicación brindada por el personal de salud influye directamente en la satisfacción del paciente y en la percepción de seguridad durante el proceso quirúrgico (Urure-Velazco et al., 2024).

2.2.2.2. Principios bioéticos del consentimiento informado

El consentimiento informado se fundamenta en principios bioéticos que orientan la práctica sanitaria y garantizan el respeto hacia la dignidad humana

durante la atención médica. Estos principios fundamentan la legítima posibilidad de que las decisiones clínicas se tomen dentro de un marco ético y no únicamente por un interés en aumentar el bienestar físico y emocional del paciente. En el área de la cirugía, la buena aplicación de estos principios subraya la posibilidad de una relación más abierta entre el profesional de salud y el o la usuaria, a la vez que favorece el fortalecimiento de la confianza y la participación durante el proceso asistencial (Gonzaga Troya et al., 2023).

Autonomía: el principio de la autonomía reconoce que toda persona tiene el derecho a decidir libremente sobre el procedimiento que tiene que ver con su salud. Dentro del consentimiento informado, este principio implica que el paciente debe recibir información suficiente, clara y comprensible antes de aceptar o rechazar una intervención quirúrgica. La autonomía también exige que la decisión sea tomada sin presiones externas y respetando los valores, creencias y preferencias individuales del usuario (Cruz Montoya, Villanueva Sáenz, & Padilla García, 2025).

Beneficencia: La beneficencia se relaciona con la obligación del profesional sanitario de actuar buscando el mayor beneficio posible para el paciente. En lo que podría ser el área quirúrgica, dicho principio se traduce en una adecuada información que permita, si es posible, disminuir riesgos, reducir ansiedad y favorecer decisiones que vayan en la dirección del bienestar que la persona usuaria requiera. También propicia la implementación de intervenciones centradas en la seguridad y en la calidad de atención (Organización Mundial de la Salud, 2023).

No maleficencia: Este principio menciona que toda actuación de tipo sanitario debe evitar causar cualquier tipo de daño físico, psicológico o emocional al paciente. Por tanto, ocultar información de relevancia o bien ofrecer explicaciones incompletas a la hora del consentimiento informado puede comprometer la seguridad del usuario y obstruir su capacidad para decidir de forma consciente. Una información honesta y clara puede ayudar a la reducción de incertidumbre y a la disminución de posibles conflictos posteriores relacionados con la atención sanitaria (Pico-Camacho & Vega-Peña, 2022).

Justicia: La justicia implica la manera equitativa en la que todos los pacientes han de ser tratados por los servicios de salud sin distinciones de edad, nivel de formación, situación económica o lugar de residencia. En el consentimiento informado, este principio implica garantizar igualdad de acceso a información comprensible y adecuada para todos los usuarios, evitando barreras relacionadas con lenguaje técnico o diferencias socioculturales (Organización Mundial de la Salud, 2023).

2.2.2.3. Autonomía del paciente

La autonomía del paciente constituye uno de los pilares fundamentales de la bioética moderna y se relaciona directamente con el derecho que tiene cada persona para participar activamente en decisiones relacionadas con su salud. En el ámbito quirúrgico, este principio adquiere especial relevancia debido a que el paciente debe decidir sobre procedimientos invasivos que pueden implicar riesgos, complicaciones y cambios importantes en su condición física y emocional. Por ello, resulta indispensable que la información proporcionada antes de una cirugía sea clara, suficiente y comprensible (Ordóñez et al., 2026).

Asimismo, el respeto a la autonomía fortalece la dignidad humana y favorece una relación más ética entre el profesional sanitario y el paciente. Cuando el usuario comprende adecuadamente la información relacionada con su procedimiento quirúrgico, puede tomar decisiones libres y conscientes de acuerdo con sus valores y expectativas personales. Diversos estudios recientes señalan que la participación activa del paciente mejora la satisfacción con la atención y disminuye el temor previo a la cirugía (Gabay et al., 2025).

2.2.2.4. Comunicación terapéutica

La comunicación terapéutica representa una herramienta esencial dentro de la atención sanitaria, especialmente en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos. A través de una comunicación clara, empática y respetuosa, puede transmitir información comprensible además de generar confianza en el entorno preoperatorio, favoreciendo la comunicación sobre las dudas, las emociones y los temores relacionados con la intervención, lo que

refuerza la relación entre paciente y equipo sanitario (Pico-Camacho & Vega-Peña, 2022).

De igual forma, la evidencia científica actual sostiene que la comunicación efectiva influye directamente sobre la comprensión del consentimiento informado y también sobre el grado de satisfacción del paciente con la atención recibida. Cuando la información es explicada utilizando lenguaje sencillo y adaptado al nivel educativo del usuario, disminuyen las barreras de comprensión y aumenta la seguridad durante el proceso quirúrgico (Urure-Velazco et al., 2024).

2.2.2.5. Alfabetización en salud

La alfabetización en salud hace referencia a la capacidad que poseen las personas para acceder, comprender y utilizar información relacionada con su estado de salud y los servicios sanitarios. Este aspecto influye significativamente en la comprensión del consentimiento informado, debido a que muchos pacientes presentan dificultades para interpretar términos médicos, indicaciones quirúrgicas o riesgos asociados a una intervención (OMS, 2025).

En pacientes quirúrgicos, un bajo nivel de alfabetización puede limitar la capacidad para tomar decisiones informadas y generar inseguridad durante el periodo preoperatorio. Por esta razón, la información debe transmitirse mediante lenguaje accesible, ejemplos sencillos y estrategias educativas que faciliten la comprensión del procedimiento quirúrgico y de sus cuidados relacionados. La literatura reciente destaca que adaptar la información al nivel sociocultural del paciente mejora significativamente la comprensión y la adherencia a las indicaciones médicas (García, 2025).

2.2.2.6. Consentimiento informado en pacientes quirúrgicos

Dentro del contexto quirúrgico, el consentimiento informado adquiere una importancia particular debido a que toda cirugía implica riesgos, beneficios y posibles complicaciones que deben ser comprendidos por el paciente antes de autorizar el procedimiento. Este proceso no debe reducirse únicamente a la firma de un documento, sino entenderse como una oportunidad para informar,

orientar y resolver inquietudes relacionadas con la intervención quirúrgica (Kebede et al., 2023).

Además, los pacientes sometidos a cirugía suelen experimentar ansiedad, miedo e incertidumbre, situaciones que pueden afectar la capacidad para comprender la información proporcionada. Por ello, resulta fundamental que el personal sanitario dedique tiempo suficiente para explicar los procedimientos utilizando términos comprensibles y verificando continuamente que el paciente haya entendido la información brindada (Díaz et al., 2023).

2.2.2.7. Nivel de comprensión del consentimiento informado

El nivel de comprensión del consentimiento informado hace referencia al grado en que el paciente logra entender la información proporcionada antes de aceptar un procedimiento quirúrgico. Esta comprensión incluye aspectos relacionados con el tipo de cirugía, riesgos, beneficios, posibles complicaciones, alternativas terapéuticas y cuidados posteriores. Para que el consentimiento informado sea considerado válido, no basta únicamente con entregar información al paciente; es necesario asegurarse de que dicha información haya sido realmente entendida y procesada de manera adecuada (Cruz et al., 2025).

En el contexto del consentimiento informado, el conocimiento se relaciona con reconocer datos generales sobre la cirugía, como su finalidad, riesgos, beneficios y cuidados asociados. La comprensión implica un nivel más profundo, porque exige que el paciente pueda explicar con sus propias palabras qué procedimiento recibirá, cómo se realizará, qué consecuencias puede tener y qué decisiones están involucradas. Por ello, una persona puede declarar que conoce información sobre la cirugía y, a la vez, presentar dudas sobre la forma concreta en que se desarrollará el procedimiento. Esta diferencia permite dar sentido a los resultados sin pretender que el conocimiento declarado y la comprensión real sean equivalentes.

Una comprensión correcta del consentimiento informado permite que el paciente participe activamente y pueda ejercer el derecho a decidir libre y

conscientemente. Pero diversas investigaciones han mostrado que muchos pacientes firman documentos médicos sin saber completamente el contenido que el personal sanitario les explica. Esta situación suele relacionarse con factores como el uso de terminología médica compleja, la ansiedad previa a la cirugía, el bajo nivel educativo y el tiempo insuficiente destinado a la explicación del procedimiento (Manuel & Chaves, 2022).

2.2.2.8. Importancia de la comprensión del consentimiento informado

La adecuada comprensión del consentimiento informado constituye un elemento esencial dentro de la atención sanitaria, especialmente en pacientes quirúrgicos, debido a que garantiza que las decisiones médicas sean tomadas de manera consciente, libre y voluntaria. Diferentes investigaciones señalan que cuando el paciente recibe información clara y comprensible, disminuyen los niveles de ansiedad, aumenta la confianza hacia el equipo de salud y se fortalece la relación médico-paciente. Además, la comprensión adecuada contribuye a reducir conflictos éticos y legales relacionados con los procedimientos quirúrgicos (Alfonso & Merlano, 2025).

2.2.2.9. Factores que afectan la comprensión

La comprensión del consentimiento informado puede verse influenciada por múltiples factores personales, emocionales y socioculturales. Entre los más comunes se pueden encontrar la escasa formación educativa, el empleo de términos científicos, la incertidumbre preoperatoria, el poco tiempo empleado en dar explicaciones y la escasa alfabetización sanitaria. Estas circunstancias pueden propiciar que el individuo no percibe en su correcto significado la información que le es comunicada en relación con la cirugía y de la adopción de decisiones bien fundamentadas.

Igualmente, otras cuestiones como la edad avanzada, trastornos cognitivos, nerviosismo y pasadas experiencias quirúrgicas negativas pueden verse afectadas en este proceso de comprensión. La evidencia científica reciente señala que pacientes con mayor apoyo familiar y mejor comunicación

con el personal sanitario suelen presentar niveles más altos de comprensión y confianza antes de una intervención quirúrgica (Gabay et al., 2025).

2.2.2.10. Consecuencias de una baja comprensión del consentimiento informado

La escasa comprensión del consentimiento informado puede ocasionar inseguridad, miedo y desconfianza en los pacientes antes de un procedimiento quirúrgico. Además, aumenta el riesgo de que las personas acepten intervenciones sin conocer completamente los beneficios, riesgos o posibles complicaciones, lo que puede generar conflictos legales y éticos dentro de la atención sanitaria. Por esta razón, resulta fundamental que el personal de salud verifique continuamente que el paciente haya entendido correctamente toda la información proporcionada (Castañeda Alejandra, 2025).

2.2.3. Ansiedad preoperatoria

La ansiedad preoperatoria constituye una respuesta emocional frecuente en pacientes que serán sometidos a cirugía. El miedo relacionado con la anestesia, posibles complicaciones, dolor o resultados del procedimiento puede generar tensión emocional y afectar la capacidad de atención y comprensión del paciente durante la explicación del consentimiento informado (Urure et al., 2024).

Diversos estudios han demostrado que niveles elevados de ansiedad disminuyen la retención de información y dificultan la toma de decisiones conscientes antes de una cirugía. Por esta razón, el acompañamiento emocional y la educación preoperatoria brindada por el personal sanitario cumplen un papel importante para favorecer la tranquilidad y mejorar la comprensión del paciente (Pico et al., 2022).

2.2.3.1. Dimensión: Conocimiento del procedimiento quirúrgico

Esta dimensión evalúa si el paciente comprende qué cirugía se le realizará, cuál es el objetivo del procedimiento y cómo se desarrollará la intervención. El conocimiento adecuado del procedimiento disminuye la

incertidumbre y permite que el paciente participe activamente en la toma de decisiones relacionadas con su salud (Urrut-Velazco et al., 2024).

Diferentes estudios indican que los pacientes que reciben explicaciones claras sobre la cirugía presentan menores niveles de ansiedad y mayor satisfacción con la atención recibida.

2.2.3.2. Dimensión: Conocimiento de riesgos quirúrgicos

Corresponde a la capacidad del paciente para identificar posibles complicaciones relacionadas con la cirugía o anestesia, como infecciones, hemorragias, dolor postoperatorio o reacciones adversas. Informar adecuadamente los riesgos permite garantizar decisiones más conscientes y seguras (Kebede et al., 2023).

No obstante, investigaciones recientes evidencian que este componente suele ser uno de los menos comprendidos por los pacientes, especialmente cuando se utilizan términos médicos complejos o explicaciones poco claras (Manuel & Chaves, 2022).

2.2.3.3. Dimensión: Conocimiento de beneficios

Hace referencia a la comprensión de los resultados positivos esperados de la cirugía, como mejoría clínica, alivio del dolor o recuperación funcional. Los pacientes suelen sentirse más seguros cuando comprenden claramente los beneficios del procedimiento quirúrgico (Gabay et al., 2025). La literatura científica señala que la explicación equilibrada entre riesgos y beneficios favorece una mejor aceptación del tratamiento y disminuye el miedo preoperatorio.

2.2.3.4. Dimensión: Conocimiento de cuidados relacionados con la cirugía

Incluye el entendimiento de las indicaciones antes y después de la cirugía, tales como ayuno, higiene corporal, suspensión de medicamentos, movilización temprana y cuidados de la herida quirúrgica. El desconocimiento

de estos cuidados puede aumentar el riesgo de complicaciones postoperatorias (Urure-Velazco et al., 2024).

2.2.3.5. Dimensión: Claridad de la información brindada

La determinación del grado de transparencia de la información que proporcionamos tiene una relación directa con usar un lenguaje sencillo que sea fácil de entender y que además se adecue a los conocimientos educativos de los pacientes. Una presentación clara de los datos nos permite precisamente eliminar incertidumbres y facilitar una mejor comprensión a la hora de entender el consentimiento informado (García-Álvarez & García-Sánchez, 2025). En la actualidad, diferentes estudios afirman que en muchos formularios prototipados en los hospitales se observa que se obtienen niveles bajos de legibilidad como consecuencia del abuso de lenguaje jerga especializado, lo que dificulta igualmente la comprensión de los usuarios.

2.2.3.6. Dimensión: Suficiencia de la información brindada

Los aspectos que integran esta dimensión evalúan si el paciente estima haber recibido la información suficiente antes de la firma del consentimiento informado, de la posibilidad de utilizar tiempo suficiente para realizar preguntas o solicitar aclaraciones con el personal sanitario (Gabay et al., 2025).

Cuando los pacientes perciben que la información fue insuficiente, aumenta la inseguridad y disminuye la confianza hacia el equipo de salud.

2.2.4. Factores sociodemográficos y educativos

Edad

La edad puede influir significativamente en la comprensión del consentimiento informado. Algunos adultos mayores requieren explicaciones más pausadas y detalladas debido a cambios relacionados con la memoria, audición o procesamiento de la información (OMS, 2025).

Estado civil

El estado civil puede relacionarse con apoyo emocional, acompañamiento familiar y toma compartida de decisiones. Pacientes con redes de apoyo suelen sentirse más seguras durante el proceso quirúrgico (Srinivasan et al., 2022).

Nivel de instrucción

El nivel educativo es considerado uno de los principales factores asociados a la comprensión del consentimiento informado. Pacientes con mayor escolaridad suelen interpretar mejor las explicaciones verbales y documentos escritos relacionados con la cirugía (OMS, 2025).

Ocupación

La clase ocupacional puede dar cuenta del nivel socioeconómico, del nivel de acceso a la información sobre la salud y del grado de experiencia con las instituciones sanitarias (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Lugar de residencia

Las pacientes de las zonas rurales pueden tener barreras geográficas, menor acceso a la educación sanitaria y una menor familiaridad con los procedimientos de hospitalización, lo que puede incidir en la comprensión (Kiernan et al., 2023).

Antecedentes quirúrgicos previos

La experiencia previa con cirugías puede influir positiva o negativamente en la comprensión actual. Pacientes previamente operadas suelen conocer mejor el proceso hospitalario, tiempos quirúrgicos y cuidados postoperatorios. No obstante, si la experiencia previa fue negativa, también puede generar temor, ansiedad o resistencia a nuevas intervenciones (Cruz Montoya, Villanueva Sáenz, Padilla García, et al., 2025).

2.2.5. Rol del profesional de enfermería

El profesional de enfermería desempeña un papel fundamental dentro del proceso preoperatorio debido a su contacto directo y continuo con el

paciente quirúrgico. Entre los propósitos que cumple, entregarle la educación sanitaria, reforzar las indicaciones médicas, resolver dudas, proporcionar ayuda psicológica antes del acto quirúrgico. Esta intervención favorece un mejor entendimiento del consentimiento informado al contribuir a aumentar la seguridad del paciente durante la intervención (Ari, 2024).

Asimismo, la enfermería facilita humanizar la atención a través de una comunicación directa, empática y acorde a las singularidades y necesidades de cada paciente. La evidencia científica reciente reconoce que la participación activa del profesional de enfermería mejora la experiencia hospitalaria y favorece la toma de decisiones informadas dentro del contexto quirúrgico (Organización Mundial de la Salud, 2023).

2.2.6. Seguridad del paciente

La seguridad del paciente constituye un componente esencial de la calidad asistencial y busca prevenir riesgos, errores y eventos adversos durante la atención sanitaria. Dentro del área quirúrgica, la correcta comprensión del consentimiento informado contribuye a fortalecer la participación activa del paciente y mejorar el cumplimiento de cuidados preoperatorios y postoperatorios (Organización Mundial de la Salud, 2023).

De igual manera, la seguridad quirúrgica depende de una comunicación efectiva entre el personal sanitario y el paciente. Cuando el usuario comprende claramente la información relacionada con su cirugía, disminuye la incertidumbre y aumenta la confianza hacia el equipo de salud, favoreciendo una atención más segura y humanizada (Urure-Velazco et al., 2024).

2.2.7. Calidad de atención

La calidad de atención en salud comprende el conjunto de acciones orientadas a brindar servicios seguros, oportunos, eficientes y centrados en las necesidades del paciente. Dentro del contexto quirúrgico, la calidad asistencial también implica garantizar que el usuario reciba información clara y comprensible antes de aceptar cualquier procedimiento médico (Organización Mundial de la Salud, 2023).

En la actualidad, la percepción de calidad por parte del paciente se relaciona estrechamente con la forma en que el personal sanitario comunica la información y resuelve dudas relacionadas con la cirugía. Una atención humanizada, basada en el respeto y la empatía, contribuye significativamente a mejorar la satisfacción del usuario y fortalecer la confianza hacia los servicios hospitalarios (Gabay et al., 2025).

2.2.8. Fundamentación ética

El consentimiento informado se sustenta en los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La autonomía protege el derecho de decidir; la beneficencia orienta al mayor beneficio posible; la no maleficencia exige evitar daño; y la justicia promueve trato equitativo (Gonzaga Troya et al., 2023).

2.2.9. Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson

La teoría del cuidado humanizado de Jean Watson sostiene que el cuidado de enfermería debe centrarse en la relación humana, el respeto y la comprensión integral del paciente. Esta teoría destaca la importancia de establecer vínculos basados en empatía, comunicación y apoyo emocional, especialmente en situaciones que generan miedo o vulnerabilidad, como ocurre durante el proceso quirúrgico (Ramírez et al., 2024).

En relación con el consentimiento informado, la teoría de Watson aporta fundamentos importantes para comprender la necesidad de brindar una atención más cercana y personalizada. Cuando el profesional sanitario escucha activamente al paciente y adapta la información a sus necesidades individuales, se fortalece la comprensión de la información médica y se favorece una toma de decisiones más consciente y segura (Cristina et al., 2025).

2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL EN ECUADOR

En el país ecuatoriano, el consentimiento informado se encuentra garantizado tanto en la propia Constitución de la República del Ecuador, como en la Ley Orgánica de Salud y disposiciones de rango secundario del

Ministerio de Salud Pública. Normativas que establecen el derecho del usuario de recibir información clara, suficiente y oportuna antes de aceptar un procedimiento de tipo médico o quirúrgico, cumpliendo adecuadamente el contenido normativo de las disposiciones y reforzando la seguridad jurídica institucional y el respeto real del derecho del paciente (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Constitución de la República del Ecuador

Artículo 32: Manifiesta que la salud es un derecho que debe garantizar el Estado y que debe serlo observando principios de calidad, eficiencia, precaución y respeto a la dignidad humana. Este artículo tiene relación con la investigación porque garantiza que los pacientes tengan información suficiente y una atención segura a propósito de una cirugía.

Artículo 66 numeral 10: Forma parte del listado de derechos que poseen las personas al momento de tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida. Este artículo se encuentra en un vínculo directo con el consentimiento informado, ya que protege la autonomía del paciente antes de que acepte someterse a una cirugía.

Ley Orgánica de Salud

Artículo 7 literal e: Señala que toda persona tiene derecho a recibir información clara, suficiente y oportuna acerca de su estado de salud, procedimientos médicos, riesgos y alternativas terapéuticas. Este artículo se relaciona directamente con el estudio debido a que evalúa el nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos.

Artículo 6: Determina que es responsabilidad de los establecimientos de salud garantizar atención segura, ética y de calidad, respetando los derechos de los pacientes durante todos los procedimientos médicos y quirúrgicos.

Ley de Derechos y Amparo del Paciente

Artículo 5: Establece que todo paciente tiene derecho a recibir información clara, precisa y comprensible sobre diagnóstico, tratamiento,

riesgos y pronóstico antes de autorizar procedimientos médicos. Este artículo ofrece el apoyo legal con el que argumentar la importancia de la evaluación de la comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos.

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Consentimiento informado

El consentimiento informado es un proceso de carácter ético y legal que permite a la persona paciente conocer la información, la cual tiene que ser clara, suficiente y comprensible para que posteriormente dé el consentimiento por escrito, de forma voluntaria, con anterioridad a un procedimiento médico/quirúrgico. Este proceso garantiza el respeto a la autonomía de la persona paciente y potencia la toma de decisiones conscientes vinculadas a la salud. También garantiza poder establecer la relación de confianza y comunicación entre la persona paciente y el profesional sanitario (Cruz Montoya, Villanueva Sáenz, Padilla García, et al., 2025).

Autonomía

Facultad de una persona para participar y decidir libremente sobre las intervenciones relacionadas con su salud, de acuerdo con sus propios valores y preferencias. En el consentimiento informado, este principio requiere que el paciente disponga de información suficiente para comprender las opciones disponibles y pueda aceptar o rechazar un procedimiento sin imposiciones externas. En el ámbito quirúrgico, respetar la autonomía permite que la decisión del paciente sea reconocida como parte fundamental de su atención sanitaria (Luna, 2024).

Voluntariedad

Condición mediante la cual una persona toma una decisión de manera libre, sin coerción, presión o influencia indebida de otras personas. Dentro del consentimiento informado, significa que el paciente puede aceptar o rechazar una intervención después de recibir y comprender la información correspondiente (Díaz, 2023).

Información

Datos relevantes que se proporcionan al paciente sobre su estado de salud y sobre la intervención que se propone realizar. Para que contribuya a una decisión informada, debe incluir aspectos esenciales como la naturaleza y finalidad del procedimiento, sus posibles riesgos, beneficios y alternativas. La información constituye así un elemento indispensable para que el paciente pueda valorar las opciones relacionadas con su atención (Bazin, 2024).

Decisión

Determinación que adopta una persona después de valorar la información disponible y considerar las posibles consecuencias de las alternativas relacionadas con su atención. En el consentimiento informado, implica que el paciente participe activamente en la elección de aceptar o rechazar una intervención, tomando en consideración sus circunstancias, valores y preferencias personales (Cruz, 2025).

Comunicación

Intercambio de información entre el profesional sanitario y el paciente mediante el cual se explican aspectos relacionados con la atención y se permite resolver dudas. En el consentimiento informado, una comunicación adecuada facilita que la persona pueda comprender la información recibida, expresar inquietudes y participar en las decisiones sobre su tratamiento (Pico, 2022).

Capacidad

Aptitud de una persona para comprender información relevante, valorar sus implicaciones, analizar las alternativas disponibles y expresar una elección relacionada con una decisión sanitaria determinada. En el consentimiento informado, esta capacidad permite establecer si el paciente puede participar directamente en la decisión sobre un procedimiento (Sciencedirect, 2022).

Dignidad

Reconocimiento del valor inherente de cada persona y al respeto que

debe recibir durante la atención sanitaria. En el contexto del consentimiento informado, implica que el paciente sea tratado con respeto y que sus preferencias, decisiones y derechos sean considerados durante el proceso asistencial. El respeto de la dignidad se relaciona además con el derecho de las personas a participar en las decisiones que afectan su salud (Aroca, 2026).

Confidencialidad

Deber de proteger la información relacionada con la salud de una persona y evitar que sea divulgada a terceros sin una justificación o autorización correspondiente. En el proceso de atención sanitaria, este principio contribuye a proteger la privacidad del paciente y favorece una relación basada en la confianza entre la persona y el equipo de salud (Tariq, 2023).

Comprensión

Capacidad de la persona paciente de comprender, interpretar y recordar debidamente la información recibida a lo largo del proceso del consentimiento informado. La adecuada comprensión por parte de la persona usuaria de la expectativa de la cirugía cumple una doble función: permitir que la persona usuaria participe en la toma de decisiones vinculadas a su salud y una disminución de la posibilidad de confusión o ansiedad, para la persona usuaria, antes de la cirugía. Diversos estudios indican que la claridad del lenguaje influye directamente en este proceso (Pico, 2022).

Paciente quirúrgico

El paciente quirúrgico es aquella persona que será sometida a un procedimiento operatorio con fines diagnósticos, terapéuticos o reconstructivos dentro de una institución de salud. Durante el periodo perioperatorio, el paciente requiere información clara sobre riesgos, beneficios y cuidados relacionados con la cirugía para favorecer su seguridad y bienestar emocional (Urure et al., 2024).

Procedimiento quirúrgico

El procedimiento quirúrgico consiste en una intervención médica realizada mediante técnicas operatorias especializadas con el propósito de tratar, corregir o diagnosticar una enfermedad. Antes de ejecutarse, el paciente debe recibir información suficiente sobre el tipo de cirugía, objetivos, riesgos y posibles complicaciones para garantizar un consentimiento informado válido y ético (Kebede et al., 2023).

Riesgos quirúrgicos

Los riesgos quirúrgicos son las posibles complicaciones o eventos adversos que pueden presentarse durante o después de una intervención quirúrgica. Estos riesgos pueden incluir infecciones, hemorragias, reacciones a la anestesia alteraciones en la recuperación postoperatoria. Informar correctamente sobre esos puntos permite al paciente que sea capaz de tomar decisiones informadas y seguras antes de aceptar una cirugía (Gabay et al., 2025).

Beneficios quirúrgicos

Los beneficios quirúrgicos son los resultados positivos esperados tras desempeñar un procedimiento operatorio, como la mejoría clínica, el alivio del dolor, la recuperación funcional. La explicación clara de estos beneficios favorece la confianza del paciente hacia el tratamiento y contribuye a disminuir el temor previo a la cirugía (Urure-Velazco et al., 2024).

Cuidados preoperatorios

Los cuidados preoperatorios incluyen todas las indicaciones y medidas que el paciente debe cumplir antes de una cirugía, tales como ayuno, higiene corporal, administración de medicamentos y preparación emocional. Estas acciones buscan disminuir riesgos intraoperatorios y favorecer condiciones seguras para el procedimiento quirúrgico (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Cuidados postoperatorios

Los cuidados postquirúrgicos son las acciones encaminadas a facilitar la recuperación del paciente tras la intervención quirúrgica. Comprenden el control del dolor, la movilización precoz del paciente, el cuidado de las heridas, la administración de medicación, el control del paciente para detectar posibles complicaciones derivadas de la cirugía. El cumplimiento correcto de los cuidados postquirúrgicos mejora la evolución clínica y disminuye los riesgos futuros (Kebede et al., 2023).

Nivel educativo

El nivel educativo es el grado de escolaridad alcanzado por una persona; representa un elemento importante en cuanto a la comprensión en la firma de un consentimiento informado. Diversos estudios señalan que pacientes con mayor formación académica presentan mejor capacidad para interpretar información médica y participar activamente en decisiones relacionadas con su salud (OMS, 2025).

Calidad de atención

La calidad de atención en salud corresponde al conjunto de acciones orientadas a brindar servicios seguros, eficientes, oportunos y humanizados a los pacientes. Incluye aspectos relacionados con comunicación efectiva, seguridad del paciente, respeto a los derechos humanos y satisfacción del usuario durante el proceso de atención médica (OMS, 2025).

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizó siguiendo un enfoque cuantitativo; ya que permitió la recolección de información numérica relacionada con el nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos del Hospital General Martín Icaza, lo que permitió, además, que sea este enfoque el que facilite la medición y el análisis estadístico de las variables estudiadas y, por lo tanto, se puedan obtener resultados que estén organizados, que puedan ser comparables y que sean, además, verificables.

3.2. DISEÑO

El diseño fue no experimental, puesto que no existió manipulación deliberada de variables por parte de las investigadoras, sino que se observaron tal como se presentaron en la realidad. Se trabajó con un diseño descriptivo prospectivo, orientado a evaluar el nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos durante el periodo de estudio.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población del estudio estuvo constituida por 102 pacientes programados para intervenciones quirúrgicas en el Hospital General Martín Icaza, en el período comprendido entre marzo y julio de 2026, quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para la investigación.

En la presente investigación no se aplicó una fórmula estadística de cálculo de tamaño muestral, debido a que la población fue de tamaño finito, conocido y plenamente accesible durante el marco temporal del estudio. En su lugar, se empleó un muestreo no probabilístico consecutivo por criterios de inclusión (censo poblacional), incorporando al 100 % de los pacientes quirúrgicos programados ($N = 102$) que ingresaron durante el período de recolección de datos y que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. Pacientes mayores de 18 años programados para cirugía electiva/programada en los servicios de Cirugía General, Ginecología o

Urología durante el período marzo-julio 2026.

2. Pacientes orientados en tiempo, espacio y persona, en condiciones clínicas estables para responder el instrumento.

3. Pacientes que aceptaron voluntariamente participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado de investigación.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con alteraciones cognitivas, neurológicas o psiquiátricas que impidieran la comprensión de la encuesta.

2. Pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas de emergencia o urgencia vital.

3. Pacientes con barreras del lenguaje o imposibilidad de comunicación verbal.

3.4. VARIABLES

3.4.1. Variable independiente

Factores sociodemográficos y tipo de especialidad quirúrgica:

Corresponde al conjunto de características personales, sociales, educativas y clínicas de los pacientes quirúrgicos que pueden influir en el nivel de comprensión del consentimiento informado antes de una intervención quirúrgica (Manuel & Chaves, 2022).

3.4.2. Variable dependiente

Nivel de comprensión del consentimiento informado: Entendido como el grado en que el paciente comprende la información recibida respecto al procedimiento quirúrgico, riesgos, beneficios, alternativas terapéuticas y cuidados relacionados con la cirugía.

3.4.3. Operacionalización de las variables

Tabla 1

Operacionalización de las variables del estudio

Variable (tipo)	Dimensión	Indicador	Ítems de la encuesta	Escala de medición
Factores sociodemográficos (independiente)	Edad	Grupo etario del paciente	1. Edad	Ordinal: 18–24; 25–34; 35–44; 45 o más.
Factores	Sexo	Sexo declarado	2. Sexo	Nominal dicotómica: masculino /

sociodemográficos (independiente)		por el paciente		femenino.
Factores sociodemográficos (independiente)	Estado civil	Situación conyugal del paciente	3. Estado civil	Nominal: soltero/a; casado/a; unión libre; divorciado/a; viudo/a.
Factores sociodemográficos (independiente)	Nivel de instrucción	Nivel educativo alcanzado	4. Nivel de instrucción	Ordinal: primaria / secundaria / superior.
Factores sociodemográficos (independiente)	Ocupación	Actividad ocupacional del paciente	5. Ocupación	Nominal: ama de casa; empleado/a; independiente; estudiante; otro.
Factores sociodemográficos (independiente)	Lugar de residencia	Zona de residencia habitual	6. Lugar de residencia	Nominal dicotómica: urbana / rural.
Experiencia quirúrgica previa (independiente)	Antecedentes quirúrgicos	Antecedente de cirugía previa	7. Cirugía anterior	Nominal dicotómica: sí / no.
Tipo de especialidad quirúrgica (independiente)	Especialidad quirúrgica	Especialidad a la que pertenece la cirugía	8. Especialidad quirúrgica	Nominal: cirugía general / cirugía ginecológica / urología.
Tipo de especialidad quirúrgica (independiente)	Procedimiento de cirugía general	Tipo de procedimiento realizado o programado	9. Procedimiento de cirugía general	Nominal: apendicectomía; colecistectomía; colecistectomía laparoscópica; laparotomía; nodulectomía; herniorrafia; gastrotomía; otro; ninguna.
Tipo de especialidad quirúrgica (independiente)	Procedimiento de cirugía ginecológica	Tipo de procedimiento realizado o programado	10. Procedimiento ginecológico	Nominal: histerectomía abdominal; histerectomía vaginal; colpoperinorrafia; cesárea; salpingectomía; otro; ninguna.
Tipo de especialidad quirúrgica (independiente)	Procedimiento urológico	Tipo de procedimiento realizado o programado	11. Procedimiento urológico	Nominal: adenomectomía; circuncisión; otro; ninguna.
Nivel de comprensión del consentimiento informado (dependiente)	Conocimiento del procedimiento quirúrgico	Información recibida sobre en qué consiste la cirugía	12. Explicación del procedimiento	Categórica ordinal: sí / parcialmente / no.
Nivel de comprensión del consentimiento informado (dependiente)	Comprensión del procedimiento quirúrgico	Comprensión del procedimiento que se realizará	13. Comprensión de la cirugía	Categórica ordinal: sí / parcialmente / no.
Nivel de comprensión del consentimiento informado (dependiente)	Conocimiento del objetivo de la cirugía	Reconocimiento del objetivo del procedimiento	14. Objetivo de la cirugía	Categórica ordinal: sí / parcialmente / no.
Nivel de comprensión del consentimiento informado (dependiente)	Conocimiento de riesgos quirúrgicos	Información recibida sobre riesgos o complicaciones	15. Información sobre riesgos	Categórica ordinal: sí / parcialmente / no.
Nivel de comprensión del consentimiento informado (dependiente)	Comprensión de riesgos quirúrgicos	Comprensión de los riesgos explicados	16. Comprensión de riesgos	Categórica ordinal: sí / parcialmente / no.

Nivel de comprensión del consentimiento informado (dependiente)	Conocimiento de riesgos anestésicos	Información recibida sobre posibles complicaciones de la anestesia	17. Complicaciones de la anestesia	Categórica ordinal: sí / parcialmente / no.
Nivel de comprensión del consentimiento informado (dependiente)	Conocimiento de beneficios	Información recibida sobre los beneficios esperados	18. Beneficios de la cirugía	Categórica ordinal: sí / parcialmente / no.
Nivel de comprensión del consentimiento informado (dependiente)	Comprensión de beneficios	Comprensión de cómo la cirugía puede mejorar la salud	19. Beneficio para la salud	Categórica ordinal: sí / parcialmente / no.
Nivel de comprensión del consentimiento informado (dependiente)	Conocimiento de cuidados preoperatorios	Información recibida sobre los cuidados antes de la cirugía	20. Cuidados preoperatorios	Categórica ordinal: sí / parcialmente / no.
Nivel de comprensión del consentimiento informado (dependiente)	Conocimiento de cuidados postoperatorios	Información recibida sobre los cuidados después de la cirugía	21. Cuidados postoperatorios	Categórica ordinal: sí / parcialmente / no.
Nivel de comprensión del consentimiento informado (dependiente)	Comprensión de indicaciones postoperatorias	Comprensión de las indicaciones médicas posteriores	22. Indicaciones posteriores	Categórica ordinal: sí / parcialmente / no.
Percepción de la información recibida (complementaria)	Claridad del lenguaje	Percepción de que el lenguaje fue claro y fácil de entender	23. Claridad del lenguaje	Likert ordinal: nunca / rara vez / algunas veces / casi siempre / siempre.
Percepción de la información recibida (complementaria)	Comprensibilidad de la explicación	Percepción de que la explicación fue comprensible	24. Comprensión de la explicación	Likert ordinal: nunca / rara vez / algunas veces / casi siempre / siempre.
Percepción de la información recibida (complementaria)	Suficiencia de la información	Percepción de que la información fue suficiente para decidir	25. Suficiencia de la información	Likert ordinal: nunca / rara vez / algunas veces / casi siempre / siempre.
Percepción de la información recibida (complementaria)	Oportunidad para preguntar	Posibilidad de formular preguntas antes de firmar	26. Oportunidad para preguntar	Likert ordinal: nunca / rara vez / algunas veces / casi siempre / siempre.
Percepción de la información recibida (complementaria)	Resolución de dudas	Percepción de la claridad de las respuestas del personal	27. Respuesta a dudas	Likert ordinal: nunca / rara vez / algunas veces / casi siempre / siempre.
Percepción de la información recibida (complementaria)	Necesidad de información adicional	Percepción de necesitar más información sobre la cirugía	28. Necesidad de más información	Likert ordinal: nunca / rara vez / algunas veces / casi siempre / siempre; interpretación inversa respecto a suficiencia.
Voluntariedad de la firma (complementaria)	Autonomía y voluntariedad	Declaración de haber firmado libre y voluntariamente	29. Firma libre y voluntaria	Nominal dicotómica: sí / no.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó la encuesta como técnica principal, ya que permitió obtener información directa de los pacientes quirúrgicos sobre su nivel de comprensión del consentimiento informado, en concordancia con los objetivos del estudio. Como instrumento se empleó un cuestionario estructurado de preguntas cerradas, diseñado de acuerdo con las variables investigadas. Este instrumento estuvo conformado por secciones relacionadas con factores sociodemográficos y educativos, conocimiento sobre el procedimiento quirúrgico, riesgos, beneficios y cuidados, así como con la valoración de la claridad y suficiencia de la información recibida. Fue aplicado a pacientes sometidos a cirugías programadas en el Hospital General Martín Icaza, quienes se encontraban conscientes, orientados, clínicamente estables y habían firmado personalmente el consentimiento informado.

Asimismo, el instrumento fue sometido a un proceso de validación mediante juicio de expertos, con la participación de tres profesionales del área de la salud con experiencia en el ámbito quirúrgico y metodológico. Los expertos evaluaron los criterios de claridad, coherencia, relevancia y pertinencia de cada ítem del cuestionario mediante una escala tipo Likert ordinal de cuatro niveles: 1 = deficiente, 2 = regular, 3 = bueno y 4 = excelente. Posteriormente, se aplicó el coeficiente V de Aiken para determinar la validez de contenido del instrumento, obteniéndose un valor promedio general de 0,94, considerado excelente. La encuesta se aplicó mediante la plataforma digital Google Forms, lo que permitió recopilar la información de manera organizada, rápida y segura.

Tabla 2

Validación de contenido del instrumento de investigación

Validación del instrumento	Descripción
Método de validación	Juicio de expertos
Número de expertos	3 profesionales del área de salud
Criterios evaluados	Claridad, coherencia, relevancia y pertinencia
Escala de evaluación	Escala tipo Likert ordinal de 4 niveles
Método estadístico	Coeficiente V de Aiken
Valor obtenido	0.94
Interpretación	Excelente validez

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida mediante la aplicación del cuestionario fue organizada en Microsoft Excel y analizada con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 25. Antes del análisis, la base de datos fue revisada con el fin de identificar errores de digitación, respuestas incompletas e inconsistencias entre las variables registradas. Posteriormente, las respuestas fueron codificadas según las opciones del instrumento y la información se organizó de acuerdo con los objetivos, dimensiones e indicadores definidos en la operacionalización de variables.

Para construir la suma del puntaje de conocimiento, las respuestas de los ítems con escala Sí / No / Parcialmente fueron codificadas de la siguiente manera: No = 0 puntos, Parcialmente = 1 punto y Sí = 2 puntos. Esta asignación permitió cuantificar el grado de conocimiento declarado por cada paciente en relación con el procedimiento quirúrgico, los riesgos, los beneficios, la anestesia y los cuidados vinculados con la cirugía. La puntuación obtenida se utilizó para analizar la concentración de los valores.

La suma de los ítems de conocimiento permitió obtener un puntaje total con un valor máximo de 22 puntos. Para la interpretación de esta dimensión se consideraron tres rangos: conocimiento bajo, conocimiento medio y conocimiento alto o excelente; el rango de 17 a 22 puntos correspondió al nivel alto o excelente. Debido a que todos los pacientes se ubicaron dentro de este

rango, el análisis no se limitó a la categoría general, sino que revisó la distribución interna de los puntajes por especialidad quirúrgica, con el fin de identificar variaciones entre cirugía general, cirugía ginecológica y urología.

El procesamiento de los datos se realizó mediante estadística descriptiva, utilizando tablas de frecuencias absolutas y porcentajes. Para los determinantes sociodemográficos se presentaron distribuciones simples; mientras que, para las dimensiones de conocimiento, claridad y suficiencia de la información, se analizaron las respuestas según las opciones registradas en el cuestionario. En la dimensión de conocimiento se calculó la suma del puntaje alcanzado por cada paciente, con el propósito de observar la concentración de valores obtenidos en relación con el procedimiento quirúrgico, riesgos, beneficios, anestesia y cuidados.

Asimismo, se realizaron tablas cruzadas que relacionaban la especialidad quirúrgica con la suma del puntaje correspondiente al conocimiento y con la comprensión declarada por el procedimiento. Este análisis nos permitió observar la distribución de las respuestas a partir de cirugía general, cirugía ginecológica y urología, interpretándose éstas en porcentajes como concentración de respuestas, y también observando la posible influencia del autorreporte a partir de sesgos como el de cortesía, el de aquiescencia o el de temor a reconocer dudas en el momento de recopilar la información.

La encuesta se diseñó y se aplicó mediante Google Forms, que es la aplicación que permite recopilar la información de manera ordenada, fácil y salva la información y que la encuesta se gestionó a partir de un formulario con preguntas cerradas distribuidas en virtud de las variables y de las dimensiones del estudio, a la vez que era así hecha para respetar el anonimato y la confidencialidad de los sujetos que representan el universo que aporta la información. En efecto, las respuestas fueron analizadas de manera agrupada con la finalidad académica de obtenerla y sin que se identificara individualmente a los sujetos que aportaron la información en forma de información a partir de preguntas cerradas.

En esta presentación se conservaron los recuentos disponibles en las tablas originales. Cuando solo se disponía de porcentajes redondeados, se reconstruyeron las frecuencias enteras compatibles con esos porcentajes y con $N = 102$; estos recuentos requieren corroboración con la base de datos. Los porcentajes recalculados se expresan con un decimal y pueden no sumar exactamente 100 % por redondeo. La Tabla 29 conserva los porcentajes originales e identifica los recuentos no disponibles, porque no permiten reconstruir una distribución coherente con el total. Se mantuvieron las categorías de respuesta y las puntuaciones documentadas.

4. RESULTADOS

4.1. Presentación de los resultados por objetivos

4.1.1. Identificar los determinantes sociodemográficos asociados a la comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos

Tabla 3

Distribución de pacientes por grupo etario

Grupo etario (años)	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
18–24	28	27,5
25–34	35	34,3
35–44	18	17,6
45 o más	21	20,6
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del

documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General

Martín Icaza (2026).

Análisis

El grupo correspondiente a la edad de 25 a 34 años fue el que mayor porcentaje presentó (34,3 %), mientras que el grupo de 35 a 44 años resultó ser el que mostró el porcentaje de menor valor (17,6 %; Tabla 3). El estudio titulado “Comprensión del consentimiento informado por parte de los pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica”, elaborado por Fernández Chaves (2023), respalda el predominio de adultos jóvenes, dado que el grupo de 20 a 30 años fue el grupo más representado (35 %); aunque, no obstante, difiere en la amplitud etaria ya que el grupo que lo integraba también incluía pacientes de hasta 80 años. Esta comparación indica que la edad orienta el perfil de los participantes, pero no confirma por sí sola un entendimiento suficiente del consentimiento informado.

Tabla 4

Distribución de pacientes por sexo

Sexo	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Femenino	62	60,8
Masculino	40	39,2
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El sexo femenino alcanzó el mayor porcentaje (60,8 %; Tabla 4). El trabajo de investigación titulado "Surgical informed consent in Clinical Practice: Patients' Perspective Undergoing C-Section at Three Teaching Hospitals of Addis Ababa, Ethiopia", Kebede et al. (2023), está alineado, por lo que respecta la importancia de la población femenina en el consentimiento para la cirugía, aunque tiene una diferencia; ya que la muestra fue de solo mujeres intervenidas quirúrgicamente mediante cesárea. Este trabajo de investigación nos da un dato de alarma: con el 44,9 % de la población sólo recibían al menos seis de los trece componentes considerados como necesarios para el caso de cirugía.

Tabla 5

Distribución de pacientes por estado civil

Estado civil	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Casado/a	42	41,2
Divorciado/a	1	1,0
Soltero/a	27	26,5
Unión libre	30	29,4
Viudo/a	2	2,0
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El estado civil casado presentó el mayor porcentaje (41,2 %), mientras que el divorciado registró el menor valor (1,0 %; Tabla 5). El estudio “A Novel Strategy for Understanding What Patients Value Most in Informed Consent Before Surgery”, de Gabay et al. (2025), coincide con el predominio de personas casadas, pues el 51 % de su muestra tenía esta condición. Esta coincidencia sugiere que una parte de los pacientes puede contar con acompañamiento familiar; no obstante, el consentimiento informado no debe depender de la presencia de la pareja, sino de la decisión informada del paciente y de la verificación de sus dudas.

Tabla 6

Distribución de pacientes por nivel de instrucción

Nivel de instrucción	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Primaria	2	2,0
Secundaria	79	77,5
Superior	21	20,6
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

La educación secundaria reunió el mayor porcentaje (77,5 %), mientras que la primaria registró el menor valor (2,0 %; Tabla 6). Fernández Chaves (2023) difiere del perfil local, debido a que el 51 % de su muestra tenía estudios universitarios completos o incompletos; aun así, solo el 33 % respondió correctamente las preguntas clínicas. García-Álvarez y García-Sánchez (2025), en “Readability of Informed Consent Forms for Medical and Surgical Clinical Procedures: A Systematic Review”, refuerzan esta cautela, ya que el 76,3 % de 13.940 formularios analizados presentó baja legibilidad. Por tanto, la escolaridad secundaria predominante en la muestra local no asegura por sí sola la asimilación real del consentimiento informado.

Tabla 7

Distribución de pacientes por ocupación

Ocupación	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Ama de casa	34	33,3
Empleado/a	23	22,5
Estudiante	29	28,4
Independiente	16	15,7
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del

documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General

Martín Icaza (2026).

Análisis

La ocupación ama de casa registró el mayor porcentaje (33,3 %), mientras la actividad independiente representó el menor valor (15,7 %; Tabla 7). La investigación “La comunicación en el consentimiento informado”, de Pico-Camacho y Vega-Peña (2022), no ofrece una distribución ocupacional comparable, por tanto, difiere en medición; aun así, coincide en el argumento comunicativo, al plantear que el consentimiento requiere valorar calidad, contexto, intención, pedagogía y recepción del mensaje. La ocupación permite ajustar horarios, ejemplos e indicaciones, pero no debe usarse para asumir entendimiento del documento ni satisfacción con la información recibida.

Tabla 8

Distribución de pacientes según el lugar de residencia

Lugar de residencia	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Rural	69	67,6
Urbana	33	32,4
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

La residencia rural alcanzó el mayor porcentaje (67,6 %; Tabla 8). En este caso, el trabajo de Gabay et al. (2025) difiere de la distribución local, pues reportó 29 % de pacientes rurales, 45 % suburbanos y 26 % urbanos. El predominio puede relacionarse con la ubicación del Hospital General Martín Icaza en Babahoyo y con la recepción de usuarios derivados desde centros y puestos de salud de cantones o parroquias rurales, cuando requieren valoración especializada o una intervención quirúrgica programada. Además, la distribución territorial de la población de Los Ríos puede favorecer que numerosos pacientes inicien la atención en unidades cercanas a su comunidad y continúen el proceso en el hospital.

Tabla 9

Antecedentes de cirugía previa en los pacientes

Cirugía previa	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No	58	56,9
Sí	44	43,1
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

Los pacientes sin cirugía previa representaron el mayor porcentaje (56,9 %; Tabla 9). El artículo “Consentimiento informado: su aplicación en la práctica clínica”, de Cruz Montoya et al. (2025), coincide en sentido operativo, porque describe este documento como un proceso que exige información sobre naturaleza del procedimiento, riesgos, beneficios y alternativas, junto con tiempo para preguntas y verificación del entendimiento. Aunque el antecedente no compara experiencia quirúrgica previa, sus criterios sugieren que quienes no han sido intervenidos dependen más de una explicación clara, pausada y comprobada antes de aceptar la cirugía.

4.1.2. Determinar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre el procedimiento quirúrgico, riesgos, beneficios y cuidados posteriores.

Tabla 10

Explicación recibida sobre el procedimiento quirúrgico

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No	3	2,9
Sí	99	97,1
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El 97,1 % indicó que recibió explicación sobre la cirugía (Tabla 10). El trabajo de Kebede et al. (2023) difiere del resultado local en profundidad informativa, dado que la firma del consentimiento fue alta, aun así, solo 44,9 % recibió al menos seis de trece componentes del consentimiento quirúrgico. La comparación muestra que “recibir explicación” puede expresar contacto informativo, pero no necesariamente cobertura de diagnóstico, riesgos, beneficios, alternativas o anestesia. Por tanto, el resultado local debe interpretarse como una percepción favorable expuesta a sesgo de cortesía, miedo a preguntar o deseo de no afectar la imagen del personal sanitario.

Tabla 11

Comprensión del procedimiento quirúrgico

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No	5	4,9
Sí	97	95,1
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias conservadas de las tablas originales; porcentajes calculados sobre el total de pacientes. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El 95,1 % manifestó que entendió el procedimiento (Tabla 11). El estudio de Fernández Chaves (2023) expresa también la necesidad de tener cautela, ya que el 98 % dijo conocer lo que era el consentimiento informado, pero solamente un 33 % obtuvo respuestas clínicas correctas. La distancia existente entre el conocimiento autorreportado y el desempeñado en la evaluación permite razonar que el 95,1 % local podría expresar una sensación de seguridad, no un dominio del material quirúrgico. En consecuencia, las respuestas favorables deben verificarse con preguntas de retorno, donde el paciente explique con sus propias palabras qué intervención recibirá, qué riesgos existen y qué cuidados deberá cumplir.

Tabla 12

Conocimiento del objetivo de la cirugía

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No	4	3,9
Sí	98	96,1
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El 96,1 % indicó que sabía el objetivo de la cirugía (Tabla 12). En contraste, Fernández Chaves (2023) se aleja de una lectura optimista, pues su investigación demostró que el conocimiento aludido no se correspondía con respuestas clínicas correctas y que en él persistía poca claridad en lo que respecta a complicaciones o reacciones adversas. La comparación permite entender que conocer el objetivo puede quedar restringido a “saber para qué operan”, sin llegar a introducir límites de la terapia, alternativas o consecuencias de no operar. Por ello, el objetivo quirúrgico debe comprobarse mediante una respuesta espontánea del paciente, no mediante una pregunta cerrada.

Tabla 13

Información recibida sobre riesgos y complicaciones de la cirugía

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No	1	1,0
Sí	101	99,0
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El 99,0 % manifestó que recibió información sobre riesgos (Tabla 13). Desde esta perspectiva, Kebede et al. (2023) difiere del resultado local, porque la información completa fue limitada y el elemento menos documentado fue el tratamiento alternativo. La comparación indica que un porcentaje alto de información declarada puede ocultar omisiones, sobre todo cuando el paciente no sabe qué riesgos deberían explicarle. Por ende, los riesgos quirúrgicos deben desglosarse en complicaciones frecuentes, complicaciones graves, anestesia, recuperación y consecuencias de rechazar el procedimiento.

Tabla 14

Comprensión de los riesgos explicados antes de firmar el consentimiento informado

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No	1	1,0
Parcialmente	1	1,0
Sí	100	98,0
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El 98,0 % afirmó entender los riesgos, mientras las respuestas no favorables fueron mínimas (Tabla 14). García-Álvarez y García-Sánchez (2025) difieren del resultado local, pues su revisión encontró baja legibilidad en 76,3 % de 13.940 formularios de consentimiento; además, indicó que esa dificultad puede limitar la capacidad de elección libre. La comparación advierte que el reactivo sobre entender riesgos no debe medirse solo por autorreporte, sino que debe ser consultado específicamente. Un paciente puede responder “sí” tras escuchar términos técnicos, aunque no pueda entender signos de infecciones, sangrado, complicaciones anestésicas o signos de alarma posteriores.

Tabla 15

Información recibida sobre complicaciones anestésicas

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No	2	2,0
Parcialmente	4	3,9
Sí	96	94,1
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El 94,1 % afirmó haber recibido información sobre complicaciones anestésicas; dentro del bloque de conocimiento, fue uno de los valores menos favorables (Tabla 15). Kebede et al. (2023) coincide en que la anestesia representa un punto vulnerable del consentimiento: solo 18,6 % recibió información sobre el tipo de anestesia y apenas 9 % tuvo oportunidad de elegir una opción anestésica. La comparación muestra que la cifra local, aunque alta, debe revisarse con mayor atención porque la anestesia suele generar temor, dudas y aceptación pasiva cuando la explicación queda generalizada sobre el acto quirúrgico.

Tabla 16

Información recibida sobre los beneficios esperados de la cirugía

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No	1	1,0
Parcialmente	2	2,0
Sí	99	97,1
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El 97,1 % declaró haber recibido explicación sobre beneficios (Tabla 16). De hecho, Gabay et al. (2025) coincide en que los beneficios y riesgos deben tratarse mediante diálogo ajustado al paciente; en su muestra, 70 % necesitó información adaptada a su situación, y 13 % esperó conversación sobre beneficios y riesgos con el cirujano antes del hospital. La comparación indica que explicar beneficios debe mencionar el beneficio esperado, límites del procedimiento, recuperación y posibles resultados. Una explicación incompleta puede crear expectativas irreales y aumentar la ansiedad.

Tabla 17

Comprensión de los beneficios de la cirugía para la salud

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Parcialmente	4	3,9
Sí	98	96,1
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El 96,1 % señaló que entendió cómo la cirugía ayudaría a mejorar su salud (Tabla 17). El estudio de Gabay et al. (2025) coincide con la necesidad de precisar el propósito del consentimiento, pues 17 % de los pacientes perteneció al grupo donde la falta de información sobre el propósito de firmar, poco tiempo para leer o firma minutos antes del procedimiento elevaban la ansiedad. La comparación sugiere que entender la “mejoría” debe incluir alcance real, tiempos de recuperación y límites clínicos. La respuesta local debe orientar explicaciones más realistas, no una lectura plenamente favorable.

Tabla 18

Información recibida sobre los cuidados preoperatorios

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Parcialmente	1	1,0
Sí	101	99,0
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El 99,0 % afirmó haber recibido indicaciones antes de la cirugía (Tabla 18). La investigación “Percepción del paciente quirúrgico respecto a cirugía segura basada en el checklist en hospital público”, Urure-Velazco et al. (2024), contrasta con el resultado local: previo a la anestesia, un 48,8 % percibe la cirugía como medianamente segura y un 27,1 % la percibe como insegura. La comparativa pone de manifiesto que recibir instrucciones no garantiza que se perciba seguridad o se aplique correctamente. Por tal motivo, la preparación ha de constatar, antes del ingreso al quirófano, que hay existencia de ayuno, establecer la enfermedad por alergia, disponibilidad de medicamentos, higiene, retiro de objetos o señales de alarma.

Tabla 19

Información recibida sobre los cuidados postoperatorios

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No	1	1,0
Sí	101	99,0
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El 99,0 % respondió que recibió información sobre cuidados posteriores (Tabla 19). El trabajo de Urure-Velazco et al. (2024) difiere de una lectura positiva del resultado local, pues después del acto quirúrgico 67,7 % percibió inseguridad, frente a 14,4 % que percibió seguridad. La comparación muestra que informar cuidados no garantiza retención de esa percepción durante momentos de dolor, cansancio, ansiedad o efecto anestésico. En tal sentido, la orientación posterior debe incluir la entrega escrita de las indicaciones, solicitar repetición por parte del paciente y participación de un acompañante, sobre todo antes del egreso y ante cirugías con cuidados domiciliarios.

Tabla 20

Comprensión de las indicaciones médicas postoperatorias

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Parcialmente	8	7,8
Sí	94	92,2
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El 92,2 % afirmó entender las indicaciones posteriores (Tabla 20). El estudio de Urrut-Velazco et al. (2024) coincide con la preocupación local, porque el periodo posterior fue la dimensión con mayor percepción de inseguridad. Asimismo, Kiernan et al. (2023) también coincide en la necesidad de recursos educativos: 21 de 30 estudios (70 %) mostraron mejora del entendimiento temprano con herramientas digitales, aunque solo 9 de 20 (45 %) mejoraron el entendimiento tardío. La comparación indica que la asimilación posterior requiere de refuerzo oral, material escrito y comprobación posterior.

Tabla 21

Especialidad de la cirugía y Nivel de conocimiento

			Suma del puntaje de conocimiento						Total
			17,00	18,00	19,00	20,00	21,00	22,00	
Especialidad de procedimiento quirúrgico	Cirugía general	Recuento	1	1	1	3	6	46	58
		% dentro de especialidad	1,7 %	1,7 %	1,7 %	5,2 %	10,3 %	79,3 %	100,0 %
	Cirugía ginecológica	Recuento	0	1	1	5	2	34	43
		% dentro de especialidad	0,0 %	2,3 %	2,3 %	11,6 %	4,7 %	79,1 %	100,0 %
	Urología	Recuento	0	0	0	0	0	1	1
		% dentro de especialidad	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	100,0 %
	Total	Recuento	1	2	2	8	8	81	102
		% dentro de especialidad	1,0 %	2,0 %	2,0 %	7,8 %	7,8 %	79,4 %	100,0 %

Nota. $N = 102$. f = frecuencia absoluta. Los porcentajes se calculan dentro de cada especialidad; la columna Total utiliza $N = 102$. Los puntajes de 17 a 22 corresponden al nivel alto o excelente. Recuentos conservados de la tabulación original de la encuesta (2026).

Análisis La Tabla 21 muestra que todos los pacientes se ubicaron dentro del rango de conocimiento alto o excelente, debido a que las puntuaciones obtenidas estuvieron entre 17 y 22 puntos. Sin embargo, el análisis por suma del puntaje permitió observar variaciones internas entre especialidades. En cirugía general, el 79,3% alcanzó el puntaje máximo de 22 puntos, mientras que en cirugía ginecológica este valor fue de 79,1%; en urología, el único paciente registrado obtuvo 22 puntos, aunque este dato no permite comparación por el tamaño mínimo del grupo. Además, cirugía ginecológica presentó mayor concentración en 20 puntos, mientras cirugía general reunió más casos en 21 puntos, lo que evidencia que la clasificación global como excelente no eliminó las diferencias internas en la distribución del conocimiento.

Este resultado puede explicarse, en parte, porque la población estuvo conformada por pacientes de cirugías programadas y no por usuarios sometidos a intervenciones de emergencia. Las cirugías programadas suelen incluir consultas previas, valoración preoperatoria, revisiones y contacto progresivo con el equipo de salud, condiciones que pueden favorecer que el paciente conozca el motivo de la intervención, los cuidados requeridos y algunos riesgos asociados. No obstante, esta interpretación debe formularse con cautela, porque el tiempo de espera antes de cada cirugía no fue medido como variable del estudio. Por ello, el resultado favorable se defiende como conocimiento declarado dentro de un proceso quirúrgico planificado, aunque permanece expuesto a sesgos de cortesía, aquiescencia y temor a reconocer dudas. No obstante, esta interpretación debe formularse con cautela, ya que el tiempo de espera antes de la cirugía no fue medido como variable del estudio. En concordancia, Kiernan et al. (2023), en una revisión sistemática sobre el uso de herramientas digitales en el consentimiento informado para cirugía, encontraron mejoras en la comprensión temprana en 21 de los 30 estudios evaluados y en la comprensión tardía en 9 de 20 estudios. Este antecedente destaca la importancia de utilizar estrategias que favorezcan la comprensión de la información quirúrgica. En nuestra investigación, aunque se observaron puntuaciones favorables y porcentajes similares de puntaje máximo en cirugía general y ginecología, las diferencias encontradas fueron descriptivas por lo cual es importante verificar individualmente que cada paciente comprenda el procedimiento, sus riesgos, beneficios y cuidados posteriores.

4.1.3. Analizar la percepción de los pacientes sobre la claridad y suficiencia de la información brindada por el personal de salud.

Tabla 22

Percepción de la claridad del lenguaje del personal de salud

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No	5	4,9
Sí	97	95,1
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El 95,1 % señaló que el lenguaje fue claro (Tabla 22). En este caso, García-Álvarez y García-Sánchez (2025) difieren del resultado local, pues 76,3 % de los formularios revisados presentó baja legibilidad; además, la dificultad fue observada en varios idiomas, incluido el español. Además, Fernández Chaves (2023) coincide en la cautela, dado que la claridad percibida fue alta, con 61 % y 57 % que calificaron el consentimiento como muy claro según escolaridad, pero el desempeño clínico correcto fue menor.

Tabla 23

Percepción de la comprensión de las explicaciones recibidas

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No	3	2,9
Sí	99	97,1
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El 97,1 % consideró que la explicación fue entendible (Tabla 23). El trabajo de Fernández Chaves (2023) coincide con la necesidad de no aceptar el autorreporte como prueba suficiente, porque 93 % refirió conocer el consentimiento, pero solo 33 % respondió de forma correcta preguntas clínicas. Esta comparación muestra una posible brecha entre percepción y conocimiento que se puede verificar. Por ello, la explicación local requiere de confirmación mediante preguntas abiertas como qué cirugía recibirá, qué riesgos conoce, qué cuidados aplicará y qué puede ocurrir si rechaza la intervención. Sin esa comprobación, el resultado positivo puede estar elevado por cortesía.

Tabla 24

Percepción de la suficiencia de la información para decidir

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No	1	1,0
Parcialmente	2	2,0
Sí	99	97,1
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El 97,1 % afirmó que la información fue suficiente (Tabla 24). En el caso de Cruz Montoya et al. (2025) coincide en que la suficiencia debe evaluarse por contenido y proceso, la información accesible sobre objetivos, beneficios, riesgos y alternativas, apoyo para decidir, atención de preguntas, resumen del mensaje y tiempo para reflexionar. Así, la suficiencia declarada puede estar sobrevalorada si el paciente no conoce los componentes mínimos que debía recibir antes de firmar el consentimiento.

Tabla 25

Oportunidad para formular preguntas antes de firmar el consentimiento

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No	1	1,0
Parcialmente	2	2,0
Sí	99	97,1
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El 97,1 % indicó que tuvo oportunidad de preguntar (Tabla 25). El trabajo de Pico-Camacho y Vega-Peña (2022) coincide en el plano comunicativo, porque describe el consentimiento como transmisión de un mensaje con barreras, responsabilidad y requisitos de calidad, contexto, pedagogía y recepción. En el caso de Gabay et al. (2025) aporta un dato que precisa la comparación, pues en 13 % de pacientes esperó diálogo sobre beneficios y riesgos, así como preguntas del cirujano sobre inquietudes; además, el tiempo insuficiente elevó la ansiedad en 17 %.

Tabla 26

Claridad de las respuestas del personal de salud a las dudas

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No	1	1,0
Parcialmente	1	1,0
Sí	100	98,0
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

El 98,0 % afirmó que sus dudas fueron respondidas con claridad (Tabla 26). Gabay et al. (2025) coincide en que la pregunta activa del profesional sobre dudas puede reducir la ansiedad, pues uno de los mensajes evaluados fue preguntar si quedaban inquietudes. En contraste, Gonzaga Troya y Díaz-Pérez (2023), en “Percepciones y prácticas de clínicos sobre la autonomía del paciente quirúrgico durante el proceso de toma del consentimiento informado. Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador”, difiere del resultado local al concluir que la falta de conocimiento sobre consentimiento puede vulnerar la autonomía, confidencialidad y derecho a recibir información del personal responsable.

Tabla 27

Necesidad percibida de información adicional sobre la cirugía

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No	51	50,0
Parcialmente	42	41,2
Sí	9	8,8
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias reconstruidas a partir de los porcentajes redondeados del documento original; porcentajes recalculados. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

Los resultados de la Tabla 27 evidencian que el 50,0 % de los pacientes manifestó no necesitar información adicional sobre la cirugía, mientras que el 41,2 % señaló necesitarla parcialmente y el 8,8 % afirmó que sí la necesitaba. Aunque este último porcentaje representa a una minoría de los encuestados, constituye un hallazgo importante, ya que los 9 pacientes que expresaron esta necesidad podrían mantener dudas o requerir explicaciones complementarias sobre el procedimiento quirúrgico. Asimismo, al sumar las respuestas «Parcialmente» y «Sí», se observa que el 50,0 % de los participantes manifestó algún grado de necesidad de información adicional. Este resultado debe analizarse junto con las respuestas favorables de las tablas anteriores, pues demuestra que una percepción positiva de la información recibida no garantiza que todos los pacientes consideren resueltas sus necesidades informativas. En concordancia con la importancia que Gabay et al. (2025) atribuyen a la comunicación y a la resolución de inquietudes durante el proceso de consentimiento informado, resulta fundamental que el personal de salud identifique las dudas individuales, amplíe las explicaciones cuando sea necesario y verifique la comprensión antes de la intervención quirúrgica.

4.1.4. Establecer la relación entre el tipo de cirugía y el nivel de comprensión del consentimiento informado.

Tabla 28

Distribución de pacientes por especialidad quirúrgica

Especialidad quirúrgica	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Cirugía general	58	56,9
Cirugía ginecológica	43	42,2
Urología	1	1,0
Total	102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias conservadas de las tablas originales; porcentajes calculados sobre el total de pacientes. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

La especialidad de cirugía general concentró el mayor porcentaje con 56,9 % y urología el menor con 1,0 % (Tabla 28). Gonzaga Troya y Díaz-Pérez (2023) difiere en población y método, debido a que analizó percepciones y prácticas de cirujanos. La comparación no permite afirmar diferencias reales por especialidad, porque el volumen urológico local es mínimo. El peso de cirugía general exige evitar explicaciones rutinarias y adaptar el mensaje al procedimiento concreto.

Tabla 29

Distribución de tipo de cirugía y procedimientos

Especialidad	Procedimiento	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Cirugía general	Apendicectomía	18	17,0
	Laparotomía	17	17,0
	Nodullectomía	4	4,0
	Colecistectomía laparoscópica	5	5,0
	Herniorrafia	2	2,0
	Colecistectomía	5	5,0
	Gastrostomía	1	1,0
	Otro	6	6,0
Cirugía ginecológica	Cesárea	26	25,0
	Histerectomía abdominal	4	4,0
	Salpingectomía	8	8,0
	Histerectomía vaginal	5	5,0
Urología	Otro	1	1,0
Total		102	100,0

Nota. N = 102. Frecuencias conservadas de las tablas originales; porcentajes calculados sobre el total de pacientes. Datos de la encuesta del Hospital General Martín Icaza (2026).

Análisis

Al analizar la distribución por especialidades, en la ginecológica destacó la cesárea como el procedimiento más frecuente con el 25,0 % (f = 26), mientras que en cirugía general predominaron la apendicectomía con el 17,0 % (f = 18) y la laparotomía con el 17,0 % (f = 17), registrándose en la especialidad urológica una representación puntual del 1,0 % (f = 1). En concordancia, Kebede et al. (2023) señalan la necesidad de verificar la información brindada en intervenciones frecuentes como la cesárea, donde observaron que solo el 18,6 % de las pacientes recibió explicación sobre el tipo de anestesia. En definitiva, la prevalencia de estas intervenciones confirma que el consentimiento informado debe adaptarse rigurosamente a los riesgos, ventajas, anestesia y cuidados de cada procedimiento según la especialidad.

Tabla 30

Relación entre el tipo de cirugía y el nivel de comprensión del consentimiento informado

Especialidad quirúrgica	No f (%)	Sí f (%)	Total f (%)
Cirugía general	3 (5,2)	55 (94,8)	58 (100,0)
Cirugía ginecológica	2 (4,7)	41 (95,3)	43 (100,0)
Urología	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)
Total	5 (4,9)	97 (95,1)	102 (100,0)

Nota. $N = 102$. f = frecuencia absoluta. Los porcentajes de cada fila se calculan sobre el total de la especialidad; la fila Total utiliza $N = 102$. La variable corresponde a la comprensión declarada del procedimiento, no al puntaje global de conocimiento. Datos conservados de la tabulación original (2026).

Análisis

En la Tabla 30, se observa que 97 de los 102 pacientes (95,1 %) manifestaron comprender el procedimiento quirúrgico, mientras que cinco (4,9 %) indicaron no comprenderlo. En cirugía general, el 94,8 % respondió afirmativamente, al igual que el 95,3 % de los pacientes de ginecología. En urología, el único participante manifestó comprender el procedimiento. Estos resultados reflejan una percepción mayoritariamente favorable de la comprensión; sin embargo, la respuesta afirmativa no garantiza que se hayan entendido completamente todos los aspectos del consentimiento informado.

En concordancia con Pico Camacho y Vega Peña (2022), la comprensión del consentimiento informado se favorece mediante una comunicación clara, empática y adaptada a las necesidades del paciente. Por ello, es importante que el personal de salud no solo explique el procedimiento quirúrgico, sino también sus riesgos, beneficios y posibles complicaciones, y que compruebe que el paciente ha comprendido la información antes de firmar el consentimiento informado.

5. MARCO ADMINISTRATIVO

5.1. Cronograma de actividades

Tabla 31

Cronograma de actividades de la investigación

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																						
Actividades	1er mes Marzo				2do.mes Abril				3ero Mayo				4to mes Junio				5to mes Julio					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Presentación del anteproyecto.																						
Recepción del trabajo de Titulación y Asignación de Estudiantes.																						
Revisión del anteproyecto con la tutora.																						
Revisión y Corrección del Tema.																						
Revisión del planteamiento del problema.																						
Revisión de las preguntas de investigación.																						
Introducción/Justificación.																						
Objetivos: General y Específicos.																						
Fundamentación Conceptual.																						
Metodología de Estudio; Operacionalización de Variables.																						
Recolección de Datos/Análisis y Presentación de Resultados.																						
Conclusiones y Recomendaciones.																						
Referencias Bibliográficas, Anexos.																						
Semana para la Elaboración del Informe final del docente – tutor.																						
Revisión por pares.																						

5.2. Presupuesto

Tabla 32

Presupuesto de la investigación

N°	Detalle	Cantidad	Costo unitario (USD)	Costo total (USD)
1	Material de oficina	1	20,00	20,00
2	Impresión de encuestas	100	0,15	15,00
3	Copias de documentos	1	10,00	10,00
4	Transporte	10	3,00	30,00
5	Servicio de internet	1	15,00	15,00
6	Imprevistos	1	10,00	10,00
TOTAL				100,00

Fuente de financiamiento: Autofinanciado por las investigadoras del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La caracterización sociodemográfica permitió identificar las principales características de los pacientes quirúrgicos estudiados, con predominio de adultos jóvenes, mujeres, personas con instrucción secundaria, procedencia rural y sin antecedentes de cirugía previa. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las condiciones educativas, sociales y las experiencias hospitalarias de cada paciente al proporcionar información sobre el consentimiento informado, procurando que sea clara, accesible y adaptada a sus necesidades.

La evaluación global del conocimiento mediante la sumatoria de los puntajes en SPSS evidenció un nivel alto o excelente en todos los participantes. Sin embargo, la presencia de pacientes que declararon no comprender el procedimiento demuestra que una puntuación favorable no garantiza la comprensión completa de la información quirúrgica. Por ello, es fundamental complementar la información proporcionada con mecanismos de verificación que permitan identificar dudas y comprobar que el paciente comprende.

La percepción de los pacientes sobre la claridad del lenguaje, las explicaciones recibidas y la resolución de sus dudas fue predominantemente favorable. No obstante, la necesidad manifestada de recibir información adicional, de forma parcial o afirmativa, evidencia que todavía existen oportunidades para fortalecer la comunicación preoperatoria. En consecuencia, la calidad del proceso informativo no debe valorarse únicamente por la satisfacción expresada, sino también por la capacidad del personal de salud para reconocer y resolver las necesidades particulares de cada paciente.

Se identificó que la comprensión declarada del procedimiento quirúrgico fue favorable y similar entre los pacientes de cirugía general y ginecología. Estos resultados permitieron comparar la comprensión del consentimiento informado según la especialidad quirúrgica, evidenciando una percepción positiva por parte de la mayoría de los pacientes. Sin embargo, fue importante considerar que la comprensión declarada no necesariamente garantiza que los pacientes entiendan completamente la información.

Recomendaciones

Se sugiere que el personal de enfermería adapte la educación preoperatoria a las características y necesidades de cada paciente, utilizando folletos ilustrativos, ejemplos sencillos y lenguaje claro. La información debe explicar de manera comprensible el procedimiento quirúrgico, sus cuidados y las indicaciones necesarias antes de la intervención, considerando el nivel educativo y la experiencia previa del paciente.

Es importante que el equipo médico y de enfermería evalúe la comprensión individual de cada paciente, sin depender únicamente de la puntuación global obtenida en el cuestionario. Para ello, se deben revisar las respuestas, identificar los aspectos que no se comprendieron y proporcionar explicaciones adicionales cuando sea necesario. Posteriormente, se debe comprobar que el paciente haya entendido la información antes de continuar con el proceso de consentimiento informado.

Se plantea que las autoridades del Hospital General Martín Icaza fortalezcan la orientación preoperatoria mediante espacios destinados a informar y resolver las inquietudes de los pacientes. Estos espacios deben facilitar la comunicación directa con el personal de salud y permitir que cada persona reciba explicaciones oportunas sobre su intervención quirúrgica. De esta manera, se favorecerá una participación más activa y una toma de decisiones libre y voluntaria.

Se recomienda que futuras investigaciones consideren la complejidad y las características de los procedimientos quirúrgicos de cada especialidad, con el fin de identificar qué aspectos de la intervención podrían influir en la comprensión de la información proporcionada al paciente y contribuir a mejorar el proceso de consentimiento informado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonso, Á., & Merlano, A. (2025). Desafíos para garantizar la integridad del consentimiento informado. *Actas Iberoamericanas En Ciencias Sociales*, 3(1), 21–26. <https://doi.org/10.69821/AICIS.V3I1.56>
- Aroca, B. (2026). Respetar la privacidad y mantener la confidencialidad: deberes éticos fundamentales. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12747445/>
- Bazin, W. (2024). Consentimiento informado. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/>
- Carbón, A. M. T., & Figueroa, D. K. C. (2025). Desafíos de la investigación científica en el ámbito quirúrgico. *Acta Médica*, 26. <https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/589>
- Castañeda Alejandra. (2025). *EL CONSENTIMIENTO INFORMADO CI: ENTRE EL DERECHO DEL PACIENTE Y LAS BARRERAS DE SU IMPLEMENTACIÓN*. 1–15.
- Chiles Cevallos, D. F. (2025). *Atención ética en enfermería quirúrgica, promoviendo la autonomía del paciente en el perioperatorio: revisión sistemática*. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/19234>
- Cristina, F., Nagua, B., Nathaly, G., Quito, P., Rebeca, S., Morocho, T., Maricela, F., Morejón, M., De Jesús, N., & Juela, J. (2025). Aplicación de la Teoría de Jean Watson en Servicios de Urgencia: Una Revisión Sistemática de la Literatura. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(2), 5040–5061. https://doi.org/10.37811/CL_RCM.V9I2.17256
- Cruz Montoya, M. J., Villanueva Sáenz, S. E., Padilla García, C. M., Cruz Montoya, M. J., Villanueva Sáenz, S. E., & Padilla García, C. M. (2025). Consentimiento informado: su aplicación en la práctica clínica. *Revista de La Facultad de Medicina (México)*, 68(3), 40–45. <https://doi.org/10.22201/FM.24484865E.2025.68.3.06>

- Díaz, C. (2023). *Voluntariedad* . <https://www.inedyto.com/voluntariedad.html>
- Gabay, G., Gere, A., Zemel, G., & Moskowitz, H. (2025). A Novel Strategy for Understanding What Patients Value Most in Informed Consent Before Surgery. *Healthcare* 2025, Vol. 13, Page 534, 13(5), 534. <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE13050534>
- García-Álvarez, J. M., & García-Sánchez, A. (2025). Readability of Informed Consent Forms for Medical and Surgical Clinical Procedures: A Systematic Review. *Clinics and Practice* 2025, Vol. 15, Page 26, 15(2), 26. <https://doi.org/10.3390/CLINPRACT15020026>
- Gonzaga Troya, L. F., Díaz-Pérez, A., Gonzaga Troya, L. F., & Díaz-Pérez, A. (2023). Percepciones y prácticas de clínicos sobre la autonomía del paciente quirúrgico durante el proceso de toma del consentimiento informado. Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador. *Acta Bioethica*, 29(1), 55–62. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2023000100055>
- González Mares, M. (2019). Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. *Revista Universitaria Digital de Ciencias Sociales (RUDICS)*, 10(18), 92–95. <https://doi.org/10.22201/FESC.20072236E.2019.10.18.6>
- Kebede, E., Tasew, T., & Worku, D. (2023). Surgical Informed Consent in Clinical Practice: Patients' Perspective Undergoing Cesarean Section at Three Teaching Hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 33(4), 671–680. <https://doi.org/10.4314/EJHS.V33I4.13>
- Kiernan, A., Fahey, B., Guraya, S. S., Boland, F., Moneley, D., Doyle, F., & Harkin, D. W. (2023). Digital technology in informed consent for surgery: systematic review. *BJS Open*, 7(1). <https://doi.org/10.1093/BJSOPEN/ZRAC159>
- KOINONIA Santa Ana de Coro Venezuela Rossmory Nichole Cajo-Guerrero, F., & Javier Ortiz-Andrade, E. (2025). Percepción del paciente:

consentimiento informado en urgencias en Oficina Técnica 01D07
Camilo Ponce Enríquez. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*,
10(1), 512–535. <https://doi.org/10.35381/r.k.v10i1.4791>

Luna, A. (2024). El derecho a la autonomía del paciente.
[https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-el-
derecho-autonomia-del-paciente--S0025775324000824?newsletter=true](https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-el-derecho-autonomia-del-paciente--S0025775324000824?newsletter=true)

Manuel, J., & Chaves, F. (2022). *REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA
RICA Comprensión del consentimiento informado por parte de los
pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa
Rica Understanding of informed consent by patients at the Faculty of
Dentistry of the Univer....* 40(1), 29–40. [https://orcid.org/0000-0001-
6478-5407](https://orcid.org/0000-0001-6478-5407)

Montoya, M. J., Villanueva Sáenz, S. E., & Padilla García, C. M. (2025b).
Consentimiento informado: su aplicación en la práctica clínica. *Revista
de La Facultad de Medicina (México)*, 68(3), 40–45.
<https://doi.org/10.22201/FM.24484865E.2025.68.3.06>

OMS. (2025). *Alfabetización en materia de salud*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>

Ordóñez, M. L. A., Torres, A. A., & Sanchez, L. N. A. (2026). Bioética y toma
de decisiones en el ámbito perioperatorio: desafíos en hospitales
públicos. *Reincisol.*, 5(9), 1354–1354.
[https://doi.org/10.59282/REINCISOL.V5\(9\)1354](https://doi.org/10.59282/REINCISOL.V5(9)1354)

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Seguridad del paciente*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Palencia-Díaz, R., de Jesús Palencia-Vizcarra, R., & Rodolfo Palencia, C.
(2023). El potencial de la inteligencia artificial para disminuir errores
médicos y mejorar la educación médica continua. *Medicina Interna de
México*, 39(3), 419–421. <https://doi.org/10.24245/mim.v39i3.8934>

Pico Camacho, A. J., & Vega Peña, N. V. (2022). La comunicación en el

consentimiento informado. *Revista Colombiana de Cirugía*, 37(4), 554–562. <https://doi.org/10.30944/20117582.2147>

Ramírez Moreno, P., Santelices Tello, C., Correa Quiroz, A., Silva Morales, B., Vegenas Rojas, B., Ramírez Moreno, P., Santelices Tello, C., Correa Quiroz, A., Silva Morales, B., & Vegenas Rojas, B. (2024). Vivencias del profesional de enfermería en el cuidado humanizado a personas con diversidad de género. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 13(2), e3757. <https://doi.org/10.22235/ECH.V13I2.3757>

Rodríguez-Gómez, R., & Rodríguez-Gómez, R. (2025). Consentimiento informado en investigación clínica: revisión de la literatura 2012-2022. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 25(1), 37–56. <https://doi.org/10.18359/RLBI.6729>

Sciencedirect. (2022). Toma de decisiones del paciente. <https://www.sciencedirect.com/topics/biochemistry-genetics-and-molecular-biology/patient-decision-making>

Srinivasan, P., Rentala, S., & Kumar, P. (2022). Impulsivity and Aggression Among Male Delinquent Adolescents Residing in Observation Homes—A Descriptive Correlation Study from East India. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 18(4), 327–336. <https://doi.org/10.1177/09731342231171305>

Tariq, R. A. (2023). Confidencialidad del paciente. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519540/>

Urure-Velazco, I. N., Pacheco-Villa-García, L. A., Llerena-Ururi, K. L., Berrocal-Pacheco, P. L., Urure-Velazco, I. N., Pacheco-Villa-García, L. A., Llerena-Ururi, K. L., & Berrocal-Pacheco, P. L. (2024). Percepción del paciente quirúrgico respecto a cirugía segura basada en el checklist en hospital público. *Index de Enfermería*, 33(2). <https://doi.org/10.58807/INDEXENFERM20246861>

ANEXOS

Anexo. 1 encuesta



Universidad Estatal de Bolívar
Carrera de Enfermería

ENCUESTA

Tema: “Evaluación del nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos, Hospital General Martín Icaza, 2026”

Objetivo del estudio: Evaluar el nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos del Hospital General Martín Icaza, 2026.

Instrucciones: La presente encuesta es anónima y tiene fines académicos. Marque con una X la respuesta que considere correcta según la información recibida antes de firmar el consentimiento informado.

¿Desea usted participar libre y voluntariamente en este estudio de investigación?

☐ Sí

☐ No

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y EDUCATIVOS

Nº	Pregunta	Opciones
1	Edad	☐ 18–24 ☐ 25–34 ☐ 35–44 ☐ 45 o más
2	Sexo	☐ Masculino ☐ Femenino
3	Estado civil	☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Unión libre ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a
4	Nivel de instrucción	☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior
5	Ocupación	☐ Ama de casa ☐ Empleado/a ☐ Independiente ☐ Estudiante ☐ Otro
6	Lugar de residencia	☐ Urbana ☐ Rural
7	¿Se ha realizado alguna cirugía anteriormente?	☐ Sí ☐ No

II. TIPO DE ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA

Nº	Pregunta	Opciones
8	¿A qué especialidad quirúrgica pertenece su cirugía?	☐ Cirugía general ☐ Cirugía ginecológica ☐ Urología
9	Si pertenece a cirugía general, indique el procedimiento	☐ Apendicectomía ☐ Colectomía ☐ Colectomía laparoscópica ☐ Laparotomía ☐ Nodullectomía ☐ Herniorrafia ☐ Gastrotomía ☐ Gastrotomía ☐ Otro ☐ Ninguna
10	Si pertenece a cirugía	☐ Histerectomía abdominal ☐ Histerectomía

Nº	Pregunta	Opciones
	ginecológica, indique el procedimiento	vaginal ☐ Colpoperinorrafia ☐ Cesárea ☐ Salpingectomía ☐ Otro ☐ Ninguna
11	Si pertenece a urología, indique el procedimiento	☐ Adenomectomía ☐ Circuncisión ☐ Otro ☐ Ninguna

III. CONOCIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Nº	Pregunta	Sí	No	Parcialmente
12	¿Le explicaron en qué consistía la cirugía que le realizarán?	☐	☐	☐
13	¿Comprendió el procedimiento quirúrgico que le realizarán?	☐	☐	☐
14	¿Conoce cuál es el objetivo de la cirugía?	☐	☐	☐

IV. CONOCIMIENTO DE RIESGOS QUIRÚRGICOS

Nº	Pregunta	Sí	No	Parcialmente
15	¿Le informaron sobre los riesgos o complicaciones de la cirugía?	☐	☐	☐
16	¿Comprendió los riesgos explicados antes de firmar el consentimiento informado?	☐	☐	☐
17	¿Le explicaron posibles complicaciones relacionadas con la anestesia?	☐	☐	☐

V. CONOCIMIENTO DE BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Nº	Pregunta	Sí	No	Parcialmente
18	¿Le explicaron los beneficios esperados de la cirugía?	☐	☐	☐
19	¿Comprende cómo la cirugía ayudará a mejorar su estado de salud?	☐	☐	☐

VI. CONOCIMIENTO DE CUIDADOS RELACIONADOS CON LA CIRUGÍA

Nº	Pregunta	Sí	No	Parcialmente
20	¿Le explicaron los cuidados antes de la cirugía?	☐	☐	☐
21	¿Le explicaron los cuidados después de la cirugía?	☐	☐	☐
22	¿Comprendió las indicaciones médicas posteriores al procedimiento?	☐	☐	☐

VII. CLARIDAD DE LA INFORMACIÓN BRINDADA

Nº	Pregunta	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
23	El lenguaje utilizado por el personal de salud fue claro y fácil de entender	☐	☐	☐	☐	☐
24	La explicación brindada fue comprensible para usted	☐	☐	☐	☐	☐

VIII. SUFICIENCIA DE LA INFORMACIÓN BRINDADA

Nº	Pregunta	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
25	La información recibida fue suficiente para tomar una decisión	☐	☐	☐	☐	☐
26	Tuvo oportunidad de hacer preguntas antes de firmar el consentimiento informado	☐	☐	☐	☐	☐
27	El personal de salud respondió claramente sus dudas	☐	☐	☐	☐	☐
28	Considera que necesitaba más información sobre la cirugía	☐	☐	☐	☐	☐

IX. OBSERVACIÓN FINAL

Nº	Pregunta	Respuesta
29	¿Firmó el consentimiento informado de manera libre y voluntaria?	☐ Sí ☐ No

FIRMAS

Naydelin García

Abigail Ramos

Dr. Santiago Freire

Estudiante

Estudiante

Tutor

Anexo. 2 Formato del consentimiento informado

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Objetivo: Evaluar el nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos del Hospital General Martín Icaza, 2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con número de cedula.....

En forma voluntaria autorizo participar en el proyecto de investigación titulado como: **Evaluación del nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos, Hospital General Martín Icaza, marzo- julio 2026**

Se me ha informado del propósito de la investigación y objetivos, por lo que acepto proporcionar información referente a la encuesta para el alcance de los objetivos planteados.

Me han indicado que tendré que responder a las preguntas en una encuesta, lo cual me tomara aproximadamente de 10-15 minutos.

He comprendido que las preguntas son pertinentes, no van a causar ningún daño y estoy satisfecho(a) con la información brindada por los investigadores, quienes lo han comunicado de forma clara y sencilla, dándome la oportunidad de preguntar y resolver las dudas e interrogantes.

Reconozco que la información que yo proporcione en la investigación es estrictamente confidencial, no será usado para ningún otro propósito fuera de la investigación.

Firma

Anexo. 3 Validación por expertos

2. DATOS DEL EXPERTO

Nombre del experto	Edison Gonzalo Maypaca Dulcey
Profesión	Licenciado en Enfermería
Especialidad	Centro Quirúrgico
Institución donde labora	Hospital General Martín I. Coza
Años de experiencia	9 años
Correo electrónico	Junimay-92@hotmail.com
Fecha de evaluación	10-5-2026

3. INSTRUCCIONES PARA EL EXPERTO

Se solicita evaluar el instrumento considerando los criterios de claridad, coherencia, relevancia y pertinencia de cada uno de los ítems planteados en la encuesta.

4. ESCALA DE EVALUACIÓN

Puntaje	Valoración
1	Deficiente
2	Regular
3	Bueno
4	Excelente

5. MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nº	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Pertinencia	Observaciones
1	¿Le explicaron en qué consistía la cirugía que le realizarán?	4	4	4	4	
2	¿Comprendió el procedimiento quirúrgico que le realizarán?	3	4	4	4	
3	¿Conoce cuál es el objetivo de la cirugía?	4	4	4	4	
4	¿Le informaron sobre los riesgos o complicaciones de la cirugía?	4	4	4	4	
5	¿Comprendió los riesgos explicados antes de firmar el consentimiento informado?	3	4	4	4	
6	¿Le explicaron posibles complicaciones relacionadas con la anestesia?	4	4	4	4	
7	¿Le explicaron los beneficios esperados de la cirugía?	4	4	4	4	
8	¿Comprende cómo la cirugía ayudará a mejorar su estado de salud?	4	4	4	4	

9	¿Le explicaron los cuidados antes de la cirugía?	2	2	2	2	
10	¿Le explicaron los cuidados después de la cirugía?	4	4	4	4	
11	¿Comprendió las indicaciones médicas posteriores al procedimiento?	3	3	2	3	
12	El lenguaje utilizado por el personal de salud fue claro y fácil de entender	4	4	4	4	
13	La explicación brindada fue comprensible para usted	4	4	4	4	
14	El personal de salud utilizó palabras sencillas durante la explicación	4	4	4	3	
15	La información recibida fue suficiente para tomar una decisión	4	4	4	4	
16	Tuvo oportunidad de hacer preguntas antes de firmar el consentimiento informado	3	4	4	4	
17	El personal de salud respondió claramente sus dudas	4	4	4	4	
18	Considera que necesitaba más información sobre la cirugía	3	3	4	3	
19	¿Firmó el consentimiento informado de manera libre y voluntaria?	4	4	4	4	

6. CRITERIO GENERAL DEL EXPERTO

Valor obtenido de la V de Aiken	0,93
Interpretación	Excelente validez
Conclusión del experto	El consentimiento informado adecuado, claro, cubren las expectativas y la información para su aplicación
Recomendaciones	Realizar cuestionarios similares en algunos otros momentos para mejorar la comprensión del paciente

7. FIRMA DEL EXPERTO

HOSPITAL GENERAL MARTÍN
Edificio Mayorga D.C.
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
C. CENESCYT 1013-15-1110

Firma: _____

Fecha: 10-5-2026

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Yo, Edinson Gonzalo Mayorga Dulcey, profesional en el área de Centro Quirúrgico, certifico haber revisado y validado el instrumento de investigación correspondiente al estudio titulado:

“Evaluación del nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos, Hospital General Martín Icaza, 2026”.

Luego de efectuar la revisión metodológica y técnica del cuestionario, considero que el instrumento presenta pertinencia, coherencia, claridad y relevancia para la recolección de datos de la investigación antes mencionada.

Se expide el presente certificado para los fines académicos correspondientes.

Lugar y fecha: Bahía de 10-5-2026

HOSPITAL GENERAL MARTÍN ICAZA
Edinson Mayorga Dulcey
 LICENCIADO EN ENFERMERÍA
REG. CENECYT 1011-15-138151

Firma: _____

Cédula: 1207142090

Anexo. 4. Consentimientos Informados de participación

Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Objetivo: Evaluar el nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos del Hospital General Martín Icaza, 2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Blanca Icaza Batallas con número de cédula 8952924182

En forma voluntaria autorizo participar en el proyecto de investigación titulado como:
Evaluación del nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos, Hospital General Martín Icaza, marzo- julio 2026

Se me ha informado del propósito de la investigación y objetivos, por lo que acepto proporcionar información referente a la encuesta para el alcance de los objetivos planteados.

Me han indicado que tendré que responder a las preguntas en una encuesta, lo cual me tomara aproximadamente de 10-15 minutos.

He comprendido que las preguntas son pertinentes, no van a causar ningún daño y estoy satisfecho(a) con la información brindada por los investigadores, quienes lo han comunicado de forma clara y sencilla, dándome la oportunidad de preguntar y resolver las dudas e interrogantes.

Reconozco que la información que yo proporcione en la investigación es estrictamente confidencial, no será usado para ningún otro propósito fuera de la investigación.

Blanca

Firma

Anexo. 5. Permiso para la aplicación de encuestas.



REPÚBLICA
DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 5 - Salud
Hospital General Martín Icaza
Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZS5-LR-HMI-UDI-2026-0015-M

Babahoyo, 11 de mayo de 2026

realizar los estudios competen estrictamente a la Maxima Autoridad de la Institución.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dr. Alain Cabrera Orive

RESPONSABLE DE LA GESTIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Referencias:

- MSP-CZS5-LR-HMI-UDI-2026-0001-E

Copia:

Sra. Mgs. Stefanny Karolina Dias Ledesma
Coordinadora de la Carrera de Enfermería



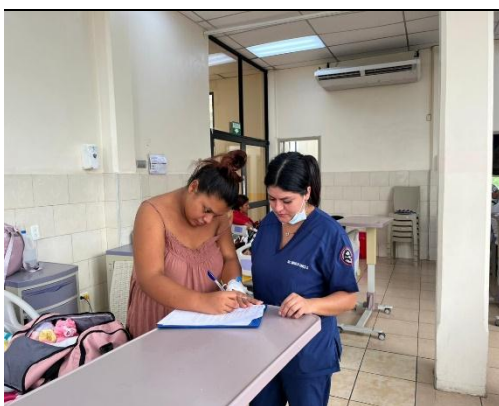
Verificar Documento en FirmadOT.
Firmado electrónicamente por:
ALAIN CABRERA ORIVE

Dirección: Malecón #1400 y Barreiro
Código Postal: 120101 / Babahoyo -Ecuador
Teléfono: +593-2730-218
www.salud.gob.ec

Firmado electrónicamente por Quesera

EL NUEVO
ECUADOR DEFIENDE
IMPULSA
CONSTRUYE

Anexo. 6. Evidencias de aplicación de encuestas



Fecha: 13/05/2026

Descripción: Aplicación de encuesta a paciente ginecológica.



Fecha: 14/05/2026

Descripción: Aplicación de encuesta a paciente de cirugía general.



Fecha: 15/05/2026

Descripción: Aplicación de la encuesta a paciente de Cirugía General.



Fecha: 20/05/2026

Descripción: Aplicación de encuesta a paciente ginecológica.



Fecha: 21/05/2026

Descripción: Aplicación de encuesta a paciente de Urología.



Fecha: 21/05/2026

Descripción: Aplicación de encuesta a paciente ginecológica.