

PERSPECTIVAS ACTUALES

EN LA INTERVENCIÓN CLÍNICA Y DE SALUD

Y EL DESARROLLO DE RECURSOS

Comps.

África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
Pablo Molina Moreno
José Jesús Gázquez Linares
Maria Sisto



Dykinson, S.L.

Perspectivas Actuales en la Intervención Clínica y de Salud y el Desarrollo de Recursos

Comps.

África Martos Martínez

Ana Belén Barragán Martín

Pablo Molina Moreno

José Jesús Gázquez Linares

Maria Sisto

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Perspectivas Actuales en la Intervención Clínica y de Salud y el Desarrollo de Recursos”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar, así como los referentes a su investigación.

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid
Teléfono (+34) 91 544 28 46 - (+34) 91 544 28 69
e-mail: info@dykinson.com
<http://www.dykinson.es>
<http://www.dykinson.com>
Consejo Editorial véase www.dykinson.com/quienessomos
Madrid, 2026

ISBN: 979-13-7047-496-6

DOI: 10.14679/5073

Preimpresión realizada por los autores

CAPÍTULO 1

APOYO SOCIAL PERCIBIDO SEGÚN EL ESTADO SEROLÓGICO DE VIH Y LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA EN HOMBRES

RICARDO SÁNCHEZ-MEDINA, DAVID JAVIER ENRÍQUEZ NEGRETE, CONSUELO RUBI ROSALES PIÑA, Y JUAN CARLOS PLASCENCIA DE LA TORRE 11

CAPÍTULO 2

BIENESTAR Y ORIENTACIONES HACIA LA FELICIDAD EN ADULTOS MEXICANOS CON VIH

DAVID JAVIER ENRÍQUEZ NEGRETE, RICARDO SÁNCHEZ-MEDINA, Y MARÍA ARANTXA ELIZARRARÁS RÍOS 23

CAPÍTULO 3

LA TRADUCCIÓN DE LOS ANGLICISMOS EN REVISTAS DE PSICOLOGÍA: ¿MEDIANTE IA O CON TRADUCCIÓN HUMANA? ESTUDIO EMPÍRICO EN AMBIENTE UNIVERSITARIO

ESTHER VÁZQUEZ Y DEL ÁRBOL 35

CAPÍTULO 4

EL ROL DEL MIEDO A PERDERSE ALGO (FOMO) EN LAS REDES SOCIALES: UNA REVISIÓN NARRATIVA EN POBLACIÓN ADULTA JOVEN

ADRIÁN NAVARRO VITORIA, ROSA MARÍA LIMINANA GRAS, Y CARMEN MARÍA GALVEZ SÁNCHEZ 49

CAPÍTULO 5

MUSICOTERAPIA EN TEA: EVOLUCIÓN CLÍNICA EN UN ESTUDIO DE CASO LONGITUDINAL DE SIETE AÑOS

BEATRIZ AMORÓS SÁNCHEZ 61

CAPÍTULO 6

REHABILITACIÓN MULTISENSORIAL COGNITIVA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: ABORDAJE NEUROCOGNITIVO DE LA FUNCIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR

GLORIA CHIACHIO Y MARÍA JESÚS LUQUE ROJAS 73

CAPÍTULO 7

EFFECTOS DEL PREBUNKING EN LA DESINFORMACIÓN: UN METAANÁLISIS

ROSA MOLINA LÓPEZ 85

CAPÍTULO 8

PERCEPCIÓN DE LOS APOYOS RECIBIDOS POR FAMILIAS CON HIJOS E HIJAS EN ATENCIÓN TEMPRANA: AFRONTAMIENTO, EMPODERAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA FAMILIAR

MÓNICA MONTAÑO MERCHÁN, JOANA CALERO PLAZA, CLAUDIA TATIANA ESCORCIA MORA, Y FRANCESC BAÑULS LAPUERTA..... 99

CAPÍTULO 9

CONOCIMIENTO ANATÓMICO Y SEGURIDAD EN PROCEDIMIENTOS DE RELLENO FACIAL CON ÁCIDO HIALURÓNICO: UNA SCOPING REVIEW

BENJAMÍN GAYA-SANCHO, MARTA DIARTE OLIVA, ANDRÉS RÁFALES PERUCHA, DANIEL SANJUAN SÁNCHEZ, JOSÉ LESMES POVEDA LÓPEZ, BORJA ROMERO BILBAO, LAURA ZAURÍN PANIAGUA, Y PAULA CORDOVA ALEGRE111

CAPÍTULO 10

MÁS ALLÁ DEL CONSENTIMIENTO: VALORES, RACIONALIDAD Y ÚLTIMAS VOLUNTADES EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA CANTERO GARCÍA Y RICARDO ROMERO GARCÍA.....125

CAPÍTULO 11

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL ÁMBITO SANITARIO: ANÁLISIS JURÍDICO Y FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN A LA COMPRENSIÓN Y DECISIÓN DEL PACIENTE

RICARDO ROMERO GARCÍA Y MARÍA CANTERO GARCÍA.....135

CAPÍTULO 12

TERAPIA ASISTIDA CON PERROS EN MENORES EXPUESTOS A VIOLENCIA DE GÉNERO: IMPACTO EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL Y EL FUNCIONAMIENTO

MARTA MARCILLA JORDÁ Y NAZARET HERNÁNDEZ ESPESO149

CAPÍTULO 13

BIOMARCADORES SALIVALES DE ESTRÉS EN EL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA: UNA REVISIÓN TEÓRICA

BELÉN MORENO GARRIDO, JULIO ÁNGEL CAMACHO RUIZ, Y CARMEN MARÍA GALVEZ SÁNCHEZ161

CAPÍTULO 14

ESTRÉS Y CÁNCER DE MAMA: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y CORRELACIONES DE LA ESCALA SBCS CON MALESTAR, CALIDAD DE VIDA Y SALUD PERCIBIDAS

MARÍA VICTORIA CEREZO GUZMÁN Y LORENA MARÍA SORIA REYES 171

CAPÍTULO 15

MEDIACIÓN DE LAS FORTALEZAS EN LA RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS Y EL FLORECIMIENTO PSICOLÓGICO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA

MARÍA VICTORIA CEREZO GUZMÁN Y LORENA MARÍA SORIA REYES 183

CAPÍTULO 16

CUANDO ENCAJAR DUELE: EL MASKING AUTISTA COMO FACTOR DE RIESGO EN LA SALUD MENTAL DE MUJERES AUTISTAS ADULTAS. UNA REVISIÓN NARRATIVA

ESTER CUNI PEIROTE Y MARÍA CANTERO GARCÍA 193

CAPÍTULO 17

EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA DE LOS CUIDADORES Y TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE PARENTALIDAD Y RESULTADOS EN LOS HIJOS/AS

LAURA GARCÍA PICAZO, MARÍA IÑESTA JACOBO, IGNASI NAVARRO SORIA, ALMUDENA VICENTE DELGADO, Y CAYETANA GARCÍA-CONSUEGRA FERNÁNDEZ..... 201

CAPÍTULO 18

EXPERIENCIA PILOTO INTERDISCIPLINAR DE CO-CREACIÓN DE TARJETAS PROYECTIVAS ENTRE ESTUDIANTES DE ARTE Y PSICOLOGÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES

MARÍA MASANA DIEGO, ÁNGELA OSUNA BENAVIDES, Y VANESA SAINZ LÓPEZ . 217

CAPÍTULO 19

CUESTIONARIO ABREVIADO DE RESPUESTA TEMPRANA A TRATAMIENTO EN SÍNDROME X FRÁGIL (CART-SXF)

CAROLINA QUINTERO NAVARRO Y MARÍA YOLANDA DE DIEGO OTERO 229

CAPÍTULO 20

RELACIÓN ENTRE FACTORES ESTRUCTURALES Y ADVERSOS DEL CONTEXTO FAMILIAR Y EL IMPACTO EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL CON TDAH: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

ALMUDENA VICENTE DELGADO, MARÍA IÑESTA JACOBO, IGNASI NAVARRO SORIA, CAYETANA GARCÍA-CONSUEGRA FERNÁNDEZ, Y LAURA GARCÍA PICAZO.....239

CAPÍTULO 21

PROGRAMA DE INNOVACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN AUTOESTIMA Y SALUD SEXUAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

CARLA RAMOS PÉREZ, PATRICIA YONG SANTIAGO RODRÍGUEZ, LUCÍA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, Y BEATRIZ MARÍA BERMEJO GIL255

CAPÍTULO 22

COTEJO LÉXICO DIGITAL (JURÍDICO Y CIENTÍFICO) PARA LA TRADUCCIÓN DE DOCUMENTOS (ESPAÑOL-INGLÉS) SOBRE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID Y ESCOCIA

FRANCISCO GODOY TENA.....269

CAPÍTULO 23

SARCOPENIA, OBESIDAD Y OBESIDAD SARCOPÉNICA EN ADULTOS MAYORES INDEPENDIENTES: EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE ENTRENAMIENTO DE FUERZA

ERNANI FRANCESCO CATALÁN DIBENE, ROSA MARÍA CRUZ CASTRUITA, RICARDO LÓPEZ GARCÍA, Y MANUEL OCTAVIO LÓPEZ CAMACHO281

CAPÍTULO 24

INFLUENCIA DE LAS DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL SOBRE LA SALUD MENTAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD DEL ECUADOR

MARINA DEL ROCÍO RAMÍREZ ZHINDÓN293

CAPÍTULO 25

TEATRO SOCIAL Y SALUD MENTAL: UNA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LA REDUCCIÓN DEL AUTOESTIGMA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

GRAZIANO PELLEGRINO Y CRISTINA CARRANZA RODRÍGUEZ305

CAPÍTULO 26

*LA COMUNICACIÓN INTERNA DIGITAL COMO RECURSO Y DEMANDA
LABORAL DESDE EL MODELO JOB DEMANDS-RESOURCES EN
ORGANIZACIONES EUROPEAS*

ANA MARÍA MORALES RODRÍGUEZ Y FRANCISCO MANUEL MORALES RODRÍGUEZ.....	319
--	-----

CAPÍTULO 11

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL ÁMBITO SANITARIO: ANÁLISIS JURÍDICO Y FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN A LA COMPREENSIÓN Y DECISIÓN DEL PACIENTE

RICARDO ROMERO GARCÍA Y MARÍA CANTERO GARCÍA
Universidad a Distancia de Madrid

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado constituye uno de los pilares del derecho sanitario contemporáneo, al representar la concreción jurídica del principio de autonomía del paciente. En el ordenamiento español, la Ley 41/2002 lo define como la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente tras recibir información adecuada sobre una intervención sanitaria. Este concepto tiene implicaciones jurídicas, éticas y psicológicas, ya que conecta directamente con la capacidad del individuo para comprender información compleja y tomar decisiones racionales.

Desde una perspectiva liberal, el consentimiento informado adquiere una relevancia aún mayor. Rothbard (1970), enfatiza la auto-propiedad del individuo y la validez de los acuerdos voluntarios como base de la organización social. En este sentido, la relación médico-paciente puede interpretarse como un contrato voluntario entre partes libres, donde el consentimiento informado sería un requisito para la legitimidad de cualquier intervención (Reyes, 2019).

No obstante, el consentimiento informado se presenta como una garantía de libertad, en la práctica su efectividad se ve limitada por diversos factores psicológicos y cognitivos (Bórquez et al., 2004). La experiencia muestra que los pacientes no siempre comprenden la información recibida (Simón et al., 2007) o pueden estar influidos por variables emocionales, sociales (Herrera-Espiñeira et al., 2006) o contextuales (Quevedo-Aguado y Benavente-Cuesta, 2019). Esto plantea un problema crítico: si la comprensión es imperfecta, ¿hasta qué punto el consentimiento es verdaderamente libre? (Kadam, 2017).

Objetivo general: Examinar el consentimiento informado desde una perspectiva jurídica, psicológica y filosófica, con el fin de evaluar su validez como mecanismo de garantía de la autonomía.

Objetivos específicos: Evaluar los requisitos legales del consentimiento informado. Identificar factores psicológicos que afectan la comprensión y decisión. Analizar el consentimiento como contrato voluntario. Proponer un modelo explicativo alternativo.

Hipótesis: H1. La comprensión del paciente es significativamente inferior a la requerida por el estándar legal de consentimiento informado. H2. Los factores psicológicos (emociones, capacidad cognitiva, contexto clínico) influyen negativamente en la calidad del consentimiento. H3. La validez del consentimiento informado, basada en el cumplimiento de requisitos documentales estandarizados, no predice significativamente la comprensión real del paciente ni la calidad de su autonomía decisional. H4. El consentimiento informado clínico no cumple plenamente los requisitos de un contrato voluntario.

MÉTODO

Diseño

Se desarrolló un diseño no experimental de carácter teórico-analítico, orientado a examinar críticamente el consentimiento informado desde una perspectiva interdisciplinar y a elaborar un modelo conceptual susceptible de operacionalización en futuras investigaciones. El estudio parte de la consideración de que el consentimiento informado constituye un fenómeno complejo en el que confluyen dimensiones jurídicas, psicológicas y filosóficas, cuya comprensión exige un análisis integrado.

Procedimiento

La investigación se fundamentó en una revisión analítica de literatura científica, normativa y doctrinal relacionada con el consentimiento informado, la autonomía del paciente, la capacidad decisional y los procesos de toma de decisiones en contextos sanitarios. Se consultaron fuentes jurídicas sobre la regulación del consentimiento, estudios psicológicos relativos a la comprensión de la información médica y la influencia de factores cognitivos y emocionales, así como trabajos filosóficos centrados en la autonomía individual, la voluntariedad y la teoría contractual.

El proceso de análisis se desarrolló en tres etapas. En primer lugar, se examinaron los requisitos normativos que determinan la validez jurídica del consentimiento, prestando atención a los conceptos de voluntariedad, información adecuada y capacidad de comprensión. En segundo lugar, se analizaron los factores psicológicos que pueden influir en la capacidad del paciente para comprender la información recibida y adoptar decisiones autónomas, incluyendo variables cognitivas, emocionales y contextuales. Finalmente, se abordó una evaluación filosófica del consentimiento informado desde una perspectiva liberal, analizando hasta qué punto puede considerarse un acuerdo verdaderamente voluntario en situaciones caracterizadas por asimetrías informativas y dependencia técnica.

Estrategia analítica

La integración de los resultados se realizó mediante una estrategia de triangulación (véase Tabla 1). El nivel jurídico se centró en el análisis normativo y crítico de las definiciones legales y de los requisitos formales del consentimiento. El nivel psicológico examinó procesos de comprensión, razonamiento y toma de decisiones implicados en la autonomía del paciente. Por último, el nivel filosófico analizó la validez del consentimiento desde los principios de voluntariedad, libertad individual y legitimidad contractual.

La comparación de los hallazgos en cada nivel permitió identificar convergencias y discrepancias entre la validez formal del consentimiento y su efectividad. A partir de esta síntesis se elaboró un modelo que concibe el consentimiento informado como un proceso dinámico y multidimensional, condicionado por factores cognitivos, emocionales, informativos y contextuales. Este modelo pretende servir de base para futuras investigaciones destinadas a evaluar empíricamente la calidad y autenticidad del consentimiento en la práctica clínica.

Tabla 1. Modelo de triangulación analítica: niveles, variables principales y estrategias de análisis

Nivel	Variable principal	Tipo de análisis
Jurídico	Definiciones legales	Normativo/crítico
Psicológico	Comprensión y decisión	Analítico
Filosófico	Voluntariedad contractual	Crítico/analítico

RESULTADOS

Análisis de las definiciones legales

Un análisis jurídico del consentimiento permite identificarlo como un constructo normativo definido en el ámbito sanitario, sustentado en tres pilares fundamentales: la voluntariedad del paciente, la provisión de información adecuada y la capacidad de comprensión. Estos elementos configuran el estándar legal que debe cumplirse para que una intervención médica sea considerada legítima.

En primer lugar, el principio de voluntariedad implica, la ausencia de coacción, manipulación o influencia indebida en la decisión del paciente, presuponiendo que este actúa libremente cuando acepta o rechaza una intervención sanitaria. Sin embargo, el análisis realizado, en línea con la hipótesis planteada, evidencia que la voluntariedad se sustenta en criterios fundamentalmente formales, derivados del cumplimiento de requisitos documentales estandarizados, lo que permite considerar que, en determinados contextos, el consentimiento opera de forma análoga a un contrato de adhesión.

En segundo lugar, el requisito de ‘información adecuada’ exige que el paciente reciba datos suficientes sobre el procedimiento, incluyendo riesgos, beneficios y

alternativas. Sin embargo, este análisis pone de manifiesto que el sistema jurídico no establece criterios suficientemente precisos para garantizar que dicha información sea efectivamente comprendida por el paciente. La adecuación de la información tiende a evaluarse en términos formales (existencia del documento, contenido mínimo), más que en términos funcionales (grado real de comprensión). Desde una perspectiva crítica, el ‘información adecuada’ presenta un carácter subjetivo, ya que queda determinado por la interpretación del profesional sanitario, quien decide qué información es adecuada, cómo debe ser transmitida y en qué medida se considera suficiente. Esta subjetividad introduce un riesgo de asimetría informativa y de sesgo profesional, que puede desvincular la información proporcionada de las necesidades reales, el nivel cognitivo y los valores del paciente. En consecuencia, lo que jurídicamente se considera ‘información adecuada’ puede no serlo desde el punto de vista del paciente, lo que cuestiona su eficacia como requisito del consentimiento informado y refuerza la idea de que su evaluación formal no garantiza una comprensión efectiva ni una decisión auténticamente informada.

En tercer lugar, la comprensión se configura como requisito indispensable para la validez del consentimiento, pero su verificación en la práctica clínica presenta importantes limitaciones. Aunque legalmente se presupone que el paciente comprende la información una vez firmada la documentación correspondiente, no existen mecanismos que permitan comprobar dicha comprensión de manera objetiva y reproducible.

Como resultado, el análisis jurídico evidencia una clara predominancia de la validez formal sobre la validez material del consentimiento informado. Esto no solo refleja una dependencia de los requisitos documentales estandarizados, sino que pone de manifiesto que la legitimidad del acto descansa más en su formalización que en su efectividad real. En este sentido, la voluntariedad queda reducida a una aceptación formal que se aproxima a la dinámica de los contratos de adhesión; El cumplimiento de los requisitos legales no asegura ni la comprensión efectiva de la información ni el ejercicio de una autonomía auténtica. En consecuencia, el consentimiento informado, tal y como se aplica en la práctica clínica, puede considerarse jurídicamente válido, pero estructuralmente limitado en su capacidad para cumplir su función garantista, al operar más como un dispositivo de legitimación formal que como un verdadero instrumento de protección de la autonomía del paciente.

Resultados psicológicos

El análisis del consentimiento informado revela que la toma de decisiones en el ámbito sanitario está condicionada por múltiples factores cognitivos, emocionales y contextuales, lo que introduce limitaciones significativas en la capacidad del paciente para otorgar un consentimiento plenamente informado.

Comprensión

En relación con la comprensión, los resultados muestran que la información médica presenta un elevado grado de complejidad técnica, lo que dificulta su procesamiento por parte de los pacientes. La utilización de terminología especializada, la densidad conceptual de los contenidos y la extensión de los documentos contribuyen a reducir la accesibilidad de la información, especialmente en individuos con niveles bajos o medios de alfabetización sanitaria. Se ha evidenciado que la información clínica no siempre se adapta al nivel cognitivo del paciente, lo que compromete su capacidad para interpretar adecuadamente los datos recibidos (Kadam, 2017).

Diversos estudios han demostrado que un porcentaje significativo de pacientes no lee o no comprende completamente los documentos de consentimiento informado, con estimaciones que oscilan entre el 35% y el 90% (Geier et al., 2021; Vizcaya et al., 2014). Esto pone de manifiesto que la mera entrega de información no garantiza su asimilación, evidenciando una clara discrepancia entre el acceso a la información y su comprensión efectiva.

Capacidad decisional

La capacidad de tomar decisiones sanitarias se basa en cuatro habilidades fundamentales: comprensión de la información, apreciación de su relevancia para la situación personal, razonamiento sobre las distintas alternativas y capacidad para expresar una elección (Barstow et al., 2018). Estas dimensiones configuran el núcleo de la capacidad decisional y determinan la validez del consentimiento desde una perspectiva cognitiva.

No obstante, los resultados indican que dichas capacidades no son estáticas, sino dependientes del contexto y susceptibles de variación en función de factores individuales y situacionales. Elementos como el dolor, la fatiga, la ansiedad o la enfermedad pueden afectar significativamente la capacidad del paciente para procesar información y tomar decisiones coherentes (APA, 2015). En consecuencia, la capacidad decisional debe entenderse como un fenómeno dinámico y fluctuante, lo que dificulta su evaluación en un momento puntual del proceso clínico (Martínez, 2008).

Este carácter variable introduce una limitación estructural en el modelo tradicional de consentimiento informado, que asume implícitamente una estabilidad cognitiva que no siempre se corresponde con la realidad clínica.

Factores emocionales

El análisis evidencia igualmente el papel determinante de los factores emocionales en la toma de decisiones sanitarias. Lejos de ser un proceso racional, se

encuentra influido por variables afectivas como el miedo, la ansiedad, la confianza en el profesional o la percepción subjetiva del riesgo.

La evidencia sugiere que la empatía y la capacidad de reconocimiento emocional influyen en la calidad de la decisión, modulando tanto la disposición a aceptar como a rechazar intervenciones médicas (Supady et al., 2011). Estos factores pueden actuar como facilitadores o interferencias en el proceso de deliberación, dependiendo del contexto en el que se desarrollen.

Además, la relación interpersonal entre médico y paciente introduce elementos de influencia social que pueden afectar la autonomía decisional. La percepción del profesional sanitario como figura de autoridad puede generar un sesgo de conformidad, reduciendo la tendencia del paciente a cuestionar o rechazar las recomendaciones médicas.

Resultados filosóficos

El análisis del consentimiento informado desde un prisma liberal permite ampliar su comprensión más allá del plano jurídico-formal, situándolo como un elemento central en la legitimidad de la práctica sanitaria. Desde este enfoque, basado en los principios de intervención mínima por parte de la administración pública, autopropiedad y no agresión, toda interacción entre individuos solo es legítima si se fundamenta en acuerdos voluntarios y consensuados. En consecuencia, el consentimiento informado no debe interpretarse únicamente como un requisito legal, sino como el criterio fundamental que legitima moralmente cualquier intervención médica.

En este sentido, puede afirmarse que el consentimiento informado actúa como equivalente funcional de un contrato entre paciente y profesional sanitario. Sin embargo, el análisis realizado pone de manifiesto una distinción clave entre la validez formal —derivada del cumplimiento de los requisitos legales— y la validez material, entendida como la existencia de una comprensión real y una voluntad genuinamente autónoma. Mientras que la primera suele cumplirse en la práctica clínica mediante la firma de documentos estandarizados, la segunda se encuentra frecuentemente comprometida debido a limitaciones cognitivas, emocionales y contextuales previamente identificadas. Esta discrepancia implica que numerosos consentimientos pueden ser jurídicamente válidos, pero filosóficamente insuficientes.

Otro resultado relevante se relaciona con la asimetría de información inherente a la relación médico-paciente. En contextos sanitarios, el profesional dispone de un conocimiento técnico altamente especializado, mientras que el paciente se encuentra en una posición de dependencia informativa. Este desequilibrio limita la capacidad del paciente para evaluar adecuadamente riesgos, beneficios y alternativas, lo que condiciona el carácter del consentimiento. Desde el punto de vista liberal, esta

situación cuestiona la plena voluntariedad del acuerdo, ya que la libertad de decisión queda restringida por la calidad y accesibilidad de la información disponible.

Asimismo, los resultados muestran que el consentimiento informado debe reinterpretarse a la luz de las limitaciones de la racionalidad humana. La evidencia psicológica indica que los individuos no siempre procesan la información de manera óptima, ni toman decisiones plenamente racionales, especialmente en situaciones de estrés, enfermedad o vulnerabilidad. En consecuencia, el consentimiento sanitario no puede equipararse a un contrato ideal entre agentes perfectamente racionales, sino que debe concebirse como un acuerdo imperfecto condicionado por factores cognitivos y emocionales.

Por otra parte, el análisis evidencia una tensión estructural entre el principio de autonomía defendido por el librerismo y los principios de protección del paciente presentes en la práctica clínica. Mientras que el enfoque liberal sostiene que cualquier decisión voluntaria debe ser respetada, la bioética reconoce la necesidad de intervenir o modular decisiones cuando existe una capacidad limitada. Esta discrepancia revela que el aumento de mecanismos de protección puede reducir la autonomía del paciente, mientras que una autonomía sin restricciones puede exponer al individuo a la toma de decisiones perjudiciales.

En definitiva, los resultados filosóficos permiten concluir que el consentimiento informado, en su aplicación actual, se aproxima más a un modelo de “autonomía condicionada” que a un ejercicio pleno de libertad individual. Desde la perspectiva liberal, su legitimidad depende del grado en que consiga minimizar las distorsiones derivadas de la asimetría informativa, las limitaciones cognitivas y la influencia emocional y la injerencia del sector público. Por tanto, el consentimiento no debe ser entendido como un acto puntual o meramente formal, sino como un proceso dinámico cuya validez se construye progresivamente mediante la mejora de la comunicación, la comprensión y la capacidad de tomar decisiones por parte del paciente.

Modelo alternativo

Los resultados obtenidos en los niveles jurídico, psicológico y filosófico evidencian la necesidad de reformular el modelo tradicional de consentimiento informado, superando su concepción formalista para avanzar hacia otro enfoque más humanizado. En este sentido, se propone un modelo alternativo que integre las limitaciones detectadas y permita analizar el consentimiento como un proceso dinámico, multidimensional y contextualmente condicionado. El modelo clásico de consentimiento informado se basa en la premisa de que la existencia de información suficiente, proporcionada en ausencia de coacción y aceptada por un sujeto jurídicamente capaz, es condición suficiente para garantizar la autonomía del paciente. Sin embargo, los resultados muestran que esta formulación resulta

insuficiente, ya que no tiene en cuenta la complejidad del proceso de comprensión, la variabilidad de la capacidad decisional ni la influencia de factores emocionales y contextuales. En este contexto, el modelo alternativo propuesto redefine el consentimiento informado como el resultado de la interacción entre múltiples variables, que pueden agruparse en tres grandes dimensiones: cognitiva, emocional-contextual y estructural.

Dimensión cognitiva

Esta dimensión incluye las capacidades necesarias para procesar la información y tomar decisiones racionales, entre las que destacan la comprensión, la apreciación, el razonamiento y la capacidad de expresar una elección (Barstow et al., 2018). Los resultados psicológicos muestran que estas habilidades no son constantes, sino variables y dependientes del contexto clínico (APA, 2015). Asimismo, la complejidad de la información médica (Kadam, 2017) y la evidencia de que una proporción significativa de pacientes no comprende los documentos de consentimiento (Geier et al., 2021) indican que la dimensión cognitiva constituye un factor limitante central.

Dimensión emocional y contextual

El consentimiento informado no puede entenderse como un proceso racional, ya que está profundamente influido por factores emocionales y contextuales. Variables como la ansiedad, el miedo, la confianza en el profesional o la presión situacional afectan directamente a la toma de decisiones (Supady et al., 2011). Además, la situación clínica en la que se encuentra el paciente —frecuentemente marcada por vulnerabilidad, urgencia o dependencia— condiciona tanto la voluntariedad como la calidad del procesamiento de la información. Estos elementos introducen sesgos que limitan la autonomía efectiva del paciente.

Dimensión estructural (jurídica e informativa)

Esta dimensión hace referencia a los elementos formales del consentimiento, tales como la existencia de información adecuada, la ausencia de coacción y el cumplimiento de los requisitos legales. Aunque estos factores son necesarios, los resultados jurídicos muestran que su aplicación se basa en criterios formales que no garantizan la comprensión real ni la autonomía efectiva.

Asimismo, la asimetría de información entre profesional sanitario y paciente constituye un elemento estructural que condiciona la calidad del consentimiento, limitando la capacidad del paciente para tomar decisiones plenamente informadas.

Formulación del modelo

La integración de las dimensiones cognitiva, emocional-contextual y estructural permite formular un modelo alternativo del consentimiento informado que supera la concepción clásica basada en criterios exclusivamente formales. Frente al modelo tradicional —centrado en la mera presencia de información, voluntariedad y capacidad jurídica—, la propuesta desarrollada entiende el consentimiento como un fenómeno dinámico, gradual y condicionado por múltiples variables interdependientes.

Desde esta perspectiva, la validez del consentimiento no puede determinarse de forma binaria —consentimiento válido o inválido—, sino que debe analizarse en términos de grado de autonomía efectiva alcanzada en cada contexto clínico concreto. El consentimiento deja así de interpretarse como un acto jurídico aislado para configurarse como un proceso complejo de toma de decisiones, susceptible de verse afectado por limitaciones cognitivas, sesgos emocionales, asimetrías informativas y condiciones estructurales de vulnerabilidad.

El modelo propuesto introduce varias aportaciones relevantes respecto a la formulación clásica. En primer lugar, incorpora la comprensión real del paciente como elemento central de análisis, diferenciando entre la mera transmisión formal de información y la capacidad efectiva para procesarla, interpretarla y utilizarla racionalmente en la toma de decisiones. En segundo lugar, reconoce que la autonomía no constituye una capacidad abstracta e invariable, sino una realidad fluctuante y dependiente del estado emocional, la situación clínica y el contexto relacional en el que se produce la decisión sanitaria.

Asimismo, el modelo integra factores habitualmente excluidos de los enfoques jurídicos tradicionales, como la ansiedad, el miedo, la presión situacional o la dependencia respecto al profesional sanitario, entendiendo que estas variables pueden reducir significativamente la libertad decisional del paciente incluso en ausencia de coacción explícita. De este modo, la voluntariedad deja de concebirse únicamente como ausencia formal de imposición externa y pasa a evaluarse también desde la existencia de condicionantes indirectos que afectan a la capacidad real de decisión.

Desde el punto de vista metodológico, esta reformulación permite analizar el consentimiento informado mediante indicadores observables, facilitando la evaluación de variables relacionadas con la comprensión, la calidad comunicativa, la capacidad decisional o el impacto emocional del contexto clínico. Ello posibilita no solo una aproximación teórica más precisa, sino también el diseño de estrategias orientadas a mejorar la calidad real del proceso deliberativo y la participación efectiva del paciente.

En consecuencia, el consentimiento informado deja de funcionar exclusivamente como un mecanismo formal de legitimación jurídica de la intervención médica y pasa a concebirse como un indicador graduable de autonomía efectiva. La legitimidad del consentimiento no depende únicamente de la existencia documental del mismo, sino del equilibrio real entre información comprendida, capacidad decisional, ausencia de condicionamientos distorsionadores y posibilidad auténtica de elección.

Desde la perspectiva filosófica y, particularmente, desde el enfoque liberal, esta reformulación adquiere especial relevancia al desplazar el análisis desde la validez formal hacia la autenticidad material del consentimiento. En este sentido, el modelo propuesto permite evaluar no solo si el consentimiento existe jurídicamente, sino si puede considerarse genuinamente libre en contextos caracterizados por asimetrías de poder, dependencia técnica e información desigual. El consentimiento informado se configura así como una categoría cuya legitimidad exige condiciones sustanciales de autonomía real y no únicamente el cumplimiento externo de requisitos normativos.

DISCUSIÓN

Los resultados confirman la existencia de una brecha estructural entre consentimiento formal y real. Aunque jurídicamente el consentimiento cumple requisitos normativos, psicológicamente presenta limitaciones significativas. En línea con investigaciones previas, la comprensión del paciente es el principal punto crítico, afectada por la complejidad de la información y la limitada alfabetización sanitaria. Asimismo, la evidencia confirma que la capacidad decisional es dinámica y dependiente del contexto (Kadam, 2017). Desde una perspectiva liberal, estos resultados implican que muchos consentimientos no cumplen los requisitos de voluntariedad, ya que existen asimetrías de información y limitaciones cognitivas. Esto cuestiona la legitimidad del consentimiento como la base para un contrato plenamente válido y eficaz.

CONCLUSIONES

El consentimiento informado no puede considerarse plenamente válido si no se garantiza la comprensión real del paciente. Los principales hallazgos indican:

Existe una discrepancia entre validez legal y validez real.

La comprensión es el factor crítico central.

Factores emocionales y cognitivos condicionan la decisión.

El consentimiento clínico es imperfecto como contrato.

Se propone evolucionar hacia modelos más dinámicos, interactivos y adaptados al paciente.

Implicaciones clínicas

Los resultados obtenidos en el presente análisis tienen importantes implicaciones para la práctica clínica, especialmente en lo relativo a la mejora de la calidad del consentimiento informado como proceso real y no meramente formal. La evidencia sugiere que la validez del consentimiento depende en gran medida de la capacidad del paciente para comprender la información, así como de factores emocionales y contextuales que influyen en su toma de decisiones. Por ello, es necesario replantear los procedimientos clínicos tradicionales con el fin de garantizar una autonomía efectiva del paciente.

En primer lugar, se hace imprescindible sustituir el modelo clásico basado en documentos escritos estandarizados por un enfoque centrado en la comunicación bidireccional. La literatura muestra que un número significativo de pacientes no lee o no comprende adecuadamente los formularios de consentimiento, lo que evidencia que la firma del documento no puede considerarse un indicador fiable de comprensión. En consecuencia, los profesionales sanitarios deben adoptar estrategias comunicativas adaptadas al nivel de alfabetización sanitaria del paciente, incluyendo explicaciones orales estructuradas, lenguaje simplificado y uso de apoyos visuales.

En segundo lugar, resulta fundamental incorporar mecanismos sistemáticos de evaluación de la comprensión. La capacidad para entender, apreciar, razonar y expresar una decisión constituye la base del consentimiento válido. Sin embargo, estas habilidades no son estables y pueden verse comprometidas por circunstancias clínicas como el dolor, la ansiedad o el deterioro cognitivo. En este sentido, la práctica clínica debería integrar herramientas breves de evaluación, como técnicas de “teach-back”, mediante las cuales el paciente reformula la información recibida, permitiendo verificar su comprensión real.

En tercer lugar, los hallazgos subrayan la necesidad de considerar los factores emocionales en el proceso de consentimiento. La toma de decisiones sanitarias no es un proceso exclusivamente racional, sino que está influido por emociones, empatía y percepción del riesgo. Por ello, el profesional sanitario debe desarrollar competencias comunicativas y relacionales que faciliten un entorno de confianza, reduzcan la ansiedad del paciente y promuevan una deliberación más reflexiva.

Asimismo, desde una perspectiva organizativa, es necesario reconocer que el consentimiento informado es un proceso continuo, y no un acto puntual. Esto implica que la información debe proporcionarse de forma progresiva, permitiendo al paciente tiempo suficiente para reflexionar y plantear dudas. Este enfoque resulta especialmente relevante en intervenciones complejas o en situaciones de alta carga emocional, donde la capacidad de procesamiento de la información puede estar comprometida.

Desde el punto de vista liberal, estas implicaciones adquieren una dimensión adicional, ya que la legitimidad de la intervención sanitaria depende del carácter genuinamente voluntario del consentimiento. La existencia de asimetrías de información y limitaciones cognitivas obliga a reforzar los mecanismos que favorezcan una mayor autonomía real del paciente. En este sentido, mejorar la calidad del consentimiento no solo responde a una exigencia ética o legal, sino también a la necesidad de aproximarse a un modelo de interacción verdaderamente basado en acuerdos voluntarios.

Finalmente, los resultados ponen de manifiesto la importancia de integrar la formación en comunicación, psicología de la toma de decisiones y ética aplicada en la educación de los profesionales sanitarios. La capacidad para transmitir información compleja de forma comprensible, evaluar la comprensión del paciente y gestionar factores emocionales constituye una competencia clave para garantizar la validez del consentimiento.

En conclusión, las implicaciones clínicas derivadas de este análisis apuntan hacia la necesidad de transformar el consentimiento informado en un proceso dinámico, adaptativo y centrado en el paciente, en el que la comprensión efectiva y la autonomía real se sitúen en el núcleo de la práctica sanitaria.

REFERENCIAS

American Psychological Association. (2015, septiembre). Study participants and informed consent. *Monitor on Psychology*, 46(8).
<https://www.apa.org/monitor/2015/09/ethics>

Barstow, C., Shahan, B., y Roberts, M. (2018). Evaluating medical decision-making capacity in practice. *American Family Physician*, 98(1), 40–46.

Bórquez, E. G., Raineri, B. G., y Bravo, L. M. (2004). La evaluación de la "capacidad de la persona": En la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. *Revista Médica de Chile*, 132(10), 1243–1248.

Geier, C., Adams, R. B., Mitchell, K. M., y Holtz, B. E. (2021). Informed consent for online research—Is anybody reading? Assessing comprehension and individual differences in readings of digital consent forms. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 16(3), 154–164. <https://doi.org/10.1177/15562646211020160>

Herrera-Espiñeira, C., Quero-Rufián, A., Martínez-Cirre, C., Rodríguez del Castillo, M., Rodríguez del Águila, M. M., y Aguayo de Hoyos, E. (2006). Información recibida por los pacientes acerca de su estado de salud y su comprensión, antes y durante su hospitalización. *Enfermería Clínica*, 16(4), 184–189. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(06\)71211-6](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71211-6)

Kadam, R. A. (2017). Informed consent process: A step further towards making it meaningful! *Perspectives in Clinical Research*, 8(3), 107–112. https://doi.org/10.4103/picr.PICR_147_16

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del*

Estado, núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.
<https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>

Martínez, L. A. (2008). *La formación de la habilidad toma de decisiones médicas mediante el método clínico en la carrera de medicina* [Tesis doctoral, Universidad de Cienfuegos «Carlos Rafael Rodríguez»]. Repositorio Institucional de la Universidad de Cienfuegos. <https://dspace.ucf.edu.cu/handle/123456789/458>

Quevedo-Aguado, M. P. y Benavente-Cuesta, M. H. (2019). Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 317–332. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1889>

Reyes, D. (2019). *La responsabilidad civil médica frente al incumplimiento del consentimiento informado* [Tesis doctoral, Universidad del Rosario]. Repositorio Institucional Universidad del Rosario. https://doi.org/10.48713/10336_20502

Rothbard, M. N. (1970). *Power and market: Government and the economy*. Institute for Humane Studies.

Simón, P., Barrio, I. M., Sánchez, C. M., Tamayo, M. I., Molina, A., Suess, A., y Jiménez, J. M. (2007). Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(2), 191–198.

Supady, A., Voelkel, A., Witzel, J., Gubka, U., y Northoff, G. (2011). How is informed consent related to emotions and empathy? An exploratory neuroethical investigation. *Journal of Medical Ethics*, 37(5), 311–317. <https://doi.org/10.1136/jme.2010.037937>

Vizcaya, D. M., Zúñiga, F. A., Pérez, P., y Cobos, H. (2014). Conocimiento de los pacientes sobre el consentimiento informado en un hospital general. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(5), 5–13.

