

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES AFINES

PARTE I: IDENTIFICACIÓN Y CONTEXTO.

DATOS DE LA PERSONA QUE DECIDE.

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ DNI/NIE: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL: (si es necesario)

Nombre y apellidos: _____

DNI/NIE: _____

Forma principal de comunicación o Sistema de Comunicación Aumentativa y Alternativa (SAAC) utilizado:

Habla verbal.

Lengua de signos.

Sistemas de Comunicación Aumentativa y Alternativa (especificar): _____

Gestos/Señalización.

Otro: _____

Apoyos técnicos de comunicación utilizado habitualmente:

Tablero de comunicación (tipo: _____)

Comunicador digital (modelo: _____)

Software específico (nombre: _____)

Aplicaciones móviles (especificar: _____)

Otros: _____

DATOS DEL PROCEDIMIENTO/ACCIÓN/TRATAMIENTO.

Tipo de intervención/acto/tratamiento sobre el que se decide: _____

Fecha de esta sesión informativa: _____

Lugar: _____

EQUIPO PROFESIONAL Y APOYOS PRESENTES.

Profesional responsable: _____

Especialidad: _____ N.º Colegiación: _____

Fecha: Firma: _____

Persona de apoyo a la comunicación /persona facilitadora de comunicación: _____
Fecha: _____ Firma: _____

Persona de confianza de la persona (si lo desea): _____
Fecha: _____ Firma: _____

Representante legal (si es necesario) : _____
Fecha: _____ Firma: _____

PARTE II: PROCESO DE INFORMACIÓN Y APOYOS.

¿QUÉ APOYOS HEMOS UTILIZADO PARA QUE LA INFORMACIÓN SEA COMPRENSIBLE?

(Marcar todos los aplicados)

- Lenguaje claro y sencillo adaptado al nivel de comprensión.
- Lectura fácil del documento informativo.
- SAAC con pictogramas (especificar sistema: SPC, ARASAAC, Bliss, otros): _____
- Material visual (dibujos, diagramas, fotografías).
- Maquetas o modelos anatómicos táctiles.
- Vídeos explicativos accesibles.
- Intérprete de lengua de signos.
- Profesional con especialización en SAAC /Persona de apoyo experta en comunicación.
- Adaptación del cuestionario a mi SAAC (tablero personalizado, secuencia de pictogramas)
- Uso de mi dispositivo/comunicador habitual durante el proceso.
- Validación con mi sistema de "sí/no" personal (gestos, miradas, sonidos específicos)
- Múltiples sesiones informativas (número: _____)
- Tiempo suficiente para procesar la información.
- Otros: _____

¿CÓMO HEMOS VERIFICADO LA COMPRENSIÓN? (Describir brevemente).

PARTE III: MI DECISIÓN - CUESTIONARIO DE AUTOVERIFICACIÓN. (Anexo 1)

(Esta sección se completa con la persona con parálisis cerebral, dando tiempo para cada respuesta).

Este cuestionario te ayuda a pensar y decidir sobre lo que quieras. Sirve para que el equipo compruebe que todo está bien, deja constancia de tu consentimiento y te da más poder para participar en tus decisiones.

ELIJO MI CUESTIONARIO:

- [] VERSIÓN COMPLETA. (60 preguntas).
[] VERSIÓN ESENCIAL. (24 preguntas - la versión resumida anterior).
[] VERSIÓN PICTOGRÁMICA. (10 preguntas clave con pictogramas).

Se marcará la versión utilizada.

PARTE IV: ACUERDOS DE COMUNICACIÓN PERSONALIZADOS. ACUERDOS ESPECÍFICOS PARA MI FORMA DE COMUNICAR.

(*Esta sección se completa con la persona con parálisis cerebral*)

1. Mi forma de decir SÍ es: _____
(Ejemplo: tocar pictograma verde, mirar a la derecha, sonido "aja", asentir con la cabeza).
2. Mi forma de decir NO es: _____
(Ejemplo: tocar pictograma rojo, cerrar ojos, mover cabeza, sonido "uh-uh").
3. Mi señal de "PARAR/ESPERA" es: _____
(Ejemplo: levantar mano, decir "eh-eh", mirar hacia la puerta, tocarme el hombro).
4. Cuando necesito ayuda para comunicar: _____
(Ejemplo: pedir mi tablero, llamar a mi persona de apoyo, señalar mi dispositivo).
5. Si no me entienden, podemos: _____
(Ejemplo: usar mi dispositivo, escribir, intentar de otra manera, llamar a mi facilitador).

ESTOS ACUERDOS SON CONOCIDOS POR:

Profesional responsable: _____

Persona de apoyo a la comunicación/persona facilitadora de comunicación: _____

Representante legal (si procede): _____

Otra persona: _____

PARTE V: DECLARACIÓN FINAL DE CONSENTIMIENTO.

MI DECISIÓN FINAL

Después de haber recibido información comprensible, haber hecho mis preguntas y haber reflexionado,

YO: _____

[....] DOY MI CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO.

Para: _____

Con los límites especificados en el cuestionario.

Entendiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento

[....] NO DOY MI CONSENTIMIENTO

Decido no proceder en este momento.

[....] NECESITO MÁS TIEMPO

Requiero más tiempo para decidir.

Necesito más información sobre: _____

FORMA DE EXPRESIÓN DE MI CONSENTIMIENTO

Yo, _____, expreso mi decisión de la siguiente manera:

Forma de expresión elegida: _____

[] Firma o marca personal: _____

[] Declaración verbal (persona apoyo: _____)

[] Gestos acordados (describir: _____)

[] Mi Sistema de comunicación aumentativa y alternativa habitual (especificar: _____)

[] Otro: _____

Fecha y hora: _____ las: _____

Firma: _____

PARTE VI: PROTOCOLO DE REVOCACIÓN.

SI CAMBIO DE OPINIÓN...

Yo puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento mediante:

1. Forma de comunicación: _____
2. Persona a quien dirigirme: _____
3. Teléfono/contacto: _____

Y TENGO DERECHO A:

Que se pare inmediatamente el procedimiento (si está en curso).

Recibir la atención y cuidados necesarios tras la interrupción.

No dar explicaciones ni justificaciones.

Que mi decisión sea respetada sin represalias.

ANEXO I: CUESTIONARIO DE AUTOVERIFICACIÓN.

1: El consentimiento debe ser informado: ¿Entiendo bien lo que voy a decidir?



- 1.** ¿Me han explicado qué me van a hacer (el procedimiento, la revisión o el tratamiento) con palabras que yo entiendo?
- 2.** ¿Entiendo para qué sirve y cómo me puede ayudar (cuál es el beneficio para mí)?
- 3.** ¿Me han dicho con sinceridad si va a doler o ser incómodo? ¿Y qué harán para ayudarme si me duele o molesta?
- 4.** ¿Sé y entiendo los pasos que van a seguir? (¿Qué harán primero?, ¿qué después?)
- 5.** ¿Me han explicado con claridad los riesgos o cosas malas que podrían pasar?
- 6.** ¿Sé qué otras opciones tengo (otros tratamientos o la opción de no hacer nada)?
- 7.** ¿Me han explicado y entiendo bien qué pasará después (el tiempo de recuperación, los cuidados que necesitaré)?
- 8.** ¿Me han dado tiempo suficiente y he podido hacer todas las preguntas que quería?
- 9.** ¿Me han contestado a todo de una manera clara y que yo pueda entender?
- 10.** ¿Tengo la información por escrito, en lectura fácil, con dibujos o en un formato accesible para poder repasarla en casa?

2: El consentimiento debe ser libre y voluntario: ¿Decido yo, sin presiones?



A. Mi entorno y mi sensación de seguridad.

- 11.** ¿El lugar donde me informan es tranquilo, privado y me hace sentir seguridad?
- 12.** ¿Confío en la persona (profesional de la medicina, enfermería, educación...) que me ha dado la información?
- 13.** ¿Me han dado tiempo suficiente para pensarlo bien, sin prisas?
- 14.** ¿He podido hablar de esto con mi persona de confianza si así lo he querido?

B. Mi poder para decidir sin miedo.

- 15.** ¿Tengo la seguridad absoluta de que puedo decir no sin que me castiguen, regañen o pase algo malo para mí?
- 16.** ¿Sé y siento que puedo cambiar de opinión en cualquier momento, incluso después de haber dicho que Sí?
- 17.** ¿Tomo esta decisión YO, por mi propia voluntad, sin que mi familia, pareja, amistades o profesionales me presionen?
- 18.** ¿Me siento segura y convencida con la decisión que voy a tomar?

C. Señales de peligro claras.

- 19.** ¿Alguien me ha prometido regalos, dinero o favores especiales a cambio de que diga que Sí?
- 20.** ¿Alguien me ha amenazado, asustado o hecho sentir miedo (con palabras, gritos o gestos) para que acepte?



3: El consentimiento debe ser afirmativo y claro: ¿Puedo expresar mi decisión de forma comprensible?

A. Mi forma de comunicación es la protagonista.

21. ¿He podido usar mi forma habitual de comunicarme (palabras, gestos, mirada, pictogramas, dispositivo...)?
22. ¿Me han dado todo el tiempo que he necesitado para pensar y dar mi respuesta, sin prisas?
23. ¿Han respetado mi ritmo para comunicarme, sin completar mis frases o adivinar lo que iba a decir?
24. ¿He dado mi respuesta sin que otras personas hablen por mí o influyan en lo que voy a decir?

B. Mi mensaje se entiende sin dudas.

25. ¿Mi respuesta ha sido activa? (Yo he tenido que hacer algo consciente para darla: hablar, asentir, señalar...).
26. ¿Mi respuesta ha sido clara y comprensible, sin dar lugar a dudas?
27. ¿La persona me ha mirado, escuchado con atención y ha hecho un esfuerzo real por entenderme?
28. ¿Han verificado que me han entendido bien? (Por ejemplo, repitiendo mi decisión en voz alta).
29. ¿Mi respuesta ha sido una elección clara (como SÍ o NO) y no algo que se pueda malinterpretar?

4: El consentimiento debe ser entusiasta y deseado: ¿Realmente quiero hacer esto?



A. Conectando con mis emociones y sensaciones.

30. Cuando pienso en esto, ¿siento principalmente alegría, ilusión o curiosidad? (No miedo, ansiedad u obligación).
31. Si nadie me lo hubiera sugerido, ¿es algo que yo misma habría deseado o buscado?
32. Al imaginar que digo que SÍ, ¿noto que mi cuerpo se siente relajado, contento o con energía positiva?
33. ¿Me siento emocionalmente bien con esta decisión?

B. Examinando mis motivaciones internas.

34. ¿Tomo esta decisión sin sentir obligación ni compromiso con otra persona?
35. ¿Lo hago libremente sin la idea de que "debo hacerlo" por ser mujer, por ser pareja de alguien o por complacer?
36. ¿Estoy diciendo que sí por lo que yo quiero, y no por miedo a que la otra persona se enfade, se sienta rechazada o se vaya?
37. ¿Estoy diciendo que, sí pensando en mi bienestar, mi placer o mi salud?
38. ¿Las ganas de hacerlo son propias y genuinas, y surgen de mí?

B. Examinando mis motivaciones internas.

39. ¿Esta decisión sale de escucharme a mí misma y de mi propia reflexión?
40. En el fondo, ¿siento que este "sí" es auténtico y me representa completamente?
41. ¿Me siento satisfecha y respetada con la forma en que he expresado mi decisión?

5: El consentimiento debe ser específico: ¿Sé exactamente a qué digo que Sí??



42. ¿Me han explicado con detalle en qué consiste exactamente el acto, procedimiento o tratamiento?
43. ¿Entiendo la diferencia entre esto y otras actividades, procedimientos o tratamientos similares?
44. ¿Tengo claro a qué acto, procedimiento o tratamiento concreto, paso a paso, doy mi consentimiento?
45. ¿Comprendo los límites de lo que acepto? (Por ejemplo: "Sí a la revisión, no a la analítica").
46. ¿Sé que, si acepto esto, no estoy aceptando automáticamente otras cosas?
47. ¿Sé que puedo aceptar algunas partes de un procedimiento y rechazar otras?
48. ¿He confirmado que estos límites están claros para el equipo profesional o la persona de apoyo?
49. ¿Sé que mi consentimiento es solo para esta situación concreta (esta consulta, este día...) y no para otras veces?
50. ¿Siento seguridad y comodidad con los límites específicos que he establecido?

6: El consentimiento debe ser reversible: ¿Sé que puedo cambiar de opinión?



51. ¿Entiendo que, aunque hoy diga que sí, mañana podré decidir de forma diferente?
52. ¿Tengo claro que puedo cambiar de opinión en cualquier momento?
53. ¿Me han confirmado que respetarán mi nueva decisión sin cuestionarla?
54. ¿Sé que puedo decir "para", "basta" o "alto" durante el acto y se debe detener?
55. ¿Entiendo que no necesito dar explicaciones ni justificarme para cambiar de idea?
56. ¿Conozco cómo indicar de manera clara que quiero parar? (Palabra, gesto, sonido...).
57. ¿Confío en que la persona me hará caso y se detendrá inmediatamente?
58. ¿Tengo la seguridad de que no pasará nada malo para mí si cambio de idea?
59. ¿Me han animado a comunicarles si cambio de opinión?
60. ¿Este derecho a cambiar de opinión me hace sentir con más control y seguridad?

ANEXO II

REGISTRO DEL PROCESO Y SEGUIMIENTO.

HOJA DE SEGUIMIENTO DEL PROCESO

ASPECTO	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Información proporcionada en formato accesible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuestionario adaptado al SAAC habitual de la persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiempo suficiente para procesar información.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiempo de adaptación necesario: ___ horas/días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comprobación de comprensión realizada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Material SAAC creado específicamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausencia de presiones externas verificada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Persona conocedora del SAAC presente..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Límites y condiciones específicas establecidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reversibilidad claramente comunicada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Documentación accesible proporcionada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

COMPROMISO DE SEGUIMIENTO.

Se acuerda que:

1. Este consentimiento será revisado si hay cambios en la situación o el procedimiento.
2. La persona puede revocar su consentimiento en cualquier momento mediante:
3. Se registrarán en la historia clínica tanto el consentimiento como cualquier modificación posterior.
4. Se proporcionará copia accesible de este documento a la persona.

Fecha de próxima revisión (si aplica):

