

# CONOCIMIENTOS EN ESPAÑA SOBRE LAS INSTRUCCIONES PREVIAS

## CONNAISSANCES EN ESPAGNE SUR LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

## KNOWLEDGE IN SPAIN ON THE ADVANCE DIRECTIVES

Por R. TORO FLORES\*, A. PIGA RIVERO\*\*, M.T. ALFONSO GALÁN\*\*\* & A. SILVA MATO\*\*\*\*

### RESUMEN

**Objetivos.** Explorar y analizar los conocimientos y actitudes de usuarios, médicos y enfermeras sobre los documentos de instrucciones previas (DIP) del Área Asistencial Este de la Comunidad de Madrid. Proponer estrategias de mejora en relación con los mecanismos y contenidos de información a los usuarios y la formación de los profesionales sanitarios sobre las instrucciones previas. **Población y método.** Estudio descriptivo transversal realizado en usuarios, médicos y enfermeras de un área sanitaria de la Comunidad de Madrid (España) durante los años 2.010-2.012. La medición se realizó por medio de un cuestionario para usuarios y otro para personal sanitario,

donde se exploraban los conocimientos y actitudes sobre las instrucciones previas. **Resultados.** Respondieron al cuestionario un total de 317 usuarios (TR 79,2%) y 325 médicos y enfermeras (TR 67,3%). El conocimiento sobre instrucciones previas de los usuarios alcanzo una mediana de 4 (RI=1,5 a 6). En el del personal sanitario la mediana fue de 5 (RI=3 a 7). Ambos grupos mostraron actitudes favorables respecto al uso y utilidad de las instrucciones previas. **Conclusiones.** En España las instrucciones previas son poco conocidas tanto por los usuarios como por el personal sanitario. Se debe mejorar la información a usuarios y la formación al personal sanitario.

### PALABRAS CLAVE

Instrucciones previas, Testamentos vitales, Voluntades anticipadas, Toma de decisiones al final de la vida, Bioética.

### RÉSUMÉ

*L'article présente et analyse les connaissances et attitudes des usagers, médecins et infirmières sur les documents officiels et normes de directives anticipées d'une zone de Madrid. À ce but un étude transversal descriptif a été*

\* Enfermero. Licenciado en Derecho. Profesor Asociado Ciencias de la Salud Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá (Madrid). Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). España.

\*\* Médico. Profesor Emérito de la Universidad de Alcalá.

\*\*\* Farmacéutica. Profesora Titular Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá.

\*\*\*\* Bioestadístico. Profesor Titular Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá.

Correspondencia: Rafael Toro Flores, C/ Zaragoza, 6-7º D, 28804 ALCALÁ DE HENARES (Madrid) - e-mail: rafael.toro@uah.es

réalisé pour les usagers et un autre pour le personnel sanitaire. Les questionnaires ont été répondus par 317 usagers et 325 professionnels de santé (médecins et infirmières). Le niveau des connaissances sur la réglementation sur les instructions préalables est très déficient en Espagne tant au niveau du personnel sanitaire comme spécialement parmi les usagers. Il serait nécessaire d'améliorer la formation du personnel sanitaire et l'information et sensibilisation des usagers.

## MOTS-CLÉS

*Directives anticipées, Testaments de vie, Anticipation de volonté, Prise de décision à la fin de la vie, Bioéthique.*

## SUMMARY

*The article presents and analyses the knowledge and attitudes of the users, physicians and nurses on the official documents and guidelines on advance directives in one administrative area of Madrid. To this purpose a descriptive transversal study has taken place during the year 2010-2012, using two questionnaires, one for the users and one for the health workers. The questionnaires had been filled by 317 users and by 325 health workers (physicians and nurses). The results have shown that the knowledge on the advance directives is very poor in Spain both at the level of the health workers as, and in particular, at the level of the users. It would be necessary to improve the education on this subject of the health workers and the information and sensitization of the users.*

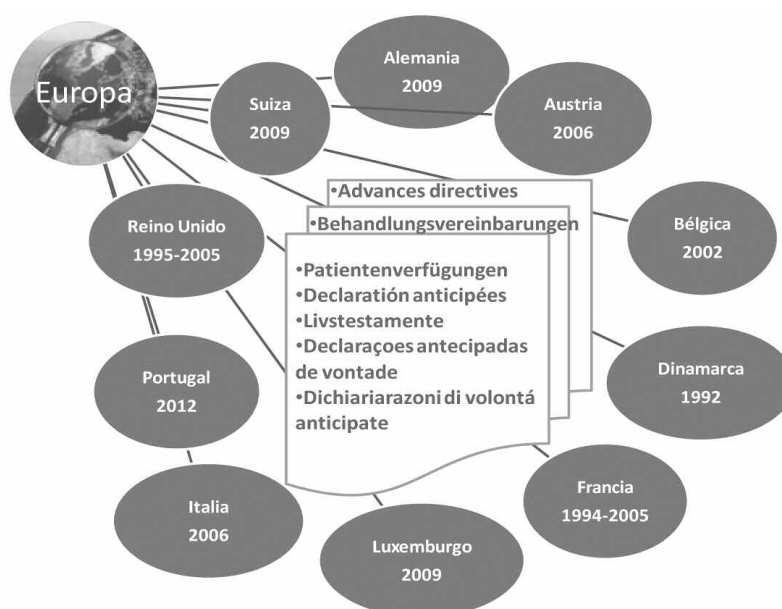
## KEYWORDS

*Living wills, Advance directives, End of life decision making, Bioethics.*

## INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En la década de los años sesenta aparecen en Estados Unidos, los llamados testamentos vitales (*living wills*) y las directivas anticipadas (*advanced directives*) que van a ser el origen de las instrucciones previas [1]. A partir de aquí se difundieron por los países de cultura anglosajona como Canadá y Australia. Países latinoamericanos como Argentina, Brasil y México se encuentran, en la actualidad, en un proceso de regulación y reconocimiento legislativo de las directivas anticipadas. En noviembre de 1996 el Comité de Ministros del Consejo de Europa aprueba el Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina (Convenio de Oviedo) [2], que dentro del capítulo sobre el consentimiento señala "serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad". Antes de la entrada en vigor del Convenio de Oviedo, en Europa algunos países como Alemania y Dinamarca, ya habían comenzado a dictar normas sobre la autonomía de la persona, otros como España, Portugal e Italia lo hicieron a partir de la ratificación de dicho Convenio. En la actualidad son varios los países europeos que han legislado sobre directivas anticipadas (Figura 1).

Figura 1: Las instrucciones previas en Europa



España ratificó el Convenio el 1 de enero del año 2000. A partir de este momento las Comunidades Autónomas comenzaron a legislar sobre instrucciones previas, también llamadas voluntades anticipadas. Las primeras leyes fueron las de Cataluña con la Ley 2/2001 de 29 de diciembre y Galicia con la Ley 3/2001 de 28 de mayo. A finales año 2002, el Gobierno de la nación, publica la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [3], que entra en vigor en mayo de 2003. Esta ley nacional pretende dar efectividad al derecho de autonomía del paciente, al regular de forma básica el consentimiento informado y las instrucciones previas, siguiendo la línea marcada por el Convenio de Oviedo. Su carácter básico implica que la ley es de obligado cumplimiento por las Comunidades Autónomas y a partir de los mínimos que la ley establece, cada Comunidad puede continuar legislando sobre las instrucciones previas.

En la Comunidad de Madrid la primera referencia a las instrucciones previas la encontramos en el artículo 28 de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Madrid [4]. Cuatro años más tarde se publica la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro correspondiente [5]. Esta norma sigue la línea de la regulación de otras las Comunidades Autónomas en cuanto a requisitos, contenido, límites y creación del registro correspondiente.

A pesar de este importante desarrollo legislativo, según datos del Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid en el mes de junio de 2014 el número de otorgamientos era de 15.308, un 0,23% de la población de la Comunidad. En España el índice de otorgamientos alcanza un total de 170.341 otorgamientos (0,37%). Estas cifras, tan bajas; contrastan con los otorgamientos en Estados Unidos que se sitúan entre 18-36% [6].

Una de las causas señaladas para justificar el bajo índice de otorgamientos es el escaso interés que los profesionales sanitarios demuestran por la cuestión de las instrucciones previas [7]. Gallego señala que “bien por falta de conocimientos clínicos del proceso de morir, de formación en técnicas de comunicación o de información sobre la legislación de instrucciones previas, el médico de familia no se siente preparado para planificar los cuidados del enfermo grave” [8]. El médico de atención primaria no ha incorporado las instrucciones previas como un recurso a ofrecer en su consulta. En este sentido varios autores [9, 11] han señalado que los médicos y enfermeras no tienen los conocimientos y las actitudes necesarias para trabajar con esta importante herramienta, lo que puede suponer que el proceso de planificación anticipada de decisiones no se desarrolle de forma correcta.

## OBJETIVOS

- Explorar y analizar los conocimientos y actitudes de usuarios, médicos y enfermeras sobre los documentos de instrucciones previas (DIP) del Área Asistencial Este de la Comunidad de Madrid.
- Proponer estrategias de mejora en relación con los mecanismos y contenidos de información a los usuarios y la formación de los profesionales sanitarios sobre las instrucciones previas.

## POBLACIÓN Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal. El emplazamiento fue el Área Asistencial Este de la Comunidad de Madrid. En el momento del estudio, años 2010-2012 el Área estaba formada, por 316.473 usuarios, mayores de 18 años [12]. El personal sanitario se encontraba distribuido en un hospital universitario, dos centros de especialidades y 19 centros de salud con un total de 647 médicos y 820 enfermeras. Los participantes en el estudio fueron 317 usuarios del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), 138 médicos y 187 enfermeras de atención especializada y de atención primaria, también perteneciente al SERMAS. El estudio se realizó entre abril de 2010 a julio de 2012.

Las mediciones se realizaron con dos cuestionarios validados. Para medir los conocimientos de los usuarios se elaboró un cuestionario basado en el Advance Directive Attitde Survey (ADAS) diseñado por Nolan y Bruder [13] y el confeccionado por Santos de Unamuno [14], procediéndose a su posterior validación. En los resultados de la validación se obtuvo entre un 1,8- 3,7% de ítems no contestados, el tiempo de cumplimentación del cuestionario estaba alrededor de 5 minutos. La fiabilidad el cuestionario mostró una consistencia interna de un Alfa de Cronbach de 0,702. Por lo que el cuestionario elaborado se consideró un instrumento válido y fiable para la valoración de los conocimientos y actitudes de los usuarios sobre las instrucciones previas. Para la recogida de datos de los profesionales sanitarios se utilizó el cuestionario elaborado y publicado por Simón Lorda et al. [15].

Ambos cuestionarios exploraban los conocimientos y las actitudes sobre las instrucciones previas, por medio de variables nominales y de escala tipo Likert (1 a 10), siendo 1 siempre la puntuación más negativa y 10 la más positiva. La distribución de los cuestionarios se hizo de forma proporcional al número de profesionales que conformaban los dos ámbitos sanitarios considerados. Para la entrega y cumplimentación de los cuestionarios en los centros de salud se seleccionó una enfermera de cada centro, a la que se le

expusieron los objetivos del estudio y se pidió su colaboración voluntaria. En el hospital una vez seleccionadas las Unidades de hospitalización y servicios médicos se contactó con jefes de servicio y supervisoras de unidad a quienes se les explicaron los objetivos y la metodología del estudio. Ellos se encargaron de la distribución y posterior recogida de los cuestionarios.

Para garantizar los requisitos éticos, con el cuestionario se entregó una hoja de información dirigida a los usuarios, médicos y enfermeras participantes. En ella se explica los objetivos y fines del estudio, asegurando la confidencialidad y resto de garantías ético-legales. Una vez leída y explicada la hoja informativa, se pide a los participantes su consentimiento verbal. El estudio recibió el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación Clínica del Hospital Universitario Príncipe de Asturias y de la Comisión Local de Investigación del Área Este de la Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Para el análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó con el paquete estadístico SPSS v.18.0 y Epidat 3.1. Los datos obtenidos en una escala Likert son variables ordinales, por lo que su presentación se hizo con mediana, rango intercuartílico (RI) y estadística no paramétrica en el contraste de las hipótesis. En este sentido para poder comparar nuestro estudio con otros publicados, también se presentan los resultados con media, desviación estándar (DE) e intervalo de confianza la 95% (IC 95%) cuando proceda. El contraste de hipótesis (bilateral) se realizó con las pruebas de  $\chi^2$  y la prueba de Kruskal-Wallis. El nivel de confianza es de un 95 % ( $\alpha = 0,05$ ) y la potencia de 0,80.

## RESULTADOS

La muestra inicial de usuarios fue de 400. Respondieron al cuestionario 339 usuarios, de los que hubo que excluir 22 por no haber respondido a la variable principal o por incoherencias en las respuestas. La muestra analizada finalmente fue de 317 usuarios. El 54,3% eran mujeres y el 45,7% hombres. La media de edad fue de 51,4 años (IC 95% = 49,6 - 53,1). El 58,7% estaban casados. El 61,8% manifiesta tener un nivel socioeconómico medio y haber realizado estudios primarios (32,6%) o secundarios (33,4%). Del total de usuarios encuestados el 40,1% (127) dijeron padecer alguna enfermedad, siendo las más frecuentes las relacionadas con el sistema circulatorio y las del sistema endocrino-metabólico.

En relación con el conocimiento sobre las instrucciones previas, en una escala de 1 a 10, la mediana fue de 4 (RI=1,5 a 6). Sólo 5 (1,6%) habían otorgado instrucciones previas, aunque un 53% (IC

95%=47,3-58,6) manifiesta una probabilidad alta de hacerlo en el futuro.

No se encontraron diferencias significativas en los conocimientos sobre instrucciones previas entre hombres y mujeres ( $p=0,06$ ). Sin embargo si existe diferencia, aunque no resulta estadísticamente significativa ( $p=0,107$ ) entre la edad y el conocimiento sobre la instrucciones previas. Así en los usuarios menores de 65 años la mediana de conocimiento fue de 4 (RI=2 a 6). Sin embargo para los mayores de 65 años se observó una mediana de 3 (RI=1 a 5).

Ajustado por edad y sexo, se observó que a mayor nivel socioeconómico se da un mayor conocimiento sobre las instrucciones previas ( $p= 0,004$ ) y lo mismos sucede con el nivel de estudios ( $p<0,001$ ).

Los usuarios que dijeron no padecer enfermedad tienen un conocimiento algo mayor (Mediana= 4; RI: 2 a 5) que los que sí padecen algún tipo de enfermedad (Mediana= 3; RI. 1 a 5) ( $p<0,01$ ).

Esta diferencia está en relación con la edad de los usuarios, ya que dentro del grupo de las personas que manifestaron padecer alguna enfermedad, el 72,4% eran mayores de 65 años. Como se vio anteriormente, el nivel de conocimientos sobre las instrucciones previas de este grupo de edad era menor que el de los otros dos grupos.

Al contrastar la edad y la intención de un otorgamiento futuro encontramos una asociación entre ambas variables ( $p< 0,001$ ). Por grupos de edad los que manifestaron una mayor intención de otorgamiento futuro fueron los jóvenes (grupo de 18-39 años) con una mediana de 8, seguido del grupo de 40-65 años con una mediana de 7. El grupo de usuarios mayores de 65 años tenía una mediana de intención de otorgamiento de 6. También encontramos una diferencia relevante ( $p<0,001$ ) entre el nivel de estudios declarado por los usuarios y la intención de otorgar instrucciones previas en un futuro. Así las personas sin estudios tienen una mediana de intención de otorgamiento de 4,7 (RI = 3 a 6) frente a un 7,7 (RI = 6 a 10) de los universitarios, pasando por 6,3 (RI = 5 a 8) y 7,6 (RI = 6 a 10) de los usuarios con estudios primarios y secundarios respectivamente.

En relación con la preferencia de los usuarios sobre la persona con la que le gustaría tratar el tema del otorgamiento de instrucciones previas, la mayoría (81,7%) se pronuncia por tratarlo con sus familiares seguido del médico de familia o de atención primaria (22,1%), la enfermera (8,8%) y el médico del hospital (6,9%).

Los contenidos a incluir en el documento de instrucciones previas que obtienen una mayor preferencia son, por este orden: evitar sufrimientos con medidas paliativas (79,2%) y no prolongar la vida de forma artificial por medio de tecnologías y tratamientos extraordinarios (73,8%). Un 57,7% se pronuncian



Tabla I: Conocimientos y actitudes de los usuarios en relación con la II.PP.

	Mediana (RI) Media IC 95%	Resultado por categorías
Nivel conocimiento sobre II.PP	4 (1,5 a 6) 3,95 (3,66-4,24)	Medio-bajo
Probabilidad otorgamiento II.PP en el futuro	7 (5 a 9) 6,95 (6,66-7,23)	Alta
Preferencia porque familiares otorguen II.PP	8 (5 a 10) 7,08 (6,76-7,39)	Alta

Medida Escala Likert (1 a 10) Categorías: Bajo (1 a 3), Medio (4 a 6), Alto: (7 a 10)

DE: Desviación estándar

RI: Rango intercuartílico

por la donación de órganos, mientras que sólo 22,7% donaría su cuerpo para fines médicos de investigación y enseñanza universitaria.

Entre los comentarios de los usuarios recogidos en la pregunta abierta destaca la demanda de una mayor información sobre este tema y la necesidad de respetar los deseos expresados por los pacientes en el documento de instrucciones previas.

Un resumen de los conocimientos y actitudes de los usuarios sobre las instrucciones previas se muestra en la tabla I.

En cuanto a los resultados de los profesionales sanitarios, de los 483 cuestionarios distribuidos, contestaron 138 médicos (TR: 58,5%) y 187 enfermeras (TR: 75,7%). Del total de los encuestados 240 fueron mujeres (74,8%) y 81 hombres (25,2%). La media de edad de todos los profesionales fue de 38,71 años (IC 95% = 37,44-39,97), con un rango de 20 años el profesional más joven (enfermera del hospital) y 66 años el de mayor edad (médico de atención primaria).

Los conocimientos sobre las instrucciones previas fueron limitados con una mediana de 5 (RI = 3 a 7) y una media de 5,06 (IC 95%: 4,79-5,32). Un 54,5% (176) de médicos y enfermeras dijeron conocer que las instrucciones previas están reguladas por ley, sin embargo sólo un 24,9% (81) manifestaron haber leído el documento de instrucciones previas.

Los médicos de atención especializada (60,5%) y las enfermeras de atención primaria (60,3%) parecían tener un mayor conocimiento sobre la regulación legal de las instrucciones previas que los médicos de atención primaria (48,4%) y enfermeras de atención especializada (50,4%). Esta significativa diferencia ( $p=0,005$ ) puede deberse al alto número de enfermeras de atención especializada 44,6% que no sabían o no contestaron si las instrucciones previas estaban reguladas por ley. [Tabla II].

Respecto a la lectura del documento, no se encontraron diferencias significativas ( $p=0,216$ ). En todos los grupos la mayoría de profesionales refieren

no haber leído el documento de instrucciones previas de la Comunidad de Madrid. [Tabla III]

Los profesionales sanitarios manifiestan una preferencia alta y actitudes favorables sobre [Tabla II]:

- La conveniencia de que los ciudadanos planifiquen anticipadamente las decisiones al final de la vida.
- La utilidad, en la mejora toma de decisiones, del documento de instrucciones previas, tanto para usuarios como para profesionales.
- El nombramiento de un representante en el documento de instrucciones previas facilitaría la toma de decisiones a los profesionales sanitarios en los supuestos en los que el paciente no pudiera expresarse por sí mismo.
- La recomendación a sus pacientes de que otorguen instrucciones previas.
- El respeto a los deseos expresados por un paciente en el documento de instrucciones previas.

En el análisis de estas variables, no se encontró una diferencia significativa entre ámbitos sanitarios ni entre categorías profesionales.

Al comparar el conocimiento de los usuarios y los profesionales sanitarios encontramos que existe una relación significativa ( $p<0,001$ ) entre el conocimiento de los usuarios ( $M=4$ ;  $RI=2$  a 6) y el de médicos y enfermeras ( $M=5$ ;  $RI=3$  a 7). [Figura 2]

## DISCUSIÓN

Las instrucciones previas llevan reguladas en la Comunidad de Madrid desde hace nueve años. En las muestras analizadas hemos podido ver que tanto los usuarios como los profesionales sanitarios tienen un conocimiento medio-bajo sobre este importante instrumento de toma de decisiones.

Un 77,6% de los usuarios tienen un conocimiento medio o bajo sobre la instrucciones previas. Estos resultados concuerdan con los de otros autores. Así,

Tabla II: Resultados de conocimientos y actitudes por categoría profesional y ámbito sanitario

	Totales		A. Especializada Mediana (RI) Media IC 95%		A. Primaria Mediana (RI) Media IC 95%		<i>p</i>
	Categorías	Mediana (RI) Media IC 95%	Médicos	Enfermeras	Médicos	Enfermeras	
Conocimiento sobre II.PP.	Medio	5 (3 a 7) 5,06 (4,79-5,32)	6 (4 a 7) 5,13 (4,58-5,68)	5 (3 a 6) 4,80 (4,37-5,23)	6 (3 a 7) 5,43 (4,74-6,13)	6 (3 a 7) 5,07 (4,51-5,64)	0,331
Conveniencia de que los ciudadanos planifiquen anticipadamente decisiones final vida	Alta	9 (8 a 10) 8,86 (8,70-9,03)	9 (8 a 10) 8,72 (8,39-9,05)	9 (8 a 10) 8,97 (8,74-9,21)	10 (8,5 a 10) 8,92 (8,45-9,38)	9,5 (8 a 10) 8,79 (8,38-9,21)	0,558
Utilidad del DIP para el profesional sanitario	Alta	10 (8 a 10) 8,99 (8,83-9,14)	9 (8 a 10) 8,86 (8,54-9,18)	10 (8 a 10) 8,94 (8,66-9,22)	10 (8 a 10) 8,95 (8,53-9,37)	10 (9 a 10) 9,25 (9,02-9,48)	0,576
Utilidad del DIP para familiares del paciente	Alta	9 (8 a 10) 8,93 (8,76-9,09)	9 (8 a 10) 8,85 (8,54-9,16)	9 (8 a 10) 8,87 (8,55-9,18)	9 (8 a 10) 8,88 (8,48-9,29)	10 (9 a 10) 9,18 (8,91-9,45)	0,559
El nombramiento de un representante del paciente facilita la toma decisiones cuando paciente no puede expresarse por si mismo	Alta	9 (8 a 10) 8,57 (8,40-8,75)	9 (8 a 10) 8,66 (8,27-8,99)	9 (8 a 10) 8,35 (8,03-8,68)	9 (7 a 10) 8,83 (8,41-9,26)	9 (8 a 10) 8,67 (8,36-8,98)	0,277
Recomendación como profesional sanitario II.PP	Alta	9 (8 a 10) 8,40 (8,19-8,60)	9 (7 a 10) 8,31 (7,83-8,78)	9 (7,5 a 10) 8,36 (8,04-8,68)	9 (8 a 10) 8,67 (8,14-9,19)	8 (8 a 10) 8,24 (7,78-8,70)	0,267
Respeto de los deseos expresados por paciente en DIP	Alta	10 (9 a 10) 9,27 (9,13-9,41)	10 (9 a 10) 9,18 (8,90-9,46)	10 (9 a 10) 9,26 (9,02-9,50)	10 (9 a 10) 9,32 (8,93-9,70)	10 (9 a 10) 9,36 (9,12-9,61)	0,770

Medida Escala Likert (1 a 10) Categorías: Bajo-a (1 a 3), Medio-a (4 a 6), Alto-a: (7 a 10)

DE: Desviación estándar

RI: Rango intercuartílico

Tabla III: Conocimientos sobre la regulación por ley de las instrucciones previas en la Comunidad de Madrid y lectura del documento por los profesionales sanitarios

	Totales	A. Especializada		A. Primaria		$\chi^2$ ( <i>p</i> )
		Médicos	Enfermeras	Médicos	Enfermeras	
Lectura DIP						0,005
SI	176 (54,5%)	46 (60,5%)	60 (50,4%)	29 (48,4%)	41 (60,3%)	
NO	35 (10,8%)	4 (5,3%)	6 (5%)	14 (23,3%)	11 (16,2%)	
NS/NC	112 (34,7%)	26 (34,2%)	53 (44,6%)	17 (28,3%)	16 (23,5%)	
Lectura DIP						0,216
SI	81 (24,9%)					
NO	240 (73,8%)	26 (33,8%)	27 (22,7%)	15 (25,4%)	13 (19,7%)	
NS/NC	4 (1,2%)	51 (66,2%)	92 (77,3%)	44 (74,6%)	53 (80,3%)	

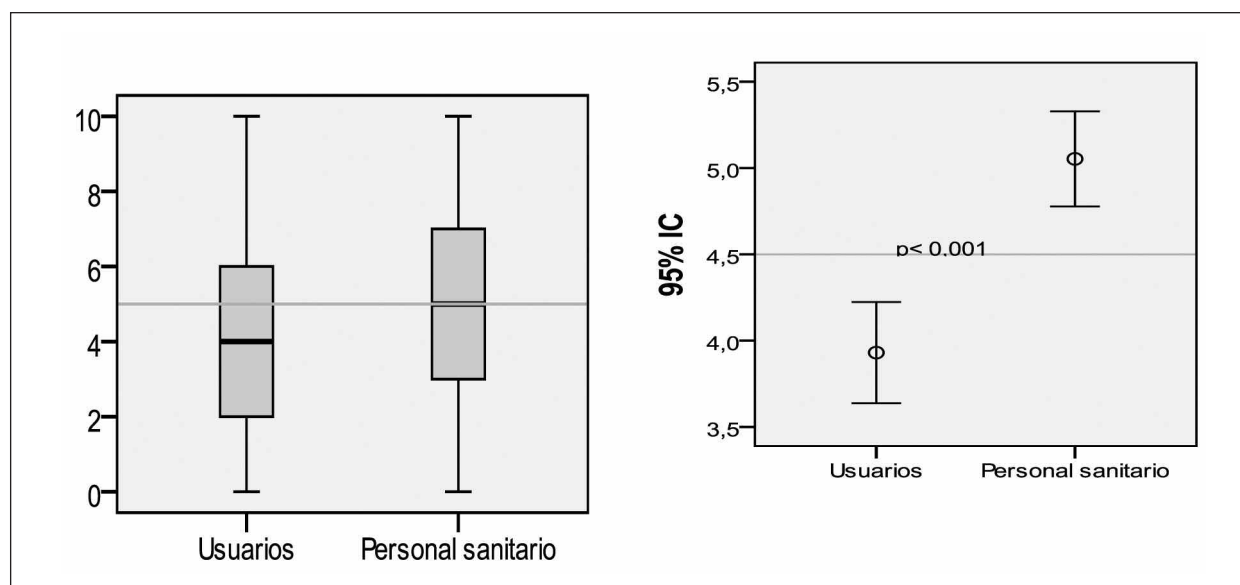


Figura 2. Comparación conocimientos usuarios y profesionales sanitarios

en el estudio realizado por Molina et al. [16] sólo un 4,7% de los pacientes sabían lo que eran las instrucciones previas. Ángel et al. [17] señalan en su estudio, que el 88,8% de los usuarios no conocía el documento de voluntades anticipadas. En el estudio de Arauzo et al. [18] sólo un 42,4% de los encuestados había oído hablar de las voluntades anticipadas y Antolín et al. [19] señalan en su estudio, que tan sólo un 5% los pacientes dice haber recibido información de su médico sobre las voluntades anticipadas. En el mismo sentido el estudio de Serrano Teruel et al. [20] aludían a que los pacientes que conocen las voluntades anticipadas sólo han sido informados de su existencia por personal sanitario alrededor de un 15%.

La diferencia encontrada entre la edad y el conocimiento sobre la instrucción previas, concuerda con el estudio de Andrés Petrel et al. [21] realizado en pacientes mayores de 65 años donde el 86% de los sujetos no conocían el documento de instrucciones previas.

Vemos que a mayor nivel socioeconómico y de estudios aumenta el nivel de conocimiento sobre las instrucciones previas. Estos resultados concuerdan con otros trabajos, el primero analizó el conocimiento del documento de voluntades anticipadas en pacientes seropositivos para el VIH, asociando el mayor conocimiento a tener mayor nivel de estudios y al deseo de implicarse activamente en las decisiones médicas [22]. El segundo trabajo se realizó en familiares de pacientes ingresados en las unidades de intensivos, los que tenían un mayor nivel educativo mostraban una actitud más positiva hacia las directivas anticipadas [23]. Otros estudios han incluido el nivel de estudios elevado como una característica propia de las personas que han formalizado las instrucciones previas [19].

El padecer una enfermedad crónica y grave no implica un mayor conocimiento sobre las instrucciones previas, estos resultados concuerdan con los otros estudios que también han señalado la existencia de un desconocimiento generalizado sobre las instrucciones previas en pacientes con enfermedades crónicas y en sus acompañantes [24, 25].

De los 317 usuarios que respondieron al cuestionario sólo 5 (1,6%) manifiesta haber otorgado instrucciones previas. Este número de otorgamientos es mayor que la media en España (0,17%) y que en la Comunidad de Madrid (0,20%). No obstante, el número de otorgamientos resultante queda muy lejos todavía de los realizados en Estados Unidos, que en algunos estados se sitúa alrededor del 35%<sup>6</sup>. El índice de otorgamiento de instrucciones previas recogido en nuestro estudio se encuentra dentro de los parámetros de otros trabajos realizados en España que se sitúa entre 0,6 y 2,2% [16, 26-28]. Lógicamente existe una importante diferencia ( $p=0,023$ ) entre el conocimiento de los usuarios que han otorgado instrucciones previas (Mediana= 7; RI= 6 a 7) y los que los que no han realizado el otorgamiento (Mediana= 4; RI= 1 a 6).

No obstante, llama la atención, que a pesar del bajo índice de otorgamientos más de la mitad (53%) de los usuarios declaran tener una intención alta en relación con la posibilidad de otorgar instrucciones previas en un futuro. Otros autores, también recogen en sus estudios la existencia de esta intención de otorgamiento futuro. El estudio de Santos-Unamuno [14] señala que un 39,3% manifestaban que con seguridad realizarían voluntades anticipadas y la misma cantidad 39,3% que era posible que así lo hicieran. Ángel et al. [17] señalan que 51,2% de los encuestados de su estudio creían que rellenarían alguna vez este documento, después de haber recibido

información sobre instrucciones previas se mostraban muy receptivos y conformes a lo que implica su otorgamiento. El análisis de estos resultados nos hace pensar que los usuarios, una vez informados de lo que son y para que sirven las instrucciones previas, aumentan su intención de otorgamiento. El número de voluntades anticipadas aumenta cuando se habla de ellas en las consultas médicas y de enfermería y cuando se llevan a cabo actividades educativas concretas en la población [20-33].

Que los usuarios más jóvenes manifiesten una mayor intención de otorgamiento futuro puede ser debido, como señala Caresse [34], a que las personas de mayor edad prefieren vivir el día a día sin pensar en la muerte.

El hecho que los usuarios con un mayor nivel de estudios manifiesten una mayor intención de otorgamiento futuro puede ser debido a que los grupos más jóvenes han asumido el principio de autonomía de la voluntad en la toma de decisiones sanitarias. En este sentido hay que tener en cuenta que, en España, el ejercicio del derecho a la autonomía de la persona para adoptar decisiones sobre su salud se ve legalmente reconocido el año 1986 con la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad.

En el hecho que la mayoría de los usuarios de nuestro estudio manifiesten su preferencia por tratar el tema de otorgamiento con sus familiares, concuerda con los mostrados por Ángel et al. [17], que en su trabajo señalan que el 82% de los usuarios les gustaría tratar el asunto con sus familiares, al 26,1% con el médico de cabecera y al 11,6% con el médico especialista. Santos Unamuno [14] alude en su estudio, que el 88,8 % de los pacientes manifiesta que en caso de otorgar voluntades anticipadas les gustaría hablarlo con sus familiares, el 73,8% con el médico de cabecera y el 19,8% con el médico del hospital. En el mismo sentido Del Pozo et al. [35] señalan que entre los usuarios que han otorgado instrucciones previas, sólo un 18,3% han conversado con su médico sobre las preferencias de su tratamiento y cuidados al final de la vida, sin embargo, el 90,1% lo habían hecho con sus familiares. Estos resultados concuerdan también con los del estudio cualitativo en personas mayores y médicos de Atención Primaria en relación con la declaración de voluntades anticipadas realizado por Navarro et al. [10] en el que las personas mayores de 65 años expresan la importancia que para ellos tiene la familia en la planificación anticipada de la muerte. La mayoría manifestó que consultaría con sus familiares si fuera a otorgar instrucciones previas e incluso algunos expresaron su preferencia de dejar esta decisión en manos de los familiares.

La cuestión de la preferencia de con quien tratar el tema del otorgamiento de instrucciones previas resulta importante para identificar la persona y/o profesional sanitario en quien hay que focalizar la informa-

ción y formación sobre las instrucciones previas. Sobre este tema volveremos más adelante. Como hemos visto, en nuestro estudio aparece también la figura de la enfermera como profesional sanitario con el que los usuarios prefieren para tratar el tema del otorgamiento de instrucciones previas. La participación de la enfermera en el proceso de toma de decisiones al final de la vida ha sido tratado por diversos autores [36-38] que destacan la importancia del rol de la enfermería en la acogida y acompañamiento del paciente, así como la visión holística del proceso de muerte, siendo estas actividades imprescindibles para el buen desarrollo de la planificación anticipada de decisiones. Autoras como Barrio [39] y García Palomares [40] proponen a la enfermería como la profesión que debe liderar la planificación anticipada de decisiones dentro del marco del proceso de enfermería.

Respecto a la preferencia de que los familiares otorguen instrucciones previas alcanza una mediana de 8 (RI= 5 a 10) encontramos una relación relevante entre esta variable y la edad ( $p < 0,001$ ) así el grupo de mayores de 65 años tiene una menor preferencia (Mediana= 6; RI= 5 a 8) a que sus familiares lleven a cabo el otorgamiento de instrucciones previas. Este resultado concuerda con que son el grupo etario con un menor conocimiento sobre las instrucciones previas y que, además, son también el grupo de edad que manifiesta una menor intención de otorgamiento futuro. Parece lógico que si este grupo tiene poco interés por otorgar sus propias instrucciones previas, igualmente tenga preferencias más bajas a que sus familiares otorguen instrucciones previas. También encontramos una diferencia significativa ( $p < 0,001$ ) entre la preferencia de otorgamiento de familiares y el nivel de estudios. Siendo los usuarios con mayor nivel de estudios los que manifiestan una mayor preferencia porque sus familiares otorguen instrucciones previas. En el mismo sentido los usuarios que han manifestado una alta probabilidad de otorgamiento en un futuro son los que señalan una alta preferencia respecto a que sus familiares otorguen instrucciones previas ( $p < 0,001$ ).

El 65,8% de los usuarios que dicen no padecer enfermedad tienen una preferencia alta a que sus familiares otorguen instrucciones previas, frente al 51,6% de los que manifiestan tener alguna enfermedad. Aquí la edad, también juega un importante papel, pues como ya se ha dicho los usuarios mayores de 65 años son los que más enfermedades padecen y como se ha visto son el grupo que manifiesta una menor intención de otorgamiento. En relación con el análisis de los conocimientos y actitudes de médicos y enfermeras sobre las instrucciones previas, nuestros resultados son similares a los presentados por otros autores. El estudio realizado en médicos por Bachiller et al. [41] señalaban que un 29,7% de los encuestados no



conocen la existencia de legislación que regula las instrucciones previas, además sólo un 10,8% de los médicos encuestados conocía con precisión la legislación sobre instrucciones previas. El 98,2% pensaba que era importante informar a los pacientes de la posibilidad de otorgar instrucciones previas. El 51,9% de los facultativos está de acuerdo en aplicar las preferencias del paciente en las instrucciones previas siempre que se realicen legalmente.

Del estudio Santos Unamuno et al. [42], realizado en médicos de familia, se desprende que un 82,5 % de los médicos consideraba que sus conocimientos sobre el testamento vital eran escasos o nulos. Sólo un 11,8% había leído la legislación vigente y el 97% estaba de acuerdo con que la existencia de testamento vital facilitaría la toma de decisiones. En el mismo sentido, Simón Lorda et al. [15], en su estudio con médicos, señalan en una escala de 0 a 10, una media de conocimientos de 5,3 (DE: 2,37) en atención primaria y 5,2 (DE: 2,69) en atención especializada. Un 69,6 % conocían que las voluntades anticipadas en Andalucía estaban reguladas en una ley, sin embargo sólo un 37,6% habían leído el documento de voluntades anticipadas. En un trabajo similar de Ameneiros et al. [43] el conocimiento acerca de las instrucciones previas de médicos gallegos de atención primaria y especializada alcanza una media de 3,8 (rango de 0 a 10) (DE: 2,32)

En cuanto a las enfermeras los resultados de nuestro estudio son análogos a los presentados por Simón Lorda y col [44] y Fernández Pujazón [11]. En el primer estudio los autores señalan una media de conocimiento de 4,8 (rango de 0 a 10) (DE: 2,45) para las enfermeras de atención especializada. En el segundo trabajo sólo un 29,5% de enfermeras de atención primaria conocía el documento de voluntades anticipadas.

Algunos autores [45-46] han señalado que por parte de los profesionales sanitarios pudiera existir una baja intención de respeto de los deseos expresados por el paciente en el documento de instrucciones previas. Sin embargo en nuestro estudio la intención de respeto a las decisiones del paciente alcanzó una media de 9,3 (DE: 1), resultado similar al de los trabajos de Simón [15, 44] con una media de 9 (DE: 1,5) para médicos y 8,9 (DE: 1,7) para enfermeras de atención especializada.

## CONCLUSIONES

A pesar de su importante desarrollo legislativo, las instrucciones previas en España son instrumentos poco conocidos tanto por los ciudadanos como por los profesionales sanitarios. Probablemente la legislación ha ido por delante de la realidad sociológica del país. Si los usuarios del sistema sanitario tienen poco conoci-

miento sobre las instrucciones previas parece lógico que exista un bajo índice de otorgamientos, pues no se puede realizar lo que no se conoce. Máxime que cuando a los usuarios se les informa sobre la función y el contenido de las instrucciones previas manifiestan su intención de otorgar en el futuro.

El padecer una enfermedad crónica y grave no implica un mayor conocimiento sobre las instrucciones previas. En principio podría pensarse lo contrario, pues los enfermos crónicos, son un grupo de usuarios que conociendo, en mayor o menor medida, el pronóstico de su enfermedad deberían posicionarse sobre los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que desea o no recibir en situaciones en las que no sea capaz de expresarse personalmente.

Los usuarios, una vez informados desean tratar este tema principalmente con sus familiares. Además, los usuarios perciben una falta de información sobre las instrucciones previas y de invitación al dialogo por parte de los profesionales sanitarios.

La actitud de los profesionales sanitarios hacia la utilización y respeto de las instrucciones previas es positiva. La mayoría de médicos y enfermeras piensa que es conveniente que los ciudadanos planifiquen anticipadamente las decisiones sobre el final de la vida plasmandolas en un documento de instrucciones previas. Así, recomendarían a sus pacientes el otorgamiento de instrucciones previas y estarían dispuestos a respetar su contenido.

Las instrucciones previas deben ser un instrumento útil en la toma de decisiones al final de la vida. Evidentemente no van a solucionar todos los problemas, seguirán existiendo conflictos en la toma de decisiones, pero ayudan a reducir la incertidumbre a la hora de decidir sobre los conflictos planteados. Para conseguir este objetivo las instrucciones previas deben formar parte de la realidad clínica como un instrumento más para la toma de decisiones de médicos y enfermeras.

## ESTRATEGIAS DE MEJORA

Se debe informar y educar a los usuarios de cómo ejercer el derecho de otorgamiento de instrucciones previas o voluntades anticipadas. Haciendo hincapié en acercar esta información a las personas mayores, que son las que tienen un grado de conocimiento más bajo y además una menor intención de otorgar instrucciones previas. La información debe proporcionarse fundamentalmente por medio de intervenciones de los profesionales sanitarios. Las intervenciones pueden hacerse a través de charlas, sesiones, talleres, etc. en centros de salud, residencias sociosanitarias, centros de mayores, etc. y además pueden complementarse, a nivel institucional, con campañas divulgativas y folletos explicativos. La información y educación que faci-

lite el conocimiento sobre las instrucciones previas es fundamental, porque desde el desconocimiento es difícil que los usuarios reclamen información sobre las instrucciones previas.

Vivimos, como definió McLuhan, en la sociedad de la comunicación, dentro de este paradigma global deberían desarrollarse programas y redes interactivas de intercambio de opiniones y puntos de vista que saquen la cuestión de las instrucciones previas del ámbito exclusivamente sanitario, para convertirlo en un aspecto más entre los problemas de interés general para la persona y la familia.

El marco de la atención primaria es el más favorable para realizar una labor educativa personalizada en el usuario sobre las instrucciones previas, por ser los médicos y enfermeras de este ámbito los más próximos al usuario.

También parece conveniente intensificar la formación a médicos y enfermeras sobre la existencia y significación de las instrucciones previas, que debería hacerse en pregrado y postgrado.

Se necesitan nuevos estudios para conocer y profundizar en las decisiones que más preocupan a los usuarios para identificar la mejor forma de facilitarles el acceso al ejercicio de los derechos al final de la vida. ■

## AGRADECIMIENTOS

A los médicos y enfermeras de los Centros de salud y del Hospital Universitario Príncipe de Asturias por cumplimentar los cuestionarios y especialmente a los coordinadores, jefes de servicio médicos y los responsables de enfermería que ayudaron a la distribución y recogida de los cuestionarios.

## INFORMACIÓN DEL TRABAJO

Este artículo tiene como base la Tesis Doctoral de Rafael Toro Flores, en la que se relacionan los conocimientos sobre instrucciones previas de usuarios y profesionales sanitarios con el bajo índice de otorgamientos de este instrumento de toma de decisiones al final de la vida. ■

## BIBLIOGRAFÍA

[1] Barrio I, Simón P, Júdez J. De las voluntades anticipadas o instrucciones previas a la Planificación Anticipada de Decisiones. Nure Investigación [Revista on-line] 2004 mayo [acceso 3 agosto 2011]. Disponible en: [http://www.fuden.es/originales\\_detalle.cfm?ID\\_ORIGINAL=64&ID\\_ORIGINAL\\_INI=1](http://www.fuden.es/originales_detalle.cfm?ID_ORIGINAL=64&ID_ORIGINAL_INI=1).

[2] Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE nº 251, de 20 de octubre de 1999.

[3] Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274, de 15 de noviembre de 2002.

[4] Ley 12/2001, de 21 de diciembre, Ordenación Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Madrid. BOE nº 306, de 26 de diciembre de 2001.

[5] Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro correspondiente. BOE nº 269, de 10 de noviembre de 2005.

[6] U.S. Department of Health and Human Services. Assistant Secretary for Planning and Evaluation Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy. Advance Directives and Advance care Planning. Report to Congress. August 2008. p. x.

[7] Martínez Pereda, JM. El testamento vital y su aplicación en España. En VIII Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Fundación MAPFRE Medicina. Madrid 2001, p. 195-213.

[8] Gallego Riestra S. Las instrucciones previas y su regulación jurídica. En Gascón M, González M y Cantero J, coordinadores. Derecho Sanitario y Bioética. Cuestiones actuales. Valencia: Tirant Lo Blanch; 2011.

[9] Champer A, Caritg F, y Marquet R. Conocimientos y actitudes de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas. Aten Primaria. 2010; 42(9):463-469.

[10] Navarro B, Sánchez M, Andrés F, Juárez I, Cerdá R, Párraga I, Jiménez JR, López-Torres JD. Declaración de voluntades anticipadas: estudio cualitativo en personas mayores y médicos de Atención Primaria. Aten Primaria. 2011;43(1): 11-17.

[11] Fernández, R. Nivel de conocimiento y valoración que hace el personal de enfermería de Huelva sobre la Declaración de Voluntades Vitales. Ética de los Cuidados [Revista on-line] 2011 ene-jun.; 4(7). [acceso 4 agosto 2011] Disponible en: <http://www.indexf.com/eticacuidado/n7/et7644.php>.

[12] Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Memoria Anual 2011. [acceso 4 octubre 2012] Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=MEMORIA\\_HUPA\\_2011.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalPrincipeAsturias&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310975614732&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=MEMORIA_HUPA_2011.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalPrincipeAsturias&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310975614732&ssbinary=true)

[13] Nolan MT, Bruder M. Patient s attitudes toward Advance Directives and End-of-life. Treatment Decision. Nurse Outlook. 1997; Sept-Oct;45(5):204-8

[14] Santos de Unamuno C. Documentos de voluntades anticipadas. Actitud de los pacientes de atención primaria. Aten Primaria 2003;32 (1):30-35

[15] Simón- Lorda P, Tamayo MI, Vázquez A, Durán A, Pena J, Jiménez P. Conocimiento y actitudes de los médicos de dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. Aten Primaria. 2008;40(2): 61-8.

[16] Molina J, Pérez M, Herreros B, Martín MD, Velasco M. Conocimiento y actitudes ante las instrucciones previas entre los pacientes de un hospital público de la Comunidad de Madrid. Rev Clín Esp. 2011;211 (9): 450-454

- [17] Ángel -López Rey E, Romero Cano M, Tebar Morales J P, Mora García C, Fernández Rodríguez o. Conocimientos y actitudes población ante el documento de voluntades anticipadas. *Enferm Clin*. 2008;18(3):115-9
- [18] Arauzo V, Trenado J, Busqueta G, Quintana S. Grado de conocimiento sobre la ley de voluntades anticipadas entre los familiares de los pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Med Clin (Barc.)* 2010 Apr 10;134(10):448-51
- [19] Antolín A, Ambrós A, Mangirón P, Alves D, Sánchez M, Miró O. Grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas por el enfermo crónico que acude a urgencias. *Rev Clin Esp*. 2010;(8):379-388
- [20] Serrano R, López R, Cardenal I. Conocimiento e información sobre el documento de instrucciones previas en un centro de salud urbano de Murcia. *Aten Primaria*. 2011.doi:10.1016
- [21] Andrés-Pretel F, Navarro B, Párraga I, Torre MA, Jiménez MD, López-Torres J. Conocimientos y actitudes de los mayores hacia el documento de voluntades anticipadas. *Gac Sanita*. 2012 doi:10.1016/j.gaceta.2011.12.07.
- [22] Miró G, Pedrol E, Soler A, Serra-Prat JC, Yébenes JC, Martínez R, Capdevila A. Conocimiento de la enfermedad y de los documentos de voluntades anticipadas en el paciente seropositivo para VIH. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(15):567-72
- [23] McAdam JL, Stotts NA, Padilla T, Puntillo K. Attitudes of critical ill Filipino patients and their families toward advance directives. *Am J Crit Care*. 2005 Jan;14(1):17-25.
- [24] Antolín A, Sánchez M, Miró O. Evolución temporal en el conocimiento y el posicionamiento de los pacientes con enfermedades crónicas respecto al testamento vital. *Gac Sanit*.2011;25:412-8
- [25] Antolín A, Sánchez M, Lorens P, Martín FJ, González-Armengol JJ, Ituño JP, et al. Conocimiento de la enfermedad y del testamento vital en pacientes con insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63(12):1410-8
- [26] Pérez M, Herreros B, Martín MD, Molina J, Guijarro C, Velasco M. Evolución del conocimiento y de la realización de instrucciones previas en los pacientes ingresados en medicina interna. *Rev Calid Asist*. 2013 Sep-Oct; 28(5):307-12.
- [27] Domínguez C, García-Verde I, Alonso MA, Muelas S. conocimiento y utilización del documento de instrucciones previas por los pacientes en programa de cuidados paliativos. *Med Pal*.2011;18 (1):4-7
- [28] Vallejo García E, Celma Moya F, Chacón Pérez E, Balsera Pedrera A, Llambich Pozo C, Puertas Alonso E. ¿Decidimos el final de la vida?. Documento de voluntades anticipadas. En: Libro de comunicaciones: IX Congreso Nacional de Bioética. Murcia. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. 2009
- [29] Tamayo Velázquez MI. Efectividad de una intervención comunitaria integral para facilitar la cumplimentación de las voluntades vitales anticipadas. [Tesis doctoral]. Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2010.
- [30] Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ* 2010;340:c1345
- [31] Elpern EH, Yellen SB, Burton LA. A preliminary investigation of opinions and behaviors regarding advance directives for medical care. *Am J Crit. Care* 1993 Mar;2(2):161-7.
- [32] Bravo G, Dubois MF, Wagneur B. Assessing the effectiveness of interventions to promote advance directives among older adults: A systematic review and multi-level analysis. *Social Science & Medicine* 67 (2008) 1122–1132.
- [33] Evangelista LW, Lombardo D, Ballard-Hernández J, Malik S. Does Preparedness Planning Improve Attitudes and Completion of Advance Directives in Patients with Symptomatic Heart Failure? *J Palliat Med* 2012 Dec;15(12):1316-20
- [34] Caresse JA, Mullaney JL, Faden RR, Finucane TH. Planning for death but not serious future illness: qualitative study of house-bound elderly patients. *BMJ* 2002;325:125-9.
- [35] Del Pozo K, López-Torres J, Simarro MJ, Navarro B, Rabanales J, Gil V. Características sociosanitarias de quienes formalizan el documento de voluntades anticipadas. *Semerger*. 2014. [acceso 2 febrero de 2013]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.04.005>
- [36] García JM. El documento de últimas voluntades. *Enferm Clínica* 2005;15(6):305-6
- [37] García A, Abad E, Pascau MJ, Sánchez R. Planificación anticipada de las decisiones al final de la vida: El rol de los profesionales sanitarios en general y de la enfermería en particular. *Nure Investigación*, nº 20, Enero-Febrero 06
- [38] Alberdi RM, López M. Propuestas de Enfermería para la promoción, elaboración y cumplimiento de voluntades anticipadas. *Ética de los cuidados*. [revista en Internet] 2011 jul-dic. [acceso 2 febrero de 2013]; 4(8). Disponible en: [http://www.index-f.com/eticuidado/n8/et\\_7729.php](http://www.index-f.com/eticuidado/n8/et_7729.php).
- [39] Barrio IM, Simón-Lorda P, Pascau MJ. “El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas”. *Enfermería Clínica* 2004;14(4).235-41
- [40] García Palomares A, Abad Corpa E, Pascau González-Garzón M J. Sánchez Pérez R. “La planificación anticipada de las decisiones al final de la vida: El rol de los profesionales sanitarios en general y de Enfermería en particular”. *Nure Investigación*, nº 20, enero-Febrero 2006. [acceso 2 de noviembre de 2011]. Disponible en: [http://www.fuden.es/originales\\_detalle.cfm?ID\\_ORIGINAL=96&ID\\_ORIGINAL\\_INI=1](http://www.fuden.es/originales_detalle.cfm?ID_ORIGINAL=96&ID_ORIGINAL_INI=1)
- [41] Bachiller A, Hernández S, Martínez M, Delgado R, Domínguez V. Testamento vital: la opinión médica en la provincia de Valladolid. *Metas de Enferm*. Mayo 2004; 7(4) 24-27.
- [42] Santos C, Forn MA, Pérez R, Corrales A, Ugarriza L. ¿Estamos preparados los médicos de familia para ayudar a nuestros pacientes a hacer testamento vital? *Rev. Calidad Asistencia* 2007; 22(5): 262-5.
- [43] Ameneiros C, Carballada C, Garrido JA. Conocimientos y actitudes sobre las instrucciones previas de los médicos de Atención Primaria y Especializada del área sanitaria de Ferrol. *Rev Calid Asist*. [Revista on-line] 2012 [acceso 2 febrero 2013]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2012.07.002>
- [44] Simón-Lorda P, Tamayo MI., González MJ, Ruiz P, Moreno J y Rodríguez MC. Conocimiento y actitudes del personal de enfermería acerca de las voluntades anticipadas en dos áreas sanitarias de Andalucía. *Enf Clin*. 2008; 18(1): 11-17.
- [45] Montalvo Jäskeläinen, F. Muerte Digna y Constitución. Los límites del testamento vital. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas. 2009. p.61.
- [46] Sánchez Caro, J, Abellán García-Sánchez, F. Instrucciones previas en España. Aspectos bioéticos, jurídicos y prácticos. Granada: Comares; 2008. p.108.
- [47] McLuhan M, Powers B R. La aldea global. Barcelona: Gedisa;2002