

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE MEDICINA



ASPECTOS ETICOS EN LA TOMA DE DECISIONES
EN ATENCION MEDICA POR ANCIANOS
ESTADOUNIDENSES DE DIFERENTE GRUPO ETNICO

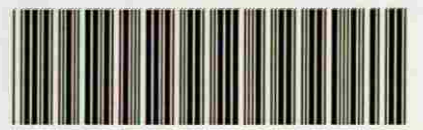
POR
M.C.P. CELINA GOMEZ GOMEZ

Como requisito parcial para obtener el Grado de
DOCTOR EN MEDICINA

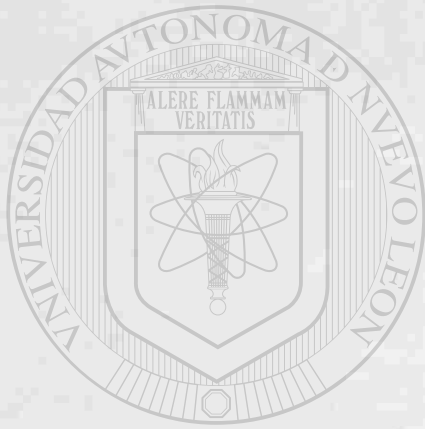
MARZO DE 2002

TD
RA427
.25
.G6
c.1

M.C.F. CELINA GOMEZ GOMEZ



1080113115



UANL

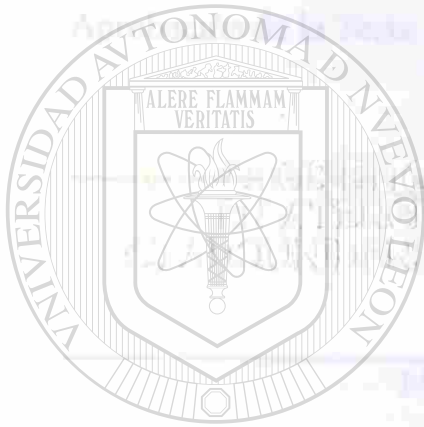
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA

ASPECTOS ÉTICOS EN LA TOMA DE DECISIONES EN
ATENCIÓN MÉDICA PARA LOS ESTADOUNIDENSES DE
INFLUENCIA ÉTNICA



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

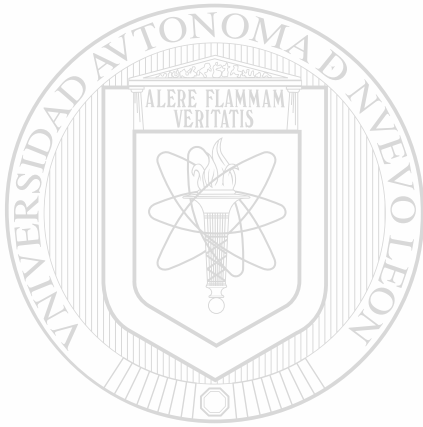
FOR
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Como requisito parcial para obtener el Grado de
DOCTOR EN MEDICINA.

MARZO DE 2002



RA427.25
.C6
c'



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

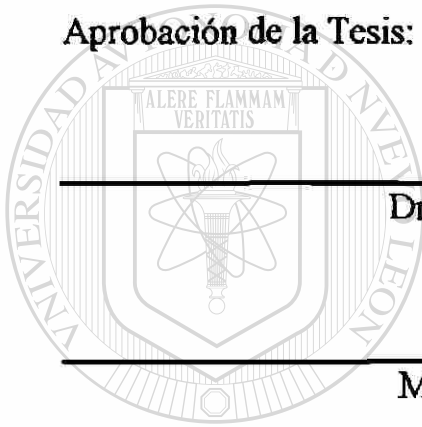


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



**ASPECTOS ÉTICOS EN LA TOMA DE DECISIONES EN
ATENCIÓN MÉDICA POR ANCIANOS ESTADOUNIDENSES DE
DIFERENTE GRUPO ÉTNICO**

Aprobación de la Tesis:



[Handwritten signature]

Dr. med. Nancy E. Fernández Garza
Director de Tesis

[Handwritten signature]

Miguel Bedolla M.D, Ph D, M.P.H.
Co- Director

[Handwritten signature]

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

[Handwritten signature]

Dr. med. Carlos Enrique de la Garza González

[Handwritten signature]

Dr. med. Mario Alberto Hernández Ordoñez

[Handwritten signature]

Dr. Roberto Mercado Longoria
Subdirector de Investigación y Estudios de Postgrado

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Dra. med. Nancy E. Fernández Garza por haber aceptado asesorarme en el desarrollo de esta tesis doctoral, por su amistad y estímulo, así como al Dr. Miguel Bedolla, asesor externo, quien me aceptó como su estudiante, me permitió conocer otra cultura y me transmitió sus conocimientos en el área de Bioética.

Agradezco profundamente a mi amiga, M.C. Melissa Talamantes, Gerontóloga del Departamento de Medicina Familiar del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en San Antonio, principalmente su amistad y apoyo incondicional durante mi estancia en su país, además, la oportunidad de realizar el trabajo de investigación, los conocimientos y las experiencias adquiridas en el ejercicio profesional con la población de la tercera edad.

Con mucho cariño agradezco al Dr. Jesús Kumate Rodríguez su amistad, apoyo y estímulo en mi desarrollo y ejercicio profesional. Agradezco a la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud el apoyo económico recibido para la realización de mis estudios en el extranjero. También agradezco a mis amigos y compañeros maestros Dr. med. Carlos Enrique de la Garza González y Dr. med. Mario Alberto Hernández Ordoñez su amistad, valiosas sugerencias e interés en la revisión de este trabajo. De igual manera agradezco a mi amigo y compañero de trabajo Dr. med. José Manuel Ramírez Aranda su invaluable ayuda en el análisis estadístico de los datos.

De manera muy especial, con todo mi corazón le agradezco a mi familia todo el amor, cariño, estímulo, apoyo y comprensión que siempre he recibido y que me ha permitido realizar uno de mis grandes sueños como profesor universitario.

DEDICATORIA

A mi familia con todo mi amor, por ser lo más hermoso de mi vida.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1.- INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	4
1.2 Propósito del estudio.....	4
1.3 Hipótesis.....	4
1.4 Antecedentes e importancia.....	5
Capítulo II	
2.- MATERIAL Y MÉTODOS	6
2.1 Población a estudiar.....	6
2.2 Criterios de inclusión.....	6
2.3 Criterios de exclusión.....	7
2.4 Recolección de datos.....	7
2.5 Captación y procedimientos de aceptación.....	8
2.5.1 Captación de sujetos.....	8
2.5.2 Consentimiento.....	8
2.5.3 Formas de consentimiento.....	8
2.6 Compensación.....	8
2.7 Riesgo a los sujetos.....	8
2.8 Confidencialidad.....	8
2.9 Limitaciones del estudio.....	8
2.10 Tratamiento estadístico.....	9
Capítulo III	
3.- RESULTADOS	9
3.1 Estado mental.....	9
3.2 Lugar de la entrevista.....	9
3.3 Características demográficas.....	9
3.4 Familiaridad con las directivas avanzadas.....	12
3.5 Discusión de directivas con el médico	15
3.6 Discusión de directivas con la familia.....	21
3.7 Preferencias en la atención médica.....	26
3.7.1 Participación en la toma de decisiones.....	26
3.7.2 Persona que prefiere que tome las decisiones.....	31
3.7.3 Preferencias en el tratamiento médico.....	32
3.7.4 Persona con quien prefiere discutir las decisiones.....	36

	Página
Capítulo IV	
4.- ESCALA DE ACULTURACIÓN DE CUÉLLAR.....	38
4.1 Aculturación.....	38
4.2 Escala de Cuéllar.....	38
4.3 Resultados de la escala.....	41
Capítulo V	
5.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	47
Capítulo VI	
6.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	50
6.1 Familiaridad con las directivas.....	50
6.2 Discusión de directivas con el médico.....	50
6.3 Discusión de directivas con la familia.....	51
6.4 Preferencias.....	51
6.4 Aculturación.....	51
6.5 Recomendaciones.....	52
REFERENCIAS.....	53
APÉNDICES.....	56
A.- MINICUESTIONARIO DEL ESTADO MENTAL.....	56
B.- CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	57
C.- CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN.. .	58
D.- ESCALA DE ACULTURACIÓN.....	69
Resumen autobiográfico	73
Resumen de la tesis	74

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
I. Características sociodemográficas	10
II. Familiaridad con las directivas	13
III. Importancia de las recomendaciones médicas.....	16
IV. Discusión de directivas con el médico	18
V. Decir al médico su desacuerdo	20
VI. Discusión del médico de las directivas con la familia.	22
VII. Preferencias en Atención Médica	27
VIII. Razones de México- Americanos para estar involucrados en la toma de decisiones.....	29
IX. Razones de los Anglo- Europeos para estar involucrados en la toma de decisiones.....	30
X. Razones de los Afro- Americanos para estar involucrados en la toma de decisiones.....	31
XI. Preferencias en el tratamiento médico.....	32
XII. Preferencias en la atención médica.....	33
XIII. Razones de los México- Americanos para preferencias en el tratamiento	34

Tabla	Página
XIV. Razones de los Anglo-Europeos para preferencias en el tratamiento.	35
XV. Razones de los Afro- Americanos para preferencias en el tratamiento	36
XVI. Ingreso a asilo o casa de cuidados.....	37
XVII. Escala de Aculturación de Cuéllar.....	39
XVIII. Tipos de México-Americanos.....	40
XIX. Resultados de la Escala de Aculturación de Cuéllar relacionados a familiaridad y uso del lenguaje.....	41
<hr/>	
XX. Resultados de la Escala de Aculturación de Cuéllar relacionados a orgullo e identidad étnica.....	42
XXI. Resultados de la Escala de Aculturación de Cuéllar relacionados a herencia cultural.....	43
XXII. Resultados de la Escala de Aculturación de Cuéllar relacionados a proximidad generacional.....	44
XXIII. Puntuación de la Escala de Aculturación de Cuéllar.....	46

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Conocimiento sobre el Acta de Autodeterminación del paciente.....	12
2. Entiende el significado de autodeterminación	13
3. Sabe el significado de testamento de salud	14
4. Tiene testamento de salud	15
5. Discusión con el médico de sus preferencias.....	17
6. Razones de los México-Americanos para no discutir con el médico las directivas avanzadas	19
7. Razones de los Anglo-Europeos para no discutir con el médico las directivas avanzadas	19
8. Razones de los Afro-Americanos para no discutir con el médico las directivas avanzadas	20
9. Discusión del médico con la familia las directivas avanzadas.....	21
10. Razones de los México-Americanos para que el médico no discuta sus preferencias con la familia.....	23
11. Razones de los Anglo-Europeos para que el médico no discuta sus preferencias con la familia.....	24
12. Razones de los Afro-Americanos para que el médico no discuta sus preferencias con la familia.....	24
13. Molestia por hablar con la familia sobre las indicaciones	25
14. Prefiere estar involucrado en las decisiones.....	26
15. Deben las personas estar involucradas en las decisiones.....	28
16. Familiar preferido para la toma de decisiones	32

CAPÍTULO I

1.- INTRODUCCIÓN

Es interesante el tema de las directivas avanzadas ya que las decisiones de los pacientes deben ser respetadas por todos los proveedores de la salud. El médico familiar, se puede decir que diariamente se enfrenta en la práctica profesional con dilemas éticos cuando existe conflicto entre lo que el paciente quiere en relación a su atención y tratamiento médico y lo que su familia y proveedores de la salud desean.

Es por esta razón que el aprender más sobre las directivas avanzadas ayudará a entender los valores y creencias de los pacientes y por lo tanto sus preferencias en cuestiones de salud y atención médica.

Las personas están frecuentemente preocupadas de que cuando tengan que tomar decisiones cruciales acerca de su atención médica, no sean capaces de participar en la toma de las mismas. Para muchas personas llega el momento en que ya no tienen la capacidad de decidir adecuadamente. No pueden entender lo que se les pregunta; no pueden decidirse por algo y no pueden comunicar sus deseos.

Dejar las cosas para después, es probablemente lo más frecuente cuando se piensa que todavía hay mucho tiempo por delante o cuando se percibe que la tarea no es placentera. Cualquiera que disfrute de buena salud está menos apto para discutir y planear para la incapacidad o para una enfermedad terminal.

Planear para la incapacidad, significa anticiparse al día en que no se sea capaz de decirle a otros lo que se quiere; esto significa que el paciente ayuda a la familia, al médico y al resto del personal de salud a entender satisfactoriamente valores y deseos para que al llegar el momento, ellos puedan actuar por el paciente como a este le gustaría, o como él lo hubiera hecho.

Cuando a una persona se le autoriza a tomar decisiones en representación de un paciente incapacitado, a esa persona se le llama subrogado, representante o agente. Tradicionalmente los parientes han sido considerados los representantes naturales y, los profesionales de la salud se dirigen a los miembros de la familia para solicitar el consentimiento.

En años recientes ha surgido en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA) el concepto de directivas avanzadas, las cuales han sido promocionadas ampliamente como la solución a este problema.

El término general de "directiva avanzada" comprende:

- a) Un instrumento legal llamado Directiva a los Médicos en el Acta de Muerte Natural de los Estados de la Unión Americana, y
- b) La Carta Poder para la Atención Médica.

Estos son documentos legales que en algunos estados de la Unión Americana no necesitan ser notariados, forman parte del expediente médico y generalmente tienen una copia el paciente, los familiares y el representante o representantes para toma de decisiones en atención médica.

La mayoría de las directivas avanzadas son realizadas por pacientes ancianos seriamente enfermos. Por ejemplo, un paciente con cáncer terminal puede especificar que no desea ser puesto en un respirador artificial si deja de respirar. Esta acción puede reducir su sufrimiento, aumentar su paz mental y mejorar el control sobre su muerte. Un accidente o una enfermedad seria pueden presentarse repentinamente y, si ya se tiene firmada una directiva, los deseos del paciente serán respetados.

Estas preferencias registradas pueden ser usadas en el futuro como guía, en caso de que la persona resulte incompetente. Las directivas protegen los derechos del individuo para aceptar o rechazar varias formas de tratamiento ante el caso de perder la capacidad para decidir. La directiva avanzada es un documento, que expresa por adelantado, las preferencias del paciente acerca de la administración de medidas mecánicas o artificiales de prolongación de la vida ante la presentación de una enfermedad o condición terminal.

La directiva brinda instrucciones a los médicos en relación al retiro o suspensión de resucitación cardio-pulmonar (órdenes de no resucitar), alimentación por sonda, ventiladores, terapia intravenosa y diálisis renal. Entra en efecto solo cuando el médico tratante y otro médico que ha examinado personalmente al paciente, certifica que éste es incompetente o incapaz de comunicarse, y tiene una condición terminal que lo llevará a la muerte en un período corto de tiempo, generalmente menos de seis meses.

El otro documento conocido es la Carta Poder para Atención Médica. Ésta es la autorización legal para que una persona tome decisiones por el paciente cuando éste ha perdido la capacidad de hacerlo:

- a) Define la amplitud del poder o limitaciones del representante, por ejemplo, dentro de los límites que usted determine su representante puede dar, negar o retirar su permiso para cualquier tratamiento médico, así como decidir retirar o negar tratamiento que le prolongue la vida; pero no puede autorizar servicios de salud mental, tratamiento convulsivo, psicocirugía o que le practiquen un aborto;
- b) Proporciona lineamientos para la toma de decisiones, por ejemplo, la autoridad de su representante inicia a partir del momento que su médico certifica que alguien ha perdido la capacidad para decidir;
- c) Nombra representantes sucesivos porque la primera elección puede no estar disponible o puede no querer tomar la decisión; e
- d) Incluye direcciones específicas para asegurar la efectividad del documento.

Este documento es muy importante para los médicos y para los hospitales, porque autoriza a una persona específica a tomar decisiones que presumiblemente son afines a los deseos y valores del paciente. Esto clarifica la confusión que frecuentemente existe sobre cual miembro de la familia es la persona apropiada para tomar decisiones por un pariente incapacitado. También evita las molestias burocráticas y los costos de procedimientos legales para designar a alguien como guardián o representante.

La persona que decide en lugar del paciente, debe promover el bienestar del paciente:

- a) Si el paciente ha sido capaz de expresar sus preferencias en el pasado, el representante debe utilizar ese conocimiento, o cuando menos conocer los valores del individuo en la toma de decisiones. A esto se le llama “juicio substituido”, y
- b) Si no se conocen las preferencias del paciente, el representante debe considerar los “mejores intereses” del paciente. Cuando se da el caso de que el representante no está disponible, los médicos presumen en esas situaciones que al paciente le gustaría dar su consentimiento si fuera capaz de ello, dado que la alternativa sería la muerte o incapacidad severa. La ley conoce esto como “consentimiento implícito”.

Una directiva avanzada describe la clase de tratamiento que a alguien le gustaría recibir en diferentes niveles de enfermedades. Por ejemplo, las directivas describirían que clase de atención le gustaría recibir si tuviera una enfermedad aguda, una enfermedad terminal o inconsciencia permanente. Las directivas avanzadas generalmente le dicen al médico que el paciente no quiere cierta clase de tratamiento cuando esté tan enfermo. Pero, también dicen que el paciente quiere cierto tipo de tratamiento, no importa lo enfermo que esté.

Se recomienda que los documentos de las directivas avanzadas se revisen periódicamente, algunos expertos aconsejan cada cinco años, para saber si lo que especificaron en el pasado todavía refleja sus preferencias actuales.

Las directivas avanzadas tienen validez legal en todos los estados de la Unión Americana. La mayoría de las personas, aceptan en principio, la idea de que a los individuos se les debe permitir expresar sus preferencias en relación a su atención médica y a suspensión de medidas que prolongan la vida, en un documento que tenga validez legal.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 1990, la Suprema Corte de los Estados Unidos de Norteamérica especificó que las personas tienen el derecho constitucional de aceptar o rechazar cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico indicado. Como resultado de la aprobación del Acta de Autodeterminación del Paciente en 1991:

- a) Todas las unidades que reciben fondos del Medicare o Medicaid, incluyendo hospitales, asilos, hospicios, agencias para el cuidado de la salud y todos los planes de salud privados, preguntan a los pacientes sobre la presencia de las directivas avanzadas,
- b) Registran las preferencias de los pacientes en el expediente médico,
- c) Desarrollan políticas institucionales para la implementación de las directivas y
- d) Desarrollan materiales educativos para el paciente sobre las directivas y le brindan la información en el momento de la admisión, registro o durante la primer visita.

La autonomía y la autodeterminación de los pacientes en la toma de decisiones en cuestiones de salud, expresadas en las directivas avanzadas, son una innovación importante en la expresión de las preferencias de los pacientes. Por ello, pueden existir diferencias en la toma de decisiones médicas relacionadas con los conocimientos que las personas tienen de los documentos legales, la información que reciben por parte de sus médicos y hospitales y el hablar de sus preferencias tanto con los profesionales de la salud como con sus familiares.

Estas diferencias no están determinadas por lo que sería conveniente llevar a cabo un estudio de investigación que nos permita conocer las preferencias en cuestiones de salud de los pacientes y establecer las diferencias en los grupos étnicos.

1.2 PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Este estudio describe y compara la manera en la cual tres grupos de ancianos estadounidenses entienden y valoran la autonomía y la auto-determinación en la calidad de la atención médica que reciben.

Un grupo está integrado por ancianos México-Americanos, otro por Afro-Americanos y otro por Anglo-Europeos. El estudio compara la manera en la que estos tres grupos de ancianos entienden y valoran la autonomía y la autodeterminación.

1.3 HIPÓTESIS

Ho La autonomía y la autodeterminación como parte de la calidad de la atención médica que reciben se comprende de igual manera en los tres grupos étnicos.

Ha Entre más aculturados estén a la cultura americana, los México-Americanos, valoran menos la autonomía y la autodeterminación y dejan la toma de decisiones al médico.

1.4 ANTECEDENTES E IMPORTANCIA

El Acta de Auto-Determinación del Paciente fue aprobada por la ley el 1 de diciembre de 1991. Esta acta le da a los pacientes el derecho de aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico o quirúrgico que le sea propuesto por su médico o médicos.

El que el Acta de Auto-Determinación del Paciente haya sido aprobada legalmente es una consecuencia lógica de que el valor fundamental de la medicina norteamericana ha sido la autonomía de los pacientes. La autonomía de los pacientes requiere que el médico le informe a los pacientes todas las alternativas disponibles de tratamiento y le de al paciente el derecho del consentimiento informado.

El surgimiento de la autonomía como el valor fundamental de la medicina norteamericana ha relegado otros valores médicos tradicionales como el de no dañar o el de beneficencia a segundo y tercer término. Esto ha cambiado el rol del médico de un proveedor benéfico a un informador de las elecciones del paciente.

Existen algunos aspectos éticos y legales que se tienen que clarificar; por ejemplo, el derecho a la autonomía no es privilegio para practicar la medicina. Por lo tanto, aún ante el paciente que está ejerciendo su autonomía, el médico todavía tiene la obligación moral y legal de usar su mejor habilidad y juicio, como el Juramento Médico le invita a hacerlo. El médico tendrá que decidir en que momento el paciente autónomo ha ido más allá del derecho al consentimiento informado y ha empezado a practicar la medicina.

Es interesante el hecho de que el ejercicio de la autonomía ocurre dentro del contexto de la etnicidad y creencias religiosas del paciente. Por ejemplo, entre los budistas, no existe un concepto de autonomía personal; la autonomía, en su caso, es ejercida por el grupo primario al cual el paciente budista pertenece. De hecho, debemos tener en mente que el concepto de autonomía fue introducido recientemente a pesar de que Emmanuel Kant lo definió hace alrededor de 250 años.

Debido al gran número de pacientes México-Americanos que se revisan en la práctica diaria, es interesante la manera en la que este grupo de pacientes entiende la autonomía, percibe sus derechos y la relación con su médico dentro del contexto de su etnicidad y en relación al Acta de Autodeterminación.

CAPÍTULO II

2.- MATERIAL Y MÉTODOS

Se entrevistaron 150 pacientes ancianos competentes (50 México-Americanos, 50 Anglo-Europeos y 50 Afro-Americanos) de la consulta de Geriátrica del Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas, de conjuntos de apartamentos para ancianos y de centros para atención de ancianos de San Antonio, Texas, Estados Unidos de Norteamérica, de similares condiciones socio-económicas, durante los meses de mayo a julio de 1997.

2.1 POBLACIÓN A ESTUDIAR

Los sujetos del estudio fueron pacientes del hospital, o ancianos que vivían en conjuntos de apartamentos para ancianos y/o acudían a los centros de reunión de ancianos. Fueron seleccionados por un método de muestreo no probabilístico por conveniencia entre las personas mayores de 65 años que acudían a la consulta de Geriátrica del Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en San Antonio, de centros para atención y vivienda de ancianos del área de San Antonio.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

2.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para ser incluido en el estudio las personas tenían que ser mayores de 65 años y ser Anglo-Europeos, México-Americanos o Afro-Americanos de acuerdo a la auto-definición de cada uno de ellos en relación a su origen o el de sus familiares.

A cada una de las personas se les preguntó su etnicidad y se les pidió su consentimiento para participar en el estudio. El consentimiento informado consistió en explicarle al paciente la razón para participar en el estudio, los beneficios, riesgos, lo que se le iba a preguntar, duración de la entrevista, la confidencialidad de la información y de manera importante se hizo énfasis en que su participación era voluntaria, que podía abandonar el estudio en el momento que deseara sin que existieran repercusiones en su atención médica y en la accesibilidad para comunicarse en caso de alguna duda (*Apéndice B*).

Se le explicó a la persona que su participación consistía en:

- a) Contestar las respuestas del examen del estado mental de E. Pieffer (S.P.M.S.Q.) el cual valora la presencia e intensidad de desórdenes intelectuales de origen orgánico en ancianos, de una manera concisa, fácil de manejar y de evaluar, por ejemplo, ¿Qué fecha es hoy? ¿Quién es el presidente de los Estados Unidos? ¿Quién fue presidente antes que él? Restar 3 al número 20 y seguir restando de 3 en 3, entre otras. (Apéndice A).
- b) Proporcionar al entrevistador los datos demográficos, por ejemplo: género, edad, estado civil, ingreso mensual, escolaridad;
- c) Contestar un cuestionario estructurado acerca de la manera en que percibe su autonomía y capacidad para tomar decisiones en relación a su atención médica (Apéndice C).
- d) Contestar una sección de participación religiosa y apoyo familiar y/o social y
- e) Contestar las preguntas de una escala de aculturación. (Apéndice D).

2.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todas las personas menores de 65 años de edad y que no fueron Anglo-Europeas, México-Americanas o Afro-Americanas fueron excluidas del estudio, así como las personas que resultaron con daño cognitivo severo en el examen del estado mental.

2.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó un cuestionario precodificado que consiste en 10 preguntas que valoran familiaridad con el Acta de Auto-Determinación del Paciente y con las directivas avanzadas; preferencias en medidas de prolongación de la vida, con 13 preguntas; discusión con el médico y/o familia sobre las preferencias en medidas de prolongación de la vida, sección con siete preguntas. Otra sección de seis preguntas valora la participación religiosa y cuatro preguntas que valoran el apoyo familiar y/o social. La última sección, de 20 preguntas, es la Escala de Aculturación de Cuéllar, la cual valora la integración de la persona a la cultura norteamericana.

Todos los cuestionarios fueron traducidos al inglés-español-inglés para asegurar que las preguntas tengan el mismo significado. Se le explicó muy claramente a la persona que su aceptación o rechazo a participar en el estudio no afecta la calidad de la atención que recibe en el Hospital Universitario de San Antonio, Texas.

Las entrevistas fueron realizadas por el autor de esta investigación. Si la persona aceptó participar, se le identificó por su nombre y con un número. Su identidad fue confidencial. Se le preguntó su conocimiento acerca del Acta de Auto-Determinación del Paciente. Si la persona no tenía conocimiento de esta acta, se le pidió su consentimiento para leer y explicar brevemente en que consistía este documento.

Si la persona respondió que conocía el acta, el entrevistador se aseguró que la persona entendiera el significado correcto del documento. Entonces, se procedió con el cuestionario. Cuando la persona aceptó la entrevista, se le preguntó que idioma prefería (inglés o español) para llevar a cabo la entrevista. La entrevista duró aproximadamente de 30 a 40 minutos por persona.

2.5 PROCEDIMIENTOS DE ACEPTACIÓN

2.5.1 Consentimiento

Se obtuvo por escrito la aceptación o rechazo del paciente después de explicarle en que consistía el estudio y la participación.

2.5.2 Formas de Consentimiento

Las formas de consentimiento se guardaron en el Departamento de Medicina Familiar localizado en el cuarto piso del Hospital Universitario, en San Antonio, Texas.

2.6 COMPENSACIÓN

Las personas no recibieron compensación por participar en este estudio.

2.7 RIESGO A LOS SUJETOS

No hay riesgo. Existía la posibilidad de que las personas puedan sentir molestia por discutir las preguntas de la investigación, ya que se refieren al ejercicio de la autonomía al final de la vida.

El investigador y su asesor se reunieron una vez a la semana para revisar todas las actividades del proyecto y asegurar el bienestar de las personas que aceptaron participar.

El investigador tiene entrenamiento para detectar cuando una persona se siente molesta por contestar este tipo de preguntas. Si esto sucedió, la entrevista se suspendió y al paciente se le evaluó y se le proporcionó consejo para superar las molestias.

2.8 CONFIDENCIALIDAD

Los participantes fueron identificados por su nombre y número telefónico. Se tomaron precauciones para guardar la confidencialidad de la información; todos los cuestionarios fueron archivados en el Departamento de Medicina Familiar localizado en el cuarto piso del Hospital Universitario de San Antonio, Texas.

2.9 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio es válido para el tipo de población y grupos étnicos estudiados. Los resultados no son extrapolables a población hospitalizada, por que son realizados a nivel ambulatorio y se desconoce si la autonomía, la autodeterminación y las preferencias en la atención médica son semejantes en el paciente anciano hospitalizado y de otros grupos étnicos.

2.10 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Los datos fueron analizados en el Paquete Estadístico: Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 6.04. Se utilizaron estadísticas descriptivas para determinar frecuencias y porcentajes. Se realizó cruce de variables con tablas de contingencia de 2 por 2 para variables categóricas. Se utilizaron pruebas no paramétricas, Chi cuadrada y Kruskal - Wallis para variables nominales. Se consideró el valor de $p < 0.05$ como nivel de significancia estadística. Para obtener la puntuación de aculturación, se obtuvo el porcentaje promedio de la escala de Aculturación de Cuéllar.

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS

3.1. ESTADO MENTAL

Los resultados del Minicuestionario del Estado Mental mostraron funcionamiento intelectual intacto (0-2 errores) en 137 personas, el 91%. Para daño intelectual leve (3-4 errores) 10 personas, 7% y para daño intelectual moderado (5-7 errores) tres personas, el 2%. No se presentaron casos de daño intelectual severo. No existieron diferencias por grupo étnico excepto tres casos de daño moderado en México-Americanos.

3.2 LUGAR DE ENTREVISTA

Con respecto al lugar de la entrevista, 111 casos, 74% se realizaron en los centros de reunión de ancianos; en el Hospital Universitario 16 casos, 11% y en apartamentos de ancianos 23, el 15%. Fueron entrevistados en centros de nutrición el 68% de los México-Americanos, el 58 % de los Anglo-Europeos y todos los Afro-Americanos.

3.3 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

En relación a los datos demográficos se encuentra que de 150 personas, 50, el 33% fueron hombres y 100 fueron mujeres, 67%. La edad mínima fue de 65 años y la máxima de 92 con un promedio de 75.4 años y una Desviación Estándar de 7.1 años. No existe diferencia por grupo étnico (Tabla 1).

Estaban viudos 77, el 51%; casados 32, el 21%; divorciados 20, el 13%; solteros 15, el 10%; separados seis, el 4% y ninguno vivía en unión libre. Por grupo étnico estaban casados el 36% de los México-Americanos, el 16% de los Anglo-Europeos y el 12% de los Afro-Americanos; el 62% de los Anglo-Europeos eran viudos, como lo eran el 46% de los México-Americanos y el 46% de los Afro-Americanos, respectivamente.

El 10% de los Afro-Americanos estaba separado en comparación al 2% de los México-Americanos y a ninguno de los Anglo-Europeos. No existió diferencia en casos de divorcio. Con una significancia estadística de $p < 0.001$. Tenían hijos 126 ancianos, el 84% y no tenían 24, el 16%. No existe diferencia por grupo étnico.

En el ingreso económico mensual, recibían de 310 a 600 dólares 72 personas, 48%; de 601 a 900 hubo 33 personas, 22%, de 1201 a 1500 hubo 12 personas, el 8%; de 901 a 1200 había 11 personas, 7%, recibían más de 1901 dólares al mes únicamente nueve personas, el 6%, menos de 300 dólares siete personas, el 5%, de 1501 a 1900 solo seis personas o sea el 4%. El 75% recibía menos de 900 dólares al mes. La diferencia por grupo étnico no fue significativa. Es conveniente comentar que se considera a una persona como pobre cuando recibe un ingreso mensual menor a 1,000 dólares.

TABLA I

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sexo: Femenino	100	66.7
Estado Civil: Viudos	77	51.3
Ingreso Mensual: < \$ 900	105	70.0
Escolaridad < de 12 Años	126	84.0
Viven: Solos	101	67.3
Religión: Católica	62	41.3
Familia Emocionalmente: Cerca	102	72.7
Edad:	$\bar{x} = 75.4 \text{ Años} \pm 7.1$	—

n=150

En relación a la escolaridad se encontró que de los 150 ancianos, tenían de 10-12 años de estudios, 55 personas, el 37%; de 6-9 años 36 personas, el 24%; de 1- 5 años 23 personas, el 15%; Jr. College 13, el 9%, menos de un año de estudio 12 personas, el 8%; Postgraduate seis, el 4% y College cinco, el 3%. El 84% tenía menos de 12 años de estudios. El 22% de los México-Americanos tenía menos de un año de escolaridad en comparación al 2% de los Afro-Americanos y a ninguno de los Anglos. Solo el 10% de los Anglo-Europeos tenía College y Post Graduate en comparación con ninguno de los México-Americanos y ninguno de los Afro-Americanos respectivamente, esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

Vivían solos 101 personas, el 67%; con el cónyuge 27, 18%; con los hijos 10, 7%; con otros parientes siete, el 5% y vivían con no parientes tres, el 2% y con el cónyuge e hijos vivían dos, el 1%. El 42% de los México-Americanos viven solos, en comparación al 80% de los Anglos y al 80% de los Afro-Americanos respectivamente. El 30% de los México-Americanos vivía con el cónyuge en comparación al 16% de los Anglos y al 8% de los Afro-Americanos. El 14% de los ancianos México-Americanos vivía con los hijos en comparación al 4% de los Afro-Americanos y a ninguno de los Anglo-Europeos.

Al preguntar como estaban emocionalmente con su familia, contestaron 109 personas, el 73% que se sentían muy cerca; algo cerca 23, el 15%; no muy cerca 10, el 7%; nada cerca ocho, el 5%. La persona en quien más confían y de quien reciben ayuda es la hija en un 22% y después los hermanos en 12% de los casos. Preferentemente le ayudan al anciano en cuidado durante enfermedades, a hacer grandes decisiones y con apoyo emocional. La hija en un 17% y el cónyuge en 9% son a quien generalmente el anciano ayuda y lo hace principalmente con apoyo emocional y consejos.

Al preguntar cuál es la religión que profesaban encontramos que fue la católica en 62 personas, el 41%; bautista 46, el 31%; metodista 16, el 11%, otra religión siete personas, 4%, luterana seis, el 4%; presbiteriana cinco, el 3%; ninguna cuatro, el 3%, episcopaliana dos, el 1%; adventistas del 7° día dos, el 1%. El 90% de los México-Americanos eran católicos; el 33% de los Anglo-Europeos eran católicos y el 14% bautistas y el 74% de los Afro-Americanos eran bautistas.

En la pregunta de autodefinición en relación a religiosidad encontramos que contestaron que se autodefinen como persona religiosa 66, el 44%; muy religiosa 60 personas, el 40%; no muy religiosa 21, el 14% y nada religiosa tres, el 2%.

Con respecto a que tan frecuente reza en privado aparte de en la iglesia, contestaron que rezan varias veces al día 83 personas, el 55%; una vez al día, 54, el 36%; varias veces a la semana, el 3%; en ocasiones especiales cinco, el 3% y casi nunca o nunca tres, el 2%.

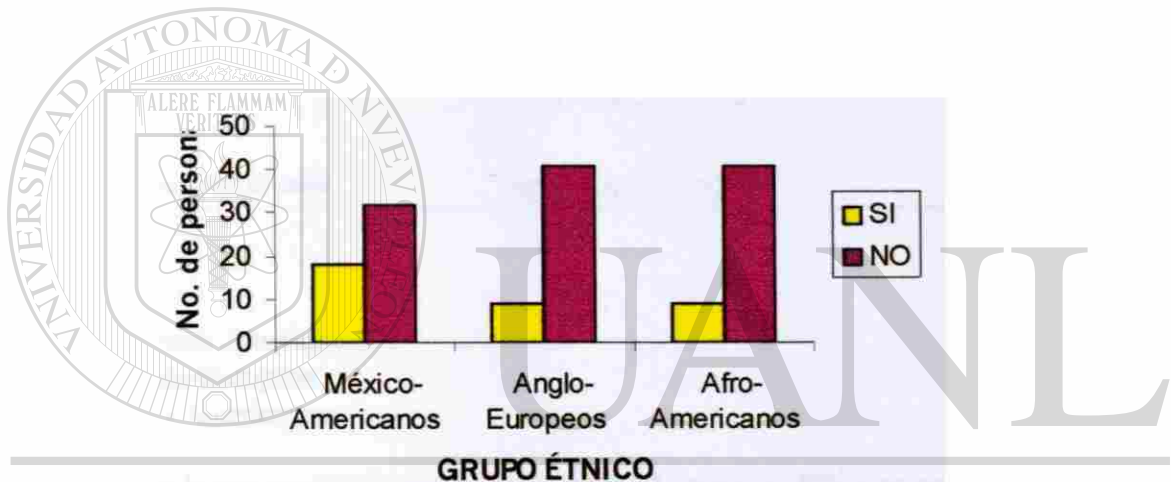
Al preguntar ¿Qué tan frecuentemente ve programas religiosos en la televisión? contestaron que una vez a la semana 52, el 35%; casi nunca o nunca 45, el 30%, de vez en cuando 20, el 13%, varias veces a la semana 17, el 11% y a diario 16 personas, el 11%.

En la pregunta de que tan frecuentemente escucha programas en la radio, contestaron 76 personas, el 51% que casi nunca o nunca escuchan programas religiosos en la radio, 23, el 15% de vez en cuando, otras 23, el 15% a diario, 20, el 13% una vez a la semana y ocho personas, el 5% varias veces a la semana.

Al preguntar ¿Cuál de lo siguiente expresa mejor su creencia en Dios?, contestaron definitivamente creo en Dios 147 personas, el 98%; no estoy seguro de la existencia de Dios una, el 0.7%; no estoy seguro de la existencia de Dios pero creo en la existencia de un ser supremo una, 0.7%; no creo en Dios como un ser supremo una persona, el 0.7%. No existió diferencia por grupo étnico en la sección de religión.

3.4 FAMILIARIDAD CON DIRECTIVAS AVANZADAS

Sabían que existe una ley llamada Acta de Autodeterminación del Paciente, aprobada el 1 de diciembre de 1991, 36 personas (24%) y no sabían de esta ley 114 personas (76%). Solicitaron la lectura de una versión corta del acta 139 personas, el 93%. El 36 % de los México-Americanos sabía de la existencia del Acta de Autodeterminación del Paciente en comparación con el 18% de los Anglos y 18% de los Afro-Americanos, respectivamente, con una significancia estadística de $p < 0.05$ (Figura 1).



n = 150 p < 0.05

Figura 1. Conocimiento del Acta de Autodeterminación del Paciente.

El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos fue de 66.5, para los Anglo-Europeos y Afro-Americanos fue de 80.0 respectivamente con un valor de $p < 0.05$ (Tabla II).

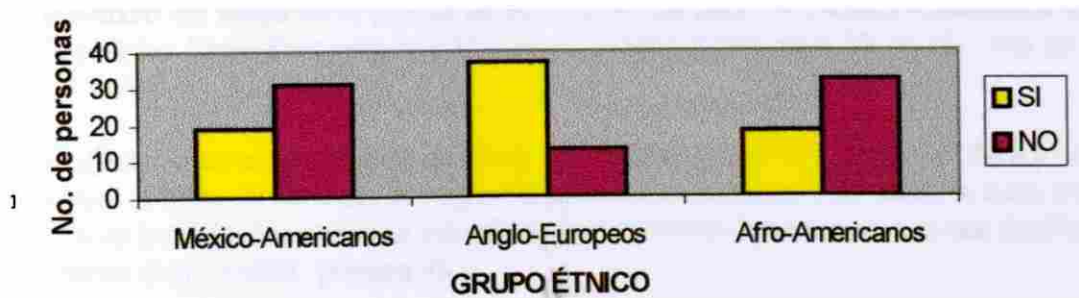
TABLA II
FAMILIARIDAD CON DIRECTIVAS AVANZADAS

VARIABLE	PROMEDIO DEL RANGO			SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA (p)
	MA	AE	AA	
Sí entiende el significado de auto-determinación	84.4	56.8	85.1	<0.001
Conoce el acta de autodeterminación	66.5	80.0	80.0	0.05
Entiende el significado de directivas avanzadas	76.0	70.0	80.5	NS
Entiende significado de testamento de salud	90.5	60.5	75.5	<0.001
Tiene testamento de salud	92.2	61.9	72.3	<0.001

n=150

MA=México-Americanos
AE=Anglo-Europeos
AA=Afro-Americanos

Entendían lo que significa la autodeterminación 74 personas, 49% y no entendían 76 personas, el 51%. Solicitaron explicación de lo que significa la autodeterminación 124 personas, 83%. El 74% de los Anglo-Europeos entendía el significado de autodeterminación, en comparación al 38% de los Afro-Americanos y al 36% de los México-Americanos, con una significancia estadística de $p < 0.0001$ (Figura 2).

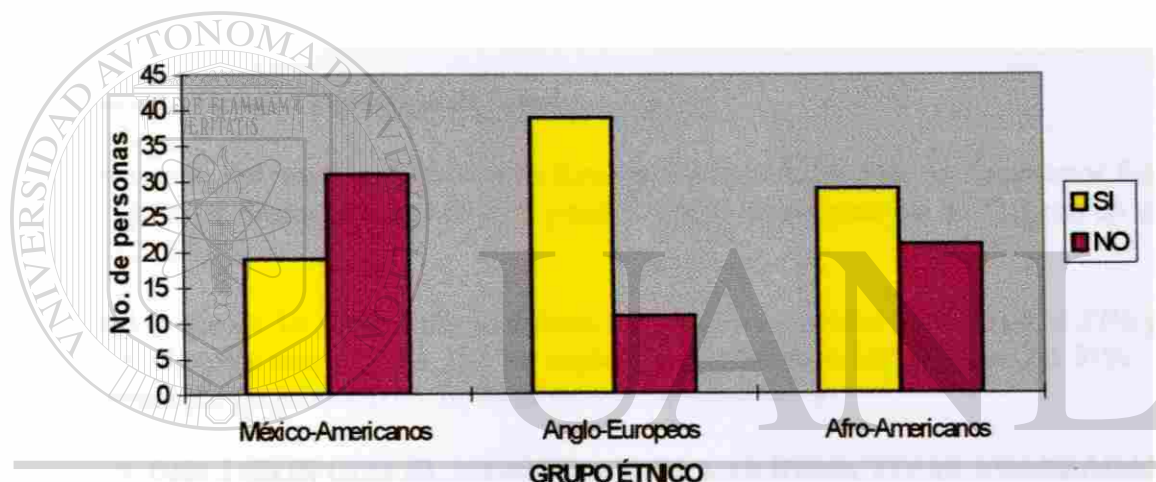


^{**}
n= 150 P < 0.0001

Figura 2. Entiende el significado de autodeterminación

El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos fue de 84.4, para los Anglo-Europeos de 56.8 y para los Afro-Americanos fue de 85.1 con un valor de $p < 0.001$.

Sabían lo que significa el testamento de salud 87 personas, el 58% y no sabían 63 personas, el 42%. Se les explicó el significado a 113 personas, al 75%. El 78% de los Anglo-Europeos sabía el significado de testamento de salud en comparación al 58% de los Afro-Americanos y al 38% de los México-Americanos, con un valor de $p < 0.0001$ (Figura 3).

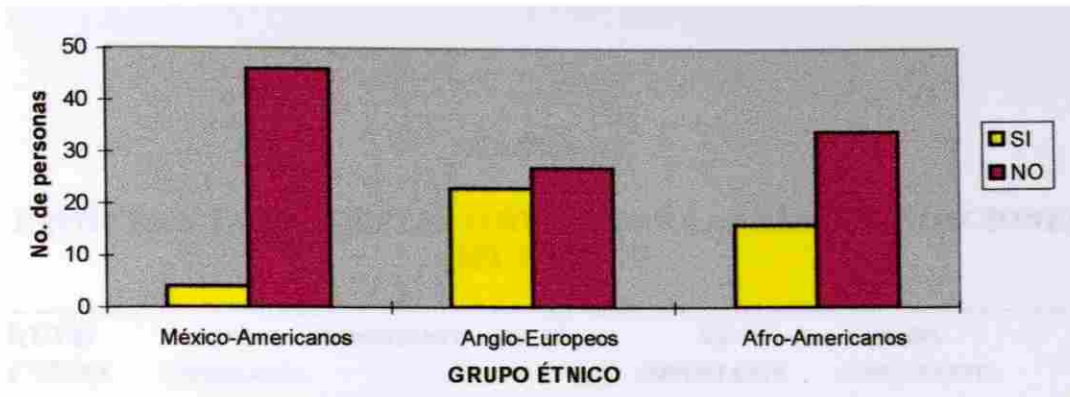


n = 150 p < 0.0001

Figura 3. Sabe el significado de Testamento de Salud

El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos fue de 90.5, para los Anglo-Europeos de 60.5 y para los Afro-Americanos fue de 75.5 con un valor de $p < 0.001$.

Al preguntar si tenían testamento de salud, contestaron que sí 43 personas, el 29% y no 107 personas, el 71%. El 46% de los Anglo-Europeos tenía testamento de salud, lo tenía también el 32% de los Afro-Americanos y solo el 8% de los México-Americanos, con una significancia estadística de $p < 0.0001$ (Figura 4).



n = 150 p < 0.0001

Figura 4. Tienen Testamento de Salud

El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos fue de 92.2, para los Anglo-Europeos de 61.9 y para los Afro-Americanos fue de 72.3 con un valor de $p < 0.001$.

Sabían lo que son las órdenes por adelantado o directivas avanzadas 40 personas, el 27% y no sabían 110 personas, el 73%. Se les explicó el significado a 137 personas, al 91%. La diferencia por grupo étnico no fue estadísticamente significativa.

3.5 DISCUSIÓN CON EL MÉDICO SOBRE LAS DIRECTIVAS AVANZADAS

Tenían médico familiar 135 personas, el 90% y no tenían 15 personas, el 10%. El 98% de los Anglos y el 94% de los Afro-Americanos tenía médico en comparación al 78% de los México-Americanos. La diferencia es estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.001$. El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos fue de 84.5, para los Anglo-Europeos de 69.5 y para los Afro-Americanos fue de 72.5 con un valor de $p < 0.01$.

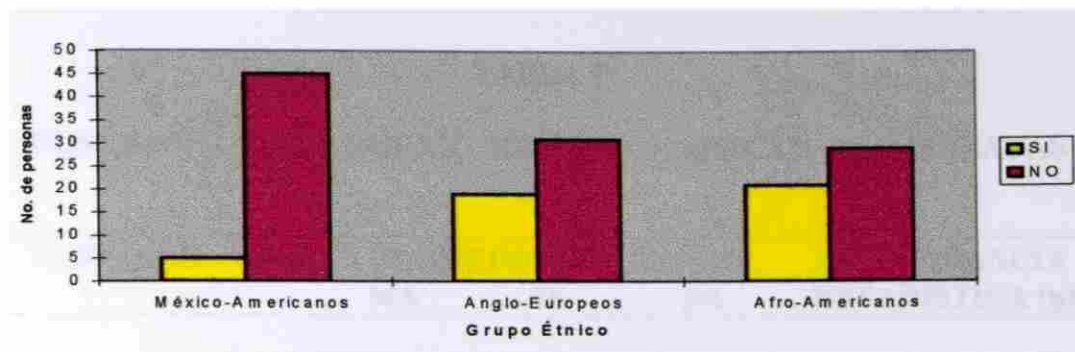
Al preguntar si es importante el poder aceptar o rechazar las recomendaciones del médico 116 personas, el 77% contestaron que es muy importante; es importante 18, el 12%; no se seis, el 4%; no es importante nueve, el 6% y nada importante una persona, el 0.7%. No existió diferencia significativa por grupo étnico (Tabla III).

TABLA III
IMPORTANCIA DE ACEPTAR O RECHAZAR LAS RECOMENDACIONES DEL MEDICO

GRUPO ÉTNICO	MUY IMPORTANTE		IMPORTANTE		NO SÉ		NO IMPORTANTE		NADA IMPORTANTE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
México-Americanos	35	70.0	7	14.0	2	4.0	5	10.0	1	2.0
Anglo-Europeos	41	82.0	5	10.0	1	2.0	3	6.0	0	0.0
Afro-Americanos	40	80.0	6	12.0	3	6.0	1	2.0	0	0.0

n = 150

Al preguntar si ya le había dicho a su médico o enfermera sus órdenes por adelantado en caso de que llegue a estar tan enfermo que no pueda decir lo que quiere que se le haga en ese momento 45 personas, el 30% contestaron si y 105 personas, 70% contestaron no. El 42% de los Afro-Americanos ya le dijo a su médico sus preferencias en atención médica, lo ha hecho el 38% de los Anglo-Europeos y solo el 10% de los México-Americanos, con una significancia estadística de $p < 0.0001$ (Figura 5).



n = 150 p < 0.0001

Figura 5. Discusión de Preferencias con el Médico

El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos fue de 90.5, para los Anglo-Europeos de 69.5 y para los Afro-Americanos fue de 66.5 con un valor de $p < 0.001$.

En la pregunta de ¿Sabe su médico lo que desea que se le haga si su corazón deja de latir, contestaron que si 50 personas, 33% y no 100 personas, el 67%. El 46% de los Afro-Americanos ya le dijo a su médico que hacer en esta situación, al igual que el 44% de los Anglo-Europeos y lo ha hecho solo el 10% de los México-Americanos, con un valor de $p < 0.0001$. El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos fue de 93, para los Anglo-Europeos de 68 y para los Afro-Americanos es de 66 con un valor de $p < 0.001$.

Al preguntar ¿Sabe su médico lo que desea que se le haga si deja de respirar, 48 personas, 32% contestaron que si y 102 personas, 68% que no. El 44% de los Anglo-Europeos y de los Afro-Americanos respectivamente contestaron que ya le dijeron a su médico que hacer y lo ha hecho solo el 8% de los México-Americanos, con un valor de $p < 0.0001$. El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos fue de 94, para los Anglo-Europeos y para los Afro-Americanos fue de 67 respectivamente con un valor de $p < 0.001$.

En la pregunta de ¿Sabe su médico lo que desea que se le haga si ya no puede alimentarse ni tomar agua, 44 personas, 29% contestaron que si y 105 personas, el 70% que no. El 46% de los Afro-Americanos ya expresaron sus preferencias al médico, al igual que el 34% de los Anglo-Europeos y el 8% de los México-Americanos, con una significancia estadística de $p < 0.0001$. El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos fue de 90.9, para los Anglo-Europeos de 71.6 y para los Afro-Americanos fue de 62.7 con un valor de $p < 0.001$ (Tabla IV).

TABLA IV

DISCUSIÓN CON EL MÉDICO SOBRE LAS DIRECTIVAS AVANZADAS

VARIABLE	PROMEDIO DEL RANGO			SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA (p)
	MA	AE	AA	
Tiene médico familiar	84.5	69.5	72.5	< 0.01
Importancia de aceptar/ rechazar recomendaciones del médico	81.5	71.9	73.0	NS
Ha hablado con su médico de sus preferencias	90.5	69.5	72.5	< 0.01
Hablado con su médico de preferencias si su corazón deja de latir	93.0	67.5	66.0	< 0.001
Hablado con su médico sobre preferencias si deja de respirar	93.5	66.5	66.5	< 0.001
Hablado con su médico de preferencias si no puede alimentarse ni tomar agua	90.9	71.6	62.7	< 0.001

n = 150

MA= México-Americanos

AE= Anglo-Europeos

AA= Afro-Americanos

En las preguntas abiertas de las razones por las cuales no han discutido con su médico las preferencias en cuestiones de salud, 105 personas, el 70% no lo ha hecho, 45 México-Americanos, representando el 30%; 31 Anglo-Europeos, con el 21% y 29 Afro-Americanos con el 19%. Las razones que aludieron los México-Americanos fueron las siguientes: 18 personas, el 40% expresaron que nunca han hablado de este tema; ocho personas, el 18% que no se han enfermado; siete personas, el 15% nunca han pensado en eso; otras siete personas, 15% contestaron que van a consultar muy poco y siempre cambian de médico y cinco personas, el 11% dijeron que no quieren dar esa clase de órdenes (Figura 6).



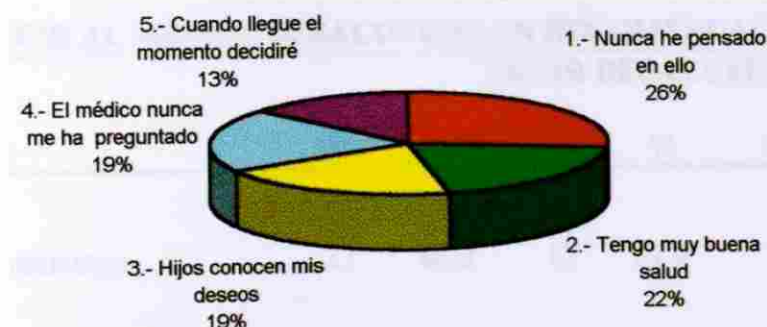
n = 45

Figura 6. Razones por las cuales los México-Americanos no han discutido con su médico las directivas avanzadas

Las razones que aludieron los Anglo-Europeos fueron en ocho casos, el 26% que nunca han pensado en ello; siete personas, el 23% que tienen muy buena salud; otros seis casos, 19% que los hijos conocen sus deseos; en otros seis casos, 19% que el médico nunca les ha preguntado y cuatro personas, el 13% que cuando llegue el momento decidirán (Figura 7).

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



n = 31

Figura 7. Razones por las cuales los Anglo-Europeos no han discutido con su médico las directivas avanzadas

Los Afro-Americanos contestaron 10 personas, el 34% que nunca han pensado en ello; seis personas, el 21% que nunca han hablado de eso; otras seis personas que nunca les han preguntado; cuatro personas, el 14% que sus hijos se harán cargo y tres personas, el 10% que es su decisión (Figura 8).

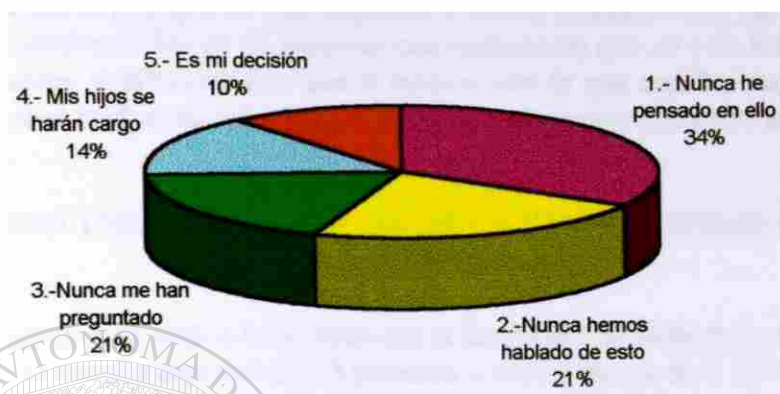


Figura 8. Razones por las cuales los Afro-Americanos no han discutido con su médico las directivas avanzadas

Al preguntar, si su médico sabe lo que es mejor para usted y hace una decisión que no le agrada, ¿Está dispuesto a decirle que no le gustó lo que le recomendó? Contestaron que sí 125 personas, el 83%; no 21, el 14% y no saben cuatro personas, el 3%. El 94% de los Anglo-Europeos y el 90% de los Afro-Americanos están dispuestos a decirle al médico que no están de acuerdo en sus recomendaciones, el 66% de los México-Americanos también manifestarían su desacuerdo al médico, con un valor de $p < 0.0001$ (Tabla V).

TABLA V
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
DECIR AL MÉDICO DESACUERDO EN RECOMENDACIONES

GRUPO	DECIR DESACUERDO					
	SI	%	NO	%	NO SÉ	%
México-Americanos	33	66.0	17	34.0	0	0.0
Anglo-Europeos	47	94.0	3	6.0	0	0.0
Afro-Americanos	45	90.0	1	2.0	4	8.0

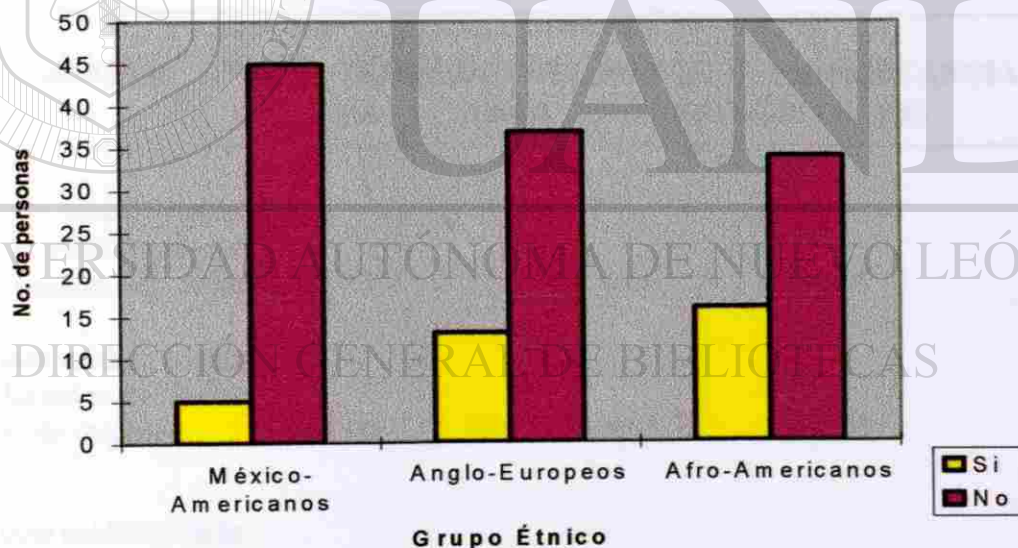
n = 150 p < 0.0001

El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos fue de 87.8, para los Anglo-Europeos de 67.3 y para los Afro-Americanos fue de 71.3 con un valor de $p < 0.001$.

En la pregunta ¿Porqué no está dispuesto a decirle al médico que no está de acuerdo en sus recomendaciones? De las 21 personas que contestaron que no y de las cuatro que no sabían, 20 personas, el 80% comentó que el médico sabe lo que está haciendo y cinco personas, el 20% que el médico no sabe, que no le agradó la decisión que tomó pero que no sería cortés decirle.

3.6 DISCUSIÓN DEL MÉDICO CON LA FAMILIA SOBRE LAS DIRECTIVAS AVANZADAS

Al preguntar si el médico ha hablado con la familia del paciente de lo que este desea que se le haga si su corazón deja de latir, 33 personas contestaron que si, el 22% y 117, el 78% que no. En el 30% de los Afro-Americanos el médico ha hablado con la familia de que hacer, lo ha hecho el 26% de los Anglo-Europeos y solo el 10% de los México-Americanos, con un valor de $p < 0.05$ (Figura 9).



$n = 150$ $p < 0.05$

Figura 9. Ha discutido el médico con la familia las preferencias del paciente

El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos fue de 84.5, para los Anglo-Europeos de 72.5 y para los Afro-Americanos fue de 69.5 con un valor de $p < 0.03$.

Al preguntar ¿Ha hablado su médico con su familia de lo que desea usted que se le haga si deja de respirar, 34 personas, el 23% contestaron que si y 116, el 77% que no. En el 32% de los Afro-Americanos el médico ha hablado con la familia de que hacer, lo ha hecho el 26% de los Anglo-Europeos y solo el 10% de los México-Americanos, con una significancia estadística de $p < 0.05$. El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos fue de 85.0, para los Anglo-Europeos de 73.0 y para los Afro-Americanos fue de 68.5 con un valor de $p < 0.05$.

En la pregunta ¿Ha hablado su médico con su familia de lo que desea que se le haga si ya no puede alimentarse ni tomar agua, 34 personas contestaron que si, el 23% y 116, el 77% que no. En el 32% de los Afro-Americanos el médico ha hablado con la familia de que hacer, lo ha hecho el 26% de los Anglo-Europeos y solo el 10% de los México-Americanos, con un valor de $p < 0.05$. El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos fue de 85.0, para los Anglo-Europeos de 73.0 y para los Afro-Americanos fue de 68.5 con un valor de $p < 0.05$ (Tabla VI).

TABLA VI

DISCUSIÓN DEL MÉDICO CON LA FAMILIA SOBRE DIRECTIVAS AVANZADAS

VARIABLE	PROMEDIO DEL RANGO			SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA(p)
	MA	AEAA		
Hablado médico con la familia sobre que hacer si el corazón deja de latir	84.5	72.5	69.5	< 0.03
Hablado médico con la familia sobre que hacer si deja de respirar	85.0	73.0	68.5	< 0.05
Hablado médico con la familia sobre que hacer si no puede alimentarse ni tomar agua	85.0	73.0	68.5	< 0.05
Le molesta hablar con la familia de preferencias	80.2	71.1	75.1	NS

n = 150

MA= México-Americanos; AE= Anglo-Europeos y AA= Afro-Americanos

En las preguntas abiertas de las razones por las cuales el médico no ha hablado con la familia del paciente sobre sus preferencias en atención médica, los México-Americanos comentaron con 12 personas, el 27% que la familia nunca la acompaña a consultar; 10 personas, el 22% que no tiene familiares en San Antonio; otras nueve que no ha sido necesario, 20%, siete personas, el 16% que si el médico no ha hablado con ellas, con la familia menos; y otras siete, el 16% que no tiene doctor. Son 45 personas en este grupo (Figura 10).

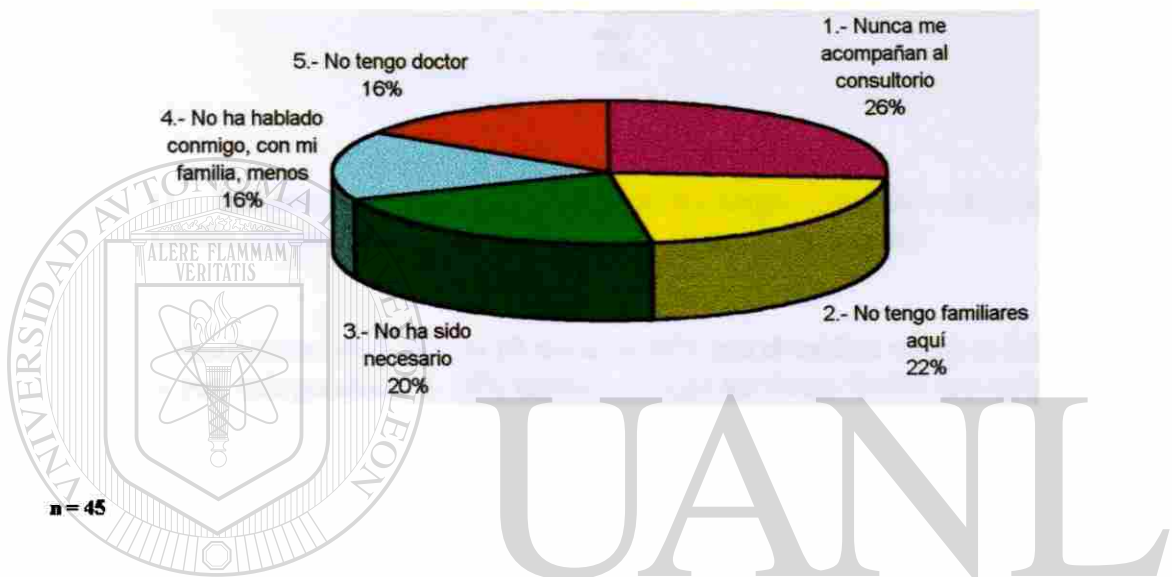
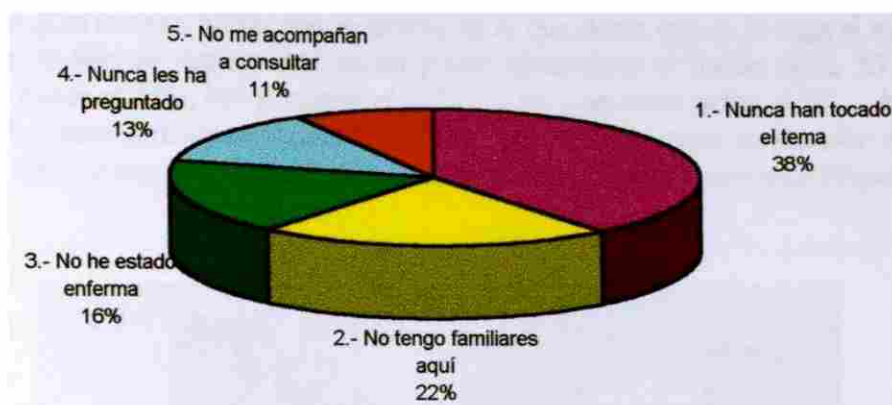


Figura 10. Razones por las que el médico de los México-Americanos no ha hablado con la familia del paciente sobre preferencias en atención médica

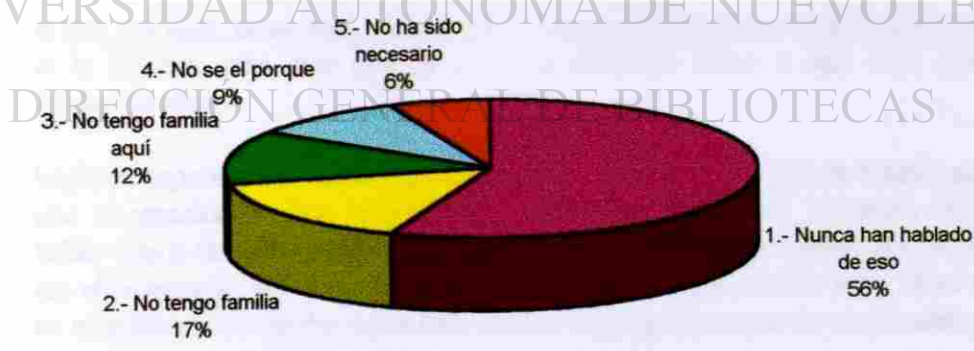
Las razones que aludieron los Anglo-Europeos, 14 personas, el 38% es que el médico nunca ha tocado el tema, ocho personas, el 22% no tienen familiares en San Antonio, seis personas, 16% no han estado enfermas, cinco personas, 14% el médico nunca les ha preguntado algo relacionado al tema y a cuatro personas, 11% no las acompaña un familiar a la consulta. Son 37 personas en este grupo (Figura 11).



n = 37

Figura 11. Razones por las que el médico de los Anglo-Europeos no ha hablado con la familia del paciente sobre preferencias en atención médica

Los Afro-Americanos aludieron en 19 casos, el 56% que el médico nunca ha hablado con la familia de eso, seis personas, el 18% contestaron que no tienen familia con quien el médico pueda hablar, cuatro personas, 12% no tienen familiares en San Antonio, tres personas, 9% no saben la razón por la cual el médico no ha hablado con sus familiares y dos personas, el 6% piensan que no ha sido necesario. Son 34 personas en este grupo (Figura 12).



n = 34

Figura 12. Razones por las que el médico de los Afro-Americanos no ha hablado con la familia del paciente sobre preferencias en atención médica

Al preguntar ¿Les molesta hablar con su familia de lo que desea que se le haga si su corazón deja de latir, si deja de respirar o si ya no puede alimentarse ni tomar agua, 35 personas contestaron que sí, el 23%; 107 personas, el 71% que no y no saben ocho, el 5%. Al 30% de los Anglo-Europeos le molesta hablar con la familia sobre preferencias en atención médica, al igual que al 26% de los Afro-Americanos y al 14% de los México-Americanos (Figura 13).

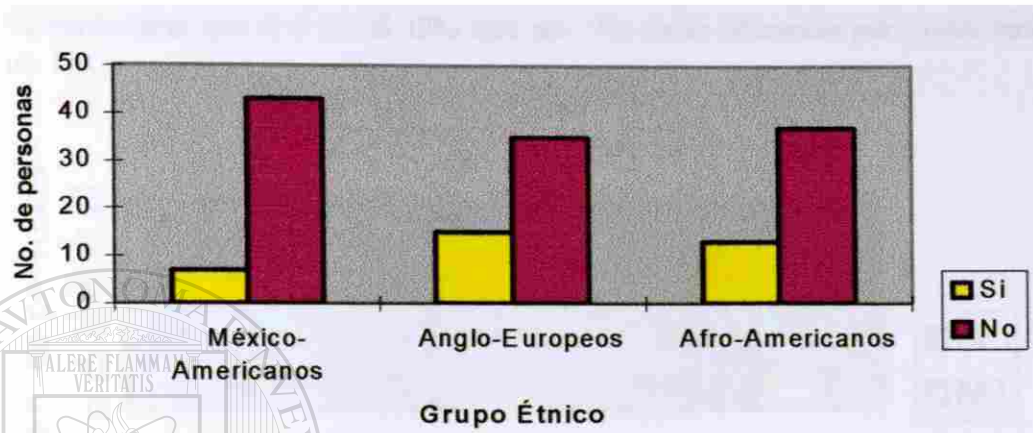


Figura 13. Desagrado por hablar de las preferencias médicas con la familia

De los México-Americanos a 42 personas, 84% no les molesta hablar con la familia sobre sus preferencias en atención médica, una persona, 2% no sabe y a siete personas, 14% si les molesta hablar con la familia sobre sus preferencias. Las razones que argumentaron a los que les molesta hablar con la familia sobre sus preferencias fueron: dos de ellas es que han tenido problemas con sus hijas, otras dos, que es difícil hablar con sus hijos; otra comenta que a su familia no le interesa; otra dice que es un tema difícil de tratar y otra dice que no es responsabilidad de ellos.

De los Anglo-Europeos a 32 personas, 64% no les molesta hablar con la familia sobre sus preferencias en atención médica, no saben tres personas, 6% y a 15 personas, 30% si les molesta hablar con la familia sobre sus preferencias y aludieron seis personas, que la familia ni sabe lo que ellos quieren; tres más que no le gusta hablar de cosas como esta, otras tres que no quieren mortificar a su familia y dos más que los hijos quieren que vivan por siempre, una persona contesta que es algo muy personal.

De los Afro-Americanos a 33 personas, 66% no les molesta hablar con la familia sobre sus preferencias en atención médica, no saben cuatro personas, 8% y a 13 personas, 26% si les molesta hablar de sus preferencias. Las razones que aludieron fueron en seis personas, que no es agradable hablar de la muerte; tres personas, que les da miedo hablar de eso; dos personas, que no se quisieran morir, una persona, que es difícil hablar de esto y otra persona que no quiere pensar en eso.

3.7 PREFERENCIAS EN ATENCIÓN MÉDICA

3.7.1 PARTICIPACIÓN EN TOMA DE DECISIONES

Al preguntar si quieren participar en decidir que hacer si su corazón deja de latir 130 personas, el 87% contestaron que si y 20, el 13% que no. No hubo diferencia por grupo étnico (Figura 14).

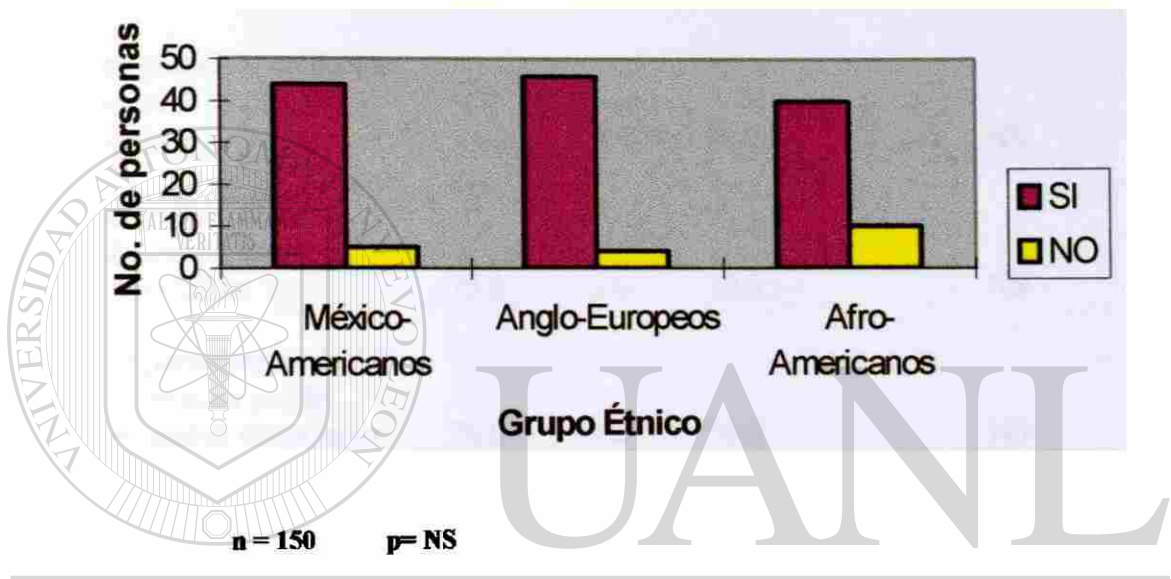


Figura 14. El paciente prefiere estar involucrado en la toma de decisiones

En la pregunta ¿Quiere participar en decidir que hacer si deja de respirar, 131 personas, el 87% contestaron que si y 19, el 13% que no. No existió diferencia por grupo étnico.

Al indagar ¿Quiere participar en decidir que hacer si ya no puede alimentarse ni tomar agua, 130 personas, el 87% contestaron que si y 20, el 13% que no. No existió diferencia por grupo étnico (Tabla VII).

TABLA VII
PREFERENCIAS EN ATENCIÓN MÉDICA

VARIABLE	PROMEDIO DEL RANGO			SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA (p)
	MA	AE	AA	
Quiere participar en decidir que hacer si su corazón deja de latir	74.5	71.5	80.5	NS
Quiere participar en decidir que hacer si deja de respirar	75.0	72.0	79.5	NS
Quiere participar en decidir que hacer si no puede alimentarse ni tomar agua	76.0	71.5	79.0	NS

n = 150

MA= México-Americanos
AE = Anglo-Europeos
AA = Afro-Americanos

De los México-Americanos, 44 personas, el 88% quieren participar en la toma de decisiones relacionadas a su atención médica, quieren participar 46 Anglo-Europeos, el 92% y 41 Afro-Americanos, el 82%. No existe diferencia por grupo étnico.

En relación a si la persona cree que las personas deben de participar en las decisiones de que hacer si su corazón deja de latir, 129 personas contestaron que si, el 86% y 13, el 9% que no y no saben ocho personas, el 5%. No existió diferencia por grupo étnico. El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos fue de 70.8, para los Anglo-Europeos de 75.2 y para los Afro-Americanos fue de 83.0 con un valor de $p < 0.05$.

En la pregunta de ¿Cree usted que las personas deben de participar en las decisiones de lo que se les debe hacer si dejan de respirar?, 131 personas, el 87% contestaron que si, 10, el 7% que no y no saben 9, el 6%. No hay diferencia por grupo étnico.

El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos y para los Anglo-Europeos fue de 72.0 y para los Afro-Americanos fue de 82.4 con un valor de $p < 0.05$.

Al preguntar ¿Cree usted que las personas deben de participar en lo que se les debe hacer si ya no pueden alimentarse ni tomar agua, 131 personas, el 87% contestaron que sí, 10, el 7% no y no saben nueve, el 6%. No hay diferencia por grupo étnico. El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos y para los Anglo-Europeos fue de 72 y para los Afro-Americanos fue de 82 con un valor de $p < 0.05$ (Figura 15).

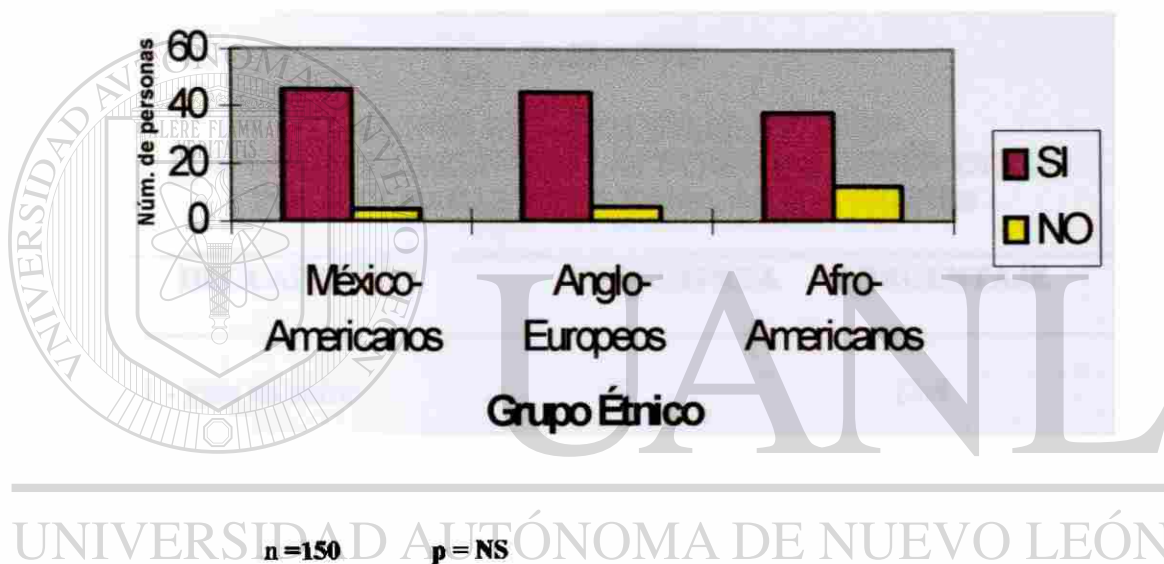


Figura 15. Deberían las personas estar involucradas en la toma de decisiones en relación a su atención médica

De los México-Americanos, 46 personas, el 92% creen que las personas deben de participar en las decisiones sobre su atención médica, tres personas, el 6% piensan que no y una persona, 2% contestó que no sabe. Las razones que argumentan para no participar fueron: dos personas, quieren esperar hasta ese momento; una, piensa que es decisión del doctor, otra persona, que es una situación que no se puede predecir y otra más, que decida la familia. El total de este grupo fue de cuatro personas, representando el 9%.

De los Anglo-Europeos, 45 personas, el 90% creen que las personas deben de participar en las decisiones sobre su atención médica, tres personas, el 6% piensan que no y dos personas, 4% contestó que no sabe. Las razones por las que no desean participar son: dos personas, no quiero trabajar en eso; otra, mis hijos tienen educación y cuidarán de mí, una persona contestó que no tiene a nadie y otra más que es decisión de su familia. El total de este grupo fue de cinco personas, representando el 10%.

De los Afro-Americanos, 38 personas, el 76% creen que las personas deben de participar en las decisiones sobre su atención médica, siete personas, el 14% piensan que no y cinco personas, el 10% contestó que no sabe. Las razones por las cuales no desean participar son : cinco personas, prefieren que decidan los hijos; otras cinco contestaron que Dios sabe cuando; dos de ellas, no quieren pensar. El total de este grupo fue de 12 personas, representando el 24%.

En las preguntas abiertas de las razones por las cuales piensan que las personas deberían estar involucradas en la toma de decisiones, los México-Americanos contestaron en seis casos, el 13% para no sufrir; en otras seis, para no estar conectados a máquinas; otras seis personas dicen que son sus decisiones; cinco personas, el 11% que es su responsabilidad y tres personas, el 7% por su salud, entre otras. El total de este grupo fue de 46 personas (Tabla VIII).

TABLA VIII

**RAZONES DE MÉXICO-AMERICANOS
POR LAS QUE CREEN QUE LAS PERSONAS DEBEN ESTAR
INVOLUCRADAS EN LA TOMA DE DECISIONES**

DECLARACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.- Para no sufrir	6	13.4
2.- Para no estar conectado a máquinas	6	13.4
3.- Serían mis decisiones	6	13.4
4.- Es mi responsabilidad	5	10.9
5.- Por mi salud	3	6.5
6.- Otra	20	43.4

n= 46

Las razones que argumentaron los Anglo-Europeos son: cinco personas, el 11% que es un derecho que tienen las personas; otras cinco que se trata de su vida; cuatro personas, el 9% que son los dueños de sus cuerpos; otras cuatro que son sus decisiones y en tres casos, el 7% para saber lo que les van a hacer, entre otras. Este grupo estaba integrado por 45 personas (Tabla IX).

TABLA IX

**RAZONES DE ANGLO-EUROPEOS
POR LAS QUE CREEN QUE LAS PERSONAS DEBEN ESTAR
INVOLUCRADAS EN LA TOMA DE DECISIONES**

DECLARACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.- Es un derecho que tienen las personas	5	11.1
2.- Es mi vida	5	11.1
3.- Soy el dueño de mi cuerpo	4	8.8
4.- Es mi decisión	4	8.8
5.- Para saber lo que me van a hacer	3	6.6
6.- Otra	24	53.3

n = 45

Los Afro-Americanos aludieron en 11 casos, 29% que son sus decisiones; cuatro personas, el 11% que es su vida; cuatro que no tiene hijos; otras cuatro para que no decida el hospital o los doctores y tres de ellas, el 8% para que no los resuciten. El total de este grupo es de 38 personas (Tabla X).

TABLA X

**RAZONES DE AFRO-AMERICANOS
POR LAS QUE CREEN QUE LAS PERSONAS DEBEN ESTAR
INVOLUCRADAS EN LA TOMA DE DECISIONES**

DECLARACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.- Serían mis decisiones	11	28.9
2.- Es mi vida	4	10.5
3.- No tengo hijos	4	10.5
4.- Para que no decida el hospital o doctores	4	10.5
5.- Para que no me resuciten	3	7.9
6.- Otra	12	31.5

n = 38

3.7.2 PERSONA QUE PREFIERE TOME DECISIONES

En la pregunta, si usted no pudiera decidir lo que se le debe de hacer si su corazón deja de latir, si deja de respirar o si ya no puede alimentarse ni tomar agua ¿Quién es la persona que puede tomar esa decisión? contestaron que la hija 42, el 28%; otro pariente 28, el 19%; todos los hijos 23, el 15%; el hijo 22, el 15%; el cónyuge 14 personas, el 9%; el médico nueve, el 6%, cónyuge e hijos siete, el 5%; no pariente cinco, el 3% . Los México-Americanos prefieren a la hija en un 28%, a los hijos en el 18%, al cónyuge en el 14% y al médico en el 12% entre otros; los Anglo-Europeos prefieren a la hija en 32%, al hijo en un 20%, a otro pariente en el 16% y al cónyuge en el 12% entre otros y los Afro-Americanos prefieren a otro pariente en el 30% de los casos, en el 24.0% a la hija también, en el 22% a todos los hijos y en el 14% a un hijo, entre otros (Figura 16).

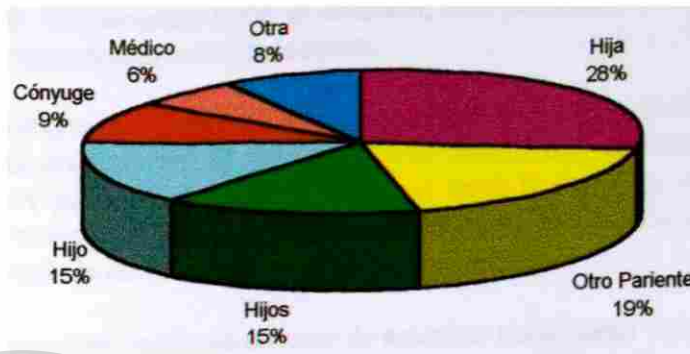


Figura 16. Persona que el paciente prefiere tome las decisiones médicas

3.7.3 PREFERENCIA EN TRATAMIENTO MÉDICO

Si necesitaran tratamiento médico, prefieren que la persona tome la decisión 75 personas, el 50%; hablar con la familia primero antes de tomar la decisión 25, el 17%; que alguno de sus parientes tome la decisión 11, el 7%; algún amigo tome la decisión 0 y que su médico tome la decisión 39, el 26%. El 64% de los Anglo-Europeos prefieren que sea la persona quien decida; al igual que el 62% de los Afro-Americanos; los México-Americanos en el 46% de los casos prefieren que decida el doctor, con una significancia estadística de $p < 0.0001$ (Tabla XI).

TABLA XI

PREFERENCIA EN TOMA DE DECISIONES PARA TRATAMIENTO MÉDICO POR GRUPO ÉTNICO

GRUPO ÉTNICO	PACIENTE		FAMILIA		PARIENTE		MÉDICO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
México-Americanos	12	24.0	9	18.0	6	12.0	23	46.0
Anglo-Europeos	32	64.0	9	18.0	1	2.0	8	16.0
Afro-Americanos	31	62.0	7	14.0	4	8.0	8	16.0

n = 150 P < 0.0001

Los México-Americanos prefieren en caso de ameritar tratamiento médico que sea el médico quien tome la decisión en 23 casos, 46%, ser la persona quien tome la decisión, 12 casos, el 24 %, hablar con la familia antes de tomar la decisión, nueve personas, el 18%, que alguno de los parientes tome la decisión, seis personas, el 12% y ninguna persona contestó que algún amigo tome la decisión.

Los Anglo-Europeos prefieren en caso de ameritar tratamiento médico que sea la persona quien tome la decisión en 32 casos, el 64%, hablar con la familia antes de tomar la decisión, nueve personas, 18%, que el médico tome la decisión, ocho personas, el 16%, una persona contestó que alguno de los parientes tome la decisión y ninguno contestó que algún amigo tome la decisión.

Los Afro-Americanos prefieren en caso de ameritar tratamiento médico que sea la persona quien tome la decisión, 31 casos, 62%, el médico tome la decisión, ocho personas, el 16%, hablar con su familia antes de tomar la decisión, siete personas, el 14%, alguno de los parientes tome la decisión, cuatro personas, el 14% y ninguno contestó que algún amigo tome la decisión.

El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos fue de 97.9, para los Anglo-Europeos fue de 63.2 y para los Afro-Americanos fue de 65.3 con un valor de $p < 0.0001$ (Tabla XII).

TABLA XII
PREFERENCIA EN ATENCIÓN MÉDICA

VARIABLE	PROMEDIO DEL RANGO			SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA (p)
	MA	AE	AA	
Preferencia en caso de ameritar tratamiento médico	97.9	63.2	65.3	< 0.001
Persona que sabe más sobre su tratamiento	93.6	68.0	64.7	< 0.001

n= 150

MA = México-Americanos

AE = Anglo-Europeos

AA = Afro-Americanos

Eligieron de esta manera porque saben lo que es mejor para ellos 75 personas, el 50%; el médico sabe lo que es mejor para usted 47, el 31%, las personas que son importantes en su vida saben lo que es mejor para usted 28, el 19%. El 64% de los Afro-Americanos y el 62% de los Anglo-Europeos piensan que la persona sabe lo que es mejor para ellos, al igual que el 24% de los México-Americanos. El 32% de los México-Americanos piensa que las personas importantes para el paciente saben lo que es mejor, lo mismo piensa el 10% de los Anglo-Europeos y el 14% de los Afro-Americanos. El 44% los México-Americanos piensa que el médico sabe lo que es mejor para ellos, en relación al 28% de los Anglo-Europeos y al 22% de los Afro-Americanos, con una significancia estadística de $p < 0.001$.

El promedio del rango en la prueba de Kruskal-Wallis para los México-Americanos fue de 93.6 y para los Anglo-Europeos de 68.0 y para los Afro-Americanos fue de 64.7 con una significancia estadística de $p < 0.001$.

En las preguntas abiertas de cuales son las razones en caso de preferencia en tratamiento médico, los México-Americanos contestaron en nueve casos, que el doctor sabe lo que es mejor para ellos; siete personas, que el doctor tiene más conocimientos; seis personas, que es negocio del doctor; otras seis personas, contestaron que los que los parientes saben lo que es mejor para ellos, seis más que la familia decide lo mejor y cinco casos dicen que son ellos los que deciden, entre otras (Tabla XIII).

TABLA XIII

**RAZONES EXPRESADAS POR MÉXICO-AMERICANOS
EN CASO DE PREFERENCIA EN TRATAMIENTO MÉDICO**

DECLARACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
1.- El doctor sabe lo que es mejor para mí	9	18.0
2.- El doctor tiene más conocimientos	7	14.0
3.- Es asunto del doctor	6	12.0
4.- Parientes saben lo que es mejor para mí	6	12.0
5.- Mi familia decide lo mejor	6	12.0
6.- Yo soy quien decide	5	10.0
7- Otra	11	22.0

n = 50

Las razones que aludieron los Anglo-Europeos son en 15 casos, que saben lo que es mejor para ellos; 13 personas, que el médico sabe lo que es mejor; 11 personas que ellos hacen las decisiones, otros cinco que deciden junto con el doctor y tres personas, que su familia decide lo mejor para ellos, entre otras (Tabla XIV).

TABLA XIV

**RAZONES EXPRESADAS POR ANGLO-EUROPEOS
EN CASO DE PREFERENCIA EN TRATAMIENTO MÉDICO**

DECLARACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
1.- Yo se lo que es mejor para mí	15	30.0
2.- El doctor sabe lo que es mejor para mí	13	26.0
3.- Yo hago las decisiones	11	22.0
4.- Decido junto con doctor	5	10.0
5.- Mi familia decide	3	6.0
6.- Otra	3	6.0

n = 50

Los Afro-Americanos comentaron en 13 casos, que no quieren ser una molestia para nadie; 11 personas, que por eso tienen testamento de salud, otras 11, que el doctor sabe lo que es mejor para ellos; siete, que ellos saben lo que es mejor; seis personas que los parientes saben lo que es mejor, entre otras (Tabla XV).

TABLA XV
RAZONES EXPRESADAS POR AFRO-AMERICANOS
EN CASO DE PREFERENCIA EN TRATAMIENTO MÉDICO

DECLARACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.- No quiero ser una molestia para nadie	13	26.0
2.- Por eso tengo testamento	11	22.0
3.- El doctor sabe lo que es mejor para mí	11	22.0
4.- Yo se lo que es mejor para mí	7	14.0
5.- Parientes saben lo que es mejor	6	12.0
6.- Otra	2	4.0

n = 50

3.7.4 PERSONA CON LA QUE DISCUTIRÍA RECOMENDACIONES MÉDICAS ANTES DE DECIDIR TRATAMIENTO

Al preguntar ¿Quién es la persona importante con la que hablaría de lo que le dijo su médico antes de hacer una decisión?, contestaron que con la hija 47, el 31%, todos los hijos 20, el 13%; cónyuge e hijos 13, el 9%; hijo, 15, el 10%; el cónyuge 11 personas, el 7%; amigo ocho, el 5%; algunos hijos cuatro, el 3%; otro dos, el 1% y con el médico dos, el 1%. Los México-Americanos contestaron que hablarían primero con la hija en el 38 % de los casos, después con el cónyuge e hijos en el 18% y en el 10% con el hijo. Los Anglo-Europeos contestaron que hablarían primero con la hija en el 36% de los casos, después con el cónyuge en el 10% y en otro 10% con el hijo. Los Afro-Americanos contestaron que hablarían primero con todos los hijos en el 24%, con la hija en el 20% de los casos, y en el 10 % hablarían con el hijo. No existe diferencia por grupo étnico. Ninguna persona de los diferentes grupos étnicos hablaría con el sacerdote, rabino, pastor o ministro de lo que le informó el médico antes de tomar una decisión.

En la pregunta de, si llegara el día en que ya no pudiera cuidar de si mismo, ¿Iría a un asilo?. Contestaron que si 97 personas, el 65%; no 44, el 29% y no saben nueve, el 6% (Tabla XVI).

TABLA XVI
INGRESO A ASILO

GRUPO ÉTNICO	INGRESO					
	SI	%	NO	%	NO SÉ	%
México-Americanos	30	60.0	17	34.0	3	6.0
Anglo-Europeos	36	72.0	12	24.0	2	4.0
Afro-Americanos	31	62.0	15	30.0	4	8.0

n = 150

Las razones que argumentaron 17 México-Americanos para no ir a un asilo son en cinco casos, que sus hijos no lo permitirían; cuatro personas dicen que ahí maltratan; tres, que no cuidan bien; a otras tres se les hace muy triste y a dos, una hija quiere que viva con ella.

Las razones que aludieron 12 Anglo-Europeos son en cuatro casos, que no les gusta lo que han visto ahí; tres personas, a sus hijos no les gusta; a otras dos, no se les hace vida; dos quieren tener su propio cuarto y una persona, dijo no quiere gastar su dinero.

Los Afro-Americanos en seis casos, contestaron que sus hijos no lo permitirían; cuatro personas, dicen que ahí maltratan; tres que no les gusta que las manden; a una sus nietos no lo permitirían y otra persona contestó que vive con su hermana. Este grupo es de 15 personas.

CAPÍTULO IV

4.- ESCALA DE ACULTURACIÓN DE CUÉLLAR

4.1 ACULTURACIÓN

La aculturación es un fenómeno multifactorial compuesto por numerosas dimensiones, factores, conductas o subcomponentes, no todos los cuales han sido identificados o especificados claramente. Los valores, ideología, creencias y actitudes parecen ser compañeros importantes de la aculturación así como características cognitivas y de conducta como el lenguaje, costumbres y prácticas culturales. La aculturación es un proceso dinámico, multidimensional. Ocurre en diferentes planos, algunos de los cuales no están relacionados entre sí.

Como grupo minoritario los hispanos están expuestos a los patrones culturales de los Estados Unidos. A modificaciones en sus valores, normas, actitudes y conducta. Al proceso de estos cambios en la conducta y valores de los individuos se le llama aculturación. Y se refiere al aprendizaje de la cultura que ocurre cuando un inmigrante entra en contacto con un nuevo grupo, nación y cultura.

4.2 ESCALA DE CUÉLLAR

La escala de Aculturación de Israel Cuéllar es una escala para sujetos México-Americanos, la cual puede realizarse en inglés o español o en ambos idiomas y es aplicable a sujetos normales o con patologías psiquiátricas.

La diferenciación operacional de niveles generacionales es: 1) Primera generación- el sujeto nació en México; 2) Segunda generación- el sujeto nació en EUA pero uno de los padres nació en México; 3) Tercera generación- el sujeto y los padres nacieron en EUA pero los abuelos nacieron en México; 4) Cuarta generación- el sujeto y los padres nacieron en EUA y uno de los abuelos nació en EUA y 5) Quinta generación- sujeto, padres y abuelos nacieron en EUA (Tabla XVII).

TABLA XVII

ESCALA DE ACULTURACIÓN DE CUÉLLAR PROXIMIDAD GENERACIONAL

GENERACIÓN	CARACTERÍSTICA
Primera	La persona nació en México
Segunda	La persona nació en EUA pero uno de los padres nació en México.
Tercera	La persona y los padres nacieron en EUA pero los abuelos nacieron en México.
Cuarta	La persona y los padres nacieron en EUA pero uno de los abuelos nació en EUA.
Quinta	La persona, los padres y los abuelos nacieron en EUA.

La escala diferencia cinco distintos tipos de México-Americanos: 1) Muy Mexicanos; 2) Mexicanos orientados hacia lo bicultural; 3) Biculturales “verdaderos”; 4) Anglo-Europeos orientados biculturalmente y 5) Anglo-Europeos “verdaderos” (Tabla XVIII).

TABLA XVIII

ESCALA DE ACULTURACIÓN DE CUÉLLAR TIPOS DE MEXICO-AMERICANOS

TIPO	CARACTERÍSTICA
I	Muy Mexicanos.
II	Mexicanos orientados hacia lo bicultural.
III	Biculturales “verdaderos”.
IV	Anglo-Europeos orientados biculturalmente.
V	Anglo-Europeos “verdaderos”.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

La diferenciación en estos grupos no es solo por la educación, edad, género o fluidez en el inglés o español. Los datos son acordes a la hipótesis de que los niveles de aculturación deben ser menores para la primera generación de México-Americanos y que aumentan cuando las generaciones aumentan. Los datos también apoyan el concepto de que existe heterogenicidad lingüística y cultural en la población México-Americana.

Las preguntas de la escala de Aculturación de Cuéllar se seleccionan en cinco dimensiones: 1) Familiaridad y uso del lenguaje; 2) Interacción étnica; 3) Orgullo e identidad étnica; 4) Herencia cultural y 5) Proximidad generacional.

La escala se puede aplicar en inglés, español o en ambos dependiendo de las preferencias del sujeto. Se puede aplicar individualmente o en grupo. Después de completar los datos demográficos el sujeto debe elegir una sola respuesta del 1-5. La puntuación total es la suma de las 20 opciones múltiples que eligió el sujeto. La puntuación es el número total dividido entre 20.

4.3 RESULTADOS DE LA ESCALA DE ACULTURACIÓN DE CUÉLLAR

Al preguntar a los Mexico-Americanos, ¿Qué idioma hablan?, contestaron que español solamente 12 personas, el 24%; sobretodo español, algo de inglés 15, el 30%; español e inglés por igual 21, el 42%; sobretodo inglés, algo de español dos, el 4% e inglés solamente, ninguno (Tabla XIX).

TABLA XIX

RESULTADOS DE LA ESCALA DE ACULTURACIÓN DE CUÉLLAR RELACIONADOS A FAMILIARIDAD Y USO DEL LENGUAJE

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Idioma que habla: Español e inglés por igual	21	42.0
Idioma que prefiere: Español	31	62.0
Idioma en que piensa: Español solamente	25	50.0
Idioma en que lee: Español e inglés por igual	14	28.0
Idioma en que escribe: Solamente español	15	30.0

n = 50

En la pregunta de ¿Qué idioma prefiere?, contestaron español 31 personas, el 62%; inglés cuatro, el 8% y ambos 15, el 30%.

Se identifican a si mismos como Mexicanos 21 personas, el 42%; México-Americanos seis, el 12%; Otro hispano o latino tres, el 6% y como Anglos dos, el 4% (Tabla XX).

TABLA XX

**RESULTADOS DE LA ESCALA DE ACULTURACIÓN DE CUÉLLAR
RELACIONADOS A ORGULLO E IDENTIDAD ÉTNICA**

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Autoidentificación:		
Mexicanos	21	42.0
Identificación étnica de la madre:		
Mexicana	39	78.0
Orgullo de ser Mexicano:		
Extremo	32	64.0
Autoclasificación:		
Bicultural	25.0	50.0

n = 50

La identificación étnica de la madre fue Mexicana en 39 personas, el 78%; México-Americana seis, el 12%; Otra Hispano o Latino cuatro, el 8% y Anglo una, el 2%.

El origen étnico de los amigos y compañeros de trabajo hasta los seis años de edad fue exclusivamente Mexicanos y México-Americanos en 32 personas, el 64%; en su mayoría Mexicanos y México-Americanos siete, el 14%; por igual 10, el 20%; en su mayoría Anglos, Negros uno, el 2% y ninguno en exclusivamente Anglo-Europeo.

El origen étnico de los amigos y compañeros de trabajo desde los seis hasta los dieciocho años de edad fue exclusivamente Mexicanos y México-Americanos en 28 personas, el 56%; en su mayoría Mexicanos y México-Americanos seis, el 12%; por igual 15, el 30%; en su mayoría Anglos, Negros uno, el 2% y ninguno en exclusivamente Anglo.

Se relacionan en la comunidad actualmente con, exclusivamente Mexicanos y México-Americanos en 19 personas, el 38%; en su mayoría Mexicanos y México-Americanos 13, el 26%; por igual 15, el 34%; en su mayoría Anglos, Negros uno, el 2% y ninguno en exclusivamente Anglo.

En relación a preferencias musicales, prefieren solamente música en español 22, el 44%; la mayor parte en español 17, el 34%; por igual nueve, el 18%; la mayor parte en inglés dos, el 4% y solamente en inglés, ninguno (Tabla XXI).

TABLA XXI

**RESULTADOS DE LA ESCALA DE ACULTURACIÓN DE CUÉLLAR
RELACIONADOS A HERENCIA CULTURAL**

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Preferencias musicales:		
Solo en español	22	44.0
Mayor parte en español	17	34.0
Programas de televisión:		
Solo en español	16	32.0
Mayor parte en español	15	30.0
Películas preferidas:		
Mayor parte en español	16	32.0
Solo en español	14	28.0
Comida preferida:		
Mexicana, parte americana	21	42.0
Por igual	18	36.0

n = 50

Con respecto al tipo de programa de televisión que prefieren, solamente programas en español 16, el 32%; la mayor parte en español 15, el 30%; por igual 13, el 26%; la mayor parte en inglés cinco, el 10% y solamente en inglés uno, el 2%.

Las preferencias en tipo de películas fueron: solamente películas en español 14, el 28%; la mayor parte en español 16, el 32%; por igual 13, el 26%; la mayor parte en inglés cinco, el 10% y solamente en inglés dos, el 4%.

En relación al lugar de nacimiento: nacieron en México 19, el 38%; en EUA 31, el 62% y en otro país, ningún caso (Tabla XXII).

TABLA XXII

**RESULTADOS DE LA ESCALA DE ACULTURACIÓN DE CUÉLLAR
RELACIONADOS A PROXIMIDAD GENERACIONAL**

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
País de nacimiento:		
Estados Unidos de Norteamérica (EUA)	31	62.0
México	19	38.0
País de nacimiento del padre:		
México	19	38.0
EUA	14	28.0
País de nacimiento de la madre:		
México	35	70.0
EUA	14	28.0
País de nacimiento de la abuela paterna:		
México	40	80.0
EUA	8	16.0
País de nacimiento del abuelo paterno:		
México	41	82.0
EUA	7	14.0
País de nacimiento de la abuela materna:		
México	40	80.0
EUA	8	16.0
País de nacimiento del abuelo materno:		
México	42	84.0
EUA	8	16.0

n = 50

El país de nacimiento del padre fue, en México 35, el 70%; en EUA 14, el 28% y en otro país uno, el 2%.

El país de nacimiento de la madre fue México en 35 personas, el 70%; en EUA 14, el 28% y en otro país uno, el 2%.

El país de nacimiento de la abuela paterna fue en México 40, el 80%; en EUA ocho, el 16% y en otro país dos, el 4%.

El país en de nacimiento del abuelo paterno fue en México 41, el 82%; en EUA siete, el 14% y en otro país dos, el 4%.

El país de nacimiento de la abuela materna fue en México 40, el 80%; en EUA ocho, el 16% y en otro país dos, el 4%.

El país de nacimiento del abuelo materno fue en México 42, el 84%; en EUA ocho, el 16% y en otro país, ninguno.

El país donde creció fue México en 13 personas, el 26%; la mayor parte en México, la menor parte en EUA dos, el 4%; la mayor parte en EUA, la menor parte en México; en los EUA 33, el 66%.

El contacto que tiene con México fue: criado un año o más 13, el 20%; criado menos de un año en México, ninguno; visitas ocasionales a México 17, el 34%; comunicaciones ocasionales con México dos, el 4% y ningún contacto 18, el 36%.

El tipo de comida que prefiere fue: solamente comida mexicana cuatro, el 8%; la mayor parte comida mexicana, parte americana 21, el 42%; por igual 18, el 36%; la mayor parte comida americana cinco, el 10% y solo comida americana dos, el 4%.

El idioma en el que piensa fue: en español solamente 25, el 50%; en español más que inglés ocho, el 16%; igual 14, el 28%; inglés más que español dos, el 4% y solo en inglés uno, el 2%.

El idioma que lee fue: en español solamente 13, el 26%; en español más que inglés 12, el 24%; igual 14, el 28%; inglés más que español cinco, el 10% y solo en inglés dos, el 4%. No saben leer 4, el 8%.

El idioma que escribe fue en español solamente 15, el 30%; en español más que inglés nueve, el 18%; igual 13, el 26%; inglés más que español cinco, el 10% y solo en inglés cuatro, el 8%. No saben escribir cuatro, el 8%.

El orgullo que siente de ser mexicano: extremadamente orgulloso 32, el 64%; orgulloso moderadamente ocho, el 16%; poco orgullo cuatro, el 8%; nada de orgullo pero sin sentimientos negativos hacia el grupo seis, el 12% y nada de orgullo pero con sentimientos

negativos hacia el grupo, ninguno.

La clasificación que se dieron a si mismos: muy mexicano 14, el 28%; en gran parte mexicano seis, el 12%; bicultural 25, el 50%; en gran parte americanizado cuatro, el 8% y muy americanizado uno, el 2%.

La puntuación en la escala de Aculturación de Cuéllar fue de 2.25 de una escala del 0 al 5. En un 78% pertenecen a la Segunda Generación o sea que la persona nació en los Estados Unidos de Norteamérica pero uno de sus padres nació en México. Este grupo de México-Americanos es en gran parte mexicano tendiente a lo bicultural (Tabla XXIII).

TABLA XXIII

**ESCALA DE ACULTURACIÓN DE CUÉLLAR
MÉXICO-AMERICANOS**

VARIABLE	RESULTADOS
Puntuación	2.25
Segunda Generación	78%

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

n = 50

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

CAPÍTULO V

5.- DISCUSIÓN

La revisión en la literatura parece indicar que los México-Americanos valoran en menor medida la autonomía en la toma de decisiones en atención médica y el completar una directiva avanzada. Varios investigadores han especulado el porqué los México-Americanos difieren de los Anglo-Europeos en cuestiones de decisiones al final de la vida. Algunos autores piensan que los valores culturales son una razón, por ejemplo, Cuéllar (1991). Los resultados de la Escala de Aculturación de Cuéllar dan una puntuación de 2.25 de un total de 5, por lo que los México-Americanos son un grupo en gran parte mexicano tendiente a lo bicultural. El 74% de los Anglo-Europeos entiende el significado de autodeterminación en comparación al 38% de los México-Americanos. Esto puede explicarse por el valor fundamental que la medicina americana le ha dado a la autonomía de los pacientes y al respeto de sus decisiones.

Una área de acuerdo con los reportes de la literatura es que la formulación de las directivas avanzadas está relacionada al grado de aculturación (Blackhall et al, 1993). Entre menos aculturados estén, menor es el porcentaje de personas que conocen y formulan una directiva avanzada. El 46% de los Anglo-Europeos tiene testamento de salud, lo tiene también el 32% de los Afro-Americanos y solo el 8% de los México-Americanos ha expresado por escrito sus preferencias en atención médica. Además, no basta tener los conocimientos o el estar familiarizados con los documentos de las directivas avanzadas para redactar un testamento de salud.

A pesar de que el Acta de Autodeterminación del Paciente fue aprobada el 1º de diciembre de 1991 y de que es un requisito el preguntar al paciente sobre las directivas avanzadas en el primer contacto con el sistema de salud, solo el 24% de los ancianos entrevistados tiene conocimiento de ella. Llama la atención que el 36% de los México-Americanos saben de la existencia de esta acta en comparación al 10% de los Anglo-Europeos y de los Afro-Americanos, respectivamente. Esto puede deberse a que la difusión de las directivas por parte de los profesionales de la salud y de las instituciones y compañías de seguros médicos no ha sido la adecuada.

Perkins et al (1993) describe como el mandamiento de “no matarás” representa una barrera para discutir retiro o suspensión de un tratamiento en el grupo católico. Las religiones que predominan en el estudio son la católica en el 41.3% y la bautista en el 31%, pero no existe significancia estadística entre la religión, grupo étnico, formulación de las directivas y las preferencias en atención médica.

Otros autores sugieren razones educativas, para no tomar decisiones en cuestiones de salud, ejemplo, los México-Americanos tienen menos conocimientos que otros grupos étnicos sobre directivas avanzadas y opciones al final de la vida (Carlis et al, Romero et al, 1997).

Otros aluden razones sociales, ejemplo, baja escolaridad, carecer de seguro médico, aislamiento lingüístico (Sotomayor y Randolph, 1988, Treviño 1988, Wells et al, 1988).

Muchos de estos factores juntos pueden disminuir la oportunidad de discutir estos aspectos en los México-Americanos.

Encontramos en el estudio que el 22% de los México-Americanos no tiene médico, en comparación al 6% de los Afro-Americanos y al 2% de los Anglo-Europeos, por lo que el acceso a los servicios de salud es menor en la población México-Americana. En nuestro estudio no existe diferencia con el grado de escolaridad. Si existe aislamiento lingüístico porque el 24% habla solo español, el 30% español, algo de inglés, el 42% ambos idiomas por igual, el 4% habla inglés, algo de español y ninguno habla solo inglés. Además el 50% de los ancianos piensa solo en español, el 16% en español, más que en inglés y el 28% por igual, tanto inglés como español. De igual manera sucede con las preferencias en lectura y escritura donde predomina el idioma español. En San Antonio, Texas, la población es hispana en un 56%, de este porcentaje el 45% es México-Americana. Por lo tanto, no es necesario hablar el idioma para ser contratado en un trabajo, ahí hablan español o siempre existe alguien que hará la traducción. Se entrevistaron personas que habían vivido 30 y 40 años, ya jubilados y nunca aprendieron a hablar el idioma inglés.

Los estudios sugieren que los pacientes, sin importar su etnicidad, desean que sus médicos inicien la discusión sobre las directivas avanzadas y que esa discusión debe ocurrir después de que se ha establecido la relación médico-paciente, pero mientras el paciente está bien de salud (Miles, Koepp y Weber, 1996). Se encuentra que el hablar sobre la toma de decisiones en situaciones críticas o al final de la vida ha sido para el paciente un tema difícil de tratar con el médico o con los profesionales de la salud. Solo el 30% de los ancianos ha expresado sus preferencias al médico. Lo hacen el 42% de los Afro-Americanos, el 38% de los Anglo-Europeos y solo lo han expresado el 10% de los México-Americanos. Las razones que argumentan los ancianos son que nunca han pensado en eso, el que no se han enfermado y el tener buena salud, entre otras.

Es interesante el hecho de que el 83% de los ancianos esté dispuesto a decirle al médico que no está de acuerdo con sus recomendaciones. El 77% de la población entrevistada piensa que es muy importante aceptar o rechazar las recomendaciones del médico. Los que no le dicen al médico que están en desacuerdo es porque piensan en el 80% que el médico sabe lo que está haciendo y el 20% restante, piensa que no sería cortés el decirle. La autonomía de los pacientes requiere que el médico le informe a los pacientes todas las alternativas disponibles de tratamiento y le de al paciente el derecho del consentimiento informado en el contexto de la relación médico-paciente.

El hablar sobre la toma de decisiones al final de la vida o en situaciones críticas ha sido para el médico un tema difícil de tratar con la familia del paciente. En el 23% de los casos el médico ha discutido con la familia del paciente las preferencias en atención médica. Por grupo étnico, el médico ha discutido con la familia del paciente las preferencias en el 32% de los Afro-Americanos, el 26% de los Anglo-Europeos y solo en el 10% de los México-

Americanos. Las razones argumentadas para no haber hablado con la familia son que la familia no los acompaña a consultar, el no tener familiares en San Antonio y el que no ha sido necesario.

A la mayoría de los ancianos no les molesta hablar con su familia sobre preferencias en atención médica. Solo le molesta hablar de ello al 22% de los ancianos, de ellos el 30% le corresponde a los Anglos, el 26% a los Afros y el 14% a los México-Americanos. Las razones que aluden a quienes les molesta hablar son el tener problemas con los hijos, el ser difícil hablar con los hijos, el que a la familia no le interesa y el que es un tema difícil de tratar.

Los médicos actuales y los futuros necesitan aprender formas para hablar con los pacientes y sus familias sobre las directivas avanzadas. Los programas de entrenamiento para los profesionales de la salud, especialmente en las escuelas de medicina y los programas de las residencias deben tener cursos sobre las directivas avanzadas. El curriculum les permitirá familiarizarse con las directivas y sus documentos. Estos cursos deben tener presentación y discusión de casos incluyendo aquellos en los que al paciente y familia necesita decirse un diagnóstico terminal, el que cualquier tratamiento sería fútil o el ayudarles a manejar los últimos estadios del proceso de morir. Es importante que las personas hablen con sus familias sobre sus deseos al final de la vida y completen las directivas avanzadas.

Casi en su totalidad los ancianos quieren participar en la toma de decisiones, lo desea hacer el 92% de los Anglo-Europeos, el 88% de los México-Americanos y el 80% de los Afro-Americanos. La mayoría de los ancianos piensa que las personas deberían estar involucradas en la toma de decisiones, lo piensa el 92% de los México-Americanos, el 90% de los Anglos y el 76% de los Afro-Americanos. Es interesante las razones que argumentan los México-Americanos para estar involucrados en la toma de decisiones, ellos contestan para no sufrir y no estar conectados a máquinas, entre otras y los Anglos y Afro-Americanos porque serían sus decisiones, es su vida, son los dueños de su cuerpo, entre otras.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En relación a las preferencias en tratamiento médico, se observa como la aculturación se relaciona al ejercicio de la autonomía y a las preferencias en decisiones médicas. El 50% de los ancianos prefiere que sea el paciente quien decida, después el médico, la familia y otros parientes. Es importante señalar que por grupo étnico, el 64% de los Anglos y el 62% de los Afros desean que sea el paciente quien decida, pues piensan que saben lo que es mejor para ellos mientras que el 46% de los México-Americanos prefiere que sea el médico quien decida, pues piensa que el médico está más preparado y conoce sus enfermedades.

En las preferencias de familiar para la toma de decisiones médicas, el 28% del total de ancianos prefiere que sea la hija quien decida; el segundo lugar lo ocupa otro pariente con 19%, señalando que es la sobrina, hermana, nieta y nuera; en tercer lugar están los hijos con 16%. Es importante mencionar que la mujer juega un rol muy importante en nuestra cultura en la toma de decisiones médicas.

6.3 DISCUSIÓN DE LAS PREFERENCIAS CON LA FAMILIA

A la mayoría de los ancianos no les molesta hablar con sus familiares sobre las preferencias en atención médica. Las razones que aludieron los que les molesta hablar con su familia fueron: que es difícil hablar de la muerte, el tener problemas con los hijos, el no querer mortificarlos, entre otros.

El hablar sobre la toma de decisiones en situaciones críticas o al final de la vida ha sido para el médico un tema difícil de tratar con la familia del paciente. Las razones argumentadas son que los familiares no los acompañan a consultar, el no tener familiares, el que decidirán sus hijos o Dios, entre otras.

6.4 PREFERENCIAS

Casi la totalidad de los ancianos quiere participar en la toma de decisiones. La mayoría de ellos piensa que las personas deberían estar involucradas en la toma de decisiones como parte de la atención médica que reciben.

En caso de ameritar tratamiento médico los Anglo-Europeos prefieren que sea la persona quien decida al igual que los Afro-Americanos. Los México-Americanos prefieren que decida el médico.

Los Anglo-Europeos y los Afro-Americanos piensan que saben lo que es mejor para ellos. Los México-Americanos piensan que el médico está más preparado y conoce más sobre sus enfermedades.

Los ancianos prefieren discutir las decisiones con las hijas. La mujer juega un rol importante en la toma de decisiones en la atención médica.

Cada vez con mayor frecuencia las personas están externando sus preferencias en atención médica a los profesionales de la salud.

6.5 ACULTURACIÓN

Entre más integrados estén a la cultura americana, los México-Americanos, valoran más la autonomía y la autodeterminación y prefieren ser ellos los que tomen las decisiones, por lo que se rechaza la hipótesis nula, como lo observamos en la familiaridad con las directivas, la discusión con médico y familia de las preferencias y en lo siguiente:

Los Anglo-Europeos y los Afro-Americanos tienen mayor acceso a los servicios de salud. Los México-Americanos tienen menor acceso a los servicios de salud. Debido a la falta de integración a la cultura americana fueron los que más carecían de médico de atención primaria y de cobertura médica por alguna compañía aseguradora.

Los México-Americanos fueron el grupo étnico que entendió menos el significado de autodeterminación; quienes menos habían firmado un testamento de salud, quienes no se atrevían a decir al médico que no estaban de acuerdo en sus recomendaciones y quienes prefieren en su mayoría que en cuestiones de salud la toma de decisiones la realice el médico.

Los México-Americanos piensan que las personas deben estar involucradas en la toma de decisiones para evitar el dolor y sufrimiento y el estar con vida artificial, mientras que los Anglo-Europeos y los Afro-Americanos dicen que es un derecho que tienen las personas porque se trata de su vida y de su cuerpo.

En relación a la proximidad generacional, la mayoría de los ancianos pertenece a la segunda generación, esto es, que nacieron en Estados Unidos pero uno de los padres nació en México.

Los México-Americanos son un grupo en gran parte mexicano tendiente a lo bicultural, en su mayoría prefieren el idioma español, piensan, leen y escriben en español, sus amigos son Mexicanos o México-Americanos; la comida, música, películas preferida es la mexicana.

Se autclasifican como biculturales y muy mexicanos.

6.6 RECOMENDACIONES

Elaborar y difundir material educativo sobre las directivas avanzadas de acuerdo al nivel de instrucción. Desarrollar políticas institucionales para la implementación de las directivas avanzadas. Discutir con el médico las preferencias en atención médica. Hablar con la familia sobre preferencias y decisiones en cuestiones de salud. Redactar un testamento de salud con base en las preferencias individuales. Los familiares, profesionales de la salud y las instituciones, respetar los deseos de los pacientes con base a preferencias individuales. Replicar el estudio en la población mexicana para conocer los valores y preferencias en la atención médica.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



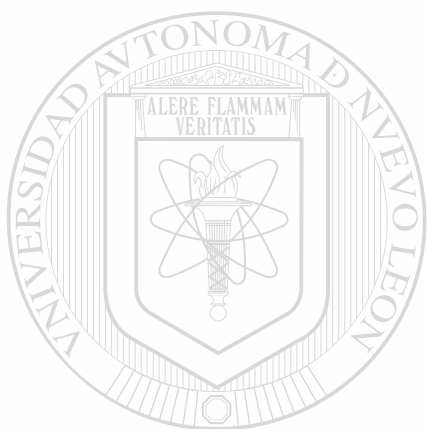
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

BIBLIOGRAFIA

1. Advance Directives and Do-Not-Resuscitate Orders. What you Need to Know Patient Information. The American Academy of Family Physicians,1991.
2. Areen J. The Legal Status of Consent Obtained from Families of Adult Patients to Withhold or Withdraw Treatment. JAMA 1987;318:28.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 1989.
4. Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, Azen S. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. JAMA 1995; 10: 820-5.
5. Bok S. Personal Directions for Care at the End of Life. N Engl J Med 1976;295:367.
6. Buchanan AE, Brock DW. Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
7. CaralisPV, Davis B, Wright K, Marcial E. The influence of ethnicity and race on attitudes toward advance directives, life-prolonging treatments, and euthanasia. J Clin Ethics 1993; 4: 155-65.
8. Cuellar Y, Harris LC, Jasso R. An Acculturation Scale for Mexican American Normal and Clinical Populations. Hispanic Journal of Behavioral Sciences 1980; 2: 199-217.
9. Eisendrath SJ, Jonsen AR. The living Will: Help or Hindrance. JAMA 1983; 249: 2054.
10. Emmanuel LL, Emmanuel EJ. The Medical Directive: A New Comprehensive Advance Care Documents. JAMA 1989; 261:3288.
11. Formatos de Historias de Valores. Escuela de Leyes y Etica. Albuquerque, Nuevo México, 1995.
12. Haecker C, Moseley R, Vawter D, editores. Advance Directives in Medicine: Legal, Ethical and Medical Considerations. New York: Praeger Press, 1989.
13. Lambert P, Gibson JM. The Values History: An Innovation in Surrogate Medical Decision Making. Law Med Health Care 1990;18:202.

14. Patient Self-Determination Act. Omnibus Budget Reconciliation Act. The PSDA Handbook, California Consortium on Patient Self-Determination. First edition for Home Health Agencies, September 1991.
15. Perkins HS, Supik JD, Hazuda HP. Autopsy decisions: The possibility of conflicting cultural attitudes. *J Clin Ethics* 1993; 4(2): 145-54.
16. Pieffer E. Short Portable Mental Status Questionnaire(S.P.M.S.Q.) *J Am Geriatr Soc* 1975;23:433-41.
17. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research Making Health Care Decisions. A Report on the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship. Vol. 3: Appendices Studies on the Foundations of Informed consent. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1982.
18. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment. A Report on the Ethical, Medical and Legal Issues in Treatment Decisions. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1983.
19. Romero LJ, Lindeman RD, Koehler KM, Allen A. Influence of ethnicity on advance directives and end of life decisions. *JAMA* 1997; 277:298-9.
20. Sotomayor M, Randolph S. A preliminary review of caregiving issues and the Hispanic family. En: Sotomayor M, Curiel H, editores. *Hispanic elderly: A cultural signature*. Edinburg, TX: Pan American University Press, 1988:137-60.
21. Texas Natural Death Act: Directive to Physicians. Guidelines and Directives. Texas Medical Association Board of Councilors, 1991.
22. *The Living Will and Other Advance Directives*. New York: Concern for Dying, 1986.
23. Treviño MC. A comparative analysis of need, access, and utilization of health and human services. En: Applewhite SR, editor. *Hispanic elderly in transition: Theory, research, policy, and practice*. Westport, C.T.: Greenwood Press, 1988: 61-72.

24. Weir RF, Gostin JD. Decisions to abate life-sustaining treatment for nonautonomous patients. JAMA 1990;264: 1846-9.
25. Weir RF. Abating Treatment in Critically ill Patients. New York: Oxford University Press, 1989.
26. Welles KB, Golding JM, Hough RL, Burnam MA, Karno M. Factors affecting the probability of use of general and medical health and social/community services for Mexican Americans and non-Hispanic whites. Medical Care 1988; 26:441-51.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APÉNDICE A
(Mini-Cuestionario del Estado Mental)

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (S.P.M.S.Q.)

E. Pfeiffer

Instrucciones: Haga todas las preguntas de la 1 a la 10 y anote las respuestas. Haga la pregunta 4a solo si el paciente no tiene teléfono. Registre el número total de errores basado en las diez preguntas.

Permita un error más si la persona ha estudiado solamente Primaria.
Permita un error menos si la persona ha estudiado secundaria y más.

<p>+ - 1.</p> <p>+ - 2.</p> <p>+ - 3.</p> <p>+ - 4.</p> <p>+ - 4a.</p> <p>+ - 5.</p> <p>+ - 6.</p> <p>+ - 7.</p> <p>+ - 8.</p> <p>+ - 9.</p> <p>+ - 10.</p>	<p>1.M Qué fecha es hoy? _____</p> <p align="center">Mes Día Año</p> <p>2. Qué día de la semana es? _____</p> <p>3. Cuál es el nombre de este lugar? _____</p> <p>4. Cuál es número de teléfono? _____</p> <p>4a. Cuál es su dirección? _____</p> <p align="center">(solo si el paciente no tiene teléfono)</p> <p>5. Qué edad tiene? _____</p> <p>6. Cuándo nació? _____</p> <p>7. Quién es el presidente actual de México? _____</p> <p>8. Quién fue presidente antes de él? _____</p> <p>9. Cuál es el apellido de soltera de su madre? _____</p> <p>10. Reste 3 a 20 y siga restando de 3 en 3 _____</p>
---	---

_____ Número Total de Errores

0-2	Errores	Funcionamiento Intelectual Intacto
3-4	Errores	Daño Intelectual Leve
5-7	Errores	Daño Intelectual Moderado
8-10	Errores	Daño Intelectual Severo

APÉNDICE B

CONSENTIMIENTO DE LA PERSONA PARA TOMAR PARTE DE UN ESTUDIO SOBRE ASPECTOS ÉTICOS EN LA TOMA DE DECISIONES EN ATENCIÓN MÉDICA POR ANCIANOS ESTADOUNIDENSES DE DIFERENTE GRUPO ÉTNICO

Departamento de Medicina Familiar, Hospital Universitario, Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en San Antonio

Le estamos solicitando que participe en un estudio sobre los aspectos éticos en la toma de decisiones médicas, porque a través de este estudio queremos al identificar sus valores y aclarar sus preferencias, ayudar a los profesionales de la salud y a las instituciones a entender, respetar e implementar las decisiones basadas en valores y deseamos conocer si existe alguna diferencia entre los pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Universitario y los que acuden a los Centros de Reunión de Ancianos en la comunidad. Además queremos ayudar a las familias a clasificar los objetivos de la atención médica de sus seres queridos. Queremos conocer la relación que existe entre los datos demográficos, familiares, de atención médica, religión, entre otros y los conocimientos y aplicación del Acta de Autodeterminación del Paciente y el ejercicio de la autonomía. Le pedimos que participe por que usted es una persona mayor de 65 años de edad, de la consulta externa de Medicina Familiar o de Geriatria o de un Centro de Reunión.

Si usted decide tomar parte de este estudio, será entrevistado(a) en este momento o fijaremos una cita, de tal manera que no interfiera con el motivo por el cual acudió usted a la consulta. Se le aplicará su cuestionario de selección múltiple con los datos mencionados anteriormente sobre familiaridad con las leyes de salud, discusión de preferencias en atención con médico y familia y preferencias en toma de decisiones. La entrevista durará aproximadamente 40 minutos.

No existe costo o compensación por participar en este estudio. Anticipamos que no sufrirá riesgo o malestar alguno durante la entrevista. Todo lo que aprendamos de usted en este estudio, será confidencial. Si publicamos los datos del estudio en una revista científica o en un libro, no se le identificara de ninguna manera. La forma de consentimiento y el cuestionario serán almacenados en un gabinete bajo llave en el Departamento de Medicina Familiar.

La decisión de tomar parte en este estudio es voluntaria. Usted es libre de elegir participar o no participar. Si decide participar, puede detener la entrevista en cualquier momento si se siente incómodo(a). Si decide no participar o suspender la entrevista esto no afectara la atención medica que recibe en este hospital.

El Dr. Miguel Bedolla, maestro del Departamento de Medicina Familiar es uno de los investigadores del estudio. Si usted tiene alguna pregunta ahora, por favor, siéntase libre de hacerla. Si usted tiene alguna pregunta adicional, el Dr. Bedolla o la Dra. Celina Gómez Gómez pueden ser localizados en su trabajo, en el teléfono 270-4925 o en el radio 230-4289

Usted recibirá una copia de este formato de consentimiento.

SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO FORMAR PARTE DE ESTE ESTUDIO, QUE HA LEIDO Y ENTENDIDO LA INFORMACION ARRIBA MENCIONADA LA CUAL LE HA SIDO EXPLICADA.

Nombre del Participante

Firma del Testigo

Firma del Paciente

Firma del Testigo

Fecha

Firma del Investigador

APÉNDICE C

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE TEXAS EN SAN ANTONIO



CUESTIONARIO SOBRE “ASPECTOS ÉTICOS EN LA TOMA DE DECISIONES EN ATENCIÓN MÉDICA POR ANCIANOS ESTADOUNIDENSES DE DIFERENTE GRUPO ÉTNICO”

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

NÚMERO DE ENCUESTA: _____

LUGAR DE ENTREVISTA: _____

FECHA DE ENTREVISTA: _____

4.- Género:

0 = Masculino 1 = Femenino

5.- ¿Cuál es su edad? _____ / _____
 Años Meses

6.- ¿Cuál es su fecha de nacimiento? _____ / _____ / _____
 Mes Día Año

7.- ¿Cuál es su estado civil? _____

- 
- 1= Soltero
 - 2= Casado
 - 3= Viudo
 - 4= Separado
 - 5= Divorciado
 - 6= Unión libre

8.- Tiene usted hijos? _____

- 1= Sí
- 2= No

UANL

9.- Si tiene, ¿Cuántos hijos tiene? _____

10.- ¿Cuántos de sus hijos son mujeres? _____

11.- ¿Cuántos de sus hijos son hombres? _____

12.- ¿Cuál es su ingreso mensual actual? _____

- 0= Menos de \$300 dólares
- 1= \$ 310-600
- 2= \$ 601-900
- 3= \$901-1200
- 4= \$ 1201-1500
- 5= \$1501-1900
- 6= Más de \$ 1901

13.- ¿Cuántos años de escuela completó? _____

- 0= Menos de 1 año
- 1= 1-5 años
- 2= 6-9
- 3= 10-12
- 4= Jr. College
- 5= College
- 6= Post Graduate

14.- ¿Con quién vive usted?

- 1= Solo
- 2= Esposo(a)
- 3= Hijos
- 4= Esposo (a) e Hijos
- 5= Parientes
- 6= No parientes (Especifique) _____

ACTA DE AUTODETERMINACIÓN

1.- ¿Sabía usted que existe una ley llamada Acta de Autodeterminación del Paciente, aprobada el 1 de Diciembre de 1991?

- 1= Si
- 2= No

2.- ¿Le gustaría que le lea una versión corta del Acta?

- 1= Si
- 2= No

3.- ¿Entiende usted lo que significa la Autodeterminación?

- 1= Si
- 2= No

4.- ¿Le gustaría que le explique lo que significa la Autodeterminación?

- 1= Si
- 2= No

5.- ¿Es importante para usted en relación a su doctor, poder aceptar o rechazar las recomendaciones de su médico?

- 1= Muy importante
- 2= Es importante
- 3= No sé
- 4= No es importante
- 5= Nada importante

6.- ¿Sabe usted lo que significa Testamento de Salud?

1= Si 2= No

7.- ¿Le gustaría que le explique lo que es el Testamento de Salud?

1= Si 2= No

8.- ¿Tiene usted Testamento de Salud?

1= Si 2= No

9.- ¿Sabe usted lo que son las Órdenes por Adelantado o Directivas Avanzadas?

1= Si 2= No

10.- ¿Le gustaría que le explique lo que son las Órdenes por Adelantado?

1= Si 2= No

11.- ¿Tiene usted su médico familiar?

1= Si 2= No

12.- ¿Ya le dijo a su doctor o enfermera sus Órdenes por Adelantado en caso de que llegue a estar tan enfermo que no pueda decir lo que quiere que se le haga en ese momento?

1= Si
2= No, Por qué?

13.- ¿Sabe su doctor lo que usted desea que se le haga si su corazón deja de latir?

1= Si
2= No, Por qué?

14.- ¿Sabe su doctor lo que usted desea que se le haga si deja de respirar?

1= Si
2= No, Por qué?

15.- ¿Sabe su doctor lo que usted desea que se le haga si ya no puede alimentarse ni tomar agua?

1= Si

2= No, Por qué?

16.- ¿Ha hablado su doctor con su familia de lo que usted desea que se le haga si su corazón deja de latir?

1= Si

2= No,

Por qué?

17.- ¿Ha hablado su doctor con su familia de lo que usted desea que se le haga si deja de respirar?

1= Si

2= No,

Por qué?

18.- ¿Ha hablado su doctor con su familia de lo que usted desea que se le haga si ya no puede alimentarse ni tomar agua?

1= Si

2= No,

Por qué?

19.- ¿Quiere usted participar en decidir qué hacer si su corazón deja de latir?

1= Si

2= No,

Por qué?

20.- ¿Quiere usted participar en decidir qué hacer si deja de respirar?

1= Si

2= No,

Por qué?

21.- ¿Quiere usted participar en decidir qué hacer si ya no puede alimentarse o tomar agua?

- 1= Si
- 2= No,

¿Por qué? _____

22.- ¿Cree usted que las personas deben de participar en las decisiones de lo que se les debe hacer si su corazón deja de latir?

- 1= Si
- 2= No
- 3= No Sé

¿Por qué eligió esta respuesta?

23.- ¿Cree usted que las personas deben de participar en las decisiones de lo que se les debe hacer si dejan de respirar?

- 1= Si
- 2= No
- 3= No Sé

¿Por qué eligió esta respuesta?

24.- ¿Cree usted que las personas deben de participar en las decisiones de lo que se les debe hacer si ya no pueden alimentarse ni tomar agua?

- 1= Si
- 2= No
- 3= No Sé

¿Por qué eligió esta respuesta?

25.- ¿Le molesta hablar con su familia de lo que usted desea que se le haga si su corazón deja de latir, si deja de respirar o si ya no puede alimentarse ni tomar agua?

- 1= Si
- 2= No
- 3= No Sé

¿Por qué eligió esta respuesta?

26.- Si usted no pudiera decidir lo que se le debe hacer si su corazón deja de latir, si deja de respirar o si ya no puede alimentarse o tomar agua, ¿Quién o quiénes son las personas que pueden tomar estas decisiones? _____

- a= Esposo(a)
- b= Hijo
- c= Hija
- d= Todos los hijos
- e= Esposo(a) e Hijos
- f= Otro pariente
- g= No pariente
- h= Doctor

27.- Si usted necesitara tratamiento médico, prefiere: _____

- 1= Tomar la decisión
- 2= Hablar con su familia antes de tomar la decisión
- 3= Que alguno de sus parientes tome la decisión
- 4= Que algún amigo tome la decisión
- 5= Su doctor tome la decisión

28.- ¿Por qué eligió de esta manera?

28a.- Eligió de esta manera por qué?:

- 1= Usted sabe lo que es mejor para usted.
- 2= La persona(s) que es (son) importante (s) en su vida saben lo que es mejor para usted.
- 3= El doctor sabe lo que es mejor para usted.

29.- ¿Quiénes son las personas importantes con quien usted hablaría de lo que le haya informado el doctor antes de hacer una decisión?

a= Esposo(a)

b= Hijo

c= Hija

d= Esposo(a) e Hijos

e= Algunos hijos

f= Todos los hijos

g= Sacerdote, pastor, rabino

h= Amigo

i= Otro

j= Doctor

29j.- Si es otro, especifique:

1= Sobrina

2= Sobrino

3= Hermano

4= Hermana

5= Nieta

6= Nieto

7= Yerno

8= Nuera

9= Hijastro(a)

10= Nadie

30.- Si su doctor sabe lo que es mejor para usted y hace una decisión que a usted no le agrada, ¿Está dispuesto a decirle que no le gustó lo que le recomendó?

1= Si

2= No

3= No Sé

31.- ¿Por qué no está dispuesto a decirle a su doctor que no le agrada la decisión que tomó?

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

31a.- ¿No está dispuesto a decirle, por qué?:

1= El médico sabe lo que está haciendo

2= El doctor no sabe que a usted no le agradó la decisión que tomó pero no sería cortés decirle.

32.- ¿Le gustaría hacer algún comentario de lo que hemos hablado?

PARTICIPACIÓN RELIGIOSA

1.- ¿Cuál es su religión ?

- 1= Católica-Romana
- 2= Bautista
- 3= Metodista
- 4= Presbiteriana
- 5= Episcopaliana

- 6= Luterana
- 7= Adventista del 7 Día
- 8= Otra
- 9= Ninguna

1a.- Si es otra, especifique: _____

2.- Usando su propia definición de una persona religiosa, ¿Qué tan religiosa es usted?

- 1= Muy religiosa
- 2= Religiosa
- 3= No muy religiosa
- 4= Nada religiosa

3.- ¿Qué tan frecuentemente reza en privado aparte de en la iglesia?

- 1= Varias veces al día
- 2= Una vez al día
- 3= Varias veces a la semana
- 4= En ocasiones especiales
- 5= Casi nunca o Nunca

4.- ¿Qué tan frecuentemente ve programas religiosos en la televisión?

- 1= Diario
- 2= Varias veces a la semana
- 3= Una vez a la semana
- 4= De vez en cuando
- 5= Casi nunca o nunca

4a. Si es a diario, ¿Qué programa o pastor ve en la televisión?

5.- ¿Qué tan frecuentemente escucha programas religiosos en la radio?

- 1= Diario
- 2= Varias veces a la semana
- 3= Una vez a la semana
- 4= De vez en cuando
- 5= Casi nunca o nunca

5a. Si es a diario, ¿Qué programa o pastor escucha en la radio?

6.- ¿Cuál de lo siguiente expresa mejor su creencia en Dios?

- 1= Definitivamente creo en Dios
- 2= No estoy seguro de la existencia de Dios
- 3= No estoy seguro de la existencia de Dios pero creo en la existencia de un ser supremo
- 4= No creo en Dios como un ser supremo

7.- Si llegara el día en que ya no pudiera cuidar de sí mismo, ¿Iría a una casa de cuidados para ancianos?

- 1= Si
- 2= No
- 3= No Sé

7a.- ¿Por qué no iría a una casa de ancianos?

8.- ¿Siente usted que su familia emocionalmente está?

- 1= Muy cerca
- 2= Algo cerca
- 3= No muy cerca
- 4= Nada cerca

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

9.- ¿Quién es la persona en quién usted confía y de quien recibe ayuda?

DIRECCION GENERAL DE BIBLIOTECAS

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 1= Espos(a) | 8= Sobrinos |
| 2= Hijo | 9= Nadie |
| 3= Hija | 10= Nuera |
| 4= Amigo(a) | 11= Yerno |
| 5= Hermanos | 12= Hijos |
| 6= Nietos | 13 = Espos(a) e Hijos |
| 7= Otros parientes | |

9a.- ¿Qué tan frecuentemente le ayudan?

Muy Seguido Seguido Poco Nunca

- b.- Con dinero
- c.- Reparaciones en la casa
- d.- Tareas en la casa
- e.- Preparar comidas
- f.- Transportación
- g.- Cuidado durante enfermedades
- h.- A hacer grandes decisiones
- i.- Ir de compras o mandados
- j.- Apoyo emocional
- k.- Consejos

10.- ¿A quién ayuda usted?

- 1= Espos(a)
- 2= Hijo
- 3= Hija
- 4= Amigo(a)
- 5= Hermanos
- 6= Nietos
- 7= Otros parientes

- 8= Sobrinos
- 9= Nadie
- 10= Nuera
- 11= Yerno
- 12= Espos(a) e Hijos
- 13= Hijos

10a.- ¿Qué tan frecuentemente les ayuda?

Muy Seguido Seguido Poco Nunca

- b.- Con dinero
- c.- Reparaciones en la casa
- d.- Tareas en la casa
- e.- Preparar comidas
- f.- Transportación
- g.- Cuidado durante enfermedades
- h.- A hacer grandes decisiones
- i.- Ir de compras o mandados
- j.- Apoyo emocional
- k.- Consejos
- l.- Cuidar a los niños
- m.- Cuidar la casa

APÉNDICE D

ESCALA DE ACULTURACIÓN DE CUÉLLAR

1.- ¿Qué idioma habla?

- 1= Español solamente
- 2= Español, algo de inglés
- 3= Ambos por igual
- 4= Inglés, algo de español
- 5= Inglés solamente

2.- ¿Qué idioma prefiere?

- 1= Español
- 2= Inglés
- 3= Bilingüe

3.- ¿Cómo se identifica a usted mismo?

- 1= Mexicano
- 2= Chicano
- 3= México-Americano
- 4= Otro Hispano, Latino
- 5= Anglo-Europeo

4.- ¿Qué identificación étnica usa/usaba su mamá?

- 1= Mexicano
- 2= Chicano
- 3= México-Americano
- 4= Otro Hispano, Latino
- 5= Anglo-Europeo

5.- ¿Qué identificación étnica usa/usaba su papá?

- 1= Mexicano
- 2= Chicano
- 3= México-Americano
- 4= Otro Hispano, Latino
- 5= Anglo-Europeo

6.- ¿Cuál era el origen étnico de sus amigos y compañeros hasta los seis años de edad?

- 1= Exclusivamente Mexicanos, Chicanos, México-Americanos.
- 2= En su mayoría Mexicanos, Chicanos, México-Americanos
- 3= Casi por igual Mexicanos, Chicanos, México-Americanos y otros grupos étnicos
- 4= En su mayoría Anglo-Americanos, Afro-Americanos y otros grupos étnicos
- 5= Exclusivamente Anglo-Americanos, Afro-Americanos y otros grupos étnicos

7.- ¿Cuál era el origen étnico de sus amigos y compañeros desde los seis hasta los dieciocho años de edad?

- 1= Exclusivamente Mexicanos, Chicanos, México-Americanos.
- 2= En su mayoría Mexicanos, Chicanos, México-Americanos
- 3= Casi por igual Mexicanos, Chicanos, México-Americanos y otros grupos étnicos
- 4= En su mayoría Anglo-Americanos, Afro-Americanos y otros grupos étnicos
- 5= Exclusivamente Anglo-Americanos, Afro-Americanos y otros grupos étnicos

8.- ¿Con quién se relaciona en la comunidad?

- 1= Exclusivamente Mexicanos, Chicanos, México-Americanos.
- 2= En su mayoría Mexicanos, Chicanos, México-Americanos
- 3= Casi por igual Mexicanos, Chicanos, México-Americanos y otros grupos étnicos
- 4= En su mayoría Anglo-Americanos, Afro-Americanos y otros grupos étnicos
- 5= Exclusivamente Anglo-Americanos, Afro-Americanos y otros grupos étnicos

9.- ¿Qué música prefiere?

- 1= Solo en español
- 2= La mayor parte en español
- 3= Por igual
- 4= La mayor parte en inglés
- 5= Solo en inglés

10.- ¿Qué tipo de programas de televisión prefiere?

- 1= Solo en español
- 2= La mayor parte en español
- 3= Por igual
- 4= La mayor parte en inglés
- 5= Solo en inglés

11.- ¿Qué tipo de películas prefiere?

- 1= Solo en español
- 2= La mayor parte en español
- 3= Por igual
- 4= La mayor parte en inglés
- 5= Solo en inglés

12a.- ¿En dónde nació?

- 1= México
- 2= Estados Unidos
- 3= Otro país

12b.- ¿En dónde nació su papá?

- 1= México
- 2= Estados Unidos
- 3= Otro país

12c.- ¿En dónde nació su mamá?

- 1= México
- 2= Estados Unidos
- 3= Otro país

12d.- ¿En dónde nació la mamá de su padre?

- 1= México
- 2= Estados Unidos
- 3= Otro país

12e.- ¿En dónde nació el papá de su padre?

- 1= México
- 2= Estados Unidos
- 3= Otro país

12f.- ¿En dónde nació la mamá de su madre?

- 1= México
- 2= Estados Unidos
- 3= Otro país

12g.- ¿En dónde nació el papá de su madre?

- 1= México
- 2= Estados Unidos
- 3= Otro país

13.- ¿En dónde creció usted?

- 1= En México
- 2= La mayor parte del tiempo en México
- 3= Igual cantidad de tiempo en México y Estados Unidos
- 4= La mayor parte del tiempo en Estados Unidos
- 5= En Estados Unidos

14.- ¿Qué contacto ha tenido usted con México?

- 1= Criado un año o más en México
- 2= Criado menos de un año en México
- 3= Visitas ocasionales a México
- 4= Comunicaciones ocasionales
- 5= Ningún contacto

- 15.- ¿Qué tipo de comida prefiere?
- 1= Solo mexicana
 - 2= La mayor parte mexicana
 - 3= Por igual
 - 4= La mayor parte americana
 - 5= Solo americana

- 16.-¿ En qué idioma piensa usted?
- 1= Solo en español
 - 2= Español más que inglés
 - 3= Por igual
 - 4= En inglés más que en español
 - 5= Solo en Inglés

- 17.- ¿En qué idioma lee mejor?
- 1= Solo en español
 - 2= Español más que inglés
 - 3= Por igual
 - 4= En inglés más que en español
 - 5= Solo en Inglés

- 18.- ¿En qué idioma escribe mejor?
- 1= Solo en español
 - 2= Español más que inglés
 - 3= Por igual
 - 4= En inglés más que en español
 - 5= Solo en Inglés

- 19.- Si se considera usted Mexicano, ¿Qué tan orgulloso se siente de pertenecer a este grupo?
- 1= Extremadamente orgulloso
 - 2= Orgulloso moderadamente
 - 3= Poco de orgullo
 - 4= Nada de orgullo, pero sin sentimientos negativos hacia el grupo
 - 5= Nada de orgullo y con sentimientos negativos hacia el grupo

- 20.- ¿Qué clasificación se daría a sí mismo?
- 1= Muy mexicano
 - 2= En gran parte mexicano
 - 3= Bicultural
 - 4= En gran parte americanizado
 - 5= Muy americanizado.

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Celina Gómez Gómez

Candidata para el Grado de

Doctorado en Medicina

Tesis: ASPECTOS ÉTICOS EN LA TOMA DE DECISIONES EN ATENCIÓN
MÉDICA POR ANCIANOS ESTADOUNIDENSES DE DIFERENTE GRUPO
ÉTNICO

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos Personales: Nacida en Linares, N.L. el 8 de Enero de 1953, hija de Juan Pablo Gómez Villalón y Adela Emilia Gómez Galván.

Educación:

Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado de Médico Cirujano y Partero en 1975. Estudios de Posgrado en Medicina Familiar en 1979. Estudios de Pediatría en el Instituto Nacional de Pediatría del D.I.F y en el Instituto de la Nutrición en México, D.F en 1979 y 1980. Fellowship en Bioética y Directivas Avanzadas en el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en San Antonio, U.S.A. de 1994-1996.

Experiencia Profesional:

Maestra de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma de Nuevo León desde 1981. Coordinadora del Area de Bioética. Tutor de estudiantes Extranjeros e Investigador del Departamento de Medicina Familiar. Miembro del Comité Evaluador de los trabajos de investigación del Congreso Nacional de Investigación Biomédica. Miembro del Comité de Bioética y Bioseguridad de los Servicios de Salud del Estado de Nuevo León.

RESUMEN

Dra. Celina Gómez Gómez

Fecha de Graduación: Marzo, 2002

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Medicina

**Título del Estudio: ASPECTOS ÉTICOS EN LA TOMA DE DECISIONES
EN ATENCIÓN MÉDICA POR ANCIANOS
ESTADOUNIDENSES DE DIFERENTE GRUPO ÉTNICO**

Número de Páginas: 74

**Candidato para el grado de
Doctorado en Medicina**

Area de Estudio: Ciencias de la Salud

Propósito y Método del Estudio: Este estudio describe y compara la manera en la que tres grupos de ancianos americanos entienden y valoran la autonomía y la autodeterminación en la calidad de la atención médica que reciben dentro del contexto de su etnicidad y en relación al Acta de Autodeterminación del Paciente. Se entrevistaron 150 ancianos competentes, mayores de 65 años de edad que acudieron a la consulta de Geriátrica o a centros de reunión o que viven en apartamentos para adultos mayores. La participación consistió, previo consentimiento informado, en contestar las respuestas del examen del estado mental de Pfeiffer; proporcionar los datos demográficos; contestar un cuestionario estructurado acerca de la manera en que la persona percibe su autonomía y capacidad para tomar decisiones médicas; contestar una sección de participación religiosa y/o social y contestar las preguntas de una escala de aculturación. Se valoró la familiaridad con las directivas avanzadas, si habían discutido o no las preferencias con su médico, si el médico había discutido con la familia las preferencias del paciente y las preferencias del paciente en la toma de decisiones.

Contribuciones y Conclusiones: Un estudio sobre decisiones al final de la vida y conocimientos sobre cuestiones legales en salud en ancianos de diferente grupo étnico. Existen diferencias en los tres grupos étnicos dependiendo del nivel de cultura, estas diferencias nos permitirán diferentes maneras de abordaje en la toma de decisiones médicas. La mayoría de los ancianos no sabía de la existencia de las directivas; el hablar sobre la toma de decisiones al final de la vida o en situaciones críticas es para el paciente, el médico y la familia un tema difícil de tratar. A la mayoría de los ancianos no les molesta hablar con médico y familia sobre sus preferencias y les gustaría participar en la toma de decisiones.

FIRMA DEL ASESOR: _____

