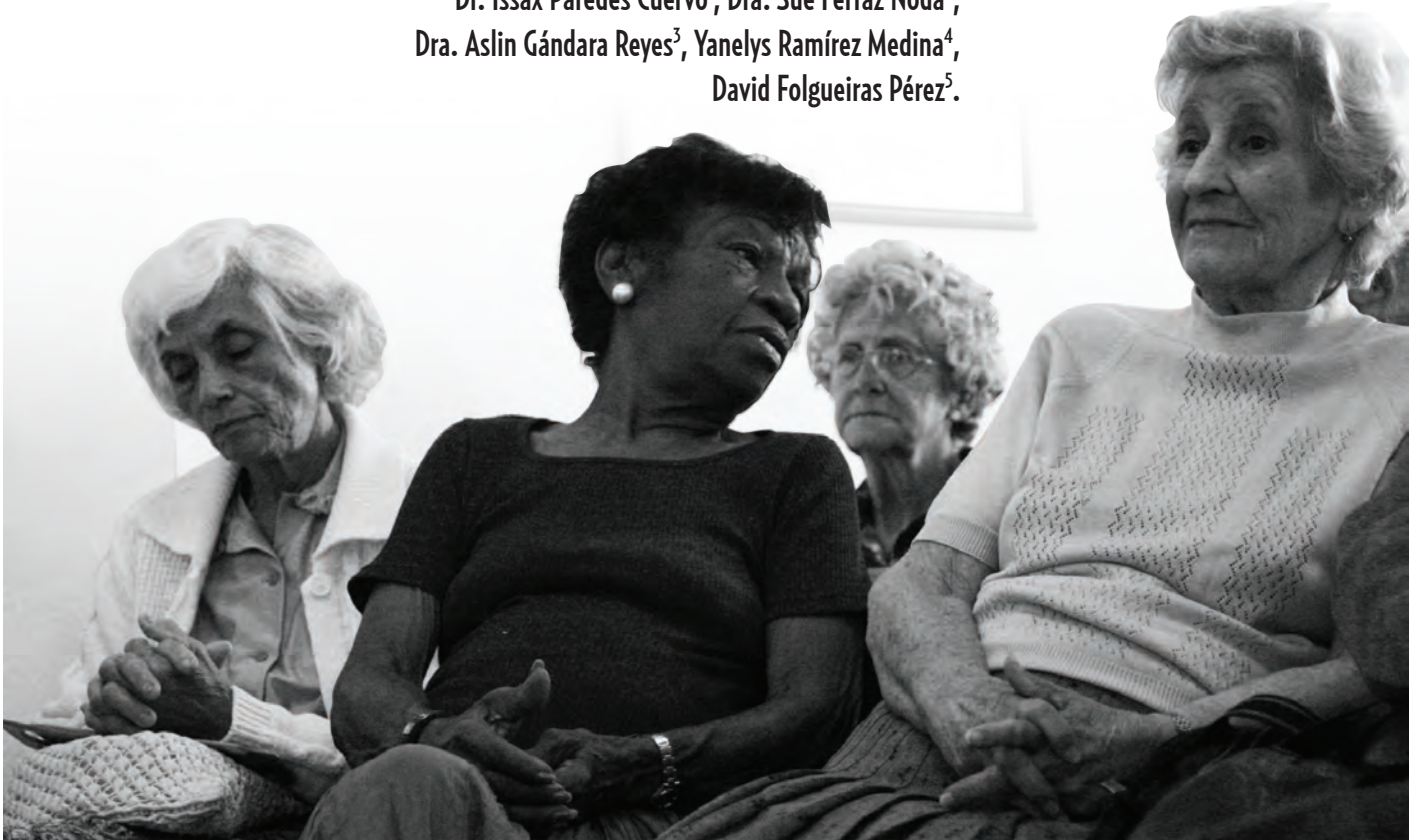


LA AUTONOMÍA ANTE ENFERMEDADES MALIGNAS ¿UN DESEO EN NUESTROS DÍAS?

Dr. Issax Paredes Cuervo¹, Dra. Sue Ferraz Noda²,
Dra. Aslin Gándara Reyes³, Yanelys Ramírez Medina⁴,
David Folguez Pérez⁵.



Resumen

Introducción: La autonomía del enfermo, como principio bioético, consiste en el respeto irrestricto del mismo a emitir opiniones así como en la participación total en la toma de decisiones que le afecten como persona. **Objetivo:** Identificar en la población estudiada, la conducta y criterios frente a la notificación de una enfermedad maligna. **Método:** Se desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal con la población perteneciente al Consultorio Médico # 6 del Policlínico Docente “Luis A. Turcios Lima”, durante los meses de enero y febrero de 2012. El universo de estudio estuvo constituido por 387 pacientes a los cuales se les aplicó una encuesta diseñada para tal efecto. **Resultados:** 254 de los encuestados deseaban que se les informara el diagnóstico, en caso de padecer una enfermedad maligna. **Conclusiones:** la mayoría de las personas encuestadas deseaban participar en el manejo de la información y toma de decisiones con relación a cursar el tratamiento o no ante la notificación de una enfermedad maligna que padeciesen.

Palabras Clave: autonomía, principio bioético, enfermedades malignas.

Introducción.

El término *ética* se deriva del vocablo griego *ethos*, que significa morada o lugar. Actualmente, la Ética se define como la disciplina filosófica que estudia el comportamiento moral del hombre en la sociedad ¹. Pero ya desde tiempos remotos “el cómo debería comportarse”, tratándose de la particular relación entre un médico y su paciente, se intentaba definir desde el juramento hipocrático cuya versión cita el Profesor Raimundo Llanio en su libro de Propedéutica Clínica y Semiología Médica: “...Llevaré adelante

1 Especialista I grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas “10 de Octubre”

2 Especialista de I grado en Genética Clínica y Medicina General Integral. Facultad de Ciencias Médicas “10 de Octubre”

3 Especialista I grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas “10 de Octubre”

4 Estudiante de 5to año de Medicina. Alumno Ayudante de Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas “10 de Octubre”

5 Estudiante de 5to año de Medicina. Alumno Ayudante de Gastroenterología. Facultad de Ciencias Médicas “10 de Octubre”

Continúa en la página 15

*ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el error. A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con ese fin. De la misma manera no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa. No operaré (ni siquiera por talla) a los calculosos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica. A cualesquier cosa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres y hombres libres o esclavos”....²; y así, a largo de más de dos milenios ha predominado el principio benéfico del pensamiento que impone el médico frente al enfermo, una suprema regla moral, favoreciendo (y al menos no perjudicando), siendo este el antecedente de la máxima latina *primum non nocere*.³*

El contexto histórico-social posterior a la Segunda Guerra Mundial (1945) y el impetuoso desarrollo científico-técnico de la época, sentaron las bases para que desde principios de la década del 70 del pasado siglo surgiera como disciplina científica la Bioética; cuya dimensión es mucho más global que la ética médica, la cual puede verse circunscrita únicamente a la relación médico-paciente-familia-comunidad⁴. La palabra “bioética” aparece por primera vez en 1971, en el libro *Bioethics: a Bridge to the Future*, del bioquímico norteamericano Van Rensselaer Potter, y la define como ‘la disciplina que combina el conocimiento biológico con el de los valores humanos’.⁵ Van R. Potter la concebía como nexo entre las ciencias biológicas y las humanísticas, entre el presente y el futuro, entre la ética médica y la ética medioambiental, para lograr una supervivencia útil y de gran alcance a través del desarrollo de la sabiduría de cómo usar el conocimiento en beneficio de la humanidad. Con todo el simbolismo de los puentes, Van R. Potter quería llegar a desarrollar una bioética global que considerara al bienestar humano en el contexto del respeto por la naturaleza.⁶

La Comisión Nacional de los Estados Unidos de América para la protección de las personas objeto de la experimentación biomédica y de la conducta publicó en 1978 un documento sobre los principios éticos básicos a tener en cuenta en el ámbito de la Bioética. Con el título “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”, desde entonces es conocido como *Informe Belmont*⁷ y analiza los tres principios básicos aceptados generalmente por la medicina tradicional occidental:

a) *Beneficencia*: es el principio moral de actuación del médico, lo principal es el bien del paciente, de la humanidad.⁷

b) *Autonomía*: respeto por las personas; es el principio moral que sustenta el comportamiento del paciente respecto a la atención, a su salud. Se expresa en el hecho de respetar los puntos de vista y decisiones de los pacientes ante diversas situaciones que se le puedan presentar durante el proceso de atención médica, como sucede con el procedimiento riesgoso, diagnóstico o terapéutico, ante la alternativa de vivir o morir, según el sentido y significado que para él tengan. En caso de que el paciente no esté mentalmente capacitado para

ese tipo de decisión, como ocurre con frecuencia dentro de la medicina intensiva, la autonomía pasará a ejercerla en su nombre familiares o su representante legal. En este particular se establecen dos convicciones:

- 1) las personas deben ser tratadas como entes autónomos;
- 2) las personas cuya autonomía esté disminuida deben ser objeto de protección.⁷

c) *Justicia*: principio que debe servir de guía para evaluar la atención de salud a la población en cuanto a equidad, pertinencia y calidad científico-técnica y humana. La atención a la salud de todas las personas debe ser igual, sin distinción ni barreras económicas o sociales de ningún tipo.⁷

En 1979 los filósofos norteamericanos Tom Beauchamp y James Childress enunciaron un sistema de cuatro principios bioéticos, definidos en No maleficencia, Justicia, Beneficencia y Autonomía, respondiendo al modelo principialista. Este modelo principialista es el que más adeptos ha ganado no solo en el mundo anglosajón.⁷

La Constitución de la República de Cuba consigna “el derecho de todos los ciudadanos a que se atiendan y protejan su salud”, teniendo como referencia el marco legal y el concepto actual de salud, donde cobran vigencia los 4 principios fundamentales de la bioética: autonomía, justicia, no maleficencia y beneficencia⁸, este último es comprensible y aplicable desde los primeros contactos de un estudiante de medicina con un enfermo, precepto hipocrático vigente y que en determinadas circunstancias es colocado jerárquicamente delante de los otros, sin embargo, sus defensores a ultranza corren el riesgo de apoyar el tipo de relación médico-paciente predominante en el mundo hasta hace pocos años, de corte francamente paternalista en la cual, el médico con sus conocimientos y experiencia tenía la obligación de decidir las acciones más adecuadas para lograr la prevención, curación o rehabilitación del paciente teniendo en cuenta el costo-beneficio de cada una de sus acciones sobre el “objeto” de su atención. Esta práctica de desconocer al paciente como persona lo conducía con frecuencia a una medicina en extremo paternalista y deshumanizada, con muchos puntos de contactos con el ejercicio de la medicina veterinaria.

En Cuba, aunque es frecuente la relación médico-paciente paternalista donde el galeno, desde su postura de tener el conocimiento científico, decide lo que se debe o no hacer con el paciente y sus familiares; cada día son más los profesionales de la salud que toman conciencia de la autonomía, que debe respetarse al paciente.^{4, 9, 10}

El principio de autonomía en la cultura latina es ampliamente ignorado, por ejemplo, cuando nos encontramos con un enfermo con el diagnóstico de enfermedad terminal existe la tendencia por parte de la familia, frecuentemente apoyada por el personal médico que asume una actitud paternalista, a ocultar información sobre su enfermedad y pronóstico al enfermo.¹⁶ En la sociedad cubana, la familia ‘protege’ a los pacientes oncológicos, minimizándoles la madurez y reconocimiento. El paciente, que es el primer interesado, queda en ocasiones excluido de la información y hasta de la toma de decisiones, delegadas sin su consentimiento a parte de la familia.¹⁷

En la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos del año 2005 quedó establecido que: “*Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de estas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.*”¹⁷

El análisis del Anuario Estadístico del MINSAP del 2010 resalta el comportamiento creciente de las tasas de morbilidad de las enfermedades malignas desde 1970 hasta la fecha, y su incremento en pacientes cada vez más jóvenes.¹⁸ Por lo que resulta necesario entrenar al personal sanitario asistente en el manejo del paciente con una enfermedad de este tipo, lo cual implica hacer uso de la verdad tolerable particularizándose en cada caso y considerando el momento oportuno, este manejo de la situación supera lo que establece la ciencia en cuanto a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico conociendo que aún la sociedad considera el cáncer como una enfermedad irremediable y como la antesala de la muerte.¹⁹

Objetivos

Identificar en la población estudiada (paciente o no) la conducta y criterios frente a la notificación diagnóstica de una enfermedad maligna.

Método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, con la población perteneciente al consultorio médico de familia (CMF # 6) del Policlínico Docente “Luis A. Turcios Lima”, municipio Diez de Octubre, provincia La Habana, en el período de enero y febrero de 2012. El universo de estudio estuvo conformado por un total de 387 pacientes que residen en el área de salud, mayores de 21 años. En nuestro estudio no se hizo diseño muestral. Fueron incluidos el 100 % de los pacientes del CMF investigado.

Criterios de inclusión:

- Población perteneciente al CMF de referencia con edad ≥ 21 años.
- Disposición a participar en la investigación.
- Firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes por diagnóstico de discapacidad intelectual contemplados en el grupo dispensarial IV.
- Pacientes por diagnóstico de cáncer, cualquier diagnóstico psiquiátrico o estado de conciencia inadecuado, provocado o no por cualquier enfermedad; pacientes que se encontraron en estado depresivo en el momento de aplicar la encuesta contemplados en el grupo dispensarial III.
- Pacientes por intentos suicidas, contemplados en el grupo dispensarial II.
- Pacientes que se encontraron fuera del área de salud en el momento del estudio por cualquier razón.

Criterios de salida:

- Pacientes que, habiendo consentido en participar, decidieron no completar la encuesta.
- Pacientes que por su voluntad decidieron salir del estudio.

Los datos fueron recogidos por el equipo investigador tomando como fuente primaria una encuesta diseñada para tal fin (Anexo I) y revisada por dos profesores miembros del Comité Científico del Policlínico y una profesora adjunta, todos maestrantes en Bioética, y validada por la Comisión Científica del Policlínico Docente “Luis A. Turcios Lima” (Anexo II).

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, nivel de escolaridad, experiencia de familiares con enfermedades malignas, decisión de aceptar o no el tratamiento luego de conocer el diagnóstico (encuestado y familiar).

Para toda las pruebas estadísticas utilizadas se prefijó un nivel de significación $\alpha = 0,05$.

Para la determinación de existencia de asociación entre las variables: deseo de conocer el diagnóstico y decisión de realizar o no el tratamiento (paciente y familiar), edad, nivel de escolaridad y experiencia con enfermedades malignas se utilizó la prueba de independencia Chi-Cuadrado (X^2), rechazándose en todos los casos la hipótesis nula de independencia cuando la probabilidad (p) asociada al estadígrafo X^2 resultó menor que el nivel de significación prefijado.

La investigación satisfizo los requisitos de protección a las personas sujetas a la investigación de posibles daños y de preservar sus derechos, además de explicarles los objetivos del estudio. (Anexo III)

Resultados

Del total de encuestados 224, predominó el sexo femenino (57.8% del total), según la edad predominó el grupo de 60 años y más (163 pacientes para 42.1% del total de la muestra). (Tabla 1)

La mayoría de los encuestados deseaban conocer el diagnóstico y decidir acerca del tratamiento con un 65.6% y 59.4% respectivamente, lo cual fue estadísticamente significativo. (Tabla 2)

En la tabla 3 fue predominante el número de encuestados que afirmaron que en caso que el enfermo fuese un familiar, era necesario que fuese informado y pudiese decidir sobre el tratamiento (60.2% y 53.0% respectivamente), hallándose relación estadística entre las variables.

En la tabla 4 se muestra la distribución de los encuestados según edad y el deseo de conocer el diagnóstico así como de decidir sobre el tratamiento, 254 encuestados desearon conocer el diagnóstico resultando en un 65.6% y 230 desearon poder tomar decisión sobre cursar el tratamiento que se les propuso, en ambos casos existió relación proporcional estadísticamente significativa entre las variables, $p=0.002$ y $p=0.008$.

En la tabla 5 se muestra la distribución de los encuestados según edad y deseo que su familiar enfermo conozca el diagnóstico y decida sobre cursar el tratamiento, se evidenció que 233 encuestados desearon que su familiar enfermo conociera

el diagnóstico representando el 60.2% del total, mientras que el 53.0% opinaron que su familiar debiera decidir sobre cursar el tratamiento. Se halló relación estadística entre la edad y ambas variables ($p=0.004$ y $p=0.003$ respectivamente)

En la tabla 6 se observa que en la población encuestada, predominó el nivel de escolaridad pre-universitario, de los cuales 130 deseaban conocer el diagnóstico y 122 decidir sobre cursar el tratamiento. Se halló relación estadística entre el nivel de escolaridad y ambas variables $p=0.015$ y $p=0.03$, respectivamente.

En la tabla 7 se observa que 232 encuestados tenían experiencia previa con enfermedades malignas, de los cuales 152 (39.3 %) respondieron que deseaban conocer el diagnóstico, en cambio, 138 de ese grupo afirmaron que deseaban decidir sobre cursar el tratamiento. No se encontró relación estadística entre ninguna de estas variables. ($p=0.9$)

En la tabla 8 se muestra que 141 de las personas encuestadas que tenían experiencia en el tema deseaban que su familiar conociera el diagnóstico, mientras que solo 128 de ese grupo deseaban que su familiar participara en el tratamiento. No se encontró relación estadística entre ninguna de las variables.

Discusión de resultados

En Cuba, luego del desarrollo higiénico-sanitario y socio-económico logrado después de 1959, se ha elevado la expectativa de vida a 77.97 años¹⁸. Precisamente el grupo de edad integrado por las personas de 60 años y más es el sector poblacional que más rápidamente ha aumentado en nuestra nación.

En el estudio se evidenció que la mayoría de las personas desearían, en caso de tener una enfermedad maligna, que se les informara sobre el diagnóstico e igualmente la mayor cantidad de encuestados manifestaron su deseo de, una vez conocido ese diagnóstico, poder decidir el cumplimiento o no de la conducta que el médico propone de acuerdo a lo que la ciencia establece para cada entidad en general, y para cada paciente en particular. También expresaron el deseo de conocer acerca del diagnóstico y conducta a seguir en el caso que fuera un familiar el afectado por una enfermedad maligna.

En la medida que los encuestados pertenecían a grupos de mayor edad, la proporción entre las respuestas afirmati-

vas y negativas se volvió más equilibrada, aunque siempre predominó el 'sí' (querer saber y decidir). En el análisis desde la perspectiva de los principios bioéticos, este resultado se puede interpretar como manifestación de la autonomía de las personas encuestadas, incluso cuando nos referimos al padecimiento de una enfermedad maligna.

En las familias donde hay personas que padecen algún tipo de enfermedad maligna se han establecido discrepancias entre informarle o no el diagnóstico al paciente: los que plantean no informar al familiar enfermo argumentan que este diagnóstico puede significar para él "usted va a morir".²² Los autores consideran que en nuestro país es muy posible que esta aseveración sufra cambios en los próximos años, debido al desarrollo científico-técnico, la elevación del nivel de instrucción y la cultura sanitaria alcanzada por nuestro pueblo, tomada como política de Estado con relación a la salud de la población.

De acuerdo a lo planteado con anterioridad, este fue el resultado que predominó en los encuestados con un alto nivel de escolaridad (pre-universitario y universitario) y fue en este grupo donde se manifestó el deseo de conocer sobre el diagnóstico y poder decidir sobre el curso del tratamiento, tanto si fueran ellos los enfermos como en el caso de que estuvieran afectados sus familiares.

Se indagó al respecto en la población estudiada, y hubo predominio de personas que habían tenido experiencias de este tipo, lo cual era esperado considerando los datos de morbilidad por cáncer del 2010¹⁸, sin embargo, independientemente de haber tenido dicha experiencia, la mayoría de los encuestados manifestó el deseo de saber el diagnóstico.

Conclusión

En el estudio realizado quedó explicado por parte de los encuestados el deseo que se les respete tanto la posibilidad de conocer su diagnóstico en el caso de padecer una enfermedad maligna, como que se le tome en consideración acerca de la decisión en relación a la mejor conducta que se pueda tomar con ellos, incluso, si fuere de algún familiar, y que esta no solo quede en manos de los profesionales de la salud o algún familiar sin su consentimiento.

Bibliografía

1. Pernas Gómez M. Consideraciones sobre la formación ética de los estudiantes de Ciencias Médicas. *Educ Med Super*. 2002; 16(2):113-9.
2. Llanio Navarro R, Perdomo González G. *Propedéutica Clínica y Semiología Médica*. Editorial Ecimed. 2005; Tomo I: 10-13.
3. Juramento hipocrático. *Códigos Internacionales de Ética*. 1990; 108(5,6):619.
4. Acosta J. Quien debe decidir; *Rev Avanc Med. Cuba*. No 6 1976;(6):59-62.
5. Potter R Van. *Bioethics: A Bridge to the Future*. Englewood Cliffs (N.J.) 1971
6. Potter VR. Bioética puente, bioética

- global, y bioética profunda. Santiago de Chile. Cuadernos Programa Regional Bioética. 2008 (7):24-32
7. Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de experimentación de la Comisión Nacional para la protección de personas objeto de la experimentación biomédica y de la conducta de Estados Unidos, 1978, b) 1 (Informe Belmont).
8. Sánchez Muñoz. M; González Pérez C. Reflexiones en torno a los problemas éticos y bioéticos en el tratamiento del paciente en fase terminal. *Rev Cub Med Gral. Int*. 2009; 25(4):98-106
9. Goic A. Ética de la relación médico-

- paciente. Cuadernos del Programa regional de Bioética. 1995; 1(1):79-90
10. Pellegrino E. Metamorfosis de la Ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. 2009 (1):19-34
11. Kant I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: España Calpe; 2007.
12. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: EUDEMA; 1991
13. Lara M, de la Fuente J. *Sobre consentimiento informado*. Washington DC: OPS; 2010

14. Kottow M. Introducción a la bioética. Santiago de Chile: Universidad de Santiago; 2008
15. Simón P, Cocheiro L. El consentimiento informado. Teoría y práctica. Med Clin (Barc). 2011;659-63.
16. Azulay Tapiero A. Los principios bioéticos: se aplican en la situación de enfermedad terminal. An Med Int (Madrid) 2011; 18(12)
17. Álvaro S. Información al enfermo oncológico: los límites de la verdad tolerable. Valladolid: Hospital de Valladolid; 2008
18. Anuario Estadístico de Salud. 2010. MINSAP, abril 2011
19. Martínez Calvo S. El valor de la salud. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Publicación Acuario; 2009; 24
20. García Averastu L, Rodríguez Almeida L. El estrés de la enfermedad crónica y el cumplimiento del tratamiento médico. Rev Cub Med Gen. Integr. 2009; 8(1): 9-55.
21. Tarajano Márquez M. Algunas consideraciones bioéticas sobre la información a pacientes de los resultados positivos de cáncer de mama en estudios mamográficos. Rev Cubana Salud Pública. 2010; 6 (1):23.
22. Núñez de Villavicencio Porro F. Consentimiento educado vs consentimiento informado. Rev Cubana Salud Pública v.32 n.4 Ciudad de La Habana. 2006; 44-67. ◀

Anexo 1.

Encuesta

Esta encuesta ha sido confeccionada para conocer qué piensa la población adulta que pertenece al CMF #6 del Policlínico Docente 'Luis A. Turcios Lima' acerca del principio bioético autonomía el cual expresa el derecho que tiene toda persona de conocer sobre sus enfermedades, los exámenes de laboratorio, rayos x, ultrasonidos y demás procedimientos, además de los tratamientos que se requieran además de la posibilidad de una toma de decisión sobre su cumplimiento. El resultado de este estudio servirá para mejorar la asistencia médica a la población, siendo el objetivo principal de este trabajo.

Le rogamos que lea detenidamente cada uno de los aspectos a contestar y si desea cooperar con su participación en el trabajo responda cada uno de ellos, solo debe contestar "sí" o "no", no tiene que explicar por qué. Agradecemos anticipadamente su colaboración.

Equipo de investigación

Edad: ----- años

Sexo: F----- M-----

Nivel de escolaridad: Primaria----- Secundaria-----

Preuniversitario ----- Universitario.-----

- Ha tenido experiencias cercanas con pacientes que padecen enfermedades malignas (padre, madre, hermanos, hijos, cónyuges, o convivientes)

Sí----- No-----

- Si UD tuviera una enfermedad maligna desearía que se le comunicara el diagnóstico.

Sí----- No-----

- Desearía poder decidir sobre el tratamiento propuesto para la enfermedad (cirugía, radiaciones, citostáticos (suero) u otras modalidades).

Sí----- No-----

- Si tuviera un familiar con una enfermedad maligna desearía que se le comunicara el diagnóstico al enfermo en cuestión.

Sí----- No-----

- Desearía que el familiar decidiera sobre el tratamiento a recibir.

Sí----- No-----

Anexo II.

Validación de la Encuesta

La Habana, 13 de Enero del 2012

"Año 54 de la Revolución"

A: Quien pueda interesar

La Comisión Científica del Policlínico Docente "Luis A. Turcios Lima" se reunió y analizó la encuesta aplicada en el trabajo investigativo **Autonomía ante enfermedades malignas, ¿un deseo en nuestros días?**, y considera que:

- Es de fácil aplicación, siendo cómoda su lectura y comprensión.
- Carece de términos muy técnicos, ambiguos o que generen confusión en los encuestados.
- La información que solicita no afecta en lo más mínimo la vida personal de los encuestados.

Por todo lo anterior, la Comisión Científica aprueba y valida la aplicación de la encuesta en este trabajo.

Sin más,

Dr. Manuel Cobas Rodríguez

Vice Director Docente

ANEXO III.

Consentimiento Informado

Policlínico Docente "Luis A. Turcios Lima"

Municipio Diez de Octubre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO en la Investigación acerca del principio bioético de Autonomía ante las enfermedades malignas.

Yo: _____ quien suscribo este documento, en pleno dominio de mis facultades mentales y de manera voluntaria, consiento participar en la investigación que previamente me han explicado acerca de la autonomía de las personas ante el padecimiento de enfermedades en estadio terminal, por lo que decido responder la encuesta elaborada para tal fin.

Se me ha explicado que el uso será solo con fines investigativos, docentes y de publicación; que no me traerá ningún perjuicio o daño moral y que dicha información puede contribuir a elaborar nuevas alternativas, estrategias e intervenciones que beneficien a otras personas en igualdad de condiciones a las mías, permitiendo mejorar la atención de los mismos; que en caso de duda o necesidad de información puedo dirigirme a cualquiera de los integrantes del equipo investigador.

Autorizo que los datos que aporte en esta encuesta se utilicen con los fines ya enunciados, siempre que no permitan mi identificación.

Declaro que no recibiré beneficio material ni moral alguno por participar, aunque el trabajo pueda beneficiar al equipo investigador; igual puedo retirarme de la investigación, si así lo deseo, en cualquier momento y sin consecuencias para mi persona.

Para que conste firmo este documento de Consentimiento Informado junto con el Investigador que me brindó las explicaciones.

Dado en _____, a los ____ días del mes de _____ de _____.

Firma del encuestado

Nombre y firma del Investigador

TABLAS

Tabla 1. Distribución de los encuestados según edad y sexo. CMF #6. Policlínico Docente "Luis A. Turcios Lima" desde enero hasta febrero del 2012.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
21-40	72	18.6	53	13.7	125	32.3
41-59	61	15.8	38	9.8	99	25.6
60 y más	91	23.5	72	18.6	163	42.1
Total	224	57.8	163	42.2	387	100

Tabla 2. Distribución de los encuestados según deseo de saber el diagnóstico y decidir sobre cursar el tratamiento. CMF # 6. Policlínico Docente "Luis A. Turcios Lima"

Respuestas	Conocer diagnóstico		Decidir acerca de cursar tratamiento	
	No.	%	No.	%
Sí	254	65.6	230	59.4
No	133	34.4	157	40.6
Total	387	100	387	100

$X^2= 15.71$ $p=0.002$

$X^2=11.75$ $p=0.037$

Tabla 3. Distribución de los encuestados según deseo que su familiar enfermo conozca el diagnóstico y decida sobre cursar el tratamiento. CMF #6. Policlínico Docente "Luis A. Turcios Lima"

Respuestas	Quisiera que su familiar conozca el diagnóstico		Quisiera que su familiar decida sobre cursar el tratamiento	
	No.	%	No.	%
Sí	233	60.2	205	53.0
No	154	39.8	180	46.5
Total	387	100	387	100

$X^2=11.71$ $p= 0.004$

$X^2=7.59$ $p=0.03$

Tabla 4. Distribución de encuestados según edad y deseo de saber el diagnóstico y decidir sobre cursar el tratamiento.
CMF #6. Policlínico Docente “Luis A. Turcios Lima”

Grupo de edades	Desea conocer el diagnóstico				Quisiera tomar decisión sobre cursar el tratamiento			
	No		Sí		No		Sí	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
21-40	33	8.5	92	23.8	39	10.1	86	22.2
41-59	28	7.2	71	18.3	38	9.8	61	15.8
60 y más	72	18.6	91	23.5	80	20.7	83	21.4
Total	133	34.4	254	65.6	157	40.6	230	59.4

$$X^2= 15.71 \quad p=0.002$$

$$X^2=13.28 \quad p=0.008$$

Tabla 5. Distribución de encuestados según edad y deseo que su familiar enfermo conozca el diagnóstico y decida sobre el tratamiento.CMF #6. Policlínico Docente “Luis A. Turcios Lima”

Grupo de edades	Quisiera que su familiar sepa el diagnóstico				Quisiera que su familiar decida sobre el tratamiento			
	NO		SÍ		NO		SÍ	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
21-40	38	9.8	87	22.5	51	13.2	74	19.1
41-59	36	9.3	63	16.3	42	10.8	57	14.7
60 y más	80	20.7	83	21.4	89	23.0	74	19.1
Total	154	39.8	233	60.2	182	47.0	205	53.0

$$X^2=11.71 \quad p= 0.004$$

$$X^2=7.59 \quad p=0.03$$

Tabla 6. Distribución de encuestados según nivel de escolaridad y deseo de saber el diagnóstico y decidir sobre cursar el tratamiento.
CMF #6. Policlínico Docente “Luis A. Turcios Lima”

Nivel de escolaridad	Quisiera saber el diagnóstico				Quisiera decidir sobre el tratamiento			
	No		Si		No		Si	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria	5	1.3	6	1.5	5	1.3	6	1.5
Secundaria	35	9.0	55	14.2	44	11.4	46	1.6
Preuniversitario	52	13.4	130	33.6	60	15.5	122	31.5
Universitario	41	10.6	63	16.3	48	12.4	56	14.4
Total	133	34.4	254	65.6	157	40.6	230	59.4

$$X^2=5.88 \quad p=0.015$$

$$X^2=8.56 \quad p=0.03$$