Localizador web
Artículo 93.124

¿Deben participar los pacientes y/o sus representantes en la confección y formalización de los documentos de consentimiento informado en unidades de cuidados intensivos?

Sr. Editor: La práctica de la medicina se ha modificado de forma muy importante en las últimas décadas debido, entre otras razones, al gran desarrollo de la tecnología, la cobertura universal en países como el nuestro y el respeto a las preferencias de los pacientes.

El objetivo del tratamiento médico en una unidad de cuidados intensivos (UCI) es beneficiar al paciente crítico con una probabilidad razonable de recuperación y teniendo en consideración sus decisiones. Está bien establecido desde el punto de vista ético[1] y legal[2-4] que el paciente tiene el derecho de ser informado sobre el tratamiento, sus alternativas, los riesgos y beneficios, para así poder tomar las decisiones. A este proceso de información y de toma de decisión se le ha denominado consentimiento informado (CI). Se trata de un documento que no debe sustituir a la relación de confianza que debe haber entre médico y paciente, y su firma únicamente debe plasmar esta relación[5,6].

El CI en la UCI tiene particularidades que lo dificultan y que afectan a médicos, pacientes y sus familias[7]. Los tratamientos que se utilizan tienen riesgos y efectos secundarios, y en ocasiones es difícil evaluar el beneficio para casos individuales, lo que dificulta su valoración y, por tanto, la información más relevante que precisaría un paciente para tomar decisiones. Por otro lado, la enfermedad hace que la capacidad de muchos pacientes para tomar decisiones esté ausente o muy disminuida, por lo que, de acuerdo con las excepciones del artículo de la Ley Básica 41/2002, será necesario que lo otorgase el representante del paciente (artículo 3a)[2].

El Ministerio de Sanidad y Consumo, ante la necesidad de desarrollar los derechos de los ciudadanos en materia de información y documentación clínica, decidió crear un grupo de trabajo que elaboró un documento final en noviembre de 1997. Entre las conclusiones del citado documento figura que los procedimientos susceptibles de información escrita serán los establecidos por las sociedades científicas, comités asistenciales de ética e instituciones[8]. Con esta finalidad, el grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICUYC) elaboró un documento sobre el CI en las UCI[9], en el que los puntos principales fueron:

1. Rechazar el consentimiento genérico por la dificultad de documentar toda la complejidad del procedimiento en las UCI, aunque presente ventajas de carácter legal.

2. Considerar que el estado del arte de la medicina intensiva lo constituye la monitorización del paciente, para poder recibir datos objetivos y efectuar un tratamiento acorde con ellos. Esto quiere decir que los familiares del paciente o el propio paciente recibirán la información de todo el proceso general que tiene lugar en una UCI, pero no la firmará como si un documento de CI se tratase.

3. Apoyar el consentimiento por procedimientos de traqueostomía, transfusión sanguínea no urgente, fibroscopia, intervención quirúrgica urgente, hemodiálisis, marcapasos que no sea de urgencia vital, plasmaféresis, angioplastia, nuevas tecnologías o aquellas que aún no han demostrado su eficacia. Sin embargo, una de las limitaciones del documento de recomendaciones era la de considerar únicamente la opinión de los médicos y no incluir la de los pacientes. El presente trabajo considera la opinión de los familiares en el proceso del CI en las UCI. No se consideró la opinión de los pacientes, ya que la mayoría no eran competentes para tomar decisiones.

Se entrevistó a 50 familias, a las que se había informado directamente en la UCI sobre la evolución de los pacientes, entre 5 y 10 días después del alta. Se excluyó a los familiares de pacientes que habían fallecido. Previamente, y como fase piloto, se entrevistó a 10 familias para utilizar en el cuestionario las mismas palabras con las que designaban las técnicas de UCI. Esto se hizo para evitar que el uso de tecnicismos propios de las UCI impidiera la correcta comprensión por parte de las familias.

Se evaluó su opinión sobre si se debería pedir CI en el momento del ingreso en la UCI, realizar un CI general para todas las técnicas de la UCI, CI para introducir una vía arterial o venosa, para poner una sonda urinaria, para iniciar ventilación mecánica, para realizar análisis de sangre y procedimientos específicos como la traqueostomía, fibroscopia o una intervención quirúrgica urgente. El tiempo medio (desviación estándar) consumido en la entrevista fue de 13 (3,31) min. El 100% de los encuestados opinó que no era preciso CI para ingresar en la UCI, ni para ningún tipo de las técnicas propias de la UCI como son las líneas arteriales, venosas, sonda urinaria, etc. El 50% (IC del 95%, 0,31-0,68) pensaba, por el contrario, que sí era necesario en procedimientos como la traqueostomía, el 75% (IC del 95%, 0,59-0,85) en una intervención quirúrgica urgente y el 100% opinó que no era preciso pedir CI para una fibroscopia.

El resultado de este trabajo indica que las opiniones de las familias están en consonancia con los documentos elaborados por las sociedades científicas, en este caso, por el Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Sin embargo, este trabajo presenta el sesgo que supone la exclusión de los familiares de los pacientes fallecidos, lo cual podría inducir a pensar que los familiares podrían haber considerado que no se precisa CI para las técnicas propias de la UCI simplemente porque los pacientes sobrevivieron. Sin embargo, creemos que el mensaje que ofrece este trabajo es que los pacientes o sus representantes deberían participar en los documentos de CI y en la planificación de lo que es razonable o no incluir en ellos. El CI es la respuesta de nuestra sociedad para evitar el paternalismo médico, es decir, tratar a los pacientes como a un hijo pequeño, pero otra forma de abordarlo es sacar a los pacientes de su minoría de edad haciéndolos partícipes cada vez más en la toma de decisiones.

José Felipe Solsona Durán,
Desirée Ruiz Sánchez,
Verónica Thenard Bellido
y Yolanda Díaz Buendía

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital del Mar.
Barcelona. España.

1. Convencio del Consejo de Europa sobre los derechos humanos y la biomedicina de 4 de Abril de 1997. BOE 251 20/X/1999.
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274 15/XI/2002.
3. Sainz Rojo A, Quintana O, Sánchez Caro J. La información médica. El consentimiento informado. Fundamento éticos y legales. Revista de Calidad Asistencial. 1994;2.68-71.
4. Sánchez Caro J. El consentimiento informado ante el derecho. Una nueva cultura. Revista de Calidad Asistencial. 1999;14:138-44.
5. Simón Lorda P, Júdez Gutiérrez J, para el Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. Med Clin (Barc). 2001;117:99-106.
6. Broggi Trias MA. ¿Consentimiento informado o desinformado? El peligro de la medicina defensiva. Med Clin (Barc). 1999;112:95-6.
7. Llubia C, Canet J. Unidades de cuidados críticos: la difícil tarea de la información. Med Clin (Barc). 2000;114:141-3.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Grupo de expertos en Información y Documentación Clínica. Informe Final. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 26 de noviembre de 1997.
9. Solsona JF, Cabré L, Abizanda R, Campos JM, Sainz A, Martín MC, et al. Recomendaciones del grupo de bioética de la SEMYCYC sobre el consentimiento informado en UCI. Med Intens. 2001; 37:335-9.

Localizador web
Artículo 96.803

Burnout en profesionales de los servicios paliativos, intensivos y urgencias de un gran hospital

Sr. Editor: El término síndrome de *burnout* fue definido por primera vez en 1974 por el psicoanalista norteamericano Freudenberger[1] como «el agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás». Gillespie[2] definió el *burnout* como una reacción frente al estrés crónico relacionado con el trabajo y caracterizado por sus vertientes físicas, emocionales y defensivas. Maslach[3] proporcionó una concepción multifactorial del *burnout*, que consiste en tres componentes secuenciales que son el resultado del estrés crónico y cuyo denominador común es la pérdida de energía. El primer componente es el cansancio emocional (CE), que consiste en un sentimiento de agotamiento ante las exigencias del ejercicio de la profesión, por la que no se siente ningún atractivo. El segundo componente es la despersonalización (DP), que supone una conducta de rechazo hacia los pacientes o beneficiarios del servicio y, que se caracteriza por sentimientos de indiferencia y deshumanización. El último componente es la falta de realización personal (FR), que consiste en una actitud negativa hacia uno mismo y al trabajo que realiza, pérdida de interés por éste, baja autoestima, poca productividad e irritabilidad.

El objetivo de este trabajo ha sido determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus componentes (CE, DP y FR) en los profesionales que trabajaban en cuidados paliativos, en cuidados intensivos y en urgencias del Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

La muestra analizada está compuesta por 126 profesionales: 27 de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), 29 de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y 70 del Servicio de Urgencias (SU) pertenecientes al hospital Gregorio Marañón, Madrid. Todos ellos dieron su conformidad para ser incluidos en el estudio (consentimiento informado) y cumplimentaron el Maslach Burnout Inventory (MBI)[3], en la versión española validada para sanitarios por Oliver[4]. El MBI consta de 22 ítems que analizan cada uno de los tres componentes del *burnout* (CE, DP y FR). Cada ítem consiste en una frase y tiene cuatro posibles respuestas, de las que sólo se contesta a una de ellas. A cada opción de respuesta de cada ítem se le asigna un valor del 1 al 4 en la escala de Likert, y la puntuación total es la suma de dichos valores. Nueve cues-

TABLA 1

Análisis descriptivo del grado de *burnout* por servicios

	UCP				UCI				SU			
	Burnout	**CE**	**DP**	**FR**	***Burnout***	**CE**	**DP**	**FR**	***Burnout***	**CE**	**DP**	**FR**
Media (DE)	38,7 (6,4)[a,b]	15,6 (3,5)[c]	6,5 (1,3)[e,f]	16,6 (3)[h,i]	46,7 (7,4)[a]	17,2 (3,5)[d]	8,1 (2)[e,g]	21,4 (3,9)[h]	49,3 (8,5)[b]	20,2 (4,8)[c,d]	9,2 (2,6)[f,g]	19,9 (4)[i]
Rango	29-56	9-24	5-10	11-22	34-63	12-26	5-13	8-26	29-67	11-30	5-16	11-28
Ítems	22	9	5	8	22	9	5	8	22	9	5	8
Mínima pos.	22	9	5	8	22	9	5	8	22	9	5	8
Máxima pos.	88	36	20	32	88	36	20	32	88	36	20	32
Media pos.	55	22,5	12,5	20	55	22,5	12,5	20	55	22,5	12,5	20

DE: desviación estándar; CE: cansancio emocional; DP: despersonalización; FR: falta de realización personal; UCP: Unidad de Cuidados Paliativos; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos: SU: Servicio de Urgencias. [a,e,h]Diferencias significativas entre UCP y UCI ($p < 0,05$); [b,c,f,i] diferencias significativas entre UCP y SU ($p < 0,05$); [d,g]diferencias significativas entre UCI y SU ($p < 0,05$).

tiones evalúan el CE, 5 la DP y 8 la FR[4]. Los cuestionarios se realizaron garantizando el anonimato y en el mismo período (1 mes).

Se realizó un estudio estadístico que incluía las pruebas de la t de Student, de Kolmogorov-Smirnov y ANOVA de una vía. El grado de *burnout* y de los componentes CE, DP y FR se expresa como media y desviación estándar, y se consideran estadísticamente significativos los valores de p menores de 0,05.

En la tabla 1 se indica el grado medio de *burnout* y sus tres componentes (CE, DP y FR) por servicios (UCP, UCI y SU); se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre los tres servicios. Los profesionales del SU presentan un grado más alto de *burnout* y sus componentes CE, DP y FR que los profesionales de UCP y UCI, y las diferencias son significativas entre profesionales de SU y UCP para *burnout*, CE, DP y FR. Entre profesionales de SU y UCI las diferencias son significativas para *burnout*, CE y DP, pero no para FR.

Es importante destacar que el SU, con un elevado número de ingresos, habitualmente saturado de trabajo y con una considerable presión familiar, es el que presenta un grado más alto de *burnout* y sus componentes, superiores a los observados en UCP y UCI. Las diferencias son significativas entre profesionales del SU y UCP para *burnout,* CE, DP y FR; entre profesionales del SU y de UCI las diferencias son significativas para *burnout,* CE y DP, pero no para FR. Nuestros datos son acordes con la creencia generalizada de que en los SU el nivel de *burnout* es superior al de otros servicios hospitalarios. El grado más bajo de DP correspondió al personal de UCP, hecho también observado por Bujalance Hoyos et al[5] en profesionales que atienden a pacientes geriátricos y que, según indicaban, estaría causado por el establecimiento de mayores lazos afectivos y con una carga emocional muy importante. Sanz Ortiz[6] indica que podría deberse a la frecuencia de pronósticos no favorables y a la ausencia casi completa de situaciones que aumenten la autoestima del profesional de cuidados paliativos.

Nuestro trabajo detecta un grado medio de *burnout* y FR en los profesionales de los tres servicios analizados (UCP, UCI y SU), si bien en UCP se encuentra casi en el límite entre medio y bajo. Grado medio de CE se observa en los profesionales de UCI y SU, mientras que en los profesionales de UCP se detectó grado bajo de CE. Finalmente, mientras los profesionales de UCP y UCI mostraron grado bajo de DP, los profesionales del SU mostraron grado medio de DP. Nuestros resultados se encuentran en el mismo intervalo de los obtenidos en pediatras intensivistas españoles por Bustinza Arriortua et al[7], que utilizaron el mismo cuestionario que se utilizó en este trabajo. Nuestros datos son también similares a los comunicados por Pera y Serra-Prat[8] en un hospital comarcal; por el contrario, difieren de los obtenidos por Bujalance Hoyos et al[5], que en UCP observan valores inferiores en DP (desviación estándar [DE]) (3,28 [2,37]) a los encontrados por nosotros (6,48 [1,31]), y mucho más elevados en FR (39,22 [6,23]) que los obtenidos en este trabajo (16,36 [3,40]). Ellos justificaron los bajos índices que obtuvieron de DP a que sus profesionales de UCP atendían a pacientes terminales oncológicos, lo que supone una carga emocional considerable.

Ángela Casado Moragón[a], *Gema Muñoz Durán*[a], *Natalia Ortega González*[a] *y Alberto Castellanos Asenjo*[b]

[a]Departamento de Fisiopatología y Genética Molecular Humana. Centro de Investigaciones Biológicas (CSIC). Madrid. [b]Servicio de Salud Laboral. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

1. Freudenberger HJ. Staff burn-out. J. Soc Issues. 1974;30:159-66.
2. Gillespie DR. Burnout among health service providers. Adm Policy Ment Health. 1991;18:161-71.
3. Maslach C. Burnout: a social psychological analysis. En: Sanders G, Suls J, editors. The burnout syndrome. Park Ridge, IL: London House, 1982.
4. Oliver C. La problemática del estrés en profesiones asistenciales. El *burnout* como síndrome específico [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 1993.
5. Bujalance Hoyos J, Villanueva Pardo F, Guerrero Manzano S, Conejo García J, González Valentín A, Sepúlveda Jurado A, et al. *Burnout* y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001;36:32-40.
6. Sanz Ortiz J. El estrés de los profesionales sanitarios y los cuidados paliativos. Med Clin (Barc). 1991; 96:377-8.
7. Bustinza Arriortua A, López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Vigil Escribano MD, De Lucas García N, Panadero Carcavilla E. Situación de *burnout* de los pediatras intensivistas españoles. An Esp Pediat. 2000;52:418-23.
8. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gac Sanit. 2002;16:480-6.

Localizador web
Artículo 95.990

Incremento inusual de casos de hipotiroidismo congénito en Cantabria: estudio de casos y controles

Sr. Editor: El hipotiroidismo congénito (HC) es un trastorno raro, con una incidencia mundial de aproximadamente 1 de cada 3.000 o 4.000 neonatos[1-4]. En España, desde 1993 hasta el año 2002 se analizó a 3.824.200 recién nacidos y se detectaron 1.487 casos de hipotiroidismo permanente, lo que supone una incidencia de un caso por cada 2.571 nacimientos[5]. El HC presenta una incidencia en niñas de aproximadamente el doble que en niños[1] y es una de las causas más comunes de retraso mental evitable en todo el mundo.

En Cantabria se producen cada año entre 3.500 y 4.000 nacimientos, por lo que el número medio de HC anual debiera ser de uno, con ligeras oscilaciones aleatorias. Desde 1981 a 2000, el programa detectó una media de 1,4 casos de HC por año (mediana: 1; rango intercuartílico: 1-2). Sólo en 2 años se produjeron 4 (1982) o 3 diagnósticos (1992). Entre 2001 y 2002 se diagnosticaron 15 HC, 12 de ellos permanentes, cifra anormalmente elevada, por lo que se decidió realizar un estudio de casos y controles para aclarar las causas. En el período de estudio no se había producido ningún cambio en la técnica de análisis; realizaban todas las determinaciones dos técnicos que no habían cambiado en los últimos años. En este trabajo se describen las características de los casos y se presentan los resultados del estudio de casos y controles.

Se incluyó en el estudio a los 12 casos de HC permanente. Por cada caso se seleccionaron cuatro controles emparejados por sexo, centro sanitario de nacimiento y fecha de nacimiento. Cuando no existía un control adecuado en la misma fecha de nacimiento, se buscaba en las fechas inmediatamente anterior y posterior. En uno de los casos sólo se consiguieron tres controles que cumplieran los criterios de emparejamiento; por tanto, la muestra total del estudio consta de 12 casos y 47 controles.

Se obtuvo información sobre los antecedentes familiares y personales de la madre, historia obstétrica anterior, características de la gestación, consumo de medicamentos, drogas o hierbas medicinales durante el embarazo y características del parto. La información se obtuvo de la historia clínica materna y mediante un cuestionario administrado telefónicamente a las madres.

La descripción de los datos se realiza con el número de sujetos y el porcentaje para las variables cualitativas y la media y la desviación estándar para las cuantitativas. La fuerza de asociación se estimó mediante la *odds ratio* (OR) de emparejamiento. El análisis multivariable se realizó por regresión logística condicionada por el emparejamiento. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico Stata 8.0/SE (Stata Corporation, College Station, Tx, EE.UU.).

De los casos permanentes (4 agenesias tiroideas, 3 ectopias, una hipoplasia, un bocio fetal, uno por inmadurez, un caso en un síndrome de Down y un caso sin clasificar), 7 fueron niñas (58,33%) y 5 niños (41,67%); la edad gestacional y el peso al nacer no mostraron diferencias entre casos y controles.

El análisis univariable de los datos obtenidos mostró una asociación entre el HC y la edad materna mayor de 35 años (OR = 8,25; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,85-79,82). Comparando con el control en centros de salud, si el embarazo se controló en el hospital el riesgo se multiplicó por 6 (OR = 6,36; IC del 95%, 0,98-41,26), y lo mismo ocurrió si el seguimiento se realizó en una consulta particular (OR = 6,61; IC del 95%, 0,40-108,91), si bien dichas asociaciones no resultaron significativas ($p = 0,052$ y $p = 0,187$ para control en hospital y consulta particular, respectivamente). Estas asociaciones fueron aún mayores en el análisis multivariable.

A la vista de los resultados anteriores, se sugirió la hipótesis de que las madres que tuvieran

algún tipo de complicación durante la gestación o en las que se esperara que existiera más riesgo para el embarazo podrían haber tomado un medicamento que produjera el HC; por ejemplo, la ingesta de algún preparado hormonal para tratar el riesgo de aborto podría haber alterado la formación del tiroides durante la embriogénesis. Para comprobar esta hipótesis se reinterrogó a las madres sobre preparados comerciales específicos (indicándoles el nombre comercial, la forma de presentación y el aspecto del envase). El resultado fue negativo: ninguno de los preparados hormonales por los que se preguntó, ni todos ellos juntos, presentaban una asociación con HC ni habían sido consumidos por un porcentaje apreciable de las madres de los casos.

Los tres factores identificados (edad materna, control del embarazo en el hospital y control del embarazo en la consulta privada) sólo pueden tener una asociación indirecta con el HC; sin embargo, los investigadores no fueron capaces de encontrar un factor causal que explicara el brote y estas 3 relaciones. Las razones de este fracaso pueden incluir la falta de información registrada en las historias clínicas, el escaso tamaño muestral y, simplemente, que la acumulación de casos pudo producirse al azar. Los investigadores han organizado una recogida prospectiva de información en los años siguientes para garantizar que, en caso de producirse de nuevo una acumulación de casos, la información pueda recogerse de forma prospectiva.

Ana Eguiraun-Sande[a], Dolores Prieto-Salceda[b], Aser García-Rada[b] y Javier Llorca[b]

[a]Unidad para Enfermedades Metabólico-Genéticas de Cantabria. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander.
[b]Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. España.

1. LaFranchi S. Congenital hypothyroidism: etiologies, diagnosis, and management. Thyroid. 1999; 9:735-40.
2. Brown RS, Demmer LA.The etiology of thyroid dysgenesis-still an enigma after all these years. J Clin Endocrinol Metab. 2002; 87:4069-71.
3. Kopp P. Perspective: genetic defects in the etiology of congenital hypothyroidism. Endocrinology. 2002;143:2019-24.
4. Radetti G, Zavallone A, Gentili L, Beck-Peccoz P, Bona G. Foetal and neonatal thyroid disorders. Minerva Pediatr. 2002; 54:383-400.
5. Sociedad Española de Bioquímica clínica y patología molecular. Comisión de Errores metabólicos Congénitos. Programas de cribado neonatal en España [actualizado año 2002]. Disponible en: http://www.seqc.es/article/articleview/239/1/192/

Localizador web
Artículo 94.091

Influencia de la proximidad de la muerte en los factores que pueden ayudar a morir en paz

Sr. Editor: En 2000 se publicó en MEDICINA CLÍNICA un trabajo[1] en el que, partiendo de la necesidad imperativa, formulada por Callahan[2] en los albores del siglo XXI, de investigar los elementos que facilitan o dificultan una buena muerte, se presentaban los resultados obtenidos al preguntar a profesionales sanitarios de nuestro país, con experiencia en atención a los enfermos próximos al final de la vida, por los factores que, en su opinión, más podrían serles de ayuda en su propio proceso de morir. Los resultados obtenidos mostraban diferencias importantes respecto a los datos observados en una investigación, con un objetivo similar, llevada a cabo en Canadá con enfermos crónicos[3]. La clara tendencia en la priorización de los aspectos afectivos se mantuvo al administrarse el mismo cuestionario, en 2001, a una población de profesionales sanitarios argentinos aprovechando la celebración, en Buenos Aires, del XV Congreso Argentino de Oncología Clínica[4].

En trabajos anteriores[1-6] se han subrayado las diferencias culturales e idiosincrásicas que podían incidir, favorable o desfavorablemente, en el proceso de morir, pero se olvidaba que, de la misma manera que en dicho proceso puede darse una gran variabilidad en los síntomas somáticos[5,7], también son posibles variaciones temporales subjetivas en los deseos, necesidades, prioridades, miedos y esperanzas del enfermo, como consecuencia de los cambios continuos que se producen, tanto en su medio interno como en el externo, con el avance de la enfermedad y la presencia de la muerte. El conocimiento de dichas variaciones puede ser valioso si los profesionales desean aportar, en cada momento, los recursos adecuados para un afrontamiento eficaz de las cambiantes amenazas percibidas por el enfermo próximo al final de su existencia.

Nuestro objetivo en esta ocasión ha consistido en verificar si se producen variaciones subjetivas, en la misma persona, en función de la percepción hipotética de una mayor o menor proximidad temporal al final de la propia existencia. Para ello, se ha optado por un método similar al utilizado en un trabajo anterior[1]; se ha desdoblado la solicitud de priorización de cada uno de los 10 factores que pueden servir de ayuda para morir en paz en 2 situaciones concretas: *a)* un pronóstico estimado de 6 meses de vida, y *b)* los últimos días conscientes.

En 2003 se solicitó la colaboración motivada, anónima y voluntaria de 300 profesionales sanitarios españoles (64 médicos/as y 236 enfermeros/as), el 69% de los cuales tenía más de 6 años de experiencia profesional. Un avance de los resultados encontrados permite presentar las siguientes conclusiones:

1. En el 78% de los casos se observan, en el mismo profesional, cambios de priorización, en función de la situación: pronóstico de vida de 6 meses o últimos días conscientes.
2. Se mantiene, en ambas situaciones, la elevada priorización de los aspectos afectivos («Poder sentirme cerca, comunicar y estrechar los vínculos afectivos con mis personas queridas»). Las variaciones existentes no son estadísticamente significativas.
3. Como menos prioritarios se mantienen, en ambas situaciones, los aspectos espirituales («Pensar que, si en algún momento lo deseo, podré recibir ayuda espiritual o religiosa»). Las variaciones existentes no son estadísticamente significativas. En este sentido, es interesante mencionar que, entre los profesionales, un 25% eran creyentes, un 15%, ateos y un 60%, agnósticos.
4. Se han encontrado cambios significativos en la disminución de la importancia de controlar hasta el final los pensamientos, la apariencia, las formas de comunicación y las funciones fisiológicas ($\chi^2 = 7{,}69$; gl = 1; $p < 0{,}05$).
5. E igualmente en el incremento de la importancia de la ayuda necesaria para acelerar la muerte si la situación se hace insoportable ($\chi^2 = 14{,}5$; gl = 1; $p < 0{,}01$).

Es preciso señalar que la existencia de variabilidad en el afrontamiento de las situaciones durante el proceso de morir, puesto de relieve asimismo por otros autores[8], pone en duda la utilidad clínica del conocimiento adquirido al aplicar, en este contexto, una estrategia metodológica consistente en la administración de baterías de escalas e inventarios validados en enfermos crónicos que, al margen de presentar problemas de comprensión y fatiga para el enfermo, dan por supuesta su estabilidad subjetiva durante ese período[9].

Por último, consideramos que los datos encontrados poseen interés para la clínica diaria de los cuidados paliativos, al incidir en: *a)* la especificación de los factores que deben someterse a un análisis evolutivo a lo largo del proceso de morir; *b)* la triple variabilidad de estos factores en los aspectos cultural, biográfico y temporal, y *c)* la necesidad de disponer de instrumentos de detección y evaluación adecuados a la dinámica de la situación.

Trabajo subvencionado, en parte, gracias a la ayuda BSOP2002-01123 de la Dirección General de Investigación del Ministerio de Ciencia y Tecnología.

Los autores agradecen a Pilar Arranz, Javier Barbero, Montserrat Bernaus, Ángels Camps, Carolina Casañas, Sonia Fuentes, Victoria Marín, Jorge Maté, Carme Sarret y Jordi Trelis su valiosa ayuda.

Ramon Bayés y Joaquín T. Limonero

Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra. Barcelona. España.

1. Bayés R, Limonero JT, Romero E, Arranz P. ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? Med Clin (Barc). 2000;115:579-82.
2. Callahan D. Death and the research imperative. N Engl J Med. 2000;342:654-6.
3. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care. JAMA. 1999;281:163-8.
4. Limonero JT, Bayés R, Piriz I, Fisman N. Afrontando el proceso de morir. Comparación entre las percepciones de los profesionales sanitarios españoles y argentinos. Oncol Clin. 2003;8: 946-8.
5. Bayés R, Limonero JT. Prioridad en el tratamiento de los síntomas que padecen los enfermos oncológicos en situación terminal. Med Paliat (Madrid). 2001;6:19-21.
6. Bayés R. Morir en paz: evaluación de los factores implicados. Med Clin (Barc). 2004;122:539-41.
7. Sanz J, Gómez-Batiste X, Gómez Sancho M, Núñez Olarte JM. Cuidados paliativos: Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
8. Chochinov HM, Tataryn D, Clinch JJ, Dudgeon D. Will to life in the terminally ill. Lancet. 1999;354: 816-9.
9. McClain CS, Rosenfeld B, Breibart W. Effect of spiritual well-being on end-to-life despair in terminally-ill cancer patients. Lancet. 2003;361: 1603-7.