



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE**

**EVALUACIÓN DEL NIVEL DE INFORMACIÓN Y
PERCEPCIÓN SOBRE LA VOLUNTAD ANTICIPADA
DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL
REGIONAL 1° DE OCTUBRE.**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA**

PRESENTA

DR. LUIS LEONARDO GARCÍA GALLARDO

DIRECTOR

DR. BERNARDO SOTO RIVERA

ASESORA

DRA. CELINA TRUJILLO ESTEVES

CIUDAD DE MÉXICO. SEPTIEMBRE 2018

**RPI (NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL)
079.2017**





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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE**

**EVALUACIÓN DEL NIVEL DE INFORMACIÓN Y
PERCEPCIÓN SOBRE LA VOLUNTAD ANTICIPADA
DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL
REGIONAL 1° DE OCTUBRE.**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA**

PRESENTA

DR. LUIS LEONARDO GARCÍA GALLARDO

DIRECTOR

DR. BERNARDO SOTO RIVERA

ASESORA

DRA. CELINA TRUJILLO ESTEVEs

MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO. SEPTIEMBRE 2018

**RPI (NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL)
079.2017**



TÍTULO: EVALUACIÓN DEL NIVEL DE INFORMACIÓN Y PERCEPCIÓN SOBRE LA VOLUNTAD ANTICIPADA DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE.

ALUMNO: Dr. Luis Leonardo García Gallardo

DIRECTOR: Dr. Bernardo Soto Rivera

ASESORA: Dra. Celina Trujillo Esteves

Dr. Ricardo Juárez Ocaña
Coordinador de Enseñanza e Investigación
H.R. 1° de Octubre, ISSSTE

Dr. José Vicente Rosas Barrientos
Jefe de Investigación
H.R. 1° de Octubre, ISSSTE

Dr. Antonio Torres Fonseca Jefe de Enseñanza
H.R. 1° de Octubre, ISSSTE

Dr. Bernardo Soto Rivera
Profesor Titular del Curso de Especialidad en Anestesiología.
H.R. 1° de Octubre, ISSSTE

Dra. Celina Trujillo Esteves
Profesora Adjunta del Curso de Especialidad en Anestesiología.
H.R. 1° de Octubre, ISSSTE

5) Agradecimientos o Dedicatoria a título personal el alumno define a quien o a quienes y el orden del agradecimiento, el alumno puede incluir el número de hojas que así considere necesario

Índice

Introducción	1
Antecedentes	2
Objetivos	9
Material y Métodos:	9
Resultados	11
Discusión	38
Bibliografía	42
Anexos	44

Lista de figuras, gráficas y tablas

Figura 1. Mapa nacional indicando el estatus en que se encuentra la legislación de la Voluntad anticipada	3
Gráfica 1. Número de entidades federativas que cuentan con LVA o tienen iniciativas de ley en el congreso.	4
Gráfica 2. Voluntades anticipadas totales (notario público y personal de salud) suscritas al año desde diciembre 2008 hasta marzo de 2018.	5
Gráfica 3. Histograma de los promedios de información sobre VA.	17
Gráfica 4. Histograma de los promedios de percepción sobre LVA.	18
Gráfica 5. Comparativo de los resultados obtenidos por área de trabajo.	18
Gráfica 6. Comparativo de los resultados obtenidos por área de trabajo	19
Gráfica 7. Comparativo de los resultados sobre el nivel de información obtenidos por Médicos Residentes por área de trabajo.	21
Gráfica 8. Comparativo de los resultados sobre el nivel de percepción obtenidos por Médicos Residentes por área de trabajo.	22
Gráfica 9. Comparativo de los resultados sobre el nivel de información obtenidos por Médicos Adscritos por área de trabajo.	23
Gráfica 10. Comparativo de los resultados sobre el nivel de percepción obtenidos por Médicos Adscritos por área de trabajo.	24
Gráfica 11. Comparativo de los resultados sobre el nivel de información obtenidos por personal de enfermería por área de trabajo.	25
Gráfica 12. Comparativo de los resultados sobre el nivel de percepción obtenidos por el personal de enfermería por área de trabajo.	26
Gráfica 13. Promedios alcanzados por los hombres de acuerdo a los años de experiencia laboral.	27
Gráfica 14. Promedios alcanzados por las mujeres de acuerdo a los años de experiencia laboral.	27
Gráfica 15. Resultados del nivel de percepción de los Médicos Residentes de acuerdo a los años de experiencia laboral.	29

Gráfica 16. Resultados del nivel de información sobre VA en los Médicos Residentes de acuerdo a los años de experiencia laboral.....	30
Gráfica 17. Resultados del nivel de percepción sobre VA en los Médicos Adscritos de acuerdo a los años de experiencia laboral.....	31
Gráfica 18. Resultados del nivel de información sobre VA en los Médicos Adscritos de acuerdo a los años de experiencia laboral.....	32
Gráfica 19. Resultados del nivel de percepción sobre VA en el personal de enfermería de acuerdo a los años de experiencia laboral.....	33
Gráfica 20. Resultados del nivel de información sobre VA en el personal de enfermería de acuerdo a los años de experiencia laboral.....	34
Tabla 1. Tabla de frecuencia de las respuestas a las 17 preguntas que conforman el constructo Información sobre VA.....	14
Tabla 2. Tabla de frecuencia de las respuestas a las 6 preguntas que conforman el constructo Percepción sobre VA.....	16
Tabla 3. Nivel de percepción, e información sobre VA, así como porcentaje de quienes reportaron tomar cursos sobre voluntad anticipada y cuidados paliativos entre los médicos residentes.	29
Tabla 4. Nivel de percepción, e información sobre VA, así como porcentaje de quienes reportaron tomar cursos sobre voluntad anticipada y cuidados paliativos entre los médicos adscritos.	31
Tabla 5. Nivel de percepción, e información sobre VA, así como porcentaje de quienes reportaron tomar cursos sobre voluntad anticipada y cuidados paliativos entre el personal de enfermería.	33
Tabla 6. Reporte general de resultados al observar la variable religión.	35
Tabla 7. Resultados obtenidos por médicos residentes al observar la variable religión.	36
Tabla 8. Resultados obtenidos por médicos adscritos al observar la variable religión.	37
Tabla 9. Resultados obtenidos por personal de enfermería al observar la variable religión....	38

RESUMEN

La voluntad anticipada (VA) reconoce el derecho de todo ser humano en uso de sus facultades, para elegir y decidir la atención médica que desea recibir al final de su vida. **Objetivo:** Evaluar el nivel de información y de percepción del personal en el Hospital Regional 1º de Octubre sobre la voluntad anticipada.

Material y Métodos: El diseño del estudio es descriptivo transversal, participaron 383 profesionales de la salud. Contestaron un cuestionario de 32 preguntas, construido ad hoc para este trabajo. Se valoraron las variables dependientes: Información y percepción sobre VA, con un valor máximo de 100. Y, como variables independientes: sexo, edad, religión, área de trabajo y años de experiencia.

Resultados: El 73% eran mujeres y 27% hombres, con edad media cercana a 38 años. La muestra se agrupó en: 82 médicos residentes, 59 médicos adscritos, y 242 miembros de enfermería. En Médicos Residentes y Enfermería, los niveles de información y percepción sobre VA eran más bajos que los de los Médicos Adscritos, que no alcanzaron más de 70.

Discusión: Los niveles encontrados corresponden a los reportados en recientes estudios mexicanos. Es pertinente organizar jornadas de capacitación y materiales didácticos que permitan la fácil comprensión y recordación de las implicaciones de la VA y cuidados paliativos. Se concuerda con que la implantación de la VA no es posible sin una buena relación médico-paciente y se apoya la creación de un registro nacional donde quede acreditada la información que una persona ha otorgado en su voluntad anticipada.

Palabras clave: Voluntad anticipada , Cuidados paliativos, enfermo terminal.

Abstract:

The advance directives (AD) acknowledge the human right to chose and decide about the medical treatment a person would like to receive at the final stage in his life.

Objective: To evaluate the level of information and perception about the advance directives among the Hospital Regional 1º de Octubre health personnel.

Methods: A descriptive cross-sectional study design, with a sample of 383 health professionals answered a questionnaire of 32 items. Collected data was used to measure the value of the dependent variables: information and perception about advance directive, 100 is the highest value those variables could reach. As independent variables: sex, age, religion, workplace and experience. Results: 73% were women, 27% men, with an average age of nearly 38 years. The sample was grouped in: 82 resident physicians, affiliated doctors and 242 nurses.

Results: Information and perception levels among resident physicians and nurses are lower than those found among the affiliated doctors, however those never reached a value more than 70.

Discussion: The findings in this study correspond to those previously reported in recent Mexican studies. It is convenient to organize training session and develop learning materials to allow the easy comprehension and help to retain the AD implications and its relation to palliative care. We agree with the statement referring that the AD implementation cannot take place unless there is a good doctor-patient relationship; we also support the creation of the AD national database.

Key words: Advance directives, palliative care, patients with terminal stage diseases.

Introducción

La voluntad anticipada (VA) o testamento vital, como también se le conoce, es la manifestación que una persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, hace sobre el tipo de tratamiento que quiere recibir en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal. Esta voluntad tiene que hacerse ante dos testigos, y debe cumplir con lo dispuesto en la Ley de Voluntad Anticipada (LVA), que fue publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal en el año 2008. Desde entonces, al menos otras 15 entidades federativas de la República Mexicana han emitido sus respectivas leyes locales para regularla.

La voluntad anticipada puede tener implicaciones económicas en el sistema de salud al liberar camas y recursos para atender a personas que no tienen un diagnóstico de enfermedad terminal. Además incide en ámbitos como el de los derechos humanos, al priorizar el principio bioético de autonomía, haciendo partícipe al paciente en la toma de decisiones sobre el tipo de tratamiento al que quiere someterse en la parte final de su vida. De este modo se liberan presiones entre las relaciones médico – paciente, y del médico con familiares obstinados en mantener la vida del paciente, sin después enfrentar un alguna responsabilidad de tipo penal. Al mismo tiempo, da la oportunidad al médico de objetar el tratamiento y evitar un problema ético para él, en el caso de que no esté de acuerdo con la decisión del paciente y que esta situación no implique sanciones para el médico.

En los primeros 10 años de vigencia de la Ley de Voluntad Anticipada, según datos de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, hasta finales del mes de marzo de 2018 sólo 9,991 personas habían suscrito su VA ante notario público o ante personal de salud. Esta cifra muestra un 5% de incremento, al compararla con los 9,532 suscriptores de la voluntad anticipada que había registrados al 30 de Septiembre de 2017, por lo que se considera que el nivel de conocimiento de la LVA en la población en general continúa siendo bajo. Además de que se ha documentado que hay algunos obstáculos o resistencias a la aplicación de la misma, entre ellos el bajo nivel académico de la

población, que puede dar pie a una interpretación errónea de la misma, así como otras situaciones en los ámbitos familiares, religiosos, humanos o sociales.

Por otra parte, hasta el mes de septiembre de 2017 la mayor parte de las voluntades anticipadas suscritas ante personal de salud ocurrió en hospitales privados (56.29%), por lo que se infiere que en los hospitales públicos se han suscrito un menor número de voluntades anticipadas. Hay que destacar que en el Hospital Regional 1° de Octubre en la primera década en que la ley está vigente se ha suscrito un solo formato de VA, que equivale al 0.04% del total de voluntades suscritas en la Ciudad de México. Es por esta razón que para conocer la percepción y los conocimientos sobre la voluntad anticipada entre el personal médico y de enfermería en este hospital se realiza esta investigación.

Antecedentes

La autonomía, es la capacidad de autogobierno que permite a cada quien elegir y actuar razonadamente, en base a una apreciación personal, sobre las posibilidades futuras sustentadas y evaluadas a través de un sistema propio de valores. Según el principio de autonomía en bioética habrá de respetarse a la persona humana, pues ésta es dueña de sus propias acciones y decisiones.¹

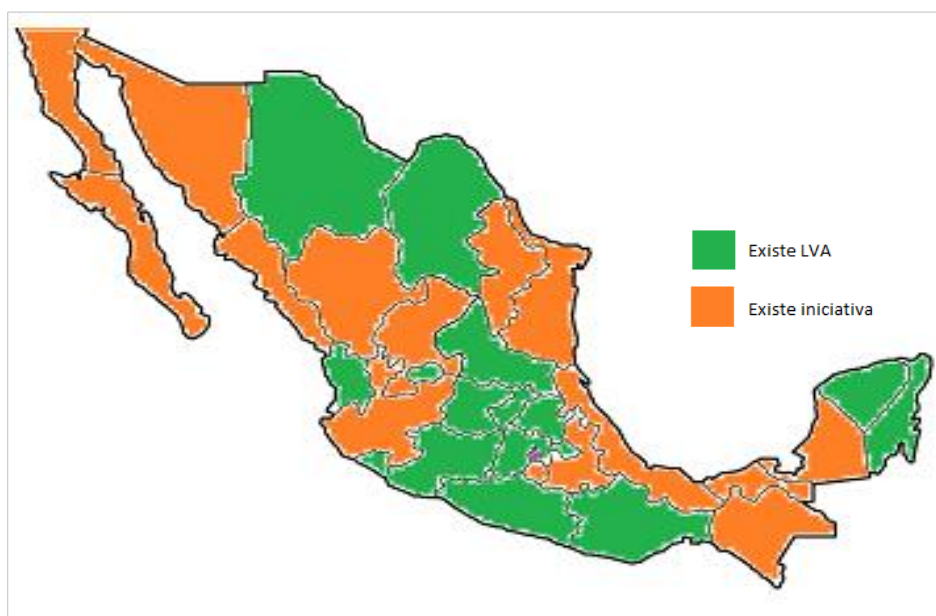
Al considerar la posición de la bioética en la práctica de la medicina, se ha construido un nuevo paradigma, nuevas actitudes y percepciones que desmontan el andamiaje de operativo en torno al añejo modelo paternalista. Actualmente, los proveedores de servicios de salud están obligados a respetar la autonomía del paciente (si la ley no señala lo contrario) y con ello, se le ha de incorporar al diálogo sanitario para dignificar la decisión informada entre los actores paciente-médico.²

De acuerdo con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, la voluntad anticipada favorece la atención paliativa y los cuidados al final de la vida, el énfasis está en el acompañamiento del paciente durante la etapa final de su vida. No prolonga ni acorta la

vida, respeta el momento natural de la muerte. Es aplicable en todas las instituciones de Salud Públicas, Sociales y Privadas que prestan servicios en la CDMX, es un derecho de todos los habitantes de la Ciudad de México y de quienes reciben atención médica dentro de ella.³

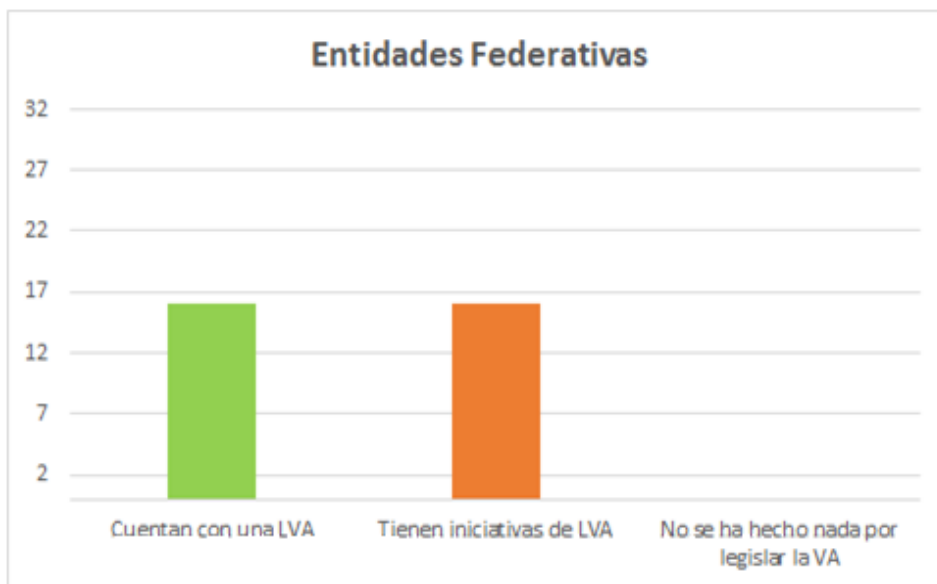
La voluntad anticipada (VA) tiene que hacerse ante dos testigos, y debe cumplir con lo dispuesto en la ley que la regula, que fue publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal en el año 2008. Desde esa fecha, la mitad de los Estados de la República Mexicana han emitido leyes locales en ese mismo sentido; sin embargo aún no existe una ley a nivel federal. Aunque cabe señalar que, el 5 enero de 2009 se incorporó el Título Octavo Bis en la Ley General de Salud, destinado a Cuidados Paliativos en los Enfermos en situación terminal.⁴ La figura 1 y la gráfica 1 muestran el estado que guardaba la legislación de la VA en el país en el año de 2017.

Figura 1. Mapa nacional indicando el estatus en que se encuentra la legislación de la Voluntad Anticipada.



Fuente: Páginas web de las legislaturas locales en cada entidad.

Gráfica 1. Número de entidades federativas que cuentan con LVA o tienen iniciativas de ley en el congreso.



Fuente: Páginas web de las legislaturas locales en cada entidad.

La información anterior devela que las regiones centro y sur de nuestro país son las que más han avanzado en la legislación de la voluntad anticipada, mientras que sólo un tercio de la zona fronteriza lo ha hecho. Destaca también que en la mayoría de los Estados que se ubican en las zonas este y occidente del país no ha sido posible llegar a un acuerdo en la legislación de la voluntad anticipada.

Como se ha señalado anteriormente, en la Ciudad de México hasta finales de marzo de 2018 se recibieron 9,991 documentos y formatos de voluntades anticipadas desde que la ley fue puesta en vigor. Actualmente el 75% de los registros son documentos registrados ante notario público, el resto se realiza en hospitales públicos y privados. Hay que destacar que el servicio del registro de formato de voluntad anticipada en la Secretaría de Salud es gratuito y que el costo del documento de voluntad anticipada ante notario es

de \$1,200 pesos más IVA, para personas mayores de 18 años y de \$400 pesos más IVA a los adultos mayores de 65 años.⁵

En la gráfica 2 se muestra el número de voluntades anticipadas que se han registrado en la Ciudad de México y muestra que en los últimos años una tendencia a la baja del número de documentos que se registran.

Gráfica 2. Voluntades anticipadas totales (notario público y personal de salud) suscritas al año desde diciembre 2008 hasta marzo de 2018.



Fuente: Programa de Voluntad Anticipada de la Secretaría de Salud de CDMX.

En el año 2016, el Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE⁶ incluyó en su artículo 65, que para brindar el servicio de Hospitalización a un Paciente, el Médico Tratante deberá obtener la carta de Consentimiento Informado del Paciente, su familiar o acompañante, que es un escrito mediante la cual se acepta un procedimiento médico o

quirúrgico con fines de diagnóstico, con fines diagnóstico-terapéuticos o de rehabilitación, paliativos o de investigación, una vez que el paciente recibió la información de los riesgos y beneficios esperados.

En el mismo sentido, y en apego al principio de autonomía, el paciente se transforma en el agente que toma el control y elige. Estas nuevas situaciones implican que el paciente debe contar con un grado de libertad que está integrado por varios elementos de suma relevancia, como lo son: la información suficiente y adecuada sobre su estado de salud y la información sobre las alternativas terapéuticas a su alcance; así como los riesgos que cada una de ellas implica. No contar con una información suficiente o si esta fuera equivocada impediría al paciente el ejercicio de una verdadera elección.

Por otra parte, la ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal⁷ que permite a las personas manifestar su voluntad para que sea cumplida cuando no puedan expresarla, se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de enero de 2008 y, el 4 de abril del mismo año, se publicó el Reglamento de dicha Ley.⁸

A través de esas disposiciones, se establecen los requisitos y las formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio para expresar su voluntad de no ser sometida, en caso de enfermedad o daño físico o psíquico grave que cause sufrimiento o lo incapacite para vivir una existencia racional y autónoma, a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que intenten prolongar su vida en forma artificial, de manera innecesaria. 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.

Ahora bien, la existencia de la legislación sobre la voluntad anticipada no se ha traducido en que la mayoría de la población elija realizar la inscripción ni del formato de la voluntad anticipada (que es un trámite gratuito), ni del documento de la VA (que requiere ser notariado), dado que es un trámite voluntario. Al hacer un análisis de causa raíz sobre la

baja implementación de la Voluntad Anticipada en el Hospital Regional 1º de Octubre, se determinó que es probable que el nivel de información sobre la VA y el nivel de la percepción que el personal de salud tiene sobre ella pueden relacionarse al bajo nivel de solicitudes para aplicación de la misma en el hospital. Se infiere que si el personal en las unidades de atención médica no tiene conocimiento de la legislación de Ley de Voluntad Anticipada, no la puede aplicar. Por ello, se ha detectado la necesidad de realizar el diagnóstico del nivel de conocimiento sobre la LVA en el personal de salud, al ser una obligación el que los profesionales del sector tengan conocimientos actualizados sobre el derecho de los individuos sanos y enfermos para intervenir y decidir en aspectos relacionados con la fase terminal de su vida, la VA precisa que los médicos mejoren la relación con el paciente ya que su implementación no es posible sino existe una buena relación entre estas dos partes.⁹

La implementación de la VA es importante porque todos los pacientes en fase terminal tienen derecho a decidir la clase de tratamiento que llevarán en la última etapa de su vida, de esta forma se previene la obstinación terapéutica o distanasia, que resulta al recurrir a un exceso de medidas en el tratamiento médico, que lejos de contribuir a aliviar el sufrimiento del paciente, deterioran su calidad de vida, y en ocasiones sólo prolongan la agonía e incrementan el dolor, además de que al evitar la obstinación terapéutica se estaría promoviendo el uso eficiente de los recursos del sector salud.¹⁰

Como se señaló, una consecuencia económica de la implementación de la VA, podría ser la liberación de camas para dar atención hospitalaria a pacientes en condiciones diversas a las de la fase terminal; así la atención domiciliaria de los enfermos terminales con cuidados paliativos resultaría de la aplicación de la VA.

En lo que se refiere a consecuencias legales, la aplicación de la LVA permite el ejercicio de un derecho humano a quien determina su testamento de vida y voluntades

anticipadas, y la liberación de responsabilidades penales para el personal de salud cuando este actúe conforme a dicha ley.

En cuestión de bioética, la LVA abre la puerta para respetar la voluntad, la dignidad y autonomía de los pacientes, proporcionando medidas y cuidados médicos que procuren confort y eviten o disminuyan el sufrimiento y la agonía de los pacientes, permite proporcionar atención tanatológica y psicológica, protege legalmente al médico de personas obstinadas en mantener con vida a sus familiares.¹¹ La ley es precisa en que no se consiente ni permite el acortamiento intencional de la vida (Art. 2), así también permite al personal de salud a cargo no está de acuerdo por motivos de creencia o convicción, puede excusarse de intervenir en su realización (Art. 42), poder ser un objetor es un bien jurídico básico relacionado con la identidad moral de las personas, por lo que la acción objetora es de gran dignidad ética.¹² Lo que potencialmente puede traer como consecuencia una práctica más humana de la medicina.

Con base en Jiménez y Allam (2015), el grado en que el personal de salud conoce que la VA está regulada por la ley, debe ser evaluado. Así como si el personal planifica con sus pacientes (previamente y en consulta) la VA, y si conoce dónde se encuentra el Registro de las Voluntades Anticipadas.¹³

Esta investigación se ha planteado debido a que la legislación de VA en CDMX no ha resultado en un alto número de inscripciones de voluntad anticipada o testamento vital, lo que podría ser explicado no sólo por el desconocimiento de la ley en la población, sino también podría explicarse por el nivel de conocimiento la LVA entre el personal de salud en el área del Hospital Regional 1° de Octubre, y su proclividad a implementarla, así que la pregunta a resolver en esta investigación es ¿cuál es el nivel de información y cuál es el nivel de la percepción de la VA en el personal de salud en el turno matutino de este hospital? Cabe señalar que no se encontró documentación sobre evaluaciones del

conocimiento y percepción que tiene el personal de salud en el Hospital Regional 1° de Octubre sobre la Voluntad Anticipada.

Objetivo General

Evaluar el nivel de información sobre VA y el de la percepción de VA en el Hospital Regional 1° de Octubre.

Objetivos Específicos:

Describir las características sociodemográficas del personal de salud que participa en el estudio.

Identificar el nivel de conocimiento acerca de los principios de bioética.

Analizar las diferencias en el nivel de información por grupos específicos de profesionales de la salud.

Reportar la cantidad de personal de salud capaz de reconocer a un candidato para aplicarse la LVA.

Material y Métodos:

El estudio se llevó a cabo aprobado previamente por los Comités de Investigación y Ética en el Hospital Regional 1° de Octubre, para alcanzar los objetivos establecidos y tomando en consideración el estado que guarda la cuestión investigada, se determinó que el diseño del estudio fuera descriptivo transversal. Se desarrolló un instrumento de investigación que permitiera recoger los datos necesarios para resolver la pregunta de

investigación y alcanzar los objetivos específicos planteados. El cuestionario se desarrolló con base en instrumentos desarrollados en investigaciones previas.^{8,14-17}

Una vez determinadas las 32 preguntas que se incluyeron (ver anexo 1), se realizó una prueba piloto del cuestionario para ser validado, en ella participaron 20 médicos residentes. En esta etapa se verificó la validez de constructo y enunciación semántica; la consistencia interna o confiabilidad del instrumento se evaluó por medio de la prueba estadística de Kuder Richardson 20 (KR-20), realizada en Excel. Al validar el cuestionario, se obtuvo una confiabilidad de 0.83397, por lo que se procedió a aplicarlo en el campo de estudio. Se calculó que el tamaño de la muestra era 383 profesionales de la salud (médicos adscritos, médicos residentes y enfermería), los que participaron fueron quienes se encontraban en activo durante el periodo comprendido entre el 1 de marzo y el 14 de abril del año 2018. La muestra obtenida fue no probabilística. Así, el investigador proporcionó los cuestionarios, junto a la carta invitación (anexo 2) al personal que se encontraba en las diferentes áreas en el momento en que llegaba a ellas para invitar a participar al personal en el estudio.

La confidencialidad de las respuestas ha sido respetada absolutamente durante todo el proceso de recolección de datos y análisis de resultados, dado que no se incluyó el nombre del participante en el cuestionario utilizado.

Se aplicaron 400 cuestionarios entre el personal que trabaja en las distintas áreas del Hospital Regional 1º, para incluir un cuestionario al estudio se siguieron los siguientes criterios:

1. Que el participante haya indicado ser médico adscrito, médico residente de cualquier especialidad o enfermero(a) del Hospital Regional 1º de Octubre;
 2. Los datos sociodemográficos se encontraran completos;
-

3. Todos los reactivos incluidos en el cuestionario hayan sido contestados o en el caso de que no hayan respondido la totalidad, se presentaron sólo hasta dos no contestados;
4. Que hayan aceptado participar del estudio y firmaron la carta invitación.

Se excluyó al personal que no aceptó participar en el estudio y se eliminaron los cuestionarios que tuvieron todos los reactivos en blanco o más de dos y los participantes que no contestaron los datos sociodemográficos.

Los resultados obtenidos de los cuestionarios fueron analizados con estadística descriptiva, se calcularon medidas de tendencia central, porcentajes y se construyeron tablas de frecuencia y gráficas utilizando el programa de Microsoft Office Excel. Para las variables descritas como cualitativas nominales (ver anexo 3), se realizó un análisis univariado y se calcularon proporciones de las variables cualitativas.

Por otra parte, se determinó construir el valor promedio para dos constructos diferentes, uno para el nivel de información sobre VA y otro para el nivel de percepción de VA. Dichos constructos están formados por un conjunto de variables cuyos valores provienen de las respuestas obtenidas para cada pregunta de los 383 cuestionarios analizados en este estudio. Así que al constructo de información se le asignó como valor el cociente resultante entre la sumatoria de respuestas correctas y el total de variables consideradas para asignar el valor a este constructo (en este caso 17 variables). Las preguntas que se consideraron para este constructo fueron las preguntas identificadas con los números 7, 8, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27 y 28 del cuestionario. En tanto que el constructo de percepción sobre la VA se formó de la misma manera que el anterior, pero con los valores otorgados a 6 preguntas, identificados en el cuestionario con los numerales 11, 12, 13, 25, 29 y 32.

Aspectos Éticos

El desarrollo del estudio estuvo regido por los principios especificados en la Declaración de Helsinki,¹⁸ además de que según los criterios del Reglamento de la Ley General de

Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo «De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos», capítulo único, artículo 17, inciso I, se considera como investigación sin riesgo.¹⁹ Y se desvincularon los datos personales de los participantes.

Resultados

De los 400 cuestionarios al personal de salud, 8 no se obtuvieron de vuelta, 9 se eliminaron y se procesaron 383. Hay que señalar que 4 personas fueron excluidas porque no aceptaron responder de cuestionario, por lo que se tuvo una tasa de respuesta de 0.95.

Para alcanzar el primero de los objetivos específicos, las preguntas de la 1 a la 6 solicitaban información que permite describir las características sociodemográficas del personal de salud que participó en el estudio. Los 383 participantes se distribuyen como sigue: 280 mujeres (73%) y 103 hombres (27%). La mayoría reportó que su religión es la católica (83%), en seguida se encontró que el 5% reportó tener una religión cristiana y evangélica sin sustento actual pentecostal, el 1% reportó ser pentecostal, el 0.5% respondió ser protestante, el 0.3% ortodoxo y el 10.5% respondió tener otra religión no clasificada. El promedio de edad de los participantes es de 38 años, siendo mayor para las mujeres, con un promedio de 39 años de edad, quienes promedian 14.39 años de experiencia profesional, mientras que los hombres promedian una edad de 35 años y 9.42 años de experiencia profesional. Se tuvo una mayor participación de personal del área de Cirugía General (18.28%), seguida de de Ginecología y Obstetricia (12%), el tercer sitio fue para el área de Unidad de Cuidados Intensivos (10.70%).

En cuanto a categoría según el puesto de trabajo, 82 (20.88%) eran médicos residentes, de ellos la mayoría están en su segundo año de residencia, las mujeres representaron el 50% de este grupo y promediaron una edad de 28.27 años y 3.62 años de experiencia

profesional, mientras que los hombres promediaron una edad de 29.05 años y 3.9 años de experiencia profesional. En tanto que de los médicos adscritos participaron 59 (15.14%) personas, la mayor parte (56.89%) eran mujeres, que promediaron una edad de 42 años de edad y 14.39 años de experiencia profesional. Los hombres médicos adscritos promediaron una edad de 46.48 años y 17.28 años de experiencia profesional. En el grupo de enfermería del hospital se mostró la mayor parte de la participaron contando con un total de 242 (63%), en este grupo la mayoría son mujeres (85.78%) que promediaron una edad de 40.63 años y 16.62 años de experiencia profesional, mientras que los hombres promediaron una edad de 35.14 años y 10.18 años de experiencia profesional.

Para cumplir los objetivos específicos que proponen identificar el nivel de conocimiento acerca de los principios de bioética y analizar las diferencias por grupos específicos, se integraron al cuestionario dos preguntas. La pregunta 7, que solicitaba señalar el principio fundamental del nuevo paradigma operativo de la atención médica, de entre las siguientes opciones: a. Dignidad, b. Autonomía y c. Voluntad anticipada, el 28.72% de los participantes señaló a la autonomía de manera correcta. Y la pregunta 8, que solicitaba indicar qué era la decisión individual que toma un/una médico/a para dejar de realizar un acto científica y legalmente aprobado, donde hace uso de su criterio y su libertad de pensamiento, conciencia o religión (principios morales o creencias religiosas), que contraponen la voluntad del paciente y/o su familia, entre las siguientes opciones: a. Objeción a la voluntad anticipada, b. Objeción de conciencia y c. Objeción por cuestiones científicas el 28.20% respondió de manera correcta. Lo anterior indica que cerca de 1 de cada 3 de los participantes tiene un buen nivel de conocimiento sobre los principios de bioética. El 70% de quienes contestaron correctamente fueron mujeres. Al observar los resultados por grupos de personal participante, se observa que los médicos adscritos tienen un mejor nivel de conocimiento ya que el 36% contesto correctamente, de los médicos residentes el 33% lo logró, así como el 25% del personal de enfermería.

Para alcanzar el último objetivo específico se incluyó la pregunta 32, en la que se solicitaba responder si sabía reconocer a un candidato para aplicar la ley de voluntad

anticipada, a lo que el 54% de los participantes respondió que no era capaz de hacerlo. Existe la posibilidad de que esto sea así debido a que un 58% del personal ha reportado que no ha tomado ningún curso de cuidados paliativos durante su formación. El 70% de quienes respondieron que eran capaces de reconocer a un candidato a aplicarse la LVA fueron mujeres. Al observar los grupos de profesionales, se encuentra que el 55% de los médicos adscritos reportaron que son capaces de reconocer quién es candidato a aplicarse la LVA, mientras que de enfermería el 52% puede hacerlo y de los médicos residentes sólo el 36% reportó poder realizarlo.

Al evaluar el nivel de información sobre VA y el de la percepción de VA en el Hospital Regional 1° de Octubre se encuentra que en general el nivel promedio de información sobre la VA es de 58.65 de un total de 100, a desviación estándar de esta variable, fue de 15.15. Mientras que el nivel de promedio de la percepción que tiene el personal sobre la VA es de 63.61, la desviación estándar de esta variable fue de 25.33. Las mujeres alcanzan un nivel promedio de 59.41 en información y de 64.25 en la percepción. En el caso de los hombres, los niveles promedios que se obtienen son: de 56.57 para la información sobre VA y de 61.85 para la percepción. Los médicos residentes alcanzan un nivel promedio de información de 57.89 y de 54.70 del nivel de percepción. Los médicos adscritos alcanzan un nivel promedio de información de 62.21 y de 64.13 del nivel de percepción. El personal de enfermería alcanza un promedio de información de 58.04 y un valor de 66.26 en el nivel de percepción.

Tabla 1. Tabla de frecuencia de las respuestas a las 17 preguntas que conforman el constructo Información sobre VA.

Preguntas	Si n(%)	No n(%)	Total	p	
10. ¿Conoce los derechos de los pacientes en fase terminal?	251 (65.5)	132 (34.5)	383	< 0.000	
14. ¿Ha escuchado hablar de la Ley de Voluntad anticipada para el Distrito Federal?	248 (64.8)	235 (35.2)	383	< 0.000	
26. Limitar el tratamiento curativo e implementar un plan que incluya: paliación del dolor, ayuda tanatológica y psicológica, nutrición e higiene, corresponde o no corresponde a una atención adecuada, desde la perspectiva ética, jurídica y médica:	Corresponde n(%)	No corresponde n(%)	Total	p	
	327 (85.4)	56 (14.6)	383	< 0.000	
27. En caso de emergencia, en el contexto de un paciente con un documento VA firmado, se deberán realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar, corresponde o no corresponde a una atención adecuada, desde la perspectiva ética, jurídica y médica:	241 (62.9)	142 (37.1)	383	< 0.003	
16. El formato de VA puede hacerse en la unidad médica hospitalaria	Si n(%)	No n(%)	No sé n(%)	Total	p
	215 (56.1)	57 (14.9)	111 (29)	383	< 0.000
17. El documento de VA es diferente al formato de VA	135 (35.2)	64 (16.7)	184 (48)	383	< 0.000
18. La ley de VA está orientada a proteger la dignidad de la persona	336(87.7)	6 (1.6)	41 (10.7)	383	< 0.000
19. La ley de VA esta instituida para prevenir la obstinación terapéutica	245 (64)	42 (11)	96 (25)	383	< 0.000
20. La Ley de VA tiene concordancia con las disposiciones establecidas respecto a la disposición de órganos susceptibles a ser donados	194 (50.7)	44 (11.5)	145 (37.9)	383	< 0.000
21. El enfermo en etapa terminal o su representante deberán entregar el documento de VA al personal encargado de implementar el tratamiento respectivo, para su integración al expediente clínico.	307 (80.2)	8 (2.1)	68 (17.8)	383	< 0.000
22. El médico tratante podrá ser testigo del otorgamiento del documento de VA o del otorgamiento del formato	249 (65)	33 (8.6)	101 (26.4)	383	< 0.000
7. Es el principio fundamental del nuevo paradigma operativo de la atención médica.	Dignidad	Autonomía	Voluntad anticipada	Total	p
	108 (28.2)	110 (28.7)	165 (43.1)	383	< 0.000
8. Es la decisión individual que toma un/una médico/a para dejar de realizar un acto científica y legalmente aprobado, donde hace uso de su criterio y su libertad de pensamiento, conciencia o religión (principios morales o creencias religiosas), que contraponen la voluntad del paciente y/o su familia.	Objeción a la voluntad anticipada.	Objeción de conciencia.	Objeción por cuestiones científicas.	Total	p
	215 (56.1)	108 (28.2)	60 (15.7)	383	< 0.004
15. La ley de voluntad anticipada (VA) está legislada en:	Ciudad de México	En la república Mexicana	GDL, MTY, CDMX	Total	p
	244 (63.7)	80 (20.9)	59 (15.4)	383	< 0.000
23. La ley de VA es	Obligación del médico respetarla	Es opcional	Es para evitar una sanción jurídica.	Total	p
24. Desde el punto de vista jurídico el respeto al rechazo del tratamiento por parte de un paciente, ¿es una práctica legal o ilegal según la legislación nacional y de la Ciudad?	266 (69.5)	55 (14.4)	62 (16.2)	383	< 0.000
	Legal	Ilegal	No sé	Total	p
	283 (73.9)	31 (8.1)	69 (18)	383	< 0.000
28. ¿Al resolver un dilema bioético, se toma la decisión más favorable para el paciente, por lo que se deben considerar qué Aspectos?	Económicos, Capacidad del Hospital, Recursos humanos y medicamentos disponibles.	Médicos, familiares, sociales, humanos, religiosos y legales.	Aspectos que deslinden responsabilidades de los familiares o tutores y el personal médico.	Total	p
	44 (11.5)	279 (72.8)	60 (15.7)	383	< 0.001

Fuente: Elaboración propia. $p < 0.05$

En la tabla 1 se presentan las 17 preguntas del cuestionario que fueron tomadas en cuenta para formar el constructo Información sobre la voluntad anticipada. En ella se muestra además el número total de personas (n) que han contestado cada una de las

opciones presentadas para responder a las preguntas. Este número está seguido de una cifra entre paréntesis, que representa el porcentaje correspondiente para cada una de las opciones. En la última columna se presenta el valor p , se observa que los resultados de todas las preguntas fueron significativos, ya que tienen un p valor menor a 0.05.

Tabla 2. Tabla de frecuencia de las respuestas a las 6 preguntas que conforman el constructo Percepción sobre VA.

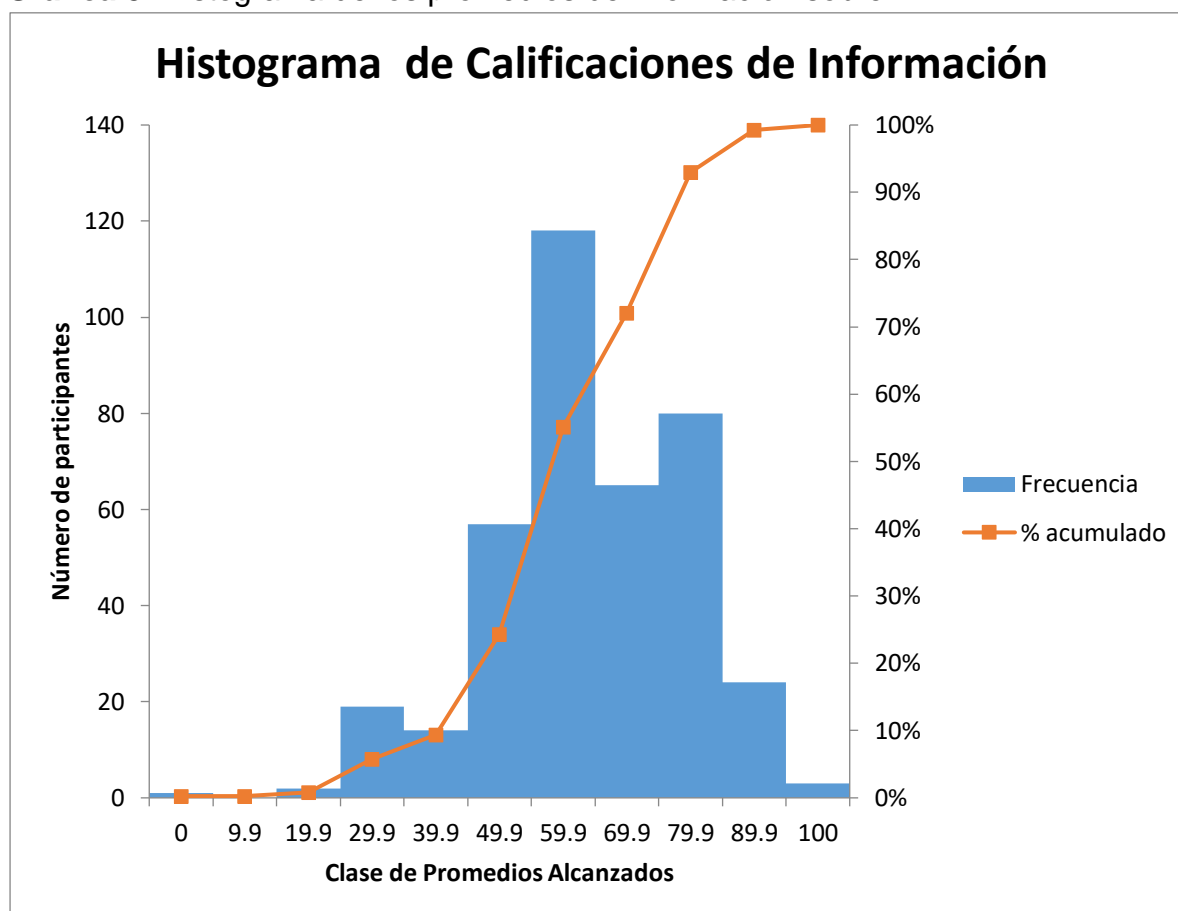
Preguntas	Si n(%)	No n(%)	Total	p	
11. ¿Podría otorgar una atención adecuada a un paciente en fase terminal?	313 (81.7)	70 (18.3)	383	< 0.000	
13. ¿Se siente capaz de tratar con el enfermo terminal y su familia?	258 (67.4)	125 (32.6)	383	< 0.000	
32. ¿Sabe usted reconocer a un candidato para aplicar la Ley de VA?	177 (46.2)	206 (53.8)	383		
25. Aplicar tratamientos y procedimientos innecesarios para que la enfermedad evolucione de manera natural hasta la muerte, corresponde o no corresponde a una atención adecuada, desde la perspectiva ética, jurídica y médica:	Corresponde n(%)	No corresponde n(%)	Total	p	
	217 (56.7)	166 (43.3)	383	< 0.000	
12. ¿Cómo describe su preparación sobre las aplicaciones terapéuticas a un paciente terminal?	Adecuada	Regular	Deficiente	Total	p
	132 (34.5)	195 (50.9)	56 (14.6)	383	< 0.000
24. Desde el punto de vista jurídico el respeto al rechazo del tratamiento por parte de un paciente, ¿es una práctica legal o ilegal según la legislación nacional y de la Ciudad?	Legal	Ilegal	No sé	Total	p
	283 (73.9)	31 (8.1)	69 (18)	383	< 0.003

Fuente: Elaboración propia. $p < 0.05$

En la tabla 2 se presentan las 6 preguntas del cuestionario que fueron tomadas en cuenta para formar el constructo percepción sobre la voluntad anticipada. Se muestra además el número total de personas (n) que han contestado cada una de las opciones presentadas para responder la pregunta. Este número está seguido de una cifra entre paréntesis, que representa el porcentaje correspondiente a cada opción. En la última columna se presenta el valor de la significancia, se observa que los resultados de todas las preguntas fueron significativos, ya que presentan p un valor menor a 0.05.

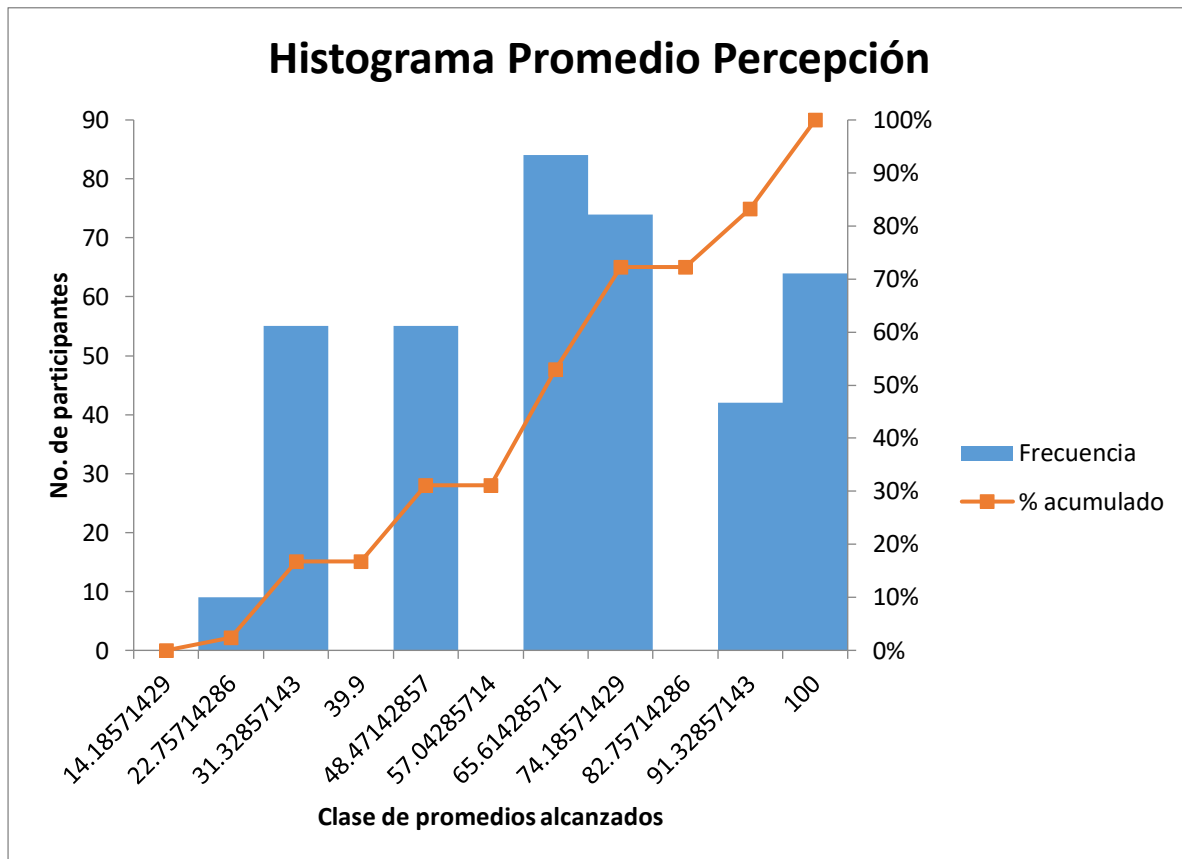
En la siguiente gráfica se identifica fácilmente la marca de clase con el promedio de 59.9 de la variable información sobre VA fue obtenido por los participantes en el estudio con mayor frecuencia.

Gráfica 3. Histograma de los promedios de información sobre VA.



Fuente: Elaboración propia.

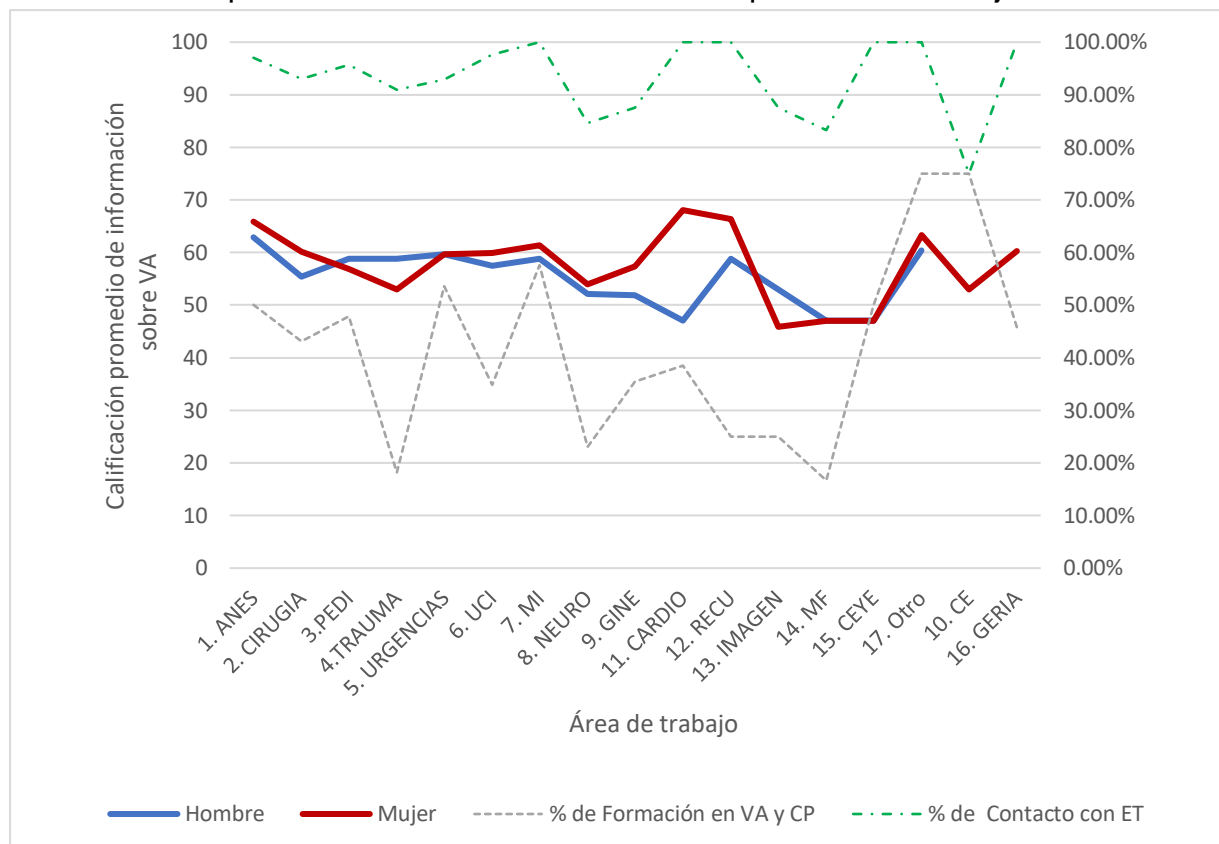
En la gráfica 4 se observa que las marcas de clase que se presentan con mayor frecuencia en la variable de percepción sobre VA se pueden ubicar en tres grupos, uno como el promedio bajo, el regular y el alto. Siendo el nivel regular el que se presenta más frecuentemente, seguida del nivel de percepción alto en la muestra obtenida para este estudio.

Gráfica 4. Histograma de los promedios de percepción sobre LVA.

Fuente: Elaboración propia.

A continuación se muestran los resultados obtenidos del nivel de información y de percepción VA cuando los datos proporcionados por los participantes fueron agrupados por área de trabajo, años de experiencia laboral y religión, en cada uno de los cuales se distingue el género, y la categoría del puesto laboral. En cada caso se reporta el porcentaje en que los participantes han referido haber tomado algún curso en voluntad anticipada y cuidados paliativos y el porcentaje en que el personal refirió haber tenido contacto con enfermos en etapa terminal.

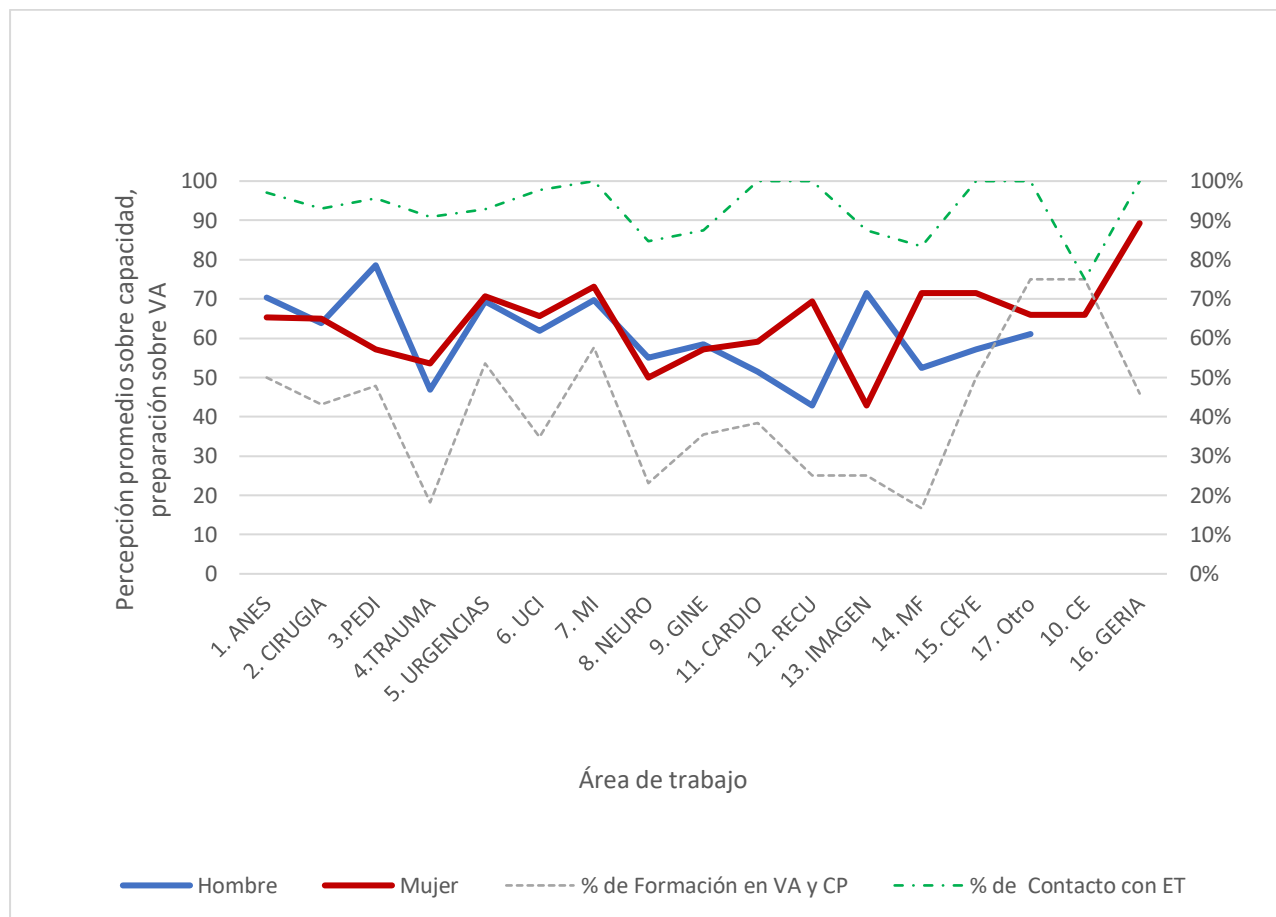
Los resultados que se obtuvieron del análisis de datos agrupados por área de trabajo se presentan en las siguientes gráficas.

Gráfica 5. Comparativo de los resultados obtenidos por área de trabajo

Fuente: Elaboración propia.

La gráfica anterior muestra que el mayor promedio de información lo obtuvieron las mujeres del área de cardiología con un nivel de 68.08, seguidas de las mujeres del área de recuperación con un promedio de 66.33. Destaca que los hombres en la mayoría de las áreas de trabajo promediaron cerca de 60, siendo el mayor promedio de 62.89 en el área de anestesiología. Los participantes del área de consulta externa son los que reportan el menor porcentaje de contacto con enfermos en etapa terminal. El personal de las áreas de salud de medicina familiar y de trauma fueron las que menor formación en voluntad anticipada y cuidados paliativos reportaron recibir.

Gráfica 6. Comparativo de los resultados obtenidos por área de trabajo

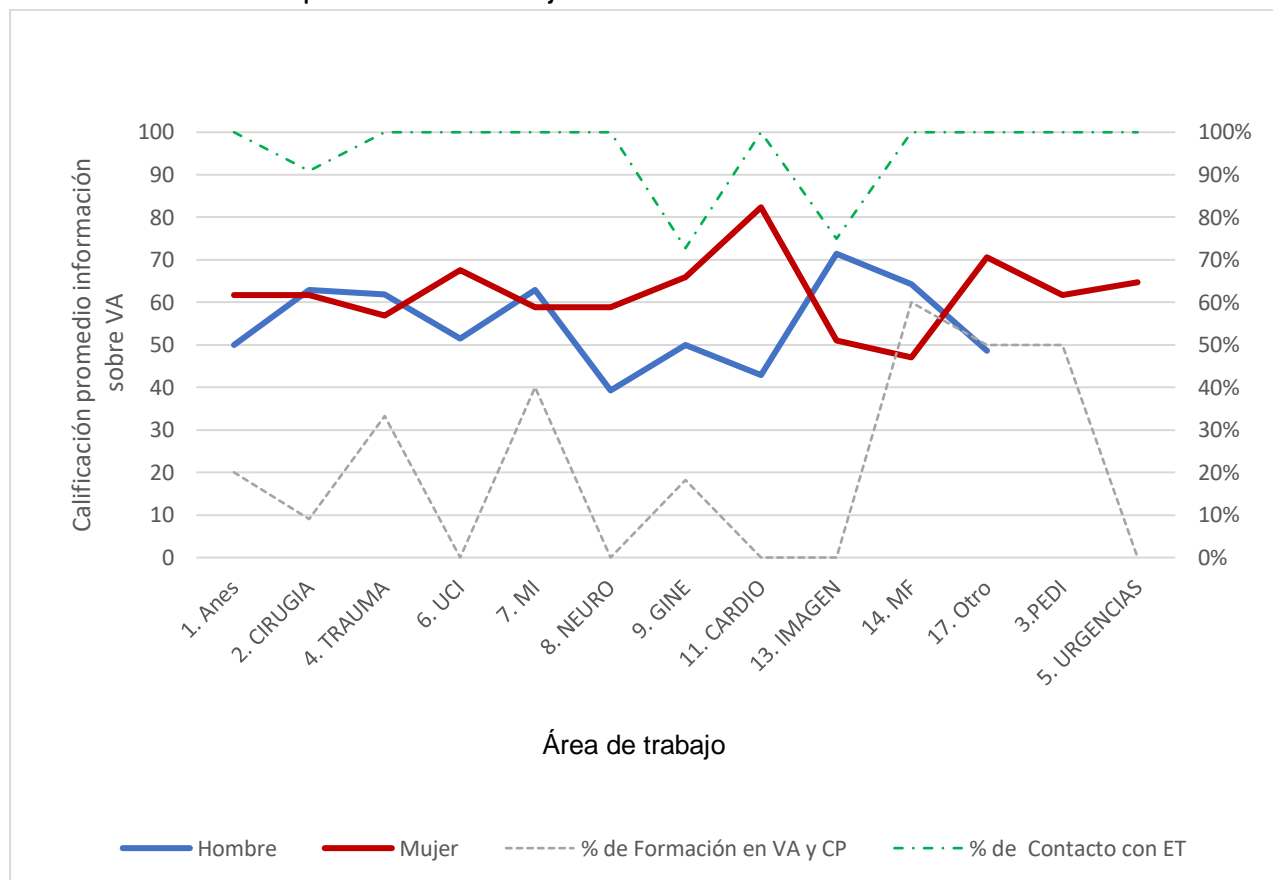


Fuente: Elaboración propia.

La mayor percepción sobre capacidad y preparación sobre VA se presentó en las mujeres del área de geriatría, con un nivel de 89.29. Por otro lado, quienes se perciben con el menor nivel de capacidad y preparación son las mujeres del área de radiología con un valor de 42.86 y muy cerca se encontraron los hombres del área de recuperación con un valor de 42.85.

Para ubicar con mayor precisión al personal con el que se tiene que trabajar para mejorar los niveles tanto de información como de percepción sobre la VA, se agrupó la información por categoría de puesto de trabajo, para lo que se identificó a los médicos residentes, a los médicos adscritos y al personal de enfermería, los resultados se muestran en las próximas gráficas.

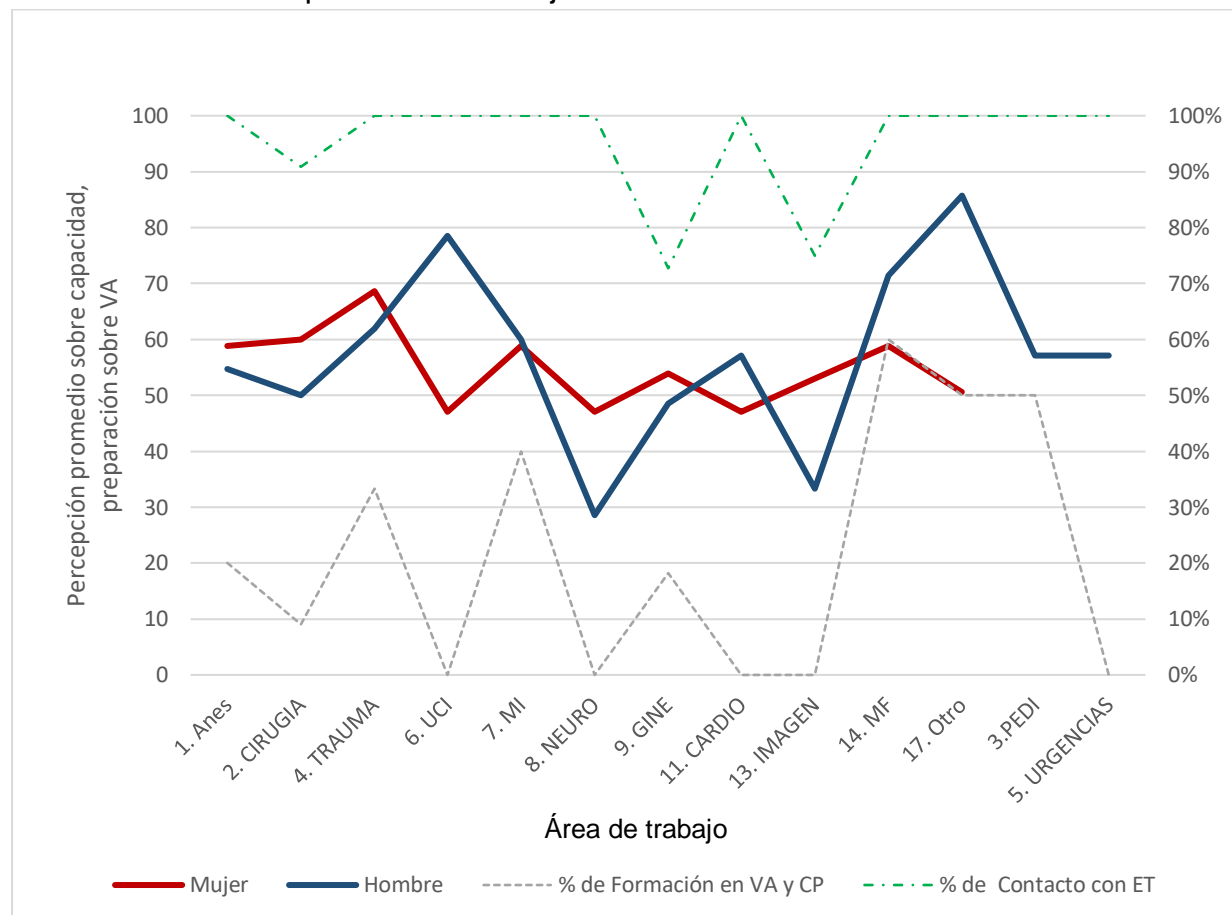
Gráfica 7. Comparativo de los resultados sobre el nivel de información obtenidos por Médicos Residentes por área de trabajo.



Fuente: Elaboración propia.

El mayor nivel de información sobre VA lo obtuvieron las médicas residentes mujeres del área de cardiología, con un total de 82.35. Los hombres del área de radiología con un total de 71.42. El menor nivel lo obtuvieron los médicos residentes del área de neurología. Los médicos residentes del área de ginecología y obstetricia, así como los del área de radiología son los que tienen menor contacto con enfermos en etapa terminal. Además, quienes reportaron no tener formación en voluntad anticipada y cuidados paliativos fueron los médicos residentes de las áreas de unidad de cuidados intensivos, de neurología, de cardiología y de radiología.

Gráfica 8. Comparativo de los resultados sobre el nivel de percepción obtenidos por Médicos Residentes por área de trabajo.

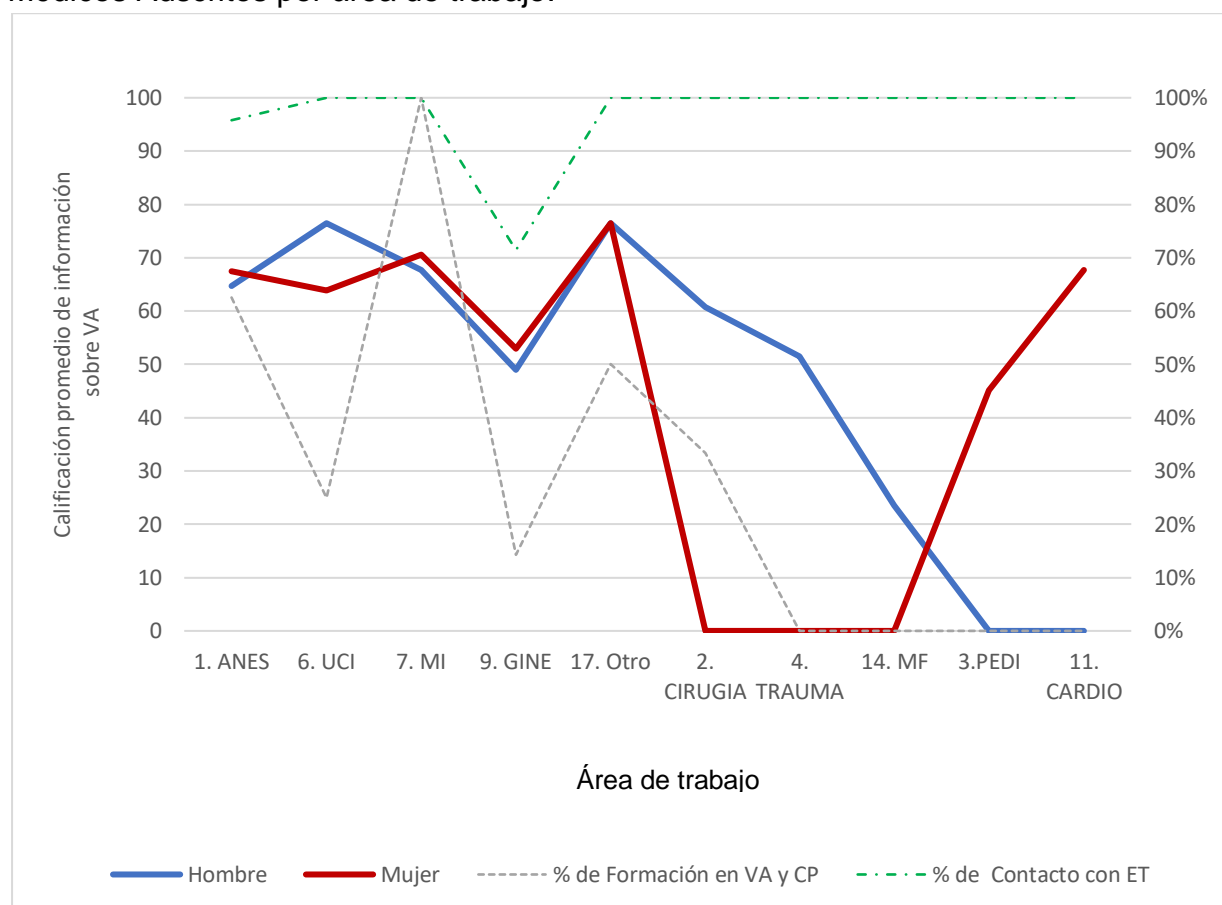


Fuente: Elaboración propia.

El nivel de percepción promedio sobre la capacidad y preparación sobre la VA es mayor en los médicos residentes varones de las áreas de unidad de cuidados intensivos y otras áreas no clasificadas en el instrumento de recolección de datos. Destaca que la percepción de las mujeres se mueve cerca del valor de 50 y en ninguno de los resultados clasificados por área de trabajo se alcanza el valor de 70. El mayor porcentaje de formación en voluntad anticipada y cuidados paliativos se observa en el área de medicina familiar, mientras que en general los médicos residentes de las áreas de unidad de

cuidados intensivos, neurología, cardiología, radiología y cardiología reportan que no han tenido ninguna formación en este rubro.

Gráfica 9. Comparativo de los resultados sobre el nivel de información obtenidos por Médicos Adscritos por área de trabajo.

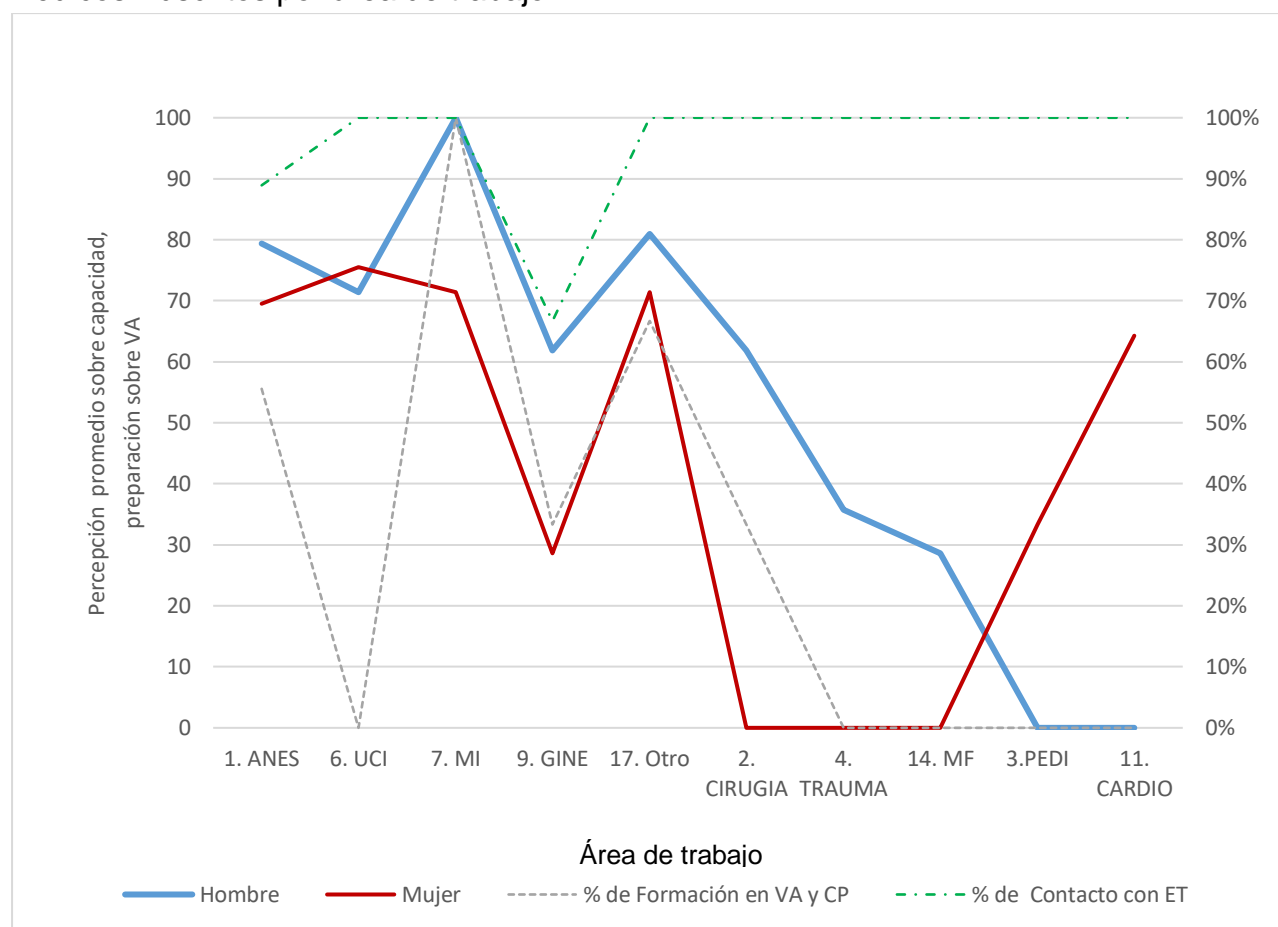


Fuente: Elaboración propia.

Los médicos adscritos varones del área de unidad de cuidados intensivos obtienen el mejor nivel de percepción con un valor de 76.47, el mismo nivel que los hombres y las mujeres en otras áreas de trabajo que no han sido clasificadas, el personal adscrito al área de medicina interna señala el mayor porcentaje de formación en voluntad anticipada y cuidados paliativos, el personal de todas las áreas de trabajo han tenido contacto con enfermos en estado terminal, aunque el menor porcentaje del personal médico adscrito

con enfermos en este estado se da en el área de ginecología y obstetricia, en donde coincide que la formación en VA y CP tiene un porcentaje bajo.

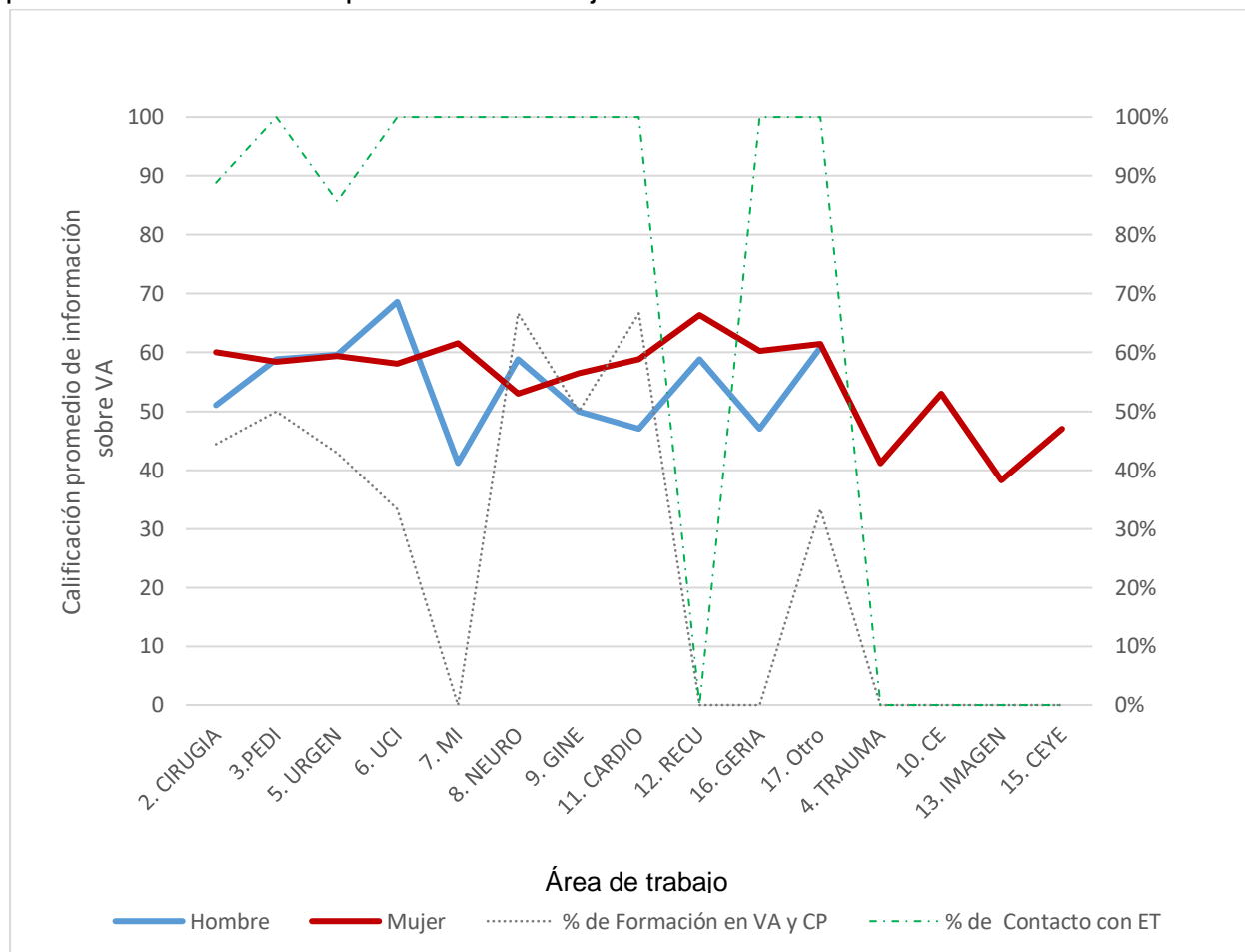
Gráfica 10. Comparativo de los resultados sobre el nivel de percepción obtenidos por Médicos Adscritos por área de trabajo.



Fuente: Elaboración propia.

En el personal médico adscrito, la mejor percepción sobre VA la tienen los varones del área de medicina interna. En cerca del 40% de los participantes la percepción puntúa en un nivel bajo, lo que quizá se deba a que el personal de 7 áreas de trabajo de las 9 estudiadas reporta que no ha formado en el tema de voluntad anticipada y cuidados paliativos.

Gráfica 11. Comparativo de los resultados sobre el nivel de información obtenidos por personal de enfermería por área de trabajo.

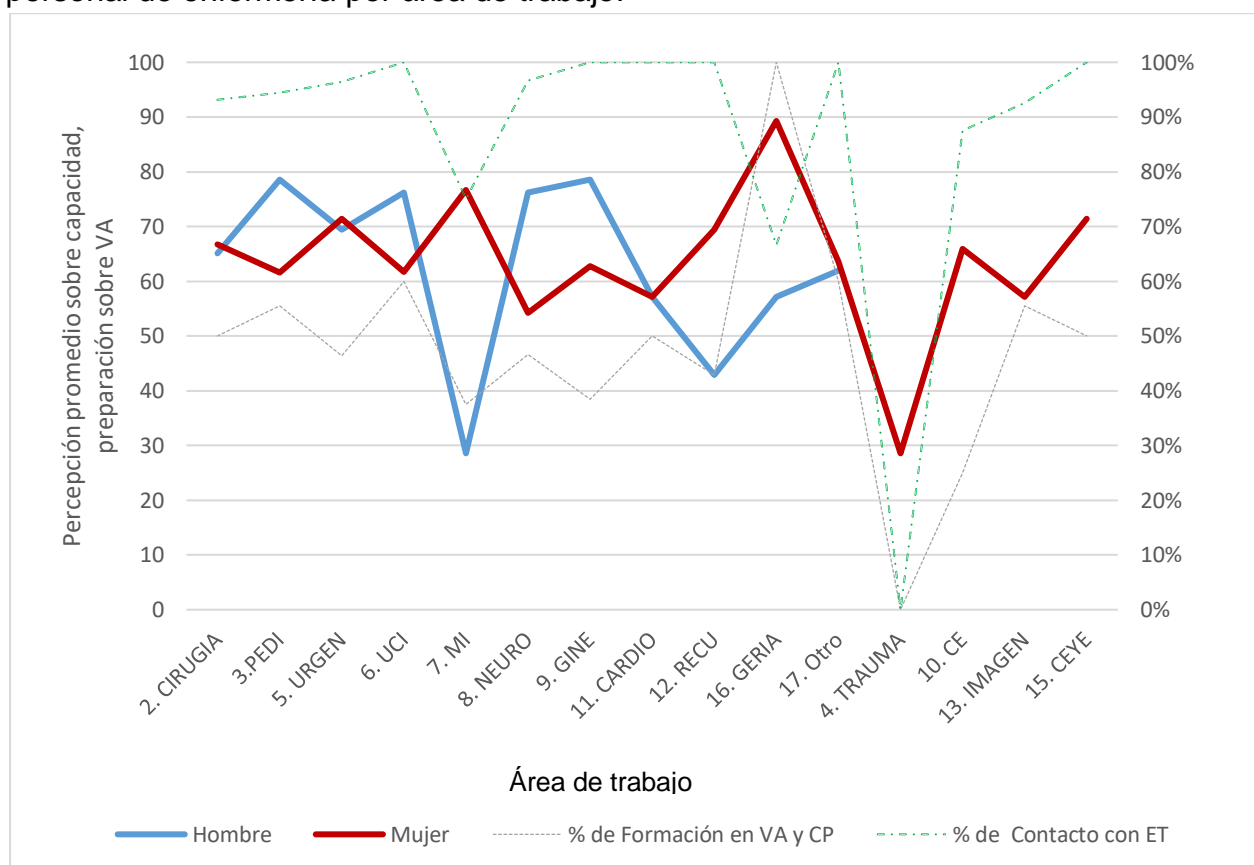


Fuente: Elaboración propia.

El personal de enfermería ha señalado que ha tendido contacto con enfermos en estado terminal, a excepción de quienes laboran en las áreas de recuperación, consulta externa, radiología y en central de equipos y esterilización. El promedio de información sobre VA no alcanza el valor de 70 en ninguna de las áreas de trabajo, y el menor valor lo obtuvieron las mujeres del área de radiología. El personal de enfermería del área de medicina interna, de recuperación, geriatría, traumatología, consulta externa, radiología

y central de equipos y esterilización no han recibido formación alguna en voluntad anticipada y cuidados paliativos.

Gráfica 12. Comparativo de los resultados sobre el nivel de percepción obtenidos por el personal de enfermería por área de trabajo.

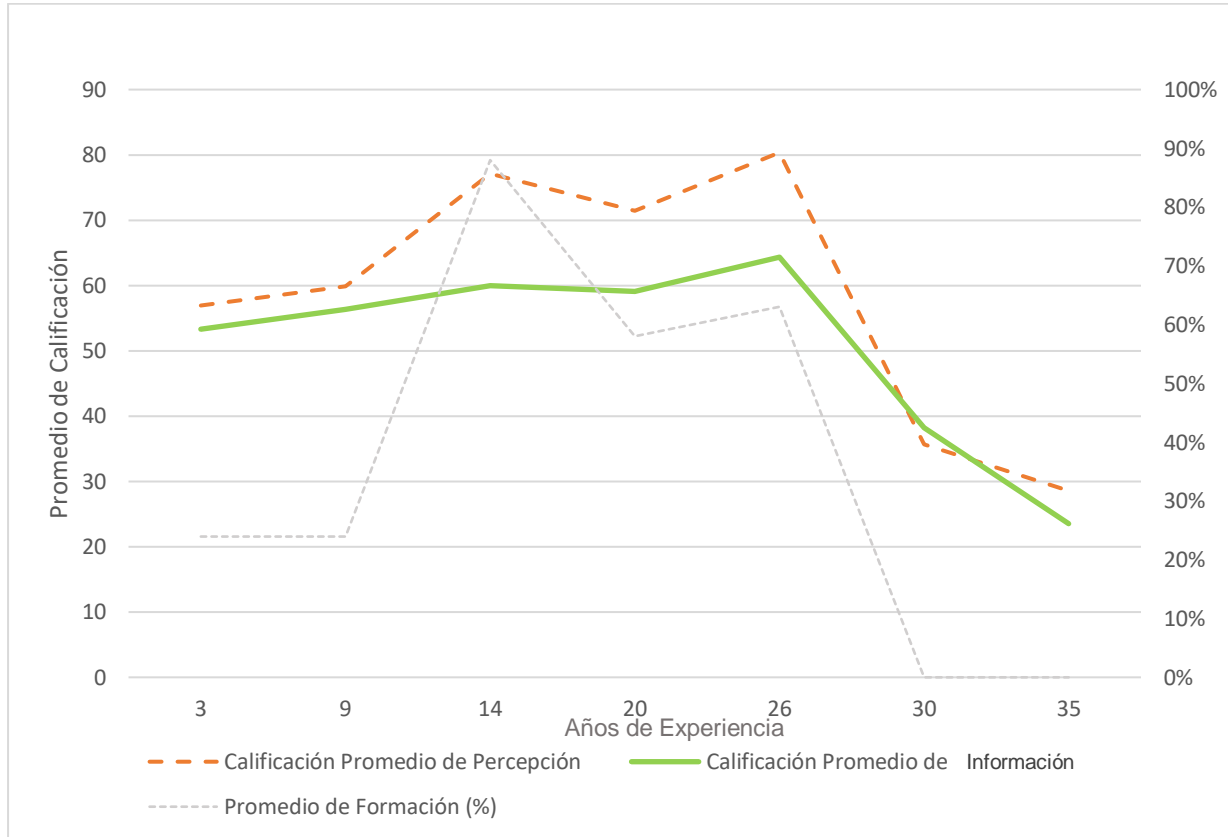


Fuente: Elaboración propia.

El nivel de percepción más alto lo alcanzaron las mujeres del área de geriatría y el más bajo se observa en los hombres de medicina interna y las mujeres de traumatología. Lo anterior es correspondiente al nivel de contacto con enfermos en estado terminal y la formación en voluntad anticipada y cuidados paliativos que reportaron tener.

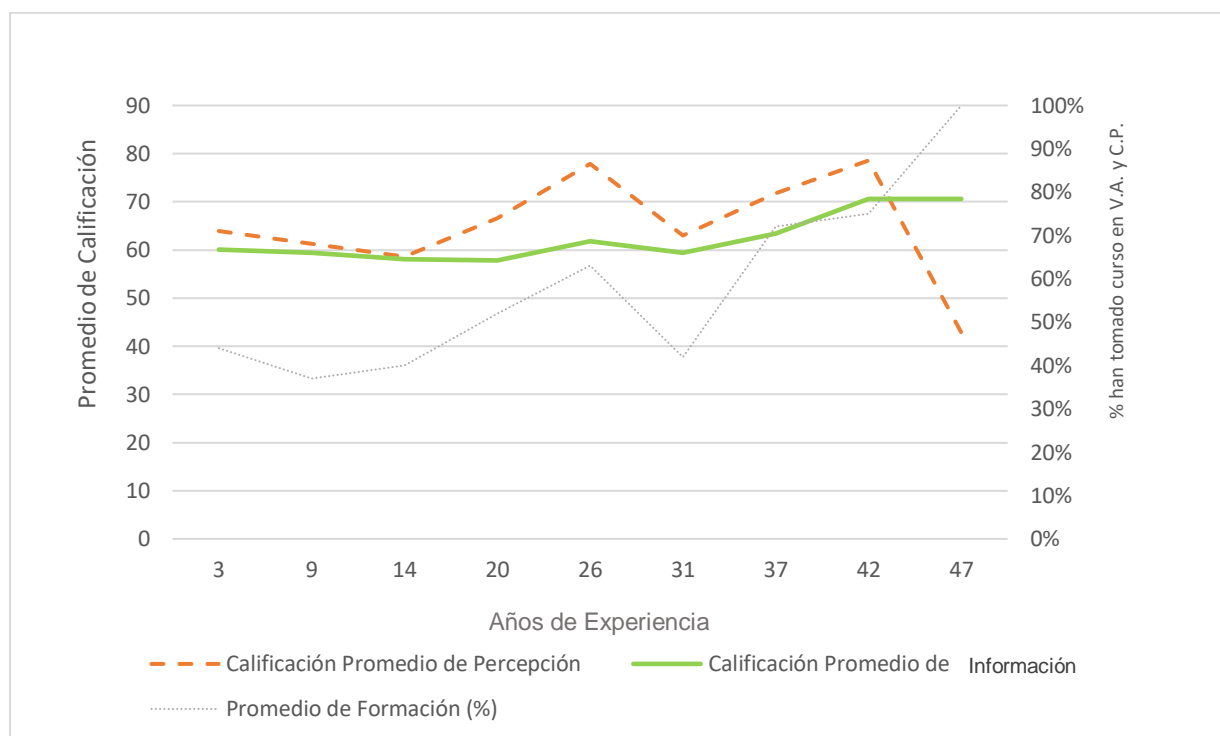
Por otra parte, los datos se agruparon por años de experiencia y sexo como se muestra en las gráficas 13 y 14.

Gráfica 13. Promedios alcanzados por los hombres de acuerdo a los años de experiencia laboral.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 14. Promedios alcanzados por las mujeres de acuerdo a los años de experiencia laboral.



Fuente: Elaboración propia.

Al analizar las dos gráficas anteriores, se observa que entre hombres y mujeres la percepción sobre VA es mayor que el nivel de información. En los hombres se observa un patrón que indica que a más años de experiencia, menor es el nivel de percepción sobre la VA. En las mujeres este patrón se observa sólo cuando los años de experiencia reportados fueron 47. Otro patrón similar entre géneros se observa cuando los participantes tienen menos años de experiencia, menores son sus niveles de información y de percepción sobre VA, lo mismo sucede con el porcentaje de personas que tienen formación sobre voluntad anticipada. Una diferencia observada es que las mujeres reportan mayor formación cuando aumentan sus años de experiencia, mientras que en los hombres la formación en voluntad anticipada y cuidados paliativos decae hasta no ser reportada, al aumentar los años de experiencia.

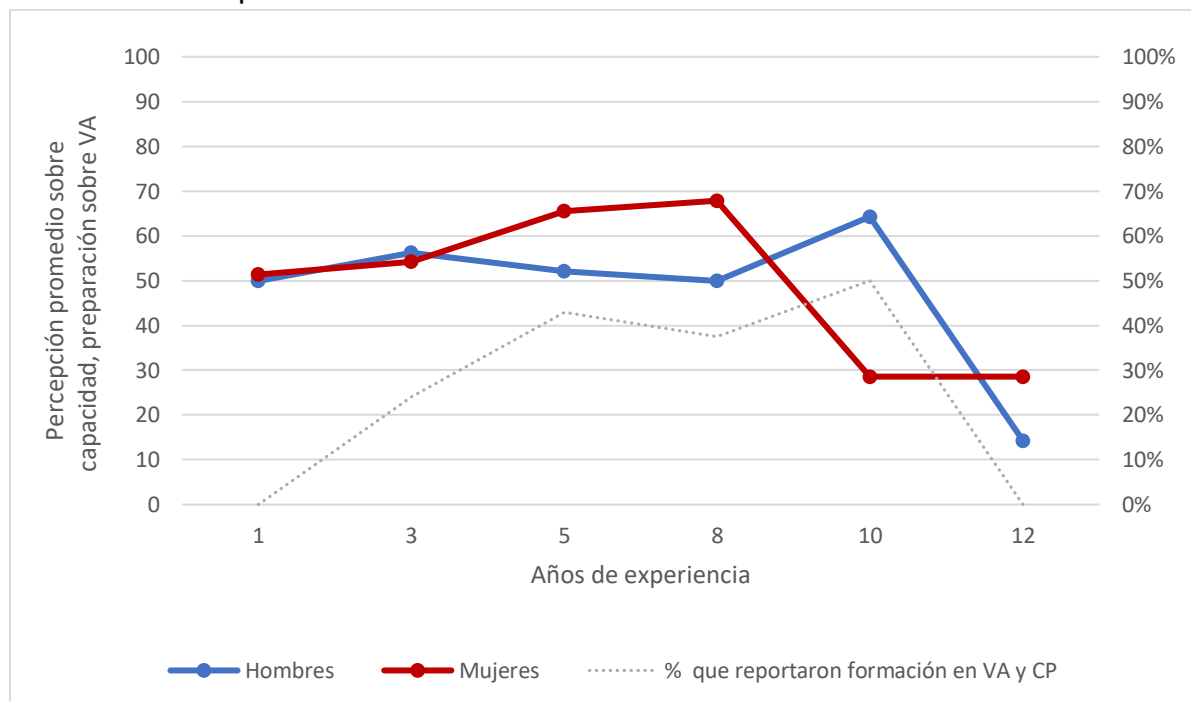
Al generar información específica para cada categoría de puestos de trabajo se obtuvo lo siguiente:

Tabla 3. Nivel de percepción, e información sobre VA, así como porcentaje de quienes reportaron tomar cursos sobre voluntad anticipada y cuidados paliativos entre los médicos residentes.

	Calificación Promedio de Percepción	Calificación Promedio de Información	Promedio de Formación (%)
Méd. Res.	54,70	57,89	22%
Hombres	53,74	54,76	17%
Mujeres	55,71	61,18	28%

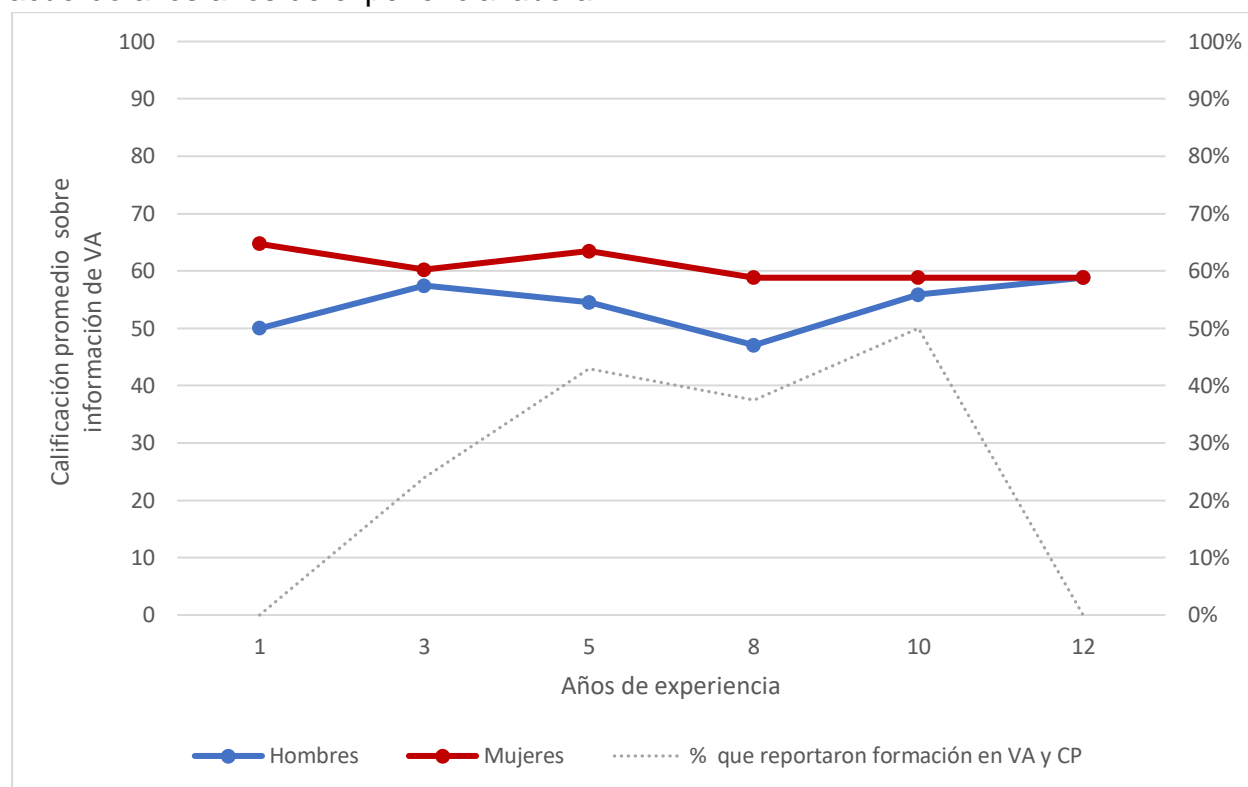
Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 15. Resultados del nivel de percepción de los Médicos Residentes de acuerdo a los años de experiencia laboral.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 16. Resultados del nivel de información sobre VA en los Médicos Residentes de acuerdo a los años de experiencia laboral.



Fuente: Elaboración propia.

En las dos gráficas anteriores se muestra que las mujeres que tienen más años de experiencia tienen un nivel de percepción sobre VA más bajo que el que tienen los hombres en general y el de las mujeres con menos años de experiencia. Se observa también que tanto los residentes que tienen mucha experiencia como quienes tienen poca señalan no haber tomado ningún tipo de formación en voluntad anticipada y cuidados paliativos. Destaca que la media obtenida en el nivel de percepción y en el nivel de información entre hombres y mujeres de esta categoría de puestos de trabajo toman valores de 50 y hasta valores en los bajos niveles de 60, observándose que la media es poco mayor en las mujeres. En general, en este grupo aunque las mujeres tienen un nivel

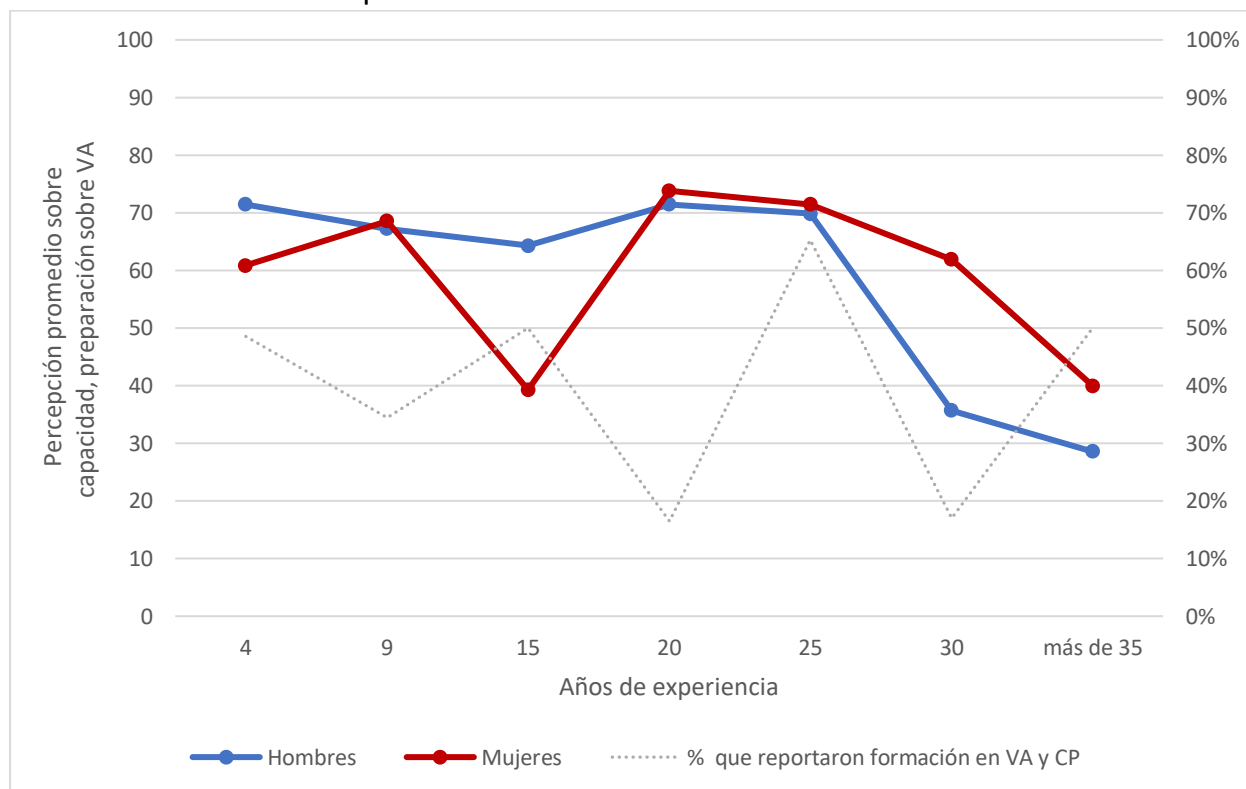
aceptable de información, la percepción media sobre VA se mantiene en el nivel más bajo de los tres grupos estudiados.

Tabla 4. Nivel de percepción, e información sobre VA, así como porcentaje de quienes reportaron tomar cursos sobre voluntad anticipada y cuidados paliativos entre los médicos adscritos.

	Calificación Promedio de Percepción	Calificación Promedio de Información	Promedio de Formación (%)
Méd. Ads.	65,13	62,21	41%
Hombres	68,68	60,86	42%
Mujeres	62,34	63,28	39%

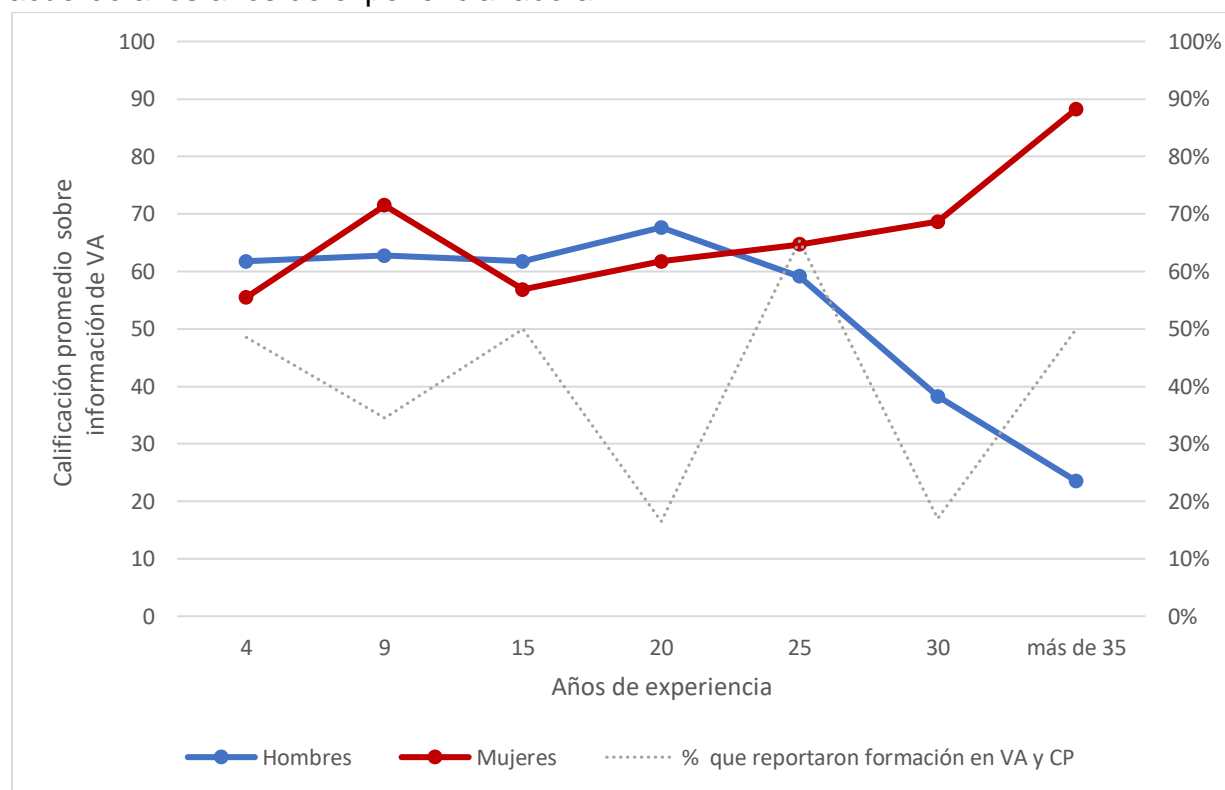
Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 17. Resultados del nivel de percepción sobre VA en los Médicos Adscritos de acuerdo a los años de experiencia laboral.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 18. Resultados del nivel de información sobre VA en los Médicos Adscritos de acuerdo a los años de experiencia laboral.



Fuente: Elaboración propia.

Al analizar las gráficas que corresponden a los niveles de percepción, de información y formación que tienen los médicos adscritos sobre la VA se observa que los participantes reportan con mayor frecuencia que han tomado algún curso en voluntad anticipada y cuidados paliativos. Sin embargo, no se observa que los años de experiencia estén relacionados con este resultado. Se detecta que aunque las mujeres tienen un nivel más alto de información, son los hombres quienes tienen una mejor percepción sobre VA. Las mujeres mejoran el nivel de información a medida que aumenta el número de años de experiencia, mientras que en los hombres sucede lo contrario. En este grupo se observan los mayores niveles de percepción e información sobre VA, cabe destacar que el nivel de

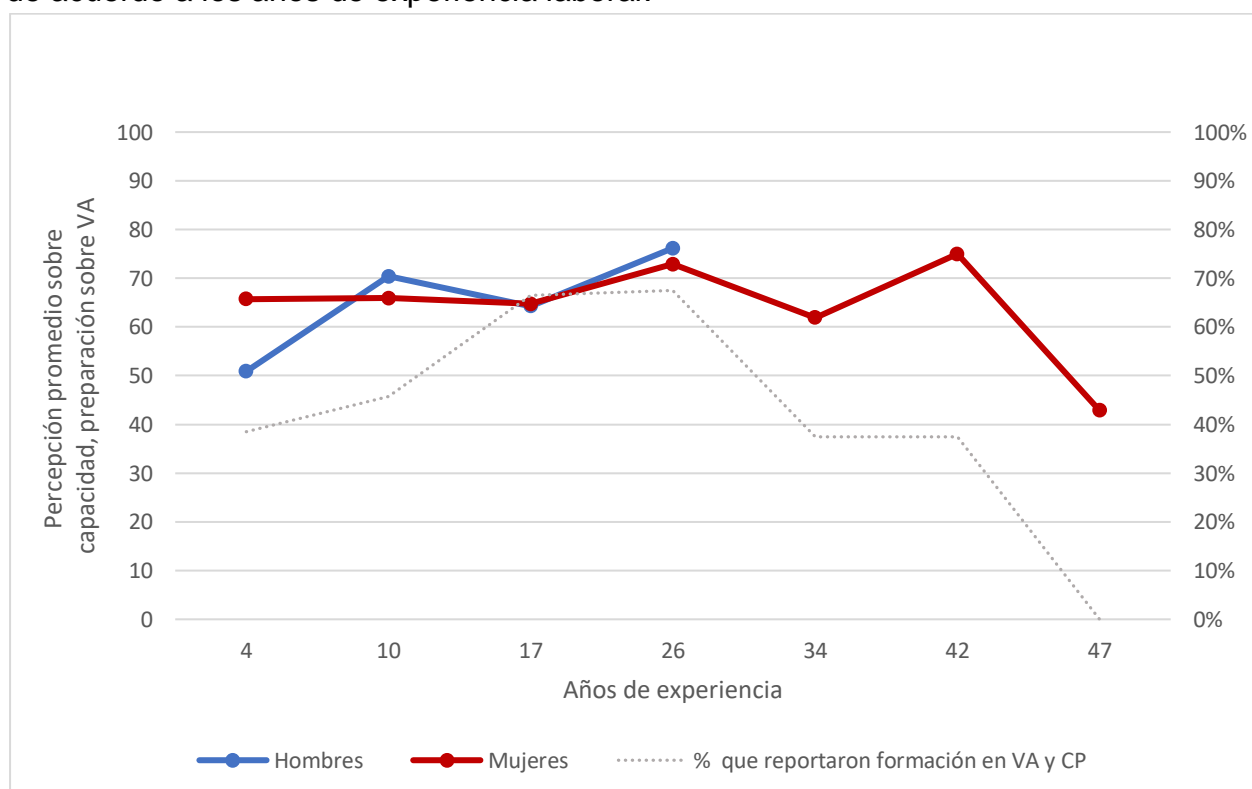
percepción sobre VA, en ambos géneros es menor cuando se reportan más años de experiencia.

Tabla 5. Nivel de percepción, e información sobre VA, así como porcentaje de quienes reportaron tomar cursos sobre voluntad anticipada y cuidados paliativos entre el personal de enfermería.

	Calificación Promedio de Percepción	Calificación Promedio de Información	Promedio de Formación (%)
Enfermería	66,27	58,04	49%
Hombres	61,86	56,60	32%
Mujeres	64,26	59,41	46%

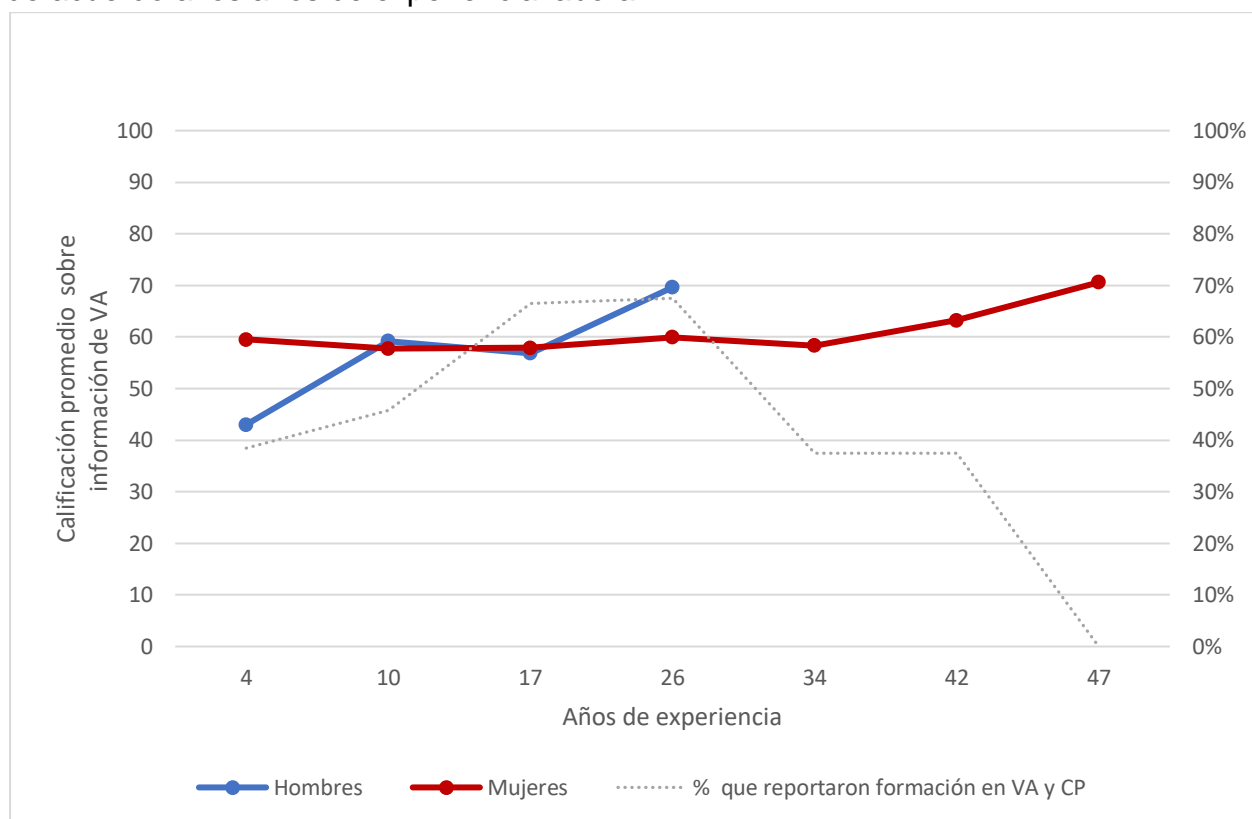
Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 19. Resultados del nivel de percepción sobre VA en el personal de enfermería de acuerdo a los años de experiencia laboral.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 20. Resultados del nivel de información sobre VA en el personal de enfermería de acuerdo a los años de experiencia laboral.



Fuente: Elaboración propia.

El grupo de enfermería es el más grande de los que conforman este estudio, en el análisis destaca que cuantos más son los años de experiencia, menor es la formación reportada en voluntad anticipada y cuidados paliativos (VA y CP), pero esto no impide que el nivel de información sobre VA sea mayor en quien reportó tener el número más alto de años de experiencia. En cuanto al nivel de percepción sobre VA en este grupo se encuentra una de los más bajos observados en el estudio, sólo superado por el bajo nivel reportado por las mujeres con mayor experiencia laboral del grupo de médico residentes, que promedió un valor de 30. Enfermería es el grupo en el que la mitad de los participantes ha tenido formación en VA y CP, siendo el grupo que reporta tener una formación mayor en este aspecto.

A continuación se presentan los resultados al observar la variable religión.

Tabla 6. Reporte general de resultados al observar la variable religión.

	Hombres	Mujeres	Total general	
Total de Encuestados	103	280	383	
	27%	73%		
Encuestados por religión				
1 Católica	82	235	317	83%
2 Ortodoxa	1		1	0%
3 Protestantes históricas o reformadas		2	2	1%
4 Pentecostales	2	2	4	1%
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal	4	14	18	5%
7 Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días		1	1	0%
12 Otro	14	26	40	10%
Edad promedio de los encuestados	35	39	38	
Promedio de percepción sobre voluntad anticipada y cuidados paliativos (Máximo 100)	61,86	64,26	63,61	
1 Católica	62,89	64,59	64,15	
2 Ortodoxa	71,43		71,43	
3 Protestantes históricas o reformadas		50,00	50,00	
4 Pentecostales	57,14	57,14	57,14	
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal	42,86	61,22	57,14	
7 Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días		42,86	42,86	
12 Otro	61,22	65,38	63,93	
Promedio de conocimientos en Voluntad Anticipada (Máximo 100)	56,60	59,41	58,65	
1 Católica	57,03	59,40	58,79	
2 Ortodoxa	70,59		70,59	
3 Protestantes históricas o reformadas		58,82	58,82	
4 Pentecostales	55,88	55,88	55,88	
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal	60,29	52,52	54,25	
7 Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días		47,06	47,06	
12 Otro	52,10	64,03	59,85	
Han tenido formación en cuidados paliativos (%)	32	46	42	
1 Católica	33	48	44	
2 Ortodoxa	100		100	
3 Protestantes históricas o reformadas		0	0	
4 Pentecostales	0	50	25	
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal	25	29	28	
7 Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días		0	0	
12 Otro	29	42	38	
Contacto con enfermos terminales (%)	93	95	94	
1 Católica	93	94	94	
2 Ortodoxa	100		100	
3 Protestantes históricas o reformadas		100	100	
4 Pentecostales	100	100	100	
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal	100	100	100	
7 Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días		100	100	
12 Otro	93	96	95	

Fuente: Elaboración propia.

Al observar la variable religión, la mayoría respondió tener la religión católica, quienes tienen un nivel regular en la percepción sobre VA. Las participantes que reportaron la religión de iglesia de Jesucristo de los santos de los últimos días tienen la percepción más baja, el participante de la religión ortodoxa muestra el mejor nivel de percepción. Estos resultados se repiten en el nivel de información. También son coincidentes con el porcentaje que reporta haber tenido formación en cuidados paliativos, lo que no nos permite distinguir si los niveles de percepción se asocian al nivel de información, a la formación en cuidados paliativos, o a la religión.

Tabla 7. Resultados obtenidos por médicos residentes al observar la variable religión.

	Hombres	Mujeres	Total general	
Total de Encuestados	42	40	82	21% De los encuestados fueron Médicos Residentes
	51%	49%		
Encuestados por religión				
1 Católica	32	34	66	80%
4 Pentecostales	1		1	1%
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal	3	2	5	6%
12 Otro	6	4	10	12%
Edad promedio de los encuestados	29	28	29	
Promedio de percepción sobre voluntad anticipada y cuidados paliativos (Máximo 100)	53,74	55,71	54,70	
1 Católica	55,36	57,14	56,28	
4 Pentecostales	57,14		57,14	
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal	23,81	42,86	31,43	
12 Otro	59,52	50,00	55,71	
Promedio de conocimientos en Voluntad Anticipada (Máximo 100)	54,76	61,18	57,89	
1 Católica	56,62	61,94	59,36	
4 Pentecostales	52,94		52,94	
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal	58,82	52,94	56,47	
12 Otro	43,14	58,82	49,41	
Han tenido formación en cuidados paliativos (%)	17	28	22	
1 Católica	19	32	26	
4 Pentecostales	0		0	
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal	0	0	0	
12 Otro	17	0	10	
Contacto con enfermos terminales (%)	95	93	94	
1 Católica	97	94	95	
4 Pentecostales	100		100	
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal	100	100	100	
12 Otro	83	75	80	

Fuente: Elaboración propia.

Los médicos residentes muestran el nivel de percepción sobre VA más bajo entre los grupos estudiados, siendo los hombres de la religión cristiana y evangélica sin sustento actual pentecostal quienes obtienen el nivel más bajo con un valor de 21.81. Los católicos en este grupo reportan su percepción en un nivel bajo, ya que no supera el valor de 60, esto sucede aunque el nivel de conocimientos en las mujeres alcanza el valor de 61.18. Así, se detecta que aunque los católicos obtienen el mayor promedio en información sobre VA, esto no se traduce en un mejor nivel de percepción sobre la misma. Se observa que este es el grupo que menos formación en VA y CP reporta, esto es sólo 2 de cada 10 manifiestan haber asistido a un curso sobre el tema.

Tabla 8. Resultados obtenidos por médicos adscritos al observar la variable religión.

	Hombres	Mujeres	Total general	
Total de Encuestados	26	33	59	15% De los encuestados fueron Médicos Adscritos
	44%	56%		
Encuestados por religión				
1 Católica	22	27	49	83%
3 Protestantes históricas o reformadas		2	2	3%
4 Pentecostales	1		1	2%
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal		2	2	3%
12 Otro	3	2	5	8%
Edad promedio de los encuestados	46	42	44	
Promedio de percepción sobre voluntad anticipada y cuidados paliativos (Máximo 100)	68,68	62,34	65,13	
1 Católica	70,13	66,14	67,93	
3 Protestantes históricas o reformadas		50,00	50,00	
4 Pentecostales	57,14		57,14	
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal		35,71	35,71	
12 Otro	61,90	50,00	57,14	
Promedio de conocimientos en Voluntad Anticipada (Máximo 100)	60,86	63,28	62,21	
1 Católica	61,76	66,01	64,11	
3 Protestantes históricas o reformadas		58,82	58,82	
4 Pentecostales	58,82		58,82	
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal		32,35	32,35	
12 Otro	54,90	61,76	57,65	
Han tenido formación en cuidados paliativos (%)	42	39	41	
1 Católica	45	48	47	
3 Protestantes históricas o reformadas		0	0	
4 Pentecostales	0		0	
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal		0	0	
12 Otro	33	0	20	
Contacto con enfermos terminales (%)	92	97	95	
1 Católica	91	96	94	
3 Protestantes históricas o reformadas		100	100	
4 Pentecostales	100		100	
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal		100	100	
12 Otro	100	100	100	

Fuente: Elaboración propia.

En el grupo de médicos adscritos se encuentra a los médicos católicos que le dan un mejor valor a la percepción de la VA, lo que coincide con el nivel de información. En este grupo 4 de cada 10 médicos reporta que ha acudido a cursos para formarse en VA y CP y el 95% reporta haber tenido contacto con enfermos terminales.

Tabla 9. Resultados obtenidos por personal de enfermería al observar la variable religión.

	Hombres	Mujeres	Total general	63%	De los encuestados fueron personal de enfermería
Total de Encuestados	35 14%	207 86%	242		
Encuestados por religión					
1 Católica		28	174	202	83%
2 Ortodoxa		1		1	0%
4 Pentecostales			2	2	1%
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal	1	10	11	11	5%
7 Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días			1	1	0%
12 Otro	5	20	25	25	10%
Edad promedio de los encuestados	35	40	40		
Promedio de percepción sobre voluntad anticipada y cuidados paliativos (Máximo 100)	66,53	66,23	66,27		
1 Católica	65,82	65,81	65,81		
2 Ortodoxa	71,43		71,43		
4 Pentecostales		57,14	57,14		
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal	100,00	70,00	72,73		
7 Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días		42,86	42,86		
12 Otro	62,86	70,00	68,57		
Promedio de conocimientos en Voluntad Anticipada (Máximo 100)	55,63	58,45	58,04		
1 Católica	53,78	57,87	57,30		
2 Ortodoxa	70,59		70,59		
4 Pentecostales		55,88	55,88		
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal	64,71	56,47	57,22		
7 Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días		47,06	47,06		
12 Otro	61,18	65,29	64,47		
Han tenido formación en cuidados paliativos (%)	43	50	49		
1 Católica	39	51	49		
2 Ortodoxa	100		100		
4 Pentecostales		50	50		
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal	100	40	45		
7 Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días		0	0		
12 Otro	40	55	52		
Contacto con enfermos terminales (%)	91	95	94		
1 Católica	89	94	93		
2 Ortodoxa	100		100		
4 Pentecostales		100	100		
5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal	100	100	100		
7 Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días		100	100		
12 Otro	100	100	100		

Fuente: Elaboración propia.

En este grupo la mayoría son mujeres católicas. En el que la percepción sobre la voluntad anticipada alcanza el nivel más alto al compararlo con grupos de médicos. Aquí uno de cada dos participantes ha tomado un curso sobre el tema de VA y CP, aunque el nivel de conocimientos es el más bajo de los tres grupos analizados.

En el anexo 4 se encuentran los resultados generales obtenidos para cada una de las preguntas que se analizaron para elaborar el reporte de esta investigación

Discusión

Los objetivos planteados para esta investigación se cumplieron ya que los resultados obtenidos permiten conocer el nivel de información y percepción sobre la voluntad anticipada que tienen los profesionales de la salud (médicos residentes, médicos adscritos y personal de enfermería) que prestan sus servicios en el Hospital General 1º de Octubre. Sin embargo, los resultados encontrados son limitados porque es un estudio descriptivo en el que no se realizan pruebas de causalidad, por lo que ello podría ser materia de estudio en investigaciones que se realizan en el futuro.

Al contrastar la literatura revisada sobre el tema de esta investigación, destaca que la mayoría de la literatura consultada refiere el término conocimientos de la ley, cuando en este trabajo se empleó el término información, la diferencia en el uso de los términos es una aportación a la cuestión investigada, ya que ha propuesto que para obtener el constructo nivel de información se ha requerido agregar diferentes factores entre ellos el conocimiento sobre principios de bioética, conocimiento de la legislación sobre los derechos de los enfermos en etapa terminal y sobre la de voluntad anticipada, así como conocimientos en la aplicación de la bioética en situaciones que se presentan en la práctica médica. Por lo que se considera que esta es una aportación que realiza este trabajo al tema de investigación.

El porcentaje de respuesta de los profesionales de la salud ha sido 74% mayor al de los estudios que indagan sobre este tema en España.¹⁵ En tanto que lo observado en este estudio sobre el hecho de que la mayoría del personal de salud ha tenido contacto con pacientes al final de su vida es coincidente con lo reportado en la literatura.¹⁵ Sin embargo, los resultados encontrados aquí son diferentes al respecto de que sólo el 50% del personal cree que tiene la formación adecuada para cuidarlos, ya que en este estudio sólo el 42% de los participantes reporta tener formación en cuidados paliativos, 18% indica que no podría brindar una atención adecuada a un paciente en etapa terminal, mientras que el 34% indicó no conocer los derechos del paciente en etapa terminal, sólo el 33% se siente capaz de tratar con el enfermo terminal y su familia. Finalmente, el 50%

describió a su preparación sobre aplicaciones terapéuticas a un paciente en etapa terminal como regulares, en tanto que el 15% los describió como deficientes. Con estos indicadores se podría inferir, que sólo 1 persona en cada 3 profesionales de la salud en el Hospital Regional 1º de Octubre creería que tiene la formación adecuada en cuidados paliativos, lo que es una proporción menor a la presentada en un estudio en España.¹⁵

Por otra parte, se encuentra que los resultados obtenidos en este estudio coinciden con los de la literatura que señala que los médicos residentes tienen un conocimiento parcial de la LVA.⁹ En el caso del personal de enfermería, también se encontraron resultados coincidentes con los reportados en la literatura, ya que se observa que las enfermeras y enfermeros conocen algunas condiciones sobre la voluntad anticipada y su regulación en la CDMX.¹⁴ En el caso del Hospital Regional 1º de Octubre destaca que el 64% del personal de salud no conoce la diferencia entre un formato y un documento de VA, una cuestión que es básica para la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada, y distinguirlo es prioritario ya que los formatos son llenados ante el personal de salud en los hospitales. Esta cifra contrasta con el 82% de desconocimiento reportado en un estudio sobre el tema entre los médicos residentes del CMN La Raza y del CMN SXXI.⁹ Además de que alrededor de 3 de cada 10 participantes reporta no saber que la ley de VA está instituida para prevenir la obstinación terapéutica y uno de cada 10 niega que lo anterior sea así, a diferencia de los médicos residentes en el IMSS, que 2 de cada 10 reporta no saber y cerca 1 de cada 10 responde de modo negativo a la pregunta. Cerca del 90% responde que la LVA está orientada a proteger la dignidad de la persona, lo que es coincidente tanto entre el personal de salud en el Hospital Regional 1º de Octubre, como los médicos residentes del estudio que reporta los resultados en las instituciones del IMSS. Entre los estudios, también corresponde el nivel de conocimiento sobre la concordancia entre las disposiciones legales de VA y las disposiciones legales para la donación de órganos. El personal de salud en el Hospital Regional 1º de Octubre responde correctamente con mayor frecuencia que el documento de VA debe integrarse al expediente clínico. Lo mismo se observa sobre el conocimiento de que el médico tratante no puede ser testigo de un formato de VA. Sin embargo, en el conocimiento sobre si la VA es obligación del

médico respetarla, sucede lo contrario, ya que 76% del personal del IMSS contestó correctamente, mientras que 69.5% del personal del Hospital Regional 1º de Octubre respondió en forma correcta.⁹

Por otra parte, se destaca que en este trabajo se incluyeron dentro de la muestra a médicos residentes, médicos adscritos y personal de enfermería, lo que es una característica similar a la investigación realizada en el Distrito Sanitario Guadalquivir de la provincia de Córdoba, con la diferencia de que aquí no se incluyeron a los trabajadores sociales, lo que es importante incluir en el futuro ya que en la literatura revise reporta que existe un 5.5% del personal sanitario que el personal administrativo debería encargarse de los formatos de VA.¹³ Sin embargo, en CDMX, el reglamento de la LVA instruye a la dirección de los hospitales a que designen a los trabajadores sociales encargados de recabar los documentos y datos del enfermo en etapa terminal para requisitar el formato de instrucciones de cuidados paliativos.⁸

Además, se considera que una vez que se hayan tomado acciones para mejorar la formación en VA y CP en el personal de salud, convendría hacer una medición sobre el número de médicos que hablan a pacientes en estado terminal sobre la VA y CP en una consulta, ya que se considera que la implantación de la VA no es posible sin una buena relación médico-paciente.⁹ Además, en investigaciones futuras podría medirse la opinión del personal sanitario sobre la conveniencia de que sea el personal de trabajo social quienes estén a cargo de los formatos de VA.

CONCLUSIONES.

La mayoría de los resultados obtenidos para evaluar el nivel de conocimiento que el personal del Hospital Regional 1º de Octubre tiene sobre la LVA, corresponde a los resultados que se han obtenido en otros hospitales del sector salud de la CDMX.

Los resultados en este estudio presentan un bajo nivel de información y un bajo nivel de percepción sobre la voluntad anticipada en el personal de salud.

Se considera apropiado retomar acciones de capacitación sobre VA y CP, dado que el 98% de los participantes señaló que la capacitación del personal de salud en este rubro es importante.

Los esfuerzos deben estar dirigidos a los médicos residentes de primer año, así como a los que tienen mayor tiempo como estudiantes.

También se deben concentrar en el personal de enfermería de todas las áreas de trabajo, esta recomendación deriva de que se observó un mejor nivel en información y percepción en los médicos adscritos.

Sin embargo, de acuerdo a los resultados convendría priorizar la capacitación de ellos en las áreas de cirugía, traumatología y de medicina familiar.

En futuras investigaciones conviene explorar las correlaciones de los niveles de información y percepción sobre la VA y el género, la religión, los años de experiencia, el área de trabajo, y otras variables a través de un modelo de ecuaciones estructurales, ya se detectaron indicios sobre un mayor nivel de información sobre VA en las mujeres, pero un mejor nivel de percepción en los hombres, así como que estos niveles varían según la religión reportada.

Se prevén necesarios estudios para conocer qué tipo de capacitación (presencial o en línea) y de material didáctico es más efectivo para transferir la información sobre el tema de VA y CP a las diferentes audiencias.

Por otro lado, al considerar los resultados obtenidos a 10 años de existencia de la regulación en materia de VA en la CDMX, se estima que aunque es un gran avance en esta materia, es necesario un ordenamiento autónomo y amplio en cuanto al contenido de disposiciones a nivel federal, que incluya un registro nacional donde quede acreditada la información que una persona ha otorgado en su Voluntad Anticipada.

Referencias

1. López de la Peña, X y Rodríguez-Santillán, M. en Garay, O.E. Consentimiento Informado. Ministerio de Salud Argentina [Internet]. 2016 [citado 12 jun 2018]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/10>
2. López de la Peña, X. y Rodríguez-Santillán, M. Por la autonomía del paciente. Gaceta Médica de México [Internet]. 2002 [citado 30 jun 2017]. Vol. 138, No. 1, Enero-Febrero. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2002/gm021o.pdf>
3. Secretaría de Salud. Voluntad anticipada. [Internet]. (s.f.) [citado 12 jun 2018]. Disponible en: <http://www.salud.cdmx.gob.mx/actividades/voluntad-anticipada>
4. DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos. Diario oficial de la federación [Internet]. 2009 [citado 30 jun 2017]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5076793&fecha=05/01/2009
5. Colegio de Notarios del Distrito Federal. Voluntad Anticipada un Documento de Vida y Orden Jurídico. [Internet] 2015 [citado 12 jun 2018]. Disponible en: <http://www.colegiodenotarios.org.mx/?a=1976>
6. Reglamento de servicios médicos del ISSSTE. Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2016 [citado 18 jun 2017] Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n292.pdf>
7. Ley de Voluntad anticipada para el Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal. [Internet] 2008 [citado 18 jun 2017]. Disponible en: <http://www.salud.cdmx.gob.mx/actividades/voluntad-anticipada>
8. Reglamento de la ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal. [Internet] 2008. [citado 18 jun 2017]. Disponible en: <http://www.salud.cdmx.gob.mx/actividades/voluntad-anticipada>
9. Gaona, F.V., Campos, N.A., Ocampo, M.O., Alcalá, M.E., Patiño, P.M. La voluntad anticipada y su conocimiento por médicos en hospitales de tercer nivel, Gaceta Médica de México, [Internet]. 2016 [citado 30 ago 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2016/gm164i.pdf>
10. Medina-Sansón, A., Adame-Vivanco, M.J., Scherer-Ibarra, A. Obstinación terapéutica, [Internet] 2006 [citado 02 sep 2017] Vol. 63, Septiembre-October. Disponible en: <http://scielo.unam.mx/pdf/bmim/v63n5/v63n5a1.pdf>
11. Sierra, B. La objeción de conciencia en el ámbito médico-sanitario en México. Universidad Latina de América. [Internet] 2010 [citado 03 sep 2017]. Disponible en: <http://www.unla.mx/iusunla30/opinion/LA%20OBJECION%20DE%20CONCIENCIA%20EN%20EL%20AMBITO%20MEDICO-SANITARIO%20EN%20MEXICO.htm>
12. Ariza, R., Garza, M., Guzmán, C., Escamilla, M., Gaytán, A., Mondragón, M. La voluntad anticipada. Un dilema ético sustentado en una ley vigente.

- MedIntMex,[Internet] 2008[citado 02 sep 2017] Vol. 24, núm. 5, Septiembre-Octubre. Disponible en: https://documentop.com/articulo-de-opinion-colegio-de-medicina-interna_5a17f7ba1723dde33b257713.html
13. Jiménez, J.M. y Allam, M. Conocimiento, actitud y planificación de la voluntad vital anticipada en el Distrito Sanitario Guadalquivir de la provincia de Córdoba, Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. [Internet] 2015 [citado 03 sep 2017]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889543315000419>
 14. García, F.J., Zavala, E., Sotomayor, S., Córdoba, M.A. Conocimiento del personal de enfermería a cerca de la Ley de Voluntad Anticipada en dos hospitales del Distrito Federal. Revista CONAMED,[Internet] 2011[citado 08ago 2017]. vol. 16, núm. 4. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/RevistaCONAMED/2011/vol16/no4/1.pdf>
 15. Torres, L.M., Schmidt, J.R., García, I. Conocimiento de la ley y preparación del personal sanitario sobre el proceso asistencial de la muerte. RevEscEnfermUSP,[Internet] 2013[citado 08 ago 2017]Vol. 47 (2), Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/27.pdf>
 16. Universidad da Coruña. Veiga, M. El profesional de enfermería ante la planificación anticipada de cuidados. Tesis doctoral. [Internet] 2015[citado 06jun 2017]Disponible en: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16110/VeigaRodriguez_Maria_T_D_2015.pdf?sequence=4
 17. Jiménez, J.M. y Farouk, M. Conocimiento, actitud y planificación de la voluntad vital anticipada en el Distrito Sanitario Guadalquivir de la provincia de Córdoba. [Internet] 2015 [citado 03 sep 2017]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.08.012>
 18. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM– Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet] 2013 [citado 11 ene 2018].Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
 19. Ley General de Salud. Secretaría de Salud [Internet] s.f. [citado 11 ene 2018]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

Anexos

ANEXO 1 Cuestionario Aplicado

CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN: El presente instrumento forma parte de la investigación titulada **“Evaluación del nivel de información y percepción sobre la voluntad anticipada del personal de salud del Hospital Regional 1° de Octubre.”**

Por lo que le solicitamos su valiosa colaboración para responder las preguntas que aquí se presentan de manera objetiva y veraz.

La información es de carácter confidencial y reservado, por lo que los datos serán utilizados únicamente para los fines de cumplir el objetivo principal y los objetivos secundarios de la investigación.

Agradecemos anticipadamente su participación.

Instrucciones: A continuación se presentan 32 preguntas, las cuales pueden ser cerradas o abiertas. En el caso de las cerradas, se marca con una (x) la opción con la que se identifique o que mejor responda a la pregunta que se realiza.

Por otro lado se encuentran las preguntas abiertas, en las que se le solicita complete según sea el caso.

1. Sexo:

1 Hombre

2 Mujer

2. Edad: años.

3. Religión:

1 Católica

2 Ortodoxa

3 Protestantes históricas o reformadas

4 Pentecostales

5 Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal

6 Adventistas del Séptimo Día

7 Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días

8 Testigos de Jehová

9 Origen Oriental

10 Judaica

11 Islámica

12 Otro

4 .Experiencia profesional (años):

5. Señale su profesión y/o situación laboral. Escriba el nombre de su especialidad, e indique en año del 1 al 6, el número de año de residencia.

1 Médico Residente Año ___ Especialidad _____

2 Médico Adscrito Señale su especialidad _____

3 Enfermero (a) Señale su especialidad _____

6. Señale su área de trabajo

1. Anestesiología

2. Cirugía General

3. Pediatría

4. Traumatología

5. Urgencias

6. UCI

7. Medicina Interna

8. Neurocirugía

9. Ginecología y Obstetricia

10. CE

11. CARDIO

12. RECU

13. IMAGEN

14. MF

15. CEYE

16. GERIA

17. Otro

* Otro (especifique)

7. Es el principio fundamental del nuevo paradigma operativo de la atención médica.

Dignidad

Autonomía

Voluntad anticipada

8. Es la decisión individual que toma un/una médico/a para dejar de realizar un acto científica y legalmente aprobado, donde hace uso de su criterio y su libertad de pensamiento, conciencia o religión (principios morales o creencias religiosas), que contraponen la voluntad del paciente y/o su familia.

- Objeción a la voluntad anticipada.
- Objeción de conciencia.
- Objeción por cuestiones científicas.

9. ¿Ha tenido contacto con pacientes que se encuentran en el final de su vida?

- Si
- No

10. ¿Conoce los derechos de los pacientes en fase terminal?

- Si
- No

11. ¿Podría otorgar una atención adecuada a un paciente en fase terminal?

- Si
- No

12. ¿Cómo describe su preparación sobre las aplicaciones terapéuticas a un paciente terminal?

- Adecuada
- Regular
- Deficiente

13. ¿Se siente capaz de tratar con el enfermo terminal y su familia?

- Si
- No

14. ¿Ha escuchado hablar de la Ley de Voluntad anticipada para el Distrito Federal?

- Si
- No

15. La ley de voluntad anticipada (VA) está legislada en:

- a. Ciudad de México
- b. En la república Mexicana
- c. Guadalajara, Monterrey y Cd. De México

La ley de VA permite que los pacientes (personas) dejen escritos sus deseos acerca de la asistencia médica que querrían recibir o no para el final de sus vidas, por lo tanto:

16. El formato de VA puede hacerse en la unidad médica hospitalaria

- Si
- No
- No sé

17. El documento de VA es diferente al formato de VA

- Si
- No
- No sé

18. La ley de VA está orientada a proteger la dignidad de la persona

- Si
- No
- No sé

19. La ley de VA esta instituida para prevenir la obstinación terapéutica

- Si
- No
- No sé

20. La Ley de VA tiene concordancia con las disposiciones establecidas respecto a la disposición de órganos susceptibles a ser donados

- Si
- No
- No sé

21. El enfermo en etapa terminal o su representante deberán entregar el documento de VA al personal encargado de implementar el tratamiento respectivo, para su integración al expediente clínico.

- Si
- No
- No sé

22. El médico tratante podrá ser testigo del otorgamiento del documento de VA o del otorgamiento del formato

- Si
- No
- No sé

23. La ley de VA es

- Obligación del médico respetarla
- Es opcional
- Es para evitar una sanción jurídica.

24. Desde el punto de vista jurídico el respeto al rechazo del tratamiento por parte de un paciente, ¿es una práctica legal o ilegal según la legislación nacional y de la Ciudad?

- Legal
- Ilegal
- No sé

25. Aplicar tratamientos y procedimientos innecesarios para que la enfermedad evolucione de manera natural hasta la muerte, corresponde o no corresponde a una atención adecuada, desde la perspectiva ética, jurídica y médica:

- Corresponde
- No corresponde

26. Limitar el tratamiento curativo e implementar un plan que incluya: paliación del dolor, ayuda tanatológica y psicológica, nutrición e higiene, corresponde o no corresponde a una atención adecuada, desde la perspectiva ética, jurídica y médica:

- Corresponde
- No corresponde

27. En caso de emergencia, en el contexto de un paciente con un documento VA firmado, se deberán realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar, corresponde o no corresponde a una atención adecuada, desde la perspectiva ética, jurídica y médica:

- Corresponde
- No corresponde

28. ¿Al resolver un dilema bioético, se toma la decisión más favorable para el paciente, por lo que se deben considerar qué Aspectos?

- Económicos, Capacidad del Hospital, Recursos humanos y medicamentos disponibles.
- Médicos, familiares, sociales, humanos, religiosos y legales.
- Aspectos que deslinden responsabilidades de los familiares o tutores y el personal médico.

29. ¿Sabría cómo actuar si un paciente en fase terminal les solicitara la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada?

- Si
- No

30. ¿Ha tomado algún curso de cuidados paliativos durante su formación?

- Si
- No

31. ¿Considera importante la capacitación al personal de salud sobre el tratamiento terapéutico que requieren los enfermos en fase terminal?

- Si
- No

32. ¿Sabe usted reconocer a un candidato para aplicar la Ley de VA?

- Si
- No

Anexo 2. Carta invitación para participar en el estudio

HOSPITAL REGIONAL "1" DE OCTUBRE"



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

DeCoCura Co. SaludCoSa

"2017, AÑO DEL CENTENARIO DE LA PROMULGACIÓN DE LA
CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS"

Carta de invitación para participar en un estudio de investigación en salud

Tesis: "Evaluación del nivel de información y percepción sobre la voluntad anticipada del personal de salud del Hospital Regional 1° de Octubre."

Usted ha sido invitado(a) a participar de una investigación que busca evaluar el nivel de información sobre la ley de voluntad anticipada y la percepción de dicha ley en el Hospital Regional 1° de Octubre.

La información que usted proporcione al contestar el cuestionario que se aplicará quedará registrada en las hojas que se le proporcionan y será sometida a análisis, en total confidencialidad. Esta información no será conocida por nadie fuera del investigador responsable y su profesor(a) guía.

El cuestionario consiste en 32 preguntas, las cuales pueden ser cerradas o abiertas, contestarlo requiere de aproximadamente 20 minutos y no tiene que reportar su nombre.

La información producida en esta investigación será mantenida en estricta confidencialidad. Al analizar la información se producirá un informe final, donde se mantendrá igualmente el anonimato de los participantes.

Le estoy invitando a participar de esta investigación de forma voluntaria, teniendo derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello le afecte de ninguna forma. Lo único que le puedo ofrecer es conocer los resultados de la investigación.

Usted no tiene que aceptar participar de esta investigación y tiene el pleno derecho a preguntar ahora o durante el transcurso de su participación cualquier duda que le surja, y a ponerse en contacto con Dr. Luis Leonardo García Gallardo al siguiente número de teléfono 4511909967 en un horario de 15:00-20:00 en caso que lo considere necesario. Puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico drleonardo.garciag@gmail.com

Este documento es una garantía de que Usted no corre ningún riesgo, y que su participación en esta investigación no le significará ningún gasto de dinero. Por lo tanto, no se anticipan riesgos ni beneficios directamente relacionados con esta investigación.

Muchas gracias por su participación

Dr. Luis Leonardo García Gallardo

Licencia Exhorte N° 002608007028

Av. InsCICoCo PelliCóniles Nacional N° 1028. Cal. MagSalena Co Las Salinas C.P 07700. Delegación
BucCova CioSaC Co México
Tel.: (55) 2140 8217 www.gob.mx/issste

HOSPITAL REGIONAL "1" DE OCTUBRE"


ISSSTE

 INSTITUTO DE SEGURIDAD
 Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
 TRABAJADORES DEL ESTADO

DeCoCura Co. AnacoCoala

 "2017, AÑO DEL CENTENARIO DE LA PROMULGACIÓN DE LA
 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS"

Declaro haber leído la información descrita, y que mis preguntas acerca de la investigación de tesis han sido respondidas satisfactoriamente.

Al firmar este documento, indico que he sido informado(a) de la investigación: "Evaluación del nivel de información y percepción sobre la voluntad anticipada del personal de salud del Hospital Regional 1° de Octubre" y que consiento voluntariamente participar entregando mis opiniones en un cuestionario. Entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que ello me afecte de ninguna forma.

Nombre del participante:

Firma: _____

Cuidad y fecha:



Licencia Escritoria N° 022409007028

 Av. InsClCoCo PolICónculas Nacional N° 1028. Col. Mapólcenas Co Las Salinas C.P 07760. Delegación
 BenCure Ciudad Co México
 Tel.: (55) 2140 8217 www.gob.mx/issste

Anexo 3. Cuadro de identificación de variables estudiadas

No.	Variable	Definición Operacional	Variable	Orden de medida
1	Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en hombre o mujer	Cualitativa Nominal	Hombre/ Mujer
2	Edad	Tiempo que una persona reporta que ha transcurrido a partir de su nacimiento	Cuantitativa Discreta	Años
3	Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración que una persona reporta que reconoce en relación con la divinidad	Cualitativa Nominal	Católica Ortodoxa Protestantes Pentecostales Cristianas y evangélicas Adventistas del Séptimo Día Jesucristo de los Santos de los Últimos Días Testigos de Jehová Origen Oriental Judaica Islámica Otra
4	Experiencia profesional	Tiempo que una persona reporta que ha transcurrido desde que se desempeña laboralmente	Cuantitativa Discreta	Años
5	Profesión	Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario.	Cualitativa Nominal	Médico Residente Médico Adscrito Enfermero (a) social. Psicólogo (a). Otro
6	Área de trabajo	Lugar en que una persona reporta ser en donde desempeña sus labores en el Hospital Regional 1° de Octubre	Cualitativa Nominal	Atención primaria especializada Urgencias UCI Medicina Interna Neurocirugía Obstetricia Nutrición
7	Capacidad para señalar principio de Bioética	La persona es capaz de señalar el principio de autonomía	Cualitativa	SI/NO
8	Conocimiento de la definición de objeción de conciencia	La persona es capaz de reconocer la definición de objeción de conciencia	Cualitativa nominal	SI/NO
9	Conocimiento de los derechos de los pacientes en fase terminal	La persona reporta que conoce cuales son los derechos de los pacientes terminales	Cualitativa nominal	SI/NO
10	Conocimiento sobre LVA en la Ciudad de México	La persona reporta si conoce la LVA	Cualitativa	SI/NO
11	Conocimiento sobre la territorialidad de la LVA	La persona reporta en donde se puede aplicar la LVA	Cualitativa	SI/NO
12	Conocimiento sobre donde se elabora la VA	La persona indica si la VA puede hacerse en la unidad médica hospitalaria	Cualitativa nominal	SI/NO
13	Conocimiento acerca de que el documento y el formato de VA cumplen la misma función	La persona indica si sabe o no que el documento y el formato de VA son iguales	Cualitativa nominal	SI/NO/NO SABE
14	Conocimiento sobre si la LVA se orienta a proteger la dignidad de la persona	La persona indica si sabe o no que la LVA protege la dignidad	Cualitativa nominal	SI/NO/NO SABE
15	Conocimiento sobre si la LVA previene la obstinación terapéutica	La persona indica si sabe o no que la LVA previene la obstinación terapéutica	Cualitativa nominal	SI/NO/NO SABE
16	Conocimiento sobre la concordancia de la LVA y disposiciones para donación de órganos	La persona indica si sabe o no que la LVA y las disposiciones para donar órganos son correspondientes	Cualitativa nominal	SI/NO/NO SABE
17	Conocimiento sobre el procedimiento para aplicar la VA	La persona indica si conoce o no el procedimiento para aplicar la VA	Cualitativa nominal	SI/NO/NO SABE
18	Conocimiento sobre el papel del médico tratante en el proceso del otorgamiento del documento o formato de la VA	La persona indica si conoce o no el papel del médico tratante en la VA	Cualitativa nominal	SI/NO/NO SABE
19	Conocimiento sobre la obligatoriedad de la LVA	La persona indica que es obligación del médico respetar la VA	Cualitativa nominal	SI/NO
20	Conocimiento sobre la legalidad del rechazo a un tratamiento por parte de un paciente	La persona indica la legalidad del rechazo del tratamiento por parte de un paciente	Cualitativa nominal	Legal/Illegal/No sabe
21	Conocimiento para actuar cuando se le solicita aplicar la Ley de Voluntad Anticipada	La persona indica si sabría cómo actuar cuando le pidan aplicar la ley de voluntad anticipada.	Cualitativa nominal	SI/NO
22	Contacto con pacientes en fase terminal	La persona reporta que ha tenido contacto con pacientes terminales	Cualitativa nominal	SI/NO
23	Percepción sobre capacidad para atender a un paciente de fase terminal	La persona indica si se cree capaz de atender a un paciente de fase terminal	Cualitativa nominal	SI/NO
24	Percepción sobre preparación para atender a un paciente terminal	La persona describe cómo percibe su preparación para atender pacientes en fase terminal	Cualitativa nominal	Adecuada, Regular, Deficiente
25	Percepción sobre capacidad de tratar con un enfermo terminal y su familia	La persona indica si se cree capaz de tratar con un paciente de fase terminal y su familia	Cualitativa nominal	SI/NO
26	Percepción sobre no aplicar tratamientos y procedimientos innecesarios	La persona indica si no dar tratamientos o procedimientos para que la enfermedad evolucione corresponde a una atención adecuada del enfermo terminal	Cualitativa nominal	SI/NO
27	Conocimiento sobre si implementar un plan de paliación del dolor, ayuda tanatológica, higiene y nutrición corresponde a una atención adecuada	La persona indica si limitar el tratamiento curativo e implementar un plan con los aspectos señalados corresponde o no a una atención adecuada	Cualitativa nominal	SI/NO
28	Conocimiento sobre si la reanimación cardiopulmonar es una atención adecuada	La persona indica si aplicar RCP corresponde o no a una atención adecuada del enfermo terminal	Cualitativa nominal	SI/NO
29	Conocimiento sobre los aspectos que han de considerarse en la solución de un problema bioético	La persona indica los aspectos que deben considerarse al resolver un problema bioético	Cualitativa nominal	Conoce/No conoce
30	Percepción sobre la importancia de la capacitación en LVA	La persona indica si es importante o no capacitar al personal de salud sobre el tratamiento terapéutico que requieren los enfermos en fase terminal	Cualitativa nominal	SI/NO
31	Formación en cuidados paliativos	La persona reporta si ha tomado o no algún curso sobre cuidados paliativos	Cualitativa nominal	SI/NO
32	Percepción sobre capacidad para reconocer a un candidato para aplicar la LVA	La persona reporta si puede o no reconocer a un candidato para aplicar LVA	Cualitativa nominal	SI/NO

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4. Concentrado de los resultados obtenidos por pregunta.

			TOTAL	PORCENTAJE
1. Sexo:				
<input type="checkbox"/> Hombre	HOMBRE	103	383	26,89 %
<input type="checkbox"/> Mujer	MUJER	280		
2. Edad: años.	EDAD PROMEDIO	37,90		
3. Religión:			383	
<input type="checkbox"/> Católica		317		82,77 %
<input type="checkbox"/> Ortodoxa		1		0,26 %
<input type="checkbox"/> Protestantes históricas o reformadas		2		0,52 %
<input type="checkbox"/> Pentecostales		4		1,04 %
<input type="checkbox"/> Cristianas y evangélicas sin sustento actual pentecostal		18		4,70 %
<input type="checkbox"/> Adventistas del Séptimo Día		0		0,00 %
<input type="checkbox"/> Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días		1		0,26 %
<input type="checkbox"/> Testigos de Jehová		0		0,00 %
<input type="checkbox"/> Origen Oriental		0		0,00 %
<input type="checkbox"/> Judaica		0		0,00 %
<input type="checkbox"/> Islámica		0		0,00 %
<input type="checkbox"/> Otro		40		10,44 %
4. Experiencia profesional (años):				
5. Señale su profesión y/o situación laboral. Escriba el nombre de su especialidad, e indique en año del 1 al 6, el número de año de residencia.				
<input type="checkbox"/> Médico Residente Año__ Especialidad _____		82		21,41 %
		0		
<input type="checkbox"/> Médico Adscrito Señale su especialidad _____		59		15,40 %
<input type="checkbox"/> Enfermero (a) Señale su especialidad _____		242		63,19 %
6. Señale su área de trabajo				
<input type="checkbox"/> Anestesiología		34		8,88 %
<input type="checkbox"/> Cirugía General		72		18,80 %
<input type="checkbox"/> Pediatría		23		6,01 %
<input type="checkbox"/> Traumatología		11		2,87 %
<input type="checkbox"/> Urgencias		28		7,31 %
<input type="checkbox"/> UCI		43		11,23 %
<input type="checkbox"/> Medicina Interna		33		8,62 %
<input type="checkbox"/> Neurocirugía		13		3,39 %
<input type="checkbox"/> Ginecología y Obstetricia		48		12,53 %
<input type="checkbox"/> Otro (especifique)		78		20,37 %
		0		0,00 %
7. Es el principio fundamental del nuevo paradigma operativo de la atención médica.				
<input type="checkbox"/> Dignidad		110		28,72 %
<input type="checkbox"/> Autonomía		108		28,20 %
<input type="checkbox"/> Voluntad anticipada		165		43,08 %
8. Es la decisión individual que toma un/una médico/a para dejar de realizar un acto científica y legalmente aprobado, donde hace uso de su criterio y su libertad de pensamiento, conciencia o religión (principios morales o creencias religiosas), que contraponen la voluntad del paciente y/o su familia.				
<input type="checkbox"/> Objeción a la voluntad anticipada.		215		56,14 %
<input type="checkbox"/> Objeción de conciencia.		108		28,20 %
<input type="checkbox"/> Objeción por cuestiones científicas.		60		15,67 %
9. ¿Ha tenido contacto con pacientes que se encuentran en el final de su vida?				
<input type="checkbox"/> Si		361		94,26 %
<input type="checkbox"/> No		22		5,74 %

10. ¿Conoce los derechos de los pacientes en fase terminal?			
<input type="checkbox"/> Si	251	65,54 %	383
<input type="checkbox"/> No	132	34,46 %	
11. ¿Podría otorgar una atención adecuada a un paciente en fase terminal?			
<input type="checkbox"/> Si	313	81,72 %	383
<input type="checkbox"/> No	70	18,28 %	
12. ¿Cómo describe su preparación sobre las aplicaciones terapéuticas a un paciente terminal?			
<input type="checkbox"/> Adecuada	132	34,46 %	383
<input type="checkbox"/> Regular	195	50,91 %	
<input type="checkbox"/> Deficiente	56	14,62 %	
13. ¿Se siente capaz de tratar con el enfermo terminal y su familia?			
<input type="checkbox"/> Si	258	67,36 %	383
<input type="checkbox"/> No	125	32,64 %	
14. ¿Ha escuchado hablar de la Ley de Voluntad anticipada para el Distrito Federal?			
<input type="checkbox"/> Si	248	64,75 %	383
<input type="checkbox"/> No	135	35,25 %	
15. La ley de voluntad anticipada (VA) está legislada en:			
a. Ciudad de México	244	63,71 %	383
b. En la república Mexicana	80	20,89 %	
c. Guadalajara, Monterrey y Cd. De México	59	15,40 %	
La ley de VA permite que los pacientes (personas) dejen escritos sus deseos acerca de la asistencia médica que querían recibir o no para el final de sus vidas, por lo tanto:			
16. El formato de VA puede hacerse en la unidad médica hospitalaria			
<input type="checkbox"/> Si	215	56,14 %	383
<input type="checkbox"/> No	57	14,88 %	
<input type="checkbox"/> No sé	111	28,98 %	
17. El documento de VA es diferente al formato de VA			
<input type="checkbox"/> Si	135	35,25 %	383
<input type="checkbox"/> No	64	16,71 %	
<input type="checkbox"/> No sé	184	48,04 %	
18. La ley de VA está orientada a proteger la dignidad de la persona			
<input type="checkbox"/> Si	336	87,73 %	383
<input type="checkbox"/> No	6	1,57 %	
<input type="checkbox"/> No sé	41	10,70 %	
19. La ley de VA esta instituida para prevenir la obstinación terapéutica			
<input type="checkbox"/> Si	245	63,97 %	383
<input type="checkbox"/> No	42	10,97 %	
<input type="checkbox"/> No sé	96	25,07 %	
20. La Ley de VA tiene concordancia con las disposiciones establecidas respecto a la disposición de órganos susceptibles a ser donados			
<input type="checkbox"/> Si	194	50,65 %	383
<input type="checkbox"/> No	44	11,49 %	
<input type="checkbox"/> No sé	145	37,86 %	
21. El enfermo en etapa terminal o su representante deberán entregar el documento de VA al personal encargado de implementar el tratamiento respectivo, para su integración al expediente clínico.			
<input type="checkbox"/> Si	307	80,16 %	383
<input type="checkbox"/> No	8	2,09 %	
<input type="checkbox"/> No sé	68	17,75 %	

22. El médico tratante podrá ser testigo del otorgamiento del documento de VA o del otorgamiento del formato			
<input type="checkbox"/> Si	249	65,01 %	383
<input type="checkbox"/> No	33	8,62 %	
<input type="checkbox"/> No sé	101	26,37 %	
23. La ley de VA es			
<input type="checkbox"/> Obligación del médico respetarla	266	69,45 %	383
<input type="checkbox"/> Es opcional	55	14,36 %	
<input type="checkbox"/> Es para evitar una sanción jurídica.	62	16,19 %	
24. Desde el punto de vista jurídico el respeto al rechazo del tratamiento por parte de un paciente, ¿es una práctica legal o ilegal según la legislación nacional y de la Ciudad?			
<input type="checkbox"/> Legal	283	73,89 %	383
<input type="checkbox"/> Ilegal	31	8,09 %	
<input type="checkbox"/> No sé	69	18,02 %	
25. Aplicar tratamientos y procedimientos innecesarios para que la enfermedad evolucione de manera natural hasta la muerte, corresponde o no corresponde a una atención adecuada, desde la perspectiva ética, jurídica y médica:			
<input type="checkbox"/> Corresponde	217	56,66 %	383
<input type="checkbox"/> No corresponde	166	43,34 %	
26. Limitar el tratamiento curativo e implementar un plan que incluya: paliación del dolor, ayuda tanatológica y psicológica, nutrición e higiene, corresponde o no corresponde a una atención adecuada, desde la perspectiva ética, jurídica y médica:			
<input type="checkbox"/> Corresponde	327	85,38 %	383
<input type="checkbox"/> No corresponde	56	14,62 %	
27. En caso de emergencia, en el contexto de un paciente con un documento VA firmado, se deberán realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar, corresponde o no corresponde a una atención adecuada, desde la perspectiva ética, jurídica y médica:			
<input type="checkbox"/> Corresponde	241	62,92 %	383
<input type="checkbox"/> No corresponde	142	37,08 %	
28. ¿Al resolver un dilema bioético, se toma la decisión más favorable para el paciente, por lo que se deben considerar qué Aspectos?			
<input type="checkbox"/> Económicos, Capacidad del Hospital, Recursos humanos y medicamentos disponibles.	44	11,49 %	383
<input type="checkbox"/> Médicos, familiares, sociales, humanos, religiosos y legales.	279	72,85 %	
<input type="checkbox"/> Aspectos que deslinden responsabilidades de los familiares o tutores y el personal médico.	60	15,67 %	
29. ¿Sabría cómo actuar si un paciente en fase terminal les solicitara la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada?			
<input type="checkbox"/> Si	130	33,94 %	383
<input type="checkbox"/> No	253	66,06 %	
30. ¿Ha tomado algún curso de cuidados paliativos durante su formación?			
<input type="checkbox"/> Si	161	42,04 %	383
<input type="checkbox"/> No	222	57,96 %	
31. ¿Considera importante la capacitación al personal de salud sobre el tratamiento terapéutico que requieren los enfermos en fase terminal?			
<input type="checkbox"/> Si	374	97,65 %	383
<input type="checkbox"/> No	9	2,35 %	
32. ¿Sabe usted reconocer a un candidato para aplicar la Ley de VA?			
<input type="checkbox"/> Si	177	46,21 %	383
<input type="checkbox"/> No	206	53,79 %	

Fuente: Elaboración propia.