

Guayaquil, 08 de octubre del 2021

Sr. Doctora
Gisella Ruiz Ortega, MSc
Gestora General de Posgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Guayaquil
Ciudad

De mi consideración:

Por medio del presente informo a usted, sobre el **TRABAJO DE TITULACIÓN** presentado por el **DR. RAMIRO ISIDRO VILLARREAL PUENTE** de la Especialización de **MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA** cuyo tema es: **"IMPRESIÓN Y EXPERIENCIAS VIVIDAS POR PACIENTES CRÍTICOS EN UCI. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO"**, el mismo que se ha procedido a la revisión pertinente a mi asignado y cumple con los parámetros establecidos en las normas vigentes por la Universidad de la resolución **RPC-SO-11-No.213-2017**.

Por tal motivo, el proyecto final de investigación antes mencionado está debidamente aprobado, para que pueda continuar con el proceso respectivo.

Particular que comunico a usted para los fines pertinentes.

Atentamente



Firmado electrónicamente por:
MAXWELL OVILDO
RODRIGUEZ ORTIZ

DR. MAXWELL RODRIGUEZ ORTIZ, Mgs.
C.C. 0915326581
REVISOR METODOLÓGICO

CERTIFICADO DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Guayaquil, 13 de septiembre del 2021

MSc. Alfredo Yagual Velastegui
**Coordinador de Posgrado de la
Universidad de Guayaquil**

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación denominada **"IMPRESIÓN Y EXPERIENCIAS VIVIDAS POR PACIENTES CRÍTICOS EN UCI. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO"** del postulante **Dr. RAMIRO ISIDRO VILLARREAL PUENTE**, de la Especialidad en **MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA**, indicando que ha cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento *(opcional según la modalidad)*
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud (firmado), la versión aprobada del trabajo de titulación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, CERTIFICO, para los fines pertinentes, que el/os postulante está apta para continuar con el proceso.

Atentamente,



ALEX SEGUNDO
RAMIREZ GAONA

TUTOR

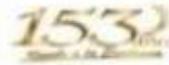
DR. ALEX RAMIREZ GAONA, Esp

C.I 0909541617



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
GESTORÍA GENERAL DE POSGRADO



Oficio Nro. 404.GGP.FCM.UG.21-Tem

Agosto 18 de 2021

Doctor
Ramiro Isidro Villarreal Puente
213-MCTI-00001
NORMATIVA RPC-SO-11-No.213-2017

Continuando con el proceso de titulación según Reglamento de Reconocimiento Académico para el Ejercicio profesional de los médicos que requieran registrar una especialidad de hecho en la Universidad de Guayaquil de la resolución RPC-SO-11-213-2017, comunico a usted que el tema del **TRABAJO DE TITULACIÓN MODALIDAD "ANÁLISIS DE CASOS"**:

"IMPRESIÓN Y EXPERIENCIAS VIVIDAS POR PACIENTES CRÍTICOS EN UCL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO"

Tutor: Dr. ALEX SEGUNDO RAMIREZ GAONA ALEX SEGUNDO

Ha sido revisado, modificado y aprobado el **18 de agosto del 2021**, por lo tanto, puede continuar con la ejecución del mismo de acuerdo a la normativa establecida.

Atentamente,



MARIA
GISELLA RUIZ

Dra. Gisella Ruiz Ortega, MSc.
GESTORA GENERAL DE POSGRADO

Elaborado por: Leda Ixí Corrajo S
Revisado y Aprobado por: Dra. Gisella Ruiz O



Hospital de Especialidades

Teodoro Maldonado Carbo

COORDINACION GENERAL DE DOCENCIA

CERTIFICADO

Guayaquil, 07 de Octubre del

2021

Por medio de la presente certifico que el Dr. **RAMIRO ISIDRO VILLARREAL PUENTE** con C.I. **170443796-9**, recopiló datos estadísticos en los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, con previa autorización de esta Coordinación, y de los mismos pacientes, como requisito para su trabajo de titulación modalidad "Análisis de casos" para el reconocimiento académico del ejercicio profesional como especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva para la obtención de su título cuyo tema de tesis es "**IMPRESIÓN Y EXPERIENCIAS VIVIDAS POR PACIENTES CRITICOS EN UCI HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO**".

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Dr. Carlos Mawyo Muñoz

Coordinador General de Docencia

Dr. Carlos Mawyo Muñoz
COORDINACION GENERAL DE DOCENCIA
RES. REG. N.º 011.016.610.224
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES T.M.C.



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS GESTORÍA GENERAL DE
POSGRADO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PREVIO
PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA**

TEMA

**“IMPRESIÓN Y EXPERIENCIAS VIVIDAS POR PACIENTES CRÍTICOS EN
UCI. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO”**

AUTOR

DR. RAMIRO ISIDRO VILLARREAL PUENTE

TUTOR

DR. ALEX SEGUNDO RAMIREZ GAONA

AÑO

2021

GUAYAQUIL - ECUADOR



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
GESTORÍA GENERAL DE POSGRADO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, RAMIRO ISIDRO VILLARREAL PUENTE

DECLARO QUE:

El Trabajo de titulación con el tema: “**IMPRESION Y EXPERIENCIAS VIVIDAS POR PACIENTES CRITICOS EN UCI. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO**” como parte de requisito previa a la obtención del Título de Especialista en **MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA**, por medio de la aplicación a el reconocimiento académico del ejercicio profesional de los especialistas médicos de hecho, se realizará por esta única vez y exclusivamente dirigida a aquellos médicos o doctores en Medicina (tercer nivel) nacionales o extranjeros que hubieren iniciado el ejercicio profesional en el Ecuador hasta el 31 de octubre de 2000 mediante Resolución (CES- 11- 2017) **RPC-SO-11-No.214-2017** ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del trabajo de titulación mencionado.

AUTOR

Dr. RAMIRO ISIDRO VILLARREAL PUENTE

C.I. 1704437969



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
GESTORÍA GENERAL DE POSGRADO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO
PREVIO PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA**

TEMA

**“IMPRESIÓN Y EXPERIENCIAS VIVIDAS POR PACIENTES CRÍTICOS
EN UCI. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO
CARBO”**

AUTOR

DR. RAMIRO ISIDRO VILLARREAL PUENTE

TUTOR

DR. ALEX SEGUNDO RAMIREZ GAONA

AÑO

2021

GUAYAQUIL - ECUADOR

AGRADECIMIENTO

Mi mayor y profundo agradecimiento a Dios, que ha guiado mis pasos y me ha extendido varias oportunidades de crecimiento profesional.

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a mi familia quienes me han acompañado en todo momento a lo largo de mi carrera profesional.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	9
DEDICATORIA	9
ABREVIATURAS	11
1. INTRODUCCION	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
JUSTIFICACIÓN	12
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	13
Objetivo general	13
Objetivos específicos	13
2. DESARROLLO	13
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA	13
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA CONCEPTUAL	13
TEORÍA GENERAL	13
TEORÍAS SUSTANTIVAS	15
MARCO REFERENCIAL	16
MARCO METODOLÓGICO	20
METODOLOGÍA	20
MÉTODO	20
CATEGORÍAS Y DIMENSIONES	20
INSTRUMENTOS	20
UNIDAD DE ANÁLISIS	20
GESTIÓN DE DATOS	20
CRITERIOS ÉTICOS	222
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	25

CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
APENDICES	33
APENDICE 1. ÁRBOL DE PROBLEMAS	33
APENDICE 2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	34
APENDICE 3. FIRMA DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	38
APENDICE 4. CERTIFICADO DE SIMILITUD URKUND	39
APENDICE 5. REPOSITORIO DE SENESCYT	40
TABLA 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41
TABLA 2. DATOS DEMOGRÁFICOS	42
TABLA 3. DIAGNÓSTICO AL INGRESO	42
TABLA 4. RELACIÓN ENTRE LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW Y LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO	43
GRÁFICO 1. ESCALA DE COMA DE GLASGOW AL INGRESO	43

ABREVIATURAS

ECM: experiencias cercanas a la muerte

UCI: unidad de cuidados intensivos

1. INTRODUCCION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las experiencias cercanas a la muerte (ECM) plantean importantes preguntas sin respuesta sobre cambios en la actividad cerebral que tienen lugar en los momentos previos a la muerte, así como en sueños y estados alterados en los que se informa que ocurren experiencias similares. El hecho de que las ECM tienen lugar en respuesta tanto a traumas que amenazan la vida como a situaciones que no amenazan la vida, sugiere que múltiples mecanismos subyacen a la fenomenología de las ECM.

Las experiencias cercanas a la muerte se han caracterizado por ser vívidas y realistas, a veces profundas, que cambian la vida, informadas por personas que han estado ya sea fisiológicamente cerca de la muerte como en un paro cardíaco u otras condiciones médicas o emergencias potencialmente mortales, o por personas que creían que la muerte era inminente.

La mayoría de las personas que experimentan una enfermedad o lesión potencialmente mortal no informa experiencias cercanas a la muerte, mientras que un porcentaje significativo, posiblemente la mayoría, de las personas que las informan nunca corren el riesgo de morir.

Características comúnmente descritas por las personas que informan tener experiencias cercanas a la muerte incluyen una experiencia extracorpórea, profundos sentimientos de paz, la sensación de moverse un túnel oscuro, la sensación de "ver" un brillante ligero, experimentar una vívida revisión de los recuerdos de la vida (la llamada revisión de la vida) y "encuentros" con parientes fallecidos, seres queridos o seres sobrenaturales.

Aunque las mismas características se informan en muchas experiencias cercanas a la muerte, ninguna característica particular es descrita universalmente por todos los pacientes que las experimentan y cada experiencia cercana a la muerte es única en términos de las

características que contiene, la relativa complejidad de las mismas y la secuencia o patrón en el que se experimentan imágenes visuales, entre otras.

JUSTIFICACIÓN

Desde el origen de la humanidad se han relatado historias sobre percepciones paranormales y experiencias cercanas a la muerte en distintos conceptos culturales y en varios países a nivel global, perteneciendo la medicina occidental a uno de los escenarios, donde son experimentadas por los pacientes que se han enfrentado a situaciones especiales como trauma o enfermedades o estados clínicos graves cuyo desenlace más probable puede ser la muerte. En Ecuador constituye un tema de mínimo interés, hablando de él en términos científicos, pues sí es abordado desde el empirismo, lo coloquial o en varias cosmovisiones de pueblos ancestrales.

La experiencia a nivel mundial tampoco es amplia en este contexto, es por ello que el desarrollo de investigaciones en este campo, en este caso específicamente en pacientes pertenecientes a las Unidades de Cuidado Intensivo, puede ofrecer un mejor detalle de la frecuencia de ocurrencia de estos eventos y puede otorgar una mejor comprensión de su composición, como de la experiencia de los pacientes que los perciben.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Tuvieron experiencias cercanas a la muerte los pacientes críticos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante Agosto 2019?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo general

Describir las experiencias cercanas a la muerte en los pacientes con edades entre 40 a 90 años, de ambos sexos, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante Agosto del 2019.

Objetivos específicos

- Determinar cuántos pacientes tuvieron experiencias cercanas a la muerte.
- Determinar las condiciones clínicas-diagnósticas de cada paciente que tuvo estas experiencias.
- Determinar datos demográficos de los participantes

2. DESARROLLO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA CONCEPTUAL

TEORÍA GENERAL

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son aquellas en las cuales las funciones de sobrevivencia de los pacientes se encuentran disminuidas por lo que necesitan una mayor intervención tecnológica, medicación intensa, seguimiento y cuidado estricto para poder continuar con sus funciones normales (Serpil, 2017).

La atención al paciente de cuidados intensivos requiere un equipo de salud con entrenamiento especial, que tenga pleno conocimiento de las prácticas relacionadas con cuidados intensivos y que tome en cuenta resultados de investigaciones basadas en la evidencia (Serpil, 2017).

Los equipos que trabajan en unidades de cuidados intensivos, donde la máxima prioridad es mantener al paciente vivo, a veces pueden pasar por alto el hecho de que los pacientes tienen

necesidades psicológicas y se enfocan principalmente en la satisfacción de las necesidades fisiológicas. (Soares et al., 2019) La precisión hacia las necesidades psicológicas aumentaría con la guía de algunos estudios que muestran que el apoyo psicológico durante el período de recuperación contribuye positivamente a los pacientes. (Serpil, 2017) Cabe mencionar, que dentro de las necesidades psicológicas se podría incluir la atención a la ocurrencia de experiencias cercanas a la muerte, mismas que generarán un cierto impacto psicológico que deberá ser manejado por profesionales.

Históricamente, criterios médicos utilizados para definir la muerte han pasado del cese de la vida relacionado con la ausencia de latidos cardíacos al cese completo de la función cerebral. La definición actual más amplia y ampliamente aceptada de muerte es el "permanente cese de las funciones críticas del organismo en su conjunto" (Laureys, 2005). Recientes innovaciones en la tecnología de reanimación que implican enfriar el cuerpo a temperaturas muy bajas después de un paro cardíaco han extendido significativamente el límite viable de reanimación y, por definición, el umbral más allá del cual las funciones en el cuerpo y el cerebro no pueden restaurarse (Parnia y Young, 2013).

Las experiencias cercanas a la muerte (ECM) se han definido tradicionalmente como "cualquier experiencia perceptiva consciente que ocurre en individuos declarados clínicamente muertos o que se acercaron mucho a muerte física"(Moody, 1975). Más recientemente, las ECM se han caracterizado mejor como "un evento psicológico profundo que incluye elementos trascendentales y místicos, que generalmente ocurren en personas cercanas a la muerte o en situaciones de intenso peligro físico o emocional "(Greyson, 2000). Casi una de cada cuatro personas que sobrevive a una lesión crítica y entre el 4 y el 9% del total de la población han experimentado una ECM (Cant et al., 2012).

Los resultados de estudios en animales y humanos respaldan que una oleada de actividad eléctrica altamente coherente tiene lugar en el cerebro momentos antes del cese de la función cardíaca. (Greyson, 2003) A partir de estos hallazgos, se propone un modelo multifactorial en el que factores fisiológicos y psicológicos dispares activan redes interconectadas dinámicamente, lo que resulta en un contenido de fenómenos interpretados retrospectivamente como una experiencia cercana a la muerte. (Lockett, 2017) Existen 3 variaciones de un modelo general basado en el supuesto de que las redes neuronales se pueden activar en un evento único, en serie o en paralelo con otras redes. Los mecanismos postulados para los modelos difieren con respecto al orden relativo de la dinámica de la red neuronal involucrada. (Topçu, 2017) El contenido de fenómenos de una ECM única y el hecho de recordarla están limitados por múltiples factores fisiológicos que modulan la actividad de la red neuronal y afectan la codificación y decodificación de la información en regiones cerebrales corticales y subcorticales. (Lake, 2017)

Avances rápidos en reanimación, soporte vital, y las tecnologías funcionales de imágenes cerebrales han generado cambios en la comprensión de la muerte y el cerebro y han proporcionado nuevas ideas sobre mecanismos neuronales asociados con estados mínimamente conscientes y estados vegetativos persistentes. (Edeer et al., 2019) Estos hallazgos pueden ayudar a aclarar los mecanismos neurales subyacentes de las experiencias cercanas a la muerte informadas por personas que recuperan el funcionamiento consciente normal después de períodos breves o prolongados de pérdida de conciencia.

TEORÍAS SUSTANTIVAS

Las características principales de las ECM incluyen experiencias extracorpóreas, sentimientos pacíficos y experiencias trascendentales o místicas.

Las experiencias extracorpóreas se caracterizan por una sensación de auto-visualización desde una posición de altura, mientras que las experiencias trascendentales o místicas implican un paso aparente de la conciencia hacia una dimensión extranjera. (Pistoia, 2018)

La fenomenología de las ECM ha sido reportada con suficiente consistencia como para que sean consideradas no como un fenómeno cultural sino como un fenómeno con características científicas específicas y mecanismos neurales subyacentes. (Pistoia, 2018)

De hecho, aunque ninguna característica específica ha sido universalmente descrita por todos los experimentadores de ECM, existen numerosos casos de correlaciones aparentes entre características específicas de ECM y circunstancias en las que ocurren estos eventos (Lake, 2017). Todas estas observaciones han provocado la difusión de varios estudios investigando la frecuencia y relevancia de las ECM, las causas de la heterogeneidad de las ECM en diferentes condiciones y tipos de vida y los posibles mecanismos neurales subyacentes a la fenomenología de las ECM (Charland-Verville et al., 2014; Lake, 2017)

Modelos biológicos, psicológicos y transpersonales se han propuesto explicar los contenidos de las ECM pero todavía no hay consenso sobre un solo modelo unificado (Lake, 2017).

La herramienta más utilizada para evaluar las ECM como fenómeno unitario es la escala de ECM de Greyson (Greyson, 1983). A pesar de que esta se encuentra disponible solamente en la versión original en inglés, puede ser aplicada a los pacientes de habla hispana mediante traducción y adaptación de su contenido, sin embargo, futuros estudios donde se valide la escala y se adapte en el idioma y contexto cultural de los países latinoamericanos serían necesarios.

MARCO REFERENCIAL

Casi 1 de cada 4 personas que sobreviven a una enfermedad crítica y entre 4% y 9% de la población general, informa haber tenido una experiencia cercana a la muerte (Cant, Cooper,

Chung y O'Connor, 2012). En un gran estudio multicéntrico de sobrevivientes de paro cardíaco (N= 140), el 46% informó tener recuerdos con los siguientes temas principales: miedo, animales/plantas, luz brillante, violencia/persecución, deja-vu, familia, y eventos posteriores al paro. En esta serie, el 9% tenía experiencias cercanas a la muerte y el 2% describió conciencia con recuerdo explícito de "ver" y "oír" eventos reales relacionados con su reanimación (Parnia et al., 2014). Un paciente tuvo un período de conciencia verificable tiempo durante el cual no se esperaba la función cerebral. Aunque las grabaciones de EEG no se hicieron en el estudio, los autores señalaron que el paro cardíaco estuvo acompañado de hipoperfusión cerebral global y pérdida de la función del tronco encefálico, que generalmente se asocia con el cese de la actividad eléctrica cerebral tanto en estructuras de la corteza cerebral como en el cerebro profundo.

El contenido de fenómenos típicos de las ECM ha sido reportado en diversos estados de conciencia, incluyendo la llamada conciencia normal de vigilia, sueños, estados de trance, estados inconscientes inducidos médicamente como anestesia general, coma prolongado y persistente, estados vegetativos, así como en respuesta al miedo intenso.

Un modelo neuropsicológico propuesto hace más de medio siglo por Werner puede ayudar a explicar algunas características de las experiencias cercanas a la muerte (Werner, 1948, 1957/1978). Werner introdujo el concepto de cognición sincrética, lo que implica la desdiferenciación de la percepción de cualidades en la experiencia subjetiva y considerada como una parte importante de la psicología normal desarrollada a medida que una persona se mueve de un "estado de falta de diferenciación a un estado de aumento de diferenciación". Ejemplos de cognición sincrética incluyen sinestesia (la fusión de modalidades sensoriales) e imágenes eidéticas (la fusión de imágenes y percepción).

Al menos algunas experiencias interpretadas como experiencias cercanas a la muerte pueden ser consistentes con la cognición sincrética. El debate sobre tipologías y modelos de ECM ha resultado en teorías multifactoriales que se basan en gran medida en anecdóticos informes de casos, pero no se han verificado empíricamente debido a la imprevisibilidad de las ECM, limitaciones de las metodologías de investigación contemporáneas y consideraciones éticas en la investigación sobre conciencia humana (Bókkon, Mallik, & Tuszyński, 2013).

MARCO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA

La metodología usada en este proyecto fue de carácter descriptivo, cualitativo, porque estudia la realidad y su contexto natural, indagando e interpretando fenómenos de los sujetos de investigación, utilizando instrumentos para recolectar información como entrevistas a pacientes y observación.

MÉTODO

La metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. Esta metodología consiste en más que en un conjunto de técnicas para recoger datos, en un modo de encarar el mundo empírico. Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan y las personas que son objeto de su estudio. Se ha dicho de ellos que son naturalistas. Es decir que interactúan con los informantes de un modo natural y no intrusivo.

CATEGORÍAS Y DIMENSIONES

En el presente proyecto de investigación se establecieron las siguientes categorías: cognitiva, afectiva, paranormal y trascendental; de las cuales derivaron para un análisis posterior dimensiones que comprenden: percepción temporal, pensamiento, sentimientos, percepción sensorial, percepción extrasensorial, percepción corporal, percepción temporo-espacial, percepción espacial, percepción de eventos místicos y percepción de eventos religiosos.

La información producto de la investigación en base a estas dimensiones y mediante la aplicación de la encuesta a los participantes, constituirá el pilar fundamental de este trabajo.

A partir de los resultados obtenidos se podrá determinar la experiencia de los pacientes

críticos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

Además, se obtuvieron características demográficas básicas de los pacientes e información correspondiente al ingreso y permanencia en la Unidad de Cuidado Intensivo.

INSTRUMENTOS

El siguiente proyecto utilizó como instrumento principal la técnica de encuesta a pacientes críticos entre 40 y 90 años, de ambos sexos, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo que firmaron el consentimiento informado previamente.

UNIDAD DE ANÁLISIS

La encuesta se compuso de 11 preguntas cerradas sobre datos demográficos y clínicos iniciales y 16 preguntas cerradas estructuradas que se orientaron a cada una de las dimensiones ya descritas (Anexo 2), basadas en una escala desarrollada previamente para ECM por Greyson.

Se incluyeron 25 pacientes, de ambos sexos, quienes estuvieron hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante Agosto 2019.

GESTIÓN DE DATOS

Los datos fueron recogidos primero mediante encuesta escrita a los pacientes y posteriormente fue digitalizada mediante formularios Google Forms ® para mejor procesamiento de la información obtenida.

Todos los datos fueron recopilados y procesados mediante Microsoft Excel 2016 y posteriormente analizados con la herramienta bioestadística desarrollada en Ámsterdam: JASP 0.11.1.

CRITERIOS ÉTICOS

El autor declara que los procedimientos seguidos en este estudio se analizaron exclusivamente sobre los pacientes sin intervención del autor durante los mismos, a excepción de la aplicación de la encuesta, misma que estuvo sujeta al anonimato y a previa obtención de consentimiento informado, de acuerdo con la Declaración de Helsinki. Además, se ha guardado absoluta reserva según las normas vigentes de la institución de salud de donde se recabó la información de este trabajo.

RESULTADOS

El 36% de los participantes tuvo una edad entre 40 a 50 años, el 4% una edad entre 51 y 60 años, el 20% tuvo una edad entre 61 a 70 años, el 16% tuvo una edad entre 71 a 80 años y el 24% tuvo una edad entre 81 a 90 años. La edad media global fue 64.4 años (DS \pm 16.4).

El 84% de los participantes fue de sexo masculino mientras que el 16% fue de sexo femenino. (TABLA 2)

Los diagnósticos bajo los que se encontraban los pacientes al momento de la encuesta comprendieron: infarto cerebral (28%), insuficiencia cardíaca (20%), insuficiencia renal aguda (8%), insuficiencia respiratoria (20%), leucemia (12%), obstrucción de las vías biliares (8%) y síndrome de Guillain-Barré (4%). (TABLA 3).

Ninguno de los pacientes recibió maltrato por parte del personal de admisiones del hospital, tampoco recibieron maltrato alguno durante la hospitalización, el proceso de ingreso al hospital les resultó sencillo y no complicado a todos los pacientes y asimismo a todos se les permitió la presencia de un familiar durante su hospitalización.

El 52% de los pacientes tuvo un puntaje en la Escala de Coma de Glasgow de 13 a 15 al momento del ingreso, el 4% tuvo un puntaje de 9-12 y el 44% tuvo un puntaje de 3 a 8, lo que fue concordante con la percepción personal de su estado al ingreso: despierto (56%) e inconsciente (44%). (TABLA 4) (GRÁFICO 1)

En cuanto a la categoría cognitiva, respecto a la percepción de la aceleración del tiempo, para el 68% el tiempo parecía transcurrir más rápido de lo normal, para el 12% todo parecía suceder al mismo tiempo y 20% no percibió cambios.

Respecto a la percepción de la aceleración del pensamiento, 52% no percibió cambios, 36% percibió sus pensamientos más rápido de lo normal y el 12% los percibió increíblemente rápidos.

El 40% de participantes recordó varios eventos pasados, el 52% no tuvo recuerdos y el 8% sintió que el pasado corrió ante ellos, fuera de control.

El 16% tuvo la sensación de comprender todo sobre el universo, EL 40% tuvo la sensación de comprender todo sobre sí mismos y el 44% restante no presentó percepción alguna respecto a la comprensión.

Entrando en la categoría afectiva, el 60% de los participantes tuvo una sensación de alivio o calma, el 16% sintió una increíble paz o bienestar y el 24% restante no tuvo sensación alguna. Apenas el 16% percibió una increíble alegría, 4% sintió emoción, mientras que el 80% no tuvo estos sentimientos.

El 32% reportó sentirse unido, uno sólo con el mundo, el 40% sin conflicto con la naturaleza y el 28% no mostró sentimientos de armonía o unión con el universo.

Una luz inusualmente brillante fue percibida por el 64% de los participantes, mientras que el 24% percibió una luz claramente de origen místico o de otro mundo y el 12% no percibió ninguna.

En la categoría paranormal, en el 44% de los participantes sus sentidos se encontraban más agudizados de lo usual, en el 12% increíblemente más agudizados y el 44%, empatando a la primera descripción, no reportó cambios en su percepción sensorial.

El 68% pareció no estar al tanto de las cosas que suceden en otros lugares, como si fuera por percepción extrasensorial, mientras que el 24% sí lo estuvo, pero con hechos aún no corroborados y apenas el 8% lo estuvo, con hechos posteriormente corroborados.

Al 60% no se le presentó escenas del futuro, al 8% se le presentó escenas del futuro del mundo y al 32% se le presentó escenas del futuro personal.

De manera llamativa, el 60% de participantes reportó separación de su cuerpo físico: 36% de participantes reportó haber dejado claramente el cuerpo y haber existido fuera de él y el 24%

solamente haber perdido conciencia del propio cuerpo. Mientras que el 40% no reportó haberse separado de su cuerpo físico.

Finalmente, en la categoría trascendental, al 50% le pareció entrar en un lugar no familiar o extraño, el 25% experimentó entrar en un reino claramente místico o sobrenatural y el 25% no tuvo experiencia alguna.

El 44% reportó haberse encontrado con un ser definido o voz claramente de origen místico o de otro mundo, el 28% haber escuchado una voz no identificable y el 28% no se encontró con un ser o presencia mística.

El 48% reportó haber observado espíritus fallecidos o figuras religiosas, el 28% haber sentido su presencia y el 24% no haber experimentado esto.

El 28% de participantes reportó haber tenido que tomar una decisión consciente de "volver" a la vida, el 24% haber llegado a una barrera o límite que no se le permitió cruzar o haber sido "devuelto" a la vida involuntariamente y el 48% no tuvo dichas experiencias.

DISCUSIÓN

La edad de los participantes se ubicó en los rangos descritos probablemente porque en una Unidad de Cuidado Intensivo, la mayoría de los pacientes son adultos con comorbilidades, asimismo, posiblemente la mayoría de los pacientes fue de sexo masculino por esta misma razón. Habría que determinar en muestras más amplias y homogéneas si existe variabilidad de resultados según el sexo.

Está demás insistir en que los diagnósticos bajo los que se encontraban los pacientes al momento de la encuesta fueron de gravedad, lo que abre una nueva interrogante, a saber si en individuos en otros escenarios clínicos de menor complejidad sería posible la presentación de experiencias cercanas a la muerte.

En contraste con lo que por lógica se esperaría, la mayoría de los pacientes estuvo despierto y consciente al momento de su ingreso.

Más de la mitad percibió que el tiempo transcurría más rápido de lo normal, asimismo, casi la mitad percibió sus pensamientos más rápido de lo normal, también tuvieron recuerdos de eventos pasados y sensación de comprensión del universo y de sí mismos en menor porcentaje.

Más de la mitad de los participantes tuvo una sensación de alivio o calma y más de la mitad percibieron una luz inusualmente brillante, lo que demuestra que las experiencias cercanas a la muerte afectivas ocurren con mayor frecuencia que las cognitivas descritas anteriormente.

La categoría paranormal, de todas maneras, supera a la afectiva al presentarse en más de la mitad de los participantes agudizamiento de los sentidos y salida clara del propio cuerpo y existencia fuera de él.

Sin embargo, existe mayor porcentaje de aquellos pacientes a los que les pareció entrar en un lugar no familiar o extraño, haberse encontrado con un ser definido o voz claramente de origen místico o de otro mundo o haber observado espíritus fallecidos o figuras religiosas,

haciendo de la categoría trascendental la más frecuente de todas; resultado que puede ser atribuido quizás a la construcción social y cultural de las generaciones pasadas en el Ecuador, de todas maneras estaría sujeto a comprobación mediante comparaciones en otras generaciones y en otros escenarios culturales.

Los resultados muestran con claridad que la ocurrencia de estos eventos es un hecho, de todas maneras, la mente humana es un campo aún confuso, donde cada vez surgen nuevas interrogantes acerca de su funcionamiento y de los fenómenos que corresponden a ella.

CONCLUSIONES

Aproximadamente la mitad de los pacientes de UCI incluidos en este estudio tuvieron experiencias cercanas a la muerte, percibidas en diferentes categorías: cognitiva, afectiva, paranormal, trascendental.

Es innegable que las experiencias cercanas a la muerte ocurren en cada individuo en situaciones, edades y formas distintas, pudiendo no ser factible una categorización universal de estos sucesos.

Es necesario profundizar la comprensión de estos eventos a nivel nacional mediante estudios neuro-sensoriales, psicológicos, entre otros, que permitan una explicación científica más exacta de los mismos y de esta manera incluso lograr un abordaje más completo del paciente de UCI, con un enfoque no sólo clínico sino también personal-psicosensorial.

RECOMENDACIONES

El abordaje de los pacientes de una unidad de cuidado intensivo merece especial atención no solamente en el manejo clínico exacto de sus parámetros vitales, sino también de sus necesidades básicas que incluyen afectivas y de comodidad, mismas que resultan fundamentales para su recuperación. Aspectos como permitir el contacto con un familiar durante el periodo de hospitalización y un trato amable desde el momento de admisión, sin duda contribuyen a lograr este objetivo. La Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, como se evidenció en este estudio, presta sus servicios de manera integral, por ello se recomienda continuar en la labor ya iniciada con el mismo ímpetu y calidad humana que los caracterizan.

Además, a estos pacientes que permanecen hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, se les debe proporcionar apoyo de tipo psicológico y de ser necesario, psiquiátrico, debido a las experiencias como las que se han relatado en este trabajo, que pueden generar un impacto sobre su evolución clínica y su entorno personal. Seguramente el manejo integral con especialistas en estas áreas podría transformar el curso de la estancia hospitalaria y los aspectos cognitivo-conductuales de los pacientes, favoreciendo su recuperación y reintegro exitoso a la vida cotidiana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Avramidis S. Paranormal Experience in a Medico-Swimming Rescue : 2013;408–17.
2. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em unidade de terapia intensiva. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015 May 1;23(3):411–8.
3. Bókkon, I., Mallick, B. N., & Tuszynski, J. A. (2013). Near death experiences: A multidisciplinary hypothesis. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, Article No. 533. <http://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2013.00533>
4. Cant, R., Cooper, S., Chung, C., and O'Connor, M. (2012). The divided self: near death experiences of resuscitated patients—a review of literature. *Int. Emerg. Nurs.* 20, 88–93. doi: 10.1016/j.ienj.2011.05.005
5. Charland-Verville, V., Jourdan, J. P., Thonnard, M., Ledoux, D., Donneau, A. F., Quertemont, E., et al. (2014). Near-death experiences in non-life-threatening events and coma of different etiologies. *Front. Hum. Neurosci.* 8:203. doi: 10.3389/fnhum.2014.00203
6. Choi Y, Park M, Kang DH, Lee J, Moon JY, Ahn H. The quality of dying and death for patients in intensive care units: A single center pilot study. *Acute Crit Care*. 2019;34(3):192–201.
7. Death and bioetics in the intensive care unit - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 2019 Dic 7]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28991283>
8. Edeer AD, Bilik Ö, Kankaya EA. Thoracic and cardiovascular surgery patients: Intensive care unit experiences. *Nurs Crit Care*. 2019;

9. Greyson B. Incidence and correlates of near-death experiences in a cardiac care unit. 2003;25:269–76.
10. Greyson, B. (2000). “Near-death experiences,” in *Varieties of Anomalous Experiences: Examining the Scientific Evidence*, eds E. Cardena, S. Lynn, and S. Krippner (Washington, DC: American Psychological Association), 315–352.
11. Lake, J. (2017). The near-death experience: a testable neural model. *Psychol. Conscious. Theory Res. Pract.* 4, 115–134. doi: 10.1037/cns0000099
12. Launey Y, Jacquet H, Arnouat M, Rousseau C, Nessler N, Seguin P. Risk factors of frailty and death or only frailty after intensive care in non-frail elderly patients: a prospective non-interventional study. *J Intensive Care* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 7];7(1):48. Available from: <https://jintensivecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40560-019-0403-3>
13. Laureys, S. (2005). Science and society: Death, unconsciousness and the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 6, 899–909. <http://dx.doi.org/10.1038/nrn1789>
14. Lockett A. End-of-life care guidelines and care plans in the intensive care unit. Vol. 26, *British Journal of Nursing*. MA Healthcare Ltd; 2017. p. 287–93.
15. N.T. VH, M. B. Near-death experiences in cardiac arrest: Implications for the concept of non-local mind. *Rev Psiquiatr Clin* [Internet]. 2013;40(5):197–202. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rpc/v40n5/en_05.pdf%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed11&NEWS=N&AN=2013709297
16. Moody, R. A. (1975). *Life After Life*. New York, NY: Bantam Press.
17. Parnia, S., Spearpoint, K., de Vos, G., Fenwick, P., Goldberg, D., Yang, J.,... Schoenfeld, E. R. (2014). AWARE-AWAreness during RESuscitation: A

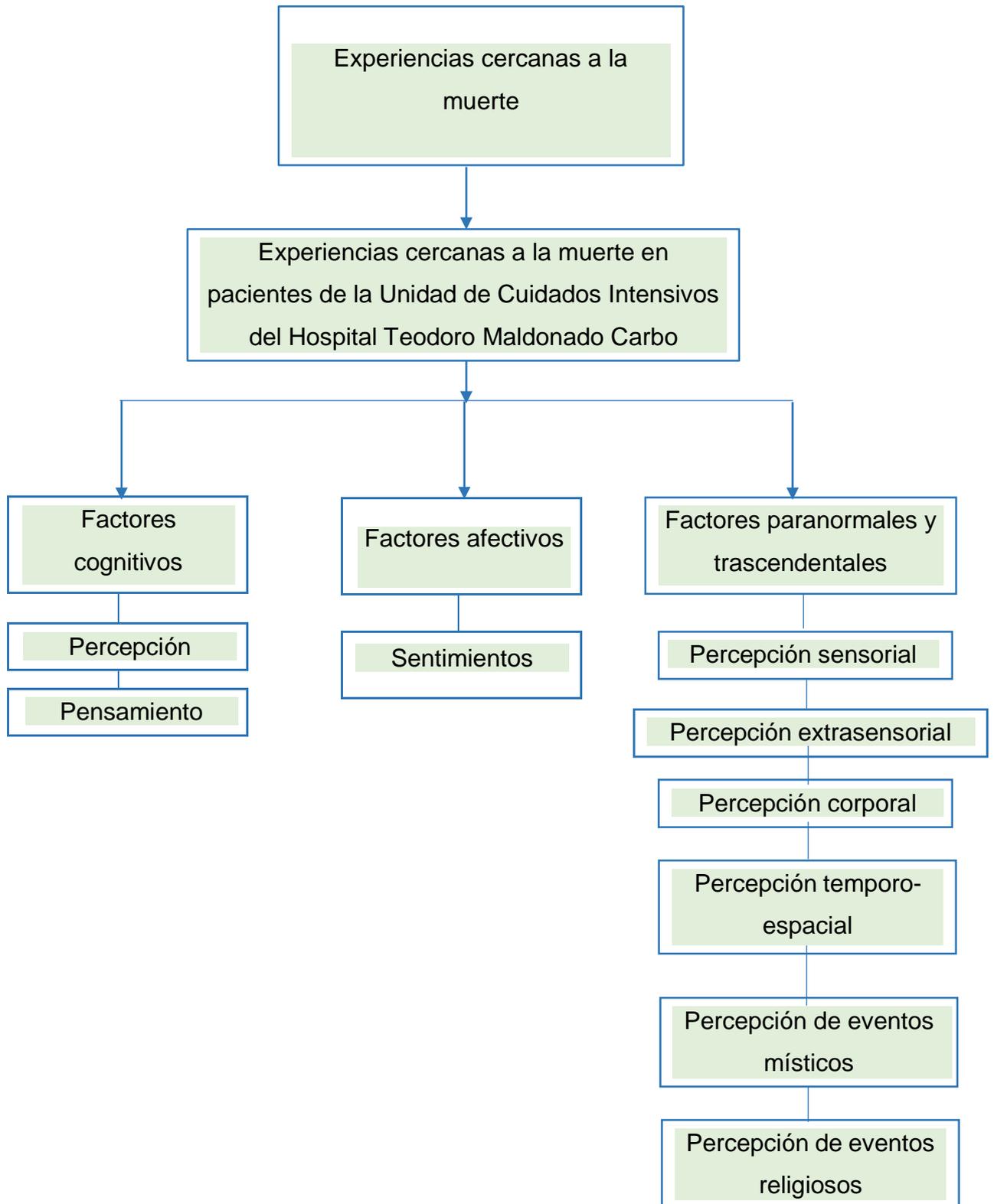
prospective study. *Resuscitation*, 85, 1799–1805. <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.09.004>

18. Parnia, S., Spearpoint, K., and Fenwick, P. B. (2007). Near death experiences, cognitive function and psychological outcomes of surviving cardiac arrest. *Resuscitation* 74, 215–221. doi: 10.1016/j.resuscitation.2007. 01.020
19. Parnia, S., & Young, J. (2013). *Erasing death: The science that is rewriting the boundaries between life and death*. New York, NY: Harper One.
20. Pistoia F, Mattiacci G, Sarà M, Padua L, Macchi C, Sacco S. Development of the Italian version of the near-death experience scale. *Front Hum Neurosci*. 2018;12(February):1–7.
21. Sandoval Gutiérrez JL. Muerte y bioética en la unidad de cuidados intensivos. Vol. 153, *Gaceta Medica de Mexico*. Academia Nacional de Medicina; 2017. p. 520–1.
22. Soares LGL, Gomes R V., Palma A, Japiassu AM. Quality Indicators of End-of-Life Care Among Privately Insured People With Cancer in Brazil. *Am J Hosp Palliat Med*. 2019;
23. Takao Kaneko-Wada F de J, Domínguez-Cherit G, Colmenares-Vásquez AM, Santana-Martínez P, Gutiérrez-Mejía J, Arroliga AC. The process of death in the intensive care unit (ICU). From a medical, thanatological and legislative point of view. *Gac Med Mex*. 2015;151(5):628–34.
24. Topçu S, Ecevit Alpar Ş, Gülseven B, Kebapçı A. Patient experiences in intensive care units: a systematic review. *Patient Exp J*. 2017;4(3):115–5
25. Werner, H. (1948). *Comparative psychology of mental development*. New York, NY: International Universities Press.

26. Werner, H. (1978). The concept of development from a comparative and organismic point of view. In S. S. Barten & M. B. Franklin (Eds.), *Developmental processes: Heinz Werner's selected writings* (Vol. 1, pp. 107–130). New York, NY: International Universities Press. (Original work published 1957)

APENDICES

APENDICE 1. ÁRBOL DE PROBLEMAS



APENDICE 2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE EN UCI

DATOS DEMOGRÁFICOS

1. Edad

2. Sexo

Marca solo un óvalo.

Mujer

Hombre

3. Fecha de Ingreso

Ejemplo: 15 de diciembre de 2012

4. Historia Clínica

5. Diagnóstico

SECCIÓN I: Cuidado inicial

6. ¿Recibió maltrato por parte del personal de admisiones del hospital?

Marca solo un óvalo.

Sí

No

7. ¿El proceso de ingreso al hospital fue sencillo y no complicado?

Marca solo un óvalo.

Sí

No

8. ¿Sufrió algún tipo de maltrato durante la hospitalización?

Marca solo un óvalo.

Por médicos

Por enfermeras

Por otro empleado

Ninguno

9. ¿Le permitieron estar en contacto con un familiar durante su hospitalización?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

SECCIÓN II. EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE

Responda las preguntas en base a su experiencia desde el momento del ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo y durante su hospitalización

10. Escala de coma de glasgow al ingreso

Marca solo un óvalo.

- 3-8
 9-12
 13-15

11. ¿Cómo se encontraba cuando llegó a la Unidad de Cuidado Intensivo?

Marca solo un óvalo.

- Despierto
 Inconciente

COGNITIVO

12. ¿El tiempo parecía acelerarse?

Marca solo un óvalo.

- Todo parecía suceder al mismo tiempo
 El tiempo parecía transcurrir más rápido de lo normal
 No

13. ¿Sus pensamientos estaban acelerados?

Marca solo un óvalo.

- Incrediblemente rápido
 Más rápido de lo normal
 No

14. ¿Escenas del pasado volvieron a su mente?

Marca solo un óvalo.

- El pasado corrió ante mí, fuera de control
 Recordé varios eventos pasados
 No

15. ¿Súbitamente, pensó para comprender todo?

Marca solo un óvalo.

- Sobre el universo
- Sobre mí mismo o semejantes
- No

AFECTIVO

16. ¿Tuvo un sentimiento de paz o bienestar?

Marca solo un óvalo.

- Increíble paz o bienestar
- Alivio o calma
- No

17. ¿Tuvo un sentimiento de alegría?

Marca solo un óvalo.

- Increíble alegría
- Emoción
- No

18. ¿Tuvo un sentimiento de armonía o de unión con el universo?

Marca solo un óvalo.

- Unido, uno sólo con el mundo
- Sin conflicto con la naturaleza
- No

19. ¿Vio o se sintió envuelto por una luz brillante?

Marca solo un óvalo.

- Una luz claramente de origen místico o de otro mundo
- Una luz inusualmente brillante
- No

PARANORMAL

20. ¿Sus sentidos estaban más agudizados de lo usual?

Marca solo un óvalo.

- Increíblemente más agudizados
- Más de lo usual
- No

21. **¿Parecía estar al tanto de las cosas que suceden en otros lugares, como si fuera por percepción extrasensorial?**

Marca solo un óvalo.

- SI y los hechos luego fueron corroborados
- SI pero los hechos aún no han sido corroborados
- No

22. **¿Se le presentaron escenas del futuro?**

Marca solo un óvalo.

- Del futuro del mundo
- Del futuro personal
- No

23. **¿Sintió que se separó de su cuerpo físico?**

Marca solo un óvalo.

- Claramente dejó el cuerpo y existió fuera de él
- Perdió conciencia del cuerpo
- No

TRASCENDENTAL

24. **¿Le pareció entrar en otro mundo sobrenatural?**

Marca solo un óvalo.

- Reino claramente místico o sobrenatural
- Lugar no familiar o extraño
- No

25. **¿Le pareció encontrarse con un ser o presencia mística?**

Marca solo un óvalo.

- Ser definido o voz claramente de origen místico o de otro mundo.
- Voz no identificable
- No

26. **¿Observó espíritus fallecidos o figuras religiosas?**

Marca solo un óvalo.

- Las vio
- Sintió su presencia
- No

27. **¿Llegó a un límite o punto de no retorno?**

Marca solo un óvalo.

- Una barrera que no se me permitió cruzar, o "devuelto" a la vida involuntariamente
- Una decisión consciente de "volver" a la vida
- No

Fuente: Elaboración del Autor

APENDICE 3. FIRMA DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS



Fuente: El Autor

APENDICE 4. CERTIFICADO DE SIMILITUD URKUND



CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado Dr. **ALEX RAMIREZ GAONA, Esp.**, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **Dr. RAMIRO ISIDRO VILLARREAL PUENTE, C.C.: 1704437969**, Con mi respectiva supervisión como requerimiento para la obtención del título de **MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA**.

Se informa que el trabajo de titulación: **IMPRESIÓN Y EXPERIENCIAS VIVIDAS POR PACIENTES CRÍTICOS EN UCI HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO** ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio URKUND quedando el 1% de coincidencia.



firmado digitalmente por
**ALEX SEGUNDO
RAMIREZ GAONA**

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DR. ALEX RAMIREZ GAONA, Esp.

APENDICE 5. REPOSITORIO DE SENESCYT

 Presidencia de la República del Ecuador		 Plan Nacional de Ciencia, Tecnología, Innovación y Saberes		 SENESCYT <small>Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación</small>	
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA					
FICHA DE REGISTRO DE TESIS					
TÍTULO: “IMPRESIÓN Y EXPERIENCIAS VIVIDAS POR PACIENTES CRÍTICOS EN UCI. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO”					
AUTOR: Dr. Ramiro Isidro Villarreal Puente			TUTOR: Dr. Alex Segundo Ramírez Gaona		
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil			REVISOR:		
PROGRAMA: ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO			FACULTAD: Ciencias Médicas		
FECHA DE PULICACIÓN:			NO. DE PÁGS:		
ÁREA TEMÁTICA: Medicina Crítica y Cuidado Intensivo					
PALABRAS CLAVE: cuidados intensivos, unidad de cuidados intensivos, la memoria, las experiencias del paciente, experiencias cercanas a la muerte					
<p>RESUMEN: Las experiencias cercanas a la muerte se han caracterizado por ser vividas y realistas, a veces profundas, informadas por personas que han estado ya sea fisiológicamente cerca de la muerte como en un paro cardíaco u otras condiciones médicas o emergencias potencialmente mortales, o por personas que creían que la muerte era inminente. <i>Objetivo</i> Describir las experiencias cercanas a la muerte en los pacientes con edades entre 40 a 90 años hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante Agosto del 2019. <i>Metodología</i> Estudio observacional, transversal y descriptivo. Los datos fueron recogidos primero mediante encuesta escrita y digitalizados mediante un formulario Google Forms®, para su posterior procesamiento en Microsoft Excel 2016 y análisis con la herramienta bioestadística JASP 0.11.1. <i>Resultados</i> Se incluyeron 25 pacientes, de ambos sexos. Una luz inusualmente brillante fue percibida por el 64% de ellos; el 60% reportó separación de su propio cuerpo: 36% reportó haber dejado claramente el cuerpo y haber existido fuera de él y 24% reportó haber perdido consciencia de su propio cuerpo; el 44% reportó haberse encontrado con un ser definido o voz claramente de origen místico o de otro mundo; el 48% reportó haber observado espíritus fallecidos o figuras religiosas. <i>Conclusiones</i> Aproximadamente la mitad de los pacientes de UCI incluidos en este estudio tuvieron experiencias cercanas a la muerte, percibidas en diferentes categorías: cognitiva, afectiva, paranormal, trascendental. Es necesario profundizar la comprensión de estos eventos a nivel nacional mediante estudios neuro-sensoriales, psicológicos, entre otros, que permitan una explicación científica más exacta.</p>					
Nº DE REGISTRO (en base de datos):			Nº DE CLASIFICACIÓN:		
			Nº		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web)					
ADJUNTO URL (tesis en la web):					
ADJUNTO PDF:			<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTORES/ES:			Teléfono:		E-mail:
					rvpmilo@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:			Nombre: Coordinación de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas		
			Teléfono: 04-2288086		

TABLA 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Categoría	Dimensiones	Instrumentos	Unidad de Análisis
Datos demográficos	<ul style="list-style-type: none">• Edad• Sexo• Diagnóstico	Encuesta	Paciente crítico en UCI
Cognitiva	<ul style="list-style-type: none">• Percepción temporal• Pensamiento	Encuesta	Paciente crítico en UCI
Afectiva	<ul style="list-style-type: none">• Sentimientos (ej. paz, alegría, entre otros)	Encuesta	Paciente crítico en UCI
Paranormal	<ul style="list-style-type: none">• Percepción sensorial• Percepción extrasensorial• Percepción corporal• Percepción temporo-espacial	Encuesta	Paciente crítico en UCI
Trascendental	<ul style="list-style-type: none">• Percepción espacial• Percepción de eventos místicos	Encuesta	Paciente crítico en UCI

	<ul style="list-style-type: none"> Percepción de eventos religiosos 		
--	--	--	--

Fuente: Elaboración del Autor

TABLA 2. DATOS DEMOGRÁFICOS

	Edad	
	Hombre	Mujer
Pacientes <i>n</i> (%)	21 (84%)	4 (16%)
Edad media (años)	65.4	59.3
Desviación estándar (años)	16.6	16.9
Mínimo (años)	40	44
Máximo (años)	87	80

Fuente: Elaboración del Autor

TABLA 3. DIAGNÓSTICO AL INGRESO

Diagnóstico	Pacientes (n)	Porcentaje (%)
Infarto cerebral	7	28
Insuficiencia cardíaca	5	20
Insuficiencia renal aguda	2	8
Insuficiencia respiratoria	5	20
Leucemia	3	12
Obstrucción de vías biliares	2	8
Síndrome de Guillain-Barré	1	4
Total <i>n</i> (%)	25	100%

Fuente: Elaboración del Autor

TABLA 4. RELACIÓN ENTRE LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW Y LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO

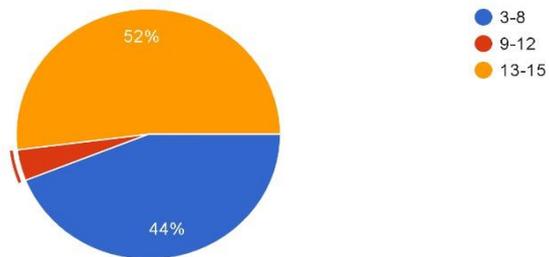
Escala de Coma de Glasgow al ingreso	Percepción del paciente	Pacientes (n)
13-15	Despierto	13
	Inconsciente	0

Escala de Coma de Glasgow al ingreso	Percepción del paciente	Pacientes (n)
9-12	Despierto	1
	Inconsciente	0
3-8	Despierto	0
	Inconsciente	11

Fuente: Elaboración del Autor

GRÁFICO 1. ESCALA DE COMA DE GLASGOW AL INGRESO

Escala de Coma de Glasgow al ingreso
25 respuestas



Fuente: Elaboración del Autor