



Artículo original

## El reto de la aplicación de la limitación de esfuerzo terapéutico en México: actitudes y conocimientos de profesionales de la salud

### The challenge of the application of therapeutic effort limitation in Mexico: attitudes and knowledge of health professionals

Zoila Trujillo-De Los Santos,\* Francisco Paz-Rodríguez,†  
María Alejandra Sánchez-Guzmán,§ Ana Laura Canchola-Vázquez,¶ Jonathan Marcos Curiel-Ramírez,¶  
Josué Gael Hernández-Ixtepan,¶ Estefany Belén Ramírez-Portillo¶

\* Programa de Cuidados Paliativos. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez".

† Laboratorio de Neuropsicología Clínica. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez".

§ División de Estudios de Postgrado, Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

¶ Servicio Social de Cuidados Paliativos. Universidad Nacional Autónoma de México.

Ciudad de México. México.

**Citar como:** Trujillo-De Los Santos Z, Paz-Rodríguez F, Sánchez-Guzmán MA, Canchola-Vázquez AL, Curiel-Ramírez JM, Hernández-Ixtepan JG et al. El reto de la aplicación de la limitación de esfuerzo terapéutico en México: actitudes y conocimientos de profesionales de la salud. *Neurol Neurocir Psiquiatr.* 2023; 51 (3): 135-143. <https://dx.doi.org/10.35366/115405>

#### RESUMEN

**Introducción:** la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) son un conjunto de intervenciones poco difundida que suelen generar controversias entre los profesionales de la salud en México. **Objetivo:** describir los resultados de una encuesta a personal de salud en diversas instituciones públicas y privadas, en la que se indagaron: conocimientos, actitudes y percepción sobre la LET, eutanasia y bases legales. **Material y métodos:** estudio transversal descriptivo, mediante encuesta en la plataforma Google Forms Online. Participaron 230 profesionales de la salud que se clasificaron en cinco categorías. Se realizó un análisis descriptivo de las variables de interés y comparaciones para conocer diferencias entre los encuestados. **Resultados:** con predominio de mujeres (58.7%), con un promedio de edad de 36 años. En su mayoría participaron médicos especialistas, 44.8% reportó haber tenido familiares en cuidados intensivos; 75% tomó decisiones LET por un familiar. Médicos especialistas y enfermeras tienen más conocimiento. 32.2% de la muestra confunde la LET con eutanasia.

#### ABSTRACT

**Introduction:** the limitation of therapeutic effort (LTE) are maneuvers of infrequent use that usually generate controversy among health professionals in Mexico. **Objective:** to describe the results of a survey of health personnel in various public and private institutions, inquiring about: knowledge, attitudes and perception about LTE, euthanasia and legal bases. **Material and methods:** descriptive cross-sectional study, through a survey on the Google Forms Online platform. 230 health professionals participated and were classified into five categories. A descriptive analysis of the variables of interest and comparisons was carried out to find out differences between the respondents. **Results:** the majority were women (58.7%) with an average age of 36 years. Specialist physicians mainly participated, of these 44.8% reported having relatives in intensive care, 75% made LTE decisions for a relative. Specialist doctors and nurses are the most knowledgeable. 32.2% of the sample confuses LTE with euthanasia. **Conclusion:** the study shows the lack of knowledge of final

Recibido: 27/07/2023. Aceptado: 25/08/2023.

Correspondencia: Dra. Zoila Trujillo-De Los Santos

Insurgentes Sur Núm. 3877, Col. La Fama,

Alcaldía Tlalpan, 14269, Ciudad de México.

E-mail: personal: dratrizujillo@gmail.com

E-mail: institucional: ztrujillo@innn.edu.mx



**Conclusión:** el estudio muestra la falta de conocimiento de decisiones finales como la LET y su diferencia con otros términos y deficiencia de una práctica formal intrahospitalaria y formativa de la LET.

**Palabras clave:** limitación de esfuerzo terapéutico, adecuación del esfuerzo terapéutico, decisiones al final de la vida, conocimientos, actitudes.

*decisions such as LTE and its difference with other terms and deficiency of a formally and formative practice hospitalary of LTE.*

**Keywords:** *limitation of therapeutic effort, adequacy of therapeutic effort, decisions at the end of life, knowledge, attitudes.*

## INTRODUCCIÓN

Dentro de la atención clínica, los cuidados paliativos (CP) se enfocan en garantizar que los pacientes conserven la dignidad en las etapas terminales; para tal efecto se han desarrollado una serie de estrategias asistenciales que tienen como meta evitar la utilización fútil de recursos extraordinarios, proporcionar los cuidados y el confort necesarios.<sup>1</sup>

En general, los procesos formativos de los médicos apuntan a un “hacer” centrándose en la atención preventiva, curativa y de rehabilitación.<sup>2</sup> Pero el manejo de los pacientes terminales necesita una orientación que equilibre el “hacer” con el “dejar de hacer.”

La limitación de esfuerzo terapéutico (LET) es una de las medidas que proponen los CP en su quehacer. Algunos autores refieren que existen varias formas en que se realiza la LET, las más utilizadas son: 1) limitación de instauración de ciertos recursos terapéuticos (en inglés, *withhold*); 2) suspender tratamientos que ya están instaurados [en inglés, *withdraw*].<sup>1,3</sup>

Es importante mencionar que la LET es un consenso médico, con información suficiente a la familia. Es un proceso proactivo, en el cual debe tomar parte el paciente (si es consciente y capaz) o sus familiares y representantes legales. Debido a que la LET plantea el retiro o no inicio de ciertos tratamientos, puede generar prácticas poco éticas del personal médico que ha sido formado sólo en tradiciones curativas y paternalistas. Diversas investigaciones han referido los dilemas ético-legales que generan las prácticas de obstinación terapéutica (aplicación de medidas no indicadas o desproporcionadas) o fútiles (cualquier esfuerzo terapéutico que no ha dado ningún resultado) y sólo prolongan la vida, sin calidad y sin la posibilidad de evitar la muerte del paciente.<sup>4,5</sup> Situaciones que se suman a la negativa en aplicar prácticas al final de la vida, esto a pesar de que en la actualidad se consideran convenientes para disminuir el sufrimiento físico, mental y social, en especial desde el ámbito de la medicina paliativa.

En este contexto, algunos investigadores han explorado las actitudes del personal de salud ante la LET, en particular, en un estudio realizado en siete países europeos donde se investigó cuáles eran las actitudes de

médicos neurólogos que atienden pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA), enfermedad progresiva e incurable, con mal pronóstico en un corto periodo de tiempo (4-5 años). La investigación reportó que los médicos fueron más propensos a tomar decisiones al final de la vida si el paciente lo solicitaba, más que actuar de manera proactiva. En el momento que se identificó que el paciente tenía sufrimiento físico y mal pronóstico a corto tiempo, la actitud a proporcionar sedación final era más favorecida. De igual manera muestran menor propensión hacia la sedación final en pacientes que expresan sufrimiento psico-existencial.<sup>6</sup> La religiosidad asumida es otra situación que los hacía menos propensos para decidir la sedación final, aunque los que tenían un entrenamiento formal en cuidados paliativos fueron más sensibles a la toma de decisiones finales.<sup>7-9</sup>

De la misma forma un estudio en Australia, con médicos de siete especialidades, indagó sobre los conocimientos y seguimiento de la ley para adultos que carecían de competencia para la toma de decisiones finales legales. Los resultados indicaron que los médicos paliativistas y geriatras tuvieron mayores conocimientos y mejor actitud ante la ley en 52 y 43%, respectivamente.<sup>10</sup> Otra visión es la incompreensión de la futilidad de tratamientos por parte de los familiares y que los médicos tienen el deber de explicar con claridad en caso de que los tratamientos no sean apropiados o solicitar la competencia de un comité de ética.<sup>11</sup> Además, es común la confusión entre LET, eutanasia, suicidio asistido, etcétera.<sup>12,13</sup>

En México se ha hecho un trabajo legislativo para evitar la obstinación terapéutica con los cambios en Ley General de Salud,<sup>14</sup> el Reglamento y la Norma (NOM-011-SSA-2014). En los artículos 166 Bis 6 y Bis 4, se establecen los aspectos generales de la LET y voluntades anticipadas respectivamente.<sup>15</sup>

A este panorama se agrega que la práctica médica en México se caracteriza por una relación paternalista en la que predomina la idea de la curación sobre la calidad de vida.<sup>16</sup> Situación que se conjuga con el rezago en la enseñanza de CP, brevedad de cursos de bioética y poca comunicación con familiares de los pacientes; lo que quizá guarde relación con las actitudes respecto a la LET.<sup>17,18</sup>

No sabemos con exactitud si el personal de salud (PS) de nuestro país conoce y aplica la LET.

Por ello, el objetivo de este artículo es describir los resultados de una encuesta en línea (Online) que se aplicó a personal de salud adscrito a diversas instituciones públicas y privadas en nuestro país, en la que se indagaron sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre la LET, así como eutanasia y conocimiento de las bases legales.

Nuestra propuesta de investigación busca comprender el comportamiento en la búsqueda de salud, una de las herramientas más utilizadas en este tema justo son las encuestas sobre conocimientos actitudes y percepciones o práctica. De acuerdo con Hassali, Shafie, Saleem, Farooqui y Aljadhey,<sup>19</sup> una vez que nos referimos a conocimiento aludimos a la relación entre el conocimiento de la comunidad y lo que corresponde al ámbito biomédico; a los conocimientos que se desvían del ámbito biomédico se les denominan creencias. Las actitudes son resultado de la interacción de sentimientos, creencias y valores; se expresan a través de una serie de predisposiciones que determinan nuestra forma de actuar, pensar y sentir hacia un objeto o situación determinada. A través de las actitudes se busca indagar el uso de los distintos servicios de salud. Por último, respecto a las prácticas o percepción se pretende conocer los comportamientos de las personas o lo que saben respecto a un aspecto médico (atención, definición, etcétera). Esto incluye conocer y analizar su comprensión.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo, mediante una encuesta realizada a través de la plataforma Google Forms Online, el instrumento elaborado mostró buena confiabilidad ( $\omega = 0.719$ ). El levantamiento de la encuesta se llevó a cabo del 27 de agosto al 16 de diciembre de 2019. Se invitó a personal de salud (PS) de diversas instituciones públicas y privadas, mediante la técnica de “bola de nieve” en una muestra por conveniencia. Para construir el instrumento, se realizó una revisión sobre LET en la literatura<sup>7,10,13,20-22</sup>

y se elaboró un banco de reactivos al respecto (30 ítems), repartidos en tres secciones para evaluar lo siguiente: a) características sociodemográficas; b) conocimientos y actitudes de los encuestados frente a decisiones de LET, conocimiento de principios bioéticos y bases legales; c) práctica relacionada [llevar un registro de casos, tener un protocolo LET, diferenciar eutanasia, dar capacitación al personal de salud, discutir los casos en equipo y decidir en conjunto]. Participaron 230 profesionales de la salud que se clasificaron en cinco grupos: [46 enfermeras; 73 médicos especialistas; 46 residentes; 39 pasantes de servicio social y 26 con otra profesión de salud (trabajo social, psicología, nutrición)] de distintos centros hospitalarios. Los datos proporcionados fueron protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y se utilizaron sólo para las finalidades expuestas. Todos dieron su consentimiento informado, de acuerdo con los lineamientos del protocolo de estudios en humanos de Helsinki.

**Análisis estadístico.** Los datos se analizaron con el programa SPSS 21. Se realizó un análisis descriptivo de las variables de interés y se calculó el alfa omega del cuestionario para saber su confiabilidad. Además, se hicieron comparaciones mediante  $\chi^2$  para conocer diferencias entre los participantes, suponiendo una significancia (dos colas) de  $\leq 0.05$ .

## RESULTADOS

Los profesionales de la salud tuvieron características demográficas distintas ( $p < 0.05$ ), con predominio de mujeres (58.7%), edad promedio de  $36.0 \pm 12.2$  años, solteras (58.7%), y 65.2% católicas. 86.5% labora en instituciones públicas, los médicos especialistas (13.3%) tenían una edad promedio de 44.2 años. Predominaron los solteros entre los médicos residentes y pasantes. En cuanto a la religión, 60% declaró ser católico y 87% desarrollarse en enfermería (Tabla 1).

**Tabla 1: Distribución comparativa por personal de salud y características sociodemográficas de la muestra encuestada. N = 460.**

	Enfermería N = 46 %	Médico especialista N = 73 %	Médico residente N = 46 %	Pasante de servicio social N = 39 %	Otro/ profesional de salud N = 26 %	Muestra total N = 230 %	p
Femenino	78.3	46.6	54.3	56.4	69.2	58.7	0.010
Edad, años*	$39.9 \pm 10.3$	$44.2 \pm 13.3$	$30.0 \pm 2.9$	$24.8 \pm 2.9$	$34.0 \pm 12.6$	$36.0 \pm 12.2$	0.001
Soltera	39.1	34.2	82.5	94.9	65.4	58.7	0.001
Religión católica	87.0	61.6	63.0	64.1	42.3	65.2	0.003
Institución pública	22.6	24.1	21.6	19.6	12.1	86.5	0.001

\* Datos expresados en media  $\pm$  desviación estándar.  
Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 2:** Distribución comparativa por personal de salud y conocimientos en limitación del esfuerzo terapéutico (LET).

Conocimientos	Enfermería N = 46 %	Médico especialista N = 73 %	Médico residente N = 46 %	Pasante de servicio social N = 39 %	Otro/profe- sional de salud N = 26 %	Muestra total N = 230 %	p
¿En su formación le enseñaron LET?	52.2	42.5	45.7	25.6	0.0	37.4	0.001
¿Conoce los principios de la bioética?	91.3	100.0	87.0	100.0	73.1	92.6	0.001
¿Ha oído hablar de la ley de voluntad anticipada?	89.1	89.0	60.9	76.9	65.4	78.7	0.001
¿Conoce el concepto de voluntad anticipada?	95.7	94.5	84.8	92.3	80.8	90.9	0.100
¿Sabe si la LET está legislada en nuestro país?	34.8	45.2	28.3	35.9	19.2	35.2	0.063
¿Ha tenido información sobre LET en los últimos 5 años?	56.5	67.1	52.2	56.4	34.6	56.5	0.067
¿Ha tenido un familiar en cuidados intensivos?	45.7	61.6	39.1	23.1	38.5	44.8	0.002
¿Ha tomado decisiones LET por un familiar?	32.6	43.8	17.4	7.7	11.5	26.6	0.001

Nota. Los porcentajes representan las respuestas afirmativas.  
Fuente: elaboración propia.

En la *Tabla 2*, se reportó el conocimiento sobre LET, Bioética y ley de voluntades anticipadas. Se encontraron diferencias en las respuestas del PS ante el conocimiento sobre experiencias previas o antecedentes de haber tenido un familiar en cuidados intensivos ( $p = 0.002$ ) y/o haber tomado la decisión de LET por él ( $p = 0.001$ ). Resalta que pocos de los encuestados tuvieron formación en LET ( $p = 0.001$ ) y escaso conocimiento sobre la existencia de que hay una legislación en México al respecto ( $p = 0.001$ ).

En cuanto a las opiniones, se observaron diferencias significativas entre el grupo que tiene mayor práctica y experiencia (enfermeras y médicos [EM]) y los que no realizan con frecuencia estos procedimientos (pasantes y otros profesionales de la salud [POPS]). El grupo de los EM opinan que la toma de decisiones debe ser conjunta ( $p = 0.002$ ). En el grupo POPS predominan las siguientes creencias: a) la LET es una práctica común en unidad de cuidados intensivos (UCI)/urgencias ( $p = 0.010$ ), b) la LET es sinónimo de eutanasia ( $p = 0.027$ ) y c) aprueban la práctica de eutanasia ( $p = 0.001$ ) (*Tabla 3*).

Por último, en la práctica de la LET, existen diferencias en llevar o no un registro de casos ( $p = 0.005$ ), las enfermeras son quienes están más interesadas en hacerlo

(32.6%). Son los médicos (90.4%) quienes más refieren la necesidad de tener un protocolo de atención al final de la vida-LET en el servicio ( $p = 0.002$ ). Las enfermeras (56.5%) y los otros profesionales de la salud (53.8%) consideran que su institución ofrece capacitación al PS para la atención al final de la vida ( $p = 0.001$ ). La mayoría de los participantes están a favor de la sedación paliativa; en este tema, quienes expresan menor aprobación son los otros PS (88.5%;  $p = 0.029$ ). Por último, quienes menos exploran las expectativas de los pacientes una vez que enfrentan el final de su vida son otros PS (61.5%;  $p = 0.006$ ) (*Tabla 4*).

## DISCUSIÓN

Son pocas las investigaciones que se han realizado en la identificación de conocimientos, opiniones y práctica sobre la toma de decisiones al final de la vida en PS, en especial en la LET. En el estudio realizado por Restrepo y colaboradores<sup>22</sup> en un país con muchas similitudes con el nuestro, donde predomina la religiosidad, también se reportó que hay poco conocimiento sobre las preferencias de los pacientes y pocas posibilidades de discutirlos con el médico; en especial ante la voluntad no expresada

en donde la decisión de LET es tomada por otros que es probable estén mejor informados. El presente trabajo muestra las discrepancias que existen en lo referente a los conocimientos, opiniones y práctica de la LET; suponemos que pueden ser resultado de problemas en la compren-

sión de la terminología, es decir, confunden la LET con algunos conceptos como la eutanasia, a pesar de que está prohibida en nuestro país. Esta confusión es consistente en otros estudios<sup>20,23</sup> donde se encontró que de 8 a 28% de los encuestados consideran que la LET es una forma de

**Tabla 3: Distribución comparativa por personal de salud y opinión de los encuestados frente a decisiones limitación del esfuerzo terapéutico (LET).**

	Enfermería N = 46 %	Médico especialista N = 73 %	Médico residente N = 46 %	Pasante de servicio social N = 39 %	Otro/ profesional de salud N = 26 %	Muestra total N = 230 %	p
Si es competente. ¿El paciente debe tomar las decisiones médicas que lo afectan?	91.3	95.9	89.1	97.4	92.3	93.5	0.363
Si no es competente el paciente. ¿Quién debe tomar las decisiones medicas? (Familiar)	87.0	90.4	91.3	89.7	76.9	88.3	0.390
En su experiencia, ¿Quién decidió no reanimarlo en un evento final? (Familiar)	73.9	57.5	71.7	66.7	61.5	65.7	0.343
¿Cree que los familiares deberían participar en el proceso de toma de decisiones al final de la vida?	95.7	97.3	95.7	100.0	92.3	96.5	0.540
¿Cree que tales decisiones deben ser tomadas en conjunto por los médicos y enfermeras a cargo del paciente?	87.0	84.9	87.0	79.5	69.2	83.0	0.002
¿Cree que la LET es una práctica común en la unidad de cuidados intensivos/urgencias?	47.8	32.9	41.3	59.0	42.3	43.0	0.010
¿Cree que la LET en un paciente con un mal pronóstico de supervivencia y para quien el tratamiento ha resultado inútil, es eutanasia?	23.9	26.0	39.1	46.2	30.8	32.2	0.027
¿Aprueba la eutanasia?	63.0	61.6	78.3	97.4	96.2	75.2	0.001

Nota. Los porcentajes representan las respuestas afirmativas.  
Fuente: elaboración propia.

**Tabla 4:** Distribución comparativa por personal de salud en práctica relacionada a limitación del esfuerzo terapéutico (LET).

	Enfermería N = 46 %	Médico especialista N = 73 %	Médico residente N = 46 %	Pasante de servicio social N = 39 %	Otro/ profesional de salud N = 26 %	Muestra total N = 230 %	p
¿Su hospital tiene un registro de casos cuando se aplica LET?	32.6	17.8	10.9	17.9	7.7	18.3	0.005
¿Alguna vez ha considerado la necesidad de un protocolo de atención al final de la vida/LET?	73.9	90.4	76.1	64.1	57.7	76.1	0.002
¿Su servicio tiene un protocolo de LET/final de vida?	34.8	20.5	15.2	33.3	7.7	23.0	0.004
¿Su institución ofrece capacitación al personal de salud para la atención al final de la vida?	56.5	35.6	21.7	23.1	53.8	37.0	0.001
¿Las decisiones para implementar LET se toman en conjunto en su servicio?	47.8	67.1	63.0	64.1	53.8	60.4	0.283
¿Cuándo se realiza una discusión para aplicar medidas LET a un paciente en su servicio, lo considera adecuado?	41.3	71.2	58.7	51.3	50.0	57.0	0.104
¿Está a favor de la sedación paliativa o final en el paciente médicamente irrecuperable?	93.5	98.6	97.8	100.0	88.5	96.5	0.029
¿Respeta la orden de no reanimar de un paciente?	100.0	95.9	100.0	97.4	96.2	97.8	0.448
¿Explora en los pacientes sus expectativas respecto a su tratamiento cuando enfrentan el final de su vida?	78.3	90.4	87.0	89.7	61.5	83.9	0.006
¿Estaría dispuesto a retirar tratamientos en paciente con condición clínica irreversible?	87.0	93.2	89.1	82.1	69.2	86.5	0.053

Nota. Los porcentajes representan las respuestas afirmativas.

Fuente: elaboración propia.

eutanasia; en nuestros resultados 32.2% comparten esta percepción. Aunado a esto, la baja formación en LET del PS reportada fue de 25 al 43%;<sup>13</sup> en nuestro trabajo observamos que sólo 34.7% tenía formación en CP y quizá en LET. En cuanto a capacitación al PS, resalta que las enfermeras

obtienen los porcentajes más altos; sin embargo, a pesar de tener conocimiento de la LET y mostrar actitudes positivas hacia la retención o retiro de tratamientos de soporte vital, no son vistas por el resto del PS como actores clave en la toma de decisiones, aun cuando son las encargadas de

poner en práctica las decisiones de la LET.<sup>21</sup> Esta falta de reconocimiento contrasta con la afirmación de especialistas y residentes, quienes consideran la toma de decisiones como un proceso conjunto.<sup>24</sup>

Una forma de sensibilización del PS sobre el tema fue haber tenido familiares en cuidados paliativos que, ante la evidencia de irreversibilidad o futilidad de las intervenciones, y de acuerdo con el consenso del equipo médico tratante optaron por la LET. En nuestro estudio, encontramos que 44.8% de los participantes tuvieron familiares en cuidados intensivos, 75% refirió estar de acuerdo en que se realizara la LET. Respecto a los conceptos de eutanasia y suicidio asistido, en estudios como el de Morales y colaboradores,<sup>23</sup> reportaron que 47% de los encuestados la considera aceptable, Restrepo y asociados<sup>22</sup> mencionan que 71.6% la aprueba. Por nuestra parte y ante esta misma pregunta encontramos que 75.2% de los participantes aprueba la eutanasia.

Aún existe poco conocimiento sobre la legislación de la LET vigente en nuestro país, sólo 35.2% de los encuestados sabían de su existencia; en contraste con el conocimiento de la ley de voluntades anticipadas, que 78.7% sí la conocían. En referencia a la práctica clínica de LET observamos poco registro de casos en los hospitales (18.3%) y 23% de los participantes mencionan que no hay protocolos en su servicio, sólo 37% señalaron que brindan capacitación en su institución y 76.1% consideran la necesidad de la implementación de un protocolo de atención al final de la vida. El desconocimiento, la falta de comunicación, además del componente emocional de la toma de este tipo de decisiones, hace que la práctica clínica sea más compleja, aunque existan posturas favorables hacia una muerte digna.<sup>24,25</sup>

## CONCLUSIÓN

La toma de decisiones al final de la vida es una práctica poco comprendida en nuestro país, salvo por la mayoría de los profesionales que se encuentran laborando en unidades de cuidados paliativos o que han recibido capacitación en esta disciplina. Esta situación coincide con recientes informes como el Reporte de la Comisión Lancet<sup>26</sup> sobre la aplicación de los cuidados paliativos a nivel mundial, en donde se enfatiza que este tipo de intervenciones se han globalizado de manera muy desigual, en especial entre países con ingresos bajos.

Los datos que presentamos forman parte de los primeros reportes de los que se tenga conocimiento sobre LET en una muestra de PS en el contexto de México, lo que podría conformar una fuente de conocimiento y generar políticas que eviten prácticas clínicas como la obstinación terapéutica y futilidad de tratamientos o intervenciones que todavía son muy frecuentes en nuestro país.

En concreto, nuestro estudio da cuenta de: A) importancia de la experiencia en la sensibilización, B) el problema del conocimiento y diferenciación de la LET con otros términos y C) la falta de una práctica formal intrahospitalaria de la LET.

Respecto al inciso A, en nuestros resultados se destaca que los PS que han tenido familiares en cuidados intensivos son más propensos a tomar decisiones de LET; esto sugiere que las experiencias toman un primer plano en este tipo de intervenciones. Por lo tanto, la sensibilización debe comprenderse como un proceso continuo donde se triangula el conocimiento médico, la experiencia y los principios éticos del PS. Debe incidir en el plano formativo y práctico: por un lado, exigiendo una reflexión continua en la ocupación clínica de “hacer” y “no hacer”, y por el otro, en la relación médico-paciente a través de la profundización de las circunstancias de vida de los pacientes y sus familiares.

Con relación al inciso B, la confusión de términos, responde en parte al desconocimiento ético legal que respalda el derecho a una muerte digna y puede ser también una expresión de la reticencia del personal médico a incorporar las distintas maniobras de los CP en la práctica cotidiana. Así, estamos frente a un problema de actitud y de formación de la práctica médica de nuestro país en donde prevalece el paradigma curativo. Esto, además, se encuentra con una serie de omisiones legales e institucionales que reflejan una conformación formal, pero no fáctica de la ley. Por ejemplo, se ha incluido el concepto de LET en la normativa nacional, pero aún falta que la reglamentación se articule con los procesos institucionales para lograr una implementación obligatoria de los CP en todos los niveles de atención. Además, no hay una partida presupuestal que otorgue los recursos humanos y económicos para hacer realidad los cambios incorporados en la Ley General de Salud. Ante estas omisiones, las instituciones tampoco han realizado adecuaciones organizacionales para incluir los CP en particular, la LET.

Finalmente, la falta de una práctica formal intrahospitalaria de la LET se observa por una serie de situaciones que están concatenadas: omisión de registro de casos, inexistencia de protocolos y poca capacitación. Aunado al orden organizacional e institucional están las deficiencias en lo formativo; los resultados aquí obtenidos reflejan una realidad común de Latinoamérica, por ejemplo, respecto a los médicos: sólo siete países cuentan con reconocimiento de medicina paliativa como especialidad y/o subespecialidad. La temática se aborda en principio en diplomados y sólo 15% de las facultades de medicina en la región tienen una asignatura independiente de CP. En relación a la profesionalización de otro PS, en el área de enfermería representa 0.9% y un porcentaje similar en trabajo social. Sólo Colombia reportó asignatura independiente en CP para los psicólogos.<sup>27</sup>

Si bien se han hecho esfuerzos por parte de los profesionales especializados en CP para difundir, capacitar y entrenar a otros profesionales, es notorio que la enseñanza de cuidados paliativos no forma parte todavía en la licenciatura de medicina; debe ser prioritario que desde esta primera etapa de la formación médica se incorporen contenidos sobre CP, muerte digna, bioética, y no dejarlos al final de la carrera donde el futuro profesional tiene introyectado “salvar vidas”.

Por todo lo anterior, las perspectivas futuras de la LET en México requieren capacitación en los centros de atención para reducir las brechas de falta de conocimiento y una adecuada aplicación de LET en los centros de atención hospitalaria basadas en decisiones bioéticas acompañadas de un marco regulatorio y presupuestal en consonancia.<sup>13,25</sup> Lomero y colaboradores<sup>21</sup> muestran que, mediante la capacitación interdisciplinaria diseñada de modo adecuado, se puede promover la colaboración y armonía en el personal de salud y la posibilidad de mejorar la toma de decisiones conjuntas en la atención al final de la vida.

Dentro de las limitaciones del estudio están el tipo de población encuestada, en el sentido de que no hubo una selección dirigida y aunque es un buen tamaño de muestra, no es representativa de todo el personal de salud en México. Por otra parte, al utilizar una encuesta en línea autoaplicada puede carecer de retroalimentación por parte de los entrevistados. Investigaciones futuras deberán intentar conocer la opinión de pacientes, familiares y población general. Además de ampliar datos sobre padecimientos crónicos, neurológicos y oncológicos.

## AGRADECIMIENTOS

A la Maestra en Enfermería Ma. Guadalupe Nava Galán por la orientación en el acercamiento con personal y familiares en la atención paliativa y al pasante de Servicio Social Tlaholy López Hernández por su colaboración inicial en la recolección de datos.

## REFERENCIAS

1. GaliciaClínica - Revista Oficial de la Sociedad Gallega de Medicina Interna SOGAMI. (s/f). Galiciaclinica.info. [Recuperado el 13 de julio de 2023] Disponible en: <https://galiciaclinica.info/normaspublicacion.asp>
2. Casas Martínez ML. Limitación del esfuerzo terapéutico y cuidados paliativos. *Bioethics UPdate*. 2017; 3 (2): 137-151. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2017.09.002>
3. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista Clínica Española*. 2012; 212 (3): 134-140. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2011.04.016>
4. Simon JR, Kraus C, Rosenberg M, Wang DH, Clayborne EP, Derser AR. “Futile Care”-an emergency medicine approach: ethical and legal considerations. *Ann Emerg Med*. 2017; 70 (5): 707-713. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.06.005>
5. Taylor DR, Lightbody CJ. Futility and appropriateness: challenging words, important concepts. *Postgrad Med J*. 2018; 94 (1110): 238-243. Available in: <https://doi.org/10.1136/postgrad-medj-2018-135581>
6. Thurn T, Borasio GD, Chiò A, Galvin M, McDermott CJ, Mora G et al. Physicians’ attitudes toward end-of-life decisions in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*. 2019; 20 (1-2): 74-81. Available in: <https://doi.org/10.1080/21678421.2018.1536154>
7. Cartwright CM, White BP, Willmott L, Williams G, Parker MH. Palliative care and other physicians’ knowledge, attitudes and practice relating to the law on withholding/withdrawing life-sustaining treatment: survey results. *Palliat Med*. 2016; 30 (2): 171-179. Available in: <https://doi.org/10.1177/0269216315587996>
8. Jahn Kassim PN, Alias F. religious, ethical and legal considerations in end-of-life issues: fundamental requisites for medical decision making. *J Relig Health*. 2016; 55 (1): 119-134. Available in: <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9995-z>
9. Belloc RM, Girbes ARJ. Toma de decisiones al final de la vida, el modo neerlandés a través de ojos españoles. *Med Intensiva*. 2011; 35 (2): 102-106. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medint.2010.09.013>
10. Miccinesi G, Fischer S, Paci E, Onwuteaka-Philipsen BD, Cartwright C, van der Heide A et al. Physicians’ attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries. *Soc Sci Med*. 2005; 60 (9): 1961-1974. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.061>
11. Wilkinson DJC, Savulescu J. Knowing when to stop: futility in the ICU. *Current Opinion in Anaesthesiology*. 2011; 24 (2): 160-165. Available in: <https://doi.org/10.1097/aco.0b013e328343c5af>
12. Casas MML, Caballero VMC. Dilemas bioéticos y sus posibles soluciones en las unidades de terapia intensiva pediátrica del Distrito Federal (México). *Acta Bioethicar*. 2013; 19 (2): 275-283. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2013000200012>
13. Velázquez AJ, Pulido CA, Ruiz SM, Hurtado LL. Medición del conocimiento de bioética en residentes y médicos de base de cirugía general del Hospital General de México. *Cir Gen*. 2011; 33 (4): 248-254.
14. Diario Oficial de la Federación. 2009. DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos.
15. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. 2014.
16. Ochoa MJA. Eutanasia, suicidio asistido y voluntad anticipada: un debate necesario, En: Boletín CONAMED-OPS, 2017, pp. 27-30.
17. Córdoba NMA, Guzmán CPC, Arevalo OAK, Corredor YA, Eraso PIC. Knowledge, practices, attitudes and opinions of the health personnel of the department of pediatrics of a university hospital in Colombia about the limitation of therapeutic effort in children. *Universitas Médica*. 2018; 59 (1). Available in: <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed59-1.letc>
18. González ME. Decisiones al final de la vida en México. *Entreciencias diálogos en la Sociedad del Conocimiento*. 2015; 3 (8): 267-278. Disponible en: <https://doi.org/10.21933/j.edsc.2015.08.110>
19. Ul Haq N, Hassali MA, Shafie AA, Saleem F, Farooqui M, Aljadhey H. A cross sectional assessment of knowledge, attitude and practice towards Hepatitis B among healthy population of Quetta, Pakistan. *BMC Public Health*. 2012; 12: 692. Available in: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-692>
20. González-Castro A, Azcune O, Peñasco Y, Rodríguez JC, Domínguez MJ, Rojas R. Opinión de los profesionales de una unidad de cuidados intensivos sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista de calidad asistencial: Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*. 2016; 31 (5): 262-266. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.12.007>



21. Lomero MDM, Jiménez-Herrera MF, Llaurado-Serra M, Bodí MA, Masnou N, Oliver E, Sandiumenge A. Impact of training on intensive care providers' attitudes and knowledge regarding limitation of life-support treatment and organ donation after circulatory death. *Nurs Health Sci.* 2018; 20 (2): 187-196. Available in: <https://doi.org/10.1111/nhs.12400>
22. Restrepo BD, Cossio C, Ochoa JFL, Jaramillo JC, Bedoya J, Duque D, Ospina S. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en personal de salud de un hospital universitario. *Persona y Bioética*, 2013; 17 (2): 216-226. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83230691006>
23. Morales VG, Alvarado RT, Zuleta CR. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos pediátricos: conocimiento y actitudes bioéticas del profesional médico. *Rev Chil Pediatr.* 2016; 87 (2): 116-120. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.10.002>
24. Paredes EMC. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. *Acta Bioethica.* 2012; 18 (2): 163-171. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2012000200004>
25. Mansilla-Olivares A, López-Bárcena J, Plancarte-Sánchez R, Valenzuela-Gómez-Gallardo F, Rojo J, Meneses-González F et al. Postura de la Academia Nacional de Medicina de México en relación con las decisiones sobre el final de la vida. *Gac Med Mex.* 2018; 154 (6): 732-736. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/GMM.18004743>
26. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet.* 2018; 391 (10128): 1391-1454. Available in: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32513-8)
27. Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Stejn D, Garralda E, Pons JJ, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica Houston: IAHPHC Press [Internet]. 2020.