

Álex Domingo Rojas y Sílvia del Agua Niubó

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA PLANIFICACIÓN
DE DECISIONES ANTICIPADAS**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Sra. Adoración Rodríguez Vázquez

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Facultat d'Infermeria

CAMPUS CATALUNYA. TARRAGONA. 2024



“Vive de tal forma que al mirar hacia atrás no lamentes haber desperdiciado la existencia. Vive de tal forma que no lamentes las cosas que has hecho ni desees haber actuado de otra manera. Vive con sinceridad y plenamente. Vive.”

Elisabeth Kübler-Ross

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de final de grado ha sido posible al apoyo y respaldo de las siguientes personas:

Nuestro más profundo agradecimiento a todos los enfermeros y enfermeras que han aceptado participar en nuestro estudio de una forma completamente voluntaria, pese a la alta carga de trabajo que sufren estos profesionales, ya que sin ellos, esta investigación no se hubiese llevado a cabo.

A la Sra. Adoración Rodríguez, tutora de este proyecto, por ayudarnos en la orientación, seguimiento, supervisión y apoyo durante la realización del trabajo.

A nuestras familias y parejas por aguantarnos en nuestros momentos difíciles y apoyarnos en todo momento, sin dejar que nos rindiéramos en el camino.

A todas las personas que de un modo u otro han contribuido, a que este trabajo de final de grado sea una realidad, gracias.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	8
2. ABSTRACT	9
3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	10
4. INTRODUCCIÓN.....	12
5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	13
5.1 Objetivos	13
5.2 Hipótesis	13
5.3 Pregunta de investigación	13
6. MARCO TEÓRICO	14
6.1 Aspectos sociales y culturales en el proceso de final de vida.....	14
6.2 Historia y evolución de la planificación de decisiones anticipadas.....	15
6.3 Legislación en Cataluña y a nivel estatal.....	16
6.4 Planificación de decisiones anticipadas.....	19
6.5 Riesgos y barreras de la planificación de decisiones anticipadas.....	21
6.6 A quien va dirigido y quien debe iniciar el proceso de planificación de decisiones anticipadas	22
6.7 Contenido de la planificación de decisiones anticipadas	23
6.8 Fases del proceso de planificación de decisiones anticipadas	25
7. METODOLOGÍA.....	26
7.1 Población y muestra.....	26
7.2 Instrumento de recogida de datos	27
7.3 Procedimiento	27
7.3.1 Búsqueda bibliográfica	27
7.3.2 Estrategia de búsqueda.....	28
7.3.3 Cuestionario.....	29
7.4 Variables	29

7.4.1	Variable principal	29
7.4.2	Variables secundarias	30
7.4.3	Variables sociodemográficas	34
7.5	Aspectos legales y éticos	34
7.6	Cronograma	35
8.	RESULTADOS	36
8.1.	Características de la muestra	36
8.1.1.	Distribución por género	36
8.1.2.	Distribución por edad	37
8.2.	Conocimientos y actitudes.....	38
9.	DISCUSIÓN.....	49
10.	CONCLUSIONES.....	53
11.	LIMITACIONES	54
12.	APLICABILIDAD DEL ESTUDIO	55
13.	BIBLIOGRAFÍA.....	57
14.	ANEXOS.....	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Diferencias entre las voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas.	20
Tabla 2: Palabras clave y tesauros	28
Tabla 3: Variable de conocimiento global.....	30
Tabla 4: Variable preferencia sobre la planificación de decisiones en el proceso de final de vida mediante PDA	30
Tabla 5: Variable utilidad del documento de voluntades anticipadas para la planificación de decisiones anticipadas	31
Tabla 6: Variable utilidad del documento de voluntades anticipadas para la toma de decisiones de los profesionales sanitarios	31
Tabla 7: Variable utilidad del documento de voluntades anticipadas para la toma de decisiones de los familiares	32

Tabla 8: Variable opinión sobre si el nombramiento de un representante facilita la toma de decisiones a los profesionales sanitarios	32
Tabla 9: Variable preferencia sobre la recomendación de iniciar un proceso de planificación de decisiones anticipadas	32
Tabla 10: Variable predisposición a ofrecer ayuda a la realización o cumplimentación de un proceso de planificación de decisiones anticipadas	33
Tabla 11: Variable relevancia del papel de enfermería en el proceso de planificación de decisiones anticipadas.....	33
Tabla 12: Variable percepción como profesional de enfermería de la necesidad de aumentar sus conocimientos acerca de la PDA	34
Tabla 13: Variable percepción sobre la utilidad del PDA en la mejora de la calidad de atención al final de vida	34
Tabla 14: Servicios de la atención hospitalaria	38
Tabla 15: Resultados descriptivos actitudes	40
Tabla 16: Proporciones de respuesta "Sí" de los servicios sanitarios	43
Tabla 17: Proporciones "Sí" de los servicios sanitarios.....	45

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Registro de testamentos vitales en España	19
Ilustración 2: Cronograma.....	35
Ilustración 3: Gráfico de barras distribución por género	36
Ilustración 4: Gráfico de barras distribución por edad	37
Ilustración 5: Gráfico de barras distribución por experiencia profesional	37
Ilustración 6: Gráfico de barras distribución por área de trabajo	38
Ilustración 7: Prueba Chi Cuadrado de la pregunta conocimiento general	42
Ilustración 8: Prueba Chi Cuadrado de la pregunta conocimiento sobre regulación ley PDA en Cataluña	43
Ilustración 9: Prueba Chi Cuadrado de la pregunta lectura de un documento relacionado con la PDA	44
Ilustración 10: Prueba Chi Cuadrado pregunta conocimiento del DVA.....	46
Ilustración 11: Prueba Chi Cuadrado pregunta diferencia entre los conceptos DVA y PDA	47
Ilustración 12: Prueba Chi Cuadrado pregunta necesidad de aumentar los conocimientos en el ámbito de la PDA.....	48

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **PDA.** Planificación de Decisiones Anticipadas
- **ACP.** *Advanced Care Planning*
- **DVA.** Documento de Voluntades Anticipadas
- **SUPPORT.** *Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risk for Treatments*
- **AEPCA.** Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención
- **CDHBM.** Convenio de Derechos Humanos de la Biología y la Medicina
- **RNIP.** Registro Nacional de Instrucciones Previas
- **CAP.** Centro de Atención Primaria
- **DT.** Desviación Típica
- **REA.** Unidad de Reanimación y Cuidados Críticos de Adultos
- **SNS.** Sistema Nacional de Salud
- **IAH.** Informe Alta Hospitalaria
- **PIIC.** Plan de Intervención Personalizado

1. RESUMEN

Introducción: La planificación de decisiones anticipadas gana relevancia ante el aumento de muertes por problemas crónicos y el envejecimiento poblacional. En Cataluña, se ha visto un aumento considerable en la formalización de documentos de voluntades anticipadas. Estos documentos se sustentan en el derecho a la autonomía de la persona, siendo los enfermeros referentes cruciales en su orientación y formalización. Es esencial evaluar los conocimientos y actitudes del personal de enfermería en Tarragona para abordar posibles áreas de mejora.

Objetivo: Conocer el nivel de conocimiento de las enfermeras de la provincia de Tarragona en referencia a la planificación de decisiones anticipadas.

Material y métodos: Se trata de un trabajo de investigación cuantitativa descriptiva transversal que busca estudiar el grado de conocimiento del profesional de enfermería sobre la PDA. Se llevó a cabo una recogida de datos mediante un cuestionario validado, consiguiendo una muestra total de 188 enfermeras de la provincia de Tarragona.

Resultados: Se mostraron puntuaciones de 6,3 en una escala tipo Likert referentes al conocimiento general sobre PDA. Respecto a las actitudes, en la pregunta del cuestionario referente a la recomendación por parte del profesional sanitario de iniciar un proceso de PDA, se obtuvo una puntuación de 9,7 en la escala. Finalmente, en la pregunta referente a la necesidad de formación en el ámbito de PDA, se obtuvo una puntuación de 8,8 en la escala.

Conclusión: Los conocimientos sobre la PDA son de nivel medio, no existiendo diferencias significativas entre los profesionales del área de atención primaria y atención hospitalaria. Las enfermeras reconocen que no disponen de la información suficiente y necesitan aumentar sus conocimientos, para poder ofrecer una atención de calidad y orientar a la persona en el proceso.

Palabras clave: Planificación Anticipada de la Atención, Directivas Anticipadas, Conocimiento, Personal de enfermería, Atención Primaria de la Salud, Atención Hospitalaria

2. ABSTRACT

Introduction: Advanced Care Planning gains relevance with the increase in deaths due to chronic problems and population aging. In Catalonia, there has been a significant increase in the formalization of Advanced Directives. These documents are based on the individual's right to autonomy, with nurses playing a crucial role in their guidance and formalization. It is essential to assess the knowledge and attitudes of nursing staff in Tarragona to address potential areas for improvement.

Objective: To assess the level of knowledge among nurses in the province of Tarragona regarding advance care planning

Materials and Methods: This is cross-sectional descriptive quantitative research aiming to investigate the level of knowledge among nursing professionals regarding Advance Care Planning. To conduct this study, data collection was performed using a validated questionnaire, resulting in a total sample of 188 nurses from the province of Tarragona.

Results: During the questionnaire administration, scores of 6.3 were observed on a Likert-type scale regarding general knowledge about ACP. However, concerning attitudes, in the questionnaire question regarding the recommendation by healthcare professionals to initiate an ACP process, a score of 9.7 was obtained on the scale. Finally, in the question regarding the need for training in the field of ACP, a score of 8.8 was obtained on the scale.

Conclusion: The knowledge about ACP among nursing professionals in the province of Tarragona is at a medium level, with no significant differences between professionals in primary care and hospital care. Nursing professionals acknowledge that they lack sufficient information and need to increase their knowledge to provide quality care and guide individuals through the process.

Keywords: Advance Care Planning, Advance Directives, Knowledge, Nursing Staff, Primary Health Care, Hospital Care

3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Durante las prácticas clínicas realizadas en estos cuatro años de carrera hemos rotado por diferentes servicios y diferentes plantas hospitalarias, pudiendo observar la cara más visible de la sanidad: cuidar a las personas para su futura recuperación y vuelta a la normalidad. Sin embargo, durante estos rotatorios, ambos integrantes del grupo coincidimos en la planta de oncología, donde descubrimos la otra cara de la moneda de la profesión, la que trata con la muerte y con el proceso de final de vida y de la cual ninguno de los dos estábamos acostumbrados a tratar.

A raíz de nuestra experiencia previa y posteriormente cursando la asignatura de cuidados paliativos en tercer curso, nos dimos cuenta de que existía un problema latente en la cara asistencial de la enfermería. El problema radica en que la toma de decisiones al final de la vida se vuelve compleja debido a varios factores, entre ellos, la concepción de la muerte como tabú que dificulta el hablar y decidir directamente sobre esta inevitable realidad. Otro de los problemas, es el escaso conocimiento de la legislación que respalda la autonomía del paciente o la falta de preparación de los profesionales sanitarios para abordar estas situaciones de final de vida, lo que complica aún más el proceso decisional de los pacientes (1).

Cuando hablamos con un paciente o con una persona sana sobre el final de la vida a grandes rasgos, se suelen repetir las mismas características: morir sin dolor, de forma inconsciente, rápida, rodeado de la familia y en la propia casa. Es por este motivo que es de vital importancia como profesionales permitir, facilitar y animar a las personas que expresen, definan y concreten con antelación suficiente y cuando todavía están en situación de hacerlo, cuáles son sus preferencias y sus decisiones respecto a lo que ellos consideran su proceso de final de vida óptimo.

La planificación de decisiones anticipadas es un proceso de deliberación entre una persona capaz y los profesionales sanitarios donde se habla sobre las preferencias, valores y deseos que la persona quiere que sean tenidos en cuenta en el momento en el que ya no pueda decidir. Esta planificación supone un impacto positivo sobre el paciente ya que disminuye su angustia e incertidumbre y aumenta el cumplimiento de sus deseos, al igual que para los familiares, aliviando así la carga que les supone tomar decisiones sobre la situación vulnerable en la que se encuentra su ser querido. Referente a la institución también puede ser relevante, ya que mejora el acceso a los cuidados paliativos reduciendo la hospitalización y los costes terapéuticos (2).

Una evaluación exhaustiva sobre el grado de conocimientos del personal de enfermería con relación a la planificación anticipada y la atención al final de la vida resulta esencial, ya que, al contar con un entendimiento más profundo sobre las voluntades y preferencias del paciente, el profesional de enfermería podrá guiar de manera más efectiva y comprensiva en el asesoramiento de la toma de decisiones relativas a la atención al final de su vida, favoreciendo así la autonomía del paciente.

4. INTRODUCCIÓN

La planificación de decisiones anticipadas cada vez tiene un papel más relevante en nuestra sociedad, esto se debe a que la población cada vez más muere por una progresión de un problema crónico de salud o por más de uno. Esta situación va en aumento y esto es debido al envejecimiento masivo de la población y al aumento de la esperanza de vida. La gestión de los problemas crónicos necesitará cada vez más, una gestión más interactiva entre el personal sanitario y la población, en un contexto en el que las personas están cada vez más empoderadas en cuanto a su salud y en donde la planificación de decisiones al final de vida juega un papel fundamental.

La formalización de un documento de voluntades anticipadas se ha visto incrementada de forma notable en Cataluña en las últimas décadas, donde solo en el último año han aumentado un 70% los registros (3). Con la entrada en vigor de la modificación de la ley que permitirá simplificar el procedimiento y formalizarlo delante de enfermería, se espera que esta cifra siga aumentando durante los próximos años.

Se entiende que el documento de voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas se basan rigurosamente en el derecho a la autonomía de las personas y el deber de los profesionales de respetarla. La responsabilidad profesional, legal y ética de asegurar y favorecer la participación de las personas en la planificación de decisiones anticipadas recae en los profesionales sanitarios.

Actualmente, el personal de enfermería tiene un papel relevante en la formalización de estos documentos, convirtiendo a estos profesionales en los protagonistas, por lo que es de vital importancia que el sector enfermero, esté actualizado y formado en todo lo que rodea a este proceso. Es por este motivo por el cual decidimos realizar esta investigación cuantitativa donde quisimos medir el nivel de conocimientos y actitudes que tiene el personal de enfermería de la provincia de Tarragona de dos áreas de salud muy importantes, como son la atención primaria y la atención hospitalaria. Basándonos en los resultados obtenidos y a los recientes cambios de la legislación vigente, se proponen distintos planes de mejora para poder dar respuesta a la ciudadanía, ya que, sin la existencia de personal actualizado y cualificado en este ámbito de la enfermería, es imposible dar respuesta a la creciente demanda de la población.

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

5.1 Objetivos

Objetivo general

Conocer el nivel de conocimiento de las enfermeras y enfermeros en referencia a la planificación de decisiones anticipadas.

Objetivos específicos

- Indagar sobre la perspectiva y aptitudes del personal de enfermería frente a la planificación de decisiones anticipadas.
- Comparar el nivel de conocimiento de la planificación anticipada entre diferentes servicios o niveles de experiencia de los profesionales de enfermería.

5.2 Hipótesis

“Los profesionales de enfermería carecen de los conocimientos necesarios para llevar a cabo una planificación de decisiones anticipadas”.

5.3 Pregunta de investigación

¿Existe una falta de formación en el personal de enfermería sobre la planificación de decisiones anticipadas?

P: Enfermeras que ejercen en la provincia de Tarragona

I: Evaluar mediante cuestionarios los conocimientos de las enfermeras sobre la planificación de decisiones anticipadas y el DVA.

C: No establecemos comparaciones.

O: Mejorar los conocimientos de las enfermeras en la planificación de decisiones al final de vida.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 Aspectos sociales y culturales en el proceso de final de vida

Las investigaciones acerca de las circunstancias del proceso final de vida revelan la tendencia de la sociedad occidental a artificializar la muerte, a ocultarla y a no reconocer su autenticidad tal como se produce. La desnaturalización de la muerte está motivada por cambios culturales, como por ejemplo, el elogio excesivo de la juventud o el aumento de la esperanza de vida (3).

Actualmente, en España la mayoría de la población muere en una institución, donde la agonía se convierte en un proceso mecanizado, despersonalizado, incluso deshumanizado, donde el personal sanitario tiende a huir del enfermo moribundo en lugar de brindar apoyo al enfermo y a su familia. Prueba de ello es que en los hospitales no se permite a los niños visitar al moribundo, reduciendo de esta forma las posibilidades para experimentar la muerte como parte intrínseca de la vida (4).

Pese a que las personas evitan hablar de muerte, la población suele tener una idea romantizada de cómo quiere que sea su muerte, como regla general, dicha muerte esperan que sea mientras duermen, sin darse cuenta, sin dolor, etc. Esta idea general de las personas la mayoría de las veces suele contrastar con un final de vida que nada o muy poco tiene que ver con lo que en un principio habíamos esperado, imaginado o deseado. Sin escogerlo, el final de la vida puede ser tormentoso, incapacitante, lento, largo y probablemente altamente tecnificado (5).

Los avances en tecnología médica hacen posible alargar el proceso de final de vida de personas que, de otra forma, no sobrevivirían. Una lógica biomédica dominante basada en la ideología del rescate y en el esfuerzo terapéutico, interviene en salvar vidas que a veces ya están “limitadas”. De esta forma, la tecnología invasiva puede ser agresiva para el paciente y para su entorno afectivo, provocándoles malestar y sufrimiento que se unen en un momento de vulnerabilidad como es el proceso de final de vida (5).

La salud y la enfermedad son constructos sociales y culturales que en nuestro país se entienden como procesos colectivos, de hecho, el final de vida también lo es, pero a la vez también es un proceso y un hecho individual. Si bien es la persona la protagonista de su proceso de final de vida, nos encontramos con tres grupos diferenciados: los enfermos, los profesionales asistenciales y la familia. Teniendo en cuenta que, en ocasiones, las preferencias, voluntades y decisiones pueden discernir notablemente

entre unos y otros, habría que preservar la voluntad de la persona y no tanto la de los demás. Es por este motivo que habría que subrayar la importancia de llevar a término una planificación de decisiones anticipadas mientras la persona aún posee plena conciencia y competencia para anticipar cómo quiere que sea la atención a lo largo de la evolución de su enfermedad y su final de vida (6).

6.2 Historia y evolución de la planificación de decisiones anticipadas

A principios de la década de 1990, en Estados Unidos, surgió el concepto de planificación de decisiones anticipadas (PDA), impulsado por un grupo de bioeticistas asociados al Hastings Center. En años previos, en Estados Unidos, se habían promulgado diversas leyes con el propósito de regular los testamentos vitales y la participación de las personas en la toma de decisiones en el ámbito de la atención médica. Un ejemplo de estas leyes es la Patient Self-Determination Act, la cual tenía como objetivo difundir los documentos de instrucciones previas entre la población estadounidense (7).

La entrada en vigor de la Patient Self-Determination Act, produjo en sus primeros años un aumento de otorgamientos de instrucciones previas. Sin embargo, a partir de mediados de la década de los noventa se observa un estancamiento en el interés de la población estadounidense por utilizar las instrucciones previas como herramienta (7).

En el año 1994 se publicó el *Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks for Treatments*, también conocido como SUPPORT. Este estudio tenía como objetivo fundamental explorar, entre otras cosas, el nivel de información que tenían los pacientes con relación al diagnóstico y pronóstico de las enfermedades que padecían, así como la calidad de los procesos comunicativos en la relación médico-paciente (7).

Algunas de las conclusiones a las que llegó este estudio fueron que la redacción de los documentos de decisiones anticipadas era baja, y que en muchas ocasiones, aunque se redactaban, los/las profesionales no las tenían en consideración. Esto llevó a una reflexión profunda sobre cuál era la mejor forma de favorecer la implicación de las personas enfermas en los procesos de toma de decisiones. La solución encontrada no radicaba únicamente en la legislación de la documentación, sino en mejorar el proceso comunicativo en sí. Más adelante, este proceso basado en la comunicación se definió como *Advance Care Planning* (7).

El concepto de *Advance Care Planning* se ha traducido en España de diversas maneras, entre las más destacadas encontramos la planificación anticipada de las decisiones, desarrollada en 2013 desde la Escuela Andaluza de Salud Pública, la “Planificació de decisions anticipades” definida en 2015 en Cataluña, como parte del “Model Català de PDA”. Y, por último, la Planificación Compartida de la Atención, la definición más reciente, desarrollada por la Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención, AEPCA, en 2017 (8).

6.3 Legislación en Cataluña y a nivel estatal

Referente a la planificación de decisiones anticipadas (PDA) no goza de un desarrollo legal específico, ya que no se trata de un instrumento jurídico, como el documento de voluntades anticipadas (DVA), sino de una estrategia clínica que establece un procedimiento para posibilitar la participación del paciente, procedimiento entendido de por sí como una buena práctica (9).

Por otra parte, el reconocimiento de los DVA se prevé por primera vez al ordenamiento jurídico español con la ratificación el 1999 del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto las aplicaciones de la biología y la medicina (CDHBM), también llamado Convenio de Oviedo, aprobado al Consejo de Europa el 1997. Este Convenio, de carácter vinculante, ya preveía en el artículo 9 la obligación de respetar las voluntades anticipadas en materia de salud de una persona (6).

Un año después, en el año 2000, se aprueba en Catalunya la Ley 21/2000, del 29 de diciembre, sobre los derechos de información sobre la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica. Esta es la ley básica sobre las relaciones asistenciales en esta comunidad autónoma donde desarrolla el DVA en el artículo 8:

«El documento de voluntades anticipadas es el documento, dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de manera libre, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad (10).»

Referente al resto del territorio español, el año 2002 se aprobó la ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones

en materia de información y documentación clínica. Esta ley también regula el DVA en el artículo 11 y es más específica que la ley catalana referente a los usos del DVA (9).

Posteriormente, el Estatuto de autonomía de Cataluña de 2006, en el artículo 20, proclamó el derecho a vivir con dignidad el proceso de la muerte, incluyendo el derecho a recibir curas paliativas y el derecho de las personas que no están en condiciones de manifestar personalmente su voluntad a expresar su voluntad de una manera anticipada, dejando constancia de las instrucciones sobre intervenciones y tratamientos médicos, y establece el deber de respetar estas voluntades expresadas anticipadamente, de acuerdo con la legislación vigente (9).

La actualización más reciente sobre la regulación a nivel estatal de instrucciones previas se encuentra en el Real Decreto 415/2022 del 31 de mayo donde se modifica el decreto del año 2007 y se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal (11). En esta actualización se incluye la ley orgánica 3/2021 del 24 de marzo de regulación de la eutanasia, donde en su artículo 5.2 contempla la posibilidad de dejar constancia de la voluntad del paciente de acogerse a la eutanasia en un documento de voluntades anticipadas (12).

Para poder solicitar la inscripción del documento de voluntades anticipadas (DVA) hay que tener en cuenta que la persona solicitante debe ser una persona mayor de edad y en plenas capacidades, es decir, que debe tener el entendimiento suficiente para comprender su diagnóstico, así como los beneficios, los riesgos y las alternativas del tratamiento propuesto.

El contenido del DVA debe corresponderse con la voluntad de la persona solicitante. Para ello es necesario que el DVA se otorgue ante un notario o con intervención de tres testigos que cumplan los siguientes requisitos (13):

- Ser mayor de edad
- Tener la capacidad de obrar
- Como mínimo dos de los testimonios no tengan relación de parentesco hasta el segundo grado con la persona solicitante por relación patrimonial y que no estén vinculados.

Asimismo, también se puede escoger un representante. El representante es una persona de plena confianza designada por la persona solicitante del DVA, de la que debe conocer sus valores y voluntad, y que tiene facultades para interpretarla y aplicarla.

Su función consiste en hacer de interlocutor con el médico o médica o con el equipo sanitario cuando la persona solicitante no pueda expresar su voluntad por ella misma. Conviene que la persona representante no sea, por ejemplo, ninguno de los testigos del documento, ni el médico o médica responsable de ejecutar sus decisiones ni el personal sanitario que esté vinculado a él.

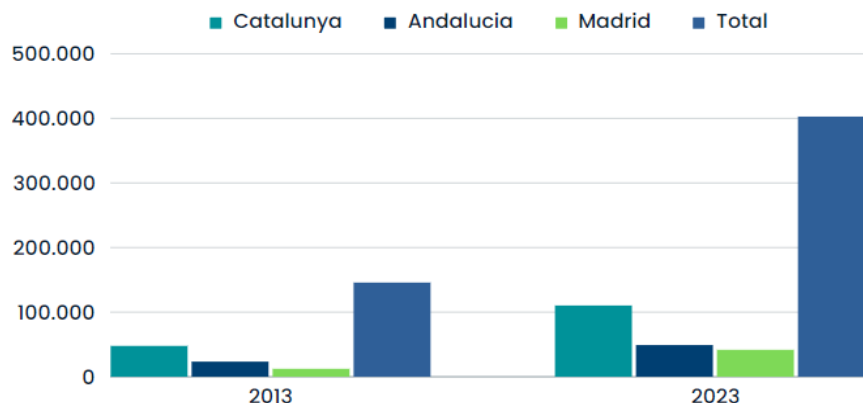
El 7 de abril de 2024 entró en vigor la Ley 2/2024, de 6 de febrero, de modificación de la Ley 21/2000. En esta modificación de la ley se añade una letra, la c, al apartado 2 del artículo 8 dónde se añade el siguiente texto:

“c) Ante un profesional sanitario del ámbito de la atención primaria, hospitalaria o sociosanitaria, preferentemente de los centros de referencia para el paciente.”

Con esta modificación se permite agilizar la tramitación del documento en el Registro de voluntades anticipadas cumplimentando un documento (**Anexo 1**) entre el personal sanitario y el solicitante, facilitando su otorgamiento y presentación sin perder el debido rigor en la presentación del testimonio. Por lo tanto, reconocer a los profesionales sanitarios el papel de testimonio no implica más que completar a través de una continuación lógica la función que ya presentan, ya que son ellos son los que informan a los pacientes de la posibilidad de otorgar el documento, orientar en los aspectos y las situaciones que conviene tener en cuenta al redactarlo e informar sobre las opciones y contenido del documento (13).

En España la realidad es que a fecha de enero de 2023 se han registrado un total de 402.761 inscripciones en el RNIP, lo que representa un 9,33% más respecto al año anterior y un aumento del 63,8% respecto al año 2013 que es cuando se unificó el registro estatal con las comunidades autónomas (Ministerio de Sanidad, 2023). Según los datos del Ministerio de Sanidad, las comunidades autónomas con más registros de testamentos vitales son Cataluña (27,3%), Andalucía (12,1%), Madrid (10,3%). Asimismo, resulta destacable que las mujeres son las que más se han interesado por ejercer este derecho, lo que representa una tasa del 5,18 por cada 1.000 habitantes frente al 3,04 de los hombres (14,15).

Il·lustració 1: Registro de testamentos vitales en España



Fuente: Elaboración propia

6.4 Planificación de decisiones anticipadas

Según el “Model Català de Decisions Anticipades” (2016) se define la planificación de decisiones anticipadas (PDA) como un proceso deliberativo y estructurado mediante el cual una persona expresa sus valores, deseos y preferencias y, de acuerdo con estos y en colaboración con su entorno afectivo y su equipo asistencial de referencia, formula y planifica cómo quisiera que fuera la atención que debe recibir ante una situación de complejidad clínica o enfermedad grave que se prevé probable en un plazo de tiempo determinado y relativamente corto, o en situación de fin de vida, especialmente en aquellas circunstancias en las que no esté en condiciones de decidir (5).

En la literatura norteamericana sobre toma de decisiones al final de la vida son muy relevantes las aportaciones sobre los objetivos y beneficios de la Planificación de Decisiones Anticipadas de los canadienses Peter Sing y Douglas K. Martin (16) estos son los siguientes:

- ❖ Prepararse para el proceso de morir y todos los aspectos que ello implica y, entre ellos, la situación de incapacidad.
- ❖ Ejercer en la vida diaria el derecho a la autonomía, y llevarlo a la práctica expresando las preferencias en los cuidados y tratamientos que se van a recibir.
- ❖ Familiarizarse con la idea de morir. Buscar y encontrar recursos para enfrentarse con naturalidad y tranquilidad a la muerte. Apropiarse del acontecimiento de la muerte como una parte más del proceso de vivir.

- ❖ Aliviar el impacto emocional de la persona designada por el paciente para representarle cuando él no sea capaz de decidir.
- ❖ Entender que el documento escrito y firmado es la última parte, pero la menos importante del proceso de planificación. Maximizar el encuentro y la comunicación sobre los deseos del paciente entre todas las personas implicadas: paciente, representante, profesionales, familiares y amigos.

El DVA y la PDA se reconocen como estrategias complementarias que persiguen el mismo objetivo final: garantizar el máximo respeto de los valores de la persona cuando no tenga la capacidad conservada para tomar decisiones sobre su salud.

La redacción de un documento de voluntades anticipadas se tiene que asumir como una herramienta más de la planificación anticipada acompañada de la asistencia. Asimismo, disponer del DVA de una persona competente puede facilitar claramente la PDA, al confirmar o modificar las preferencias allí expuestas (5).

Tabla 1: Diferencias entre las voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas.

	VOLUNTADES ANTICIPADAS	PLANIFICACIÓN DECISIONES ANTICIPADAS
Regulación	Legal	Protocolos asistenciales
Fundamento	Autonomía de la voluntad	Autonomía de la voluntad
Elemento esencial	Revocabilidad	Revocabilidad
Autores	INDIVIDUO • Enfermo o sano • Con asesoramiento o no	PERSONA y/o FAMILIA + PROFESIONALES SANITARIOS
Negocio jurídico	• UNILATERAL • Mayores de 18 años	• BILATERAL (fruto del consenso) • Mayoría de edad sanitaria (mayores de 16 años) • Menor maduro (entre 12 y 15 años)
Destinatarios	Indeterminados	Determinados
Eficacia	Futura (circunstancia prevista)	Presente (enfermedad en curso)
Instrumento	DVA	PDA

Contenido	- Instrucciones - Nombramiento del representante	Planificación de la atención
Requisitos formales	- Documento notarial - Documento privado con 3 testimonios	Constancia escrita
Localización	- Historia clínica - Registro administrativo	Historia clínica

Fuente: Model Català de Decisions Anticipades

En resumen, las voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas están fundamentadas en el derecho a la autonomía de las personas en el ámbito de la salud, sin excluir el ámbito social, y en la obligación de los profesionales de respetar este derecho, conforme a lo establecido en el marco jurídico. La responsabilidad profesional, legal y ética de garantizar y promover esta participación recae en los profesionales de la salud.

6.5 Riesgos y barreras de la planificación de decisiones anticipadas

La planificación de decisiones anticipadas como cualquier trámite no está exenta de riesgos, ya que puede confundirse la PDA con la limitación del esfuerzo terapéutico o la adecuación del esfuerzo terapéutico. Ambos conceptos están interconectados, puesto que la PDA proporciona la base para que las preferencias del paciente se tengan en cuenta al determinar la adecuación de ciertos tratamientos, lo que podría llevar a la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico.

Otro riesgo a tener en cuenta y que suele llevarse a cabo es la confusión del PDA con el documento de voluntades anticipadas regulado por ley y es que el DVA puede ser uno de los resultados de la aplicación del PDA.

La aplicación de la planificación de decisiones anticipadas exige evaluar minuciosamente a la persona enferma para asegurarse que está en plenas facultades para llevar a cabo este proceso, sin embargo, si no se realiza esta evaluación de forma correcta puede dificultar la toma de decisiones apropiadas. Relacionado con la correcta evaluación del enfermo podríamos llegar a caer en otro riesgo como podría ser llegar a imponer la PDA a pacientes que no la desean como forma metodológica relacionada con ciertas enfermedades (17).

Al mismo tiempo que se identifican riesgos, también existen barreras que pueden dificultar la PDA y son las siguientes (5):

Relacionadas con el paciente

- ❖ Las personas no siempre están informadas de sus procesos de enfermedad y algunas veces no quieren estarlo, ejerciendo así su derecho de autonomía.
- ❖ Rechazar hablar de temas relacionados con el final de la vida.
- ❖ La situación clínica puede limitar la exploración de valores y preferencias.
- ❖ Los pacientes no son conscientes que pueden expresar sus deseos sobre las intervenciones que rechazan, el proceso de enfermedad, etc.
- ❖ Existe poca cultura del diálogo entre los profesionales y los pacientes en nuestro contexto sanitario.

Relacionadas con los profesionales

- ❖ Muchos profesionales no están preparados para hablar sobre los procesos de final de vida. Se tiende a percibir la muerte como un fracaso clínico.
- ❖ Los profesionales piensan que son las personas enfermas las que deben iniciar por ellos mismos la PDA.
- ❖ El modelo paternalista de intervención limita notablemente la cultura del diálogo.
- ❖ Falta de formación y capacitación para llevarla a cabo.

Relacionadas con las organizaciones

- ❖ El tiempo y el entorno asistencial en unidades no especializadas no siempre son los adecuados para empezar un proceso de PDA de forma correcta.

6.6 A quien va dirigido y quien debe iniciar el proceso de planificación de decisiones anticipadas

Las personas a las que va dirigida la planificación de decisiones anticipadas (PDA) son aquellas con enfermedades crónicas complejas o en etapas avanzadas, que debido a la progresión natural de su enfermedad, requieren una planificación anticipada de la atención. Estas personas es muy probable que deseen expresar sus valores, preferencias y tomar decisiones anticipadas frente a situaciones previsibles en su situación (14).

La propuesta para realizar una PDA debería estar dirigida preferentemente a los siguientes contextos (5):

- ❖ Personas mayores de 16 años enfermas que conservan la competencia para participar en la toma de decisiones, presenten o no una enfermedad crónica o avanzada.
- ❖ Personas mayores de 16 años competentes que pese a tener un pronóstico de supervivencia más favorable, es previsible que sufran un deterioro cognitivo prematuro que dificultará la toma de decisiones.
- ❖ Personas mayores de 16 años parcialmente competentes, pero que puedan participar en la toma de decisiones, acompañadas por su representante o familia y por profesionales.
- ❖ Personas mayores de 16 años, no competentes, que ya no pueden participar en la PDA de forma activa. En estos casos, la PDA se le planteará a su representante o familiares.
- ❖ Personas entre los 12 y 15 años (menores maduros), a quienes los profesionales consideren suficientemente competentes para implicarse en la toma de decisiones de su proceso de enfermedad.

El profesional más apropiado para iniciar una PDA es el médico de familia, la enfermera que visita al paciente en su casa, la trabajadora social que evalúa aspectos familiares, el especialista que hace años realiza un seguimiento de su enfermedad crónica o el equipo de la residencia donde vive. En cualquier caso, sea quien sea este profesional, es importante que se tome conciencia de la relación de confianza necesaria y del compromiso personal que se establecerá indispensablemente con el paciente para garantizar un proceso correcto de la PDA (5,18).

6.7 Contenido de la planificación de decisiones anticipadas

La PDA debería ser un proceso ideal y completo, por este motivo el contenido de esta debería abarcar las siguientes cuestiones (18):

- ❖ Valores relevantes, criterios que la persona quiere que se tengan en cuenta de acuerdo, como por ejemplo qué grado de importancia da a cuestiones como poder comunicarse o realizar las actividades de la vida diaria.

- ❖ Preferencias sanitarias de carácter general acerca de la forma en que desearía que se desarrollase la atención sanitaria cuando la persona no pueda decidir. Por ejemplo, qué grado de deterioro de la consciencia estaría dispuesto a aceptar, control del dolor, lugar donde desea morir, etc.
- ❖ Indicaciones sanitarias concretas que la persona desea que se tengan en cuenta en su atención médica, como, por ejemplo:
 - Rechazo de recibir medicamentos o tratamientos y a la realización de pruebas o procedimientos diagnósticos, si no van a mejorar la recuperación o aliviar los síntomas. El rechazo de las intervenciones debe estar reflejado en el DVA o historia médica para que sean legalmente vinculantes. En caso de no estar registrado mediante DVA o en la historia clínica del paciente, las interpretaciones deberá realizarlas la persona representante o sustituta con el apoyo profesional correspondiente.
 - Solicitud de instauración de intervenciones, es decir, el deseo de que se le proporcione los tratamientos necesarios para paliar el dolor físico o psíquico o cualquier síntoma que produzca angustia intensa. Estas indicaciones pese a que figuren en el PDA, no serán legalmente vinculantes si no poseen indicación clínica.
 - Donación de órganos y/o tejidos para trasplante, investigación o enseñanza universitaria.
- ❖ Otras cuestiones no sanitarias relacionadas con el proceso de muerte, como el deseo de acompañamiento por seres queridos, qué se hará de sus objetos personales, etc.
- ❖ Expresión de sentimientos acerca de la salud y la enfermedad, de la vida y la muerte, para dar a la persona la oportunidad de resolver o afrontar cuestiones cruciales de su existencia.
- ❖ Designación de un representante para que sea su interlocutor ante el médico o del equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones o tomar las decisiones oportunas sobre la interpretación de estas. La actuación del representante puede producirse en dos sentidos, el primero en cuanto a la

aplicación y adaptación de las instrucciones previas y el segundo actuando en representación de los valores y deseos del enfermo.

6.8 Fases del proceso de planificación de decisiones anticipadas

Preparación: En esta fase se debería utilizar algún instrumento para evaluar el grado de competencia de la persona, o bien valorar hasta qué punto la persona comprende y procesa la información que se le ofrece y su habilidad para comunicar decisiones.

Propuesta: El inicio de un proceso de PDA debe hacerse con tanto tacto y sensibilidad como sea posible para promover la aceptación del proceso, sin hacer sentir a la persona que está obligada a realizar la planificación.

Diálogo: Las primeras entrevistas del proceso de la PDA deben ser monográficas, es decir, centradas exclusivamente en este tema. En estas entrevistas se deben explorar cuáles son los conocimientos y la percepción de la enfermedad por parte del paciente, así como sus valores y vivencias respecto a ello.

Validación: La PDA es un proceso dinámico, por lo que se debe remarcar que la persona puede cambiar de opinión siempre que así lo desee, y que prevalecerá lo que decida en última instancia, independientemente lo que haya podido decidir durante todo el proceso de planificación de decisiones anticipadas.

Registro: Cada entrevista con la persona se considera una intervención clínica, por lo que quedará resumida y registrada en la historia clínica. Es importante entregar una copia al paciente, y pedir autorización para compartirla con otros profesionales que le atienden o atenderán, en el caso de que no puedan tener acceso a la historia clínica como por ejemplo pueden ser los centros privados que no tienen acceso a la historia clínica compartida.

Reevaluación: Dado que el proceso de PDA es continuo en el tiempo y evoluciona con la persona, no se puede dar nunca por terminado. Es conveniente que el profesional se plantee periódicamente si los aspectos acordados durante el proceso de la PDA aún están vigentes en la situación presente de la persona o habría que revisarlos (18).

7. METODOLOGÍA

Se trata de un trabajo de investigación cuantitativa descriptiva transversal. Para realizar este estudio se llevó a cabo una recogida de datos mediante un cuestionario validado. Basándonos en la bibliografía consultada, realizamos pequeñas modificaciones para adaptarlo a nuestro estudio, extraído de la tesis doctoral de Veiga Rodríguez M. (2015): *“El profesional de enfermería ante la planificación anticipada de cuidados”*, dónde analiza el proceso de planificación anticipada de las decisiones desde la óptica de la Enfermería (7). La muestra de estudio fue de enfermeras en activo que estuvieran ejerciendo en la provincia de Tarragona.

La investigación cuantitativa es un enfoque en el que se recopilan datos numéricos y se analizan utilizando métodos estadísticos y matemáticos. En lugar de centrarse en las experiencias individuales o en la comprensión subjetiva, se busca establecer patrones, relaciones y regularidades en los fenómenos estudiados. Este enfoque tiende a ser objetivo y busca explicar y predecir fenómenos sociales utilizando mediciones precisas y análisis estadísticos (19).

7.1 Población y muestra

Los participantes del estudio fueron enfermeras en activo de la provincia de Tarragona. Los criterios de inclusión de la población diana para la participación en el cuestionario fueron los siguientes:

- Aceptar los términos y condiciones del consentimiento informado antes de realizar la encuesta.
- Población en posesión del título universitario de enfermería que esté ejerciendo actualmente.
- Población perteneciente a la Provincia de Tarragona.

La población de la provincia de Tarragona a 1 de enero de 2023 está compuesta por 848.592 habitantes (20), de las cuales 4447 personas están colegiadas en el Colegio oficial de enfermeras y enfermeros de Tarragona a día 20 de febrero del 2024 (21). No podemos saber cuántos enfermeros de forma exacta están ejerciendo en la provincia de Tarragona, pero el número de colegiados nos puede dar una cifra aproximada de cuantos enfermeros en activo existen para poder calcular el tamaño de la muestra necesario.

Para calcular el tamaño muestral y de esta forma hay que asegurar que la muestra sea representativa y el estudio tenga validez, utilizamos la aplicación “Calculadora de tamaño muestral GRANMO” (22), con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%. La aplicación nos mostró que necesitábamos un tamaño muestral de 355 personas participantes en el estudio.

7.2 Instrumento de recogida de datos

Realizamos una búsqueda exhaustiva de encuestas validadas sobre el tema que tratábamos y encontramos una que se adaptó a nuestro objeto de estudio (7), pero que había que realizar pequeñas modificaciones por lo que realizamos las modificaciones pertinentes y decidimos empezar pasar la encuesta a enfermeras y enfermeros de la provincia de Tarragona.

La encuesta tiene un total de 21 preguntas, la primera parte de la encuesta consta de la recogida de datos sociodemográficos como el sexo, la edad, experiencia profesional y el campo en el que está trabajando la profesional. En la siguiente parte de la encuesta, se realizan preguntas sobre el conocimiento que tiene el profesional sobre la planificación de decisiones anticipadas con respuestas de Si/No, otras de Si/No/No sabe, respuestas del 1 al 10 y por último una única respuesta abierta relacionada con la puntuación otorgada a la respuesta anterior.

7.3 Procedimiento

7.3.1 Búsqueda bibliográfica

Para realizar el marco teórico realizamos una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos (Cuidatge, Cuiden, Pubmed, Scielo, Elsevier, Dialnet), en páginas web de organismos oficiales (Gencat, Instituto nacional de estadística, Boletín Oficial de Estado, Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Ministerio de Sanidad, Comité de Bioética de Catalunya). Los criterios de inclusión de la búsqueda bibliográfica para realizar el marco teórico fueron artículos que cumplieran los siguientes requisitos:

- Artículos publicados en los últimos 10 años (2013 – 2024).
- Artículos en catalán, castellano o inglés.
- Artículos en texto completo

7.3.2 Estrategia de búsqueda

Se han utilizado términos MeSH y DeCS, operadores booleanos y palabras clave para facilitar la búsqueda bibliográfica.

- ScienceDirect: Planificación de decisiones anticipadas AND derecho a morir; Personal de Salud OR Atención Primaria AND Planificación de decisiones anticipadas.
- CUIDEN: Afrontamiento AND derecho a morir; Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida AND Comunicación.
- Dialnet: Enfermería AND Planificación anticipada de decisiones; Cataluña AND Planificación de decisiones anticipadas; Voluntades Anticipadas AND Planificación de decisiones anticipadas.
- Pubmed: Historia AND Planificación anticipada de decisiones.

Tabla 2: Palabras clave y tesauros

Palabra clave	MeSH	DeCS
Planificación Anticipada de Decisiones	Advance Care Planning	Planificación Anticipada de Atención
Voluntades anticipadas	Advance Directives	Directivas Anticipadas
Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida	Hospice and Palliative Care Nursing	Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida
Derecho a morir	Right to Die	Derecho a morir
Historia	History	Historia
Comunicación	Communication	Comunicación
Personal de salud	Health Personnel	Personal de Salud
Legislación	Legislation	Legislación
Atención Primaria	Primary Health Care	Atención Primaria de Salud
Afrontamiento	Adaptation, Psychological	Adaptación Psicológica
Enfermería	Nursing	Enfermería
Cataluña	-	-

Fuente: Elaboración propia

7.3.3 Cuestionario

Referente al cuestionario, una vez que todas las preguntas fueron realizadas y validadas, decidimos realizar una prueba piloto nosotros mismos. Abrimos el cuestionario como si fuéramos personas externas y realizamos la lectura del consentimiento informado desde el inicio. Posteriormente, completamos el cuestionario completo con el fin de calcular el tiempo que tardábamos en hacerlo, el cual fue inferior a 6 minutos.

En cuanto a la población, inicialmente empezamos realizando el cuestionario exclusivamente a enfermeras que trabajaban en el ámbito hospitalario en la provincia de Tarragona. Sin embargo, debido a las pocas respuestas obtenidas y considerando la posibilidad de realizar comparativas entre diferentes sectores y servicios, decidimos ampliar la muestra a enfermeras colegiadas en la provincia de Tarragona. Esto nos permitió obtener una muestra más representativa y dar mayor validez al estudio.

Tras modificar el consentimiento informado, procedimos a realizar la captación de participantes con la muestra actualizada. Esta se realizó del 6 de febrero al 15 de marzo en las puertas de diferentes hospitales (Hospital Universitari Joan XXIII, Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Hospital Sant Pau i Santa Tecla, Hospital Francolí), y centros de atención primaria (Hospital Lleuger Antoni de Gimbernat de Cambrils, CAP Torreforta, CAP Sant Pere, CAP Tarraco). También se realizó de forma telemática utilizando distintas vías de comunicación como WhatsApp, mediante la realización del cuestionario por el aplicativo Google Forms (**Anexo 2**). Todas las personas que participaron en el estudio cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Estar en posesión del título de diplomado o graduado en enfermería.
- Estar ejerciendo la profesión en la provincia de Tarragona.

7.4 Variables

7.4.1 Variable principal

Para poder cuantificar el conocimiento sobre la planificación de decisiones anticipadas se midió esta variable cuantitativa ordinal en una escala de tipo Likert, esta escala va

desde el 1 siendo este siempre el menor conocimiento y el 10 el mayor conocimiento. Dependiendo de la puntuación señalada en la escala el conocimiento se considera:

Tabla 3: Variable de conocimiento global

Nivel de conocimiento	Puntuación en la escala
Conocimiento bajo	De 1 a 3
Conocimiento medio	De 4 a 6
Conocimiento alto	De 7 a 10

Fuente: Elaboración propia

7.4.2 Variables secundarias

- Conocimiento sobre si la planificación de decisiones anticipadas está regulada por ley en la Comunidad Autónoma de Cataluña. Se trata de una variable categórica nominal con las siguientes categorías: Sí, No, No sabe.
- Lectura de un documento relacionado con la planificación de decisiones anticipadas. Se trata de una variable categórica nominal con las siguientes categorías: Sí, No.
- Conocimiento del documento de voluntades anticipadas. Se trata de una variable categórica nominal con las siguientes categorías: Sí, No.
- Conocimiento sobre la diferencia entre los documentos de voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas. Se trata de una variable categórica nominal con las siguientes categorías: Sí, No.
- Preferencia sobre la conveniencia de que los ciudadanos planifiquen sus decisiones del final de vida mediante la planificación anticipada de decisiones. Se trata de una variable ordinal medida con una escala tipo Likert, esta escala va desde el 1 siendo este siempre la menor preferencia sobre la planificación del final de vida mediante PDA y el 10 siendo la mayor preferencia.

Tabla 4: Variable preferencia sobre la planificación de decisiones en el proceso de final de vida mediante PDA

Descripción	Puntuación en la escala
Preferencia baja sobre la planificación de decisiones en el proceso de final de vida mediante PDA	De 1 a 3
Preferencia media sobre la planificación de decisiones en el proceso de final de vida mediante PDA	De 4 a 6
Preferencia alta sobre la planificación de decisiones en el proceso de final de vida mediante PDA	De 7 a 10

Fuente: Elaboración propia

- Utilidad del documento de voluntades anticipadas para la planificación de decisiones anticipadas. Se trata de una variable ordinal medida con una escala tipo Likert, esta escala va desde el 1 siendo este siempre la menor utilidad sobre el documento de voluntades anticipadas en la planificación de decisiones anticipadas y el 10 siendo la mayor utilidad.

Tabla 5: Variable utilidad del documento de voluntades anticipadas para la planificación de decisiones anticipadas

Descripción	Puntuación en la escala
Utilidad baja	De 1 a 3
Utilidad media	De 4 a 6
Utilidad alta	De 7 a 10

Fuente: Elaboración propia

- Utilidad del documento de voluntades anticipadas para la toma de decisiones de los profesionales sanitarios. Se trata de una variable ordinal medida con una escala tipo Likert, esta escala va desde el 1 siendo este siempre la menor utilidad sobre el documento de voluntades anticipadas en la toma de decisiones de los profesionales sanitarios y el 10 siendo la mayor utilidad.

Tabla 6: Variable utilidad del documento de voluntades anticipadas para la toma de decisiones de los profesionales sanitarios

Descripción	Puntuación en la escala
Utilidad baja para los profesionales	De 1 a 3
Utilidad media para los profesionales	De 4 a 6
Utilidad alta para los profesionales	De 7 a 10

Fuente: Elaboración propia

- Utilidad del documento de voluntades anticipadas para la toma de decisiones de los familiares. Se trata de una variable ordinal medida con una escala tipo Likert, esta escala va desde el 1 siendo este siempre la menor utilidad sobre el documento de voluntades anticipadas en la toma de decisiones de los familiares y el 10 siendo la mayor utilidad.

Tabla 7: Variable utilidad del documento de voluntades anticipadas para la toma de decisiones de los familiares

Descripción	Puntuación en la escala
Utilidad baja para los familiares	De 1 a 3
Utilidad media para los familiares	De 4 a 6
Utilidad alta para los familiares	De 7 a 10

Fuente: Elaboración propia

- Opinión sobre si el nombramiento de un representante facilita la toma de decisiones a los profesionales sanitarios. Se trata de una variable ordinal medida con una escala tipo Likert, esta escala va desde el 1 siendo la menor utilidad en el nombramiento de un representante y 10 siendo la mayor utilidad

Tabla 8: Variable opinión sobre si el nombramiento de un representante facilita la toma de decisiones a los profesionales sanitarios

Descripción	Puntuación en la escala
Utilidad baja en el nombramiento de un representante	De 1 a 3
Utilidad media en el nombramiento de un representante	De 4 a 6
Utilidad alta en el nombramiento de un representante	De 7 a 10

Fuente: Elaboración propia

- Preferencia sobre la recomendación de iniciar un proceso de planificación de decisiones anticipadas. Se trata de una variable ordinal medida con una escala tipo Likert, esta escala va desde el 1 siendo la menor preferencia en la recomendación de iniciar un PDA y 10 siendo la mayor preferencia.

Tabla 9: Variable preferencia sobre la recomendación de iniciar un proceso de planificación de decisiones anticipadas

Descripción	Puntuación en la escala
Preferencia baja en la recomendación de iniciar un PDA	De 1 a 3
Preferencia media en la recomendación de iniciar un PDA	De 4 a 6
Preferencia alta en la recomendación de iniciar un PDA	De 7 a 10

Fuente: Elaboración propia

- Predisposición a ofrecer ayuda a la realización o cumplimentación de un proceso de planificación de decisiones anticipadas. Se trata de una variable ordinal medida con una escala tipo Likert, esta escala va desde el 1 siendo la menor ayuda ofrecida en la realización de un documento de voluntades anticipadas (DVA) y 10 siendo la mayor ayuda ofrecida.

Tabla 10: Variable predisposición a ofrecer ayuda a la realización o cumplimentación de un proceso de planificación de decisiones anticipadas

Descripción	Puntuación en la escala
Predisposición baja en la ayuda a la realización de un DVA	De 1 a 3
Predisposición media en la ayuda a la realización de un DVA	De 4 a 6
Predisposición alta en la ayuda a la realización de un DVA	De 7 a 10

Fuente: Elaboración propia

- Relevancia del papel de enfermería en el proceso de planificación de decisiones anticipadas. Se trata de una variable ordinal medida con una escala tipo Likert, esta escala va desde el 1 siendo la menor relevancia del papel enfermero en la planificación de decisiones anticipadas (PDA) y 10 siendo la mayor relevancia en la planificación.

Tabla 11: Variable relevancia del papel de enfermería en el proceso de planificación de decisiones anticipadas

Descripción	Puntuación en la escala
Relevancia baja del papel de enfermería en la PDA	De 1 a 3
Relevancia media del papel de enfermería en la PDA	De 4 a 6
Relevancia alta del papel de enfermería en la PDA	De 7 a 10

Fuente: Elaboración propia

- Percepción como profesional de enfermería de la necesidad de aumentar sus conocimientos acerca de la PDA. Se trata de una variable ordinal medida con una escala tipo Likert, esta escala va desde el 1 siendo la menor percepción de la necesidad de aumentar el conocimiento sobre PDA y 10 siendo la mayor percepción.

Tabla 12: Variable percepción como profesional de enfermería de la necesidad de aumentar sus conocimientos acerca de la PDA

Descripción	Puntuación en la escala
Percepción baja de la necesidad del aumento de conocimiento sobre la PDA	De 1 a 3
Percepción media de la necesidad del aumento de conocimiento sobre la PDA	De 4 a 6
Percepción alta de la necesidad del aumento de conocimiento sobre la PDA	De 7 a 10

Fuente: Elaboración propia

- Percepción sobre la utilidad del PDA en la mejora de la calidad de atención al final de vida. Se trata de una variable ordinal medida con una escala tipo Likert, esta escala va desde el 1 siendo la menor utilidad de la PDA en la mejora de la calidad de atención al final de vida y 10 siendo la mayor utilidad.

Tabla 13: Variable percepción sobre la utilidad del PDA en la mejora de la calidad de atención al final de vida

Descripción	Puntuación en la escala
Utilidad baja de la PDA en la mejora de la atención al final de vida	De 1 a 3
Utilidad media de la PDA en la mejora de la atención al final de vida	De 4 a 6
Utilidad alta de la PDA en la mejora de la atención al final de vida	De 7 a 10

Fuente: Elaboración propia

7.4.3 Variables sociodemográficas

- Sexo: Variable cualitativa dicotómica (Hombre o mujer).
- Edad: Variable cuantitativa expresada en años.
- Experiencia profesional como enfermera/o: Variable cuantitativa expresada en años.
- Campo profesional: Variable cualitativa politómica, ya que abarcamos tanto atención especializada como atención primaria.

7.5 Aspectos legales y éticos

Este estudio se lleva a cabo siguiendo la normativa vigente respecto a la ley orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (23),

garantizando la preservación de la intimidad, confidencialidad y anonimato de los participantes en el presente estudio, para ello, adjuntamos un consentimiento informado (**Anexo 2**) que los participantes tenían que aceptar antes de formar parte del estudio.

Para cumplir con la legislación vigente, incluimos en el cuestionario de Google Forms un texto que exponía la finalidad de este (**Anexo 3**), los datos personales de los autores para que los participantes pudieran contactar en caso de dudas o si deseaban revocar su participación en cualquier momento, la institución para la cual se realiza el trabajo, y una breve explicación garantizando que las respuestas serían anónimas y confidenciales en todo momento.

En términos éticos la investigación se ha llevado a cabo cumpliendo con las buenas prácticas científicas de acuerdo con la declaración de Helsinki (24) emitida por la asociación médica mundial y el Comité de Bioética de Cataluña (25). También hemos seguido los pasos establecidos por el Comité Ético y de Buenas Prácticas en la investigación realizando el documento sobre la declaración responsable (**Anexo 4**).

7.6 Cronograma

Ilustración 2: Cronograma

	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Tutorías										
Justificación del proyecto										
Planificación del proyecto										
Marco teórico										
Entrega de los cuestionarios										
Análisis cálculo descriptivo										
Análisis cálculo comparativo										
Entrega del borrador										
Discusión y conclusión del estudio										
Entrega final del proyecto										

Fuente: Elaboración propia

8. RESULTADOS

Se recogieron un total de 186 respuestas en la encuesta, de la cual se tuvo que rechazar una respuesta por mal cumplimiento, obteniendo así, una $n=185$ participantes.

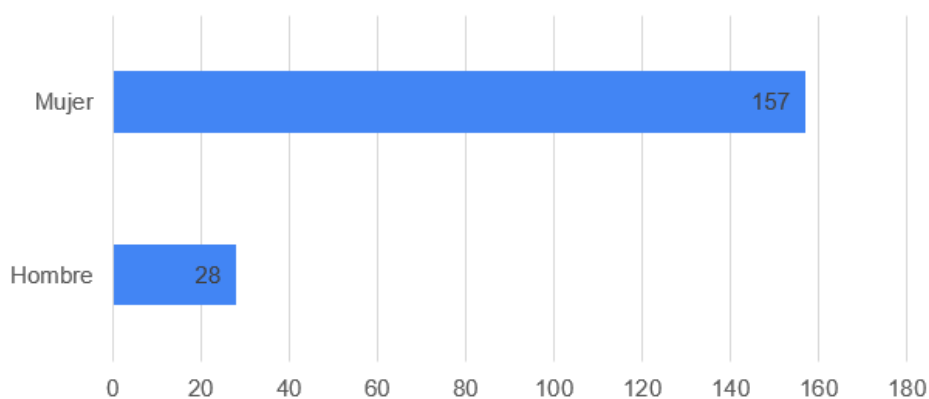
Para que la muestra de nuestro trabajo fuera representativa, contactamos con el Colegio oficial de enfermeras y enfermeros de Tarragona para poder conseguir un tamaño muestral que nos permitiera extrapolar y por ende generalizar los resultados observados en esta. Nos comentaron que, a día de hoy, 4447 personas están colegiadas en la provincia de Tarragona, es así como utilizando la aplicación “Calculadora de tamaño muestral GRANMO” (22), con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%. La aplicación nos mostró que necesitábamos un tamaño muestral de 355 personas participantes en el estudio. No obstante, solo pudimos llegar al 52’11% ($n=185$) del tamaño muestral representativo.

8.1. Características de la muestra

8.1.1. Distribución por género

De los 185 profesionales de enfermería, 157 (84,9%) fueron mujeres y 28 (15,1%) fueron hombres.

Ilustración 3: Gráfico de barras distribución por género

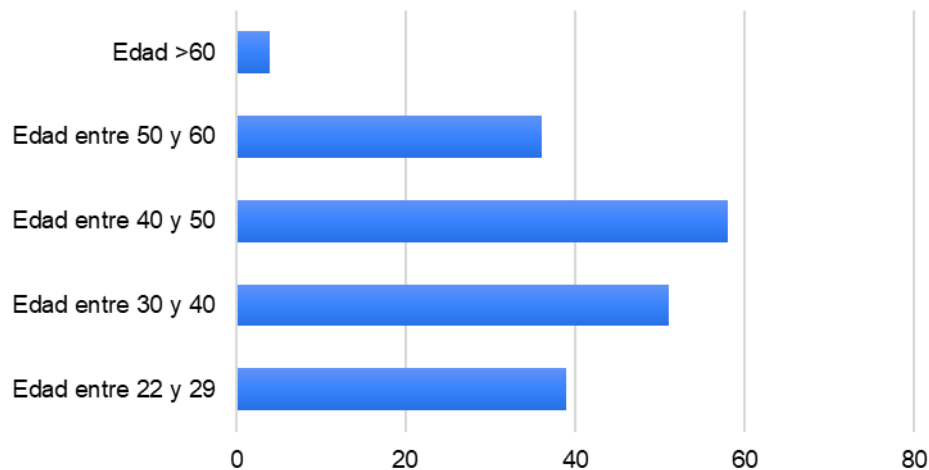


Fuente: Elaboración propia

8.1.2. Distribución por edad

La media de edad de los profesionales se sitúa en 40,9 años (DT=10,8; Mediana=42). Situándose en 23 años el profesional más joven encuestado y en 62 años el de mayor edad.

Ilustración 4: Gráfico de barras distribución por edad

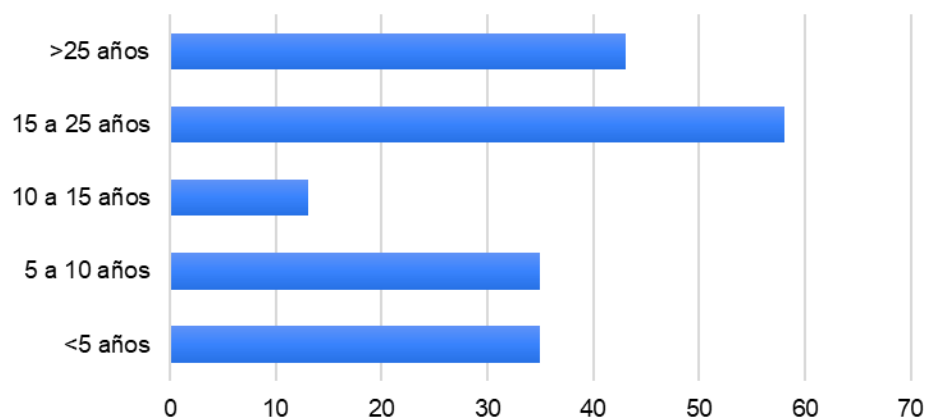


Fuente: Elaboración propia

8.1.3. Distribución por experiencia profesional

La media de experiencia profesional se sitúa en 17,2 años (DT=10,5; Mediana=17). Situándose en 6 meses el profesional que menos experiencia tiene y en 40 años el que más experiencia tiene.

Ilustración 5: Gráfico de barras distribución por experiencia profesional



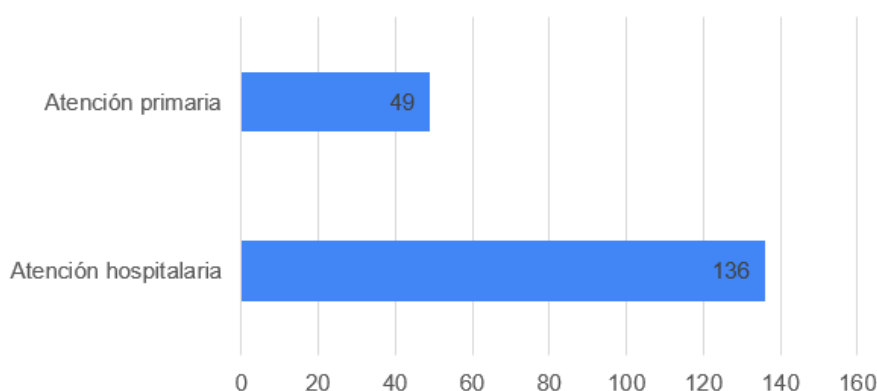
Fuente: Elaboración propia

8.1.4. Distribución por área de trabajo

En la pregunta con referencia al área de trabajo obtuvimos múltiples respuestas que agrupamos en dos únicas variables.

Por una parte, tenemos el área de atención especializada (Tabla 14), dónde se sitúan 136 de los profesionales encuestados (73,5%), y por la otra tenemos atención primaria, dónde fueron un total de 49 profesionales encuestados (26,5%).

Ilustración 6: Gráfico de barras distribución por área de trabajo



Fuente: Elaboración propia

Tabla 14: Servicios de la atención hospitalaria

Área de atención hospitalaria		
• UCI • Urgencias • Salud Mental • Sociosanitario • Quirófano • Paliativos	• Radioterapia • Neurología • Traumatología • Sala de partos • Medicina Interna • Endoscopias	• Oncología • Pediatría • Geriatria • REA

Fuente: Elaboración propia

8.2. Conocimientos y actitudes

8.2.1. Conocimiento de los profesionales de enfermería

La media del conocimiento global sobre la planificación de decisiones anticipadas de los profesionales de enfermería de la provincia de Tarragona se situó en 6,3 (DT=1,7; Mediana=6; Error típico=0,12; Varianza de la muestra=2,97), en un rango de puntuación

del 1 al 10, siendo 1 la puntuación más baja obtenida y 10 la máxima. Según las medidas de dispersión, estas nos indican que hay cierta dispersión alrededor de la media, pero la muestra es representativa con relación a la población de estudio, ya que no se ve afectada significativamente por valores extremos. Según la variable principal, esta puntuación otorgaría un nivel de conocimiento medio entre los profesionales de enfermería.

El 69,7% de los encuestados (n=129) afirman saber que la planificación de decisiones anticipadas está regulada por ley en Cataluña, frente a un 24,9% que no sabe (n=46) y un 5,4% (n=10) que indican que no se encuentra regulada.

En lo que refiere a la lectura de algún modelo o documento relacionado con la planificación de decisiones anticipadas, el 44,9% (n=83) no han leído ningún modelo, mientras que un 55,1% (n=102) afirma si haberlo hecho.

Respecto al conocimiento de la existencia del documento de voluntades anticipadas, nos encontramos con un 81,6% (n=151) que afirma conocer el documento frente a un 18,4% (n=34) que no lo conoce.

La percepción sobre las diferencias entre los conceptos documento de voluntades anticipadas y planificación de decisiones anticipadas es de un 79,5% de los encuestados, (n=147) que afirman la existencia de diferencias entre los conceptos frente al 20,5% (n=38) que niegan la existencia de estas.

Para concluir en lo que refiere a la percepción sobre la necesidad de aumentar los conocimientos sobre la planificación de decisiones anticipadas, obtenemos la media más alta respecto a las anteriores preguntas sobre los conocimientos situándose en 8,8 (DT=1,5; Mediana=9; Error típico=0,11; Varianza de la muestra; 2,35) en un rango de puntuación del 1 al 10, siendo 4 la puntuación más baja obtenida y 10 la máxima. Según las medidas de dispersión, estas nos indican que hay cierta dispersión alrededor de la media, pero la muestra es representativa con relación a la población de estudio, ya que no se ve afectada significativamente por valores extremos. Un dato para destacar es que un 47% (n=88) de los encuestados puntúan como 10 la necesidad de aumentar sus conocimientos sobre la planificación de decisiones anticipadas.

8.2.2. Actitudes de los profesionales de enfermería

Los resultados correspondientes a las variables que evalúan las actitudes de los profesionales de enfermería ante el proceso de planificación anticipada son elevados, situándose la media de puntuación de respuesta en 8,7 la más baja y 9,7 la más elevada, en un rango de puntuación del 1 al 10.

Tabla 15: Resultados descriptivos actitudes

	Media (DT)	Mediana	Rango	Error típico	Varianza
Conveniencia de la planificación de decisiones anticipadas	9,5 (1,2)	10	1-10	0,08	1,41
Utilidad	8,7 (1,6)	9	1-10	0,11	2,45
Utilidad para los profesionales	8,8 (1,6)	9	1-10	0,11	2,46
Utilidad para los familiares	8,7 (1,7)	10	1-10	0,12	2,96
Nombramiento de representante y facilitación de la toma de decisiones	8,8 (1,6)	9	1-10	0,11	2,46
Recomendación sobre inicio de la PDA a los pacientes	9,1 (1,3)	10	1-10	0,09	1,81
Predisposición para ayudar a los pacientes a entender y cumplimentar la PDA ajustándolas a su patología	8,9 (1,7)	10	1-10	0,12	2,94
Intención de respetar el contenido de la PDA	9,7 (1)	10	1-10	0,07	1,06
Relevancia del papel enfermero en PDA	8,9 (1,6)	9	1-10	0,11	2,5
Percepción sobre la utilidad de PDA en la mejora de la atención al final de la vida	9,5 (1,1)	10	1-10	0,08	1,19

Fuente: Elaboración propia

8.2.3 Conflictos referidos respecto al contenido del documento de instrucciones previas

El análisis de los conflictos referidos por el personal de enfermería se realizó a partir de una pregunta descriptiva con campo abierto a través de la cual se solicitaba al encuestado manifestar los motivos por los cuales no respetaría los deseos expresados por un paciente en un documento de instrucciones previas (**Anexo 5**).

Se registraron 32 respuestas, de las cuales 14 respuestas, se consideran que refuerzan el argumento planteado en la pregunta, lo que sugiere que el profesional encuestado puede no haber comprendido la pregunta correctamente o podría haber intentado reforzar el mensaje en lugar de responder directamente. El resto de las cuestiones las hemos agrupado por bloques temáticos con el propósito de organizar las ideas mencionadas, se han definido los siguientes contenidos:

- Aspectos legales, éticos y deontológicos
- Papel de la familia
- Contexto y temporalidad
- Creencias religiosas

8.3. Comparativo chi cuadrado

Para poder conocer si hay diferencias entre el nivel conocimiento y el servicio dónde trabajan los profesionales de enfermería, en nuestro caso, servicio de atención primaria u especializada, hemos utilizado la prueba de Chi Cuadrado (X^2) para poder realizar un análisis comparativo de resultados obtenidos en nuestro cuestionario.

Las variables que aparecen en esta comparativa son conocimiento, conocimiento general, conocimiento sobre la legislación, lectura sobre PDA, diferencia entre conceptos y percepción sobre el aumento de conocimientos.

8.3.1 Comparativa conocimiento general

Para realizar la comparativa del nivel de conocimiento general de la PDA entre el servicio de atención primaria y atención hospitalaria, formulamos las siguientes hipótesis:

- Hipótesis nula (H0): No existen diferencias significativas entre el servicio de enfermería y el nivel de conocimiento en la planificación de decisiones anticipadas.

- Hipótesis alternativa (H1): Existen diferencias significativas entre el servicio de enfermería y el nivel de conocimiento en la planificación de decisiones anticipadas.

Ilustración 7: Prueba Chi Cuadrado de la pregunta conocimiento general

Servicio	Conocimiento general			Total
	ALTO	BAJO	MEDIO	
PRIMARIA	25	2	16	43
HOSPITALARIA	67	10	65	142
Total	92	12	81	185

Pruebas de χ^2			
	Valor	gl	p
χ^2	1.64	2	0.440
N	185		

Fuente: Aplicación Jamovi

Como vemos en la tabla, los resultados nos dan a entender que las diferencias no han sido significativas (χ^2 : 1,64; p: 0,44), ya que una $p > 0,05$ nos indica junto con el valor bajo del Chi Cuadrado que no hay asociación. El valor de la V de Cramer de 0.0942, aunque muestra una asociación, indica una asociación muy débil entre las dos variables categóricas.

En resumen, los resultados sugieren que no hay una diferencia significativa en el nivel de conocimiento sobre la planificación de decisiones anticipadas entre los servicios hospitalarios y de atención primaria, y cualquier asociación presente es muy débil, por lo que aceptamos H0 y rechazamos H1.

8.3.2 Conocimiento sobre regulación ley PDA Cataluña

Para realizar la comparativa del nivel de conocimiento general de la PDA entre el servicio de atención primaria y atención hospitalaria, formulamos las siguientes hipótesis:

- Hipótesis nula (H0): No existen diferencias significativas entre el tipo de servicio de enfermería y el conocimiento sobre si la planificación de decisiones anticipadas (PDA) está regulada por ley en Cataluña.

- Hipótesis alternativa (H1): Existen diferencias significativas entre el tipo de servicio de enfermería y el conocimiento sobre si la planificación de decisiones anticipadas (PDA) está regulada por ley en Cataluña.

Ilustración 8: Prueba Chi Cuadrado de la pregunta conocimiento sobre regulación ley PDA en Cataluña

Servicio	Conocimientos sobre regulación ley PDA en Cataluña			Total
	NO	NO SABE	SÍ	
PRIMARIA	1	4	38	43
HOSPITALARIA	9	42	91	142
Total	10	46	129	185

	Valor	gl	p
χ^2	9.23	2	0.010
N	185		

Fuente: Aplicación Jamovi

Como vemos en la tabla, los resultados nos dan a entender que sí existen diferencias significativas (χ^2 : 9,23; p: 0,010), ya que una $p < 0,05$ nos indica junto con el valor elevado del Chi Cuadrado que sí existe asociación entre las variables.

En resumen, los resultados indican que hay diferencias significativas en el conocimiento sobre si la PDA está regulada por ley en Cataluña entre los profesionales de enfermería de atención primaria y aquellos que trabajan en servicios hospitalarios. Por lo tanto, rechazamos H_0 y aceptamos H_1 .

Para determinar en qué servicio hay más conocimiento sobre si la planificación de decisiones anticipadas está regulada por ley en Cataluña, realizamos un análisis adicional de nuestros datos. En este caso, una prueba de proporciones.

Tabla 16: Proporciones de respuesta "Sí" de los servicios sanitarios

	Número de "SÍ"	Número total de respuestas	Proporción respuesta "SÍ"
Atención Primaria	38	43	0.884 (88%)
Atención Hospitalaria	91	142	0.640 (64%)

Fuente: Elaboración propia

Ahora podemos ver que la proporción de respuestas "Sí" es mayor en el servicio de atención primaria (88%) en comparación con el servicio especializado (64%). Esto sugiere que un mayor porcentaje de profesionales de enfermería en atención primaria tienen conocimiento sobre si la PDA está regulada por ley en Cataluña, en comparación con aquellos en servicios de atención hospitalaria.

Sin embargo, también es importante tener en cuenta la proporción de respuestas "No sabe", ya que esto puede afectar la comparación. En este caso, la proporción de respuestas "No sabe" es mayor en el servicio hospitalario (29.6%) en comparación con el servicio de atención primaria (9.3%).

8.3.3 Lectura PDA

Para realizar la comparativa de la cantidad de personas que han leído algún modelo o documento relacionado con la planificación de decisiones anticipadas, formulamos las siguientes hipótesis:

- Hipótesis nula (H0): No existen diferencias significativas entre la proporción de personas que han leído algún modelo o documento relacionado con la planificación de decisiones anticipadas y el servicio de enfermería al que pertenecen.
- Hipótesis alternativa (H1): Existen diferencias significativas entre la proporción de personas que han leído algún modelo o documento relacionado con la planificación de decisiones anticipadas y el servicio de enfermería al que pertenecen.

Ilustración 9: Prueba Chi Cuadrado de la pregunta lectura de un documento relacionado con la PDA

Servicio	Lectura de un documento relacionado con la PDA		Total
	NO	SÍ	
PRIMARIA	12	31	43
HOSPITALARIA	71	71	142
Total	83	102	185

	Valor	gl	p
χ^2	6.51	1	0.011
N	185		

Fuente: Aplicación Jamovi

Como vemos en la tabla, los resultados nos dan a entender que sí existen diferencias significativas (χ^2 : 6,51; p: 0,011), ya que una $p < 0,05$ nos indica junto con el valor de Chi Cuadrado que sí existe asociación entre las variables.

Los resultados indican que existe una asociación significativa entre el servicio de enfermería al que pertenece el personal de enfermería y la lectura de algún modelo o documento relacionado con la planificación de decisiones anticipadas. Por lo tanto, rechazamos H_0 y aceptamos H_1 .

Para determinar en qué servicio hay más proporción de personal de enfermería que han leído algún modelo o documento relacionado con la planificación de decisiones anticipadas, realizamos un análisis adicional de nuestros datos. En este caso, una prueba de proporciones.

Tabla 17: Proporciones "Sí" de los servicios sanitarios

	Número de "Sí"	Número total de respuestas	Proporción respuesta "Sí"
Atención Primaria	31	12	0.720 (72%)
Atención Hospitalaria	71	71	0.500 (50%)

Fuente: Elaboración propia

Comparando estas proporciones, podemos observar que, en Atención Primaria, el 72% del personal de enfermería han leído algún modelo o documento relacionado con la planificación de decisiones anticipadas, frente a un 50% en Atención Hospitalaria.

8.3.4 Conocimiento DVA

Para realizar la comparativa del conocimiento de la existencia del documento de voluntades anticipadas entre los diferentes servicios, formulamos las siguientes hipótesis:

- Hipótesis nula (H0): No existen diferencias significativas entre el conocimiento de la existencia del documento de voluntades anticipadas y los diferentes servicios.
- Hipótesis alternativa (H1): Existen diferencias significativas entre el conocimiento de la existencia del documento de voluntades anticipadas y los diferentes servicios.

Ilustración 10: Prueba Chi Cuadrado pregunta conocimiento del DVA

Servicio	Conocimiento del Documento de Voluntades Anticipadas		Total
	NO	SÍ	
PRIMARIA	4	39	43
HOSPITALARIA	30	112	142
Total	34	151	185

	Valor	gl	p
χ^2	3.08	1	0.079
N	185		

Fuente: Aplicación Jamovi

Como vemos en la tabla, los resultados nos dan a entender que las diferencias no han sido significativas (χ^2 : 3,08; p: 0,079), ya que una $p > 0,05$ nos indica junto con el valor bajo del Chi Cuadrado que no hay asociación.

En resumen, los resultados sugieren que no hay una diferencia significativa entre el conocimiento de la existencia del documento de voluntades anticipadas y los diferentes servicios, por lo que aceptamos H0 y rechazamos H1.

8.3.5 Diferencia conceptos DVA y PDA

Para realizar la comparativa del conocimiento de las diferencias entre los conceptos documento de voluntades anticipadas y planificación de decisiones anticipadas entre los diferentes servicios, formulamos las siguientes hipótesis:

- Hipótesis nula (H0): No existen diferencias significativas entre el conocimiento de las diferencias entre los conceptos documento de voluntades anticipadas y planificación de decisiones anticipadas entre los diferentes servicios.

- Hipótesis alternativa (H1): Existen diferencias significativas entre el conocimiento de las diferencias entre los conceptos documento de voluntades anticipadas y planificación de decisiones anticipadas entre los diferentes servicios.

Ilustración 11: Prueba Chi Cuadrado pregunta diferencia entre los conceptos DVA y PDA

Servicio	Diferencia entre los conceptos DVA y PDA		Total
	NO	SÍ	
PRIMARIA	10	33	43
HOSPITALARIA	28	114	142
Total	38	147	185

	Valor	gl	p
χ^2	0.253	1	0.615
N	185		

Fuente: Aplicación Jamovi

Como vemos en la tabla, los resultados nos dan a entender que las diferencias no han sido significativas (χ^2 : 0,253; p: 0,615), ya que una $p > 0,05$ nos indica junto con el valor bajo del Chi Cuadrado que no hay asociación.

En resumen, los resultados sugieren que no hay una diferencia significativa entre el conocimiento de las diferencias entre los conceptos documento de voluntades anticipadas y planificación de decisiones anticipadas entre los diferentes servicios, por lo que aceptamos H0 y rechazamos H1.

8.3.6 Percepción de la mejoría de los conocimientos respecto al proceso de PDA

Para realizar la comparativa de la percepción del personal de enfermería de aumentar el nivel de conocimiento sobre la planificación de decisiones anticipadas y el servicio dónde pertenecen, formulamos las siguientes hipótesis:

- Hipótesis nula (H0): No existen diferencias significativas entre la percepción de aumentar el nivel de conocimiento sobre planificación de decisiones anticipadas y el servicio donde pertenecen.

- Hipótesis alternativa (H1): Existen diferencias significativas entre la percepción de aumentar el nivel de conocimiento sobre planificación de decisiones anticipadas y el servicio donde pertenecen.

Ilustración 12: Prueba Chi Cuadrado pregunta necesidad de aumentar los conocimientos en el ámbito de la PDA

Servicio	Necesidad de aumentar los conocimientos en el ámbito de la PDA			Total
	ALTA	MEDIA	BAJA	
HOSPITALARIA	127	13	2	142
PRIMARIA	37	5	1	43
Total	164	18	3	185

	Valor	gl	p
χ^2	0.421	2	0.810
N	185		

Fuente: Aplicación Jamovi

Como vemos en la tabla, los resultados nos dan a entender que las diferencias no han sido significativas (χ^2 : 0,421; p: 0,810), ya que una $p > 0,05$ nos indica junto con el valor bajo del Chi Cuadrado que no hay asociación.

En resumen, los resultados sugieren que no hay una diferencia significativa entre la percepción de aumentar el nivel de conocimiento sobre planificación de decisiones anticipadas y el servicio donde pertenecen, por lo que aceptamos H0 y rechazamos H1.

9. DISCUSIÓN

Tras la revisión bibliográfica de múltiples artículos y publicaciones, destaca la gran cantidad de estudios que abordan el grado de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el documento de voluntades anticipadas, pero llama la atención los pocos o prácticamente nulos estudios que hablan sobre el conocimiento del personal de enfermería sobre la planificación de decisiones anticipadas, esto puede deberse a la reciente incorporación de dicho concepto.

Existe una investigación que se asemeja mucho a este estudio, realizada el año 2015 por Veiga Rodríguez M., llamada *“El profesional de enfermería ante la planificación anticipada de cuidados”* (7), esta investigación cuenta con una muestra mayor a la del presente estudio, aun así, se extrajeron unos resultados parecidos.

En lo que se refiere al análisis de género, tanto en el estudio mencionado anteriormente como el presente estudio, se manifiesta la similitud respecto al porcentaje de participación femenina frente a la masculina en la práctica asistencial, siendo en el estudio mencionado, un 84,2% de mujeres frente a un 15,8% de hombres. Esta proporción se asemeja con el número de colegiados de enfermería en Cataluña, según datos del Instituto Nacional de Estadística, donde también se constata una clara mayoría de participación femenina (87,6%) en comparación con la masculina (12,4%) (26).

Por otra parte, también observamos una similitud respecto a la distribución por área de trabajo, dónde en el estudio mencionado se muestra un 67,4% de personal encuestado en el área de atención hospitalaria frente a un 28,4 % de profesionales en atención primaria, mientras que en el estudio presente nos encontramos con un 26,5% de profesionales encuestados en el ámbito de atención primaria frente a un 73,5% en el ámbito hospitalario. Tras estos resultados similares, los comparamos con el número de profesionales de enfermería que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en Atención Primaria y Atención Hospitalaria en Cataluña, dónde se determina un 80% de profesional de enfermería en el ámbito hospitalario y un 20% en el de atención primaria (27). Después de analizar estos datos, observamos que existe una fuerte tendencia hacia una menor presencia de profesionales en el ámbito de atención primaria en ambos estudios y en los datos obtenidos en la comunidad autónoma de Cataluña.

En relación con lo previamente expuesto, en una investigación realizada el año 2019 por Granero Moya N. llamada *“La planificación anticipada de las decisiones al final de*

la vida: vivencias y necesidades de las enfermeras de atención primaria” se exponen algunas de las dificultades de las enfermeras de atención primaria para realizar procesos de planificación anticipada de decisiones, y entre ellas, destacamos las relacionadas con la institución, dónde según las enfermeras entrevistadas, la falta de tiempo y la disminución de la plantilla son importantes limitaciones que hacen que la atención se dirija más hacia las necesidades físicas y se prioricen las intervenciones técnicas (28). Dicha sobrecarga en el área asistencial de la atención primaria deberá tenerse en cuenta para poder dar respuesta a la nueva función del personal de enfermería en la realización de documentos de voluntades anticipadas como se dicta en la nueva legislación vigente (13).

En un estudio realizado por Herranz Martínez S., et al. donde se analizó el impacto de registrar datos de planificación de decisiones anticipadas (PDA) en el informe de alta hospitalaria (IAH), se mostró que, aunque el hecho de registrar variables referentes a la PDA en IAH no llevaba implícita su correcta realización, influía de manera positiva en los equipos de atención primaria. Esta influencia quedaba plasmada en la modificación de un elevado porcentaje de Planes de Intervención Individualizados (PIIC), hecho que indicaba la utilidad de dicha información para los equipos de atención primaria. Dejando en evidencia que implementando la PDA en servicios de atención hospitalaria ayuda a coordinar y agilizar el proceso de final de vida del paciente (29).

Realizando una búsqueda sobre estudios similares en los que se evaluaron los conocimientos de enfermería sobre planificación de decisiones anticipadas, los estudios de Veiga Rodríguez M. (6) y Jiménez Rodríguez JM., Allam MF. (30) coinciden sobre el nivel de conocimiento que reflejan los profesionales a través de una escala Likert, ambos reflejan puntuaciones de 5,2 y 5,4 respectivamente, coincidiendo en un conocimiento medio de 6,3 en nuestro estudio.

Pese a que los enfermeros de ambos estudios tienen un conocimiento general medio sobre planificación anticipada de decisiones, ambos estudios sacan a relucir la necesidad que estos mismos profesionales tienen sobre la ampliación y la necesidad de formación sobre PDA. Esto refuerza la idea que una formación sobre PDA puede ser bien acogida por este sector, y mejoraría la confianza y gestión de estos profesionales en el momento actual donde el DVA y la PDA toman como protagonistas al personal de enfermería.

Indagando en la literatura científica aparecen diversos estudios en los que se evalúa la utilidad del documento de voluntades anticipadas referente a los profesionales sanitarios, pero son pocos los estudios que hablan sobre la utilidad del DVA en referencia a los representantes, sin embargo, en un estudio llevado a cabo por Busquets i Font JM., et al. se realizaron diversas encuestas a los familiares de los pacientes que tenían realizado un DVA donde se obtuvieron unos resultados esclarecedores en los que reflejaban que el 67% de los entrevistados se les consultó el DVA, el 58% se les consultó la opinión como representante y el 82% creían que se respetó la voluntad del paciente. Contrastando estos datos con los obtenidos en nuestra investigación, en donde se obtuvo una puntuación media de 8,7 en la pregunta n.º12 referente a la utilidad del DVA de cara a los familiares, se puede observar que, pese a que los profesionales piensan que el DVA puede ser útil para los representantes, solo un 58% se les consultó la opinión como representante (31).

En lo que refiere a las actitudes del personal de enfermería sobre el deseo de respetar las voluntades anticipadas de los pacientes, se encontró además del estudio mencionado anteriormente sobre los profesionales Gallegos, un estudio realizado en el año 2014 por Barandiarán Lasa M., llamado *“Conocimientos y actitudes del profesional de enfermería de atención primaria de Guipúzcoa sobre las voluntades anticipadas”* (32) donde se pregunta a los profesionales de enfermería de Guipúzcoa sobre el respeto del contenido del DVA. Realizando un análisis de los tres estudios, se concluye que los enfermeros de la provincia de Tarragona (Media=9,7) tienen una actitud más favorable en cuanto al respeto al contenido de las DVA, siguiéndole los enfermeros de Guipúzcoa (Media=9,4) y por último los de Galicia (Media=9,2).

Analizando la pregunta abierta número diecisiete de nuestro cuestionario y pese a que todos los estudios nombrados anteriormente tienen una actitud altamente favorable en cuanto a la PDA, nos encontramos con la siguiente frase: *“Por otra parte, en esta pregunta, mi familiar podría ser mi paciente, como enfermera debería, como hija o mujer, amiga o madre me costaría más”*. En esta respuesta podemos observar que pese a que la mayoría de profesionales tienen una actitud favorable y proactiva en cuanto al respeto de las voluntades anticipadas, en ocasiones se sigue cuestionando las decisiones de los pacientes y en referencia a esto, el estatuto de Cataluña es claro “Las personas tienen derecho a manifestar anticipadamente y dejando constancia de las instrucciones sobre intervenciones y tratamientos médicos, y se establece el deber de respetar dichas voluntades expresadas anticipadamente, de acuerdo con la legislación vigente” (5). Es

por ello que, pese a que los profesionales puedan tener una opinión más o menos favorable con la decisión del paciente, una formación adecuada sobre estos conceptos dejaría claro que, en dichas situaciones, no decide el profesional, decide el paciente.

10. CONCLUSIONES

Tras analizar los resultados del estudio sobre el conocimiento y las actitudes del profesional de enfermería en la provincia de Tarragona sobre la planificación de decisiones anticipadas, podemos aceptar la hipótesis planteada, afirmando que los profesionales de enfermería carecen de los conocimientos necesarios para llevar a cabo una planificación de decisiones anticipadas.

Los conocimientos sobre la planificación de decisiones anticipadas de los profesionales de enfermería de la provincia de Tarragona son de nivel medio, no existiendo diferencias significativas entre los profesionales del área de atención primaria y atención hospitalaria. A excepción de las preguntas referentes a la lectura de algún documento relacionado con la PDA y al conocimiento sobre la legislación vigente de la PDA en Cataluña, donde sí existen diferencias significativas entre las dos áreas de salud, evidenciando un mayor conocimiento en el área de atención primaria.

Los profesionales de enfermería de ambas áreas muestran una actitud favorable respecto al documento de voluntades anticipadas, viendo muy conveniente que los ciudadanos planifiquen anticipadamente las decisiones sobre el fin de vida plasmándolas en un documento de voluntades anticipadas. Asimismo, consideran de gran utilidad el proceso de planificación de decisiones anticipadas al igual que el documento de voluntades anticipadas, tanto para los familiares de los pacientes como para los profesionales de salud. Además, manifiestan respetar el contenido de dichos documentos.

Las enfermeras y enfermeros participantes del estudio valoran de forma muy positiva el rol de enfermería en el proceso de planificación de decisiones anticipadas, y en el registro del documento de voluntades anticipadas.

Todos los participantes del estudio consideran que pese a tener un conocimiento medio sobre la planificación de decisiones anticipadas reconocen que no disponen de la información suficiente y necesitan aumentar sus conocimientos, para poder ofrecer una atención de calidad y orientar a la persona en el proceso. Es por este motivo, por lo que proponemos incidir más en la formación del profesional de enfermería en la planificación de decisiones anticipadas.

11. LIMITACIONES

Durante la realización de la parte metodológica de nuestro trabajo de investigación, nos encontramos con limitaciones relacionadas con el sesgo de selección.

La principal limitación de nuestro trabajo es el bajo porcentaje de participación. Desde el inicio de la difusión y realización de los cuestionarios a la población de referencia, se intentó garantizar la representatividad de la muestra, de esta forma, queríamos conseguir que este estudio fuera representativo de la provincia de Tarragona y con él, sugerir soluciones y planes de mejora para el problema que se estaba planteando.

Durante la difusión de las encuestas, otro de los obstáculos que nos encontramos, fue la negativa del Colegio Oficial de Enfermería de Tarragona al solicitarle realizar una difusión de nuestros cuestionarios por los correos electrónicos de los colegiados, de esta forma, creemos que el número de respuestas, hubiesen aumentado considerablemente.

12. APLICABILIDAD DEL ESTUDIO

Basándonos en la muestra obtenida en el presente estudio, este no puede ser extrapolable a toda la población de la provincia de Tarragona, aun así, hemos pensado distintas aplicaciones que pueden ser de utilidad si este estudio se repitiera, consiguiendo esta vez, una muestra representativa de la población a estudio.

La idea principal del estudio era realizar un estudio cuantitativo descriptivo transversal para poder observar si la población de enfermeros de la provincia de Tarragona tenía los conocimientos necesarios sobre planificación de decisiones anticipadas para poder dar respuesta a los pacientes que así la requieran. Una vez se conocieron los resultados, pudimos ofrecer posibles soluciones para poder subsanar el problema que arroja nuestra hipótesis, y es, que los enfermeros de la provincia de Tarragona tienen un conocimiento medio sobre la PDA y el DVA.

Con la ayuda de algún organismo oficial o algún proveedor de formación válido, creemos que este estudio podría ser el motivo por el que se iniciara un curso de formación para que todos los enfermeros y enfermeras que estén interesados puedan realizarlo y así, aumentar sus conocimientos sobre el tema. Creemos que a raíz de la nueva legislación que entró en vigor este pasado 7 de abril, es aún más necesaria esta formación, ya que enfermería pasa a tener un papel protagonista en la realización de un documento de voluntades anticipadas y ahora más que nunca una formación actualizada es de vital importancia.

El presente estudio puede resultar interesante para los responsables que se encargan de crear y modificar los programas con los que trabaja enfermería y el personal sanitario en general. En la inmensa mayoría de programas informáticos, la visualización del DVA está situada en un segundo plano, en ocasiones imperceptible a primera vista. Este estudio pretende hacer reflexionar sobre la importancia de establecer, de alguna forma visible, un icono que sea fácil localizar en la historia clínica del paciente y en el que acceder a él no sea una tarea compleja.

Por último, creemos que este estudio podría tener una aplicabilidad en el campo docente, ya que la asignatura de cuidados paliativos, a día de hoy no es una asignatura curricular obligatoria y en algunas universidades al no ser esta materia obligatoria, no se llega a nombrar la planificación de decisiones anticipadas, es por este motivo que

creemos que el presente estudio puede servir para replantar el plan educativo e incidir más en términos que están ganando mucha importancia clínica como es la planificación de decisiones anticipadas.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Abad-Corpa E, García-Palomares A, Martínez-Rodríguez S, Sánchez-Pérez R, Molina-Ruiz A. *Exploración del fenómeno de la planificación anticipada de decisiones al final de la vida. Visión de los profesionales que cuidan a personas mayores*. Enferm Clin [Internet]. 2006. [citado el 6 de enero de 2024]; 16 (3): 127–36. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862106711998>
2. Granero-Moya N, Frías-Osuna A, Barrio-Cantalejo IM, Ramos-Morcillo AJ. *Dificultades de las enfermeras de atención primaria en los procesos de planificación anticipada de las decisiones: un estudio cualitativo*. Aten Primaria [Internet]. 2016. [citado el 6 de enero de 2024]; 48(10):649–56. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716300683>
3. Gencat.cat. *Informe sobre el registre del document de voluntats anticipades*. [Internet]. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2021 [citado 26 de abril de 2024]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4021.3/informe_registre_document_voluntats_anticipades_2021.pdf?sequence=6&isAllowed=y
4. Requena-Hernández C, Plaza-Carmona M, Álvarez-Merino P. *Jóvenes y mayores afrontando la muerte en la vida cotidiana*. [Internet]. Rev iberoam Educ investi Enferm [Internet]. 2021. [citado el 10 de enero de 2024];11(3):7–16. Disponible en: <https://www-enfermeria21-com.sabidi.urv.cat/revistas/aladefe/articulo/359/jovenes-y-mayores-afrontando-la-muerte-en-la-vida-cotidiana/?id=10165&user=univ-rovira&nivel=2&md=175bc067689b620f0afcfea4029e7f74>
5. Gencat.cat. *Model català de planificació de decisions anticipades*. [Internet]. Grup de treball del Model català de planificació de decisions anticipades; 2016. [citado el 10 de enero de 2024]. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/eines-planificacio/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/model_pda_definitiu_v7.pdf

6. Achury DM, Pinilla M. *La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida*. [Internet]. Enferm Univ. 2016. [citado el 10 de enero de 2024]; 13(1):55–60. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/107/103>
7. Veiga Rodríguez M, Antonio J, Rodríguez S. *La Enfermería ante la planificación anticipada de las decisiones El profesional de enfermería ante la planificación anticipada de cuidados* [tesis doctoral]. Universidade da Coruña; 2015.
8. Lasmarías Martínez C. *Desarrollo e implementación de la Planificación de Decisiones Anticipadas en Cataluña: análisis del impacto de su puesta en práctica a partir de la autoeficacia de los profesionales sanitarios* [tesis doctoral]. Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya; 2022.
9. Gencat.cat. *El respecte a la voluntat de la persona amb trastorn mental i/o addicció: document de voluntats anticipades i planificació de decisions anticipades*. [Internet]. Comité de Bioètica de Catalunya; 2017. [citado el 26 de enero de 2024]. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Sistema_de_salut/CBC/recursos/documentos_tematica/respecte_voluntat_persona_mental.pdf
10. Derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. Ley 21/2000 de 29 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 29, (02-02-2021).
11. Ministerio de Sanidad. *Registro Nacional de Instrucciones Previas*. [Internet]. [citado el 13 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionessanitarias/rnip/home.htm>
12. Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 72, (25-03-2021).

13. Gencat.cat. *Registre de voluntats anticipades*. [citado el 13 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://web.gencat.cat/ca/tramits/tramits-temes/Inscripcio-al-Registre-de-voluntats-anticipades?moda=1>
14. Ministerio de Sanidad. *Nº inscripciones en el rnip desde sincronización completa de los registros autonómicos*. Gob.es; 2023
15. Ministerio de Sanidad. *Declarantes con IP activa por comunidad autónoma y sexo*. Gob.es, 2023.
16. Singer PA, Martin DK, Lavery JV, Thiel EC, Kelner M, Mendelssohn DC. Reconceptualizing Advance Care Planning From the Patient's Perspective. *Archives of Internal Medicine*. 1998 Apr 27;158(8):879.
17. Poveda-Moral, S. *Barreras en la gestión del Documento de Voluntades Anticipadas y Planificación de Decisiones Anticipadas en Servicios de Urgencias y Emergencias Médicas* [tesis doctoral]. Universitat de Barcelona; 2021.
18. Simón Lorda, P. Tamayo Velázquez, MI. Esteban López, MS. *Planificación Anticipada de las Decisiones. Guía de Apoyo para Profesionales*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud y bienestar Social, 2013.
19. Babativa Novoa, CA. *Investigación cuantitativa*. (2017). 1ª ed. Colombia: Areandino; 2017.
20. Gen.cat. *Población a 1 de enero. Provincias*. [Internet]. Idescat.cat. [citado el 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=aec&n=15223&lang=es>
21. El Col·legi - Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Tarragona]. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Tarragona [Internet]. 2019 [citado el 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.codita.org/el-col-legi/>
22. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. *Calculadora GRANMO*. [Internet]. Apisal.es. [citado el 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://apisal.es/Investigacion/Recursos/granmo.html>

23. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 294, (06-12-2018).
24. Asociación Médica Mundial. *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. [Internet]. 2017 [citado el 25 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
25. Costa-Pagès J, Cassany-Pou S, et al.. *Ètica i recerca: paper de la reflexió bioètica en el nou marc regulador dels assaigs clínics a Europa*. [Internet]. 2017 [citado el 25 de febrero de 2024]; Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4116/etica_recerca_paper_reflexio_bioetica_nou_marc_regulador_assaigs_clinics_europa_2017_cas.pdf?sequence=5&isAllowed=y
26. Instituto Nacional de Estadística. C** *No de Enfermeros por Comunidades, Ciudades autónomas y Provincias de colegiación, edad y sexo*. [Internet]. INE; 2023 [citado 25 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/a2016/10/&file=s08002.px>
27. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Número de profesionales de enfermería que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Servicios de Urgencias y emergencias (112/061) y especialistas en formación según comunidad autónoma*. [Internet]. Gob.es; 2022 [citado 25 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla14.htm>
28. Granero Moya N. *La planificación anticipada de las decisiones al final de la vida: vivencias y necesidades de las enfermeras de atención primaria* [tesis doctoral]. [Internet]. Universidad de Jaén; 2019. [citado el 25 de abril de 2024]; Disponible en: <https://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/963/3/9788491592389.pdf>

29. Herranz Martínez S, Torrente Jiménez T, et al. *Utilidad de incorporar en el informe de alta hospitalaria diferentes ítems relacionados con la planificación de decisiones anticipadas*. [Internet]. Medicina Clínica Práctica. 2020; 3(1-2):100074. [citado el 25 de abril de 2024]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S260392491930103X>
30. Jiménez Rodríguez J, Allam M. *Conocimiento, actitud y planificación de la voluntad vital anticipada en el Distrito Sanitario Guadalquivir de la provincia de Córdoba*. [Internet]. Medicina General y de Familia. 2015; 4(4):114-8. [citado el 25 de abril de 2024]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889543315000419>
31. Busquets i Font J, Hernando Robles P, Font i Canals R, Diestre Ortin G, Quintana S. Los documentos de voluntades anticipadas. La opinión de Los representantes. [Internet]. Revista de Calidad Asistencial. 2016; 31(6):373-9. [citado el 25 de abril de 2024]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134282X16300331>
32. Barandiarán Lasa M. *Conocimientos y actitudes del profesional de enfermería de atención primaria de Guipúzcoa sobre las voluntades anticipadas*. [Internet]. Universidad Complutense de Madrid; 2015 [citado el 25 de abril de 2024]; Disponible en: <https://docta.ucm.es/entities/publication/9aa07ff5-1889-410d-beb5-98df9a521fd5>

14. ANEXOS

ANEXO 1: Modelo del documento de voluntades anticipadas en presencia de profesional sanitario

**Generalitat de Catalunya**
Comitè de Bioètica de Catalunya

Model del document de voluntats anticipades en presència de professional sanitari

Us presentem el model per redactar un document de voluntats anticipades (DVA). Aquest model us pot ser d'ajuda per emplenar les instruccions del vostre DVA. Podeu utilitzar altres models o confeccionar-ne un de propi.

El model consta de dues parts fonamentals:

- Instruccions i criteris personals.
- Declaració del professional sanitari que avala el document.

Abans d'emplenar el document, us recomanem que us adreceu a la pàgina web del **Canal Salut** (<https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/voluntats-anticipades>) on trobareu les guies informatives sobre les voluntats anticipades.

Recordeu que sempre podeu demanar orientació a un professional sanitari per tal de valorar l'abast de les vostres decisions.

La voluntat del pacient ha de ser lliure, competent, informada i no alterada. I per garantir-ho, la persona interessada ha de formalitzar la seva declaració davant d'un professional sanitari.

El professional sanitari avala la declaració i ha de signar a l'interior del DVA, ja que dona fe que la persona titular es troba plenament conscient per poder decidir sobre el seu estat mèdic i no se la coacciona mentre fa la declaració.

El DVA pot ser formalitzat amb el model que desitgi la persona sol·licitant, sempre que i contingui les dades requerides següents:

- Dades de contacte i signatura de la persona sol·licitant.
- Dades de contacte i signatura del professional sanitari.

Si voleu modificar el DVA: La persona que ha fet el DVA pot renovar-lo, modificar-lo en qualsevol moment. Qualsevol d'aquestes opcions ha de seguir els mateixos requisits assenyalats per a la seva validesa. Per tant, cal que tres testimonis donin fe dels canvis i n'avalin la declaració.

Si voleu revocar el DVA: La persona que ha fet el DVA pot donar de baixa el registre del seu document en qualsevol moment. Cal seguir els tràmits establerts al **Canal Salut**. (<https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/voluntats-anticipades>)

Sempre té validesa la darrera i la més recent expressió o document.

Document de voluntats anticipades (DVA)

Dades de la persona que expressa la seva voluntat anticipadament

Jo, _____, major d'edat, amb el DNI/NIE/Passaport núm _____

amb domicili a _____, carrer _____

número _____, pis _____ i codi postal _____, amb el núm. de telèfon _____

amb la capacitat per prendre una decisió de manera lliure i amb la informació suficient, que m'ha permès reflexionar, expresso els criteris i les instruccions que desitjo que es tinguin en compte sobre la meua atenció sanitària, quan em trobi en una situació en què, per diferents circumstàncies derivades del meu estat físic o psíquic, no pugui expressar la meua voluntat.



Instruccions i criteris personals

Desitjo es tinguin en compte

Per al meu projecte vital, la qualitat de vida és un aspecte molt important i la relaciono amb uns criteris que, entre d'altres, són els següents:

- ☐ La possibilitat de comunicar-me de qualsevol manera i relacionar-me amb altres persones.
- ☐ El fet de no patir dolor important, ja sigui físic o psíquic.
- ☐ La possibilitat de mantenir una independència funcional suficient que em permeti ser autònom per a les activitats bàsiques de la vida diària.
- ☐ El fet de no prolongar la vida per si mateixa si no es donen els mínims que resulten dels apartats precedents quan la situació és insostenible.
- ☐ El fet de romandre al meu domicili habitual en els últims dies de la meua vida i morir-hi.
- ☐ En cas que el professional sanitari que m'atengui no pugui assumir una actuació d'acord amb la meua voluntat aquí expressada, sol·licito ser atès per altres professionals sanitaris que puguin fer-ho.
- ☐ En la interpretació d'aquest document vull que es tingui en compte l'opinió de la meua representació voluntària en aquest document referent a qualsevol decisió sobre mi.

Altres (especifiqueu-los)

Situacions sanitàries previstes

Vull que es respectin de manera genèrica els criteris esmentats a l'apartat anterior i, sobretot, en cas de trobar-me en situacions mèdiques com les que s'especifiquen a continuació:

- ☐ Malaltia irreversible que, en un termini breu, condueixi inevitablement a la meua mort.
- ☐ Estat vegetatiu crònic.
- ☐ Estat avançat de la malaltia de pronòstic fatal.
- ☐ Estat avançat de demència.

Altres (especifiqueu-los)

Instruccions sobre les actuacions sanitàries

Per tot el que s'ha assenyalat anteriorment, d'acord amb els criteris i les situacions sanitàries especificades, demano que es respectin les decisions següents:



Generalitat de Catalunya
Comitè de Bioètica de Catalunya

- ☐ No prolongar inútilment de manera artificial la meua vida, mitjançant tècniques de suport vital -ventilació mecànica, diàlisi, reanimació cardiopulmonar, fluids intravenosos, fàrmacs o alimentació artificial i retirar-les si ja se m'han començat a aplicar i només serveixen per mantenir una supervivència biològica sense sentit.
- ☐ No rebre tractaments de suport ni teràpies poc contrastades que no hagin demostrat efectivitat o que ja siguin fútils.
- ☐ Que se'm subministren els fàrmacs necessaris per pal·liar al màxim el malestar, el patiment psíquic i el dolor físic.
- ☐ Que, sens perjudici de la decisió que prengui, se'm garanteixi l'assistència necessària per procurar-me una mort en pau.
- ☐ Si estigués embarassada i succeís alguna de les situacions descrites a l'apartat anterior, que la validesa d'aquest document quedi garantida fins al final del gest, sense que això es consideri un fet de força.
- ☐ Que els meus familiars i les persones més properes puguin acompanyar-m'hi.
- ☐ No ser traslladat del lloc on resideixo en l'últim tram de la meua vida.
- ☐ Rebre assistència espiritual, d'acord amb les meves creences.

Altres (especifiqueu-los)

Altres instruccions sobre el meu cos

Manifesto el meu desig de fer donació dels meus òrgans per a:

- ☐ Trasplantaments.
- ☐ Investigació científica.
- ☐ Docència.

Altres instruccions relatives al meu cos (especifiqueu-les)

En el cas que es vulgui fer donació al Servei de Donació de Cossos, cal que us poseu en contacte amb la facultat de medicina més propera al lloc de residència per rebre informació sobre el significat i les condicions en què s'ha d'efectuar la donació.

S'ha de tenir present que, possiblement, l'autoritat i la potestat respecte a algunes d'aquestes instruccions no pertanyi als metges, sinó a altres figures professionals a qui s'haurà d'acudir per assegurar-ne l'acompliment.

Voluntat d'eutanàsia

Amb independència que, per respectar la meua voluntat i els meus desitjos, es tinguin en compte els criteris i les instruccions expressades anteriorment, vull que aquest document tingui la consideració formal de sol·licitud per rebre l'eutanàsia si es compleixen els requisits establerts per la Llei orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia, dels quals soc coneixedor.

- Davant la possibilitat que em trobi en una situació en la qual em resulti impossible expressar-me i, per tal d'ajudar a interpretar millor la meua voluntat, vull que quedi clar que, per a mi, trobar-me en alguna de les situacions següents, és una causa de patiment insuportable i intolerable:



Generalitat de Catalunya
Comitè de Bioètica de Catalunya

- ☐ Una malaltia greu i incurable amb un pronòstic de vida limitat i en un context de fragilitat progressiva.
- ☐ Una malaltia irreversible que, en un termini breu, condueixi inevitablement a la meua mort.
- ☐ L'estat vegetatiu crònic.
- ☐ L'estat avançat de demència.
- ☐ Una malaltia, lesió, condició física o psíquica que:
- M'impossibiliti comunicar-me de qualsevol manera i relacionar-me amb altres persones.
 - Em produeixi patiment insuportable i intolerable.
 - M'impossibiliti mantenir una independència funcional suficient que em permeti tenir autonomia per a les activitats bàsiques de la vida diària.

Aspectes que vull que es tinguin en compte (per exemple, lloc on voldria que es fes l'eutanàsia, persones que vull que m'acompanyin, etc.):

Lloc i data

Declaració de la persona representant (opcional)

Convé que els representants siguin persones amb qui tingueu una vinculació afectiva, d'amistat o parentiu, que coneixin els vostres valors i defensin els vostres interessos en les decisions.

Jo, _____ major d'edat, amb el DNI/NIE/Passaport núm. _____

amb domicili a _____, carrer _____

número _____, pis _____ i codi postal _____, amb el núm. de telèfon _____

amb la capacitat per prendre una decisió de manera lliure i d'acord amb l'article 8 de la Llei 21/2000 designo, en representació meua, perquè actui d'interlocució vàlida i necessària amb el metge o l'equip sanitari que m'atendrà, en el cas de trobar-me en una situació en què no pugui expressar la meua voluntat, la persona següent:

Nom i cognoms _____

DNI/NIE/Passaport núm. _____

Adreça _____

Telèfon _____



El designo, com a persona representant alternativa (opcional):

Nom i cognoms

DNI/NIE/Passaport núm.

Adreça

Telèfon

En conseqüència, autoritzo en representació meua, perquè prengui decisions respecte a la meua salut en el cas que jo no pugui per mi mateix, perquè tingui la informació necessària per fer-ho, perquè l'administri com cregui oportú i perquè em substitueixi en els consentiments que s'hagin de donar sempre que no es contradiguin les voluntats que consten en aquest document.

Lloc i data

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Conocimiento del personal de enfermería sobre la planificación anticipada de decisiones

Datos de contacto sobre los investigadores principales:

alex.domingor@estudiants.urv.cat

silvia.delagua@estudiants.urv.cat

- Toda la información recopilada durante este estudio se mantendrá estrictamente confidencial. Su identidad no será revelada en ningún informe o publicación resultante de este estudio.
- Algunas partes de este estudio pueden implicar la recopilación y el análisis de datos personales. Estos datos pueden ser utilizados para los propósitos del estudio actual, así como para investigaciones futuras relacionadas, siempre y cuando se mantenga la confidencialidad de la información personal.
- Puede retirarse en cualquier momento de la participación de este estudio sin que esto pueda causarle ningún perjuicio.
- Confirma que ha leído y comprendido la información proporcionada anteriormente y que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio.
- Su participación es voluntaria, al responder la encuesta usted confirma su voluntad de participar en este estudio.

ANEXO 3: ENCUESTA TFG: “Conocimiento del personal de enfermería sobre la planificación anticipada de decisiones”

TRABAJO FIN DE GRADO
DEL AGUA NIUBÓ, SILVIA Y DOMINGO ROJAS, ALEX

 UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

ENCUESTA TRABAJO FIN DE GRADO: “Conocimiento del personal de enfermería sobre la planificación anticipada de decisiones”

¡Hola!

Nuestros nombres son Álex Domingo Rojas y Sílvia del Agua Niubó. Somos estudiantes de cuarto de carrera de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili.

Actualmente estamos realizando nuestro Trabajo de Final de Grado bajo el título *Conocimiento del personal de enfermería sobre la planificación anticipada de decisiones*. Donde nuestro objetivo principal es investigar acerca del nivel de conocimiento de las enfermeras de la provincia de Tarragona en referencia a la planificación anticipada de decisiones.

Para la realización de dicho trabajo necesitamos acceder a una muestra representativa de profesionales, para ello nos dirigimos a usted a fin de solicitarle colaboración para la difusión de este cuestionario.

Es por este motivo, que les adjuntamos en un link el consentimiento informado de este estudio y lo que supone responder la encuesta ([consentimiento informado TFG](#)). La información que nos facilite será absolutamente confidencial, anónima y tratada únicamente a efectos estadísticos para la realización del estudio, según la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal.

Quedamos a su disposición para cualquier aclaración. Si desea revocar el permiso en cualquier momento, puede ponerse en contacto con nosotros. ¡Muchas gracias!

alex.domingor@estudiants.urv.cat

silvia.delagua@estudiants.urv.cat

Álex Domingo y Sílvia del Agua

TRABAJO FIN DE GRADO
DEL AGUA NIUBÓ, SILVIA Y DOMINGO ROJAS, ALEX

 UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

SECCIÓN 1: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1.- Sexo: ☐ HOMBRE ☐ MUJER
- 2.- Edad (años):
- 3.- Experiencia profesional como enfermera/o (años):
- 4.- ¿En qué servicio trabajas?

SECCIÓN 2: CONOCIMIENTO SOBRE LA PLANIFICACIÓN DE DECISIONES ANTICIPADA

- 5.- ¿Qué puntuación daría a sus conocimientos sobre la planificación de decisiones anticipada?

Muy Mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

- 6.- ¿Sabe usted si la planificación de decisiones anticipadas está regulada por ley en Cataluña? ☐ SÍ ☐ NO ☐ NO SABE

- 7.- ¿Ha leído usted algún modelo o documento relacionada con la planificación de decisiones anticipada? ☐ SÍ ☐ NO

- 8.- ¿Piensa que sería conveniente que los ciudadanos planificaran anticipadamente sus decisiones sobre la atención que desean recibir en el tramo final de su vida?

Nada conveniente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy conveniente
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

- 9.- ¿Conoce usted el documento de voluntades anticipadas? ☐ SÍ ☐ NO

10. - ¿Cree que el documento de voluntades anticipadas es un instrumento útil para la planificación anticipada de decisiones?

Muy Mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

- 11.- ¿Cree que el documento de voluntades anticipadas es útil para que los profesionales puedan tomar decisiones clínicas?

TRABAJO FIN DE GRADO
DEL AGUA NIUBÓ, SILVIA Y DOMINGO ROJAS, ALEX

 UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Nada útil	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy útil
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------

12.- ¿Y para los familiares del paciente?

Nada útil	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy útil
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------

13.- ¿Cree que el nombramiento de un representante en el proceso de planificación de decisiones anticipadas facilitaría que los profesionales tomaran decisiones siguiendo los deseos del paciente?

Nada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------

14.- Como profesional, ¿recomendaría a sus pacientes que iniciaran un proceso de planificación anticipada de decisiones?

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------

15.- Como profesional, ¿ofrecería ayuda a los pacientes para entender y cumplimentar el documento de voluntades anticipadas, ajustándolas a su patología?

Nada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------

16.- ¿Respetaría usted los deseos expresados por un paciente en el documento de instrucciones previas?

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------

17.- Si no ha señalado la opción "10" ¿podría decirnos el motivo?

18.- ¿Existe diferencia entre los conceptos documento de voluntades anticipadas y planificación decisiones anticipada?

☐ SÍ ☐ NO

19.- Como profesional, ¿considera relevante el papel enfermero en el proceso de planificación?

Nada relevante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy relevante
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

20.- ¿Considera que necesita como profesional aumentar sus conocimientos sobre el proceso de planificación de decisiones anticipada y sus aplicaciones clínicas?

Nada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------

TRABAJO FIN DE GRADO
DEL AGUA NIUBÓ, SILVIA Y DOMINGO ROJAS, ALEX

 UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

21.- ¿Considera el proceso de planificación anticipada de decisiones como un elemento útil para mejorar la calidad de la atención al final de la vida?

Nada útil	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy útil
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------

ANEXO 4: Declaración responsable sobre los aspectos éticos del Trabajo de Fin de Grado (TFG)

CERI – Guia de l'investigador/a – Orientacions per a l'auto-avaluació ètica de les activitats d'R+D+I – v1.0 – 07/12/2020

1.2. Declaració responsable sobre els aspectes ètics del Treball de Fi de Màster (TFM) / Treball de Fi de Grau (TFG) proposat

Els aspectes ètics són fonamentals per a la Universitat Rovira i Virgili. Per això, cal que realitzeu la següent avaluació ètica sobre el vostre treball de fi de màster (TFM) / treball de fi de grau (TFG), segons correspongui. Responeu **SÍ** / **NO** a les preguntes que es detallen a continuació. Si totes les vostres respostes són **NO**, no es necessiten més detalls que la vostra signatura. Si, en canvi, responeu **SÍ** a alguna de les preguntes següents, es requereix, segons objecte d'estudi i comitè d'avaluació i seguiment competent:

- CEIm-IISPV:..... Informe favorable
- CEEA:..... Informe favorable
- CEIPSA:..... Compromís formal del professorat i alumnat implicat pel que fa al seguiment de la normativa aplicable.

Nom del professor/a responsable: Adoración Rodríguez Vázquez

Nom de l'alumne/a: Àlex Domingo Rojas y Silvia del Agua Niubó

Ensenyament: Grau d'Infermeria

Títol del ☐ TFM / ☒ TFG (marqueu la casella que correspongui)

Breu descripció del TFM / TFG (màx. 1000 caràcters, espais inclosos):

Nuestro TFG trata sobre la planificación de decisiones anticipadas y más específicamente sobre el conocimiento que tienen las enfermeras y enfermeros de la provincia de Tarragona sobre dicha planificación. Nuestro trabajo se divide en dos partes, la primera parte consiste en un marco teórico donde explicamos de que trata la planificación de decisiones anticipadas, el documento de voluntades anticipadas y toda la relación que existe entre la sociedad (incluyendo estadísticas), la legislación vigente y su uso en la práctica clínica. Para la segunda parte del trabajo queremos realizar una encuesta a profesionales de enfermería de la provincia de Tarragona mediante un cuestionario mediante el aplicativo "Google Forms" donde se les realizan 21 preguntas acerca de sus conocimientos y actitudes enfrente de la planificación de decisiones anticipadas. La recogida de datos se realiza mediante captación en la puerta de los centros y mediante plataformas digitales (contactos directos vía "WhatsApp").

CERI – Guia de l'investigador/a – Orientacions per a l'auto-avaluació ètica de les activitats d'R+D+I – v1.0 – 07/12/2020

Indiqueu si el TFM / TFG que voleu desenvolupar inclou algun d'aquests aspectes.

Apartat	Sí	No
1. Embrions/fetus humans		
Implica cèl·lules mare embrionàries humanes (CMEH)?	☐	☒
Implica l'ús d'embrions humans?	☐	☒
Implica l'ús de teixits / cèl·lules fetals humanes?	☐	☒
2. Éssers humans		
Implica la participació d'éssers humans?	☒	☐
• Són voluntaris en l'àmbit de les ciències socials o les humanitats?	☐	☒
• Són persones incapacitades per donar el seu consentiment informat?	☐	☒
• Són individus o grups vulnerables?	☐	☒
• Són menors d'edat?	☐	☒
• Són pacients?	☐	☒
• Són voluntaris sans per a estudis mèdics?	☐	☒
Implica intervencions físiques en els participants?	☐	☒
3. Cèl·lules/teixits humans		
Implica cèl·lules o teixits humans (diferents dels embrions/fetus humans de la secció 1)?	☐	☒
4. Dades de caràcter personal i privacitat		
Implica la recollida i/o tractament de dades personals?	☒	☐
• Implica la recollida i/o tractament de dades personals sensibles, com ara, salut, vida sexual, raça, opinió política, conviccions religioses o filosòfiques?	☐	☒
• Implica el tractament d'informació genètica?	☐	☒
• Implica el seguiment o observació dels participants?	☐	☒
Implica un tractament posterior de les dades personals recopilades prèviament (ús secundari)?	☐	☒
5. Animals		
Implica experimentació amb animals	☐	☒
6. Països tercers		
Cas que es desenvolupi, de manera total o parcial, en països que no pertanyen a la Unió Europea, el projecte d'R+D+I planteja problemes potencials d'ètica?	☐	☒

CERI – Guia de l'investigador/a – Orientacions per a l'auto-avaluació ètica de les activitats d'R+D+I – v1.0 – 07/12/2020

Teniu previst utilitzar recursos locals (per exemple, mostres de teixits animals o animals, material genètic, animals vius, restes humanes, materials de valor històric, mostres de fauna o flora en perill d'extinció, etc.)?	☐	☒
Teniu previst importar materia (incloses les dades personals) de països que no pertanyen a la Unió Europea a la Unió Europea?	☐	☒
Teniu previst exportar material (incloses les dades personals) des de la Unió Europea a països que no pertanyen a la Unió Europea?	☐	☒
Cas que el projecte generi beneficis i impliqui països de baixos ingressos i/o baixos ingressos mitjans, teniu previst les accions de repartiment de beneficis?	☐	☒
Podria la situació al país posar en risc els participants?	☐	☒
7. Medi Ambient/Salut i protecció		
Implica l'ús d'elements que poden causar danys al medi ambient, animals o plantes?	☐	☒
Tracta sobre la fauna i/o flora en perill d'extinció i/o àrees protegides?	☐	☒
Implica d'elements que poden causar danys als humans, inclòs el personal investigador?	☐	☒
8. Ús dual		
Implica productes de doble ús en el sentit del Reglament 428/2009 ² o altres articles per als quals es requereix autorització?	☐	☒
9. Focus exclusiu sobre aplicacions civils		
Podria necessitar aclariments en relació amb un enfocament exclusiu sobre aplicacions civils?	☐	☒
10. Ús malintencionat dels resultats		
Té potencial perquè els seus resultats siguin utilitzats malament?	☐	☒
11. Altres aspectes ètics		
Hi ha algun altre aspecte ètic que hauria de ser pres en consideració? Especifiqueu, si us plau:	☐	☒

Confirmem que hem valorat tots els aspectes ètics descrits més amunt i que, en cas afirmatiu, els signataris ens comprometem formalment, segons objecte d'estudi i comitè d'avaluació i seguiment competent, a:

CEIm-IISPV:.... Elaborar una descripció dels problemes ètics implicats i la documentació requerida, d'acord amb les indicacions de la Guia de l'investigador/a.

CEEA:..... Elaborar una descripció dels problemes ètics implicats i la documentació requerida, d'acord amb les indicacions de la Guia de l'investigador/a.

CEIPSA:..... Actuar d'acord amb la normativa aplicable en cas que el treball en qüestió tingui implicacions ètiques.

CERI – Guia de l'investigador/a – Orientacions per a l'auto-avaluació ètica de les activitats d'R+D+I – v1.0 – 07/12/2020

Escolliu una localitat, Reus, 21 de Marzo de 2024

Signatura del professor/a responsable

**ADORACION
RODRIGUEZ
VAZQUEZ -
DNI
38101628N**

Firmado digitalmente
por ADORACION
RODRIGUEZ
VAZQUEZ - DNI
38101628N
Fecha: 2024.04.09
09:59:48 +02'00'

Signatura de l'alumne/a



Silvia Del Agua Niubó
39955780-L



Alex Domingo Rojas
48013218-M

Nota: Una vegada emplenat i signat, convertir el document a format PDF i enviar a l'adreça

carlos.garcia@urv.cat

² Productes de doble ús són aquells productes, inclòs el suport lògic (software), i la tecnologia que puguin destinar-se a usos tant civils com militars i que inclouen tots els productes que puguin ser utilitzats tant per a usos no explosius com per ajudar a la fabricació d'armes nuclears o altres dispositius nuclears explosius. Veure [Reglament CE 428/2009 del Consell de 5 de maig de 2009](#).

ANEXO 5: Pregunta número diecisiete del cuestionario

Las decisiones pueden cambiar en el transcurso del tiempo. Puede que hoy no pienses lo mismo que ayer.
No tot és tant clar, hi ha algun cas excepcional.
Se trata de la última voluntad del paciente, siempre hay que preservarla ante todo.
El respecte a les persones
Segun si hubiera algo que fuera en contra de mi creencia, no lo haria yo.
Ètica professional
Para que pueda decidir sobre él mismo cuando estan en plenas facultades
Porqué teòricamente se puede opinar sobre algo. Però cuando nos enfrentamos a la decisión real siempre podemos cambiar de opinió.
Ès el seu dret i principi ètic d' autonomia
Es un derecho que tiene el paciente que se respete este documento siempre
Es el que el paciente vol
No estaba seguro 100%
La familia a veces no esta de acuerdo y te exigen que a por todas
Porque cada uno debe de ser libre de tomar cualquier decision y ser respetado en todas las facetas de su vida
Contexto paciente este en plenas facultades mentales, sin tóxicos o deterioros cognitivos
Siempre y cuando no hayan instituciones que se benefician durante éste proceso.
Depende de su estado mental
Porqué responder siempre es demasiado categórico
Algún conflicto ético
Ètica professional
Puntuaria de distinta manera muchas de las preguntas, los familiares muchas veces en shock no pueden aceptar esas voluntades, existe el encarnizamiento terapéutico y los argumentos que dan a veces sobre ello pueden moldear la legalidad y validez de ese documento. Por otra parte en esta pregunta , mi familiar podría ser mi paciente, como enfermera debería , como hija o mujer, amiga o madre me costaría más. Hay que añadir que si hay un periodo de aceptación frente a esa enfermedad, la edad, las voluntades se han hablando facilita tanto a profesionales como sobretodo a los familiares a acelerar el proceso de aceptación de las voluntades de su ser querido o paciente . Me encanta que trateis este tema .
Causas de fuerza mayor
Porque tendría que asegurarme de que el paciente conoce su situación real actual y lo que le supone el documento.
Si deja por escrito hay que respetar la autonomia de la persona
Dependería de la decisión tomada y el caso
Si es su deseo y esta escrito,él decide
Perwye es la seva desicio
Porqué es lo que desean
Es su voluntad
Autonomía de decisión y prevalecer sus últimas voluntades
Siempre que no atenten contra principios éticos o de salud mental de sus allegados o personas cercanas