

Autonomía y consentimiento informado: cuestiones éticas de los cuidados maternales en España

M. GASULL^a, E. CABRERA^b, H. LEINO-KILPI^c, M. VÄLIMÄKI^d, C. LEMONIDOU^e, A.P. SCOTT^f, T. DASSENG^g, M. ARNDT^h e I. GICHⁱ

^aEnfermera matrona. Profesora. Escola Universitaria d'Infermeria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ^bEnfermera. Escola Universitaria d'Infermeria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ^cPhD, RN, Professor. Department of Nursing, University of Turku. Turku, Finlandia. ^dPhD, RN, Researcher. Department of Nursing. University of Turku. Turku, Finlandia. ^ePhD, RN, Professor. Department of Nursing. National and Kapodistrian University of Athens. Atenas, Grecia. ^fPhD, RGN, Senior lecturer. Department of Nursing and Midwifery University of Stirling. Stirling, Reino Unido. ^gPhD, RN, Professor. Humboldt University. Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft. Berlin. Alemania. ^hPhD, RN, Consultant. ⁱPhD, MD. Estadístico. Departamento Epidemiología Clínica y Salud Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universidad Autónoma Barcelona.

Resumen

El presente trabajo es el primer artículo de un estudio multicéntrico y multicultural sobre el respeto de la autonomía y el consentimiento informado en las intervenciones de enfermería, que ha contado con la participación de Finlandia, Alemania, Gran Bretaña (Escocia), Grecia y España. Sólo se expondrán los resultados correspondientes a la muestra de España.

Su objetivo es describir y analizar las percepciones de las madres y enfermeras/matronas sobre el principio de autonomía y el consentimiento informado en las unidades de puérperas. Ambos principios han sido considerados como unos derechos que merecen un respeto y, a su vez, han sido analizados tanto desde la dimensión jurídica como ética. Los datos han sido recogidos en 6 maternidades de España, mediante unos cuestionarios estructurados y especialmente diseñados para este estudio. La muestra corresponde a 223 madres y 192 enfermeras/matronas. Los resultados han sido

tratados estadísticamente y ponen de manifiesto que existen diferentes percepciones entre las madres y enfermeras/matrona respecto a las actividades de enfermería referentes a la autonomía y consentimiento informado. Igualmente, se han hallado relaciones estadísticamente significativas entre los antecedentes.

Palabras clave: Autonomía. Consentimiento informado. Enfermería. Matrona. Madres.

Autonomy and informed consent: ethical questions in maternal care in Spain

The present study is the first article of a multicenter and multicultural study on respect to autonomy and informed consent in nursing care with participation from Finland, Germany, Great Britain (Scotland), Greece and Spain. The results obtained in Spain are herein reported.

The aim of this study was to describe and analyze the perception of mothers and nurses/matrons of the principle of autonomy and informed consent in the Maternity Units. Both principles have been considered as rights deserving respect and have therefore been analyzed from both a legal and ethical dimension. The data was collected in six Maternity Wards in Spain by structured questionnaire specialized designed for this study. The sample included 223 mothers and 192 nurses/matrons. The results were statistically

Este proyecto está financiado por la Comisión Europea, Biomed 2 1998-2001 (proyecto N.º BMH4-CT98-3555) y la Academia de Finlandia.

Correspondencia: María Gasull.
Profesora de Legislación y Ética en Enfermería. EUI Sant Pau.
Sant Antoni M.ª Claret, 167. 08025 Barcelona.

Aceptado para su publicación el 14-3-2001.

analyzed and show different perception between mothers and nurses/matrons with regard to nursing activities referring to autonomy and informed consent. Similarly statistically significant differences were observed in patient history.

Key words: Autonomy. Informed consent. Nursing. Matron. Mothers.

Introducción

En la década de los años setenta y ochenta en nuestro país, al igual que en el mundo occidental, el principio de autonomía irrumpió en el mundo sanitario. Los principios de no maleficencia y beneficencia, presentes en el Juramento Hipocrático y en el juramento de Florence Nightingale¹, empiezan a ser cuestionados, no confiriéndoles el valor absoluto que habían tenido hasta entonces al considerar que su cumplimiento debe estar condicionado a la autonomía del paciente²⁻⁴. Ya no se puede aceptar como válida una beneficencia que sólo contempla el paternalismo.

El concepto de autonomía tiene diferentes significados según las culturas. Según Gracia⁵, los filósofos mediterráneos han estado más influidos por la filosofía europea, especialmente por el racionalismo y el idealismo, que por el empirismo y pragmatismo de la tradición angloamericana. Ser autónomo no es lo mismo que ser respetado como agente autónomo. Respetar la autonomía de una persona implica asumir su derecho a tener opciones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales. Este respeto debe ser activo, y no simplemente una actitud⁶. Autonomía no significa sólo la libertad de hacer lo que uno quiera o actuar según los propios deseos, sino la capacidad de decidir y actuar según sus propios juicios⁴.

El consentimiento informado es la forma de operativizar en la práctica sanitaria la idea de autonomía moral del paciente y es el resultado de la incorporación y transformación de los postulados de la tradición beneficista por los de la tradición jurídica de la autonomía, gracias a la mediación decisiva de la tradición política de la justicia⁷.

El respeto a la autonomía y consentimiento informado es un deber de la enfermera, un requisito básico de su trabajo que debe ser respetado, salvo que exista otro principio moral superior que obligue a su falta de respeto⁸. Los profesionales tienen la responsabilidad de proporcionar información y permitir que las personas cuidadas puedan ejercer la autonomía mediante el consentimiento informado escrito u oral.

En este texto presentamos los resultados obtenidos en el área de maternidad en España. El trabajo de campo también se realizó en unidades quirúrgi-

cas y en geriátricos/centros sociosanitarios. Cada uno de estos tres grupos reviste características específicas que justifican su diferenciación. Los resultados de los pacientes quirúrgicos y de los pacientes ancianos se publicarán en números posteriores.

Las enfermeras/matronas, aunque no sean las responsables directas de “la firma” de los pacientes en los formularios específicos de consentimiento informado, sí que pueden ofrecer información y soporte para que puedan decidir según sus deseos⁹. Dado que existen factores específicos de la práctica e investigación de cuidados de las matronas¹⁰, este estudio pretende contribuir a ello planteando como objetivos específicos identificar cómo se respeta la autonomía y el consentimiento informado de las madres en su autocuidado, su capacidad de tomar decisiones y su responsabilidad del cuidado de su hijo.

Dado que se trata de un estudio multicéntrico en varios países de Europa, en donde los miembros del equipo reciben diferentes denominaciones, en este trabajo se utiliza la denominación enfermeras/matronas para todo el personal de cuidados de las unidades asistenciales (posnatales, ATS, diplomadas en enfermería, auxiliares de enfermería y matronas).

Revisión bibliográfica

Diferentes legislaciones, como la Constitución Española¹¹, el Convenio de Oviedo¹², la Ley General de Sanidad¹³ y la nueva Ley sobre los Derechos de Información referente a la Salud y Autonomía del paciente¹⁴ contemplan el respeto de la autonomía. Igualmente, el Código Deontológico del Consejo Nacional de Diplomados de Enfermería¹⁵ y el Código de Ética de los Colegios Profesionales de Cataluña¹⁶ han incorporado el deber de respetar la autonomía de los pacientes.

En España, numerosos autores desarrollan con claridad el concepto de autonomía^{3,17-19} y el de consentimiento informado^{7,20}, pero es escasa la bibliografía de enfermería respecto a la autonomía y consentimiento informado, y aún más en las unidades de cuidados posnatales. La bibliografía española se centra más en el deber de respetar la autonomía y el consentimiento informado, así como en analizar cómo el paternalismo debe ser incorporado dentro del nuevo concepto de autonomía²¹. Dicha bibliografía destaca, entre los diferentes aspectos de este deber, la educación de los pacientes para que, a su vez, se conviertan en el eje central de una nueva relación sanitaria, la responsabilidad de las enfermeras/matronas, tanto desde el papel autónomo como de colaboración en la consecución de un consentimiento informado, superando el esquema tradicional paterno-materno-filial de la relación sanitaria para alcanzar uno más moderno como el de la enfermera representante y abogada de la mujer, futura madre²²⁻²⁴.

Algunos autores destacan que el papel de la enfermera es el de colaboración con el médico, participando tanto en el proceso informativo^{25,26} como en la valoración de la voluntariedad, comprensión y competencia del consentimiento; otros, en cambio, consideran que el consentimiento informado desde el papel propio será oral y no escrito²⁷, o marcan el acento en el proceso informativo y en la relación de ayuda²⁸. Varios son los autores que destacan el derecho a la información²⁹ y la importancia de la información en el proceso comunicativo³⁰.

La bibliografía en lengua inglesa es muy extensa, y sobre todo la referente al consentimiento informado. Diversos autores destacan la importancia de la información para poder ejercer el consentimiento informado³¹⁻³³. Definen la responsabilidad de las enfermeras y de las matronas como el acompañamiento a la paciente, asegurando que se respeten sus deseos y voluntades, que se le informe correctamente y que su consentimiento sea voluntario, informado y libre^{34,35}. Al igual que en la bibliografía española, analizan las diferencias entre el paternalismo y la autonomía³⁶ y las dificultades que presenta el paternalismo para la implantación del consentimiento informado³⁷, exponiendo claramente los beneficios de una decisión autónoma³⁸. Ciertos debates sobre la autonomía son una prolongación de intervenciones paternalistas, sobre todo las cuestiones relacionadas con la identidad personal³⁹.

Propósitos e hipótesis

El propósito de este estudio es describir las percepciones de las madres y del equipo de enfermería acerca de la autonomía y el consentimiento informado en maternidades de España. Las preguntas a investigar son:

1. ¿Existen diferencias entre la percepción de las madres y las enfermeras/matronas acerca de la autonomía y el consentimiento informado?
2. ¿Cuáles son los antecedentes de las madres y las enfermeras/matronas asociados con su percepción acerca de la autonomía y el consentimiento informado?
3. ¿Qué tipo de asociación existe entre autonomía y consentimiento informado en los resultados de las madres y enfermeras/matronas?

Pacientes y métodos

Cuestionarios

Elaboración del instrumento

La elaboración de los cuestionarios se realizó conjuntamente para los tres grupos a los que se dirigía el estudio: madres, pacientes quirúrgicos y pacientes ancianos.

Los cuestionarios fueron desarrollados en 2 fases; en la primera se analizó la bibliografía existente y en la segunda, basándose en un análisis de la misma, se diseñaron unos prototipos de cuestionarios en dos versiones paralelas, una para los pacientes y otra para las enfermeras que cuidaban de estos pacientes, con el objetivo de poder contrastar sus percepciones respecto a los temas investigados. Posteriormente fueron traducidos a los diferentes idiomas de los países participantes según la metodología de la traducción inversa, y fueron probados en 30 pacientes y 30 enfermeras por grupo: madres, pacientes quirúrgicos y ancianos y país que participaba en el estudio, excepto en el grupo de ancianos, que sólo se probó en 10 individuos. Tras la posterior simplificación de los prototipos basándose en las respuestas recibidas, en Finlandia se procedió a una segunda evaluación: ancianos (5 pacientes y 46 enfermeras), madres (28 pacientes y 19 enfermeras), pacientes quirúrgicos (36 pacientes y 26 enfermeras). Previa a su distribución se procedió de nuevo a la aplicación del método de la traducción inversa en las 5 lenguas de los países que participaban en el estudio.

Contenido del instrumento en el grupo de madres

En el grupo de las madres, los cuestionarios evaluaban, tanto en madres como enfermeras/matronas, sus percepciones acerca de cuatro actividades de enfermería: alimentación, eliminación, higiene y administración de la medicación, y constaban de tres partes organizadas en: antecedentes, autonomía y consentimiento informado.

En el apartado de antecedentes se preguntaba a las madres acerca de su edad, estado civil, educación, tiempo de permanencia en la institución, número de partos anteriores, número de camas de su habitación y si se le había practicado una cesárea. Igualmente, se les preguntó si habían amamantado a su hijo, si habían cuidado de su bebé las 24 h del día y si habían dado su consentimiento oral o escrito antes del tratamiento o exploración. También se recogió el estado subjetivo de salud (en una escala de 5 puntos), para completar esta información general se añadieron 7 ítems en donde se preguntaba a las madres acerca de sus necesidades de intervenciones de enfermería (el valor más alto correspondía a más necesidades de salud e intervenciones de enfermería) y 4 ítems acerca de su nivel de independencia en relación con la comida, la higiene personal, ir al lavabo y caminar (el valor más alto correspondía con el mayor grado de independencia). A las enfermeras se les preguntó, en el apartado de antecedentes, la edad, el género, el grado académico obtenido más alto, la situación laboral, los años de experiencia en la especialidad y su formación en ética.

La autonomía fue valorada mediante 22 ítems (11 ítems para la información y 11 ítems para la toma de decisión) y el consentimiento informado mediante 6 ítems. En las respuestas se utilizó una escala de 5 a 0 (5 = siempre, 4 = con frecuencia, 3 = a veces, 2 = casi nunca, 1 = nunca, 0 = no pertinente). Las preguntas relacionadas con la autonomía versaban sobre la administración de la medicación, la alimentación (tanto de la madre como del niño), la eliminación y la higiene. Las preguntas relacionadas con el consentimiento informado incidían sobre si se había solicitado permiso antes de hacer una extracción de sangre, de controlar la frecuencia cardíaca de su bebé, cambiar dieta, cambiar la medicación, revelar información sobre el tratamiento a otras personas y administrar un enema.

A las puérperas se les preguntaba acerca de su experiencia personal vivida y a las enfermeras/matronas cuál era la práctica habitual en la unidad. La redacción de las preguntas fue diferente según fueran madres o enfermeras/matronas.

Obtención de los datos

Las madres que participaron en el estudio eran puérperas que habían dado a luz un hijo sano y se hallaban ingresadas en unidades maternales de 6 hospitales públicos universitarios y/o generales de España, pertenecientes a diferentes comunidades autónomas. Se escogieron las unidades de puérperas, ya que en el puerperio inmediato las percepciones de las madres respecto a la información recibida, su toma de decisiones y consentimiento informado pueden estar influidas por las experiencias vividas durante la gestación y los períodos de dilatación, parto y expulsivo. Como ya se ha dicho anteriormente, el estudio fue multinacional y en este artículo sólo se expondrán los resultados de la muestra de España.

Los cuestionarios fueron distribuidos personalmente por un miembro del equipo investigador que, además de proporcionar información verbal acerca del estudio, entregaba un sobre cerrado, el cual contenía una hoja con la información escrita. Fue distribuido un total de 325 cuestionarios y 223 (69%) fueron devueltos correctamente contestados.

A las enfermeras y matronas que trabajaban en dichas unidades, además de recibir el cuestionario y la hoja informativa, se les ofrecieron sesiones informativas en los diferentes turnos realizadas por un miembro del equipo investigador. Se distribuyeron 276 cuestionarios y fueron devueltos correctamente contestados 192 (69%).

Para preservar el anonimato de los participantes se dispusieron de unos buzones precintados en las diferentes unidades de hospitalización para que las madres y las enfermeras depositaran los cuestionarios una vez cumplimentados.

Análisis

Inicialmente se evaluó la homogeneidad de los ítems incluidos en la escala, utilizando la alfa de Cronbach. Los valores alfa en la muestra de las madres (y enfermeras/matronas) son las siguientes: autonomía e información 0,88 (0,62), autonomía y toma de decisiones 0,81 (0,66) y consentimiento informado 0,83 (0,74).

El análisis de los datos se realizó en 3 fases. En la primera se aplicó estadística descriptiva, en los 28 ítems correspondientes a las partes segunda y tercera de los cuestionarios: autonomía e información, autonomía y toma de decisiones y consentimiento informado. Sólo fueron considerados como buenos los cuestionarios en los que se respondía como mínimo el 75% de las preguntas. Se calcularon los valores medios de las respuesta de las madres y las enfermeras, excluyendo el resultado "0". En la segunda se compararon los resultados usando un test de la t de Student, y en la tercera se analizaron las asociaciones entre los antecedentes y los valores de la autonomía e información, de la autonomía y toma de decisiones y el consentimiento informado. Las variables de los antecedentes utilizadas en las madres fueron la edad, estado civil, educación, tiempo de permanencia en la institución, número de partos anteriores, número de camas de su habitación, si se les había practicado una cesárea. Igualmente si habían amamantado a su hijo, si habían cuidado de su bebé las 24 horas del día, y si habían dado su consentimiento oral o escrito antes del tratamiento o exploración. También su estado subjetivo de salud, sus necesidades de intervenciones de enfermería y su nivel de independencia en relación con la comida, higiene personal, ir al lavabo y caminar. En las enfermeras, la edad, género, grado académico obtenido más alto, estatus de trabajo, años de experiencia en la especialidad y su formación en ética.

Así mismo, se valoraron las necesidades de las madres referentes a las necesidades de intervenciones de enfermería mediante la suma de 7 ítems (rango, 0-7) y el nivel de dependencia de las madres: 4 ítems (rango, 0-4). Dependiendo del tipo de variable independiente, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, el test de la t de Student, ANOVA (post-hoc test de Tukey).

Igualmente se estudiaron las posibles asociaciones entre los 3 conceptos utilizando el coeficiente de correlación lineal de Pearson. Todos los análisis fueron bilaterales y el valor de $p < 0,05$ fue interpretado como estadísticamente significativo.

Aspectos éticos

Se tuvieron presentes las diferentes declaraciones acerca de Derechos de los Pacientes, la declaración del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) sobre

TABLA 1. Madres. Antecedentes. Información

Variable	España (n = 223)
Edad, media (DE)	31 años (4,50)
Rango	19-44
Estado civil	
Casada o cohabitando	96%
Divorciada o separada	2%
Viuda	0,5%
Nunca se ha casado ni cohabitado	1%
N/A	0,5%
Nivel más alto de educación	
Educación básica o elemental (9 años o menos)	18%
Educación secundaria o bachillerato (12 años o menos)	19%
Formación profesional (15 años o más)	30%
Formación académica o universitaria (15 años o más)	32%
N/A	1%
Tiempo de ingreso en la institución (desde el día del ingreso)	
Media, DE	4,1 (9,37)
Rango	1-29 días
Número de partos anteriores	1-5 (57%)
Número de cesáreas	25%
Necesidad de ayuda	
Media, DE	3,40 (1,29)
Rango	0-7,00
Nivel de dependencia	
Media, DE	3,61 (1,02)
Rango	0-4,0
Número de camas en la habitación	
Media, DE	2,43 (0,89)
Rango	1-4 camas

N/A: no aplicable.

la ética de la investigación en enfermería y la legislación vigente. Se obtuvo el permiso de los diferentes comités éticos de investigación clínica de los hospitales que participaron en el estudio. Las madres y las enfermeras fueron informadas por escrito y oralmente de los objetivos del estudio y de los responsables del mismo, enfatizando la preservación del anonimato, confidencialidad y la no obligatoriedad en dar respuesta al cuestionario.

Muestra

Madres

La media de edad era de 31 años y la desviación estándar de 4,50. La mayoría de las mujeres estaba casada (96%). Un tercio poseía formación universitaria y otro tercio, formación profesional. La estancia media en el hospital era de 4,1 días, con un rango de 1-29 días. El total de madres a las que se había practicado una cesárea fue del 25%. Presentaban una gran necesidad de

TABLA 2. Enfermeras/matronas. Antecedentes. Información

Variable	España (n = 192)
Edad, media (DE)	43 años (9,46)
Rango	22-64
Sexo	
Varón	1%
Mujer	96%
N/A	3%
Cualificación	
Sin titulación	2%
Auxiliar de enfermería	30%
ATS, DUE, matrona	64%
Licenciada/o, doctor/a en enfermería	3%
N/A	1%
Situación actual	
Cuidadora sin titulación en enfermería	1%
Auxiliar de enfermería	32%
Enfermera/matrona	57%
Supervisora	5%
N/A	5%
Años de experiencia en cualquier área y especialidad	
Media, DE	15 años (118,04)
Rango	4 meses-42 años
Años de experiencia en maternidad o ginecología	
Media, DE	12 años (113,99)
Rango	1 mes-33 años
Formación en ética	56%
Durante la carrera	19%
En un curso de posgrado	8%
Como formación continuada en mi lugar de trabajo	37%

N/A: no aplicable.

intervenciones de enfermería (media 3,40, s = 1,29) y el nivel de dependencia (media 3,6, s = 1,02) (tabla 1).

Enfermeras/matronas

La mayoría del equipo de enfermería poseía el título de diplomada universitaria de enfermería o de matrona (64%) y un 30% era auxiliar de enfermería. Sus edades oscilaban entre 22 y 64 años y el tiempo de trabajo en unidades maternales variaba entre 1 mes y 33 años (media, 12 años). Un 56% había recibido formación ética y, de éste, un 37% correspondía a formación continuada (tabla 2).

Resultados

Autonomía e información

Se pueden apreciar diferencias estadísticamente significativas entre las percepciones de las madres y enfermeras/matronas en 9 de los 11 ítems (ta-

TABLA 3. Comparación de la percepción de las madres y enfermeras/matronas ante la información

	n	Media	DE	T (gl)	p	No pertinente
En esta unidad el personal de enfermería me ha informado acerca de:						
Qué se hará durante los períodos de dilatación y expulsivo						
Madres	160	3,46	1,46	-5,50 (233,9)	0,001	36
Enfermeras	81	4,28	0,85			60
La duración de la estancia hospitalaria						
Madres	181	3,41	1,55	-3,57 (312,0)	0,0004	17
Enfermeras	167	3,90	1,01			8
Los posibles riesgos del parto						
Madres	169	2,90	1,72	-1,02 (256,1)	0,307	32
Enfermeras	98	3,08	1,19			48
Qué comer y beber						
Madres	189	3,50	1,66	-6,46 (301,4)	0,0001	14
Enfermeras	164	4,41	0,92			9
Alimentación del bebé						
Madres	192	4,14	1,24	-2,80 (353,2)	0,0054	7
Enfermeras	170	4,46	0,96			5
Cómo aliviar el dolor durante los períodos de dilatación y expulsivo						
Madres	158	3,44	1,60	-5,94 (238,4)	0,0001	41
Enfermeras	83	4,39	0,88			59
Los nombres y dosis de la medicación						
Madres	175	3,30	1,62	-0,08 (310,4)	0,9396	21
Enfermeras	143	3,31	1,15			23
Cómo mantener la función intestinal						
Madres	171	2,81	1,59	-6,64 (309,0)	0,0001	23
Enfermeras	153	3,83	1,15			16
Cómo mantener la función urinaria						
Madres	171	3,01	1,63	-5,88 (303,5)	0,0001	24
Enfermeras	150	3,92	1,13			13
Cómo cuidar de la higiene personal						
Madres	186	3,80	1,46	-4,65 (313,7)	0,0001	15
Enfermeras	180	4,39	0,92			5
Cómo cuidar de los pechos						
Madres	189	3,60	1,51	-6,62 (307,4)	0,0001	9
Enfermeras	177	4,45	0,88			8

bla 3). En estos 9 ítems, si se compara la opinión de las enfermeras/matronas con las de las madres, las enfermeras/matronas obtienen puntuaciones más altas, ya que creen que dan información. De estos 9 ítems, las preguntas que presentaban mayores discrepancias eran “cómo mantener la función intestinal” (media 2,81; DE = 1,59-3,83; DE = 1,15) y “cómo cuidar de los pechos” (media 3,60; DE = 1,51-4,45; DE = 0,88), y las que menos las de “cómo alimentar el bebé” (media 4,14; DE = 1,24-4,46; DE = 0,96) y “la duración de la estancia hospitalaria” (media 3,41; DE = 1,55-3,90; DE = 1,01). Los ítems que menos contestaban las madres eran los que correspondían a: “cómo aliviar el dolor durante los períodos de dilatación y expulsivo” (70%) y “qué se hará durante los períodos de dilata-

ción y expulsivo” (71%), y en enfermeras y matronas eran los que correspondían a: “qué me harán durante los períodos de dilatación y expulsivo” (42%), “cómo aliviar el dolor durante los períodos de dilatación y expulsivo” (43%), y “los posibles riesgos del parto” (51%) (tabla 3).

Cuando se analizó la asociación entre los antecedentes y la percepción de la información recibida, sólo se encontraron 3 relaciones estadísticamente significativas. La percepción de las madres difería dependiendo del estado de salud ($p = 0,0001$). Las madres que respondían que tenían muy buena salud (media 3,91), en su opinión, creían que habían recibido a menudo información, si se comparaban con las madres que su estado de salud era bueno (media

3,37) o regular (media 2,28). Un análisis pormenorizado entre pares de medias resultó en cada caso estadísticamente significativo ($p < 0,005$).

Comparando las madres que no habían dado su consentimiento informado escrito u oral respecto al tratamiento con aquellas que sí habían dado el consentimiento escrito (media 3,62 frente a 3,22, $T = 2,59$; $gl = 180$; $p = 0,0105$) u oral (media 3,69 frente a 3,17; $T = -3,41$; $gl = 176$; $p = 0,0008$), estas últimas habían recibido más a menudo información que las que no habían dado su consentimiento informado escrito.

Si se compara a las enfermeras/matronas que habían recibido formación en ética con las que no la habían recibido, se aprecia que a mayor formación mayores es la respuesta respecto a dar más a menudo información (media 4,15 frente a 3,85; $T = 2,38$; $gl = 134$; $p = 0,0187$).

Autonomía y toma de decisiones

Se pueden apreciar diferencias significativas en las percepciones de las madres y enfermeras/matronas. De los 11 ítems que median las percepciones de

TABLA 4. Comparación de la percepción de las madres y enfermeras/matronas en la toma de decisiones

	n	Media	DE	T (gl)	p	No pertinente (n)
En esta unidad el personal de enfermería da la oportunidad de dedicar...						
Posiciones alternativas en los períodos de dilatación y expulsivo						
Madres	156	2,78	1,70	-2,88 (232)	0,0044	43
Enfermeras	78	3,42	1,40			60
El tiempo de hospitalización						
Madres	148	2,53	1,72	-3,83 (289)	0,0002	45
Enfermeras	143	3,25	1,50			30
La presencia de una persona que le apoye durante dilatación y expulsivo (p. ej., pareja, amigo/a)						
Madres	169	4,46	1,06	0,095 (265)	0,9243	27
Enfermeras	98	4,45	1,00			53
Qué comer y beber						
Madres	166	3,05	1,74	-4,06 (300,3)	0,0001	28
Enfermeras	140	3,76	1,31			26
Cuándo alimentar al bebé						
Madres	194	4,23	1,20	-1,35 (361,6)	0,1796	5
Enfermeras	170	4,39	1,01			5
Cómo aliviar el dolor durante el parto						
Madres	157	3,46	1,72	-4,03 (229,8)	0,0001	38
Enfermeras	86	4,21	1,17			59
Si tomar o no pastillas para dormir						
Madres	131	2,08	1,61	-2,26 (236)	0,0247	56
Enfermeras	107	2,50	1,31			54
A qué ayuda recurrir en caso de tener dificultades en la micción						
Madres	150	2,86	1,77	-4,58 (248,3)	0,0001	32
Enfermeras	145	3,72	1,43			21
A qué ayuda recurrir en caso de tener dificultades con la función intestinal						
Madres	160	2,99	1,67	-4,79 (293,7)	0,0001	25
Enfermeras	139	3,82	1,30			23
Cómo cuidar de la higiene personal						
Madres	184	3,82	1,49	-4,99 (300,9)	0,0001	11
Enfermeras	177	4,46	0,89			8
Cómo cuidar los pechos						
Madres	184	3,74	1,51	-4,27 (329)	0,0001	10
Enfermeras	171	4,33	1,06			12

TABLA 5. Comparación de la percepción de las madres y matronas/enfermeras en el consentimiento informado

	n	Media	DE	T (gl)	p	No pertinente (n)
En esta unidad el personal de enfermería me ha pedido el consentimiento antes de...						
Hacer una extracción de sangre				-0,96 (313)	0,3389	
Madres	164	2,90	1,85			36
Enfermeras	151	3,09	1,66			20
Controlar la frecuencia cardíaca del bebé				2,24 (292)	0,0258	
Madres	160	2,76	1,81			37
Enfermeras	134	2,31	1,58			34
Cambiar la dieta				-2,80 (265)	0,0055	
Madres	132	2,30	1,71			51
Enfermeras	135	2,87	1,62			36
Cambiar la medicación				1,98 (244,4)	0,0485	
Madres	132	2,37	1,72			49
Enfermeras	124	1,99	1,32			44
Revelar información sobre el tratamiento a otros				-2,79 (241)	0,0056	
Madres	117	2,28	1,79			58
Enfermeras	126	2,94	1,89			40
Administrar un enema				-2,83 (286)	0,005	
Madres	135	2,78	1,90			44
Enfermeras	153	3,37	1,67			22

las madres y las enfermeras, nueve eran estadísticamente significativos (tabla 4). Las enfermeras creían con mayor intensidad que las madres que éstas tomaban decisiones respecto a su salud (media 4,46-3,25). Los ítems que presentaban mayor discrepancia eran los de “cómo cuidar de la higiene personal” (media 3,82; DE = 1,49-4,46; DE = 0,86) y “cómo mantener la función intestinal” (media 2,99; DE = 1,67-3,82; DE = 1,30). Los que menos: “si tomar pastillas para dormir” (media 2,08; DE = 1,61-2,50; DE = 1,31) y “posiciones alternativas en los períodos de dilatación y expulsivo” (media 2,78; DE = 1,70-3,42; DE = 1,40). Los ítems que las madres respondieron menos fueron: “a qué ayuda recurrir en caso de tener dificultades en la micción” (67%) y “posiciones alternativas en los períodos de dilatación y expulsivo” (69%). Y las preguntas de menor respuesta en enfermeras/matronas: “posiciones alternativas en los períodos de dilatación y expulsivo” (40%), y “cómo aliviar el dolor durante el parto” (45%) (tabla 4).

Se pueden apreciar diferencias estadísticamente significativas en dos antecedentes de las madres referentes a autonomía y la toma de decisiones. Las percepciones de las madres diferían dependiendo del estado de salud ($p = 0,001$). Las madres que respondían gozar de muy buena salud tenían la opinión de que ellas a menudo habían tomado decisiones (media 3,88) frente a aquellas que consideraban que su esta-

do de salud era bueno (media 3,35) o regular (media 2,71): las diferencias entre aquellos valores de las medias eran en cada caso estadísticamente significativos ($p < 0,005$). Comparando a las madres que no habían dado por escrito u oral su consentimiento informado respecto al tratamiento con aquellas que lo habían dado por escrito (media 3,60 frente a 3,12; $T = -3,11$; $gl = 177$; $p = 0,0022$) u oral (media 3,60 frente a 3,13; $T = -3,01$; $gl = 173$; $p = 0,003$), las que sí habían dado su consentimiento habían recibido más a menudo información. Aquellas enfermeras que habían estado trabajando más tiempo en unidades de maternidad o ginecología daban menos oportunidades para tomar decisiones a las madres ($r = -0,18$; $p = 0,0232$).

Consentimiento informado

Las discrepancias eran menores que en la información y toma de decisiones, pero tanto las madres como las enfermeras/matronas respondieron más negativamente (media 2,28-3,37). De los 6 ítems, cinco eran estadísticamente significativos. Ante la pregunta si habían dado su consentimiento ante el cambio de medicación, las madres contestaron más afirmativamente que las enfermeras/matronas (tabla 5).

Las madres que habían dado su consentimiento informado escrito u oral, si se comparan con las que no habían dado el consentimiento escrito (media 2,94 frente a 2,32; $T = -2,62$; $gl = 158$; $p = 0,0097$) u oral

(3,14 frente a 2,17; $T = 4,22$, $gl = 155$; $p < 0,0001$), creían que más a menudo habían sido preguntadas por las enfermeras.

Asociación entre autonomía y consentimiento informado

Aquellas madres que pensaban que habían recibido a menudo información también consideraban que se les había dado la oportunidad de tomar decisiones ($r = 0,77$; $p = 0,0001$) o se les había pedido el consentimiento ($r = 0,51$; $p = 0,0001$); la correlación en ambos casos fue muy alta y estadísticamente significativa. Además, aquellas madres que pensaban que se les había permitido a menudo tomar decisiones también creían que las enfermeras les habían pedido el consentimiento ($r = 0,50$; $p = 0,0001$). Igualmente, en los resultados de las enfermeras se pudo apreciar que las correlaciones eran positivas, altas y estadísticamente significativas entre la información y la toma de decisiones ($r = 0,60$; $p = 0,0001$) y también entre la toma de decisiones y consentimiento informado ($r = 0,41$; $p = 0,0001$).

Conclusiones y discusión

El propósito de este estudio era conocer la opinión de las madres y de las enfermeras/matronas en las unidades de puérperas de 6 maternidades de España sobre la autonomía y el consentimiento informado. Se han encontrado en los apartados de autonomía e información, autonomía y toma de decisiones y consentimiento informado diferencias significativas entre las percepciones de las madres y las enfermeras/matronas, siendo más patentes en autonomía e información; las enfermeras/matronas consideran que informan pero las puérperas no perciben lo mismo. Quizás sería oportuno analizar las causas de que el proceso comunicativo no se produzca satisfactoriamente. En el consentimiento informado, a pesar de ser menores las discrepancias entre madres y enfermeras/matronas, tanto unas como las otras responden de manera más negativa. La razón se podría encontrar en que, posiblemente, se asocia el consentimiento informado a una responsabilidad del médico y no de la enfermera. Los ítems en autonomía e información: "los posibles riesgos del parto", "nombre y dosis de la medicación", en autonomía y toma de decisiones: "presencia de una persona de apoyo durante períodos de dilatación y expulsivo" y "cuándo alimentar al bebé" y en consentimiento informado: "hacer una extracción de sangre" no son estadísticamente significativos.

De los antecedentes de las madres que han resultado significativos se debe destacar el tan elevado porcentaje de cesáreas, que se corresponde con otros estudios. Igualmente que a la percepción de

las madres de poseer mayor grado de salud se corresponde que ésta opina que recibe más información y que se le permite tomar más decisiones, lo que quizás se podría relacionar con la idea de que la percepción de enfermedad hace a las personas más dependientes. Ante el consentimiento informado, el hecho de que las madres que habían dado el consentimiento escrito habían recibido más información de muestra, como en otros estudios, que la información es necesaria para el consentimiento informado. En relación con los antecedentes de las enfermeras/matronas, se puede valorar positivamente que las enfermeras que han recibido formación sobre ética tengan la percepción de que el equipo informa a las madres, lo que puede ser indicativo de que la formación ha sido efectiva. Cabe destacar que las enfermeras/matronas que llevan más años ejerciendo la profesión dan menos oportunidades a las madres para que tomen decisiones, estos resultados se podrían justificar en que la enseñanza de la ética en nuestro país, por razones políticas, se dejó de impartir de una manera generalizada en las escuelas de enfermería y matronas, y no fue hasta el año 1992, con la revisión de los planes de estudio, que ésta no fue considerada como materia troncal en el currículo de enfermería.

Las principales dificultades encontradas en este estudio fueron la participación de 5 países en el proyecto con sus diferentes culturas y lenguas, sistemas de trabajo y competencias de las enfermeras. Este hecho dificultó la elaboración de unos cuestionarios que recogieran los valores de cada país, que la traducción de los mismos reflejara fielmente el sentido de las preguntas, y que en algunas ocasiones las preguntas pudieran parecer absurdas. Así mismo, tanto las madres como las enfermeras/matronas consideraron que los cuestionarios eran demasiado largos. En los de los pacientes, al ser tratados estadísticamente, se suprimieron algunas preguntas que se debían contestar sí/no. Cabe mencionar que este estudio presenta ciertas limitaciones, como el tamaño de la muestra, que no se puede considerar representativa en España. Sería positivo que el mismo estudio se repitiera en las diferentes comunidades autónomas. A pesar de estos problemas, los datos obtenidos nos ofrecen suficiente información para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería y la educación de los profesionales.

Bibliografía

1. Gafo J. Ética y legislación en enfermería. Madrid: Editorial Universitaria, 1994.
2. Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de la Experimentación Biomédica y de la Conducta. "The Belmont Report". En: Couceiro A, editor. Madrid: Editorial Tricastela, 1999; 313-326.
3. Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema, 1989.

4. Rumbold G. Ethics in Nursing practice (3.^a ed.). Edimburgo: Baillière Tindall, 1999.
5. Gracia D. The intellectual basis of Bioethics in Southern European countries. *Bioethics* 1993; 7: 97-107.
6. Beauchamps T, Childress J. Principios de Bioética Médica. Barcelona: Masson, 1999.
7. Simón P. El consentimiento informado. Madrid: Editorial Tricastela, 2000.
8. Antón P. Enfermería ética y legislación. Ediciones científicas y técnicas. Barcelona: Masson-Salvat, 1984.
9. Gadow S. An ethical case for self-determination. *Semin Oncol Nurs* 1989; 5: 99-101.
10. Sleep J. Research and the practice of midwifery. *J Adv Nurs* 1992; 17: 1465-1471.
11. La Constitución Española de 27 de noviembre de 1978 (BOE 29/12/78).
12. Couceiro A. La bioética en Europa. El Convenio sobre los derechos humanos y la Biomedicina. Consejo de Europa 1997; 75-91.
13. Ley General de Sanidad. 25 abril 1986. BOE 29/4/86.
14. Llei de 29 de desembre sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. DOG 11/1/2001.
15. Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid: Consejo General de Enfermería, 1989.
16. Código d'Ética d'Infermeria. Barcelona: Col·legi Diplomats d'Infermeria de Barcelona, 1986.
17. Cortina A, Arroyo P, Torralba MJ, Zagusti J. Ética y legislación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1996.
18. Boladeras M. Bioética. Madrid: Síntesis, 1998.
19. Camps V. Moral Pública y Moral Privada. II Congreso Nacional. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 1999; 53-60.
20. Broggi MA, Solans T, Arnau J. El Consentimiento Informativo i el respecte a l'autonomia del malalt. *Annals de Medicina* 2000; 83: 106-108.
21. Broggi MA. La bioética como ayuda clínica en la Gestión Hospitalaria. Barcelona: Masson, 1998.
22. Cardona MV. Confidencialidad y consentimiento informado. *Rol* 1998; 234: 21-30.
23. Tope R, Smail J. Community Nursing: The Ethical Issues. En: Tadd W, editor. Ethical Issues in Nursing and Midwifery practice. Londres: MacMillan Press Ltd; 1998.
24. Burnard P, Chapman CM. Professional and ethical issues nursing. The code of professional conduct. Edimburgo: Baillière Tindall, Royal College of Nursing, 1999.
25. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Guia de recomanacions sobre el Consentiment Informat. Barcelona, 1997.
26. Colomar G. Aspectos éticos-legales del consentimiento informado en enfermería. *Enfermería Clínica* 2000; 10: 71-73.
27. Simón P, Barrio I. El consentimiento informado y la enfermería: un modelo integral. *Jano* 1995; 11: 56-64.
28. Busquets M. El consentimiento informativo: una visió enfermera. *Bioètica a Debat* 1998; 10: 11-15.
29. Gasull M. Derechos Humanos y Enfermería. *Rol* 1987; 102: 41-46.
30. Vila A. Aspectos éticos y profesionales de la información y de la comunicación en los cuidados de enfermería. *Enfermería Clínica* 1997; 7: 119-125.
31. Cahill H. An Orwellian scenario: court ordered caesarean section and women's autonomy. *Nursing Ethics* 1999; 6: 494-505.
32. Cox SG, Turnbull CJ. Breastfeeding—a gradual return to mother's autonomy. *Breastfeeding Review* 2000; 8: 5-8.
33. Finnerty J, Pinkerton J, Moreno J, Fergusson J. Ethical theory and principles: Do they have relevance to problems arising in everyday practice? *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 301-308.
34. Faden R, Beauchamp T. A history and theory of informed consent. Nueva York: Oxford University Press, 1986.
35. Leino-Kilpi H, Välimäki M, Arndt M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C et al. Patient's autonomy, privacy and informed consent. *Biomedical and Health Research* Vol 40. European Commission Directorate-General XII, Science, Research and Development. Amsterdam: IQS Press, 2000.
36. Elger BS, Chevrolet JC. Beneficence today, or autonomy tomorrow? *Hasting Center Report* 2000; 30: 18-19.
37. Habiba MA. Examining consent within the patient-doctor relations. *J Med Ethics* 2000; 26: 183-187.
38. Woodward VM. Caring, patient autonomy and stigma of paternalism. *J Advanced Nursing* 1998; 28: 1046-1052.
39. Quante M. Precedent autonomy and personal identity. *Kennedy Inst Ethics J* 1999; 9: 365-381.