



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA  
ESTUDIOS DE POSGRADO**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"

**FACTORES RELEVANTES PARA EL PERSONAL DE SALUD Y FAMILIARES  
DE PACIENTES INGRESADOS EN TERAPIA INTENSIVA  
AL TOMAR DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA**

**TESIS DE POSGRADO**  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA CRÍTICA

**PRESENTA:**

**DR. SERGIO CALLEROS RODRÍGUEZ .:**

RESIDENTE DE 2° AÑO  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA CRÍTICA

**ASESOR:**

**DR. JUAN GUTIÉRREZ MEJÍA**

MÉDICO ADSCRITO DEL DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"

México, D.F., 31 julio de 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Este trabajo fue realizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y  
en la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional  
Autónoma de México bajo la Dirección del Dr. Juan Gutiérrez Mejía**

## **AUTORIZACIONES**

**Dr. Sergio Ponce de León Rosales**

**Director de Enseñanza**

**Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”**

---

**Dr. José Guillermo Domínguez Cherit**

**Subdirector del Departamento de Medicina Crítica**

**Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”**

---

**Dr. Eduardo Rivero Sigarroa**

**Jefe del Departamento de Terapia Intensiva**

**Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”**

---

**Dr. Juan Gutiérrez Mejía**

**Médico Adscrito del Departamento de Terapia Intensiva**

**Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”**

---

**Factores relevantes para el personal de salud y familiares  
de pacientes ingresados en terapia intensiva  
al tomar decisiones al final de la vida**

**Colaboradores:**

❖ **Investigador Responsable:**

**Dr. Juan Gutiérrez Mejía**

Adscrito al Departamento de Terapia Intensiva

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Firma \_\_\_\_\_

❖ **Investigador Principal:**

**Dr. Sergio Calleros Rodríguez .:**

Residente de 2° año Medicina Crítica

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Firma\_\_\_\_\_

*“Ser Filósofo es pensar en la muerte y prepararse para ello”*

*Platón – Fedón o de la Inmortalidad del Alma*

## INDICE

|   |      |
|---|------|
| Agradecimientos.....  | viii |
| Relación de figuras y tablas.....   | ix   |
| 1. Introducción.....  | 1    |
| 2. Antecedentes.....  | 3    |
| 3. Justificación.....   | 9    |
| 4. Objetivos.....   | 11   |
| 4.1. Objetivo General.....  | 11   |
| 4.2. Objetivos Particulares.....  | 11   |
| 5. Material y Métodos.....  | 12   |
| 5.1. Tipo de estudio.....   | 12   |
| 5.2. Ubicación temporal y espacial.....   | 12   |
| 5.3. Criterios de selección de la muestra.....  | 12   |
| 5.3.1. Criterios de Inclusión.....  | 12   |
| 5.3.2. Criterios de Exclusión.....  | 12   |
| 5.3.3. Criterios de Eliminación.....  | 12   |
| 5.4. Variables.....   | 13   |
| 5.4.1. Definición de variables.....   | 13   |
| 5.5. Tamaño de la muestra.....  | 14   |
| 5.6. Descripción Operativa del Estudio.....   | 14   |
| 6. Resultados.....  | 17   |
| 6.1. Usted espera del médico tratante en la terapia intensiva.....  | 19   |
| 6.2. Personalmente ¿Alguna vez ha tenido una conversación con su equipo médico o médico de cabecera para expresar sus deseos en caso de estar gravemente enfermo y mencionar lo que es valioso para usted?..... | 22   |
| 6.3. ¿Usted considera apropiado que en algún momento de la evolución de una enfermedad, alguna de las siguientes acciones en los pacientes graves hospitalizados en terapia intensiva son aceptables?.....      | 23   |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 6.4.  | Personalmente ¿Considera que usted podría tomar las decisiones respecto al final de la vida de un ser querido cercano en forma prudente y razonable?.....   | 27 |
| 6.5.  | Si los deseos de su paciente ingresado en terapia intensiva antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamiento porque no ha tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo, ¿Usted qué actitud tomaría? ¿Qué factor considera tiene más peso en su elección de la pregunta anterior?..... | 27 |
| 6.6.  | En su perspectiva ¿Quién considera usted que debe participar en la toma de decisiones al final de la vida de un paciente inconsciente?.....   | 38 |
| 6.7.  | ¿Cuál considera usted que es información necesaria para tomar decisiones al final de la vida?.....  | 40 |
| 6.8.  | ¿Considera que la información que recibe sobre su paciente o su enfermedad en la terapia intensiva es apropiada y suficiente para tomar decisiones al final de la vida?.....  | 42 |
| 6.9.  | ¿Qué tan probable le parece que el juicio médico respecto a la condición terminal de un paciente pudiera estar equivocado?.....   | 45 |
| 6.10. | ¿Profesa usted alguna religión?.....  | 46 |
| 6.11. | ¿Usted conoce los postulados generales de su religión con respecto a las decisiones al final de la vida?.....   | 47 |
| 6.12. | ¿Considera importante contar dentro de la Institución con apoyo por un sacerdote, pastor o quía de su religión para atender las necesidades espirituales de un paciente en terapia intensiva?.....  | 49 |
| 6.13. | ¿Usted conoce si existen leyes en nuestro país que regulen la toma de decisiones al final de la vida?.....  | 50 |
| 6.14. | ¿Considera que existen criterios bien definidos, acertados y universalmente aceptados dentro de la comunidad médica para definir cuando un paciente está al final de la vida?.....  | 50 |
| 6.15. | Si usted se encontrara ingresado en terapia intensiva y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado   |    |



|  |    |
|--|----|
| mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes opciones?..... | 54 |
| 7. Discusión.....  | 64 |
| 8. Conclusiones.....   | 82 |
| 9. Perspectivas.....   | 83 |
| 10. Bibliografía.....  | 84 |
| 11. Anexos.....  | 87 |
| 11.1. Cuestionario Personal de Salud.....  | 87 |
| 11.2. Cuestionario Familiares.....   | 93 |
| La Muerte y Mi Convivencia con Ella.....   | 99 |

## AGRADECIMIENTOS

*A mis padres, quienes siempre me han apoyado sin importar nada*

*A mi hermano, quien siempre está para hacerme no perder el piso y la razón*

*A mis maestros de la Terapia Intensiva, cuyas enseñanzas me han formado como  
médico y como persona*

*A mis compañeros Zaira, Orlando, Manfredy y Armando, con quienes vivimos tanto  
dolor pero sobretodo tantas alegrías*

*A las enfermeras y enfermeros de UTI, quienes se convirtieron en mis maestras,  
maestros, compañeras, compañeros, pero sobretodo amigas y amigos*

*A mis QQ.: HH.: cuyo apoyo y enseñanzas me han forjado como persona desde  
que nos conocimos hace ya cinco años*

*A la Muerte, mi constante compañera de trabajo, quien me inspiró para la  
realización de este trabajo*

*A Dios, el Gran Arquitecto del Universo, quien siempre tiene una mano amiga para  
mí y me ha dado la oportunidad de seguir viviendo tantas y tantas aventuras*

## RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS

|                   |  |    |
|-------------------|--|----|
| <b>Gráfica 1.</b> | Rango de Edad.....   | 17 |
| <b>Tabla 1.</b>   | Características generales de los encuestados.....  | 18 |
| <b>Tabla 2.</b>   | Usted espera del médico tratante en la UTI (Total de Encuestados).....   | 19 |
| <b>Gráfica 2.</b> | Usted espera del médico tratante en la UTI.....  | 19 |
| <b>Tabla 3.</b>   | Usted espera del médico tratante en la UTI (Total de Encuestados).....   | 20 |
| <b>Gráfica 3.</b> | Usted espera del médico tratante en la UTI.....  | 20 |
| <b>Tabla 4.</b>   | Usted espera del médico tratante en la UTI (Personal de Salud).....  | 21 |
| <b>Tabla 5.</b>   | Usted espera del médico tratante en la UTI (Familiares).....   | 21 |
| <b>Tabla 6.</b>   | ¿Alguna vez ha tenido una conversación con su equipo médico de cabecera para expresar sus deseos en caso de estar gravemente enfermo y mencionar lo que es valioso para usted?.....                        | 22 |
| <b>Gráfica 4.</b> | ¿Alguna vez ha tenido una conversación con su equipo médico de cabecera para expresar sus deseos en caso de estar gravemente enfermo y mencionar lo que es valioso para usted?.....                        | 23 |
| <b>Tabla 7.</b>   | ¿Usted considera apropiado que en algún momento de la evolución de una enfermedad, alguna de las siguientes acciones en los paciente graves hospitalizados en UTI son aceptables?.....                     | 24 |
| <b>Tabla 8.</b>   | ¿Usted considera apropiado que en algún momento de la evolución de una enfermedad, alguna de las siguientes acciones en los paciente graves hospitalizados en UTI son aceptables?.....                     | 24 |
| <b>Tabla 9.</b>   | ¿Usted considera apropiado que en algún momento de la evolución de una enfermedad, alguna de las siguientes acciones en los paciente graves hospitalizados en UTI son aceptables? (Personal de Salud)..... | 25 |
| <b>Gráfica 5.</b> | ¿Usted considera apropiado que en algún momento de la evolución de una enfermedad, alguna de las siguientes acciones en los paciente graves hospitalizados en UTI son aceptables? (Personal de Salud)..... | 25 |
| <b>Tabla 10.</b>  | ¿Usted considera apropiado que en algún momento de la evolución de una enfermedad, alguna de las siguientes acciones en los paciente graves hospitalizados en UTI son aceptables? (Familiares).....        | 26 |
| <b>Tabla 11.</b>  | Personalmente ¿Considera que usted podría tomar las decisiones respecto al final de la vida de un ser querido en forma prudente y razonable?.....  | 27 |

|                   |  |    |
|-------------------|--|----|
| <b>Tabla 12.</b>  | Si los deseos de su paciente ingresado en terapia intensiva antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamientos porque no ha tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo ¿usted qué actitud tomaría?.....                     | 28 |
| <b>Gráfica 6.</b> | Si los deseos de su paciente ingresado en terapia intensiva antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamientos porque no ha tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo ¿usted qué actitud tomaría?.....                     | 28 |
| <b>Tabla 13.</b>  | Si los deseos de su paciente ingresado en terapia intensiva antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamientos porque no ha tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo ¿usted qué actitud tomaría?.....                     | 29 |
| <b>Tabla 14.</b>  | ¿Qué factor considera tiene más peso en su elección de la pregunta anterior?.....  | 31 |
| <b>Tabla 15.</b>  | Si los deseos de su paciente ingresado en terapia intensiva antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamientos porque no ha tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo ¿usted qué actitud tomaría?.....                     | 32 |
| <b>Gráfica 7.</b> | Si los deseos de su paciente ingresado en terapia intensiva antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamientos porque no ha tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo ¿usted qué actitud tomaría?.....                     | 32 |
| <b>Tabla 16.</b>  | ¿Qué factor considera tiene más peso en su elección de la pregunta anterior?.....  | 33 |
| <b>Grafica 8.</b> | ¿Qué factor considera tiene más peso en su elección de la pregunta anterior?.....  | 33 |
| <b>Tabla 17.</b>  | Si los deseos de su paciente ingresado en terapia intensiva antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamientos porque no ha tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo ¿usted qué actitud tomaría? (Personal de Salud)..... | 34 |
| <b>Gráfica 9.</b> | Si los deseos de su paciente ingresado en terapia intensiva antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamientos porque no ha tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo ¿usted qué actitud tomaría? (Personal de Salud)..... | 34 |
| <b>Tabla 18.</b>  | ¿Qué factor considera tiene más peso en su elección de la pregunta anterior? (Personal de Salud).....  | 35 |

|                    |   |    |
|--------------------|---|----|
| <b>Tabla 19.</b>   | Si los deseos de su paciente ingresado en terapia intensiva antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamientos porque no ha tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo ¿usted qué actitud tomaría? (Familiares)..... | 36 |
| <b>Gráfica 10.</b> | Si los deseos de su paciente ingresado en terapia intensiva antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamientos porque no ha tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo ¿usted qué actitud tomaría? (Familiares)..... | 36 |
| <b>Tabla 20.</b>   | Si los deseos de su paciente ingresado en terapia intensiva antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamientos porque no ha tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo ¿usted qué actitud tomaría? (Familiares)..... | 37 |
| <b>Tabla 21.</b>   | ¿Quién considera usted que debe participar en la toma de decisiones al final de la vida de un paciente inconsciente?.....   | 39 |
| <b>Gráfica 11.</b> | ¿Quién considera usted que debe participar en la toma de decisiones al final de la vida de un paciente inconsciente?.....   | 39 |
| <b>Gráfica 12.</b> | ¿Cuál considera usted que es información necesaria para tomar decisiones al final de la vida?.....  | 40 |
| <b>Gráfica 13.</b> | ¿Cuál considera usted que es información necesaria para tomar decisiones al final de la vida? (Personal de Salud).....  | 41 |
| <b>Gráfica 14.</b> | ¿Cuál considera usted que es información necesaria para tomar decisiones al final de la vida? (Familiares).....   | 42 |
| <b>Tabla 22.</b>   | ¿Considera que la información que se les proporciona a los pacientes o sus familiares sobre su estado de salud o su enfermedad en la UTI es apropiada y suficiente para tomar decisiones al final de la vida?.....  | 43 |
| <b>Gráfica 15.</b> | ¿Considera que la información que se les proporciona a los pacientes o sus familiares sobre su estado de salud o su enfermedad en la UTI es apropiada y suficiente para tomar decisiones al final de la vida?.....  | 43 |
| <b>Tabla 23.</b>   | ¿Considera que la información que se les proporciona a los pacientes o sus familiares sobre su estado de salud o su enfermedad en la UTI es apropiada y suficiente para tomar decisiones al final de la vida?.....  | 44 |
| <b>Tabla 24.</b>   | ¿Considera que la información que se les proporciona a los pacientes o sus familiares sobre su estado de salud o su enfermedad en la UTI es apropiada y suficiente para tomar decisiones al final de la vida? (Personal de Salud).....  | 44 |

|                    |  |    |
|--------------------|--|----|
| <b>Gráfica 16.</b> | ¿Considera que la información que se les proporciona a los pacientes o sus familiares sobre su estado de salud o su enfermedad en la UTI es apropiada y suficiente para tomar decisiones al final de la vida? (Personal de Salud)..... | 44 |
| <b>Tabla 25.</b>   | ¿Considera que la información que se les proporciona a los pacientes o sus familiares sobre su estado de salud o su enfermedad en la UTI es apropiada y suficiente para tomar decisiones al final de la vida? (Familiares).....        | 45 |
| <b>Tabla 26.</b>   | ¿Qué tan probable le parece que el juicio médico respecto a la condición terminal de un paciente pudiera estar equivocado?.....  | 46 |
| <b>Tabla 27.</b>   | ¿Profesa usted alguna religión?.....   | 46 |
| <b>Tabla 28.</b>   | ¿Usted conoce los postulados generales de su religión con respecto a las decisiones al final de la vida?.....  | 47 |
| <b>Tabla 29.</b>   | ¿Usted conoce los postulados generales de su religión con respecto a las decisiones al final de la vida?.....  | 48 |
| <b>Gráfica 17.</b> | ¿Usted conoce los postulados generales de su religión con respecto a las decisiones al final de la vida? (Católicos).....  | 48 |
| <b>Tabla 30.</b>   | ¿Usted conoce los postulados generales de su religión con respecto a las decisiones al final de la vida? (Personal de Salud).....  | 48 |
| <b>Tabla 31.</b>   | ¿Usted conoce los postulados generales de su religión con respecto a las decisiones al final de la vida? (Familiares).....   | 49 |
| <b>Tabla 32.</b>   | ¿Considera importante contar dentro de la institución con apoyo por un sacerdote, pastor o guía espiritual de su religión para atender las necesidades espirituales de un paciente en terapia intensiva?.....                          | 49 |
| <b>Tabla 33.</b>   | ¿Usted conoce si existen leyes en nuestro país que regulen la toma de decisiones al final de la vida?.....   | 50 |
| <b>Tabla 34.</b>   | ¿Considera que existen criterios bien definidos, acertados y universalmente aceptados dentro de la comunidad médica para definir cuando un paciente está al final de la vida?.....   | 51 |
| <b>Gráfica 18.</b> | ¿Considera que existen criterios bien definidos, acertados y universalmente aceptados dentro de la comunidad médica para definir cuando un paciente está al final de la vida?.....   | 51 |
| <b>Tabla 35.</b>   | ¿Considera que existen criterios bien definidos, acertados y universalmente aceptados dentro de la comunidad médica para definir cuando un paciente está al final de la vida?.....   | 52 |

|                    |  |    |
|--------------------|--|----|
| <b>Tabla 36.</b>   | ¿Considera que existen criterios bien definidos, acertados y universalmente aceptados dentro de la comunidad médica para definir cuando un paciente está al final de la vida? (Personal de Salud).....   | 52 |
| <b>Gráfica 19.</b> | ¿Considera que existen criterios bien definidos, acertados y universalmente aceptados dentro de la comunidad médica para definir cuando un paciente está al final de la vida? (Personal de Salud).....   | 53 |
| <b>Tabla 37.</b>   | ¿Considera que existen criterios bien definidos, acertados y universalmente aceptados dentro de la comunidad médica para definir cuando un paciente está al final de la vida? (Familiars).....   | 53 |
| <b>Tabla 38.</b>   | Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes pociones?.....                     | 54 |
| <b>Tabla 39.</b>   | Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes pociones? (Personal de Salud)..... | 54 |
| <b>Tabla 40.</b>   | Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes pociones? (Familiars).....         | 55 |
| <b>Gráfica 20.</b> | Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes opciones?.....                     | 55 |
| <b>Tabla 41.</b>   | Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes opciones?.....                     | 56 |
| <b>Tabla 42.</b>   | Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes opciones?.....                     | 56 |
| <b>Tabla 43.</b>   | Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes pociones? (Personal de Salud)..... | 57 |
| <b>Tabla 44.</b>   | Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente  |    |

|                    |  |    |
|--------------------|--|----|
|                    | va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes pociones? (Personal de Salud).....   | 57 |
| <b>Gráfica 21.</b> | Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes pociones? (Personal de Salud)..... | 57 |
| <b>Tabla 45.</b>   | Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes pociones? (Familiars).....         | 58 |
| <b>Tabla 46.</b>   | Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes pociones? (Familiars).....         | 59 |
| <b>Gráfica 22.</b> | Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes pociones? (Familiars).....         | 59 |
| <b>Tabla 47.</b>   | Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes pociones? (Familiars).....         | 60 |
| <b>Gráfica 23.</b> | Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes pociones? (Familiars).....         | 60 |
| <b>Tabla 48.</b>   | Aceptable Limitar o Retirar el apoyo en UTI y las acciones que permitirían en sí mismos.....   | 61 |
| <b>Tabla 49.</b>   | Aceptable Limitar o Retirar el apoyo en UTI y las acciones que permitirían en sí mismos (Personal de Salud).....   | 61 |
| <b>Tabla 50.</b>   | Aceptable Limitar o Retirar el apoyo en UTI y las acciones que permitirían en sí mismos (Personal de Salud).....   | 62 |
| <b>Tabla 51.</b>   | Aceptable Limitar o Retirar el apoyo en UTI y las acciones que permitirían en sí mismos (Personal de Salud).....   | 62 |
| <b>Tabla 52.</b>   | Aceptable Limitar o Retirar el apoyo en UTI y las acciones que permitirían en sí mismos (Familiars).....   | 63 |



## 1. INTRODUCCIÓN

Los cuidados críticos son una parte integral del cuidado hospitalario, y la unidad de terapia intensiva (UTI) es el lugar donde los pacientes reciben los avances tecnológicos más avanzados para sostener su vida. Estos tratamientos son caros y con un alto gasto de recursos materiales y humanos, pero pueden sostener la vida a pesar de daño grave y multiorgánico. Sin embargo, la UTI es un lugar donde la muerte es común y se provee de cuidados al final de la vida frecuentemente. Desde que el enfoque en la UTI es el de sostener la vida, el dar una muerte digna puede ser un reto muy particular, y el clínico generalmente encuentra un reto tener la responsabilidad de salvar vidas y dar cuidados al final de la vida.<sup>1</sup>

Por la naturaleza de los cuidados de pacientes críticos, las decisiones difíciles generalmente necesitan hacerse entre la utilidad de los tratamientos que se dan al paciente, no solo en términos de probabilidad de sobrevivir sino también en la calidad de vida asociado con la sobrevivida y estas decisiones difíciles también necesitan hacerse en base al costo substancial del gasto de recursos en un paciente.<sup>2</sup> A su vez, porque la mayoría de los pacientes críticos no tiene la capacidad de tomar decisiones, la familia frecuentemente se encuentra envuelta en las discusiones acerca de las metas de cuidado y generalmente estas representan los valores y preferencias del paciente.<sup>3</sup>

La extensión a la cual la familia se envuelve directamente en estas decisiones varía de acuerdo a los países y culturas;<sup>4</sup> las razones para esta variabilidad no se han dilucidado claramente, y seguramente son diversas, incluyendo diferencias en la religión, legislación y cultura, organización de los cuidados en la UTI, actitudes del personal de salud con respecto a las decisiones al final de la vida, las predicciones médicas en cuanto al pronóstico y la calidad de vida en caso de sobrevivir, y de forma importante al conjunto interrelacionado de los distintos atributos de los pacientes, es decir, la gravedad de su enfermedad, su pronóstico, dificultad de tratamiento,

necesidad de actuación médica e intensidad de consumo de recursos; es decir, a mayor complejidad del caso o paciente significa una mayor gravedad de la enfermedad, mayor dificultad de tratamiento, peor pronóstico o una mayor necesidad de actuación asistencial.<sup>1</sup> Esta variabilidad no solo existe entre países sino también incluso entre intensivistas dentro de un mismo hospital.<sup>5</sup>

Hasta el día de hoy, en la literatura actual, aunque hay varios reportes sobre la frecuencia, tipos de prácticas al final de la vida y la forma en que se tomaron estas decisiones, solo hay un estudio, el estudio ETHICATT, que valoró las actitudes con respecto a la calidad y valor de la vida, tratamiento en UTI, eutanasia activa y lugar de tratamiento entre médicos, enfermeras, pacientes que sobrevivieron a un ingreso a la UTI, y familiares de pacientes ingresados a la UTI en seis países europeos. Este estudio se desarrolló para entender mejor estas decisiones, las actitudes y creencias de los protagonistas y ayudar a mejorar los cuidados al final de la vida.<sup>6</sup>

En México, no se encuentra un estudio similar, ni hay reportes sobre las prácticas al final de la vida de las unidades de terapia intensiva (UTI's) en el país. En este estudio describimos las actitudes del personal de salud y los familiares de pacientes ingresados en terapia intensiva con respecto a las decisiones al final de la vida, que tan de acuerdo están en limitar o retirar el apoyo, y si las decisiones que se toman con los pacientes serían las mismas que se tomarían con ellos mismos. Los resultados de este estudio podrán generar nuevas hipótesis y el desarrollo de nuevos estudios comparativos y analíticos en nuestro país que ayuden a comprender mejor las actitudes y creencias de nuestra población y mejorar los cuidados al final de la vida y así disminuir los costos a los servicios de salud.

## 2. ANTECEDENTES

El manejo en UTI claramente mejora la sobrevida para pacientes apropiadamente escogidos. En algún punto, las decisiones al final de la vida determinan si un paciente vive o muere. En años recientes, las decisiones al final de la vida se han convertido en pieza clave de los cuidados críticos. Sin embargo, varios aspectos pueden dificultar el tomar estas decisiones. Los familiares de los pacientes frecuentemente desarrollan morbilidad psiquiátrica, que puede incluso generar conflictos con el personal de salud.<sup>7</sup> Las decisiones tomadas cuidadosamente son esenciales para asegurar que el cuidado que se le da a un paciente es consistente con los deseos de los pacientes. Precisamente, el objetivo de las decisiones al final de la vida son las de satisfacer los deseos y necesidades de los pacientes al escoger los tratamientos adecuados.<sup>8</sup>

En la sociedad occidental, como la nuestra, estas elecciones ocurren dentro de un marco ético dominado por varios preceptos clave: respeto por la autonomía del paciente, el trabajo del personal de salud entre beneficencia y no maleficencia, y la obligación de asegurar la justa distribución de los recursos.<sup>9</sup> Sin embargo, estos preceptos algunas veces imponen conflictos internos. Por ejemplo, los pacientes pueden rehusarse a un tratamiento o solicitar uno que el personal de salud no cree benéfico. Y en base a lo anteriormente dicho debe tomarse en cuenta el concepto de futilidad, cuya definición es altamente discutida pero en términos generales se refiere a una condición donde no existe tratamiento efectivo. El cuidado fútil es inherentemente no ético, costoso y posiblemente trae mucho sufrimiento sin beneficio. Muchos médicos y sociedades médicas concuerdan que el cuidado fútil no debe darse aunque éste sea solicitado, pero algunos opinan lo contrario.<sup>10</sup> Identificar condiciones fútiles tiene implicaciones críticas para la toma de decisiones, esto puede aliviar al personal de salud, los pacientes y las familias de decisiones difíciles cuando se reconoce que el pronóstico no se va a alterar.<sup>11</sup>

En la UTI, el deterioro cognitivo debido a factores como delirium, sedación, y demencia imposibilita que los pacientes puedan tomar decisiones. En la práctica, la mayoría de las decisiones en la UTI depende de sustitutos, que usualmente son los familiares, excepto en circunstancias inusuales donde nadie esté disponible. Los sustitutos enfrentan retos especiales, particularmente porque frecuentemente los deseos del paciente se desconocen.<sup>8</sup>

Se ha descrito una jerarquía para la toma de decisiones de los sustitutos. Primero, los sustitutos deben reportar las preferencias específicas de los pacientes si las conocen. Segundo, si esto no es posible, los sustitutos deben intentar tomar decisiones basadas en evidencia disponible para expresar lo que ellos creen el paciente hubiese deseado. Y finalmente, si las preferencias son completamente desconocidas, los sustitutos deben escoger el tratamiento que ellos creen benefician más al paciente.<sup>12</sup>

Las decisiones por parte de los sustitutos requieren flexibilidad. Muchos pacientes preferirían que sus parientes sean discretos o que incluso tomen decisiones por ellos en vez de ser solo voceros. Familias de algunas culturas puede que no reconozcan el punto de vista occidental de autonomía. Por ejemplo, algunas familias puede que no consideren los intereses del paciente distintos a los suyos. Algunas familias no quieren formar parte de la toma de decisiones. Es razonable tomar un abordaje flexible a las decisiones por parte de los sustitutos mientras los deseos del paciente no se vean comprometidos.<sup>13</sup>

Las decisiones por parte de los sustitutos hacen que se enfrenten a una gran presión. Muchos familiares, en especial esposos o esposas, experimentan ansiedad, depresión e incluso estrés postraumático; y como ya se comentó, la toma de decisiones es especialmente difícil cuando las preferencias del paciente se desconocen.<sup>14</sup> En general, las preferencias no están relacionadas a factores como edad, enfermedad principal, pronóstico, presencia de comorbilidades, o calidad de vida. Los deseos

expresados como pacientes ambulatorios pueden variar con el tiempo. Algunos factores que influyen en lo anterior son un periodo largo entre una y otra visita médica, cambios en el estado de salud y calidad de vida, no tener hijos, ausencia de un testamento y deseos previos de tratamiento agresivo. Hasta cierto grado, cambios en el tratamiento son entendibles. La voluntad de aceptar diversos tratamientos puede cambiar si la condición del paciente o las posibilidades de éxito evolucionan. Similarmente, mientras la enfermedad progresa y la calidad de vida deteriora, algunos pacientes prefieren no realizarse diversos tratamientos. Sin embargo, en algunas ocasiones, estas observaciones no tienen ningún valor. Una voluntad grande por vivir provoca que muchos pacientes soliciten cuidados intensivos y agresivos aunque el pronóstico sea muy pobre. La mayoría de sobrevivientes regresarían a la UTI aunque el beneficio sea de solo un mes de sobrevida. En contraste, muchos pacientes ambulatorios que tienen enfermedades crónicas tienen poco interés en tratamientos agresivos si el beneficio es poco; muchos, pero no todos, pueden ver la sobrevida con una pobre calidad de vida o deterioro cognitivo o funcional como un destino peor a la muerte.<sup>15</sup>

Los médicos a cargo de pacientes críticos tienen la obligación de dar información acerca de la condición y el pronóstico del paciente a este y su familia. Las familias de los pacientes críticos son una fuente importante de información acerca de los valores del paciente y las preferencias de tratamiento.<sup>8</sup>

En 2005, cinco sociedades internacionales de medicina crítica emitieron un consenso llamando a la decisión compartida acerca de los tratamientos en la UTI. Una decisión compartida se definió como una en la cual “La responsabilidad de las decisiones es compartida por el médico tratante y el familiar del paciente”.<sup>16</sup>

Sin embargo, diferencias internacionales substanciales existen en la cantidad de participación del paciente y la familia en el proceso al final de la vida. Aún más, aunque la mayoría de familias quieren que el médico y el equipo de UTI den una

recomendación acerca de restringir el soporte, algunas de ellas no desean estar envueltas en dichas decisiones o quieren hacer decisiones sin la recomendación del médico.<sup>17</sup>

Tradicionalmente, las familias han sido más participativas en las decisiones al final de la vida en EUA que en Europa, donde la actuación médica es más paternalista. En el estudio Ethicus hecho en 37 UTI's en 17 países europeos, las decisiones al final de la vida se discutieron con la familia más comúnmente en el norte (84%) y el centro (66%) que en el sur (47%) de Europa.<sup>18</sup> Hay variaciones enormes en cuanto a la participación de las familias, desde 100% en India hasta solo 44% en Francia.<sup>19, 20</sup>

Sin embargo, la comunicación entre el clínico y la familia en la UTI es generalmente inadecuada; en un estudio, solo la mitad de familias de pacientes en la UTI entendían información básica acerca del diagnóstico del paciente, pronóstico, o tratamientos después de la discusión con el clínico.<sup>21</sup>

La familia está más satisfecha cuando el clínico gasta más tiempo escuchando y menos tiempo hablando. Otros puntos de la comunicación del clínico asociados con mejoría de la interrelación con la familia incluyen el asegurar que el paciente no será abandonado antes de morir; que el paciente no sufrirá y apoyo explícito para las decisiones familiares. Otra parte importante del cuidado en la UTI es la valoración de las necesidades espirituales de las familias y después ofrecerles cuidado espiritual si lo desean. La satisfacción familiar con el cuidado se aumenta si se valoran las necesidades de cuidado espiritual y se da este por un proveedor de cuidado espiritual.<sup>1</sup>

El cuidado al final de la vida en la mayoría de las veces se da por el equipo interdisciplinario que incluye enfermeras y médicos. Idealmente, estas decisiones deben hacerse entre todos los miembros del equipo interdisciplinario. Sin embargo, se ha observado que este varía entre diversos países. Por ejemplo, en un estudio

prospectivo en 113 UTI's de Francia, las decisiones al final de la vida fueron hechas por un solo médico en 12% de los casos, por el staff médico en 34% de los casos, y por staff médico y de enfermería en 54% de los casos.<sup>20</sup>

Pacientes y familias reportan que la colaboración interdisciplinaria es una parte esencial del buen cuidado al final de la vida. Pobre colaboración interdisciplinaria se asocia con aumento de síntomas del síndrome de desgaste profesional (en inglés conocido como Burnout syndrome), depresión, y estrés post-traumático entre los clínicos que trabajan en UTI. Por lo tanto, el aumento de la colaboración interdisciplinario en el cuidado al final de la vida en UTI es importante para mejorar la calidad de cuidado y el ambiente de trabajo entre clínicos.<sup>22</sup>

Esencialmente, una decisión de limitar el manejo de un paciente puede tomar dos formas: Limitar el apoyo o retirar el apoyo, que en el idioma inglés generalmente se conocen como *Withhold* y *Withdraw* respectivamente. Retirar el apoyo se define como el quitar una terapia que se inició en un intento de mantener vivo al paciente pero se ha vuelto fútil y solo está prolongando el proceso de muerte. Limitar el apoyo se refiere a no escalar más el tratamiento o realizar más intervenciones terapéuticas por considerarse fútiles y sin beneficio para el manejo del paciente.<sup>23</sup>

El progreso médico en las terapias de soporte que permiten viabilidad de las funciones orgánicas mientras un paciente se recupera de una enfermedad grave ha sido exponencial en las últimas décadas, y debe usarse para aquellos en quienes es apropiado y obtendrán grandes beneficios, pero no debe abusarse de estos para mantener una vida que no tiene calidad o significado indefinidamente. Esto va en contra de las cuatro leyes básicas de la ética mencionadas anteriormente, como son autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia distributiva. Como ejemplo de cada una podemos mencionar: 1) Autonomía - Existen pacientes que tienen miedo de tener un estado vegetativo y ser una carga para sus familiares y seres queridos; 2) Beneficencia - ¿Cuál es el beneficio de continuar una terapia que no trae beneficio?;

3) No maleficencia - Incluso con adecuada sedo-analgesia, continuar tratamientos inefectivos pueden provocar angustia, dolor y malestar; 4) Justicia Distributiva - al continuar una terapia inefectiva, una cama de UTI puede bloquearse y no estar disponible para otro paciente que puede beneficiarse del cuidado intensivo. Además, el costo de un tratamiento fútil puede mejor emplearse en otro paciente.<sup>23</sup>

La mayoría de pacientes que mueren en UTI lo hacen después de tomarse una decisión de restringir el apoyo,<sup>24</sup> pero hay diferencias substanciales en la proporción de muertes precedidas al limitar o retirar el apoyo internacionalmente.

En el estudio Ethicus, el retiro del apoyo se reportó más comúnmente (47% vs 18%,  $p < 0.001$ ) en países del norte de Europa (Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Holanda, Suecia y Gran Bretaña) que en países del sur (Grecia, Israel, Italia, Portugal, España, y Turquía).<sup>18</sup>

En un análisis de 14,488 pacientes de 282 UTI's en siete diferentes regiones geográficas, las muertes que ocurrieron después de una decisión de limitar o retirar el apoyo varía de 26% en centro y Suramérica a 48% en Europa occidental y central.<sup>24</sup>

Las diferencias religiosas y las diferencias culturales parecen ser una de las mayores razones para estas diferencias internacionales.<sup>18, 24</sup>

A pesar de que muchos estudiosos de la Ética y las sociedades de cuidados críticos aseguran que no hay distinción ética entre limitar y retirar el apoyo, esta perspectiva no es universalmente aceptada, y algunos estudiosos de la ética e intensivistas creen que una distinción importante existe entre ambas. El retiro del apoyo es visto como menos aceptable. Sin embargo, es claramente más difícil discontinuar que no iniciar.<sup>25</sup>



En Israel por ejemplo, la ley ortodoxa judía permite que los tratamientos se limiten, pero el retiro está prohibido porque se considera un acto que acorta la vida.<sup>26</sup>

La religión es un determinante importante de las actitudes alrededor de la muerte, y los cuidados al final de la vida. Por ejemplo, en el estudio Ethicus el tratamiento se limitó más frecuentemente que su retiro si el médico era Judío (81%), Griego Ortodoxo (78%), o Musulmán (63%). El retiro del apoyo ocurrió más frecuentemente cuando los médicos eran católicos (53%), protestantes (49%) o no tenían afiliación religiosa (47%).<sup>18</sup>

Con los grandes números de muertes asociados con la decisión de retirar o limitar el apoyo, la mejoría del proceso por el cual se toman estas decisiones es un aspecto importante para mejorar la calidad del cuidado en UTI. Hay pocos datos para guiar al clínico en la toma de estas decisiones al final de la vida.<sup>13</sup>

### **3. JUSTIFICACIÓN**

A pesar de los grandes avances en la tecnología médica y la terapéutica algunos pacientes admitidos a los hospitales no sobreviven. Varias décadas atrás la mayoría de pacientes moría en las UTI's después de resucitación cardiopulmonar. A través de los años han ocurrido cambios en las actitudes y prácticas entre la sociedad y el personal de salud, y hoy en día la mayoría de pacientes que fallecen en los hospitales lo hacen después de discontinuar las terapias que prolongan la vida. La mayoría de pacientes en unidades de cuidados intensivos les falta la capacidad de decisión, y muchas determinaciones son hechas por el personal de salud o los familiares de los pacientes que actúan como sustitutos. El juicio del personal de salud con respecto a los tratamientos y los factores a considerar en la toma de decisiones puede diferir del de los pacientes y los familiares. Algunos familiares consideran que el tomar decisiones los coloca en una posición injusta en

cuanto a si su familiar va a vivir o morir. Mucha gente alrededor del mundo teme el tener una muerte de alta tecnología lenta, dolorosa, sin control y con agobio para su familia. Un cambio hacia una mayor influencia de los pacientes y sus familiares en las decisiones al final de la vida puede resultar en aumento del buen uso del tratamiento de soporte. Nuestro objetivo principal es determinar si los familiares de pacientes ingresados en la UTI del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ) así como el personal de salud que labora en él están de acuerdo en limitar o retirar el apoyo de pacientes graves hospitalizados en la UTI. Describir las actitudes de los familiares y el personal de salud sobre las decisiones al final de la vida ayudarán a mejorar la interrelación entre ambas partes y alcanzar el objetivo principal al tomar este tipo de decisiones que es, como ya se mencionó, satisfacer los deseos y necesidades de los pacientes al escoger los tratamientos adecuados, ya que como sabemos la mayoría de los pacientes ingresados en UTI son incapaces de tomar decisiones por diversas circunstancias. Encontrar datos objetivos sobre las preferencias de pacientes y familiares en la UTI ayudará a disminuir costos importantes a los servicios de salud al evitar gastos innecesarios en tratamientos fútiles.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo General:**

- ❖ Determinar cuántos familiares de pacientes ingresados en la UTI y personal de salud están de acuerdo en Limitar o Retirar el apoyo de pacientes graves y con pocas posibilidades de sobrevivir como parte de las decisiones al final de la vida.

### **4.2 Objetivos Particulares:**

- ❖ Describir las actitudes de los familiares de pacientes ingresados y del Personal de Salud que los hacen tomar decisiones al final de la vida.
- ❖ Determinar si los Familiares de pacientes ingresados en la UTI y el Personal de Salud basan las decisiones al final de la vida tomando en cuenta el valor de la vida o la calidad de vida.
- ❖ Determinar si hay diferencias entre las decisiones al final de la vida entre familiares de pacientes ingresados en la UTI y el Personal de Salud.
- ❖ Determinar que grupos por edad y género están más de acuerdo en Limitar o Retirar el apoyo.
- ❖ Determinar si las creencias religiosas influyen en las decisiones al final de la vida de los Familiares de pacientes ingresados en la UTI y el Personal de Salud.

## **5. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **5.1 Tipo de Estudio**

Descriptivo, Abierto, Observacional, Prospectivo, Transversal

### **5.2 Ubicación Temporal y Espacial**

Pacientes ingresados en la UTI del INCMNSZ y Personal de Salud que labora en el INCMNSZ.

Población de Estudio: Familiares de pacientes ingresados en la Terapia Intensiva y Personal de Salud que labora en el INCMNSZ

### **5.3 Criterios de Selección de la Muestra**

#### ***5.3.1 Criterios de Inclusión***

- ❖ Mayores de 18 años
- ❖ Familiares de pacientes ingresados en la UTI por más de 48 horas
- ❖ Personal de Salud que labora en el INCMNSZ
- ❖ Familiares de pacientes ingresados en la UTI y Personal de Salud que labora en el INCMNSZ que acepten contestar el cuestionario asignado.

#### ***5.3.2 Criterios de Exclusión***

- ❖ Familiares de pacientes ingresados en la UTI menor a 48 horas

#### ***5.3.3 Criterios de Eliminación***

- ❖ Familiares de pacientes ingresados en la UTI o Personal de Salud que se nieguen a contestar el cuestionario asignado.
- ❖ Familiares de pacientes ingresados en la UTI o Personal de Salud cuyo cuestionario presente problemas o fallas técnicas en su transporte y recolección de datos.

- ❖ Familiares de pacientes ingresados en la UTI o Personal de Salud que no deseen contestar nuevamente el cuestionario por problemas o fallas técnicas en su transporte y recolección de datos.

#### 5.4 Variables

| Variable                       | Escala   |
|--------------------------------|--|
| Edad                           | Intervalo (Años)   |
| Género                         | Nominal (Hombre, Mujer)  |
| Ocupación                      | Nominal (Personal de Salud, Familiares de pacientes hospitalizados en UTI) |
| Profesión (Personal de Salud)  | Nominal (Médico, Enfermería)   |
| Grado de Estudios (Familiares) | Nominal Politémicas (Licenciatura, Preparatoria, Secundaria, Primaria)     |
| Religión                       | Nominal Politémica (Tipos de creencia)                                     |
| Limitar el Manejo              | Nominal (Limitar el Apoyo, Retirar el Apoyo)                               |

##### 5.4.1 Definición de Variables

- ❖ **Edad:** Se tomará la edad del paciente en unidad de años, y se obtendrá del cuestionario que contestará la población de este estudio.
- ❖ **Género:** Se tomará como género las opciones Hombre o Mujer, de acuerdo a lo contestado en el cuestionario que contestará la población de este estudio.
- ❖ **Ocupación:** Se refiere a la actividad que realizan los encuestados en este estudio como personal de salud o familiares de pacientes hospitalizados en

UTI, se obtendrá al interrogatorio al invitar a los candidatos a participar en este estudio.

- ❖ **Profesión:** Se refiere a la actividad que realizan los encuestados dentro del grupo de personal de la salud como Médico o como personal de enfermería; se obtendrá de lo contestado en el cuestionario de este estudio.
  
- ❖ **Grado de Estudios:** Se refiere a la formación académica de los encuestados dentro del grupo de familiares de pacientes hospitalizados en UTI como Licenciatura, Preparatoria, Secundaria, Primaria; se obtendrá de lo contestado en el cuestionario de este estudio.
  
- ❖ **Religión:** Se refiere a las diferentes creencias de la relación del hombre con la divinidad (un dios o varios dioses) alrededor del mundo; se obtendrá de lo contestado en el cuestionario de este estudio.
  
- ❖ **Limitar el Manejo:** Se refiere a aquella decisión al final de la vida como Limitar el Apoyo o Retirar el Apoyo y se obtendrá de lo contestado en cuestionario por los encuestados en este estudio.

## 5.5 Tamaño de la Muestra

Se evaluaron un total de 60 Familiares de pacientes consecutivos que ingresaron a la UTI del INCMNSZ y un total de 60 integrantes del Personal de Salud que labora en el INCMNSZ

## 5.6 Descripción Operativa del Estudio

1. Ingresar paciente a la UTI del INCMNSZ.

2. Si el paciente cumple los criterios de inclusión y exclusión, se invita a sus familiares a participar en el protocolo de investigación.
3. En caso de que algún familiar(es) haya(n) aceptado participar, el Investigador Principal, Dr. Sergio Calleros Rodríguez, les mostrará el cuestionario redactado por el Investigador Responsable, el Dr. Juan Gutiérrez Mejía, y el Investigador Principal, y leerá la primer página de este cuestionario, donde se especifica que la participación es voluntaria y las respuestas son confidenciales y anónimas, que de ninguna manera se verá afectada su atención médica actual o posterior en el INCMNSZ tanto del encuestado, su familiar internado o algún otro familiar derivado de su participación o no en contestar el cuestionario, que se pueden omitir las preguntas que considera a su juicio conveniente, que puede escoger más de una respuesta si le parece apropiada, y las definiciones importantes para responder el cuestionario.
4. Los familiares que hayan decidido participar procederán a contestar el cuestionario sin especificar quienes son ellos o su familiar internado.
5. Los familiares al terminar de contestar el cuestionario lo regresarán al Dr. Sergio Calleros Rodríguez.
6. Al mismo tiempo, durante el tiempo del estudio se invitará a participar a personal de salud (médicos y personal de enfermería) que laboran actualmente en el INCMNSZ.
7. En caso de que algún integrante del personal de salud haya aceptado participar, el Investigador Principal, Dr. Sergio Calleros Rodríguez, le mostrará el cuestionario redactado por el Investigador Responsable, el Dr. Juan Gutiérrez Mejía, y el Investigador Principal, y leerá la primer página de este cuestionario, donde se especifica que la participación es voluntaria y las respuestas son confidenciales y anónimas, que de ninguna manera se verá afectada su atención médica actual o posterior en el INCMNSZ tanto del encuestado, o

de algún familiar internado derivado de su participación o no en contestar el cuestionario, que se pueden omitir las preguntas que considera a su juicio conveniente, que puede escoger más de una respuesta si le parece apropiada, y las definiciones importantes para responder el cuestionario.

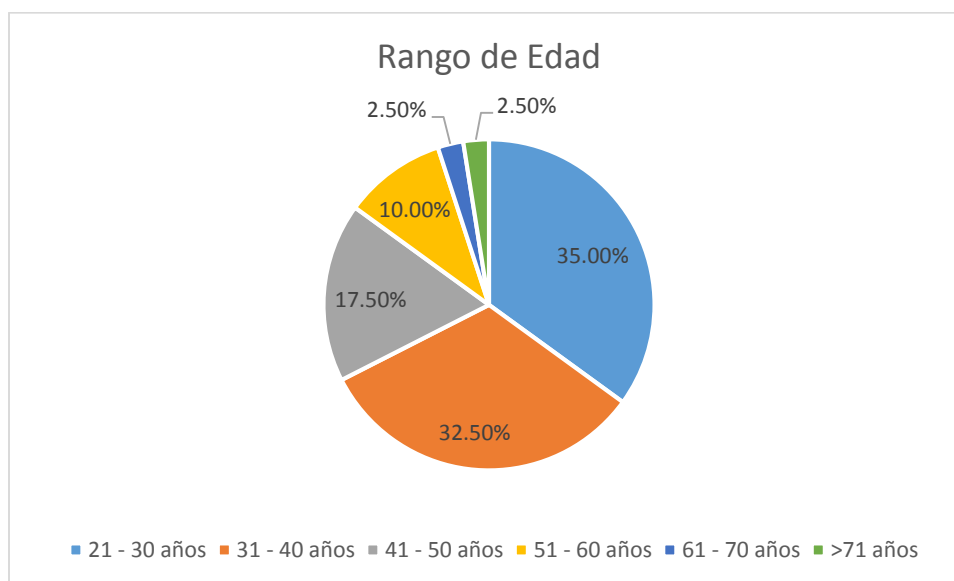
8. El personal de salud que haya decidido participar procederá a contestar el cuestionario sin especificar su nombre.
9. Al terminar de contestar el cuestionario, el integrante del personal de salud lo regresará al Dr. Sergio Calleros Rodríguez.
10. Las respuestas obtenidas de los cuestionarios recabados tanto de familiares de pacientes ingresados en UTI como del personal de salud se transcribirán a una base de datos la cual se llevará a cabo en el programa Excel 2013.
11. Al término de la transcripción de datos en el programa Excel 2013, se realizará el análisis de resultados de manera descriptiva por medio del programa estadístico correspondiente.



## 6. RESULTADOS

De una muestra total de 120 personas encuestadas entre el 01 de mayo y 04 de julio de 2014 se recabaron las siguientes respuestas:

Las características generales de nuestra población se describen en la tabla 1. Dividimos a los encuestados según rangos de edad donde la mayoría se ubicó entre 21 - 30 años de edad con un total de 42 para este grupo (35%), y el segundo grupo más numeroso se ubicó con un total de 39 personas entre 31 - 40 años (32.50%).



Gráfica 1

Del total de la muestra, intencionalmente se buscó que el 50% correspondiera a personas que laboran actualmente como personal de salud del INCMNSZ y el 50% correspondió a familiares de pacientes que se encontraban ingresados en la UTI del NCMNSZ.

Destacó que entre el personal de salud. La mayoría de los encuestados se encontraban entre 21 - 30 años de edad con un total de 32 (53.33%) para este

grupo, y el segundo grupo más numeroso se ubicó entre los 31 - 40 años con un total de 24 (40%) personas.

Dentro del grupo de Familiares destacó que también se encontró una tendencia similar en los rangos de edad, donde la mayoría de los encuestados se encontraban entre 41 - 50 años de edad con un total de 17 (28.33%) para este grupo, y el segundo grupo más numeroso se ubicó entre los 31 - 40 años con un total de 15 (25%) personas; y a su vez, la mayoría contaba con estudios de licenciatura [28 (46.67%)]. Se encontró en este grupo que 52 (86.67%) eran familiares de primer grado, 5 (8.33%) eran de segundo grado y 3 (5%) correspondían a otro grado de relación con el paciente.

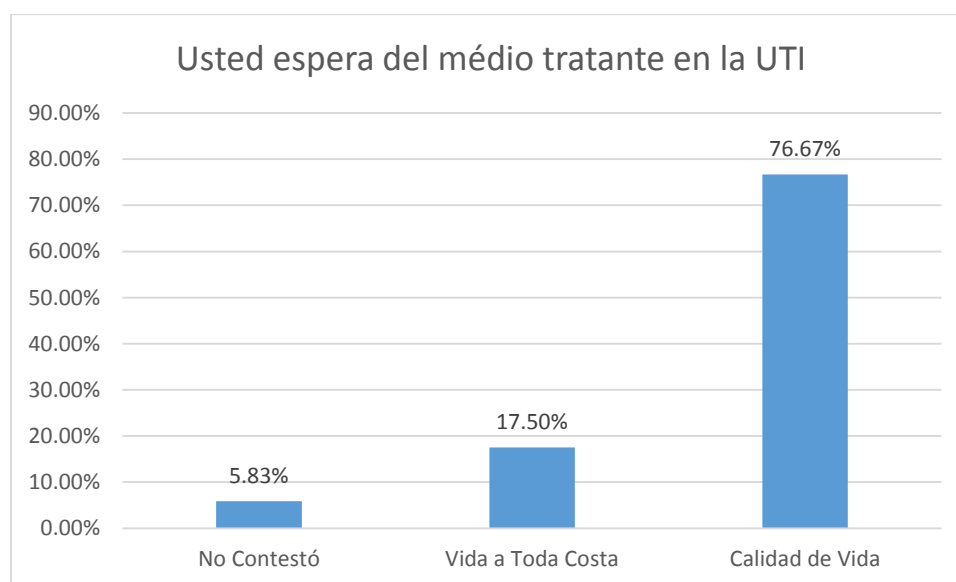
| <b>Tabla 1. Características generales de los Encuestados</b> |                                    |   |                                  |
|--|------------------------------------|---|----------------------------------|
| <b>Variable</b>  | <b>Encuestados<br/>n = 120 (%)</b> | <b>Personal de Salud<br/>n = 60 (%)</b> | <b>Familiares<br/>n = 60 (%)</b> |
| <b>Género</b>  |                                    |   |                                  |
| Mujer  | 66 (55.00)                         | 30 (50.00)                              | 36 (60.00)                       |
| Hombre   | 54 (45.00)                         | 30 (50.00)                              | 24 (40.00)                       |
| <b>Edad (años)</b>   |                                    |   |                                  |
| 21 - 30  | 42 (35.00)                         | 32 (53.33)                              | 10 (16.67)                       |
| 31 - 40  | 39 (32.50)                         | 24 (40.00)                              | 15 (25.00)                       |
| 41 - 50  | 21 (17.50)                         | 4 (6.67)                                | 17 (28.33)                       |
| 51 - 60  | 12 (10.00)                         | 0 (0.00)                                | 12 (20.00)                       |
| 61 - 70  | 3 (2.50)                           | 0 (0.00)                                | 3 (5.00)                         |
| >71  | 3 (2.50)                           | 0 (0.00)                                | 3 (5.00)                         |
| <b>Grado de Estudios</b>                                     |                                    |   |                                  |
| Médicos  |                                    | 38 (63.33)                              |                                  |
| Enfermería   |                                    | 22 (36.67)                              |                                  |
| Licenciatura   |                                    |   | 28 (46.67)                       |
| Preparatoria   |                                    |   | 12 (20.00)                       |
| Secundaria   |                                    |   | 10 (16.67)                       |
| Primaria   |                                    |   | 8 (13.33)                        |
| No Contestó  |                                    |   | 2 (3.33)                         |

A continuación, describimos los resultados de nuestro estudio según le encontrado en cada una de las preguntas realizadas.

### 6.1 Usted espera del médico tratante en la UTI

Noventa y dos encuestados respondieron que esperaban del médico tratante en UTI honrar los deseos del paciente sobre lo que era calidad de vida para este (76.67%). Una mayor cantidad de personas del personal de salud a comparación del grupo de familiares escogieron la misma respuesta (Tabla 2).

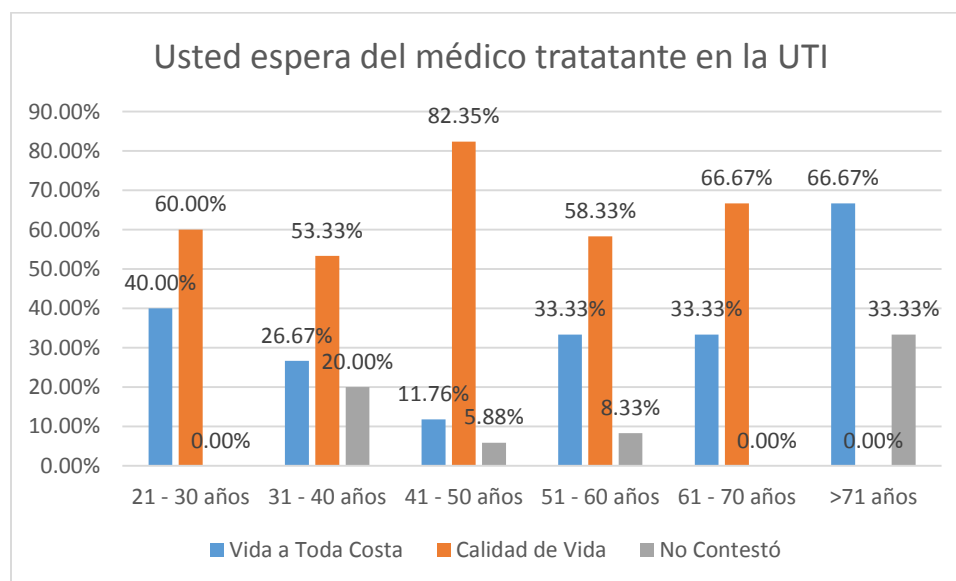
| Tabla 2. Usted espera del médico tratante en la UTI (Total de Encuestados) |                            |                                 |                          |
|--|----------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Variable   | Encuestados<br>n = 120 (%) | Personal de Salud<br>n = 60 (%) | Familiares<br>n = 60 (%) |
| No Contestó  | 7 (5.83)                   | 1 (1.67)                        | 6 (10.00)                |
| Vida a Toda Costa  | 21 (17.50)                 | 4 (6.67)                        | 17 (28.33)               |
| Calidad de Vida  | 92 (76.67)                 | 55 (91.67)                      | 37 (61.67)               |



Gráfica 2

Dentro del total de la muestra, no se encontraron diferencias entre el género, pero según el rango de edad, la mayoría respondió que esperaban que se honrara los deseos del paciente sobre lo que era calidad de vida para este, a excepción de aquellos >71 años, donde la mayoría respondió que esperaban que se preservara la vida a toda costa sin consideración de la calidad de vida (Tabla 3).

| Tabla 3. Usted espera del médico tratante en la UTI (Total de Encuestados) |                   |                 |             |
|--|-------------------|-----------------|-------------|
| Variable   | Vida a Toda Costa | Calidad de Vida | No Contestó |
| <b>Género</b>  |                   |                 |             |
| Mujeres<br>n = 66 (%)  | 10 (15.15)        | 51 (77.27)      | 5 (7.58)    |
| Hombres<br>n = 54 (%)  | 11 (20.37)        | 41 (75.93)      | 2 (3.70)    |
| <b>Rango de Edad</b>   |                   |                 |             |
| 21 - 30 años<br>n = 42 (%)   | 5 (11.90)         | 37 (88.10)      | 0 (0.00)    |
| 31 - 40 años<br>n = 39 (%)   | 6 (15.38)         | 30 (76.92)      | 3 (7.69)    |
| 41 - 50 años<br>n = 21 (%)   | 3 (14.29)         | 16 (76.19)      | 2 (9.52)    |
| 51 - 60 años<br>n = 12 (%)   | 4 (33.33)         | 7 (58.33)       | 1 (8.33)    |
| 61 - 70 años<br>n = 3 (%)  | 1 (33.33)         | 2 (66.67)       | 0 (0.00)    |
| >71 años<br>n = 3 (%)  | 2 (66.67)         | 0 (0.00)        | 1 (33.33)   |



Gráfica 3

Dentro del grupo de Personal de Salud, de igual forma, la mayoría estaba de acuerdo en intentar honrar los deseos del paciente sobre lo que es calidad de vida para este, siendo similar el porcentaje entre mujeres y hombres, pero entre médicos casi el 100% escogió esta opción (Tabla 4).

| Variable                 | Género                |                      | Profesión             |                          |
|--------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|--------------------------|
|                          | Mujeres<br>n = 30 (%) | Hombre<br>n = 30 (%) | Médicos<br>n = 38 (%) | Enfermeras<br>n = 22 (%) |
| <b>Vida a Toda Costa</b> | 2 (6.67)              | 2 (6.67)             | 1 (2.63)              | 3 (13.64)                |
| <b>Calidad de Vida</b>   | 27 (90.00)            | 28 (93.33)           | 37 (97.37)            | 18 (81.82)               |
| <b>No Contestó</b>       | 1 (3.33)              | 0 (0.00)             | 0 (0.00)              | 1 (4.55)                 |

En el grupo de familiares, de igual forma la mayoría esperaba del médico tratante en UTI que intentara honrar los deseos del paciente sobre lo que era calidad de vida para este. Sin embargo destacó que la mayoría de personas con estudios de primaria y la mayoría de personas >71 años respondieron preservar la vida a toda costa sin consideración de la calidad de vida (Tabla 5).

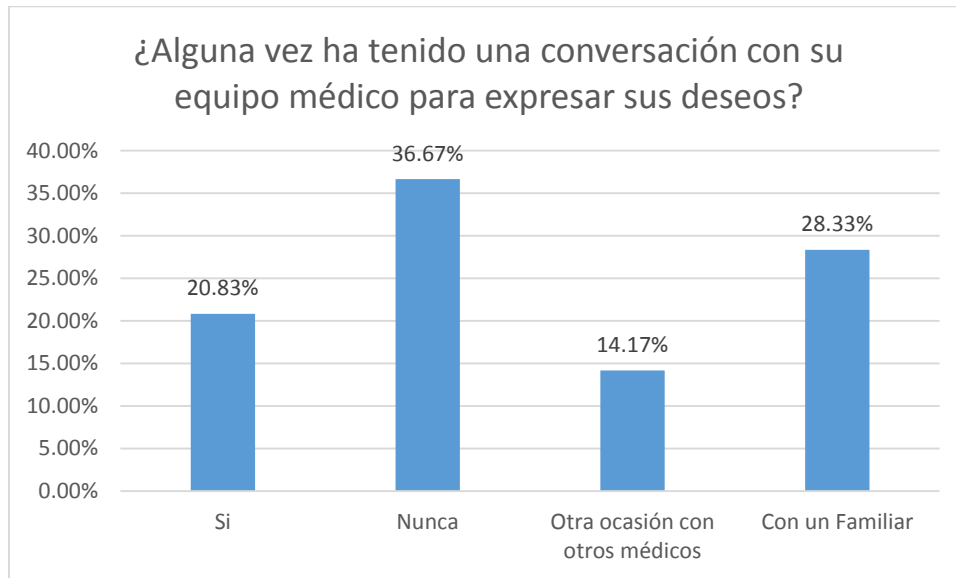
| Variable                   | Vida a Toda Costa | Calidad de Vida | No Contestó |
|----------------------------|-------------------|-----------------|-------------|
| <b>Género</b>              |                   |                 |             |
| Mujeres<br>n = 36 (%)      | 8 (22.22)         | 24 (66.67)      | 4 (11.11)   |
| Hombres<br>n = 24 (%)      | 9 (37.50)         | 13 (54.17)      | 2 (8.33)    |
| <b>Grado de Estudios</b>   |                   |                 |             |
| Licenciatura<br>n = 28 (%) | 7 (25.00)         | 20 (71.43)      | 1 (3.57)    |
| Preparatoria<br>n = 12 (%) | 3 (25.00)         | 8 (66.67)       | 1 (8.33)    |
| Secundaria<br>n = 10 (%)   | 1 (10.00)         | 7 (70.00)       | 2 (20.00)   |
| Primaria<br>n = 8 (%)      | 5 (62.50)         | 2 (25.00)       | 1 (12.50)   |

| <b>Continuación Tabla 5. Usted espera del médico tratante en la UTI (Familiares)</b> |                 |                 |                 |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|
| <b>Variable</b>  | <b>Variable</b> | <b>Variable</b> | <b>Variable</b> |
| <b>Rango de Edad</b>   |                 |                 |                 |
| 21 - 30 años<br>n = 10 (%)   | 4 (40.00)       | 6 (60.00)       | 0 (0.00)        |
| 31 - 40 años<br>n = 15 (%)   | 4 (26.67)       | 8 (53.33)       | 3 (20.00)       |
| 41 - 50 años<br>n = 17 (%)   | 2 (11.76)       | 14 (82.35)      | 1 (5.88)        |
| 51 - 60 años<br>n = 12 (%)   | 4 (33.33)       | 7 (58.33)       | 1 (8.33)        |
| 61 - 70 años<br>n = 3 (%)  | 1 (33.33)       | 2 (66.67)       | 0 (0.00)        |
| >71 años<br>n = 3 (%)  | 2 (66.67)       | 0 (0.00)        | 1 (33.33)       |

## **6.2 Personalmente ¿Alguna vez ha tenido una conversación con su equipo médico o médico de cabecera para expresar sus deseos en caso de estar gravemente enfermo y mencionar lo que es valioso para usted?**

Del total de la muestra, 66 (63.33%) personas en alguna ocasión habían expresado sus deseos en caso de estar gravemente enfermos, mientras que 44 (36.67%) jamás lo habían hecho. Llama la atención que dentro del personal de salud un número importante, 17 (28.33%) personas jamás lo habían hecho, y un número mayor, 27 (45%) personas del grupo de familiares jamás lo habían hecho (Tabla 6).

| <b>Tabla 6. ¿Alguna vez ha tenido una conversación con su equipo médico o médico de cabecera para expresar sus deseos en caso de estar gravemente enfermo y mencionar lo que es valioso para usted?</b> |                                    |   |                                  |
|---|------------------------------------|---|----------------------------------|
| <b>Variable</b>   | <b>Encuestados<br/>n = 120 (%)</b> | <b>Personal de Salud<br/>n = 60 (%)</b> | <b>Familiares<br/>n = 60 (%)</b> |
| <b>Sí</b>   | 25 (29.83)                         | 14 (23.33)                              | 11 (18.33)                       |
| <b>Nunca</b>  | 44 (36.67)                         | 17 (28.33)                              | 27 (45.00)                       |
| <b>En alguna otra ocasión con otros médicos</b>   | 17 (14.17)                         | 11 (18.33)                              | 6 (10.00)                        |
| <b>Nunca, pero lo he platicado ya con un familiar</b>   | 34 (28.33)                         | 18 (30.00)                              | 16 (26.67)                       |



**Gráfica 4**

**6.3 ¿Usted considera apropiado que en algún momento de la evolución de una enfermedad, alguna de las siguientes acciones en los pacientes graves hospitalizados en terapia intensiva son aceptables?**

Setenta y cuatro encuestados (61.67%) consideraron aceptable limitar el apoyo y 61 (50.83%) consideraron aceptable retirar el apoyo. Del Personal de Salud, 57 (95%) encuestados consideraron aceptable limitar el apoyo y 36 (60%) consideraron aceptable retirar el apoyo. Del grupo de Familiares, 17 (28.33%) consideraron aceptable limitar el apoyo y 25 (41.67%) consideraron aceptable retirar el apoyo, pero un porcentaje importante no contestó (Tabla 7).

| <b>Tabla 7. ¿Usted considera apropiado que en algún momento de la evolución de una enfermedad, alguna de las siguientes acciones en los pacientes graves hospitalizados en UTI son aceptables?</b> |                                    |                         |   |                         |                                  |                         |
|--|------------------------------------|-------------------------|---|-------------------------|----------------------------------|-------------------------|
|  | <b>Encuestados<br/>n = 120 (%)</b> |                         | <b>Personal de Salud<br/>n = 60 (%)</b> |                         | <b>Familiares<br/>n = 60 (%)</b> |                         |
| <b>Variable</b>  | <b>Limitar el Apoyo</b>            | <b>Retirar el Apoyo</b> | <b>Limitar el Apoyo</b>                 | <b>Retirar el Apoyo</b> | <b>Limitar el Apoyo</b>          | <b>Retirar el Apoyo</b> |
| <b>No Contestó</b>   | 21 (17.50)                         | 27 (22.50)              | 0 (0.00)                                | 7 (11.67)               | 21 (35.00)                       | 20 (33.33)              |
| <b>Aceptable</b>   | 74 (61.67)                         | 61 (50.83)              | 57 (95.00)                              | 36 (60.00)              | 17 (28.33)                       | 25 (41.67)              |
| <b>Inaceptable</b>   | 25 (20.83)                         | 32 (26.67)              | 3 (5.00)                                | 17 (28.33)              | 22 (36.67)                       | 15 (25.00)              |

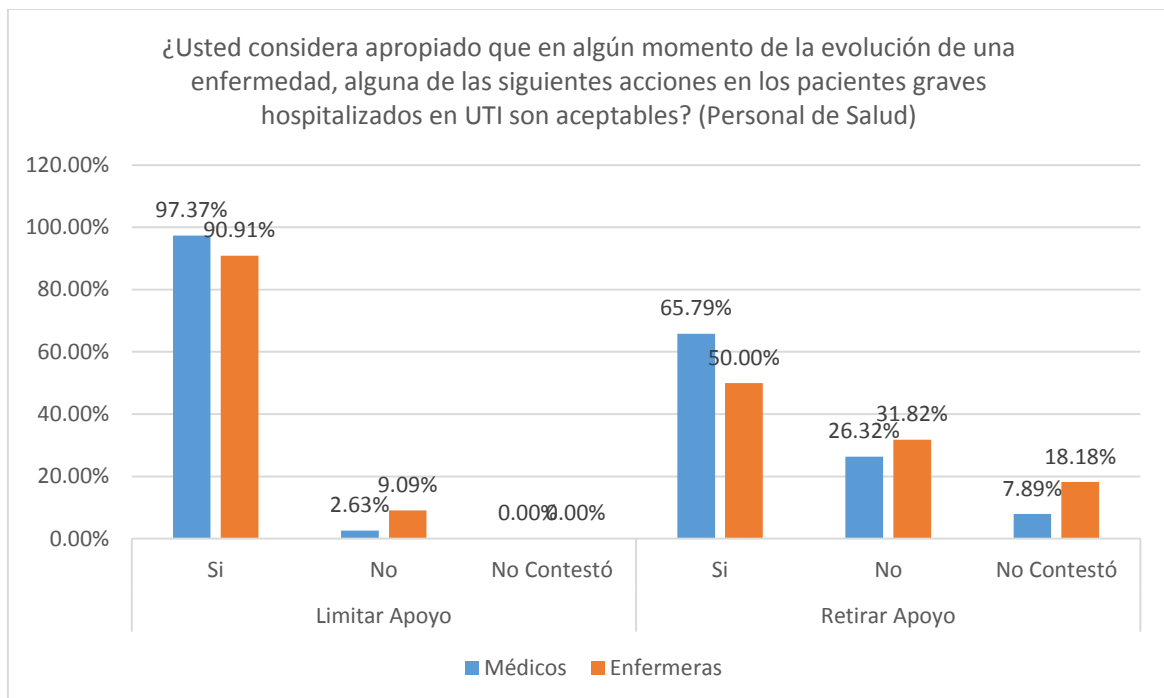
En el grupo total de encuestados, entre hombres y mujeres hubo porcentajes similares entre aceptar limitar y retirar el apoyo. Según el rango de edad, entre los 21 a 50 años de edad estuvo más de acuerdo en limitar el apoyo, así como en retirar el apoyo (Tabla 8).

| <b>Tabla 8. ¿Usted considera apropiado que en algún momento de la evolución de una enfermedad, alguna de las siguientes acciones en los paciente graves hospitalizados en UTI son aceptables?</b> |                         |            |                    |                         |            |                    |
|---|-------------------------|------------|--------------------|-------------------------|------------|--------------------|
| <b>Variable</b>   | <b>Limitar el Apoyo</b> |            |                    | <b>Retirar el Apoyo</b> |            |                    |
|   | <b>Si</b>               | <b>No</b>  | <b>No Contestó</b> | <b>Si</b>               | <b>No</b>  | <b>No Contestó</b> |
| <b>Género</b>   |                         |            |                    |                         |            |                    |
| Mujeres<br>n= 66 (%)  | 40 (60.61)              | 12 (18.18) | 14 (21.21)         | 34 (51.52)              | 13 (19.70) | 19 (28.79)         |
| Hombres<br>n= 54 (%)  | 34 (62.96)              | 13 (24.07) | 7 (12.96)          | 27 (50.00)              | 19 (35.19) | 8 (14.81)          |
| <b>Rango de Edad</b>  |                         |            |                    |                         |            |                    |
| 21 - 30 años<br>n= 42 (%)   | 35 (83.33)              | 6 (14.29)  | 1 (2.38)           | 28 (66.67)              | 10 (23.81) | 4 (9.52)           |
| 31 - 40 años<br>n= 39 (%)   | 29 (74.36)              | 7 (17.95)  | 3 (7.69)           | 20 (51.28)              | 12 (30.77) | 7 (17.95)          |
| 41 - 50 años<br>n= 21 (%)   | 10 (47.62)              | 4 (19.05)  | 7 (33.33)          | 9 (42.86)               | 4 (19.05)  | 8 (38.10)          |
| 51 - 60 años<br>n= 12 (%)   | 0 (0.00)                | 5 (41.67)  | 7 (58.33)          | 3 (25.00)               | 3 (25.00)  | 6 (50.00)          |
| 61 - 70 años<br>n= 3 (%)  | 0 (0.00)                | 2 (66.67)  | 1 (33.33)          | 1 (33.33)               | 2 (66.67)  | 0 (0.00)           |
| >71 años<br>n= 3 (%)  | 0 (0.00)                | 1 (33.33)  | 2 (66.67)          | 0 (0.00)                | 1 (33.33)  | 2 (66.67)          |



Dentro del Personal de Salud, no hubo diferencias en el género y la profesión entre limitar y retirar el apoyo (Tabla 9).

| <b>Tabla 9. ¿Usted considera apropiado que en algún momento de la evolución de una enfermedad, alguna de las siguientes acciones en los pacientes graves hospitalizados en UTI son aceptables? (Personal de Salud)</b> |                               |                              |                               |                                  |
|--|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <b>Variable</b>  | <b>Género</b>                 |                              | <b>Profesión</b>              |                                  |
|  | <b>Mujeres<br/>n = 30 (%)</b> | <b>Hombre<br/>n = 30 (%)</b> | <b>Médicos<br/>n = 38 (%)</b> | <b>Enfermeras<br/>n = 22 (%)</b> |
| <b>Limitar el Apoyo</b>  |                               |                              |                               |                                  |
| Si   | 28 (93.33)                    | 29 (96.67)                   | 37 (97.37)                    | 20 (90.91)                       |
| No   | 2 (6.67)                      | 1 (3.33)                     | 1 (2.63)                      | 2 (9.09)                         |
| No Contestó  | 0 (0.00)                      | 0 (0.00)                     | 0 (0.00)                      | 0 (0.00)                         |
| <b>Retirar el Apoyo</b>  |                               |                              |                               |                                  |
| Si   | 17 (56.67)                    | 19 (63.33)                   | 25 (65.79)                    | 11 (50.00)                       |
| No   | 7 (23.33)                     | 10 (33.33)                   | 10 (26.32)                    | 7 (31.82)                        |
| No Contestó  | 6 (20.00)                     | 1 (3.33)                     | 3 (7.89)                      | 4 (18.18)                        |



**Gráfica 5**

En el grupo de Familiares, la mayoría no contestaron o consideraron inaceptable el limitar el apoyo; solo llama la atención que 25 (41.67%) de personas consideraron aceptable retirar el apoyo, lo cual es un porcentaje mayor que los que estaban de acuerdo en limitar el apoyo. Aquellos con estudios de licenciatura estuvieron más de acuerdo en limitar o retirar el apoyo, a diferencia de los que solo contaban con estudios de primaria que consideraron inaceptable en su mayoría estas prácticas. Según el rango de edad, entre los 31 a 50 años de edad estuvo más de acuerdo en limitar el apoyo, y entre los 21 a 50 años de edad estaban más de acuerdo con retirar el apoyo (Tabla 10).

| <b>Tabla 10. ¿Usted considera apropiado que en algún momento de la evolución de una enfermedad, alguna de las siguientes acciones en los paciente graves hospitalizados en UTI son aceptables? (Familiares)</b> |                         |            |                    |                         |           |                    |
|---|-------------------------|------------|--------------------|-------------------------|-----------|--------------------|
| <b>Variable</b>   | <b>Limitar el Apoyo</b> |            |                    | <b>Retirar el Apoyo</b> |           |                    |
|   | <b>Si</b>               | <b>No</b>  | <b>No Contestó</b> | <b>Si</b>               | <b>No</b> | <b>No Contestó</b> |
| <b>Género</b>   |                         |            |                    |                         |           |                    |
| Mujeres<br>n= 36 (%)  | 12 (33.33)              | 10 (27.78) | 14 (38.89)         | 17 (47.22)              | 6 (16.67) | 13 (36.11)         |
| Hombres<br>n= 24 (%)  | 5 (20.83)               | 12 (50.00) | 7 (29.17)          | 8 (33.33)               | 9 (37.50) | 7 (29.17)          |
| <b>Grado de Estudios</b>  |                         |            |                    |                         |           |                    |
| Licenciatura<br>n= 28 (%)   | 10 (35.71)              | 7 (25.00)  | 11 (39.29)         | 16 (57.14)              | 4 (14.29) | 8 (28.57)          |
| Preparatoria<br>n= 12 (%)   | 5 (41.67)               | 6 (50.00)  | 1 (8.33)           | 6 (50.00)               | 4 (33.33) | 2 (16.67)          |
| Secundaria<br>n= 10 (%)   | 2 (20.00)               | 2 (20.00)  | 6 (60.00)          | 3 (30.00)               | 1 (10.00) | 6 (60.00)          |
| Primaria<br>n= 8 (%)  | 0 (0.00)                | 6 (75.00)  | 2 (25.00)          | 0 (0.00)                | 5 (62.50) | 3 (37.50)          |
| <b>Rango de Edad</b>  |                         |            |                    |                         |           |                    |
| 21 - 30 años<br>n= 10 (%)   | 4 (40.00)               | 5 (50.00)  | 1 (10.00)          | 7 (70.00)               | 2 (20.00) | 1 (10.00)          |
| 31 - 40 años<br>n= 15 (%)   | 7 (46.67)               | 5 (33.33)  | 3 (20.00)          | 7 (46.67)               | 3 (20.00) | 5 (33.33)          |
| 41 - 50 años<br>n= 17 (%)   | 6 (35.29)               | 4 (23.53)  | 7 (41.18)          | 7 (41.18)               | 4 (23.53) | 6 (35.29)          |
| 51 - 60 años<br>n= 12 (%)   | 0 (0.00)                | 5 (41.67)  | 7 (58.33)          | 3 (25.00)               | 3 (25.00) | 6 (50.00)          |
| 61 - 70 años<br>n= 3 (%)  | 0 (0.00)                | 2 (66.67)  | 1 (33.33)          | 1 (33.33)               | 2 (66.67) | 0 (0.00)           |
| >71 años<br>n= 3 (%)  | 0 (0.00)                | 1 (33.33)  | 2 (66.67)          | 0 (0.00)                | 1 (33.33) | 2 (66.67)          |

**6.4 Personalmente ¿Considera que usted podría tomar las decisiones respecto al final de la vida de un ser querido cercano en forma prudente y razonable?**

Del total de encuestados, 83 (69.17%) respondieron que podrían tomar las decisiones respecto al final de la vida de un ser querido en forma prudente y razonable. Entre el personal de salud y el grupo de familiares, un menor porcentaje de familiares consideraron el poder tomar decisiones respecto al final de la vida de un ser querido en forma prudente y razonable (Tabla 11).

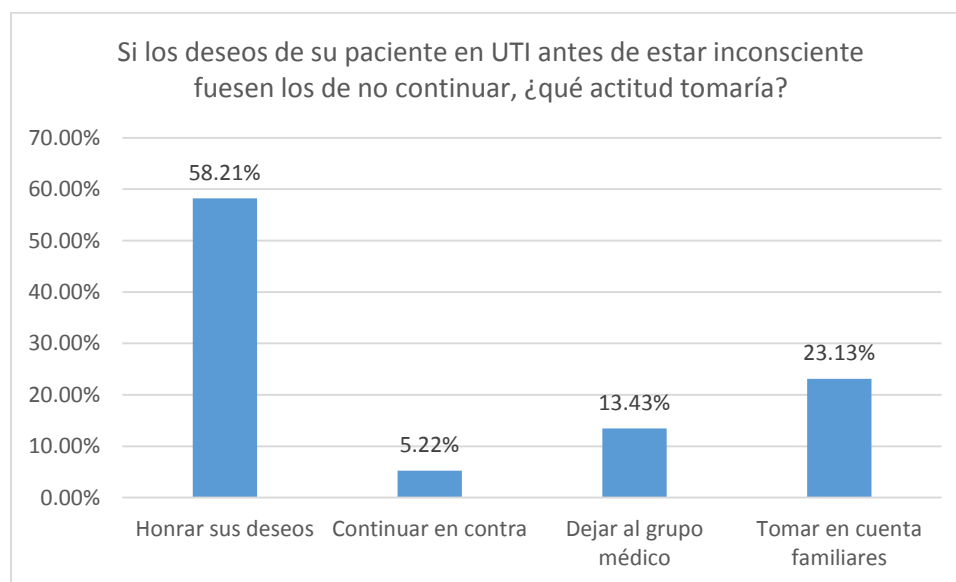
| <b>Tabla 11. Personalmente ¿Considera que usted podría tomar las decisiones respecto al final de la vida de un ser querido cercano en forma prudente y razonable?</b> |                                    |   |                                  |
|---|------------------------------------|---|----------------------------------|
| <b>Variable</b>   | <b>Encuestados<br/>n = 120 (%)</b> | <b>Personal de Salud<br/>n = 60 (%)</b> | <b>Familiares<br/>n = 60 (%)</b> |
| <b>Si</b>   | 83 (69.17)                         | 48 (80.00)                              | 35 (58.33)                       |
| <b>No</b>   | 35 (29.17)                         | 10 (16.67)                              | 25 (41.67)                       |
| <b>No Contestó</b>  | 2 (1.67)                           | 2 (3.33)                                | 0 (0.00)                         |

**6.5 Si los deseos de su paciente ingresado en UTI antes de estar inconsciente fuesen los de NO Continuar maniobras o tratamiento porque no ha tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo, ¿Usted qué actitud tomaría? Y ¿Qué factor considera tiene más peso en su elección de la pregunta anterior?**

Del total de encuestados, 78 (58.21%) de las 134 respuestas fueron honrar los deseos de su familiar y 31 (23.13%) tomarían en cuenta la opinión de los demás familiares y decidirían en base a lo que la mayoría deseara. En el grupo del personal de salud la mayoría respondió que honraría los deseos de su paciente, y en el grupo de familiares 29 (42.03%) respuestas correspondieron a honrar los deseos de su familiar y 22 (31.88%) respondieron tomar en cuenta la opinión de los demás familiares y decidir en base a lo que la mayoría desee (Tabla 12).

**Tabla 12. Si los deseos de su paciente ingresado en terapia intensiva antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamientos porque no ha tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo ¿usted qué actitud tomaría?**

| Variable  | Encuestados<br>Respuestas<br>n = 134 (%) | Personal de Salud<br>Respuestas<br>n = 65 (%) | Familiares<br>Respuestas<br>n = 69 (%) |
|---|--|---|--|
| Honrar los deseos de mi familiar  | 78 (58.21)                               | 49 (75.38)                                    | 29 (42.03)                             |
| Continuar todo el tratamiento en contra de los deseos de mi familiar y solicitar lo que a mi juicio es correcto en su beneficio | 7 (5.22)                                 | 2 (3.08)                                      | 5 (7.25)                               |
| Dejar todas las decisiones en manos del grupo médico  | 18 (13.43)                               | 5 (7.69)                                      | 13 (18.84)                             |
| Tomar en cuenta la opinión de mis demás familiares y decidir en base a lo que la mayoría desea                                  | 31 (23.13)                               | 9 (13.85)                                     | 22 (31.88)                             |



**Gráfica 6**

Cuando se analizó si dentro de esta pregunta fueron respuestas únicas o combinación de estas, la mayoría fueron respuestas únicas, donde la mayoría respondió honrar los deseos de su paciente. Al hacer el análisis entre los dos grupos principales se observa que la gran mayoría del personal de salud respondió honrar los deseos de su paciente y a diferencia con el grupo de familiares, el 46.15% contestó honrar los deseos de su paciente y 30.77% contestó tomar en cuenta la opinión de los demás familiares (Tabla 13).

| <b>Tabla 13. Si los deseos de su paciente ingresado en terapia intensiva antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamientos porque no ha tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo ¿usted qué actitud tomaría?</b> |                                    |   |                                  |
|--|------------------------------------|---|----------------------------------|
| <b>Variable</b>  | <b>Encuestados<br/>n = 120 (%)</b> | <b>Personal de Salud<br/>n = 60 (%)</b> | <b>Familiares<br/>n = 60 (%)</b> |
| <b>Respuesta Única</b>   | 108 (90.00)                        | 56 (93.33)                              | 52 (86.67)                       |
| Honrar los deseos de mi paciente   | 69 (63.89)                         | 45 (80.36)                              | 24 (46.15)                       |
| Continuar en contra de los deseos de mi paciente   | 6 (5.56)                           | 1 (1.79)                                | 5 (9.62)                         |
| Dejar al grupo médico la toma de decisiones  | 10 (9.26)                          | 3 (5.36)                                | 7 (13.46)                        |
| Tomar en cuenta la opinión de los demás familiares   | 23 (21.30)                         | 7 (12.50)                               | 16 (30.77)                       |

| <b>Continuación Tabla 13. Si los deseos de su paciente ingresado en terapia intensiva antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamientos porque no ha tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo ¿usted qué actitud tomaría?</b> |                                    |   |                                  |
|---|------------------------------------|---|----------------------------------|
| <b>Variable</b>   | <b>Encuestados<br/>n = 120 (%)</b> | <b>Personal de Salud<br/>n = 60 (%)</b> | <b>Familiares<br/>n = 60 (%)</b> |
| <b>Respuesta Compartida</b>   | 12 (10.00)                         | 4 (6.67)                                | 8 (86.67)                        |
| Honrar los deseos de mi paciente + Continuar en contra de sus deseos  | 1 (8.33)                           | 1 (25.00)                               |                                  |
| Honrar los deseos de mi paciente + Dejar al grupo médico la toma de decisiones  | 3 (25.00)                          | 1 (25.00)                               | 2 (25.00)                        |
| Honrar los deseos de mi paciente + Tomar en cuenta la opinión de los demás familiares   | 3 (25.00)                          | 1 (25.00)                               | 2 (25.00)                        |
| Honrar los deseos de mi paciente + Dejar al grupo médico la toma de decisiones + Tomar en cuenta la opinión de los demás familiares   | 2 (16.67)                          | 1 (25.00)                               | 1(12.50)                         |
| Dejar al grupo médico la toma de decisiones + Tomar en cuenta la opinión de los familiares  | 3 (25.00)                          |   | 3 (37.50)                        |

Del total de encuestados al preguntárseles que factor influía más en su elección de la pregunta anterior, la mayoría respondió “Respeto por mi ser querido y su voluntad”. Sin embargo se observa una gran diferencia entre el personal de salud y

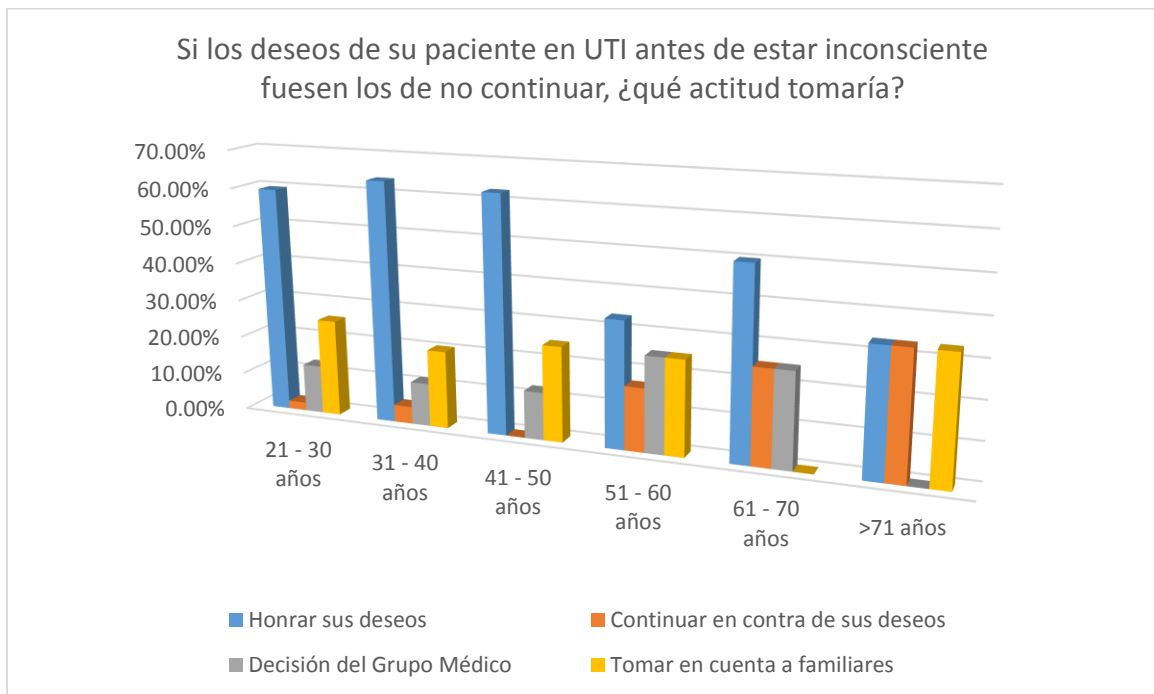
los familiares, donde los primeros casi el 80% dio esta respuesta y en el caso de los segundos se observó que menos del 50% eligieron la misma; dentro de este último grupo, la siguiente respuesta con mayor porcentaje fue “Confianza absoluta en la ciencia médica” con el 27.78%. Nadie del total de las personas encuestadas contestó “motivos religiosos” (Tabla 14).

| <b>Tabla 14. ¿Qué factor considera tiene más peso en su elección de la pregunta anterior?</b>        |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>Variable</b>  | <b>Encuestados<br/>Respuestas<br/>n = 135 (%)</b> | <b>Personal de Salud<br/>Respuestas<br/>n = 63 (%)</b> | <b>Familiares<br/>Respuestas<br/>n = 72 (%)</b> |
| <b>Esperanza en un milagro</b>   | 16 (11.85)  | 2 (3.17)   | 14 (19.44)                                      |
| <b>Duda en lo acertado de la percepción médica en cuanto a la condición y evolución del paciente</b> | 9 (6.67)  | 6 (9.52)   | 3 (4.17)  |
| <b>Temor a sentirse culpable posteriormente por la decisión tomada</b>                               | 6 (4.44)  | 2 (3.17)   | 4 (5.56)  |
| <b>Respeto por mi ser querido y su voluntad</b>  | 79 (58.52)  | 48 (76.19)   | 31 (43.06)                                      |
| <b>Confianza absoluta en la ciencia médica</b>   | 25 (18.52)  | 5 (7.94)   | 20 (27.78)                                      |
| <b>Motivos Religiosos</b>  | 0 (0)   | 0 (0)  | 0 (0)   |

Con respecto al total de encuestados, no hubo diferencias en cuanto al género, pero en cuanto al rango de edad se observó que quienes eligieron en menos del 50% la respuesta de honrar los deseos de su paciente fueron de los 51 años en adelante (Tabla 15).

**Tabla 15. Si los deseos de su paciente ingresado en UTI antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamientos porque no han tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo ¿Usted qué actitud tomaría?**

| Variable                   | Honrar los deseos de mi paciente | Continuar en contra de sus deseos | Dejar todo al Grupo Médico | Tomar en cuenta a Familiares |
|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| <b>Género</b>              |                                  |                                   |                            |                              |
| Mujeres<br>n = 70 (%)      | 45 (64.29)                       | 4 (5.71)                          | 5 (7.14)                   | 16 (22.86)                   |
| Hombres<br>n = 64 (%)      | 33 (51.56)                       | 3 (4.69)                          | 13 (20.31)                 | 15 (23.44)                   |
| <b>Rango de Edad</b>       |                                  |                                   |                            |                              |
| 21 - 30 años<br>n = 47 (%) | 28 (59.57)                       | 1 (2.13)                          | 6 (12.77)                  | 12 (25.53)                   |
| 31 - 40 años<br>n = 44 (%) | 28 (63.64)                       | 2 (4.55)                          | 5 (11.36)                  | 9 (20.45)                    |
| 41 - 50 años<br>n = 24 (%) | 15 (62.50)                       | 0 (0.00)                          | 3 (12.50)                  | 6 (25.00)                    |
| 51 - 60 años<br>n = 12 (%) | 4 (33.33)                        | 2 (16.67)                         | 3 (25.00)                  | 3 (25.00)                    |
| 61 - 70 años<br>n = 4 (%)  | 2 (50.00)                        | 1 (25.00)                         | 1 (25.00)                  | 0 (0.00)                     |
| >71 años<br>n = 3 (%)      | 1 (33.33)                        | 1 (33.33)                         | 0 (0.00)                   | 1 (33.33)                    |

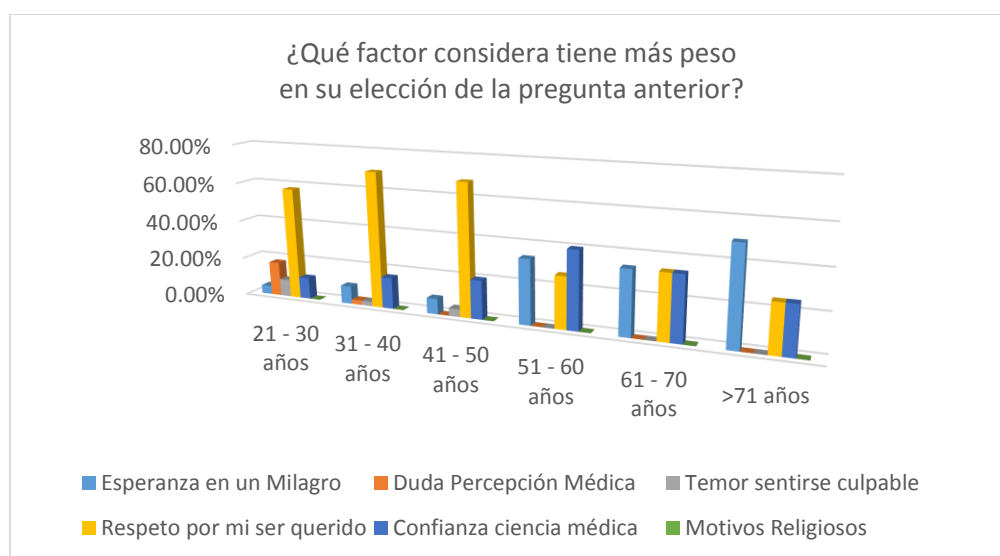


**Gráfica 7**



Y dentro del total de encuestados, al preguntárseles que factor tenía más peso en su elección de la pregunta anterior, la mayoría de las personas entre 21 - 50 años de edad respondió respeto por su paciente y su voluntad, y en el resto de las edades dieron diferentes respuestas (Tabla 16).

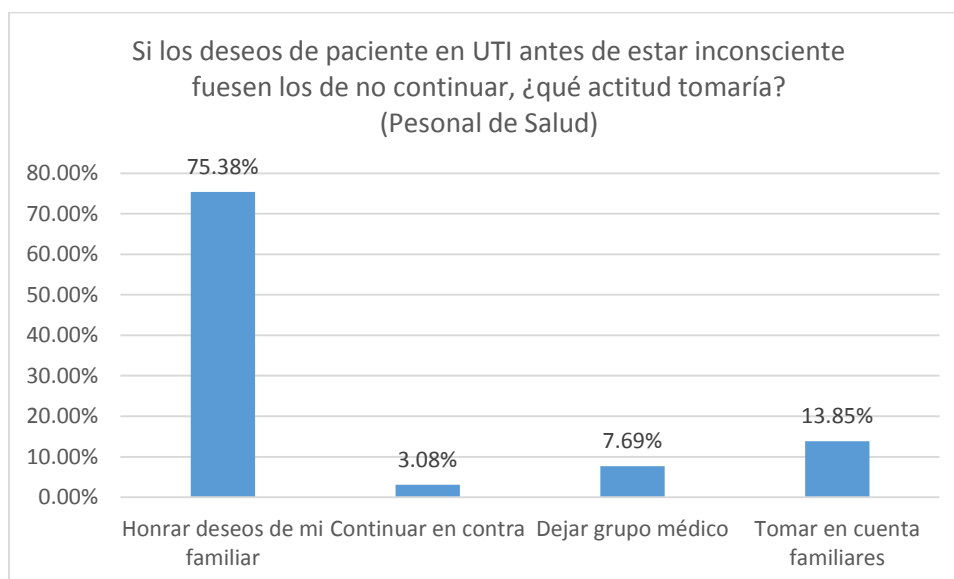
| Tabla 16. ¿Qué factor considera tiene más peso en su elección de la pregunta anterior? |                         |                        |                           |                                       |                          |                    |
|--|-------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Variable   | Esperanza en un Milagro | Duda Percepción Médica | Temor a sentirse Culpable | Respeto por mi paciente y su voluntad | Confianza Ciencia Médica | Motivos Religiosos |
| <b>Género</b>  |                         |                        |                           |                                       |                          |                    |
| Mujeres<br>n= 74 (%)   | 9 (12.16)               | 7 (9.46)               | 3 (4.05)                  | 42 (56.76)                            | 13 (17.57)               | 0 (0.00)           |
| Hombres<br>n= 61 (%)   | 7 (11.48)               | 2 (3.28)               | 3 (4.92)                  | 37 (60.66)                            | 12 (19.67)               | 0 (0.00)           |
| <b>Rango de Edad</b>   |                         |                        |                           |                                       |                          |                    |
| 21 - 30 años<br>n= 45 (%)  | 2 (4.44)                | 8 (17.78)              | 4 (8.89)                  | 26 (57.78)                            | 5 (11.11)                | 0 (0.00)           |
| 31 - 40 años<br>n= 43 (%)  | 4 (9.30)                | 1 (2.33)               | 1 (2.33)                  | 30 (69.77)                            | 7 (16.28)                | 0 (0.00)           |
| 41 - 50 años<br>n= 25 (%)  | 2 (8.00)                | 0 (0.00)               | 1 (4.00)                  | 17 (68.00)                            | 5 (20.00)                | 0 (0.00)           |
| 51 - 60 años<br>n= 15 (%)  | 5 (33.33)               | 0 (0.00)               | 0 (0.00)                  | 4 (26.67)                             | 6 (40.00)                | 0 (0.00)           |
| 61 - 70 años<br>n= 3 (%)   | 1 (33.33)               | 0 (0.00)               | 0 (0.00)                  | 1 (33.33)                             | 1 (33.33)                | 0 (0.00)           |
| >71 años<br>n= 4 (%)   | 2 (50.00)               | 0 (0.00)               | 0 (0.00)                  | 1 (25.00)                             | 1 (25.00)                | 0 (0.00)           |



Gráfica 8

En el Personal de salud no hubo diferencias entre el género y la profesión (Tabla 17).

| Tabla 17. Si los deseos de su paciente ingresado en UTI antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamientos porque no han tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo, ¿Usted qué actitud tomaría? (Personal de Salud) |                       |                      |                       |                          |
|---|-----------------------|----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Variable  | Género                |                      | Profesión             |                          |
|   | Mujeres<br>n = 32 (%) | Hombre<br>n = 33 (%) | Médicos<br>n = 41 (%) | Enfermeras<br>n = 24 (%) |
| Honar los deseos de mi paciente   | 25 (78.13)            | 24 (72.73)           | 31 (75.61)            | 18 (75.00)               |
| Continuar todo el tratamiento en contra de los deseos de mi paciente y solicitar lo que a mi juicio es correcto en su beneficio   | 1 (3.13)              | 1 (3.03)             | 0 (0.00)              | 2 (8.33)                 |
| Dejar todas las decisiones en manos del grupo médico  | 2 (6.25)              | 3 (9.09)             | 4 (9.76)              | 1 (4.17)                 |
| Tomar en cuenta la opinión de los demás familiares y decidir en base a lo que la mayoría desea  | 4 (12.50)             | 5 (15.15)            | 6 (14.63)             | 3 (12.50)                |



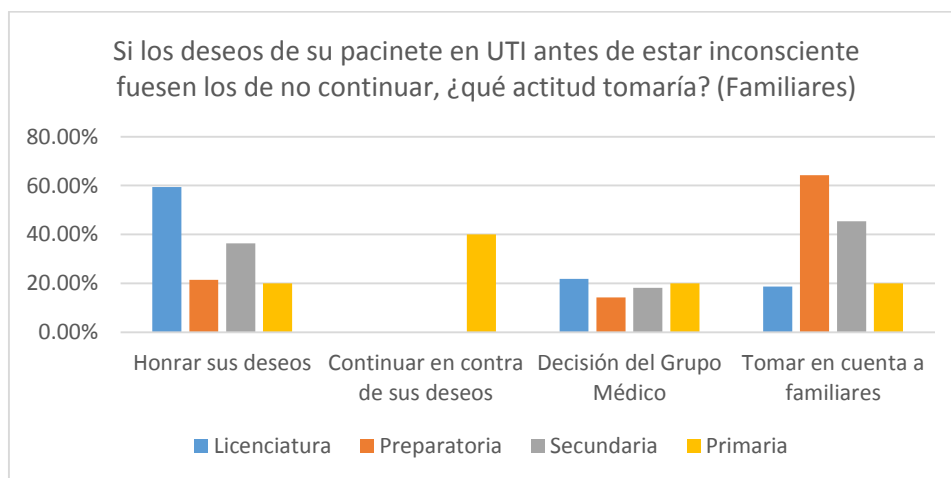
Gráfica 9

Al preguntárseles que factor influía más en su elección de la pregunta anterior, la mayoría contestó respeto por mi paciente y su voluntad, sin grandes diferencias entre el género y la profesión (Tabla 18).

| <b>Tabla 18. ¿Qué factor considera tiene más peso en su elección de la pregunta anterior?</b>        |                              |                             |                              |                                 |
|--|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <b>(Personal de Salud)</b>   |                              |                             |                              |                                 |
| <b>Variable</b>  | <b>Género</b>                |                             | <b>Profesión</b>             |                                 |
|  | <b>Mujeres</b><br>n = 32 (%) | <b>Hombre</b><br>n = 31 (%) | <b>Médicos</b><br>n = 39 (%) | <b>Enfermeras</b><br>n = 24 (%) |
| <b>Esperanza en un Milagro</b>   | 1 (3.13)                     | 1 (3.23)                    | 0 (0.00)                     | 2 (8.33)                        |
| <b>Duda en lo acertado de la percepción médica en cuanto a la condición y evolución del paciente</b> | 4 (12.50)                    | 2 (6.45)                    | 4 (10.26)                    | 2 (8.33)                        |
| <b>Temor a sentirse culpable posteriormente por la decisión tomada</b>                               | 1 (3.13)                     | 1 (3.23)                    | 1 (2.56)                     | 1 (4.17)                        |
| <b>Respeto por mi paciente y su voluntad</b>   | 23 (71.88)                   | 25 (80.65)                  | 32 (82.05)                   | 16 (66.67)                      |
| <b>Confianza absoluta en la ciencia médica</b>   | 3 (9.38)                     | 2 (6.45)                    | 2 (5.13)                     | 3 (12.50)                       |
| <b>Motivos Religiosos</b>  | 0 (0.00)                     | 0 (0.00)                    | 0 (0.00)                     | 0 (0.00)                        |

Dentro del grupo de familiares, de un total de 69 respuestas, poco más del 50% de mujeres respondió honrar los deseos de mi paciente, mientras que los hombres menos del 30% dieron la misma respuesta. Según el grado de estudios, se dieron repuestas diferentes, mientras la mayoría de aquellos con estudios de licenciatura contestaron honrar los deseos de su paciente, los de preparatoria y secundaria la mayoría respondió tomar en cuenta la opinión de los demás familiares y los de educación primaria la mayoría respondió ir en contra de los deseos de su paciente. Se observó a su vez que los más jóvenes (21 - 30 años) eligieron tomar en cuenta la opinión de los familiares (Tabla 19).

| <b>Tabla 19. Si los deseos de su paciente ingresado en UTI antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamientos porque no han tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo ¿Usted qué actitud tomaría? (Familiares)</b> |   |  |                                   |                                     |
|--|---|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Variable</b>  | <b>Honrar los deseos de mi paciente</b> | <b>Continuar en contra de sus deseos</b> | <b>Dejar todo al Grupo Médico</b> | <b>Tomar en cuenta a Familiares</b> |
| <b>Género</b>  |   |  |                                   |                                     |
| Mujeres<br>n = 38 (%)  | 20 (52.63)                              | 3 (7.89)                                 | 3 (7.89)                          | 12 (31.58)                          |
| Hombres<br>n = 31 (%)  | 9 (29.03)                               | 2 (6.45)                                 | 10 (32.26)                        | 10 (32.26)                          |
| <b>Grado de Estudios</b>   |   |  |                                   |                                     |
| Licenciatura<br>n = 32 (%)   | 19 (59.38)                              | 0 (0.00)                                 | 7 (21.88)                         | 6 (18.75)                           |
| Preparatoria<br>n = 14 (%)   | 3 (21.43)                               | 0 (0.00)                                 | 2 (14.29)                         | 9 (64.29)                           |
| Secundaria<br>n = 11 (%)   | 4 (36.36)                               | 0 (0.00)                                 | 2 (18.18)                         | 5 (45.45)                           |
| Primaria<br>n = 10 (%)   | 2 (20.00)                               | 4 (40.00)                                | 2 (20.00)                         | 2 (20.00)                           |
| <b>Rango de Edad</b>   |   |  |                                   |                                     |
| 21 - 30 años<br>n = 13 (%)   | 4 (30.77)                               | 0 (0.00)                                 | 3 (23.08)                         | 6 (46.15)                           |
| 31 - 40 años<br>n = 17 (%)   | 7 (41.18)                               | 1 (5.88)                                 | 3 (17.65)                         | 6 (35.29)                           |
| 41 - 50 años<br>n = 20 (%)   | 11 (55.00)                              | 0 (0.00)                                 | 3 (15.00)                         | 6 (30.00)                           |
| 51 - 60 años<br>n = 12 (%)   | 4 (33.33)                               | 2 (16.67)                                | 3 (25.00)                         | 3 (25.00)                           |
| 61 - 70 años<br>n = 4 (%)  | 2 (50.00)                               | 1 (25.00)                                | 1 (25.00)                         | 0 (0.00)                            |
| >71 años<br>n = 3 (%)  | 1 (33.33)                               | 1 (33.33)                                | 0 (0.00)                          | 1 (33.33)                           |



**Gráfica 10**

Dentro del grupo de familiares, al preguntárseles el factor que consideraban tenía más peso en su elección de la pregunta anterior, se observó que aquellos con estudios de secundaria, preparatoria y licenciatura en su mayoría respondieron “respeto por su paciente y su voluntad”, mientras que aquellos con estudios de primaria la mayoría respondió “esperanza en un milagro”. En los diferentes grupos de edad, de los 21 - 50 años la mayoría respondió respeto por su paciente y su voluntad, mientras que de los 51 años en adelante la mayoría respondió esperanza en un milagro (Tabla 20).

| <b>Tabla 20. Si los deseos de su paciente ingresado en UTI antes de estar inconsciente fuesen los de No Continuar maniobras o tratamientos porque no han tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo ¿Usted qué actitud tomaría? (Familiares)</b> |                                |                               |                                  |  |                                 |                           |
|--|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|
|  | <b>Esperanza en un Milagro</b> | <b>Duda Percepción Médica</b> | <b>Temor a sentirse Culpable</b> | <b>Respeto por mi paciente y su voluntad</b> | <b>Confianza Ciencia Médica</b> | <b>Motivos Religiosos</b> |
| <b>Género</b>  |                                |                               |                                  |  |                                 |                           |
| Mujeres<br>n= 42 (%)   | 8 (19.05)                      | 3 (7.14)                      | 2 (4.76)                         | 19 (45.24)                                   | 10 (23.81)                      | 0 (0.00)                  |
| Hombres<br>n= 30 (%)   | 6 (20.00)                      | 0 (0.00)                      | 2 (6.67)                         | 12 (40.00)                                   | 10 (33.33)                      | 0 (0.00)                  |
| <b>Grado de Estudios</b>   |                                |                               |                                  |  |                                 |                           |
| Licenciatura<br>n= 30 (%)  | 1 (3.33)                       | 0 (0.00)                      | 1 (3.33)                         | 19 (63.33)                                   | 9 (30.00)                       | 0 (0.00)                  |
| Preparatoria<br>n= 14 (%)  | 1 (7.14)                       | 3 (21.43)                     | 3 (21.43)                        | 5 (35.71)                                    | 2 (14.29)                       | 0 (0.00)                  |
| Secundaria<br>n= 13 (%)  | 4 (30.77)                      | 0 (0.00)                      | 0 (0.00)                         | 5 (38.46)                                    | 4 (30.77)                       | 0 (0.00)                  |
| Primaria<br>n= 12 (%)  | 7 (58.33)                      | 0 (0.00)                      | 0 (0.00)                         | 1 (8.33)                                     | 4 (33.33)                       | 0 (0.00)                  |
| <b>Rango de Edad</b>   |                                |                               |                                  |  |                                 |                           |
| 21 - 30 años<br>n= 12 (%)  | 1 (8.33)                       | 3 (25.00)                     | 2 (16.67)                        | 4 (33.33)                                    | 2(16.67)                        | 0 (0.00)                  |
| 31 - 40 años<br>n= 18 (%)  | 3 (16.67)                      | 0 (0.00)                      | 1 (5.56)                         | 8 (44.44)                                    | 6 (33.33)                       | 0 (0.00)                  |
| 41 - 50 años<br>n= 20 (%)  | 2 (10.00)                      | 0 (0.00)                      | 1 (5.00)                         | 13 (65.00)                                   | 4 (20.00)                       | 0 (0.00)                  |
| 51 - 60 años<br>n= 15 (%)  | 5 (33.33)                      | 0 (0.00)                      | 0 (0.00)                         | 4 (26.67)                                    | 6 (40.00)                       | 0 (0.00)                  |
| 61 - 70 años<br>n= 3 (%)   | 1 (33.33)                      | 0 (0.00)                      | 0 (0.00)                         | 1 (33.33)                                    | 1 (33.33)                       | 0 (0.00)                  |
| >71 años<br>n= 4 (%)   | 2 (50.00)                      | 0 (0.00)                      | 0 (0.00)                         | 1 (25.00)                                    | 1 (25.00)                       | 0 (0.00)                  |

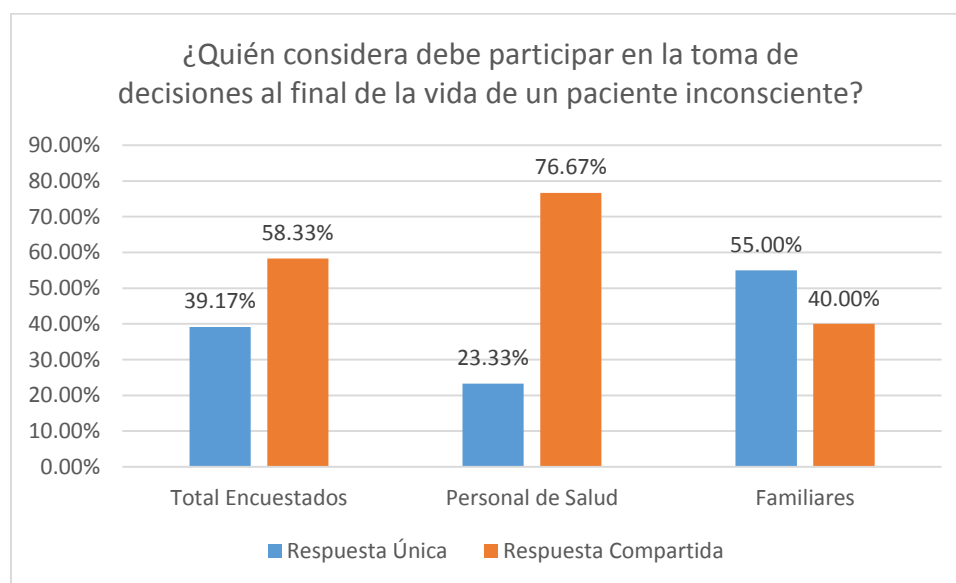
## **6.6 En su perspectiva ¿Quién considera usted debe participar en la toma de decisiones al final de la vida de un paciente inconsciente?**

Se dieron 192 respuestas, de las cuales la mayoría correspondió a la participación de los familiares. De los 120 encuestados, casi el 60% respondió que era una decisión en conjunto, donde todos ellos respondieron debía ser entre los familiares cercanos del paciente y el grupo médico. Cuarenta y siete (39.17%) respondieron que solo una de las partes debía participar en la toma de decisiones, y de ellos la mayoría respondió que las decisiones debían ser de los familiares cercanos del paciente.

Con respecto al personal de salud, la mayoría respondió que debían participar los familiares. A su vez la mayoría respondió debía ser una decisión en conjunto y ellos, el 100% respondió debía ser una decisión en conjunto entre los familiares y el grupo médico.

A decir de los Familiares, poco más de la mitad respondió debían participar los familiares y menos del 40% el grupo médico. Solo 40% dijeron era una decisión en conjunto, y de ellos el 100% respondió que debían participar los familiares y el grupo médico. La mayoría respondió que solo una de las partes debía participar en la toma de decisiones, y de ellos, la mayoría respondieron que las decisiones debían ser de los familiares cercanos del paciente (Tabla 21).

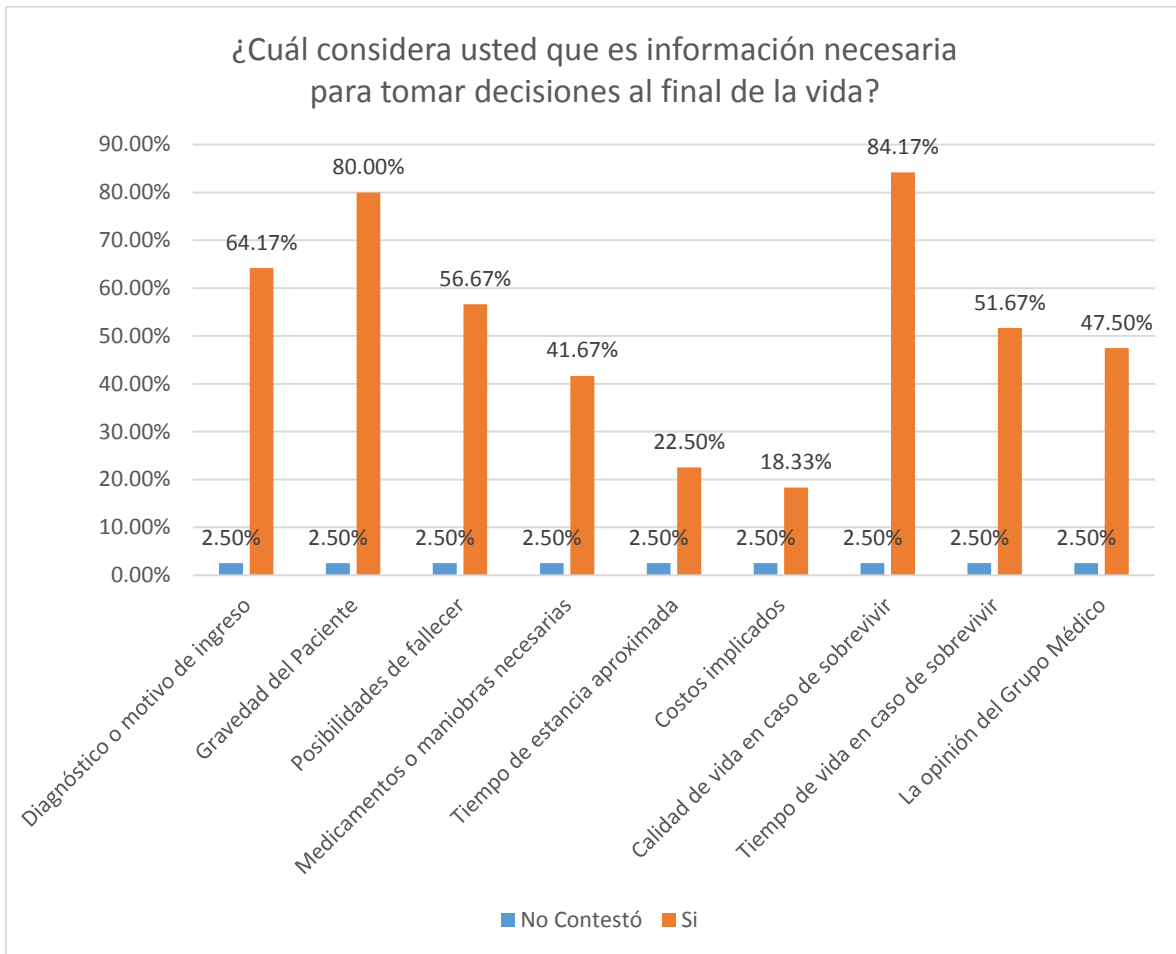
| <b>Tabla 21 ¿Quién considera usted que debe participar en la toma de decisiones al final de la vida de un paciente inconsciente?</b> |                                    |   |                                  |
|--|------------------------------------|---|----------------------------------|
| <b>Variable</b>  | <b>Encuestados<br/>n = 120 (%)</b> | <b>Personal de Salud<br/>n = 60 (%)</b> | <b>Familiares<br/>n = 60 (%)</b> |
| <b>No Contestó</b>   | 3 (2.50)                           | 0 (0.00)                                | 3 (5.00)                         |
| <b>Única</b>   | 47 (39.17)                         | 14 (23.33)                              | 33 (55.00)                       |
| Familiares cercanos  | 39 (82.98)                         | 14 (100)                                | 25 (75.76)                       |
| Grupo Médico   | 6 (12.77)                          | 0 (0.00)                                | 6 (18.18)                        |
| Líder Espiritual   | 0 (0.00)                           | 0 (0.00)                                | 0 (0.00)                         |
| Directivos Hospital  | 0 (0.00)                           | 0 (0.00)                                | 0 (0.00)                         |
| Juez   | 0 (0.00)                           | 0 (0.00)                                | 0 (0.00)                         |
| Nadie  | 2 (0.00)                           | 0 (0.00)                                | 2 (6.06)                         |
| <b>Compartida</b>  | 70 (58.33)                         | 46(76.67)                               | 24 (40.00)                       |
| Familiares + Grupo Médico  | 70 (100)                           | 46 (100)                                | 24 (100)                         |
| Familiares + Grupo Médico<br>+ Líder Espiritual  | 4 (5.71%)                          | 3 (6.52)                                | 1 (4.17%)                        |
| Familiares + Grupo<br>Médico + Directivos<br>del Hospital  | 1 (1.43%)                          | 1 (2.17)                                | 0 (0.00)                         |



**Gráfica 11**

### 6.7 ¿Cuál considera usted que es información necesaria para tomar decisiones al final de la vida?

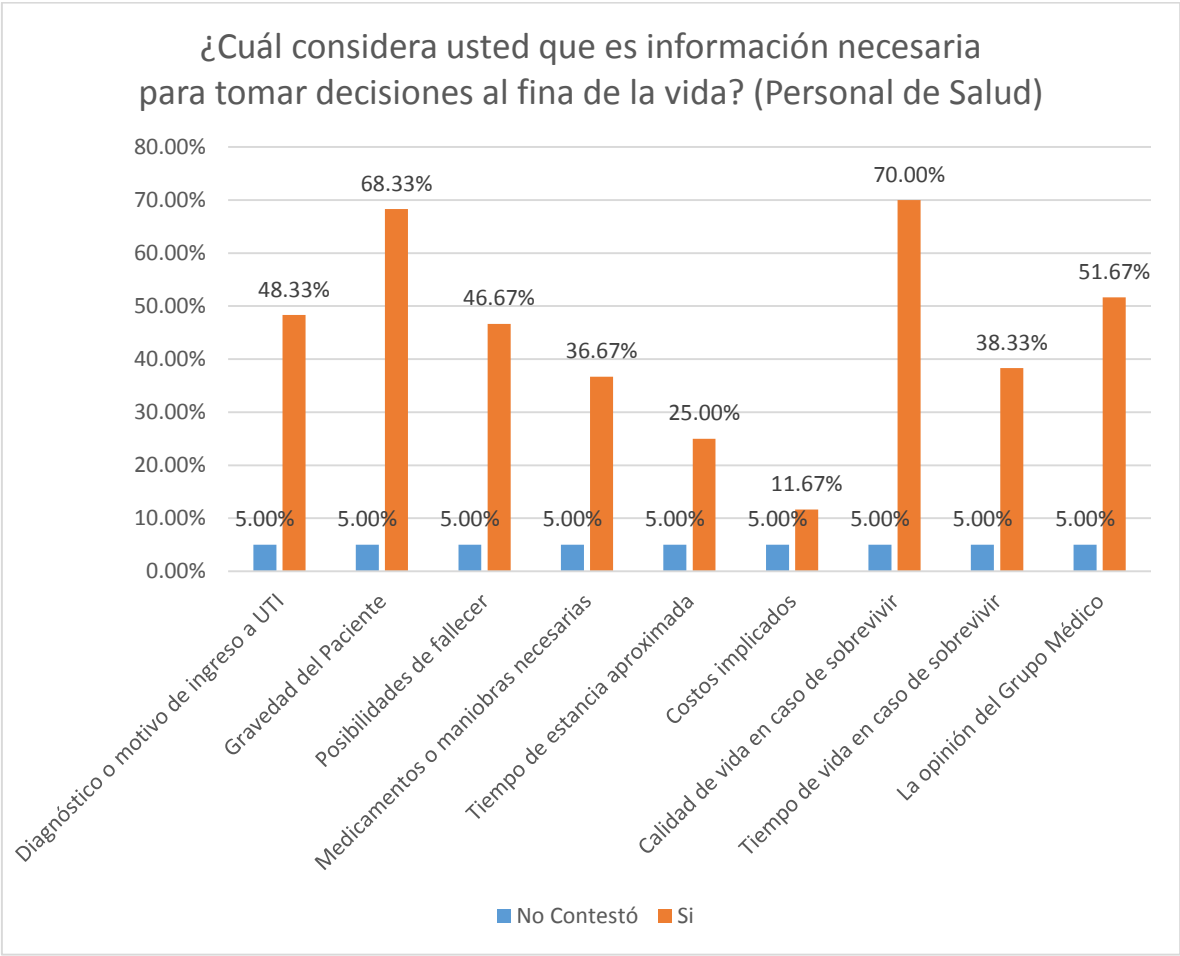
Dentro la información necesaria para tomar decisiones al final de la vida, del total de la muestra, la mayoría consideró que la calidad de vida en caso de sobrevivir era importante, seguido de la gravedad del paciente. Las que se consideraron como menos importantes fueron en primer lugar los costos implicados en la atención en UTI, seguido por el tiempo de estancia aproximado en UTI por 27 (22.50%) del total de encuestados.



Gráfica 12

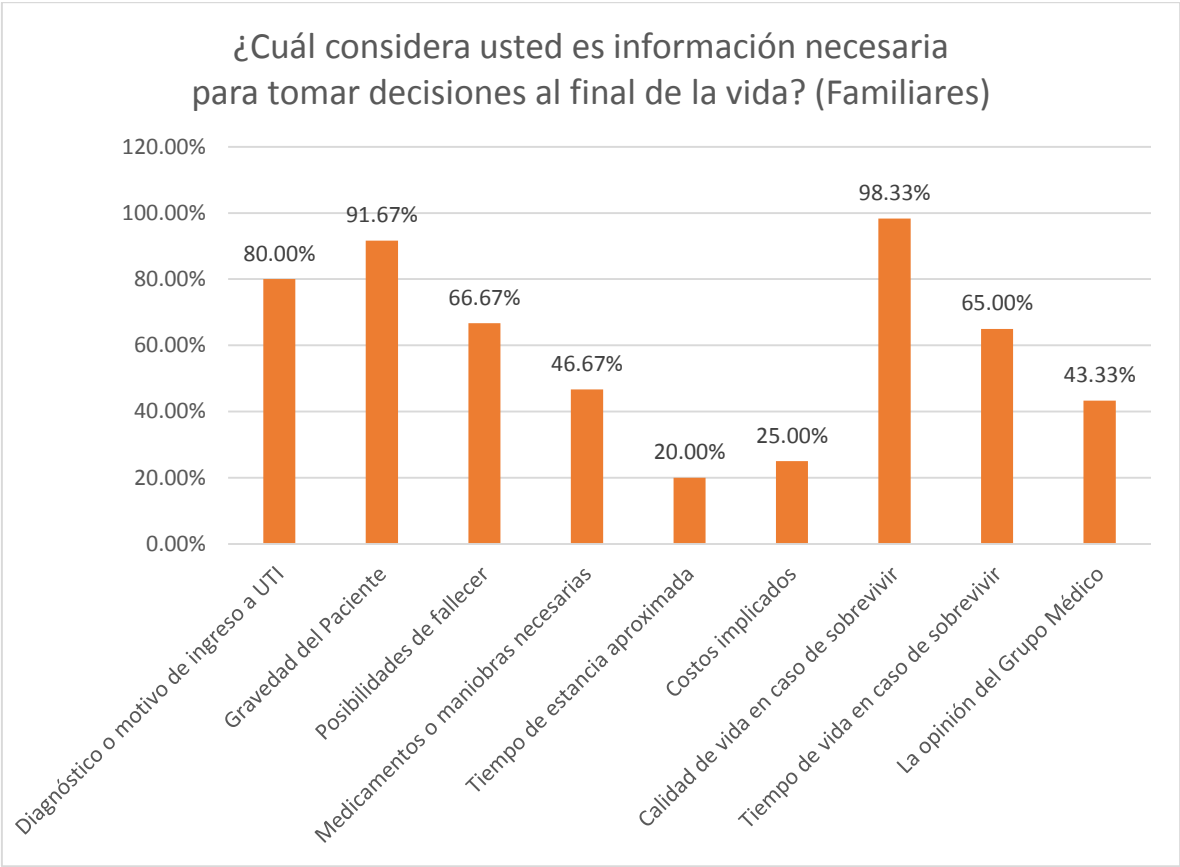


Dentro del grupo del Personal de Salud, la gran mayoría consideró que la calidad de vida en caso de sobrevivir era importante, seguido de la gravedad del paciente y el diagnóstico o motivo de ingreso a UTI. Las que se consideraron como menos importantes fueron en primer lugar el tiempo de estancia aproximado en UTI seguido por los costos implicados en la atención en UTI.



Gráfica 13

De los familiares encuestados, la mayoría consideró que la calidad de vida en caso de sobrevivir era importante, seguido de la gravedad del paciente. Las que se consideraron como menos importantes fueron en primer lugar los costos implicados en la atención en UTI, seguido por el tiempo de estancia aproximado en UTI.



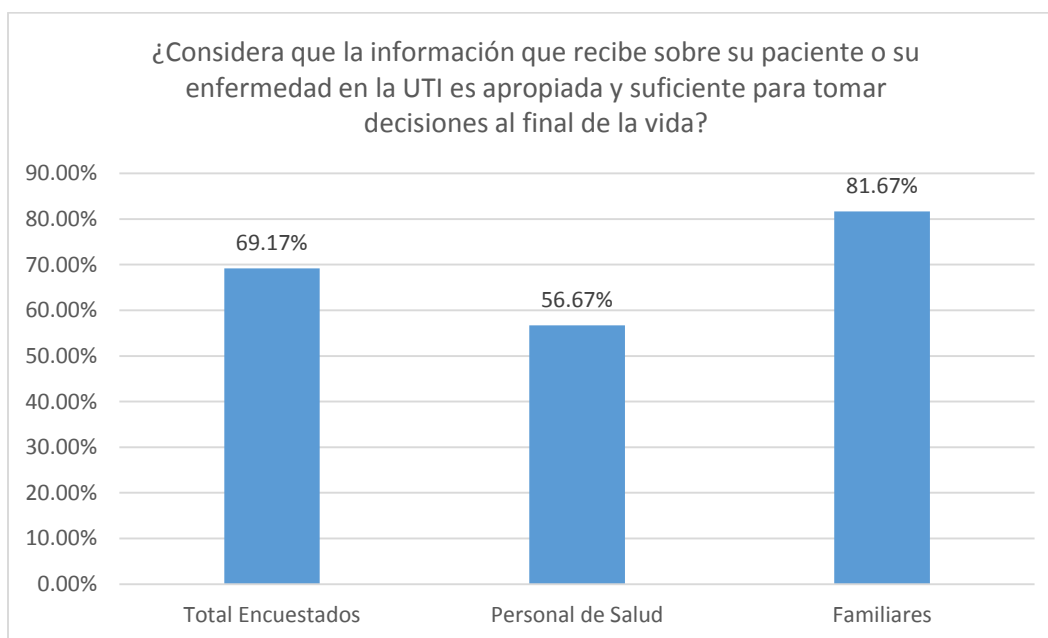
Gráfica 14

**6.8 ¿Considera que la información que se le proporciona a los pacientes o sus familiares sobre su estado de salud o su enfermedad en la UTI es apropiada y suficiente para tomar decisiones al final de la vida?**

En la muestra total, la mayoría consideró que la información proporcionada a los familiares de pacientes ingresados en la UTI del INCMNSZ era apropiada y suficiente para tomar decisiones al final de la vida. El Personal de Salud solo un

poco más de la mitad consideró que la información proporcionada era apropiada y suficiente para tomar decisiones al final de la vida. Y del grupo de Familiares poco más del 80% consideró que la información proporcionada era apropiada y suficiente (Tabla 22).

| <b>Tabla 22. ¿Considera que la información que se les proporciona a los pacientes o sus familiares sobre su estado de salud o su enfermedad en la UTI es apropiada y suficiente para tomar decisiones al final de la vida?</b> |                                    |   |                                  |
|--|------------------------------------|---|----------------------------------|
| <b>Variable</b>  | <b>Encuestados<br/>n = 120 (%)</b> | <b>Personal de Salud<br/>n = 60 (%)</b> | <b>Familiares<br/>n = 60 (%)</b> |
| <b>Si</b>  | 83 (69.17)                         | 34 (56.67)                              | 49 (81.67)                       |
| <b>No</b>  | 33 (27.50)                         | 24 (40.00)                              | 9 (15.00)                        |
| <b>No Contestó</b>   | 4 (3.33)                           | 2 (3.33)                                | 2 (3.33)                         |



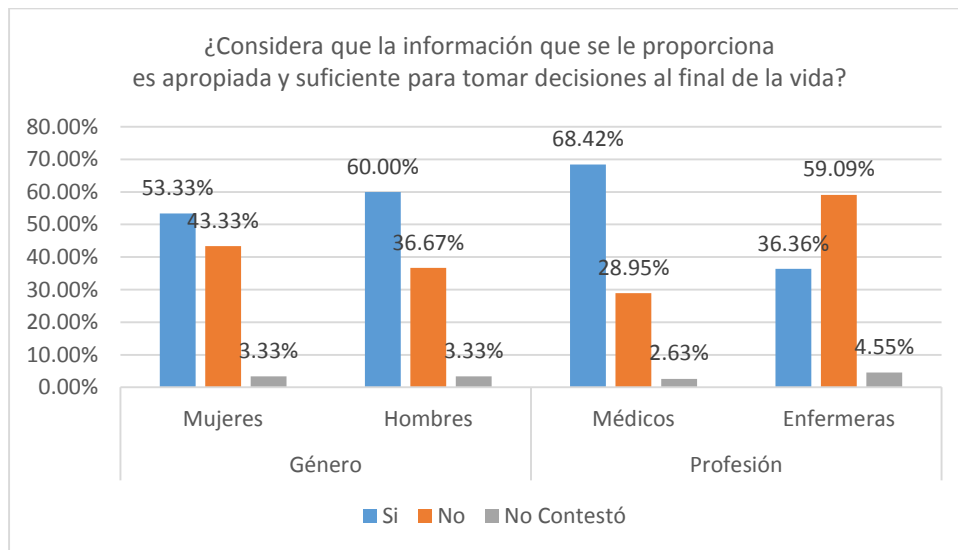
**Gráfica 15**

No se encontraron diferencias entre el género (Tabla 23).

| Tabla 23. ¿Considera que la información que se les proporciona a los pacientes o sus familiares sobre su estado de salud o su enfermedad en la UTI es apropiada y suficiente para tomar decisiones al final de la vida? |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Variable  | Mujeres<br>n = 66 (%) | Hombres<br>n = 54 (%) |
| Si  | 47 (71.21)            | 36 (66.67)            |
| No  | 17 (25.76)            | 16 (29.63)            |
| No Contestó   | 2 (3.03)              | 2 (3.70)              |

Dentro del grupo del Personal de Salud, la mayoría de médicos mencionó que la información era apropiada y suficiente; no así el personal de enfermería donde menos del 40% tenía la misma opinión (Tabla 24).

| Tabla 24. ¿Considera que la información que se les proporciona a los pacientes o sus familiares sobre su estado de salud o su enfermedad en la terapia intensiva es apropiada y suficiente para tomar decisiones al final de la vida? (Personal de Salud) |                       |                       |                       |                          |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Variable  | Género                |                       | Profesión             |                          |
|   | Mujeres<br>n = 30 (%) | Hombres<br>n = 30 (%) | Médicos<br>n = 38 (%) | Enfermería<br>n = 22 (%) |
| Si  | 16 (53.33)            | 18 (60.00)            | 26 (68.42)            | 8 (36.36)                |
| No  | 13 (43.33)            | 11 (36.67)            | 11 (28.95)            | 13 (59.09)               |
| No Contestó   | 1 (3.33)              | 1 (3.33)              | 1 (2.63)              | 1 (4.55)                 |



Gráfica 16

En el grupo de Familiares, observamos que la mayoría consideraba la información apropiada y suficiente a excepción de aquellos con educación primaria (Tabla 25).

| <b>Tabla 25. ¿Considera que la información que se les proporciona a los pacientes o sus familiares sobre su estado de salud o su enfermedad en la UTI es apropiada y suficiente para tomar decisiones al final de la vida? (Familiares)</b> |            |           |                    |
|---|------------|-----------|--------------------|
| <b>Variable</b>   | <b>Si</b>  | <b>No</b> | <b>No Contestó</b> |
| <b>Género</b>   |            |           |                    |
| Mujeres<br>n = 36 (%)   | 31 (86.11) | 4 (11.11) | 1 (2.78)           |
| Hombres<br>n = 24 (%)   | 18 (75.00) | 5 (20.83) | 1 (4.17)           |
| <b>Grado de Estudios</b>  |            |           |                    |
| Licenciatura<br>n = 28 (%)  | 22 (78.57) | 6 (21.43) | 0 (0.00)           |
| Preparatoria<br>n = 12 (%)  | 9 (75.00)  | 3 (25.00) | 0 (0.00)           |
| Secundaria<br>n = 10 (%)  | 7 (70.00)  | 2 (20.00) | 1 (10.00)          |
| Primaria<br>n = 8 (%)   | 2 (25.00)  | 4 (50.00) | 2 (25.00)          |

#### **6.9 ¿Qué tan probable le parece que el juicio médico respecto a la condición terminal de un paciente pudiera estar equivocado?**

De 118 respuestas, la mayoría consideró que el juicio médico respecto a la condición terminal de un paciente no era equivocado. Del personal de salud, casi el 100% consideró que el juicio médico respecto a la condición terminal de un paciente no era equivocado. Y del grupo de Familiares, el 100% consideró que el juicio médico respecto a la condición terminal de un paciente no era equivocado (Tabla 26).

| <b>Tabla 26. ¿Qué tan probable le parece que el juicio médico respecto a la condición terminal de un paciente pudiera estar equivocado?</b> |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <b>Variable</b>   | <b>Respuestas Encuestados<br/>n = 118 (%)</b> | <b>Respuestas Personal de Salud<br/>n = 58 (%)</b> | <b>Respuestas Familiares<br/>n = 60 (%)</b> |
| <b>Generalmente Nunca</b>   | 53 (44.92%)                                   | 28 (48.28)   | 25 (41.67)                                  |
| <b>Mitad de Ocasiones</b>   | 14 (11.86%)                                   | 9 (15.52)  | 5 (8.33)                                    |
| <b>Casi Siempre</b>   | 1 (0.85%)                                     | 1 (1.72)   | 0 (0.00)                                    |
| <b>Nunca si más de uno coincide en esta apreciación</b>   | 50 (42.37%)                                   | 20 (34.48)   | 30 (50.00)                                  |

#### 6.10 ¿Profesa usted alguna religión?

Del total de encuestados, 97 (80.83%) personas profesaban alguna religión y de ellos 88 (90.72%) eran católicos, 8 (8.25%) eran protestantes y 1 (1.03%) era mormón. Dentro del grupo del Personal de Salud, 46 (76.67%) personas profesaban alguna religión, la mayoría eran católicos y del grupo de familiares, 51 (85%) personas profesaban alguna religión y la mayoría también eran católicos (Tabla 27).

| <b>Tabla 27. ¿Profesa usted alguna religión?</b> |                                   |   |                                  |
|--|-----------------------------------|---|----------------------------------|
| <b>Variable</b>                                  | <b>Encuestados<br/>n = 97 (%)</b> | <b>Personal de Salud<br/>n = 46 (%)</b> | <b>Familiares<br/>n = 51 (%)</b> |
| <b>Católica</b>                                  | 88 (90.72)                        | 40 (86.96)                              | 48 (94.12)                       |
| <b>Protestante</b>                               | 8 (8.25)                          | 5 (10.87)                               | 3 (5.88)                         |
| <b>Mormona</b>                                   | 1 (1.03)                          | 1 (2.17)                                |                                  |

### 6.11 ¿Usted conoce los postulados generales de su religión con respecto a las decisiones al final de la vida?

De todas las personas que profesaban alguna religión, la mayoría contestó que no sabía si eran prácticas aceptables y porcentajes similares mencionaron que eran prácticas inaceptables tanto limitar como retirar el apoyo.

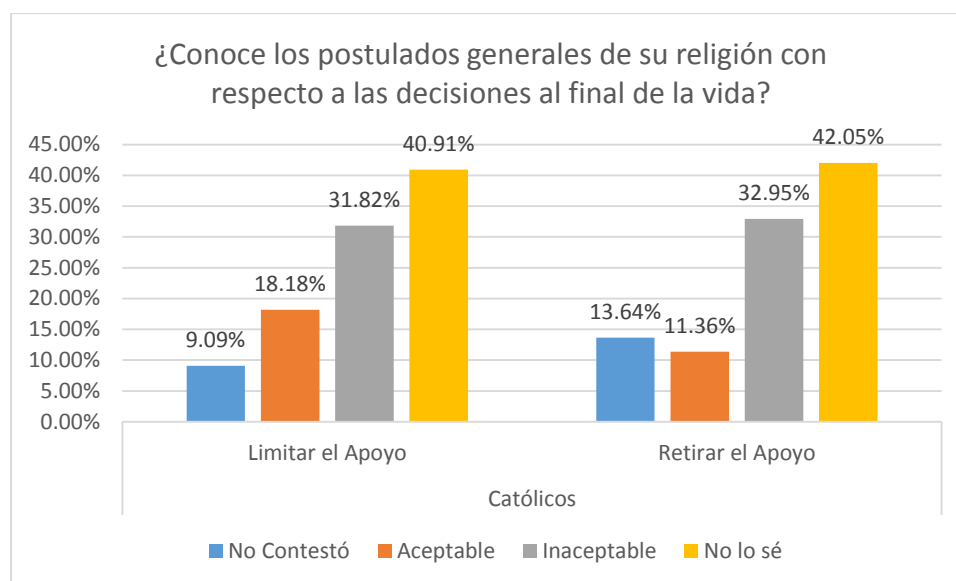
En el grupo del Personal de Salud, la mayoría de igual forma reportó que no sabían si eran prácticas aceptables y porcentajes similares mencionaron que eran prácticas inaceptables.

Dentro del grupo de Familiares, de todas las personas que profesaban alguna religión la mayoría mencionó que no sabían si eran prácticas aceptables (Tabla 28).

| Tabla 28. ¿Usted conoce los postulados generales de su religión con respecto a las decisiones al final de la vida? |                                |                                |                                |                                |                                |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Variable   | Encuestados                    |                                | Personal de Salud              |                                | Familiares                     |                                |
|  | Limitar el Apoyo<br>n = 97 (%) | Retirar el Apoyo<br>n = 97 (%) | Limitar el Apoyo<br>n = 46 (%) | Retirar el Apoyo<br>n = 46 (%) | Limitar el Apoyo<br>n = 51 (%) | Retirar el Apoyo<br>n = 51 (%) |
| <b>No Contestó</b>   | 8 (8.25)                       | 12 (12.37)                     | 0 (0)                          | 2 (4.35)                       | 8 (15.69)                      | 10 (19.61)                     |
| <b>Aceptable</b>   | 22 (22.68)                     | 14 (14.43)                     | 13 (28.26)                     | 6 (13.04)                      | 9 (17.65)                      | 8 (15.69)                      |
| <b>Inaceptable</b>   | 29 (29.90)                     | 31 (31.96)                     | 14 (30.43)                     | 17 (36.96)                     | 15 (29.41)                     | 14 (27.45)                     |
| <b>No lo Sé</b>  | 38 (39.18)                     | 40 (41.24)                     | 19 (41.30)                     | 21 (45.65)                     | 19 (37.25)                     | 19 (37.25)                     |

En el total de encuestados, la mayoría de católicos no sabía si era aceptable o no limitar o retirar el apoyo según los postulados de su religión; y un bajo porcentaje mencionó que fueran prácticas aceptables por parte de su religión (Tabla 29).

| Tabla 29 ¿Usted conoce los postulados generales de su religión con respecto a las decisiones al final de la vida? |                         |                  |                           |                  |                    |                  |
|---|-------------------------|------------------|---------------------------|------------------|--------------------|------------------|
| Variable  | Católicos<br>n = 88 (%) |                  | Protestantes<br>n = 8 (%) |                  | Mormón<br>n = 1(%) |                  |
|   | Limitar el Apoyo        | Retirar el Apoyo | Limitar el Apoyo          | Retirar el Apoyo | Limitar el Apoyo   | Retirar el Apoyo |
| No Contestó   | 8 (9.09)                | 12 (13.64)       | 0 (0.00)                  | 0 (0.00)         | 0 (0.00)           | 0 (0.00)         |
| Aceptable   | 16 (18.18)              | 10 (11.36)       | 5 (62.50)                 | 3 (37.50)        | 1 (100.00)         | 1 (100.00)       |
| Inaceptable   | 28 (31.82)              | 29 (32.95)       | 1 (12.50)                 | 2 (25.00)        | 0 (0.00)           | 0 (0.00)         |
| No lo Sé  | 36 (40.91)              | 37 (42.05)       | 2 (25.00)                 | 3 (37.50)        | 0 (0.00)           | 0 (0.00)         |



Gráfica 17

En el grupo de Personal de Salud, la mayoría de católicos no sabía si era aceptable o no el limitar o retirar el apoyo (tabla 30):

| Tabla 30. ¿Usted conoce los postulados generales de su religión con respecto a las decisiones al final de la vida? (Personal de Salud) |                         |                  |                           |                  |                      |                  |
|--|-------------------------|------------------|---------------------------|------------------|----------------------|------------------|
| Variable   | Católicos<br>n = 40 (%) |                  | Protestantes<br>n = 5 (%) |                  | Mormona<br>n = 1 (%) |                  |
|  | Limitar el Apoyo        | Retirar el Apoyo | Limitar el Apoyo          | Retirar el Apoyo | Limitar el Apoyo     | Retirar el Apoyo |
| No Contestó  | 0 (0.00)                | 2 (5.00)         | 0 (0.00)                  | 0 (0.00)         | 0 (0.00)             | 0 (0.00)         |
| Aceptable  | 8 (20.00)               | 3 (7.50)         | 4 (80.00)                 | 2 (40.00)        | 1 (100.00)           | 1 (100.00)       |
| Inaceptable  | 13 (32.50)              | 15 (37.50)       | 1 (20.00)                 | 2 (40.00)        | 0 (0.00)             | 0 (0.00)         |
| No lo sé   | 19 (47.50)              | 20 (50.00)       | 0 (0.00)                  | 1 (20.00)        | 0 (0.00)             | 0 (0.00)         |



En el grupo de familiares, la mayoría no sabía si eran prácticas aceptables por su religión; dentro del grupo de católicos, la mayoría respondió que no sabían o eran prácticas inaceptables (Tabla 31).

| <b>Tabla 31. ¿Usted conoce los postulados generales de su religión con respecto a las decisiones al final de la vida? (Familiares)</b> |                                 |                         |                                   |                         |
|--|---------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| <b>Variable</b>  | <b>Católicos<br/>n = 48 (%)</b> |                         | <b>Protestantes<br/>n = 3 (%)</b> |                         |
|  | <b>Limitar el Apoyo</b>         | <b>Retirar el Apoyo</b> | <b>Limitar el Apoyo</b>           | <b>Retirar el Apoyo</b> |
| <b>No Contestó</b>   | 8 (16.67)                       | 10 (20.83)              | 0 (0.00)                          | 0 (0.00)                |
| <b>Aceptable</b>   | 8 (16.67)                       | 7 (14.58)               | 1 (33.33)                         | 1 (33.33)               |
| <b>Inaceptable</b>   | 15 (31.25)                      | 14 (29.17)              | 0 (0.00)                          | 0 (0.00)                |
| <b>No lo Sé</b>  | 17 (35.42)                      | 17 (35.42)              | 2 (66.67)                         | 2 (66.67)               |

#### **6.12 ¿Considera importante contar dentro de la institución con apoyo por un sacerdote, pastor o guía de su religión para atender las necesidades espirituales de un paciente en terapia intensiva?**

Del total de encuestados, 81 (67.50%) lo consideraron importante. No se encontraron diferencias importantes entre el grupo de personal de Salud con respecto al grupo de familiares (Tabla 32).

| <b>Tabla 32. ¿Considera importante contar dentro de la institución con apoyo por un sacerdote, pastor o guía de su religión para atender las necesidades espirituales de un paciente en terapia intensiva?</b> |                                    |                                     |                              |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <b>Variable</b>  | <b>Encuestados<br/>n = 120 (%)</b> | <b>Personal de Salud<br/>n = 60</b> | <b>Familiares<br/>n = 60</b> |
| <b>No Contestó</b>   | 1 (0.83)                           | 0 (0.00)                            | 1 (1.67)                     |
| <b>Si</b>  | 81 (67.50)                         | 42 (70.00)                          | 39 (65.00)                   |
| <b>No</b>  | 29 (24.17)                         | 14 (23.33)                          | 15 (25.00)                   |
| <b>Es Irrelevante</b>  | 9 (7.5)                            | 4 (6.67)                            | 5 (8.33)                     |

**6.13 ¿Usted conoce si existen leyes en nuestro país que regulen la toma de decisiones al final de la vida?**

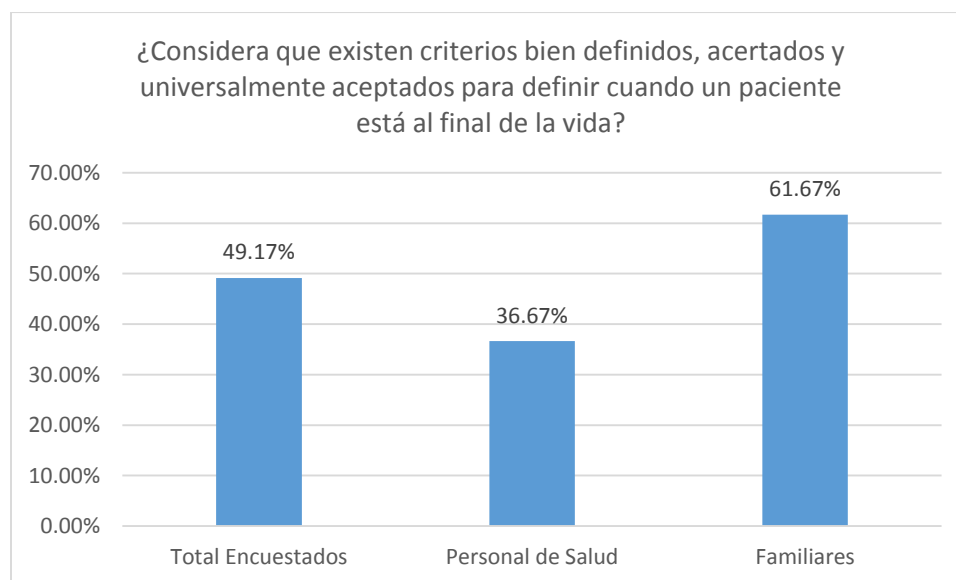
Hasta 50% del total de encuestados desconocen si existen leyes en nuestro país que regulen la toma de decisiones al final de la vida. En el grupo de Personal de la Salud, poco más de la mitad mencionó que si existen leyes en nuestro país que regulen la toma de decisiones al final de la vida, a diferencia del grupo de familiares, donde poco menos de la mitad dio la misma respuesta (Tabla 33).

| <b>Tabla 33 ¿Usted conoce si existen leyes en nuestro país que regulen la toma de decisiones al final de la vida?</b> |                                    |   |                                  |
|---|------------------------------------|---|----------------------------------|
| <b>Variable</b>   | <b>Encuestados<br/>n = 120 (%)</b> | <b>Personal de Salud<br/>n = 60 (%)</b> | <b>Familiares<br/>n = 60 (%)</b> |
| <b>No Contestó</b>  | 1 (0.83)                           | 1 (1.67)                                | 0 (0.00)                         |
| <b>Si</b>   | 59 (49.17)                         | 32 (53.33)                              | 27 (45.00)                       |
| <b>No</b>   | 60 (50.00)                         | 27 (45.00)                              | 33 (55.00)                       |

**6.14 ¿Considera que existen criterios bien definidos, acertados y universalmente aceptados dentro de la comunidad médica para definir cuando un paciente está al final de la vida?**

Del total de encuestados, poco menos de la mitad consideraron que existen criterios bien definidos, acertados y universalmente aceptados para definir cuando un paciente está al final de la vida. Del personal de salud la mayoría consideró que no existen criterios, y a diferencia del grupo de familiares, la mayoría si consideró que existen criterios bien definidos, acertados y universalmente aceptados para definir cuando un paciente está al final de la vida. (Tabla 34).

| <b>Tabla 34. ¿Considera que existen criterios bien definidos, acertados y universalmente aceptados dentro de la comunidad médica para definir cuando un paciente está al final de la vida?</b> |                                    |   |                                  |
|--|------------------------------------|---|----------------------------------|
|  | <b>Encuestados<br/>n = 120 (%)</b> | <b>Personal de Salud<br/>n = 60 (%)</b> | <b>Familiares<br/>n = 60 (%)</b> |
| <b>Si</b>  | 59 (49.17)                         | 22 (36.67)                              | 37 (61.67)                       |
| <b>No</b>  | 57 (47.50)                         | 38 (63.33)                              | 19 (31.67)                       |
| <b>No Contestó</b>   | 4 (3.33)                           | 0 (0.00)                                | 4 (6.67)                         |



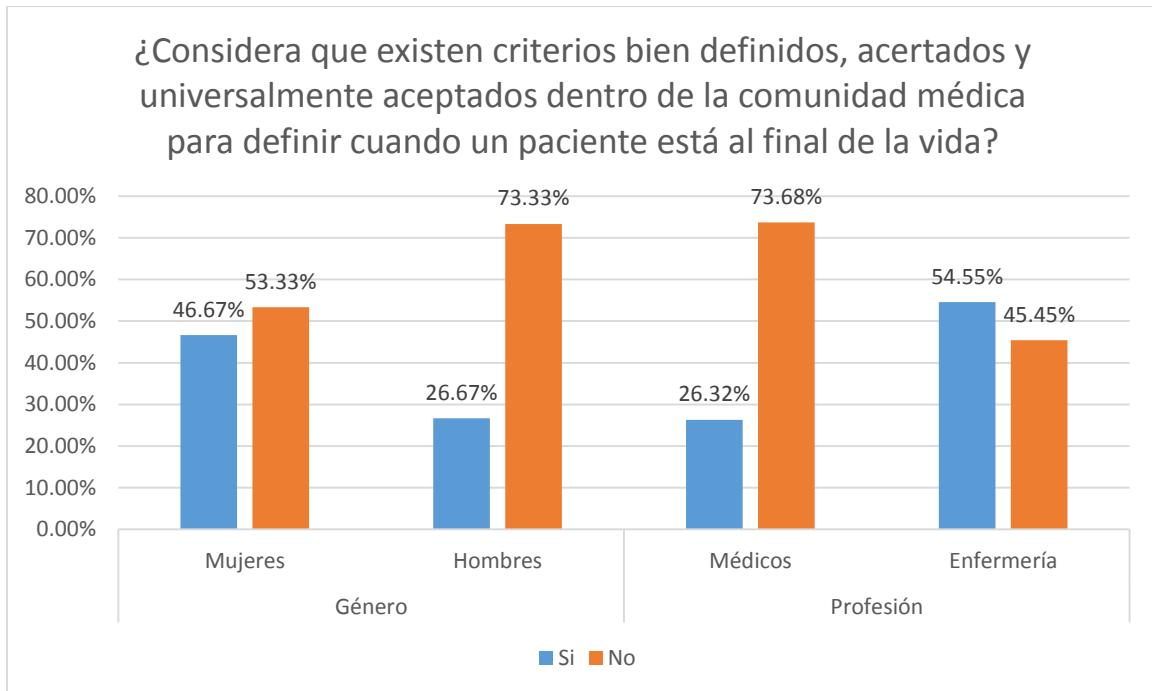
**Gráfica 18**

En el total de encuestados, la mayoría de mujeres si consideraban que existen criterios bien definidos y aceptados universalmente para definir cuando un paciente está al final de la vida, al contrario de los hombres donde la mayoría consideraba que no había criterios bien definidos. Según el rango de edad, de los 31 - 70 años de edad la mayoría consideraba que había criterios bien definidos mientras que los extremos de edad consideraban lo contrario (Tabla 35).

| <b>Tabla 35. ¿Considera que existen criterios bien definidos, acertados y universalmente aceptados dentro de la comunidad médica para definir cuando un paciente está al final de la vida?</b> |            |            |                    |
|--|------------|------------|--------------------|
| <b>Variable</b>  | <b>Si</b>  | <b>No</b>  | <b>No Contestó</b> |
| <b>Género</b>  |            |            |                    |
| Mujeres<br>n = 66 (%)  | 38 (57.58) | 26 (39.39) | 2 (3.03)           |
| Hombres<br>n = 54 (%)  | 21 (38.89) | 31 (57.41) | 2 (3.70)           |
| <b>Rango de Edad</b>   |            |            |                    |
| 21 - 30 años<br>n = 42 (%)   | 15 (35.71) | 27 (64.29) | 0 (0.00)           |
| 31 - 40 años<br>n = 39 (%)   | 20 (51.28) | 18 (46.15) | 1 (2.56)           |
| 41 - 50 años<br>n = 21 (%)   | 13 (61.90) | 7 (33.33)  | 1 (4.76)           |
| 51 - 60 años<br>n = 12 (%)   | 8 (66.67)  | 2 (16.67)  | 2 (16.67)          |
| 61 - 70 años<br>n = 3 (%)  | 2 (66.67)  | 1 (33.33)  | 0 (0.00)           |
| >71 años<br>n = 3 (%)  | 1 (33.33)  | 2 (66.67)  | 0 (0.00)           |

En el personal de salud, se observó una diferencia entre la profesión, ya que la mayoría de médicos consideraban que no había criterios bien definidos, mientras que poco más de la mitad del personal de enfermería consideraba que si había criterios bien definidos (Tabla 36)

| <b>Tabla 36. ¿Considera que existen criterios bien definidos, acertados y universalmente aceptados dentro de la comunidad médica para definir cuando un paciente está al final de la vida?</b> |                              |                              |                              |                                 |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <b>(Personal de Salud)</b>   |                              |                              |                              |                                 |
| <b>Variable</b>  | <b>Género</b>                |                              | <b>Profesión</b>             |                                 |
|  | <b>Mujeres</b><br>n = 30 (%) | <b>Hombres</b><br>n = 30 (%) | <b>Médicos</b><br>n = 38 (%) | <b>Enfermería</b><br>n = 22 (%) |
| <b>Si</b>  | 14 (46.67)                   | 8 (26.67)                    | 10 (26.32)                   | 12 (54.55)                      |
| <b>No</b>  | 16 (53.33)                   | 22 (73.33)                   | 28 (73.68)                   | 10 (45.45)                      |



**Gráfica 19**

En el grupo de familiares, la mayoría consideraba que existían criterios bien definidos, a excepción de los que tenían estudios de primaria, donde 6 (75%) personas respondieron que no existen criterios bien definidos para determinar cuando un paciente está al final de la vida (Tabla 37).

| <b>Tabla 37. ¿Considera que existen criterios bien definidos, acertados y universalmente aceptados dentro de la comunidad médica para definir cuando un paciente está al final de la vida? (Familiares)</b> |            |            |                    |
|---|------------|------------|--------------------|
| <b>Variable</b>   | <b>Si</b>  | <b>No</b>  | <b>No Contestó</b> |
| <b>Género</b>   |            |            |                    |
| Mujeres<br>n = 36 (%)   | 24 (66.67) | 10 (27.78) | 2 (5.56)           |
| Hombres<br>n = 24 (%)   | 13 (54.17) | 9 (37.50)  | 2 (8.33)           |
| <b>Grado de Estudios</b>  |            |            |                    |
| Licenciatura<br>n = 28 (%)  | 18 (64.29) | 8 (28.57)  | 2 (7.14)           |
| Preparatoria<br>n = 12 (%)  | 9 (75)     | 3 (25)     | 0 (0.00)           |
| Secundaria<br>n = 10 (%)  | 8 (80.00)  | 1 (10.00)  | 1 (10.00)          |
| Primaria<br>n = 8 (%)   | 1 (12.50)  | 6 (75.00)  | 1 (12.50)          |

**6.15 Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes opciones?**

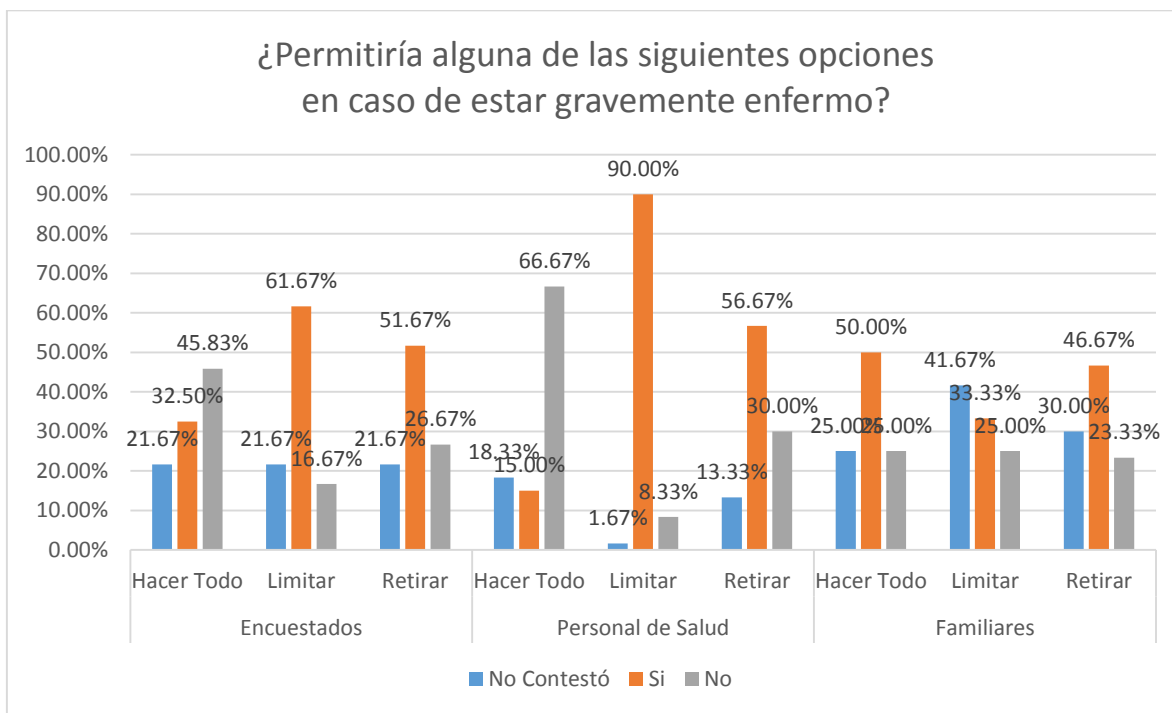
En el total de la muestra, 55 (45.83%) personas no deseaban que se realizaran todas las maniobras posibles para continuar con vida, 74 (61,67%) estaban de acuerdo en que se les limitara el apoyo, y 62 (51.67%) estaban de acuerdo en que se les Retirara el apoyo. Dentro del grupo del Personal de la Salud, hasta 90% estaban de acuerdo en que se les limitara el apoyo pero solo poco más de la mitad estaba de acuerdo en que se les retirar el apoyo. Y dentro del grupo de Familiares, la mitad deseaba que se realizaran todas las maniobras posibles para continuar con vida, y la mayoría no deseaba que se limitara o retirara el apoyo o no contestó (Tabla 38 - 40).

| <b>Tabla 38. Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes opciones?</b> |                                      |   |   |
|--|--------------------------------------|---|---|
| <b>Variable</b>  | <b>Realizar Todo<br/>n = 120 (%)</b> | <b>Limitar el Apoyo<br/>n = 120 (%)</b> | <b>Retirar el Apoyo<br/>n = 120 (%)</b> |
| <b>Si</b>  | 39 (32.50)                           | 74 (61.67)                              | 62 (51.67)                              |
| <b>No</b>  | 55 (45.83)                           | 20 (16.67)                              | 32 (26.67)                              |
| <b>No Contestó</b>   | 26 (21.67)                           | 26 (21.67)                              | 26 (21.67)                              |

| <b>Tabla 39. Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes opciones? (Personal de Salud)</b> |                                     |  |  |
|--|-------------------------------------|--|--|
| <b>Variable</b>  | <b>Realizar Todo<br/>n = 60 (%)</b> | <b>Limitar el Apoyo<br/>n = 60 (%)</b> | <b>Retirar el Apoyo<br/>n = 60 (%)</b> |
| <b>Si</b>  | 9 (15.00)                           | 74 (61.67)                             | 62 (51.67)                             |
| <b>No</b>  | 35 (45.83)                          | 20 (16.67)                             | 32 (26.67)                             |
| <b>No Contestó</b>   | 26 (18.33)                          | 26 (21.67)                             | 26 (21.67)                             |

**Tabla 40. Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes opciones? (Familiares)**

| Variable    | Realizar Todo<br>n = 60 (%) | Limitar el Apoyo<br>n = 60 (%) | Retirar el Apoyo<br>n = 60 (%) |
|-------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Si          | 30 (50)                     | 20 (33.33)                     | 28 (46.67)                     |
| No          | 15 (25)                     | 15 (25.00)                     | 14 (23.33)                     |
| No Contestó | 15 (25)                     | 25 (41.67)                     | 18 (30.00)                     |



**Gráfica 20**

En el total de la muestra, no hubo diferencias importantes según el género. Según el rango de edad, de los 21 - 40 años de edad, la mayoría estaba de acuerdo con limitar el apoyo; de los 41 - 50 años, la mayoría estaba de acuerdo con retirar el apoyo, mientras que de los 51 años en adelante la mayoría estaba de acuerdo con realizar todas las maniobras aunque tuvieran un bajo porcentaje de ser efectivas (Tabla 41, 42).

| Tabla 41. Si se encontrara ingresado en UTI gravemente enfermo, ¿Permitiría alguna de las siguientes opciones? |                    |               |               |                    |               |               |
|--|--------------------|---------------|---------------|--------------------|---------------|---------------|
| Variable   | Mujeres n = 66 (%) |               |               | Hombres n = 54 (%) |               |               |
|  | Realizar Todo      | Limitar Apoyo | Retirar Apoyo | Realizar Todo      | Limitar Apoyo | Retirar Apoyo |
| Si   | 19 (28.79)         | 42 (63.64)    | 35 (53.03)    | 20 (37.04)         | 32 (59.26)    | 27 (50.00)    |
| No   | 31 (46.97)         | 11 (16.67)    | 19 (28.79)    | 24 (44.44)         | 9 (16.67)     | 13 (24.07)    |
| No Contestó  | 16 (24.24)         | 13 (19.70)    | 12 (18.18)    | 10 (18.52)         | 13 (24.07)    | 14 (25.93)    |

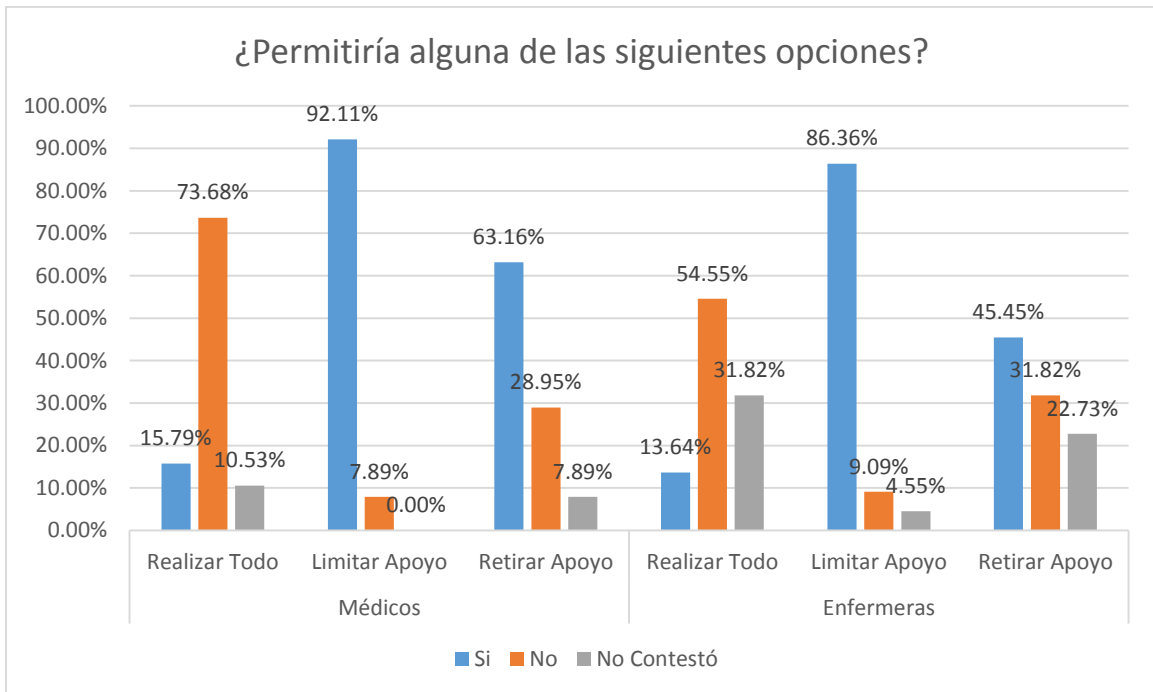
| Tabla 42. Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes opciones? |               |               |              |               |              |              |               |               |              |
|---|---------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|--------------|
| Variable  | Realizar Todo |               |              | Limitar Apoyo |              |              | Retirar Apoyo |               |              |
|   | Si            | No            | No Contestó  | Si            | No           | No Contestó  | Si            | No            | No Contestó  |
| <b>21 - 30</b><br>n= 42 (%)   | 10<br>(23.81) | 26<br>(61.90) | 6<br>(14.29) | 36<br>(85.71) | 5<br>(11.90) | 1<br>(2.38)  | 28<br>(66.67) | 11<br>(26.19) | 3<br>(7.14)  |
| <b>31 - 40</b><br>n= 39 (%)   | 11<br>(28.21) | 23<br>(58.97) | 5<br>(12.82) | 27<br>(69.23) | 6<br>(15.38) | 6<br>(15.38) | 17<br>(43.59) | 14<br>(35.90) | 8<br>(20.51) |
| <b>41 - 50</b><br>n= 21 (%)   | 8<br>(38.10)  | 4<br>(19.05)  | 9<br>(42.86) | 9<br>(42.86)  | 4<br>(19.05) | 8<br>(38.10) | 12<br>(57.14) | 3<br>(14.29)  | 6<br>(28.57) |
| <b>51 - 60</b><br>n= 12 (%)   | 6<br>(50.00)  | 2<br>(16.67)  | 4<br>(33.33) | 2<br>(16.67)  | 3<br>(25.00) | 7<br>(58.33) | 3<br>(25.00)  | 2<br>(16.67)  | 7<br>(58.33) |
| <b>61 - 70</b><br>n= 3 (%)  | 2<br>(66.67)  | 0<br>(0.00)   | 1<br>(33.33) | 0<br>(0.00)   | 1<br>(33.33) | 2<br>(66.67) | 1<br>(33.33)  | 1<br>(33.33)  | 1<br>(33.33) |
| <b>&gt;71</b><br>n= 3 (%)   | 2<br>(66.67)  | 0<br>(0.00)   | 1<br>(33.33) | 0<br>(0.00)   | 1<br>(33.33) | 2<br>(66.67) | 1<br>(33.33)  | 1<br>(33.33)  | 1<br>(33.33) |

Dentro del grupo de personal de salud, la gran mayoría estaba de acuerdo en limitar el apoyo, pero con un poco más de la mitad que estaba de acuerdo en que se les retirara el apoyo; a este aspecto se encontró que poco menos de la mitad del personal de enfermería aceptaba que se les retirara el apoyo (Tabla 43, 44).



| Tabla 43. Si se encontrara ingresado en UTI gravemente enfermo, ¿Permitiría alguna de las siguientes opciones? (Personal de Salud) |                    |               |               |                    |               |               |
|--|--------------------|---------------|---------------|--------------------|---------------|---------------|
| Variable   | Mujeres n = 30 (%) |               |               | Hombres n = 30 (%) |               |               |
|  | Realizar Todo      | Limitar Apoyo | Retirar Apoyo | Realizar Todo      | Limitar Apoyo | Retirar Apoyo |
| Si   | 2 (6.67)           | 27 (90.00)    | 16 (53.33)    | 7 (23.33)          | 27 (90.00)    | 18 (60.00)    |
| No   | 20 (66.67)         | 2 (6.67)      | 9 (30.00)     | 20 (66.67)         | 3 (10.00)     | 9 (30.00)     |
| No Contestó  | 8 (26.67)          | 1 (3.33)      | 5 (16.67)     | 3 (10.00)          | 0 (0.00)      | 3 (10.00)     |

| Tabla 44. Si se encontrara ingresado en UTI gravemente enfermo, ¿Permitiría alguna de las siguientes opciones? (Personal de Salud) |                    |               |               |                       |               |               |
|--|--------------------|---------------|---------------|-----------------------|---------------|---------------|
|  | Médicos n = 38 (%) |               |               | Enfermeras n = 22 (%) |               |               |
|  | Realizar Todo      | Limitar Apoyo | Retirar Apoyo | Realizar Todo         | Limitar Apoyo | Retirar Apoyo |
| Si   | 6 (15.79)          | 35 (92.11)    | 24 (63.16)    | 3 (13.64)             | 19 (86.36)    | 10 (45.45)    |
| No   | 28 (73.68)         | 3 (7.89)      | 11 (28.95)    | 12 (54.55)            | 2 (9.09)      | 7 (31.82)     |
| No Contestó  | 4 (10.53)          | 0 (0.00)      | 3 (7.89)      | 7 (31.82)             | 1 (4.55)      | 5 (22.73)     |



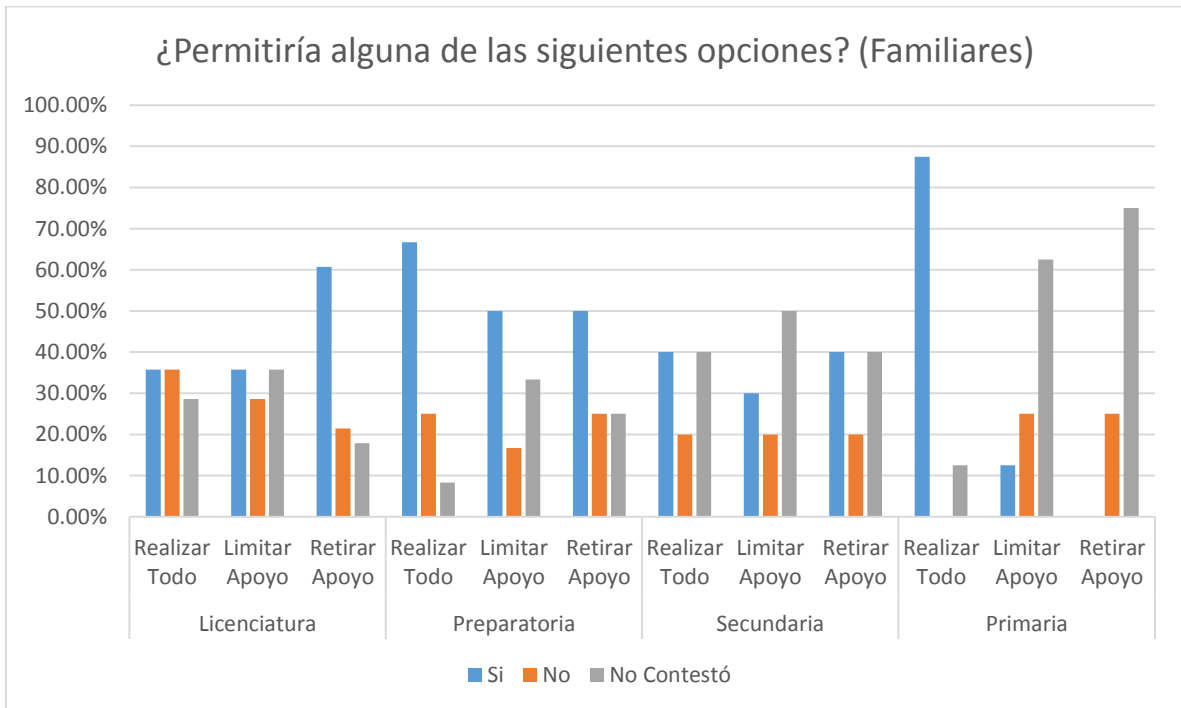
Gráfica 21

Dentro del grupo de familiares, la mayoría no aceptaba limitar o retirar el apoyo, o no contestó. Se observó que los hombres en mucho menos porcentaje aceptaron limitar o retirar el apoyo en sí mismos. Según el grado de estudios, aquellos con licenciatura estuvieron más de acuerdo en que se les retirara el apoyo; de aquellos con estudios de secundaria y preparatoria, se observó que aunque la mayoría respondió realizar todas las maniobras, los porcentajes eran similares en cuanto a aceptación de limitar o retirar el apoyo; y de aquellos con estudios de primaria la gran mayoría eligió que se realizaran todas las maniobras, con baja aceptación para que se les limitara o retira el apoyo. Según el rango de edad, de los 31 - 50 años de edad, la mayoría estaba de acuerdo con retirar el apoyo, pero con porcentajes similares para realizar todas las maniobras y limitar el apoyo; mientras que de los 21 - 30 años y de los 51 hacia adelante la mayoría estaba de acuerdo con realizar todas las maniobras aunque tuvieran un bajo porcentaje de ser efectivas, con la diferencia de que aquellos entre 21 - 30 años tuvieron porcentajes similares en cuanto a permitir que se les retira o limitara el apoyo, mientras que los mayores de 50 años la mayoría no estaba de acuerdo en que se les limitara o retirara el apoyo (Tabla 45 - 47).

| <b>Tabla 45. Si se encontrara ingresado en UTI gravemente enfermo, ¿Permitiría alguna de las siguientes opciones? (Familiares)</b> |                           |                      |                      |                           |                      |                      |
|--|---------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|
|  | <b>Mujeres n = 36 (%)</b> |                      |                      | <b>Hombres n = 24 (%)</b> |                      |                      |
|  | <b>Realizar Todo</b>      | <b>Limitar Apoyo</b> | <b>Retirar Apoyo</b> | <b>Realizar Todo</b>      | <b>Limitar Apoyo</b> | <b>Retirar Apoyo</b> |
| <b>Si</b>  | 17 (47.22)                | 15 (41.67)           | 19 (52.78)           | 13 (54.17)                | 5 (20.83)            | 9 (37.50)            |
| <b>No</b>  | 11 (30.56)                | 9 (25.00)            | 10 (27.78)           | 4 (16.67)                 | 6 (25.00)            | 4 (16.67)            |
| <b>No Contestó</b>   | 8 (22.22)                 | 12 (33.33)           | 7 (19.44)            | 7 (29.17)                 | 13 (54.17)           | 11 (45.83)           |

**Tabla 46. Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes opciones? (Familiares)**

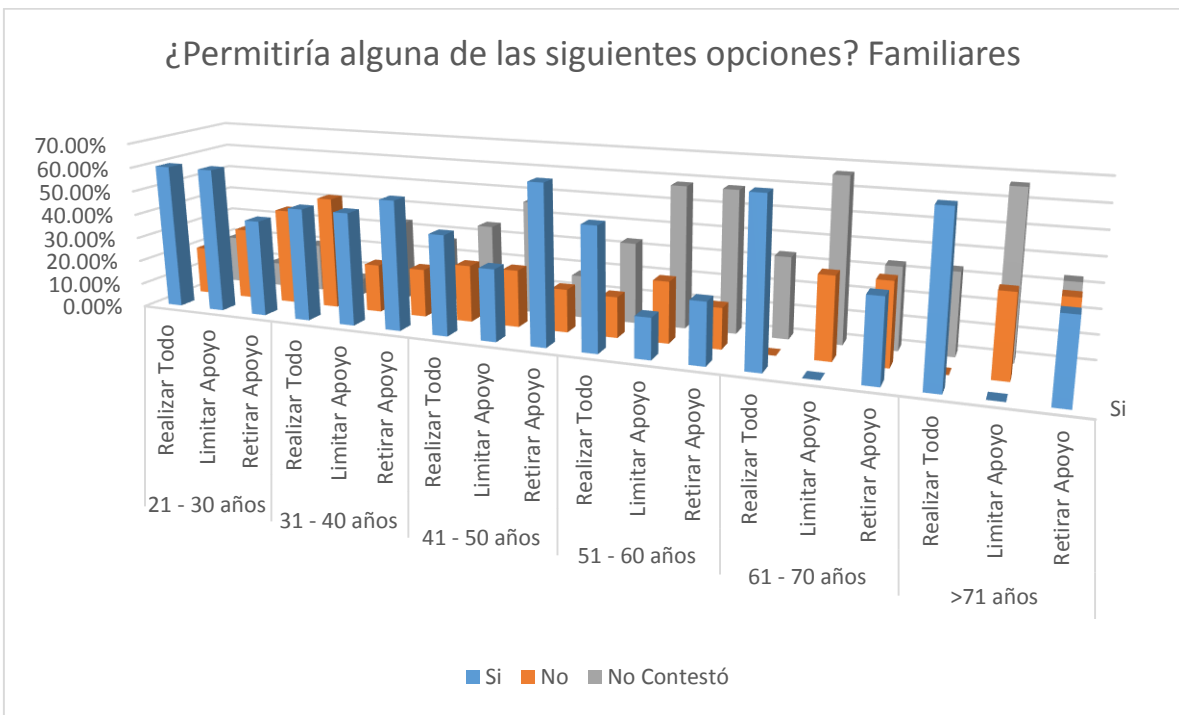
| Variable                         | Realizar Todo |               |              | Limitar Apoyo |              |               | Retirar Apoyo |              |              |
|----------------------------------|---------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|---------------|--------------|--------------|
|                                  | Si            | No            | No Contestó  | Si            | No           | No Contestó   | Si            | No           | No Contestó  |
| <b>Licenciatura</b><br>n= 28 (%) | 10<br>(35.71) | 10<br>(35.71) | 8<br>(28.57) | 10<br>(35.71) | 8<br>(28.57) | 10<br>(35.71) | 17<br>(60.71) | 6<br>(21.43) | 5<br>(17.86) |
| <b>Preparatoria</b><br>n= 12 (%) | 8<br>(66.67)  | 3<br>(25.00)  | 1<br>(8.33)  | 6<br>(50.00)  | 2<br>(16.67) | 4<br>(33.33)  | 6<br>(50.00)  | 3<br>(25.00) | 3<br>(25.00) |
| <b>Secundaria</b><br>n= 10 (%)   | 4<br>(40.00)  | 2<br>(20.00)  | 4<br>(40.00) | 3<br>(30.00)  | 2<br>(20.00) | 5<br>(50.00)  | 4<br>(40.00)  | 2<br>(20.00) | 4<br>(40.00) |
| <b>Primaria</b><br>n= 8 (%)      | 7<br>(87.50)  | 0<br>(0.00)   | 1<br>(12.50) | 1<br>(12.50)  | 2<br>(25.00) | 5<br>(62.50)  | 0<br>(0.00)   | 2<br>(25.00) | 6<br>(75.00) |



**Gráfica 22**

**Tabla 47. Si usted se encontrara ingresado en UTI y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes opciones? (Familiares)**

| Variable                    | Realizar Todo |              |              | Limitar Apoyo |              |              | Retirar Apoyo |              |              |
|-----------------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|
|                             | Si            | No           | No Contestó  | Si            | No           | No Contestó  | Si            | No           | No Contestó  |
| <b>21 - 30</b><br>n= 10 (%) | 6<br>(60.00)  | 2<br>(20.00) | 2<br>(20.00) | 6<br>(60.00)  | 3<br>(30.00) | 1<br>(10.00) | 4<br>(40.00)  | 4<br>(40.00) | 2<br>(20.00) |
| <b>31 - 40</b><br>n= 15 (%) | 7<br>(46.67)  | 7<br>(46.67) | 1<br>(6.67)  | 7<br>(46.67)  | 3<br>(20.00) | 5<br>(33.33) | 8<br>(53.33)  | 3<br>(20.00) | 4<br>(26.67) |
| <b>41 - 50</b><br>n= 17 (%) | 7<br>(41.18)  | 4<br>(23.53) | 6<br>(35.29) | 5<br>(29.41)  | 4<br>(23.53) | 8<br>(47.06) | 11<br>(64.71) | 3<br>(17.65) | 3<br>(17.65) |
| <b>51 - 60</b><br>n= 12 (%) | 6<br>(50.00)  | 2<br>(16.67) | 4<br>(33.33) | 2<br>(16.67)  | 3<br>(25.00) | 7<br>(58.33) | 3<br>(25.00)  | 2<br>(16.67) | 7<br>(58.33) |
| <b>61 - 70</b><br>n= 3 (%)  | 2<br>(66.67)  | 0<br>(0.00)  | 1<br>(33.33) | 0<br>(0.00)   | 1<br>(33.33) | 2<br>(66.67) | 1<br>(33.33)  | 1<br>(33.33) | 1<br>(33.33) |
| <b>&gt;71</b><br>n=3 (%)    | 2<br>(66.67)  | 0<br>(0.00)  | 1<br>(33.33) | 0<br>(0.00)   | 1<br>(33.33) | 2<br>(66.67) | 1<br>(33.33)  | 1<br>(33.33) | 1<br>(33.33) |



**Gráfica 23**

En el grupo total de encuestados, cuando se relacionó entre si consideraban aceptable o no el limitar o retirar el apoyo en la UTI con lo que permitirían en sí mismos, se encontraron los siguientes resultados (tabla 48)

| <b>Tabla 48. Aceptable Limitar o Retirar apoyo en UTI y las acciones que permitirían en sí mismos</b> |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <b>Variables</b>  | <b>Si Limitar en UTI<br/>n = 74 (%)</b> | <b>No Limitar en UTI<br/>n = 25 (%)</b> | <b>Si Retirar en UTI<br/>n = 61 (%)</b> | <b>No Retirar en UTI<br/>n = 32 (%)</b> |
| <b>Realizar Todo en Mi</b>  |   |   |   |   |
| Si n = 39   | 15 (20.27)                              | 16 (64.00)                              | 12 (19.67)                              | 16 (50.00)                              |
| No n = 55   | 47 (63.51)                              | 5 (20.00)                               | 33 (54.10)                              | 15 (46.88)                              |
| <b>Limitar en Mi</b>  |   |   |   |   |
| Si n = 74   | 66 (89.19)                              | 5 (20.00)                               | 46 (75.41)                              | 16 (50.00)                              |
| No n = 20   | 5 (6.76)                                | 11 (44.00)                              | 6 (9.84)                                | 8 (25.00)                               |
| <b>Retirar en Mi</b>  |   |   |   |   |
| Si n = 62   | 45 (60.81)                              | 4 (16.00)                               | 49 (80.33)                              | 5 (15.63)                               |
| No n = 32   | 19 (25.68)                              | 10 (40.00)                              | 7 (11.48)                               | 18 (56.25)                              |

Dentro del personal de salud, al relacionar las respuestas que dieron en cuanto a si consideraban aceptable o no limitar o retirar el apoyo en UTI con sus respuestas de la pregunta anterior, se encontró (tabla 49):

| <b>Tabla 49. Aceptable Limitar o Retirar apoyo en UTI y las acciones que permitirían en sí mismos (Personal de Salud)</b> |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <b>Variables</b>  | <b>Si Limitar en UTI<br/>n = 57 (%)</b> | <b>No Limitar en UTI<br/>n = 3 (%)</b> | <b>Si Retirar en UTI<br/>n = 36 (%)</b> | <b>No Retirar en UTI<br/>n = 17 (%)</b> |
| <b>Realizar Todo en Mi</b>  |   |  |   |   |
| Si n = 9  | 8 (14.04)                               | 1 (33.33)                              | 6 (16.67)                               | 2 (11.76)                               |
| No n = 40   | 38 (66.67)                              | 2 (66.67)                              | 23 (63.89)                              | 15 (88.24)                              |
| <b>Limitar en Mi</b>  |   |  |   |   |
| Si n = 54   | 53 (92.98)                              | 1 (33.33)                              | 33 (91.67)                              | 15 (88.24)                              |
| No n = 5  | 3 (5.26)                                | 2 (66.67)                              | 2 (5.56)                                | 2 (11.76)                               |
| <b>Retirar en Mi</b>  |   |  |   |   |
| Si n = 34   | 33 (57.89)                              | 1 (33.33)                              | 27 (75.00)                              | 5 (29.41)                               |
| No n = 18   | 16 (28.07)                              | 2 (66.67)                              | 5 (13.89)                               | 11 (64.71)                              |

Al relacionar las anteriores respuestas según su profesión como médicos y personal de enfermería, se encontró lo siguiente (tabla 50, 51):

| <b>Tabla 50. Aceptable Limitar o Retirar apoyo en UTI y las acciones que permitirían en sí mismos (Personal de Salud)</b> |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <b>Variables</b>  | <b>Médicos</b>                          |  |   |   |
|   | <b>Si Limitar en UTI<br/>n = 37 (%)</b> | <b>No Limitar en UTI<br/>n = 1 (%)</b> | <b>Si Retirar en UTI<br/>n = 25 (%)</b> | <b>No Retirar en UTI<br/>n = 10 (%)</b> |
| <b>Realizar Todo en Mi</b>  |   |  |   |   |
| Si n = 6  | 6 (16.22)                               | 0 (0.00)                               | 5 (20.00)                               | 1 (10.00)                               |
| No n = 28   | 27 (72.97)                              | 1 (100.00)                             | 18 (72.00)                              | 9 (90.00)                               |
| <b>Limitar en Mi</b>  |   |  |   |   |
| Si n = 35   | 34 (91.89)                              | 1 (100.00)                             | 23 (92.00)                              | 9 (90.00)                               |
| No n = 3  | 3 (8.11)                                | 0 (0.00)                               | 2 (8.00)                                | 1 (10.00)                               |
| <b>Retirar en Mi</b>  |   |  |   |   |
| Si n = 24   | 23 (62.16)                              | 1 (100.00)                             | 18 (72.00)                              | 4 (40.00)                               |
| No n = 11   | 11 (29.73)                              | 0 (0.00)                               | 5 (20.00)                               | 6 (60.00)                               |

| <b>Tabla 51. Aceptable Limitar o Retirar apoyo en UTI y las acciones que permitirían en si mismos (Personal de Salud)</b> |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <b>Variables</b>  | <b>Enfermería</b>                       |  |   |  |
|   | <b>Si Limitar en UTI<br/>n = 20 (%)</b> | <b>No Limitar en UTI<br/>n = 2 (%)</b> | <b>Si Retirar en UTI<br/>n = 11 (%)</b> | <b>No Retirar en UTI<br/>n = 7 (%)</b> |
| <b>Realizar Todo en Mi</b>  |   |  |   |  |
| Si n = 3  | 2 (10.00)                               | 1 (50.00)                              | 1 (9.09)                                | 1 (14.29)                              |
| No n = 12   | 11 (55.00)                              | 1 (50.00)                              | 5 (45.45)                               | 6 (85.71)                              |
| <b>Limitar en Mi</b>  |   |  |   |  |
| Si n = 19   | 19 (95.00)                              | 0 (0.00)                               | 10 (90.91)                              | 6 (85.71)                              |
| No n = 2  | 0 (0.00)                                | 2 (100.00)                             | 0 (0.00)                                | 1 (14.29)                              |
| <b>Retirar en Mi</b>  |   |  |   |  |
| Si n = 10   | 10 (50.00)                              | 0 (0.00)                               | 9 (81.82)                               | 1 (14.29)                              |
| No n = 7  | 5 (25.00)                               | 2 (100.00)                             | 0 (0.00)                                | 5 (71.43)                              |

Dentro del grupo de familiares, cuando se relacionó entre si consideraban el limitar o retirar el apoyo en la UTI con lo que permitirían en sí mismos, se encontraron los siguientes resultados (tabla 52):

| <b>Tabla 52. Aceptable Limitar o Retirar apoyo en UTI y las acciones que permitirían en sí mismos (Familiares)</b> |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <b>Variables</b>   | <b>Si Limitar en UTI<br/>n = 17 (%)</b> | <b>No Limitar en UTI<br/>n = 22 (%)</b> | <b>Si Retirar en UTI<br/>n = 25 (%)</b> | <b>No Retirar en UTI<br/>n = 15 (%)</b> |
| <b>Realizar Todo en Mi</b>   |   |   |   |   |
| Si n = 30  | 7 (41.18)                               | 15 (68.18)                              | 6 (24.00)                               | 14 (93.33)                              |
| No n = 15  | 9 (52.94)                               | 3 (13.64)                               | 10 (40.00)                              | 0 (0.00)                                |
| <b>Limitar en Mi</b>   |   |   |   |   |
| Si n = 20  | 13 (76.47)                              | 4 (18.18)                               | 13 (52.00)                              | 1 (6.67)                                |
| No n = 15  | 2 (11.76)                               | 9 (40.91)                               | 4 (16.00)                               | 6 (40.00)                               |
| <b>Retirar en Mi</b>   |   |   |   |   |
| Si n = 28  | 12 (70.59)                              | 3 (13.64)                               | 22 (88.00)                              | 0 (0.00)                                |
| No n = 14  | 3 (17.65)                               | 8 (36.36)                               | 2 (8.00)                                | 7 (46.67)                               |

## 7. DISCUSIÓN

El objetivo principal de nuestro estudio fue encontrar que tanto la población aceptaba o no limitar o retirar el apoyo en pacientes críticamente enfermos. Para ello dividimos a la población en dos grupos principales, uno correspondiente al personal de salud laborase o no dentro de la UTI y otro correspondiente a los familiares de personas que se encontraban al momento de contestar el cuestionario, ingresados en la UTI, y lo anteriormente principalmente para intentar valorar si había diferencias importantes entre uno y otro en su forma de pensar y actuar.

A aquellos dentro del grupo de personal de salud para su propio análisis se les dividió según el género y según el rango de edad; y a aquellos dentro del grupo de familiares se les dividió según el género, rango de edad y además el grado de estudios, para de igual formar intentar encontrar diferencias en la forma de pensar y actuar entre estos distintos subgrupos.

Dentro del análisis para este trabajo no encontramos diferencias significativas entre mujeres y hombres por lo que no se tomó en cuenta este factor para análisis posteriores.

Como ya se había mencionado anteriormente, en nuestro país, no hay algún estudio similar que haya abordado este tema, y encontramos varios aspectos importantes que podrían corresponder no solo a nuestra UTI sino también a lo que la población en general piensa y desea.

Primeramente comencemos por abordar los aspectos que la población pudiese considerar importantes para la toma de decisiones. Por ello, una de las primeras preguntas del cuestionario es el que esperan del médico tratante en UTI y específicamente entre si preservar la vida a toda costa o interesarse en lo que es calidad de vida para el paciente. En el estudio ETHICATT, de un total de 1,525



encuestados, el 75% basaba sus decisiones tomando más en cuenta la calidad de vida que el valor de la vida; 420 eran médicos, 490 eran personal de enfermería, 275 fueron pacientes que habían estado ingresados en UTI y 340 eran familiares de pacientes que estuvieron ingresados en UTI, de los cuales 88%, 87%, 51%, 63% respectivamente habían elegido esta opción.<sup>6</sup> A diferencia del estudio ETHICATT, nosotros no interrogamos a los pacientes, pero si realizamos división según el rango de edad, o grados de estudios. Nosotros encontramos que al igual que el estudio ETHICATT, la mayoría estaba de acuerdo en que era importante la calidad de vida; sin embargo, llama la atención que hasta 62.50% de aquellos con educación primaria y 66.67% de los familiares con >71 años de edad esperaban del médico tratante preservar la vida a toda costa sin consideración de la calidad de vida. También encontramos similar al estudio ETHICATT que el personal de salud estuvo más de acuerdo con la calidad de vida que el grupo de familiares. Lo anteriormente comentado nos hace ver que la mayor parte de la población desea que su paciente sobreviva en las mejores condiciones posibles, pero que hay un grupo importante de personas que escogen el vivir a toda costa. No fue el objetivo de este estudio dilucidar las razones para una u otra opción, pero es posible que el aspecto emocional juegue un papel importante tanto para una como para la otra; por una parte causa un gran temor el observar un ser querido con deterioro cognitivo o funcional y fallecer postrado en cama con una muy mala calidad de vida los últimos días de su vida, o peor aún que sobreviva dicho paciente pero sea un padecimiento crónico incluso de varios años como sería un estado vegetativo donde es importante que un cuidador esté al tanto de las necesidades del paciente las 24 horas del día y sin esperanza de mejoría pronto o en el peor de los casos nula. La otra postura sobre la elección de vivir a toda costa también es entendible en el hecho de que en muchas ocasiones los lazos emocionales atan a una persona a la presencia del ser querido y con ello se evita la muerte hasta sus últimas consecuencias, aunque ello implique que el paciente se vuelva dependiente de un cuidador por el resto de su vida. No es el objetivo de este trabajo juzgar una u otra postura, pero cabe subrayar que el personal de salud y aquellos con mayor grado de estudio tomaron la misma postura en cuento

a elegir la calidad de vida sobre el valor de la vida misma, y esta tendencia podría estar dado precisamente por la educación recibida y el que hoy en día se respete mucho más que antes la individualidad de cada persona en cuanto a su bienestar físico, psicológico y espiritual.

Y es precisamente en ese ámbito de individualidad que se interrogó la actitud que tomarían los encuestados en el supuesto de que si los deseos del paciente ingresado en UTI antes de estar inconsciente, hubiesen sido los de no continuar maniobras o tratamientos porque no habían tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviviera era muy bajo. La mayoría respondió honrar los deseos de su paciente; sin embargo en el grupo de familiares, un alto porcentaje (hasta 31.88%) mencionó el tomar en cuenta la opinión de los demás familiares y decidir en base a lo que la mayoría desea; no así en el personal de salud quienes en su mayoría mencionaron honrar los deseos de su paciente hasta un 75.38%. En E.U.A. la medicina se ha movido de un modelo paternalista a uno que promueve la autonomía y la autodeterminación, a diferencia de Europa donde la relación médico-paciente aún es un poco más paternalista.<sup>18</sup> En general, en nuestro hospital, la práctica médica y la relación médico-paciente siguen modelos bioéticos similares a los de E.U.A. Y una tendencia similar vemos en el grupo de familiares; según el grado de estudios, aquellos con mayor grado de estudios su respuesta fue honrar los deseos de su paciente, pero a menor grado de estudios, la decisión que iba predominando fue tomar en cuenta a los familiares, hasta llegar a aquellos con educación primaria donde el 40% respondió ir en contra de los deseos de su paciente y decidir lo que a su juicio consideraban correcto. De igual forma, cuando se analizó el grupo de familiares según el rango de edades, de 31 a 70 años su respuesta en la mayoría fue honrar los deseos de su paciente, de 21 a 30 años la mayoría eligió tomar en cuenta a los demás familiares, y en aquellos mayores de 71 años no hubo un predominio por cualquiera de las opciones pero solo 1 (33.33%) persona escogió honrar los deseos de su paciente, mientras que los otros eligieron continuar en contra de sus deseos y tomar en cuenta a los demás familiares. Esto habla que

entre más educados, más tendencia hacia la individualidad y autodeterminación del individuo, y con ello el respeto hacia la voluntad de cada paciente. Pero es importante resaltar que muchos otros prefieren tomar en cuenta la opinión de los demás familiares y decidir en base a lo que la mayoría desea. Hasta 90.5% de los hogares en México son de tipo familiar, y en nuestro país, a decir de un estudio hecho por el consejo de la comunicación en 2005: “la familia mexicana favorece el apoyo, la unión, la entrega, el amor y la alegría; su fortaleza es que la importancia de ello se percibe tanto en los momentos positivos como en los adversos. La familia mexicana genera en sus miembros valores comunes, tales como: sencillez, solidaridad, trabajo y esfuerzo, así como el resguardo de la tradición.”<sup>27</sup> Es decir que una gran posibilidad de que se haya elegido esta respuesta, es precisamente el hecho de que la familia en México sigue trabajando como un conjunto, donde lo que afecta a un miembro, afecta a los demás miembros de la familia, y cualquier decisión que se tome de igual forma afecta a todo el conjunto familiar.

Pero precisamente como no sabemos la razón exacta del porque en nuestro país se podrían tomar diferentes decisiones se les interrogó sobre el factor que tenía más peso en su elección de la pregunta anterior. Aunque se sabe que en nuestro país hasta 95.3% de la población total se reconoce como practicante de alguna religión,<sup>28</sup> llama la atención que nadie en ningún grupo mencionó motivos religiosos. Ya que la mayoría respondió honrar los deseos del paciente, al parecer la mayoría respondió respeto por su ser querido y su voluntad tomando en cuenta ese ámbito de individualidad y autodeterminación.

En base a lo mencionado anteriormente, vemos que en el grupo familiares, los mayores de 71 años eligieron esperanza en un milagro, aquellos entre 51 - 60 respondieron en su mayoría confianza en la ciencia médica y entre 21 - 50 la mayoría respondió respeto por el paciente. De igual forma, según el grado de estudios se aprecia que entre mayor grado de estudios la tendencia era respeto por su paciente y su voluntad, y no así en el caso de aquellos con estudios de primaria

quienes en su mayoría respondieron esperanza en un milagro. Esto viene a fortalecer la hipótesis que entre mayor grado de estudios se toma más en cuenta la individualidad de cada persona. La razón de porqué a mayor edad los encuestados respondieron esperanza en un milagro, tal vez debería valorarse qué relación tiene esa persona con el paciente, ya que puede ser el dependiente económico o la pareja del encuestado y los lazos emocionales, como se mencionó en párrafos anteriores, pueden influir en que los familiares vean más aceptable o no limitar o retirar el apoyo. Y en relación con lo mencionado anteriormente entre las decisiones realizadas entre los miembros de la familia, uno podría pensar que un porcentaje alto hubiese contestado “Temor a sentirme culpable posteriormente por la decisión tomada”, pero un porcentaje bajo eligió esta respuesta, lo que supondría que aunque las decisiones son en familia y dado que la mayoría respondió “respeto por mi ser querido y su voluntad”, al final, las decisiones en conjunto también buscan que las decisiones sean en base a los deseos y preferencias del paciente.

Ahora bien, lo discutido anteriormente corresponde a los aspectos propios de un paciente críticamente enfermo que podrían influir en la toma de decisiones. ¿Existen otros factores externos que pudiesen influir en que una persona tome tal o cual decisión como podrían ser religión, legislación actual, aspectos económicos o médicos?

Primeramente abordaremos el aspecto religioso, dado que en México es sabido que la religión ha llegado a jugar un papel importante en la vida de sus ciudadanos desde el origen mismo de nuestro país.

Se ha observado en otros estudios que la afiliación religiosa influencia las actitudes de los médicos a limitar el manejo. En el estudio Ethicus describieron que el retiro del apoyo se dio más frecuentemente si el médico era Católico (41.2%), si no tenía afiliación religiosa (35.6%) o si era Protestante (44.4%) a diferencia de si este era Judío (15.7%), Griego Ortodoxo (13%) o Musulmán (23.7%); y también demostró que los países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Holanda, Suecia y

Reino Unido) estaban más de acuerdo con limitar y retirar el apoyo a diferencia de los países del sur de Europa (Grecia, Israel, Italia, Portugal, España y Turquía), el cual atribuyeron a las diferencias culturales y religiosas entre una y otra zona.<sup>18</sup> En este estudio nos hemos enfocado principalmente en la población católica por ser la religión predominante en México con 82.72% del total de la población mexicana<sup>28</sup> y también porque en aquellas religiones protestantes, según el rito al que estén adheridos puede variar su postura entre aceptar o no limitar o retirar el apoyo.<sup>29, 30</sup> Llama la atención que encontramos que la mayoría no contestó o no sabe la postura de su religión con respecto a este tema, y eso posiblemente influye en que nadie comente los motivos religiosos como factor para toma de decisiones. Dentro del catolicismo, aunque según la Encíclica *Evangelium Vitae* permite tanto limitar como retirar el apoyo,<sup>31, 32</sup> un alto porcentaje mencionó que son prácticas inaceptables, 31.82% para limitar el apoyo y 32.95% para retirar el apoyo. Incluso dentro del personal de salud, lo mencionan como inaceptable limitar el apoyo un 32.5% y retirar el apoyo un 37.5%. Esto a comparación de otros países, nos habla de que a pesar de que la población en general profesa alguna religión, no lo ven como un factor importante para la toma de decisiones de los pacientes, y esto se demostró en la pregunta sobre el factor que tenía peso para la toma de decisiones. Esto también puede estar dado tal vez por falta de educación religiosa en nuestro país, ya que aunque la población dice profesar una religión, desconoce muchos de los postulados de la misma; pero a pesar de lo antes mencionado, sobre si la religión influye o no en las decisiones al final de la vida, la mayoría del total de encuestados (67.50%) considera importante contar con apoyo de un sacerdote o líder espiritual. Es decir, podemos suponer que aunque muchos consideraron que estas prácticas eran inaceptables para su religión, no generan un conflicto interpersonal que puedan influir de forma importante para la toma de decisiones; sin embargo, el que la mayoría acepte el apoyo de un líder espiritual o sacerdote habla que la población en general vea como un punto importante al final de la vida, esa parte espiritual inherente al ser humano.

Continuando con factores externos que pudieron influir en la toma de decisiones, en nuestro país, lo más cercano a leyes que regulen la toma de decisiones al final de la vida es la “Ley de Voluntad Anticipada”, que se encuentra vigente en once estados de la República Mexicana, y en general todas ellas legislan en forma similar. La promulgada para el Distrito Federal textualmente menciona “tiene por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.” En ella definen al enfermo en etapa terminal como aquel que tiene un padecimiento mortal o que por caso fortuito o causas de fuerza mayor tiene una esperanza de vida menor a seis meses, y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural. Esta ley se fundamenta en la Ortotanasia, es decir, significa muerte correcta, o a decir de la misma ley: “Distingue entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directa o indirecta, evitando la aplicación de medios, tratamiento y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procurando no menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgando los cuidados paliativos, las medidas mínimas ordinarias y tanatológicas, y en su caso la sedación controlada”.<sup>33</sup> Es decir, esta solo contempla pacientes con diagnóstico previo de enfermedad terminal, no toma en cuenta pacientes que presentan deterioro rápido y progresivo y/o no responde al manejo establecido, o si los médicos son legalmente capaces de decidir si continuar o no el manejo del paciente. Del total de encuestados 50% desconocen que haya leyes, pero el personal de salud hasta 53.33% y 45% de familiares, respondieron que si había leyes, tal vez refiriéndose a esta Ley de Voluntad Anticipada. Internacionalmente algunos países como Bélgica y Holanda tiene incluso regulado la Eutanasia, pero es importante que en un futuro próximo el Personal de Salud intente regular este tema con el fin de que en un momento dado se de los cuidados para una muerte digna a un paciente que no tiene respuesta a manejo y se evite con ello tratamientos fútiles y costosos

tanto para la administración hospitalaria como para los familiares de los pacientes ingresados en UTI.

Para quienes nos dedicamos al cuidado de personas enfermas, generalmente basamos nuestro actuar en medicina basada en evidencia; pero ¿qué sucede con la definición de “un paciente al final de la vida”? ¿Existen guías para determinar que paciente se le están dando maniobras fútiles? ¿Y qué piensa la población en general en nuestra manera de actuar como personal de salud?

Ha habido casos médicos en los últimos años donde incluso los medios de comunicación toman gran interés por ellos por su influencia en la sociedad; como en Marzo de 2009, la corte superior de Nueva Jersey ordenó al Trinitas Hospital continuar el tratamiento intensivo de Ruben Betancourt, un hombre de 72 años con falla multiorgánica y estado vegetativo persistente; el tratamiento continuo por tres meses hasta que finalmente murió el paciente. Un año antes, en Canada, Samuel Golubchuk un hombre de 84 años se mantuvo en UTI por 9 meses mientras la corte decidía si los médicos podían retirar el apoyo contra los deseos de su familia, él murió antes de que se llegara a una decisión.<sup>34</sup> Estos son ejemplos del porqué es importante conocer si existen criterios bien definidos, acertados y universalmente aceptados dentro de la comunidad médica para definir cuando un paciente está al final de la vida, y en base a ello determinar una legislación justa que vea principalmente por lo mejores intereses del paciente. En nuestra encuesta, vemos una opinión dividida en el total de encuestados, porque hasta 63.33% del personal de salud coincide no hay criterios, pero en el caso de familiares hasta 61.67% considera que si hay criterios, opinión que se ve en grados de estudios de secundaria hasta licenciatura, aquellos con estudios de primaria la mayoría coincide en que no hay nada bien definido. La realidad es que la justificación más comúnmente utilizada para limitar el manejo de un paciente crítico es el término futilidad, y este término aunque se acuñó desde la década de 1990's, hasta el momento no hay una definición universalmente aceptada, no hay guías que nos dicten o nos definan cuando un paciente está al final de la

vida.<sup>34</sup> Pettila V, et. al. (2002) publicaron un artículo donde se preguntaban en que se basaban las decisiones al final de la vida, por lo que interrogaron a 41 intensivistas de países nórdicos en base a 10 casos hipotéticos y determinaron los factores que los llevaron a tomar la decisión de limitar el manejo, encontrando que ninguno predominó sobre otro y que incluso el manejo en cada caso fue muy variable de un intensivista a otro. Todo esto nos habla que el manejo de los pacientes varía según el médico y la experiencia de este.<sup>35</sup> Es verdad, hoy en día, mucha de la literatura habla sobre factores que aumentan la mortalidad y/o escalas pronósticas o el desarrollo de nuevas como el SAPS 3 por parte de la Sociedad Europea de Terapia Intensiva,<sup>24</sup> pero hasta el momento no hay una definición clara sobre quien es un paciente que se encuentra al final de la vida, y ello en forma subsecuente dificulta no solo la legislación o la creación de guías para este tema, dificulta finalmente la toma de decisiones sobre quien seguir dando todo el apoyo y quien debe limitarse el manejo; puesto que se ha comprobado en algunos estudios que hasta el 20% de pacientes a quienes se les limitó el apoyo lograron sobrevivir.<sup>36</sup>

Y precisamente sobre lo último mencionado en cuanto a la sobrevivencia de pacientes a pesar de que se les limite el apoyo, es que debemos preguntarnos ¿nuestro juicio médico puede ser equivocado? Nosotros encontramos que pocos consideraron el juicio médico respecto a la condición terminal de un paciente como equivocado tanto del personal de salud como del grupo de familiares. Y la duda viene precisamente por lo reportado en la literatura sobre pacientes que sobreviven a pesar de que se limite el manejo; pero finalmente la gran mayoría fallece aunque algunos autores como Levin PD y Sprung CL (2005) mencionen que hay pacientes en quienes no debería retirarse el apoyo,<sup>25</sup> lo que podría indicar que por lo menos en la gran mayoría de casos nuestras decisiones podrían estar basadas en datos objetivos, por ello la importancia de tratar de lograr encontrar una definición clara de un paciente al final de la vida o una escala pronóstica lo más objetiva posible, como es el intento que está desarrollando la Sociedad Europea de Terapia Intensiva y la creación del SAPS 3.<sup>24</sup>



Evidentemente, entre mayores herramientas tengamos, podremos tomar una decisión justa para nuestros pacientes o seres queridos que se encuentran críticamente enfermos. ¿Qué información consideramos necesaria para tomar decisiones al final de la vida? Ningún estudio de los revisados ha valorado que información se debe considerar indispensable para tomar las decisiones adecuadas con los pacientes gravemente enfermos. En este estudio encontramos que para la población en general, la mayoría señaló que la gravedad del paciente y la calidad de vida en caso de sobrevivir eran los factores más necesarios para la toma de decisiones, y en un porcentaje menor el diagnóstico o motivo de ingreso también se consideró importante. Lo que se consideró menos importante fueron los costos implicados en la atención en UTI y el tiempo de estancia. Sabemos que los costos de cada paciente en UTI son muy elevados tanto para la administración hospitalaria como para los familiares de los pacientes, y obviamente entre mayores de días de hospitalización, mayores los gastos; sin embargo, por lo menos en nuestra población de estudio no le ven importancia para la toma de decisiones. Del personal de salud podemos agregar que consideraron muchos más factores que los familiares como importantes para la toma de decisiones, como el diagnóstico o motivo de ingreso hasta 80%, gravedad del paciente hasta 91.67%, la calidad de vida en caso de sobrevivir hasta 98.33%, y de igual forma, lo menos importante fue el tiempo de estancia hasta 20% y los costos de atención en UTI hasta 25%. Esto en general nos habla que hay mayor interés sobre la salud del paciente en vez de las implicaciones económicas que tiene cada caso tanto para los aspectos administrativos del hospital o de los gastos que tienen los familiares para la atención de su paciente; sin embargo, es importante mencionar que nuestro hospital es un hospital público y donde la mayoría de sus recursos económicos provienen del gobierno federal, quien subsidia la mayor parte de los gastos hospitalarios, por lo cual los familiares pagan un costo menor del real de cada uno de los pacientes; es decir, suponemos que en un hospital privado, donde los gastos son exclusivamente de los familiares de los pacientes, los costos serían información importante para la toma de decisiones y en consecuencia la estancia hospitalaria, ya que ello conlleva mayores gastos.

Pero el saber que información es importante para que los familiares o el personal de salud puedan tomar las decisiones adecuadas a la situación y deseos de cada paciente, no implica que la población considere que se le está dando la apropiada y suficiente para este objetivo. A este cuestionamiento, la mayoría contestó que si consideraba que la información era apropiada y suficiente para la toma de decisiones. Observamos que dentro del grupo de familiares, según el grado de estudios, los que menos consideraban que recibían información apropiada y suficiente eran los de educación primaria hasta 50%. El hecho de que aquellos con menor educación consideren que no se les da información apropiada y suficiente puede indicar que posiblemente el personal de salud se los da, pero en algunas ocasiones no se les hace entendible la información que se les proporciona posiblemente por dificultad del personal médico para transmitir la información.

Un punto importante que observamos es que hay una gran diferencia entre el grupo de familiares donde la gran mayoría comentó que consideraba la información proporcionada como apropiada y suficiente, mientras que dentro del personal de salud, solo poco más de la mitad tenía la misma impresión. Se observó que 68.42% de médicos respondió que la información si era apropiada y suficiente, mientras que por parte del personal de enfermería solo 36.36% coincidía en esta apreciación. Esto en general nos habla de la comunicación que hay entre el personal de salud, la cual se puede evidenciar como limitada, e indirectamente, aunque no se valoró en nuestro estudio, el cómo enfermería no siente que forme parte de las decisiones importantes de los enfermos. Ya mencionamos el estudio en Francia, donde las decisiones al final de la vida eran hechas por el staff médico y de enfermería hasta 54% de los casos.<sup>20</sup> Aunque este tema de colaboración interdisciplinario no se buscó intencionadamente, probablemente y en base a lo encontrado en estas respuestas, seguramente no obtendremos buenos porcentajes de colaboración entre médicos y enfermería. Ya se mencionó que la pobre colaboración interdisciplinaria aumentó los síntomas del síndrome de desgaste profesional, depresión y estrés postraumático entre el personal que labora en la UTI.<sup>22</sup> Este resultado debe incentivar a mejorar la

colaboración interdisciplinaria en nuestra UTI y con ello mejorar la atención con el paciente y secundariamente con los familiares gravemente enfermos. Pero tal vez el punto más importante es preguntarnos ¿por qué el mismo personal de la salud no considera que se dé adecuadamente la información? Un número no despreciable de médicos tampoco consideró que se diera información apropiada y suficiente, porque aunque se observó que los grupos principales eligieron en forma similar lo que consideraban información necesaria para la toma de decisiones, no encontramos o no se ha buscado intencionadamente la respuesta a esta pregunta. Podríamos mencionar que en caso de enfermería de nuestra UTI, ellos o ellas no se encuentran presentes al momento de dar el informe médico a los familiares, y en ocasiones, muchos de estos últimos interrogan de igual forma al personal de enfermería sobre el estado de salud de su paciente y posiblemente lleguen a suponer que el grupo médico no da los informes adecuados; sin embargo, finalmente esto habla de la colaboración interdisciplinaria mencionada anteriormente, y que es prioritario manejarlo dentro de nuestra área de trabajo para evitar conflictos entre ambas partes y/o los familiares y esto no interfiera con que se tomen las mejores decisiones en beneficio de los pacientes.

Y con todo lo discutido anteriormente, ¿Quién debe decidir cuando un paciente se encuentra inconsciente? Como ya se mencionó, en nuestra UTI tenemos un modelo médico-paciente similar al de E.U.A. Ya se mencionó en la introducción que es importante la comunicación entre los familiares y el grupo médico para tomar las mejores decisiones en beneficio de los pacientes y al parecer la población en general comparte esta idea. La mayoría de los encuestados mencionaron que la toma de decisiones al final de la vida de un paciente inconsciente debe ser compartida; en general, el personal de salud tuvo una tendencia mayor a esta idea, y todos coincidieron en que familiares y grupo médico debían estar involucrados. Sin embargo, el grupo de familiares tuvo una tendencia mayor a decir que era la decisión de un solo grupo, hasta 55%, y de ellos hasta 75.76% comentaron que era solo decisión de los familiares cercanos, similar a lo encontrado por Azoulay E, et al (2004).<sup>17</sup> En

este sentido, pensamos que esto indirectamente demuestra que la población en general no gusta de hacer partícipe al equipo médico para tomar las mejores decisiones con respecto a la salud del enfermo, y ello a pesar de que como ya vimos consideran que nuestro juicio médico es el correcto y que en general consideran que se les da información apropiada y suficiente para tomar las mejores decisiones.

Ahora bien, independientemente que participen más familiares o el equipo médico, ¿cada uno de nosotros se considera capaz de tomar decisiones al final de la vida de un ser querido en forma prudente y responsable? Ninguno de los estudios revisados tampoco menciona que tanto las personas se consideran capaces de tomar decisiones en la UTI; pero se sabe que la gran mayoría experimenta una gran presión, síntomas de ansiedad, depresión, o incluso estrés postraumático. En nuestro estudio, la mayoría se consideró capaz de tomar decisiones en forma prudente y responsable hasta un 69.17%, pero apreciamos que quienes se creen más capaces son los del personal de salud hasta un 80% de los encuestados, a diferencia de los familiares donde solo el 58.33% se consideró capaz; y esto nos habla indirectamente de esa gran presión y estrés que experimentan los sustitutos o en quienes cae la responsabilidad de tomar decisiones importantes sobre la salud de un paciente gravemente enfermo, en estudios posteriores deberá valorarse en forma dirigida la causa de porque alguien no se considera capaz de tomar las decisiones al final de la vida.

Para concluir, ahora valoraremos que tanto la población acepta limitar o retirar el apoyo y si estas respuestas coinciden con lo que permitirían en sí mismos.

En el estudio Ethicus, de 4248 pacientes que fallecieron, 3,086 (72.6%) tuvieron limitación del manejo ya fuera al limitar el apoyo, retirar el apoyo o acortar en forma activa el proceso de muerte; de este grupo, 1594 (51.65%) pacientes se les limitó el apoyo y 1398 (45.3%) tuvieron retiro del apoyo.<sup>18</sup> Esto nos habla que en Europa es una práctica que por lo menos el personal de salud lo ve aceptable o indicado

en diversos pacientes. En el estudio ETHICATT, no se valoró como tal si era una práctica por si misma aceptable o no, se valoraba principalmente si el encuestado deseaba que se realizara alguna limitación del manejo bajo diversas circunstancias,<sup>6</sup> un punto que abordaremos más adelante. En nuestro estudio, encontramos que la mayoría del total de encuestados aceptó limitar y retirar el apoyo, pero esto principalmente dado por el personal de salud, ya que dentro del grupo de familiares un alto porcentaje no contestó o no estaba de acuerdo en limitar el manejo. Lo anterior posiblemente este dado por la sensibilización del contacto constante con el paciente; es decir, normalmente en nuestra UTI, los familiares solo están con su paciente 90 minutos al día, sin apreciar la cantidad de maniobras y tratamientos que conlleva un paciente crítico, y esto podría influir importantemente en la forma en que alguien que se dedica a esto piensa en ser manejado en caso de encontrarse críticamente enfermo.

Según el grado de estudios, entre mayor el grado, mayor aceptación de limitar o retirar; y según el rango de edad, en general, la población menor de 50 años veían más aceptable limitar y retirar el apoyo que la población mayor de 50 años; sin embargo, en el grupo de familiares, entre más jóvenes o mayores de edad aceptaban menos el limitar, no así para retirar, donde los jóvenes estaban más de acuerdo que los de mayor edad. Esta tendencia y esta diferencia podrían estar dadas por la profesión; es decir, observamos que aquellas personas entre 21 - 30 años de edad que formaban parte del personal de salud estuvo más de acuerdo en limitar y retirar el apoyo en contraparte con aquellos de 21 - 30 años y que eran familiares de pacientes ingresados en UTI, y esta tendencia probablemente este dada de igual forma por lo mencionado en el párrafo anterior, el personal de salud se encuentra más sensibilizado por su propia educación médica y el trabajo constante con los pacientes en los momentos que se encuentra más grave.

En el estudio ETHICATT se encontró que pocos pacientes y familiares querían estar en UTI para prolongar la vida por solo unas semanas 395 (58%); más pacientes

y familiares [247 (37%)] que médicos y enfermeras [105 (10%)] preferían estar en UTI. La mayoría de los encuestados querían todo el apoyo si esto prolongaba su vida con una buena calidad de vida por 12 meses [1,648 (93%)], 6 meses [1,505 (87%)], o tres meses [1,267 (74%)], pero no un mes [845 (49%)] o una semana [579 (34%)].<sup>6</sup> Aunque en nuestro estudio no preguntamos en forma enfocada hacia que factor es el que haría a una u otra persona estar de acuerdo en realizarse todo el manejo o limitarse este, nosotros encontramos que la mayoría permitiría limitar el apoyo hasta 61.67%; no así el retirar el apoyo, donde 51.67% estuvo de acuerdo; pero se aprecia que hay diferencias entre familiares y el personal de salud. Este último estaba de acuerdo hasta un 90% en limitar el apoyo, pero no así en retirarlo donde solo 56.67% si lo permitirían. En el grupo de familiares, solo 33.33% estaba de acuerdo en que se le limitara el apoyo y solo 46.67% estaba de acuerdo en que se le retirara; sin embargo un alto porcentaje no contestó, y encontramos también que en este grupo hasta 50% querían que se realizaran todas las maniobras. Estas diferencias son importantes porque con respecto al personal de salud vemos que al igual que en otros países, el personal de salud está más de acuerdo en limitar que retirar el apoyo. Desde hace muchos años, se ha descrito el limitar y retirar el apoyo como éticamente iguales. Sin embargo, el retirar el apoyo se ha visto más como una “acción” a diferencia de la “omisión” pasiva de limitar el apoyo, pero se ha mencionado que retirar es hacer algo que no es éticamente peor, y tal vez mejor, que no hacer nada si el resultado es el mismo.<sup>23</sup> Es precisamente en este punto entre acción y omisión, donde Levin P.D. y Sprung C.L. (2005) comentaron que no son éticamente iguales, basándose a su vez en el estudio Ethicus, donde 99% de pacientes que se les retiró el apoyo fallecieron a diferencia de un 11% de pacientes que sobrevivieron a pesar de limitarse el apoyo.<sup>25</sup> Hasta el día de hoy, como ya se mencionó, se les considera éticamente iguales como lo considera la American Medical Association,<sup>37</sup> pero vemos que en la práctica tanto en Europa, E.U.A. y al parecer en nuestro país también es más difícil llevar a cabo la “acción” de retirar que la “omisión” de limitar.

Cuando se hizo la correlación entre lo que consideraban aceptable en UTI y que deseaban para sí mismos, la mayoría coincidió: 89.19% de los que si aceptaban limitar en UTI aceptaban el que se les limitara el apoyo, 44% de los que no aceptaban limitar en UTI no querían que se les limitara, 80.33% de los que dijeron si retirar en UTI, si permitirán retirar en ellos, y 56.25% de los que dijeron no retirar en UTI dijeron no retirar en ellos. Esto habla que la mayoría de la población es coherente entre lo que piensan es aceptable y que finalmente permitirían en sí mismos en caso de estar gravemente enfermos.

Y finalmente, ¿somos capaces de hablar abiertamente de este tema? Ninguno de los estudios revisados ha hecho la pregunta de si la población en general alguna vez ha conversado con su médico o familiares sobre sus deseos en caso de estar gravemente enfermo y mencionar lo que es valioso para esa persona. En nuestro estudio, encontramos que varios lo habían hecho anteriormente con otros médicos o con un familiar; sin embargo, un alto porcentaje nunca había hablado de ello con nadie, hasta un 45% en el caso de los familiares y hasta 28.33% del personal de salud. Y aunque es sabido que en la mayoría de las terapias intensivas los familiares y personal médico desconocen en la mayoría de sus pacientes sus deseos y preferencias, un gran porcentaje no se atreve a mencionarlo ya sea en la consulta externa o por diversas circunstancias antes de estar un paciente inconsciente no se le pregunta con anterioridad que medidas o preferencias o deseos tienen con respecto a su manejo y ello podría llevar a que muchas decisiones sean a cargo de los familiares o cualquier otro sustituto. Y es de llamar la atención que es un porcentaje importante que aquellos dentro del personal de salud, a pesar de trabajar en este ámbito, nunca hayan platicado sobre este tema, lo cual supone que este se evita en gran cantidad de la población en general. Este último es interesante e importante porque a pesar de que en México tenemos la tradición de celebrar e incluso burlarnos de la misma muerte, también es cierto que es un tema que se evita constantemente.<sup>38</sup> Uno de los más grandes temores del ser humano es precisamente la muerte, al qué pasará cuando dejemos nuestro cuerpo físico, si realmente tenemos una alma o

espíritu que trasciende a otros planos etéreos, si vamos al encuentro con Dios, cualquiera que sea nuestro concepto de él, si tendremos un juicio por nuestras acciones, buenas o malas o, en su caso, si reencarnaremos, si nuestra alma no ha evolucionado la suficiente como para convertirse en un ser de luz y debemos continuar con la rueda de las mil y una reencarnaciones. Todas estas reflexiones alrededor de la muerte y esta incertidumbre es la que le da un tono especial a todos los conceptos culturales de ella, por tanto, este dilema es el que nos proporciona el sentimiento de miedo a la muerte, por esperada, en muchas ocasiones por injusta y definitiva. Y todo esto lo vemos reflejado no solo en aquellos que contestaron nunca haber platicado del tema con alguien, lo vemos reflejado también en el alto porcentaje de personas que no contestaron si estaban de acuerdo en limitar y retirar tanto en la UTI como en sí mismos, a lo que es finalmente el tema principal de este trabajo. La palabra “Tabú” se define según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española como prohibición de hacer o decir algo determinado, impuesta por ciertos respetos o prejuicios de carácter social o psicológico; y todo lo que hemos discutido anteriormente sugiere que tanto en el grupo de familiares como en el equipo de personal de salud (en unos menos que en otros cabe resaltar) el tema de la muerte y las decisiones que se puedan tomar alrededor de este tema en la salud de un enfermo, siguen siendo en el sentido estricto de la palabra un Tabú. Y todos estos paradigmas son los que debemos ir evolucionando y cambiando para mejorar la atención de nuestros pacientes, no solo para lograr vivir, sino para también ayudarlos a bien morir, una muerte digna y honrosa para cada uno de nuestros enfermos. Y es que aunque se sabe que entre el 70 - 75% de la muertes en el mundo en las UTI son debido a que se limitó o retiró el apoyo,<sup>18</sup> en México no tenemos ningún registro, no sabemos si se realizan o no estas prácticas en forma objetiva; pero es obvio que si se sabe de antemano las preferencias y deseos de nuestros pacientes, no solo será un ahorro para el sistema hospitalario, será el darles todo el beneficio que se ajusta a las necesidades de nuestros enfermos.



Como limitaciones, aunque nuestros cuestionarios fueron anónimos y confidenciales, fue un estudio abierto, lo cual pudo haber influido en las respuestas de los encuestados. Existieron dos limitantes importantes interrelacionadas entre sí; el intervalo de tiempo en que se realizó el estudio, fue muy corto y ello influyó no se consiguiera una muestra mayor y por tanto, difícil apreciar adecuadamente tendencias o posibles asociaciones; una muestra poblacional más amplia permitiría confirmar nuestros hallazgos o sugerir nuevas hipótesis que reflejen con mayor confiabilidad los deseos y preferencias de nuestra población. La mayoría de nuestra población se ubicó entre los 21 - 50 años de edad; por lo tanto, lo que apreciamos como diferencias entre los encuestados jóvenes y de mayor edad podría estar sesgado, por lo que habrá que buscar una población más homogénea en cuanto a la edad para apreciar adecuadamente las tendencias.

Como fortalezas de nuestro estudio, se redactó un mismo cuestionario para el personal de salud y familiares dando mayor uniformidad a los factores estudiados; esto da una diferencia importante con respecto al estudio ETHICATT donde se realizaron cuestionarios diferentes para cada uno de los participantes basados en si eran médicos, personal de enfermería, pacientes sobrevivientes de UTI o familiares de pacientes ingresados en UTI. Y la fortaleza más importante es que no hay ningún estudio similar en nuestro país, y este es el primer paso para conocer la opinión, los deseos y preferencias sobre este tema en nuestra población, lo cual ayudará a mejorar la atención del paciente críticamente enfermo.

Quisiera concluir esta discusión con algo que mencionaron Levin PD y Sprung CL (2005): “No hay una fórmula única para un tratamiento mejor o peor al final de la vida, solo hay un buen tratamiento. Un buen tratamiento es aquel que es compasivo y cariñoso y se adhiere a las necesidades y requerimientos de los pacientes y sus familias”.<sup>25</sup>

## 8. CONCLUSIONES

Este es el primer estudio descriptivo que se dio a la tarea de investigar los factores que influyen en la toma de decisiones al final de la vida en una terapia intensiva en nuestro país. Aunque en este estudio la muestra es pequeña y se trata de un estudio descriptivo, podemos apreciar varios aspectos importantes:

1. La mayoría del personal de salud está de acuerdo en limitar y retirar el apoyo, a diferencia de los familiares donde su mayoría no está de acuerdo o no dieron una respuesta.
2. La mayoría de entre quienes están de acuerdo en limitar el manejo, aceptan más el limitar el apoyo que retirar el apoyo.
3. Entre mayor grado de estudios y menor edad, la población está más de acuerdo en limitar o retirar el apoyo.
4. La mayoría de la población espera del médico tratante en UTI que busque salvar la vida de los pacientes pero buscando a su vez una buena calidad de vida.
5. El personal de salud en su mayoría considera las decisiones al final de la vida deben ser en conjunto entre familiares cercanos y el grupo médico; mientras que los familiares poco más de la mitad consideran solo debe ser una decisión de los familiares cercanos del paciente.
6. La mayoría de la población considera necesario para la toma de decisiones al final de la vida conocer la gravedad del paciente y la calidad de vida en caso de sobrevivir.
7. La mayoría de la población honraría los deseos de su paciente en caso de que este decidiese no continuar maniobras previamente a estar inconsciente, por no tener la respuesta al manejo esperado; pero dentro del grupo de familiares un importante número tomaría en cuenta la opinión de los demás familiares para tomar una decisión.

8. La religión no es un factor importante que influya en las decisiones al final de la vida en nuestra población.
9. Dentro del personal de salud, la mayoría del grupo de enfermería no considera se dé información apropiada y suficiente para tomar decisiones al final de la vida.
10. Las decisiones al final de la vida continúan siendo un tabú en nuestra población.

## **9. PERSPECTIVAS**

Se propone la realización de un estudio analítico con una muestra mayor y una población más homogénea que compare las actitudes con respecto a las decisiones al final de la vida.

Se propone la realización de un estudio analítico que investigue las diferentes causas para la toma de decisiones la final de la vida.

Se propone la realización de un estudio analítico que investigue las actitudes de pacientes que sobrevivieron en UTI y sus familiares con respecto a las decisiones al final de la vida.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Curtis JR, Vincent JL. **Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit.** *Lancet* 2010; 375: 1347 - 53.
2. American Thoracic Society. **Fair allocation of intensive care unit resources.** *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 156: 1282 - 301.
3. Prendergast TJ, Luce JM. **Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill.** *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 155: 15 - 20.
4. Cohen S, et al. **Communication of end-of-life decisions in European intensive care units.** *Intensive Care Med* 2005; 31: 1215 - 21.
5. Garland A, Connors AF. **Physicians' influence over decisions to forego life support.** *J Palliat Med* 2007; 10: 1298 - 305.
6. Sprung CL, et al. **Attitude of European physicians, nurses, patients, and families regarding end-of-life decisions: the ETHICATT study.** *Intensive Care Med* 2007; 33: 104 - 110.
7. Luce JM, White DB. **The pressure to withhold or withdraw life-sustaining therapy from critically ill patients in the United States.** *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175: 1104 - 1108.
8. Siegel MD. **End-of-life decision making in the ICU.** *Clin Chest Med* 2009, 30: 181 - 194.
9. Carrese JA, Sugarman J. **The inescapable relevance of bioethics for the practicing clinician.** *Chest* 2006; 130: 1864 - 72.
10. Burns JP, Truog RD. **Futility: a concept in evolution.** *Chest* 2007; 132: 1987 - 93.
11. Atkinson S, Bihari D, Smities M, et al. **Identification of futility in intensive care.** *Lancet* 1994; 344: 1203 - 1206.
12. Berger JT, DeRenzo Eg, Schwartz J. **Surrogate decision making: reconciling ethical theory and clinical practice.** *Ann intern Med* 2008; 149: 48 - 53.
13. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, et al. **Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine.** *Crit Care Med* 2008; 36: 953 - 63.
14. Torke AM, Alexander GC, Lantos J, et al. **The physician-surrogate relationship.** *Arch Intern Med* 2007; 167: 1117 - 21.
15. Fried TR, Badley EH, Towle VR, et al. **Understanding the treatment preferences of seriously ill patients.** *NEJM* 2002; 346: 1061 - 1066.
16. Carlet J, Thijs LG, Antonelli M, et al. **Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003.** *Intensive Care Med* 2004; 30: 770 - 784.

17. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al. **Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units.** *Crit Care Med* 2004; 32: 1832 - 38.
18. Sprung CL. et al. **End-of-Life practices in European Intensive Care Units: the Ethicus study.** *JAMA* 2003; 290: 790 - 97.
19. Mani RK, Mandal AK, BAI S, et al. **End-of-Life decisions in an Indian intensive care unit.** *Intensive Care Med* 2009; 35: 1713 - 1719.
20. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F, for the French LATAREA Group. **Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective study.** *Lancet* 2001; 357: 9 - 14.
21. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, et al. **Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians.** *Crit Care Med* 2000; 28: 3044 - 49.
22. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, et al. **Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study.** *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 180: 853 - 60.
23. Vincent JL. **Withdrawing may be preferable to withholding.** *Crit Care* 2005, 9: 226 - 229.
24. Azoulay E, Metnitz B, Sprung CL, et al. **End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database.** *Intensive Care Med* 2009; 35: 623 - 30.
25. Levin PD, Sprung CL. **Withdrawing and withholding life-sustaining therapies are not the same.** *Crit Care* 2005, 9: 230 - 232.
26. Steinberg A, Sprung CL. **The dying patient: new Israeli legislation.** *Intensive Care Med* 2006; 32: 1234 - 37.
27. De la Riva G. **La Familia Mexicana, sus intereses, retos y perspectivas en el nuevo milenio.** *De la Riva Investigaciones Estratégicas, Consejo de la Comunicación* Marzo 2005, [www.delarivagroup.com/es/](http://www.delarivagroup.com/es/)
28. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). **Panorama de las religiones en México 2010.** *Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Secretaría de Gobernación México* 2011; 3 - 10.
29. Bülow HH. et al. **The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit.** *Intensive Care Med* 2008; 34: 423 - 30.
30. Engelhardt HT, Iltis AS. **End-of-life: the traditional Christian view.** *Lancet* 2005; 366: 1045 - 1049.
31. Markwell H. **End-of-life: a Catholic view.** *Lancet* 2005; 366: 1132 - 35.
32. Papa Juan Pablo II. **Evangelium Vitae.** 1995; Marzo 25, [www.vatican.va](http://www.vatican.va)

33. **Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal** (07 de Enero de 2008). Gaceta Oficial del Distrito Federal. Asamblea Legislativa del Distrito Federal, IV Legislatura.
34. Wilkinson DJC, Savulescu J. **Knowing when to stop: Futility in the intensive care unit.** *Curr Opin Anaesthesiol* 2011; 24 (2): 160 - 165.
35. Pettila V, et al. **On what are our end-of-life decisions based?** *Acta Anaesthesiol Scand* 2002; 46: 947 - 954.
36. Hoel H, Skkjaker SA, Haagenen R, Stavem K. **Decisions to withhold or withdraw life-sustaining treatment in a Norwegian intensive care unit.** *Acta Anaesthesiol Scand* 2014; Jan: 1 - 8. doi: 10:1111/aas.12246
37. American Medical Association: **H-140.966 Decisions Near the End of Life.** [[http://www.ama-assn.org/apps/pf\\_new/pf\\_online?f\\_n=browse&doc=policyfiles/HnE/H-140.966.HTM](http://www.ama-assn.org/apps/pf_new/pf_online?f_n=browse&doc=policyfiles/HnE/H-140.966.HTM)]
38. Gómez MA, Delgado JA. **Ritos y Mitos de la Muerte en México y otras culturas.** *Editorial Tomo*, 2000, 21 - 34.

## 11. ANEXOS

### 11.1 Cuestionario para el Personal de Salud

#### **FACTORES RELEVANTES PARA EL PERSONAL DE SALUD DE PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA AL TOMAR DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA**

Este cuestionario se ha desarrollado para conocer de parte del personal de salud de esta institución su perspectiva sobre las decisiones que se afrontan al final de la vida de un paciente ingresado en áreas de cuidados críticos o uno mismo como paciente.

Su participación es voluntaria, las respuestas confidenciales y anónimas. ***Si usted llegase a estar ingresado en esta Institución, de ninguna manera se verá afectada su atención médica o de algún otro familiar, derivado de su participación o no en contestar el cuestionario.***

Puede omitir las preguntas que considere a su juicio conveniente. Puede escoger más de una respuesta si le parece apropiado. Es necesario conozca algunas definiciones importantes para poder responder este cuestionario:

**Decisión al final de la vida:** Se refiere a las intervenciones que dentro del cuidado de la salud se toman para confortar a un paciente que está muriendo o para intentar prolongar un poco más la vida de un paciente con una enfermedad que por sus características limita sus posibilidades de seguir viviendo sin apoyo extraordinario.

**Medidas de apoyo extraordinario:** Implica medidas artificiales encaminadas a sostener la vida del paciente como es la sustitución de la función de los riñones con una máquina, uso de un respirador mecánico para ayudar a respirar al paciente, alimentación por la vena o por un tubo que pasa por la nariz hasta el estómago, y/o medicamentos especiales por la vena para mejorar la función del corazón o mejorar la presión arterial.

**Maniobras de reanimación cardiopulmonar:** Consiste en la compresión intensa externa del pecho intentando restablecer la circulación de la sangre junto con medicamentos en la vena para reactivar el corazón de alguien que ha muerto de manera no esperada, además de la sustitución artificial de la respiración de manera mecánica.

**Limitar el apoyo:** Implica **NO INICIAR** nuevos tratamientos que se considera, a través de un juicio médico, no apropiado para las condiciones del paciente, o cuyo costo o repercusión indeseable en el paciente no justifican iniciar o prolongar su uso (costo económico, efectos adversos indeseables, dolor, y/o limitación funcional) ante las altas posibilidades de fallecer o morir a pesar de dichos tratamientos.

**Retirar el apoyo:** Implica **SUSPENDER, QUITAR O REMOVER** todos los tratamientos que se considera, a través de un juicio médico, no apropiado para las condiciones del paciente, o cuyo costo o repercusión indeseable en el paciente no justifican prolongar su uso (costo económico, efectos adversos indeseables, dolor, y/o limitación funcional) ante las altas posibilidades de fallecer o morir aunque no se retiren dichos tratamientos.

Circule la(s) respuesta(s) que considere más apropiada(s) por favor.

1. Su rango de edad es :

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| A. 20 a 30 años | D. 51 a 60 años    |
| B. 31 a 40 años | E. 61 a 70 años    |
| C. 41 a 50 años | F. Mayor a 71 años |

2. Género:

- a. Femenino
- b. Masculino.

3. Último grado escolar cursado por usted. Si usted es médico especialista o enfermera(o) especializada(o) por favor señale su especialidad, o si está cursando alguna por favor menciónela y añada su año académico:\_\_\_\_\_

4. Usted espera del médico tratante en la terapia intensiva:

- a. Preservar la Vida a toda costa sin consideración de la calidad de vida.
- b. Intente honrar los deseos del paciente sobre lo que es calidad de vida para él o ella, aun cuando esto implique a veces limitar intervenciones que ganarían tiempo de vida pero no calidad de vida.

5. Personalmente ¿Alguna vez ha tenido una conversación con su equipo médico o médico de cabecera para expresar sus deseos en caso de estar gravemente enfermo y mencionar lo que es valioso para usted?

- a. Si.
- b. Nunca.
- c. En alguna ocasión diferente a esta con otros médicos.
- d. Nunca, pero lo he platicado ya con un familiar.

6. ¿Quién cree usted debe comenzar una conversación sobre sus metas y deseos en caso de estar gravemente enfermo?

- a. El grupo médico.
- b. El paciente.
- c. La familia del paciente.
- d. No veo necesidad de que exista.



7. ¿Usted considera apropiado que en algún momento de la evolución de una enfermedad, alguna de las siguientes acciones en los pacientes graves hospitalizados en terapia intensiva son aceptables?

|  |    |    |  |
|--|----|----|--|
| <b>Limitar el apoyo</b><br>(No Iniciar nuevos tratamientos)            | SI | NO | ¿Porqué? _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
| <b>Retirar el apoyo</b><br>(Suspender o quitar todos los tratamientos) | SI | NO | ¿Porqué? _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |

8. Personalmente ¿Considera que usted podría tomar las decisiones respecto al final de la vida de un ser querido cercano **en forma prudente y razonable?**

- a. Si
- b. No

9. Si los deseos de su paciente ingresado en terapia intensiva antes de estar inconsciente fuesen los de **NO Continuar** maniobras o tratamientos porque no ha tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo, ¿usted qué actitud tomaría?

- a. Honrar los deseos de mi paciente.
- b. Continuar todo el tratamiento en contra de los deseos de mi paciente y solicitar lo que a mi juicio es correcto en su beneficio.
- c. Dejar todas las decisiones en manos del grupo médico que lo atiende en ese momento.
- d. Tomar en cuenta la opinión de los demás familiares y decidir en base a lo que la mayoría desea.

10. ¿Qué factor considera tiene más peso en su elección de la pregunta anterior?

- a. Esperanza en un milagro.
- b. Duda en lo acertado de la percepción médica en cuanto a la condición y evolución del paciente.
- c. Temor a sentirse culpable posteriormente por la decisión tomada.
- d. Respeto por mi paciente y su voluntad.
- e. Confianza absoluta en la ciencia médica.
- f. Motivos Religiosos.

11. ¿Quién considera debe decidir iniciar o no maniobras de reanimación cardiopulmonar en un paciente grave que muere repentinamente?

- a. El médico presente en ese preciso momento al lado del paciente.
- b. Su médico tratante que lo conoce de tiempo atrás.
- c. La familia tiene la decisión absoluta en esto.
- d. Si esta tan grave no debiera iniciarse las maniobras para dejarlo descansar en paz.
- e. Nadie, a todos los pacientes se les debe ofrecer las maniobras siempre.

12. En su perspectiva ¿Quién considera usted que debe participar en la toma de decisiones al final de la vida de un paciente inconsciente?

- a. Los familiares cercanos del paciente
- b. El grupo médico tratante
- c. Su líder espiritual, pastor o sacerdote
- d. Los directivos del hospital
- e. Un Juez
- f. Nadie
- g. Decisión en conjunto de los mencionados anteriormente ¿Quiénes?

---

13. ¿Cuál considera usted que es información necesaria para tomar decisiones al final de la vida? Por favor palomee las que usted considera importantes

|  |  |
|--|--|
| Diagnóstico o motivo de ingreso del paciente a terapia intensiva |  |
| Gravedad del paciente  |  |
| Posibilidades de fallecer del paciente                           |  |
| Medicamentos o maniobras necesarias para su tratamiento          |  |
| Tiempo de estancia aproximada en Terapia Intensiva               |  |
| Costos implicados en la atención en Terapia Intensiva            |  |
| Calidad de vida en caso de sobrevivir                            |  |
| Tiempo de vida en caso de sobrevivir                             |  |
| La Opinión del Grupo Médico                                      |  |

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

14. ¿Considera que la información que se le proporciona a los pacientes o sus familiares sobre su estado de salud o su enfermedad en la terapia intensiva es apropiada y suficiente para tomar decisiones al final de la vida?

- a. Si
- b. No

Si usted contestó "No", ¿Qué considera usted sería necesario para poder mejorar?

---

15. ¿Qué tan probable le parece que el juicio médico respecto a la condición terminal de un paciente pudiera estar equivocado?
- a. Generalmente nunca.
  - b. En la mitad de las ocasiones.
  - c. Casi siempre.
  - d. Nunca si más de un médico coincide en esta apreciación.

16. ¿Profesa usted alguna religión?

- a. Si
- b. No

En caso afirmativo: ¿Cuál? \_\_\_\_\_

17. ¿Usted conoce los postulados generales de su religión con respecto a las decisiones al final de la vida?

|  |                  |                    |                 |
|--|------------------|--------------------|-----------------|
| <b>Limitar el apoyo</b><br>(No Iniciar nuevos tratamientos)            | <b>Aceptable</b> | <b>Inaceptable</b> | <b>No lo sé</b> |
| <b>Retirar el apoyo</b><br>(Suspender o quitar todos los tratamientos) | <b>Aceptable</b> | <b>Inaceptable</b> | <b>No lo sé</b> |

18. ¿Considera importante contar dentro de la Institución con apoyo por un sacerdote, pastor o guía de su religión para atender las necesidades espirituales de un paciente en terapia intensiva?

- a. Si
- b. No
- c. Es irrelevante

19. ¿Usted conoce si existen leyes en nuestro país que regulen la toma de decisiones al final de la vida?

- a. Si
- b. No

20. ¿Considera que existen criterios bien definidos, acertados y universalmente aceptados dentro de la comunidad médica para definir cuando un paciente está al final de la vida?

- a. Si
- b. No

21. Si usted se encontrara ingresado en terapia intensiva y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes opciones?

|  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| <b>Realizar todas las maniobras posibles para continuar con vida a pesar de saber que tienen un porcentaje muy bajo de ser efectivas</b> | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| <b>Limitar el apoyo</b> (No Iniciar nuevos tratamientos)   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| <b>Retirar el apoyo</b> (Suspender o quitar todos los tratamientos)  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |

22. Comentarios que desee hacer sobre lo expuesto en este cuestionario

---

---

---

---

---

Gracias por su participación

## 11.2 Cuestionario para Familiares de pacientes ingresados en Terapia Intensiva

### FACTORES RELEVANTES PARA FAMILIARES DE PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA AL TOMAR DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

Este cuestionario se ha desarrollado para conocer de parte de los familiares de los pacientes internados en la terapia intensiva de esta Institución su perspectiva sobre las decisiones que se afrontan al final de la vida de un ser querido o uno mismo como paciente.

Su participación es voluntaria, las respuestas confidenciales y anónimas.

**De ninguna manera se verá afectada su atención médica actual o posterior en el Instituto ya sea de usted, su familiar internado o algún otro familiar, derivado de su participación o no en contestar el cuestionario.**

Puede omitir las preguntas que considere a su juicio conveniente. Puede escoger más de una respuesta si le parece apropiado.

Es necesario conozca algunas definiciones importantes para poder responder este cuestionario:

**Decisión al final de la vida:** Se refiere a las intervenciones que dentro del cuidado de la salud se toman para confortar a un paciente que está muriendo o para intentar prolongar un poco más la vida de un paciente con una enfermedad que por sus características limita sus posibilidades de seguir viviendo sin apoyo extraordinario.

**Medidas de apoyo extraordinario:** Implica medidas artificiales encaminadas a sostener la vida del paciente como es la sustitución de la función de los riñones con una máquina, uso de un respirador mecánico para ayudar a respirar al paciente, alimentación por la vena o por un tubo que pasa por la nariz hasta el estómago, y/o medicamentos especiales por la vena para mejorar la función del corazón o mejorar la presión arterial.

**Maniobras de reanimación cardiopulmonar:** Consiste en la compresión intensa externa del pecho intentando restablecer la circulación de la sangre junto con medicamentos en la vena para reactivar el corazón de alguien que ha muerto de manera no esperada, además de la sustitución artificial de la respiración de manera mecánica.

**Limitar el apoyo:** Implica **NO INICIAR** nuevos tratamientos que se considera, a través de un juicio médico, no apropiado para las condiciones del paciente, o cuyo costo o repercusión indeseable en el paciente no justifican iniciar o prolongar su uso (costo económico, efectos adversos indeseables, dolor, y/o limitación funcional) ante las altas posibilidades de fallecer o morir a pesar de dichos tratamientos.

**Retirar el apoyo:** Implica **SUSPENDER, QUITAR O REMOVER** todos los tratamientos que se considera, a través de un juicio médico, no apropiado para las condiciones del paciente, o cuyo costo o repercusión indeseable en el paciente no justifican prolongar su uso (costo económico, efectos adversos indeseables, dolor, y/o limitación funcional) ante las altas posibilidades de fallecer o morir aunque no se retiren dichos tratamientos.

Circule la(s) respuesta(s) que considere más apropiada(s) por favor.

23. Su rango de edad es :

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| A. 20 a 30 años | D. 51 a 60 años    |
| B. 31 a 40 años | E. 61 a 70 años    |
| C. 41 a 50 años | F. Mayor a 71 años |

24. Género:

- a. Femenino
- b. Masculino.

25. Último grado de estudios cursado: \_\_\_\_\_

26. Su relación con el paciente es :

- a. Familiar en primer grado [Esposa(o), Hija(o), Padre o Madre, Hermana(o)]
- b. Familiar en segundo grado [Primo(a), Tío(a), Sobrino(a), Abuelo(a), Nieto(a)]
- c. Compadres, vecinos, amigos u otro.

27. Usted espera de su médico tratante en la terapia intensiva:

- a. Preservar la Vida a toda costa sin consideración de la calidad de vida.
- b. Intente honrar sus deseos sobre lo que es calidad de vida para usted, aun cuando esto implique a veces limitar intervenciones que ganarían tiempo de vida pero no calidad de vida.

28. Personalmente ¿Alguna vez ha tenido una conversación con su equipo médico o médico de cabecera para expresar sus deseos en caso de estar gravemente enfermo y mencionar lo que es valioso para usted?

- a. Si.
- b. Nunca.
- c. En alguna ocasión diferente a esta con otros médicos.
- d. Nunca, pero lo he platicado ya con un familiar.

29. ¿Quién cree usted debe comenzar una conversación sobre sus metas y deseos en caso de estar gravemente enfermo?

- a. El grupo médico.
- b. El paciente.
- c. La familia del paciente.
- d. No veo necesidad de que exista.

30. ¿Usted considera apropiado que en algún momento de la evolución de una enfermedad, alguna de las siguientes acciones en los pacientes graves hospitalizados en terapia intensiva son aceptables?

|  |    |    |  |
|--|----|----|--|
| <b>Limitar el apoyo</b><br>(No Iniciar nuevos tratamientos)            | SI | NO | ¿Porqué? _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
| <b>Retirar el apoyo</b><br>(Suspender o quitar todos los tratamientos) | SI | NO | ¿Porqué? _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |

31. Personalmente ¿Considera que usted podría tomar las decisiones respecto al final de la vida de un ser querido cercano **en forma prudente y razonable?**

- a. Si
- b. No

32. Si los deseos de su paciente ingresado en terapia intensiva antes de estar inconsciente fuesen los de **NO Continuar** maniobras o tratamientos porque no ha tenido la respuesta esperada y con ello saber que el porcentaje de que sobreviva es muy bajo, ¿usted qué actitud tomaría?

- a. Honrar los deseos de mi familiar.
- b. Continuar todo el tratamiento en contra de los deseos de mi familiar y solicitar lo que a mi juicio es correcto en su beneficio.
- c. Dejar todas las decisiones en manos del grupo médico.
- d. Tomar en cuenta la opinión de mis demás familiares y decidir en base a lo que la mayoría desea.

33. ¿Qué factor considera tiene más peso en su elección de la pregunta anterior?
- Esperanza en un milagro.
  - Duda en lo acertado de la percepción médica en cuanto a la condición y evolución del paciente.
  - Temor a sentirse culpable posteriormente por la decisión tomada.
  - Respeto por mi ser querido y su voluntad.
  - Confianza absoluta en la ciencia médica.
  - Motivos Religiosos.
34. ¿Quién considera debe decidir iniciar o no maniobras de reanimación cardiopulmonar en un paciente grave que muere repentinamente?
- El médico presente en ese preciso momento al lado del paciente.
  - Su médico tratante que lo conoce de tiempo atrás.
  - La familia tiene la decisión absoluta en esto.
  - Si esta tan grave no debiera iniciarse las maniobras para dejarlo descansar en paz.
  - Nadie, a todos los pacientes se les debe ofrecer las maniobras siempre.
35. En su perspectiva ¿Quién considera usted que debe participar en la toma de decisiones al final de la vida de un paciente inconsciente?
- Los familiares cercanos del paciente
  - El grupo médico
  - Su líder espiritual, pastor o sacerdote
  - Los directivos del hospital
  - Un Juez
  - Nadie
  - Decisión en conjunto de los mencionados anteriormente ¿Quiénes?
- 
36. ¿Cuál considera usted que es información necesaria para tomar decisiones al final de la vida? Por favor palomee las que usted considera importantes

|  |  |
|--|--|
| Diagnóstico o motivo de ingreso del paciente a terapia intensiva |  |
| Gravedad del paciente  |  |
| Posibilidades de fallecer del paciente                           |  |
| Medicamentos o maniobras necesarias para su tratamiento          |  |
| Tiempo de estancia aproximada en Terapia Intensiva               |  |
| Costos implicados en la atención en Terapia Intensiva            |  |
| Calidad de vida en caso de sobrevivir                            |  |
| Tiempo de vida en caso de sobrevivir                             |  |
| La Opinión del Grupo Médico                                      |  |

Otro (especifique): \_\_\_\_\_



37. ¿Considera que la información que recibe sobre su paciente o su enfermedad en la terapia intensiva es apropiada y suficiente para tomar decisiones al final de la vida?

- a. Si
- b. No

Si usted contestó "No", ¿Qué considera usted sería necesario para poder mejorar?

---

38. ¿Qué tan probable le parece que el juicio médico respecto a la condición terminal de un paciente pudiera estar equivocado?

- a. Generalmente nunca.
- b. En la mitad de las ocasiones.
- c. Casi siempre.
- d. Nunca si más de un médico coincide en esta apreciación.

39. ¿Profesa usted alguna religión?

- a. Si
- b. No

En caso afirmativo: ¿Cuál? \_\_\_\_\_

40. ¿Usted conoce los postulados generales de su religión con respecto a las decisiones al final de la vida?

|  |                  |                    |                 |
|--|------------------|--------------------|-----------------|
| <b>Limitar el apoyo</b><br>(No Iniciar nuevos tratamientos)            | <b>Aceptable</b> | <b>Inaceptable</b> | <b>No lo sé</b> |
| <b>Retirar el apoyo</b><br>(Suspender o quitar todos los tratamientos) | <b>Aceptable</b> | <b>Inaceptable</b> | <b>No lo sé</b> |

41. ¿Considera importante contar dentro de la Institución con apoyo por un sacerdote, pastor o guía de su religión para atender las necesidades espirituales de un paciente en terapia intensiva?

- a. Si
- b. No
- c. Es irrelevante

42. ¿Usted conoce si existen leyes en nuestro país que regulen la toma de decisiones al final de la vida?

- a. Si
- b. No

43. ¿Considera que existen criterios bien definidos, acertados y universalmente aceptados dentro de la comunidad médica para definir cuando un paciente está al final de la vida?

- a. Si
- b. No

44. Si usted se encontrara ingresado en terapia intensiva y se supiera con el paso del tiempo que las maniobras o tratamientos realizados no han dado mejoría y que seguramente va a fallecer, usted ¿Permitiría alguna de las siguientes opciones?

|  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| <b>Realizar todas las maniobras posibles para continuar con vida a pesar de saber que tienen un porcentaje muy bajo de ser efectivas</b> | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| <b>Limitar el apoyo</b> (No Iniciar nuevos tratamientos)   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| <b>Retirar el apoyo</b> (Suspender o quitar todos los tratamientos)  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |

45. Comentarios que desee hacer sobre lo expuesto en este cuestionario

---

---

---

---

---

Gracias por su participación

## LA MUERTE Y MI CONVIVENCIA CON ELLA

Hasta el día de hoy la Muerte sigue siendo un gran misterio para la humanidad. Hasta hoy nadie sabe exactamente que pasa después de que abandonamos este mundo material.

¿Qué es morir? ¿Para que vivir si al final todo termina en eso? Vienen hoy a mí estas reflexiones debido a mi trabajo profesional. Día a día y en la subespecialidad que estoy realizando, terapia intensiva, la muerte es alguien que en realidad convive conmigo y mis compañeros de trabajo.

En los últimos meses hemos tenido dos casos muy particulares. Los dos pacientes eran jóvenes, uno de ellos un hombre de 19 años y la otra una mujer de 24 años. El primero un paciente con un linfoma, un tipo de cáncer hematológico, muy avanzado con afección importante de hígado y secundario a otras complicaciones muy deteriorado. Como casi todo paciente de terapia intensiva pues se encontraba intubado dependiente del ventilador para respirar, y sedado para disminuir su dolor y estrés entre otras cosas; finalmente se fue agravando, la situación se volvió cada día más crítica y llegó el momento de decirles a los padres que su hijo no iba a sobrevivir.

El segundo caso, una joven muchacha portadora de Lupus Eritematoso Sistémico a quien la desdicha le jugó una mala pasada y se infectó de hongos provocando abscesos cerebrales que empeoraron el pronóstico funcional y para la vida. De igual forma pues llegó el momento de decirles a los padres que la paciente no puede sobrevivir.

En ambas situaciones pues llega el momento de decirles a los familiares la triste noticia y en ambos es la misma reacción... la negación. ¿Por qué negamos a la muerte? ¿Qué reacción deberíamos tener ante su presencia?

El primer caso fue muy particular porque ante la noticia la madre me pedía que no se lo dijera; fueron varios días en que le repetía la misma noticia, que no

había vuelta atrás, que solo era cuestión de esperar a que llegara el momento, pero un día en particular me dijo algo más... “Yo soy católica y creo en los milagros”, a lo que solo pude contestar “Yo también soy católico, pero al final debo contener mis emociones y sentimientos para hacer bien mi trabajo”; analizando la situación, pues es verdad, uno es frío y duro para hacer todo esto, pero hasta el día de hoy no encuentro otra forma de dar este tipo de noticias, y no es porque el paciente no sea alguien importante para nosotros, es simplemente que de no hacerlo en esta forma creo que al final daríamos falsas esperanzas a quien no merece mentiras.

El segundo caso pues la reacción fue similar, la negación, y el deseo de los padres de hacer todo lo posible para salvar la vida de una persona. En este caso en particular, es un poco más impresionante para mí porque la paciente tiene la misma edad que mi hermano biológico, y es imposible no relacionar o hacer la analogía de ¿Si yo estuviera en esa situación cómo reaccionaría? ¿Sería igual que la de los papás? ¿Buscaría que le salvaran la vida sea como sea? No lo sé, siempre me digo a mi mismo que no lo haría; pero creo que la respuesta estará cuando uno tenga que vivir esa situación, aunque obviamente no la deseo vivir y tampoco quisiera que mis familiares o seres queridos como ustedes mis hermanos la vivieran, pero el futuro solo lo sabe Dios

Y al final ¿qué es todo esto? Hay una monólogo muy particular que vi hace mucho tiempo en una caricatura y dice: “Las flores nacen y se marchitan. Las estrellas brillan pero se extinguen. La Tierra, el Sol, nuestra Galaxia, incluso algo tan inmenso como este universo terminarán extinguiéndose. En comparación, la existencia del ser humano es tan solo un efímero suspiro. Durante su breve instante en este mundo, un hombre nace, se ríe, llora, pelea, sufre, se regocija, se lamenta, encuentra el amor u odia a muerte. Por todo eso no será más que un recuerdo y luego todos caemos en el sueño eterno llamado Muerte”.

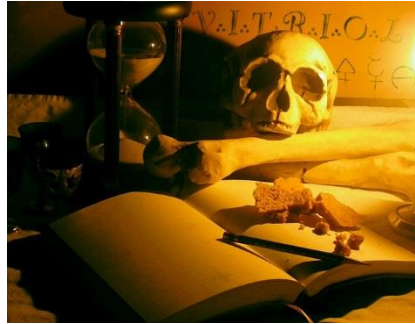
Y al final ¿Qué es todo esto? Estas son solo dos historias de lo que vivo todos los días. Es extraño mis queridos hermanos como es que uno aprende a tratar este tipo de pacientes sin perder el control, sin llorar por su desgracia; y no es que uno se vuelva insensible, es solo saber manejar la situación. Uno pone las ganas para sacar adelante la salud del enfermo, pero aprendemos a llegar al límite y no cruzarlo ya que eso en vez de ayudar al paciente puede ser más perjudicial, menos digno, menos honorable tanto para uno como médico como para los familiares y principalmente para el paciente.

Y al final ¿Qué es todo esto? Nadie sabe cuando llegará nuestro fin de este mundo material. ¿Y para que estar aquí si todo va a terminar en eso? Existe una película llamada en español “Antes de Partir”, o en inglés “The Bucket List” estelarizada por Morgan Freeman y Jack Nicholson, donde personifican a dos extraños, uno pobre y otro rico, que se conocen en un hospital debido a su tratamiento para el cáncer. Y deciden realizar una lista que deben completar antes de morir; en el camino tienen muchas aventuras, se conocen, pero pelean al final del viaje porque uno de ellos, el pobre, intenta que el otro recupere la comunicación con su hija; finalmente el pobre muere y le escribe estas palabras: <Querido Edward: He estado debatiendo conmigo mismo tratando de decidir si debería escribir esto. Al final, me di cuenta de que me arrepentiría de no hacerlo así que ahí te va. La última vez que nos vimos no estábamos en perfecta armonía. Yo no quería que nuestro viaje acabara así. Supongo que soy el responsable y te pido disculpas. Pero la verdad, si pudiera, lo volvería a hacer. Según Virginia, me fui como un extraño y volví hecho un esposo. Eso te lo debo a ti. No te puedo pagar todo lo que has hecho por mí. En vez de tratar, te voy a pedir que me hagas otro favor. Encuentra la dicha en tu vida. Una vez dijiste que tú no eras como los demás. Eso es verdad. Tú no eres como todos... pero todos somos parte de todos. Mi pastor siempre dice: “Nuestras vidas son arroyos fluyendo al mismo río, que corre hacia el paraíso en la bruma más allá de las cascadas”. Encuentra la dicha en tu vida, Edward. Mi querido amigo: Cierra los ojos y deja que las aguas te lleven a casa.>

Así mis queridos hermanos, creo van comprendiendo mi mensaje un poco mejor. En vez de preocuparnos por lo que va a suceder después de la muerte, debemos vivir plenamente. Debemos morir pero a los vicios, a las malas actitudes, a nuestras imperfecciones; y ello no significa ser serio y monótono, muy al contrario, es el dar sin pedir nada a cambio, es el convivir, el ser útil, el enseñar, el aprender, el hacer felices a otros; porque la muerte material no es el fin. Por esas cosas buenas nos convertimos en recuerdo y así nos volvemos inmortales, como nuestro hermano Gandhi o nuestro hermano Luther King, o como nuestro hermano y compatriota Lázaro Cárdenas, quienes a pesar de ya no estar más aquí, sus enseñanzas siguen vivas, siguen aportando tanto a tantas generaciones. Y tampoco con esto quiero decir que si no nos recuerda todo el planeta significa que fracasamos; no, mientras un alma nos recuerde por haber sido importantes para su vida, habremos vencido a la muerte.

La muerte no es el final de todo, no es más que otra transformación. ¿Cuándo llegará mi momento?; la realidad es que no lo sé, y espero no sea pronto. Convivo con ella todos los días, pero no le tengo miedo; más bien tengo miedo a que pase desapercibido en esta vida, que ni un alma recuerde algo bueno de mí; eso es más

aterrador que el dolor que inflige la muerte. En vez de pensar en mi compañera de trabajo y cuando me diga que es hora de viajar con ella, pensaré en como sonreír día con día. Desafortunadamente para muchos su tiempo es muy corto como el de los dos pacientes que acabo de comentar, pero seguramente alegraron la vida de alguien y por lograr perdurar ese recuerdo serán inmortales. Nuestra vida es un suspiro y es mejor que se sienta con gran fuerza mientras dura.



FRATERNALMENTE

∴ Sergio Calleros Rodríguez ∴

Es cuanto.