



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia  
"Dr. Dacio Crespo"

**GRADO EN ENFERMERÍA**  
Curso académico 2017-2018

**Trabajo Fin de Grado**

**Conocimientos y actitudes de las voluntades anticipadas del personal de enfermería en España. Análisis en la atención primaria de Palencia**

Revisión bibliográfica/ Estudio

Alumno/a: Elena Lázaro Raposo

Tutor: Dr. D. José Luis Nájera García

Junio, 2018

## ÍNDICE

ACRÓNIMOS.....	3
1. RESUMEN .....	4
ABSTRACT .....	5
2. INTRODUCCIÓN.....	6
2.1 Antecedentes y estado actual del tema.....	6
2.2 Aspectos legales .....	9
2.3 El Documento de Voluntades Anticipadas.....	11
2.4 Justificación.....	13
3. OBJETIVOS .....	15
4. MATERIAL Y MÉTODOS .....	16
5. RESULTADOS .....	20
5.1 Situación de las voluntades anticipadas en España.....	20
5.2 Conocimiento y actitud frente al DVA de las enfermeras de atención primaria de Palencia.....	24
6. DISCUSIÓN .....	30
7. CONCLUSIONES.....	33
8. BIBLIOGRAFÍA.....	34
9. ANEXOS.....	39
Anexo I: Modelo de DVA (Castilla y León) <sup>(12)</sup> .....	39
Anexo II: Número de registros de Instrucciones Previas en España <sup>(16)</sup> .....	45
Anexo III: Búsqueda de artículos.....	46
Anexo IV: Cuestionario .....	47

### **Acrónimos:**

- **VA:** Voluntades Anticipadas
- **DVA:** Documento de Voluntades Anticipadas
- **CCAA:** Comunidades Autónomas
- **IP:** Instrucciones Previas
- **AP:** Atención Primaria
- **AE:** Atención Especializada

## 1. RESUMEN

**Introducción.** Una muerte digna es un derecho fundamental del ser humano. En los últimos años se han producido grandes cambios en la asistencia sanitaria, los cuales han posibilitado al paciente participar en las decisiones relativas a su proceso. Uno de los instrumentos utilizados con el fin de planificar la atención en los últimos momentos de la vida es el documento de voluntades anticipadas (DVA). Los profesionales de enfermería juegan un papel importante en su cumplimiento y en el asesoramiento a los pacientes.

**Objetivos.** Investigar acerca de los conocimientos y actitudes que tienen los profesionales sanitarios sobre las voluntades anticipadas en España e indagar sobre el papel de enfermería en su difusión.

**Material y Métodos.** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, donde se seleccionaron 14 artículos que cumplieran los criterios de inclusión. Además, se ha llevado a cabo un estudio descriptivo observacional, con una muestra de 19 enfermeros de dos centros de salud de Palencia, utilizando un cuestionario autoadministrado ad hoc, con el fin de evaluar el grado de conocimiento y la actitud de estos profesionales.

**Resultados/ Discusión.** La mayoría de los médicos y enfermeros tienen claro el concepto del DVA, sin embargo, desconocen aspectos sobre la legislación y el contenido del mismo. A pesar de ello, muestran una actitud favorable sobre las voluntades anticipadas, ya que son un instrumento que facilita la relación terapéutica, e interés en aumentar sus conocimientos sobre el tema. En Palencia las enfermeras obtienen mejores resultados, sin embargo, consideran que no tienen suficientes conocimientos para informar al paciente.

**Conclusiones.** Resultaría de interés proporcionar mayor formación a los profesionales sanitarios sobre el DVA y su formalización sobre los aspectos desconocidos, con el fin de una mayor difusión.

**Palabras clave:** voluntades anticipadas, conocimientos, sanitarios, enfermería, España

## ABSTRACT

**Introduction.** A dignified death is a human's fundamental right. In last years there have been great changes in health care, which have enabled the patient to participate in decisions regarding their process. One of the instruments used for the purpose of planning attention in the last moments of live is the living wills' document. Nursing professionals have an important role in counselling to patients about this document.

**Objective.** To investigate about the knowledge and attitudes that health professionals have about the living wills in Spain and to investigate the role of nursing in its diffusion.

**Material and methods.** A bibliographic search has been done in different databases, where we were selected 14 articles that met the inclusion criteria. In addition, an observational descriptive study was carried out, with a sample of 19 nurses from two health centers in Palencia, using a self-administered questionnaire ad hoc, in order to review the degree of knowledge and attitude of these professionals.

**Results and discussion.** The most doctors and nurses have general knowledges about the concept of living wills, however, they are unaware of aspects of the legislation and the content of it. In spite of this, they show a favorable attitude towards the living wills, they are an instrument that facilitates the therapeutic relationship, and they are interested in increasing knowledges about this topic. In Palencia, nurses have better results, however, they consider that they haven't enough knowledge to report the patient.

**Conclusions.** It would be of interest to provide more training to health professionals about the advanced directive document on the unknown aspects, with the objective of a better dissemination.

**Key words:** living wills, nursing, knowledges, attitudes, Spain.

## 2. INTRODUCCIÓN

En la vida de todo ser humano llega el momento de enfrentarse al momento trascendental del final de su existencia y afrontamiento del proceso de enfermedad y muerte. A lo largo de la historia ha preocupado esta situación. Aprender a gestionarla debería ser asignatura obligada, más aún en el momento actual considerando la deriva sociológica, como el descenso de la natalidad, la disgregación familiar, etc.

La población, actualmente más formada, toma mayor conciencia de la necesidad de ser partícipe de sus opciones en los dilemas que pueden producirse en el transcurso de su vida, también en el ámbito de su salud, más aún cuando no estemos en la situación en la que podamos expresar nuestra voluntad.

### 2.1 Antecedentes y estado actual del tema

A lo largo de los últimos años, se han producido grandes cambios en el ámbito de la medicina, y a su vez, en la asistencia sanitaria. La relación médico- paciente que ha existido durante décadas va desapareciendo, dando paso a una forma más deliberativa en el aspecto de la atención sanitaria, siendo el propio paciente partícipe en las decisiones tomadas por el profesional responsable de su cuidado. Con esto se respeta la voluntad del enfermo, es decir, su autonomía. <sup>(1)</sup>

Una muerte digna es un derecho fundamental del ser humano. A través de las voluntades anticipadas, el paciente puede planificar, en cierta manera, su proceso de morir. No obstante, existen discrepancias entre sanitarios, familiares de los pacientes, etc.

El desarrollo científico de la medicina da lugar a nuevas técnicas que permiten alargar la vida y a veces se produce un enfrentamiento entre el llamado encarnizamiento terapéutico, —la prolongación innecesaria de la vida de un paciente terminal mediante la tecnología médica cuando sus beneficios son irrelevantes—, y llevar a cabo cuidados paliativos que eviten el sufrimiento, aunque las consecuencias sean acelerar el final de la vida. <sup>(2)</sup>

El documento de voluntades anticipadas (DVA), también conocido como instrucciones previas o testamento vital, es aquel redactado por una persona mayor de edad donde se expresan decisiones acerca de los tratamientos y cuidados a aplicar, o no, en el momento en que no pueda expresarlos por sí misma, debido a una enfermedad terminal o un deterioro cognitivo. En él, también podrá expresarse la voluntad acerca del destino de su cuerpo y órganos una vez llegado el fallecimiento y cómo deben producirse sus exequias. (Anexo I)

Se puede afirmar que las voluntades anticipadas son la máxima expresión de la autonomía y del consentimiento informado, entendido como la autorización de forma verbal o escrita en que el paciente expresa su conformidad tras haber sido informado del procedimiento que se le va a realizar, objetivos, riesgos, etc.

En 1947, como consecuencia de los Juicios que tienen lugar en la ciudad alemana de Nüremberg al final de la Segunda Guerra Mundial, se redacta el Código que lleva el mismo nombre de esta Ciudad Bávara y que recoge una serie de principios en base a la experimentación con seres humanos. En su primer punto, refleja por primera vez el derecho a ser informado y a decidir: *“Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano. Esto significa que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar consentimiento; su situación debe ser tal que pueda ser capaz de ejercer una elección libre, sin intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción u otra forma de constreñimiento o coerción; debe tener suficiente conocimiento y comprensión de los elementos implicados que le capaciten para hacer una decisión razonable e ilustrada...”*<sup>(3)</sup>

Las *“living will”*, traducción literal de *“testamento vital”*, surgen en la década de 1960 en Estados Unidos, de la mano del abogado estadounidense en favor de los derechos humanos y fundador de Amnistía Internacional, Luis Kutner, quien, en 1967, propuso la difusión de un documento en el que un enfermo en fase terminal pudiera renunciar por escrito al tratamiento.

En 1979, con la finalidad de una asistencia sanitaria adecuada, los bioeticistas Beauchamp y Childress definieron cuatro principios básicos de la bioética: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. <sup>(4)</sup>

- a) Autonomía. Proviene del griego y significa “autogobierno”. Se respeta este principio cuando los profesionales tienen en cuenta la participación del paciente en la toma de decisiones.
- b) No maleficencia. Este principio hace referencia a la obligación que tienen los profesionales sanitarios de no infringir daño.
- c) Beneficencia. Consiste en prevenir el daño. En contraposición a la no maleficencia, que consiste en no actuar, la beneficencia evoca siempre a la acción, procurando siempre el bien.
- d) Justicia. Este principio consiste en dar a cada persona lo que le corresponda. El objetivo es disminuir situaciones de desigualdad.

Diego Gracia, médico especialista en Psiquiatría y Psicología, prolífico autor de textos y ensayos y filósofo español, Catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad Complutense de Madrid, fundador y director del primer máster de bioética, hace una crítica a los principios anteriores, dividiéndolos jerárquicamente en dos bloques: uno público y otro privado. El nivel público lo forman los principios de justicia y no maleficencia, propios de una ética de mínimos. Dichos principios son de obligado cumplimiento y el Estado puede intervenir. Al nivel privado pertenecen los principios de autonomía y beneficencia, propios de una ética de máximos. Éstos, sin embargo, sólo son exigibles por el propio sujeto.

En su obra “Como arqueros al blanco” hace referencia a las voluntades anticipadas como el documento en el que una persona refleja sus valores, al contrario de lo que se ha ido haciendo hasta el momento con la historia clínica, en la que se manifiestan hechos objetivos sobre la salud de la persona, de manera que no aparecen decisiones sobre los tratamientos que desea o no recibir en situaciones donde no es capaz de expresarse por sí misma, llegando a la conclusión de que los valores de la persona son tan importantes como los datos que aparecen en la historia clínica. <sup>(5)</sup>

Las instrucciones previas responden sobre todo al principio de autonomía y son expresión de la dignidad del paciente. Sin embargo, en muchas ocasiones los principios de autonomía y beneficencia aparecen enfrentados al llevar a cabo las voluntades del paciente, razón por la que muchos médicos tienen ciertas dificultades para llevar a la práctica lo manifestado en dicho documento. Dichas dificultades, así como el desconocimiento de la legalidad de las instrucciones previas, es lo que lleva

a muchos sanitarios a continuar con el tratamiento, aunque se encuentren con el caso de una situación terminal, provocando el denominado encarnizamiento terapéutico, con la consecuencia de alargar el sufrimiento del enfermo de forma innecesaria. Además, en el caso de que el profesional responsable del proceso del paciente no consulte el registro de VA incumplirá la ética médica de respetar las decisiones del paciente y su voluntad y, por ende, su autonomía, principio básico de la bioética.

En España, se empieza a hablar de instrucciones previas con la entrada en vigor 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, más conocido como Convenio de Oviedo, el 4 de abril de 1997. El presente convenio fue aprobado por representantes de veinte países con el objetivo de garantizar la dignidad y respetar los derechos de los seres humanos en el ámbito de la biología y la medicina.

En su Artículo 9. Deseos expresados anteriormente, se expone: *“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”*.<sup>(6)</sup>

## 2.2 Aspectos legales

Para regular la normativa respecto a las instrucciones previas, fue necesario realizar una modificación de la legislación española. Previamente, Cataluña reguló este derecho a través de la ley 21/2000 de 29 de diciembre, convirtiéndose así en la primera comunidad autónoma que legaliza las instrucciones previas.<sup>(7)</sup>

Las diferentes Comunidades Autónomas, en su legislación, discrepan en los términos utilizados para denominar las voluntades anticipadas<sup>(8)</sup>, los cuales se reflejan en la siguiente tabla:

<b>Instrucciones previas</b>	Castilla y León, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia
<b>Voluntades anticipadas</b>	Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Navarra, País Vasco

<b>Manifestaciones anticipadas de voluntad</b>	Canarias
<b>Voluntades previas</b>	Cantabria
<b>Expresión anticipada de voluntades</b>	Extremadura
<b>Voluntades vitales anticipadas</b>	Andalucía

Tabla 1. Denominaciones de las voluntades anticipadas en las diferentes Comunidades Autónomas.

En el año 2002, se aprobó en todo el territorio nacional la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, que en su artículo 11 relata: *“por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que se produzcan situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas”*.<sup>(9)</sup>

En Castilla y León, la Ley 8/2003 del 8 de abril, de derechos y deberes de las personas en relación con su salud<sup>(10)</sup>, en su artículo 30, refleja los requisitos para el registro del documento de instrucciones previas. Pero esta ley no alude a la formalización de un documento válido de instrucciones previas que sirva de guía para actuar.

Para ello, a propuesta de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, entra en vigor el Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro de instrucciones previas de Castilla y León.<sup>(11)</sup> Para acceder a él, los médicos obtienen una clave de acceso a través de su colegio profesional. Es obligatorio el acceso por parte del médico, siempre y cuando esté atendiendo a un paciente que no pueda expresar su voluntad personalmente y se deban tomar decisiones clínicas. Absolutamente todos los accesos serán sometidos a trazabilidad y consultados en las 24 horas siguientes por personal funcionario responsable sobre la justificación de acceso al documento registrado por el paciente.<sup>(10)</sup>

### 2.3 El Documento de Voluntades Anticipadas.

Existen distintos requisitos para la realización de este documento, los cuales varían en función de la comunidad autónoma donde nos encontremos. No obstante, la mayor parte de ellas consideran que toda persona mayor de edad y capaz puede redactar el documento.

En este caso, centrándonos en Castilla y León, las voluntades anticipadas deben constar por escrito y posteriormente formalizarse ante: un notario, sin necesidad de testigos; tres testigos, los cuales no deben tener ninguna relación de parentesco con el otorgante y deben ser mayores de edad; y el personal al servicio de la Administración, con la identificación y firma del administrativo, siempre y cuando no estén inscritos en el Registro.<sup>(12)</sup>

Una vez formalizado el documento, se puede inscribir en el Registro de Instrucciones Previas, perteneciente a la Consejería de Sanidad, con la finalidad de custodiarlo. No obstante, no es obligatoria la inscripción, puede adjuntarse en la historia clínica.

El otorgante de dicho documento, una vez realizado, puede nombrar un representante o varios, en este caso es necesario asignar un orden de prioridad entre ellos, para que, llegado el caso, actúe como su interlocutor con el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas, facilitando su interpretación. El representante designado debe conocer que ha sido designado como tal y es conveniente que conozca los valores y la voluntad del paciente.

El profesional sanitario a cargo puede aplicar las últimas voluntades del paciente siempre y cuando éstas no vayan en contra del ordenamiento jurídico o la *lex artis*<sup>1</sup>.  
(13)

A menudo se produce un dilema entre las voluntades del paciente y los principios éticos y morales del sanitario que tiene que aplicarlas. Cuando el profesional considere que el conflicto es insalvable, puede ejercer su derecho a la objeción de conciencia. Ante la circunstancia de que el médico a cargo del paciente no estuviera

---

<sup>1</sup> Lex Artis: Marco general de actuación de los profesionales sanitarios, buena práctica clínica.

de acuerdo con las instrucciones expresadas en el documento de voluntades anticipadas de éste, la Administración Sanitaria deberá proporcionar los recursos para que, en caso de que se ejerza objeción de conciencia, las últimas voluntades del paciente sean cumplidas. No existe, por tanto, objeción de conciencia cuando el paciente haya incluido en su documento actuaciones contrarias a la *lex artis*; ante una interpretación diferente de la *lex artis*, es recomendable hacer traslado del caso al Comité de Ética Asistencial. <sup>(14)</sup>

Los Comités de Ética asistencial de Castilla y León se crean en 2002, por el Decreto 108/2002, de 12 de septiembre, por el que se establece el régimen jurídico de los comités de ética asistencial y se crea la Comisión de Bioética de Castilla y León. Están formados por un mínimo de siete miembros y entre sus funciones destacan: velar por el derecho y la dignidad de los usuarios en el proceso asistencial; asesorar sobre situaciones que planteen problemas éticos; asesorar a los centros desde una perspectiva ética. Por cada área de salud hay un Comité de Ética Asistencial. <sup>(15)</sup>

En cuanto a datos estadísticos se refiere, Cataluña es la comunidad autónoma en la que se ha registrado mayor número de documentos de voluntades anticipadas, con una cifra de 72.515 en enero de 2018, el 0,97% de la población total. Le siguen Andalucía, con 35.686 (0,43% del total), y la Comunidad Valenciana con 23.554 registros (0,48%). <sup>(16)</sup> (Anexo II)

En Castilla y León, a pesar de ser una de las comunidades autónomas con una mayor tasa de envejecimiento, en enero de 2018 se registraron 9.291 documentos de instrucciones previas (el 0,38% de su población). Si bien es verdad que en los últimos años se ha duplicado el número de registros. <sup>(16)</sup> (Anexo II)

En España existe un interés cada vez más generalizado por parte de la población de conocer su diagnóstico y su proceso de enfermedad, qué consecuencias tendrá en su futuro y qué herramientas dispone para afrontar este proceso. La población pretende dejar constancia de sus deseos en las diferentes opciones que pueda presentar ante futuros dilemas que afecten a su salud y a su vida, así como qué se debe hacer con el destino de su cuerpo y órganos una vez llegado el fallecimiento.

Los conflictos que se producen en la práctica de los diferentes agentes que interactúan en las crisis de salud o enfermedad: pacientes, familia y sanitarios, hacen necesario

la expresión máxima de la autonomía de la persona, sobretodo cuando los pacientes no puedan expresar personalmente su voluntad.

En los próximos años se producirá otra circunstancia motivada por el número de hijos, 1,3 en 2016. <sup>(17)</sup> La dispersión de la población por motivos socioeconómicos, siendo uno de ellos los laborales, causando una ruptura del núcleo familiar clásico dificultando los cuidados de los pacientes cuando se produce una crisis de salud de naturaleza relevante que pudiera derivar en la necesidad de tomar decisiones cuando el paciente no pueda expresarlas personalmente. En el peor de los casos la familia no permanece a disposición de los sanitarios para tomar decisiones trascendentales.

En definitiva, el retraso de la maternidad/ paternidad, la reducción del número de hijos y por lo tanto de hermanos, suponen un incremento sustancial en la necesidad del uso de las voluntades anticipadas, siendo necesaria la difusión de las herramientas que los ciudadanos tienen a su disposición para adelantarse a la circunstancia en la que no puedan expresar su voluntad. Los sanitarios y las autoridades de la salud son los responsables de esa difusión de la información a la ciudadanía. Un ámbito muy adecuado para ello son las consultas de Atención Primaria, ya que proporciona una asistencia frecuente al paciente en las consultas de medicina y enfermería, así como cercanía y accesibilidad, conocimiento y seguimiento de su proceso vital, y por ello, posibilidad y facilidad de conocimiento de sus circunstancias familiares y sociales en las diversas consultas posibilitando explorar los valores que rigen su vida integrándolos en la historia por sus profesionales de medicina, enfermería y trabajo social.

## **2.4 Justificación**

Desde hace unos años, la atención sanitaria ha cambiado de perspectiva y el paciente ha pasado de ser mero receptor de cuidados a ser un sujeto activo capaz de participar en las decisiones tomadas por los sanitarios responsables de sus cuidados, que es la expresión máxima de la autonomía del paciente. Resulta importante que tenga los conocimientos necesarios acerca de las últimas voluntades para poder tomar sus

propias decisiones. En este sentido los profesionales sanitarios juegan un importante papel en la difusión y asesoramiento de esta información a los pacientes.

Hoy en día, con el aumento de la esperanza de vida, aumenta también la prevalencia de enfermedades crónicas, por lo que se da especial importancia a cuestiones sobre la salud y los cuidados, también los llevados a cabo al final de la vida, momento en el que los profesionales de enfermería, como principales expertos en el cuidado, se convierten en imprescindibles en la prestación de la atención sanitaria.

Por ello resulta de interés investigar acerca de las voluntades anticipadas en España, ya que a través de ese documento se permite a las personas decidir acerca de sus cuidados en los últimos momentos de su vida, y una de las finalidades fundamentales de la medicina es ayudar a morir dignamente.

El DVA permite a los profesionales sanitarios interpretar cómo desea el paciente que se lleven a cabo dichos cuidados, convirtiéndose en una valiosa fuente de información que facilita la toma de decisiones.

Una indagación sobre el grado de conocimientos de nuestras enfermeras ayudará a los pacientes en el asesoramiento de la toma de decisiones relativas a la atención al final de su vida, favoreciendo su autonomía.

### 3. OBJETIVOS

- **Objetivo general:**

- Investigar acerca de los conocimientos que tienen los profesionales sanitarios, sobre las voluntades anticipadas en España, y su actitud ante las mismas.

- **Objetivos específicos:**

- Conocer los conceptos de Voluntades Anticipadas y su normativa.
- Indagar sobre el papel de los profesionales sanitarios, especialmente de la Enfermería, en la difusión de Voluntades Anticipadas.

## 4. MATERIAL Y MÉTODOS

En la elaboración de este trabajo hemos realizado una revisión bibliográfica y un estudio de investigación. A continuación, se detallan los aspectos más relevantes en cuanto a los materiales y métodos desarrollados para la realización de ambos.

### Revisión bibliográfica:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos de artículos científicos que ha tenido lugar desde el mes de diciembre de 2017 a mayo de 2018.

Para comenzar la búsqueda de información se utilizaron las siguientes palabras clave, obteniéndolas según la pregunta **PICO**:

PICO	Palabra natural	DecS	MeSH
<b>P</b>	Profesionales sanitarios	Profesional sanitario	Healthcare Nursing Primary care Professional
<b>I</b>	Grado de conocimientos de las voluntades anticipadas en España	Conocimientos Voluntad en vida España	Knowledge Living wills Spain
<b>C</b>	Comparación		
<b>O</b>	Actitudes de los sanitarios sobre las voluntades anticipadas en España	Actitudes Voluntad en vida España	Attitudes Living wills

Tabla 2. Pregunta PICO

La búsqueda se ha llevado a cabo mediante:

- Las bases de datos Biblioteca virtual en salud (Bvs), Pubmed, Scielo y Dialnet.

- El buscador Google académico.
- El portal de salud de la Junta de Castilla y León.

Se han utilizado las palabras clave: voluntades anticipadas, España, sanitarios, conocimientos, actitudes, los operadores booleanos AND y OR y las comillas (“”) con la finalidad de alcanzar mayor precisión en la búsqueda. (Anexo III)

En la Bvs, se introdujeron las siguientes palabras clave: ("advanced directives" AND "professional" AND "spain"), y se encontraron 11 resultados, de los que fueron seleccionados 4 artículos. Con las palabras clave “voluntades anticipadas” and “atención primaria” se encontraron 20 artículos, de los que se seleccionaron 8.

En Pubmed, con las palabras clave: ((living wills) AND attitudes) AND spain; fueron encontrados 18 artículos, de los que se seleccionaron 7. Utilizando la terminología "living wills" and "nursing" and "spain", se encontraron 3 artículos, de los cuales se seleccionó 1. Se utilizaron los términos MeSH ((living wills) OR advanced directives) AND knowledge) AND healthcare) AND spain y se encontraron 20 artículos, seleccionando 8 de ellos.

En Scielo, se aplicaron los términos DeCS: “voluntad en vida” AND “España” y se encontraron 4 artículos, de los que se seleccionó 1.

Para la selección de los artículos se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

**Criterios de inclusión:**

- Artículos publicados desde el año 2003 hasta el año actual.
- Artículos en castellano y en inglés
- Artículos sobre voluntades anticipadas en España.

**Criterios de exclusión:**

- Artículos de acceso restringido y texto incompleto.

Finalmente, se aplicaron los criterios de inclusión y, tras una lectura crítica se seleccionaron 14 artículos.

## **Estudio observacional:**

Con la finalidad de recopilar información acerca de los conocimientos sobre las voluntades anticipadas de las enfermeras de Palencia, se ha elaborado un estudio descriptivo.

### **Diseño/ Tipo de estudio**

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y observacional sobre el conocimiento y las actitudes que tienen los profesionales de enfermería sobre el documento de voluntades anticipadas.

### **Población**

El estudio se llevó a cabo sobre una población total de 25 enfermeros de dos centros de salud de Palencia: Eras del Bosque y Pintor Oliva.

### **Muestra**

Los sujetos han sido seleccionados de forma aleatoria. Se obtuvo una muestra de 19 enfermeros procedentes de dos centros de salud, siendo la muestra representativa de la población de estudio.

### **Criterios de inclusión:**

- Profesionales de enfermería que han accedido a rellenar el cuestionario.
- Profesionales de enfermería de Atención Primaria de dos centros de salud.

### **Criterios de exclusión:**

- Profesionales de enfermería pediátrica. Se decidió excluir a las enfermeras pediátricas ya que, por su edad, los pacientes a los que atienden no se encuentran entre los candidatos a rellenar o informarse sobre el DVA.

- Encuestas incompletas. Se eliminaron dos encuestas que no se rellenaron de forma completa.

### **Recogida de datos**

Para la recogida de datos se elaboró un cuestionario de tipo ad hoc, de carácter anónimo y autoadministrado. Algunas preguntas han sido incorporadas de otro estudio <sup>(18)</sup>, sin embargo, el cuestionario ha sido de elaboración propia, ya que no se ha encontrado ninguno validado que se ajuste a los objetivos planteados.

La encuesta está formada por diez preguntas, una de ellas referente al conocimiento del concepto del DVA, otra al contenido, tres a la legislación vigente, y el resto relacionadas con las actitudes de los enfermeros. Las respuestas son dicotómicas excepto una, en la que se proponen tres opciones de respuesta. (Anexo III)

Los cuestionarios se recogieron en el mes de abril de 2018, obteniendo 19 respuestas procedentes de ambos centros de salud. Dos de ellas se descartaron ya que había preguntas sin responder, obteniendo finalmente 17 encuestas completas.

### **Variables de estudio**

En el estudio se incluyeron variables independientes sobre los conocimientos del concepto, contenido, la legislación y la formalización, así como las actitudes de los profesionales de enfermería ante el DVA.

### **Análisis de los datos**

Se utilizó el programa Excel para obtener los porcentajes de cada variable y realizar los gráficos correspondientes.

Para el posterior análisis de los resultados obtenidos en el cuestionario, se ha considerado un nivel de conocimientos adecuado la respuesta correcta a, al menos, la mitad del total de preguntas referentes a cada variable.

## 5. RESULTADOS

Para facilitar la lectura y comprensión del trabajo, los resultados y su discusión se ha dividido en dos apartados, el primero referente a la revisión sobre la situación en la que se encuentran las últimas voluntades dentro del ámbito nacional y el segundo referente al desarrollo del estudio específico que evalúa el papel de las enfermeras de atención primaria de Palencia en relación con las últimas voluntades

### 5.1 Situación de las voluntades anticipadas en España

En este apartado se exponen los resultados de los artículos seleccionados procedentes de diferentes Comunidades Autónomas de España sobre los conocimientos y actitudes que tienen los profesionales sanitarios respecto al documento de voluntades anticipadas. Las CCAA de donde proceden los estudios revisados son Cataluña <sup>(18)</sup>, Baleares <sup>(19)</sup>, Galicia <sup>(20)</sup> <sup>(27)</sup>, Castilla-La Mancha <sup>(21)</sup>, Comunidad Valenciana <sup>(22)</sup> <sup>(23)</sup>, Andalucía <sup>(24)</sup> <sup>(29)</sup>, Comunidad de Madrid <sup>(25)</sup> <sup>(26)</sup>, Asturias <sup>(28)</sup> <sup>(31)</sup> y Canarias. <sup>(30)</sup>

Los artículos seleccionados consisten en estudios realizados con la finalidad de comprobar los conocimientos sobre el concepto de voluntades anticipadas, los aspectos legales, así como del contenido del documento, y de las actitudes y posibles dificultades que plantean los sanitarios tanto en su aplicación como en la información sobre el mismo a los pacientes.

La mayor parte de los artículos revisados consistían en estudios descriptivos transversales, utilizando cuestionarios para la recopilación de la información <sup>(18)</sup>-<sup>(28)</sup> <sup>(30)</sup>. En relación con los profesionales, las muestras son variables, desde 454 enfermeras en un artículo del año 2013 <sup>(28)</sup> a 60 profesionales en un estudio realizado en Galicia. <sup>(20)</sup> Solamente en dos de ellos se hace referencia exclusivamente a la enfermería. <sup>(28)</sup> <sup>(31)</sup>

Todos los estudios destacan la importante labor de los profesionales sanitarios en el abordaje de los DVA tanto en la atención especializada como en la primaria <sup>(20,22,25-28)</sup>, aunque destaca la relevancia que tienen los profesionales de la atención primaria, como demuestra que 6 de los artículos únicamente se centren en este ámbito. <sup>(18,19,21,24,30,31)</sup> Además en dos de los estudios no sólo participaron profesionales sanitarios sino también profesionales de otras áreas, como por ejemplo trabajadores sociales y psicólogos. <sup>(18) (24)</sup>

Se encontraron dos estudios que analizaban los resultados mediante grupos de discusión entre médicos y pacientes. <sup>(21) (29)</sup>

En cuanto al nivel de conocimientos que tienen los profesionales dentro del ámbito de las voluntades anticipadas, destaca que no existen grandes diferencias entre los profesionales sanitarios de los no sanitarios, sugiriendo que el conocimiento está más directamente relacionado con su interacción con el paciente y no con los conocimientos adquiridos durante la realización de sus estudios universitarios. <sup>(18) (24)</sup>

No se aprecian diferencias significativas de conocimientos en relación con el colectivo profesional, médicos y enfermeras, tanto de Atención Primaria como Especializada, ya que los resultados de los artículos revisados muestran porcentajes parecidos, entre el 70-90%. En un artículo publicado en 2016, más de la mitad de las enfermeras consideraba que tenía conocimientos suficientes como para proporcionar información a sus pacientes. <sup>(31)</sup>

Casi el 80% de los sanitarios afirman conocer el DVA y que estos conocimientos están influidos por la especialidad que ejercen y los años de experiencia. De esta forma, las enfermeras que trabajan en geriatría, atención primaria, emergencias y uci obtuvieron mejores resultados que el resto. Esto se debe a que, en estos ámbitos, al tratar con pacientes con características determinadas, el DVA aparece normalmente en la práctica clínica. <sup>(25) (26) (28)</sup>

Del mismo modo, los años de experiencia dotan a los profesionales con mayores conocimientos <sup>(22) (26)</sup>, así como una formación previa sobre el uso de las VA. <sup>(26) (28)</sup> La mayor parte de los profesionales con más de 16 años de experiencia en UCI conocen todas las medidas que contemplan las VA, mientras que son desconocidas para aquellos que llevan menos de 3 años en este ámbito <sup>(26)</sup>.

Otro de los factores que influye en el nivel de conocimiento es la formación previa sobre el uso de las VA. <sup>(26) (28)</sup> En un estudio realizado en Cataluña, se incluyeron a profesionales con formación en ética, los cuales, obtuvieron mayor nivel de conocimientos sobre el concepto que el resto que no tenían esa formación. <sup>(18)</sup>

Un estudio realizado en diferentes centros de atención primaria de Andalucía muestra una relación entre los conocimientos del contenido y la lectura de un modelo de DVA. De hecho, las enfermeras que previamente lo habían leído mostraban mayores conocimientos del mismo <sup>(24)</sup>.

Otro de los aspectos importantes que puede influir en el asesoramiento a los pacientes sobre las VA, es el conocimiento que tiene el profesional sobre la legislación que regula las voluntades anticipadas. En general, podemos deducir que el conocimiento es escaso ya que uno de los motivos que argumentan los profesionales por los que no consulta sobre el DVA es su escaso conocimiento de la ley que lo regula. <sup>(23) (25) (27)</sup> Sin embargo, en un trabajo realizado en 2016, el 61% de las enfermeras afirman poseer los conocimientos necesarios para proporcionar información al paciente en caso de que lo solicite. <sup>(31)</sup>

El resultado que marca la diferencia es el obtenido en un estudio realizado en Cataluña, <sup>(18)</sup> donde los enfermeros mostraban mayores conocimientos que los médicos. Esto puede deberse a que esta Comunidad Autónoma fue la pionera de España en regular las voluntades anticipadas. Además, se obtienen mayor número de registros respecto a otras CCAA. <sup>(16)</sup>

Dentro de las actitudes, en todos los artículos revisados los profesionales muestran una actitud favorable hacia las últimas voluntades, no encontrando diferencias entre unas CCAA y otras, ya que lo consideran un instrumento útil para la toma de decisiones al final de la vida. Si conociesen el DVA del paciente al que tratan, afirman que cumplirían las instrucciones. <sup>(26)</sup>

Los médicos y enfermeros que pertenecen a Comités de Ética muestran una actitud mucho más positiva en el momento de la aplicación del DVA que el resto de profesionales. <sup>(18)</sup>

En un estudio realizado en el año 2015, sólo una pequeña parte de los médicos y de las enfermeras sabían si el paciente al que trataban tenía redactado el DVA. <sup>(26)</sup>

Se observa que en muchos casos el médico no accede al registro donde se encuentra el DVA del paciente al que está tratando en caso de que lo tuviese, esto se debe al desconocimiento del procedimiento y de la clave de acceso, tal y como señalan estudios como el de Carmen Santos et al. <sup>(19)</sup> y Cristina Nebot et al. <sup>(23)</sup> En estas situaciones el médico prefiere conocer la respuesta preguntando a la familia.

Autores como Fajardo Contreras et al. y Sánchez Valle et al. <sup>(24)</sup> <sup>(30)</sup> consideran que el abordaje de los DVA debería partir de las consultas de medicina y enfermería de Atención Primaria, debido a una mayor cercanía con el paciente. A pesar de ello, se observa que el abordaje es aún insuficiente debido principalmente a la falta de tiempo.

Un resultado que llama la atención es que, en algunos centros de salud de Andalucía, los trabajadores sociales son, en muchos casos, los profesionales más implicados en el DVA, proporcionando información y su divulgación. <sup>(24)</sup>

La enfermería de Atención Primaria juega un papel imprescindible en la planificación de las instrucciones previas, dada su cercanía con el paciente. Ricardo de Dios, en su trabajo, afirma: *“Por las características propias de su disciplina, por la forma de trabajar en atención primaria y por su metodología, las enfermeras comunitarias parecen llamadas a asumir el rol protagonista en este proceso de planificación anticipada de las decisiones”*. <sup>(31)</sup>

Las principales dificultades que encuentran los profesionales en el planteamiento del tema con los pacientes son los posibles problemas legales y las controversias que aparecen entre los valores del paciente y de su familia <sup>(19)</sup>. Autores como Marta Dorribo et al. <sup>(27)</sup> añaden dificultades como la incomodidad del tema y la falta de conocimientos por parte de los profesionales.

De los artículos revisados, una cuestión que causa cierta controversia es quién debería tener la iniciativa de plantear el tema, si el paciente o el profesional sanitario. La mayor parte de los profesionales consideran que debe ser el paciente el que cuestione acerca del DVA. <sup>(19)</sup> <sup>(21)</sup> <sup>(31)</sup> El estudio llevado a cabo por Toro-Flores et al <sup>(20)</sup> marca la diferencia en este aspecto, ya que la mayoría de los profesionales

consideraban que deberían ser ellos quienes tomen la iniciativa de hablar sobre el tema.

En un estudio realizado en Castilla- La Mancha <sup>(21)</sup> , los médicos encuestados consideraban que sólo deberían tener la iniciativa de informar sobre el tema a pacientes con enfermedades terminales.

En un estudio realizado en Madrid, en un servicio de Urgencias <sup>(25)</sup>, los autores consideran de interés la existencia de un documento de voluntades anticipadas relacionado con situaciones de emergencias, ya que en estos casos el paciente puede cambiar de opinión en relación con su asistencia al encontrarse en dichas situaciones.

Apenas se observan diferencias en el nivel de conocimientos que tienen los profesionales entre unas CCAA y otras, bien es verdad que en un estudio realizado en Cataluña se obtuvieron mejores resultados en cuanto a la legislación. <sup>(18)</sup> La inmensa mayoría conoce las últimas voluntades, sin embargo, afirman desconocer aspectos legales, formalización del DVA, contenido, etc. En todos los estudios, los enfermeros consideran que el DVA es un instrumento útil que facilita la toma de decisiones en la práctica clínica.

## **5.2 Conocimiento y actitud frente al DVA de las enfermeras de atención primaria de Palencia**

Los datos anteriores demuestran el importante papel que juega la enfermera y concretamente la enfermera de atención primaria, aunque su implicación y actitud sobre las VA está directamente relacionada con el nivel de conocimiento que tienen sobre el mismo.

Por ello, nos planteamos realizar un pequeño estudio observacional para evaluar el grado de conocimiento y su actitud frente a los pacientes en cuanto a las VA tienen las enfermeras de nuestro entorno.

Se realizó una encuesta ad hoc a 19 enfermeros de 2 de los centros de Atención Primaria de Palencia, Eras del Bosque y Pintor Oliva para conocer el nivel de conocimiento y su actitud en relación con el DVA.

## CONOCIMIENTOS

### ➤ Concepto

Los resultados de la encuesta indican que todos los encuestados afirman tener claro el concepto del DVA. Aunque un 24 % desconoce que se puedan incluir instrucciones sobre la donación de órganos.

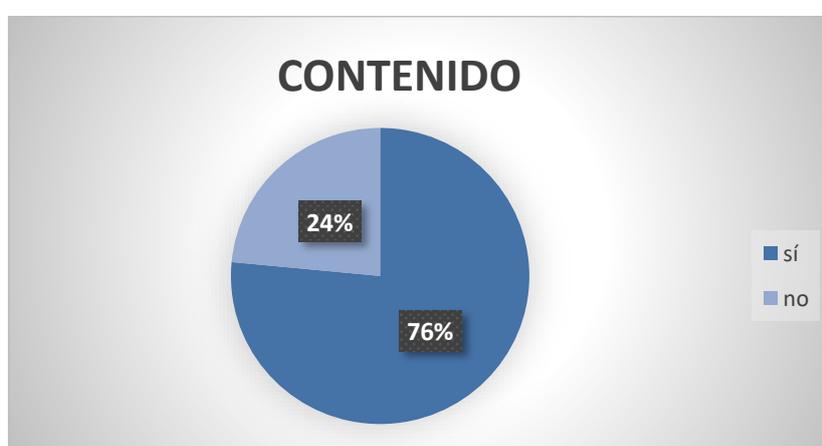


Tabla 3

### ➤ Legislación

Los conocimientos sobre la legislación vigente respecto a las VA se han evaluado midiendo la percepción que tiene cada enfermero sobre el tema y evaluando si responden correctamente a dos cuestiones.

En lo referente al conocimiento de la legislación vigente que regula el DVA, el 90% respondió conocerlo, aunque 1 de cada 3 enfermeras considera que el DVA puede formalizarse exclusivamente ante notario.



Tabla 4



Tabla 5

Tan solo el 53 % sabe de la obligación o el deber moral del médico de cumplir las voluntades del paciente al que trata, en caso de que las conociese, aunque no disponga de un documento escrito donde queden reflejadas. reflejando que no todos tienen un conocimiento profundo sobre este tema.

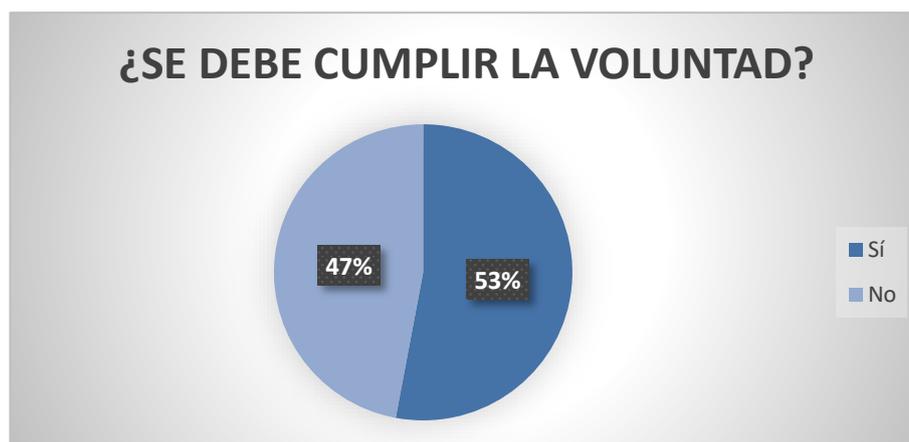


Tabla 6

## ACTITUDES

### ➤ Información a los pacientes

En la cuestión relativa a la información que proporciona a los pacientes sobre el DVA, sólo 4 de cada 10 enfermeros encuestados informa a los pacientes en la consulta sobre la posibilidad de formalizar el documento.

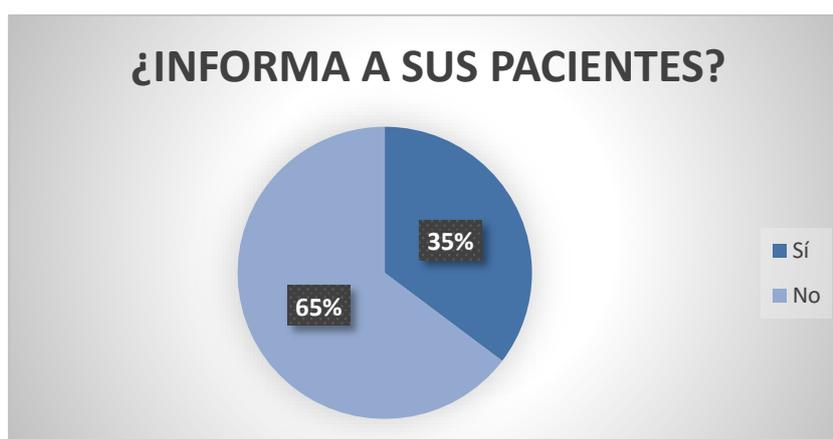


Tabla 7

Entre las razones por las que algunos profesionales no informan a sus pacientes se encuentran la falta de conocimientos suficientes, es un tema incómodo (8%) y es el paciente el que debe consultar (50 %).

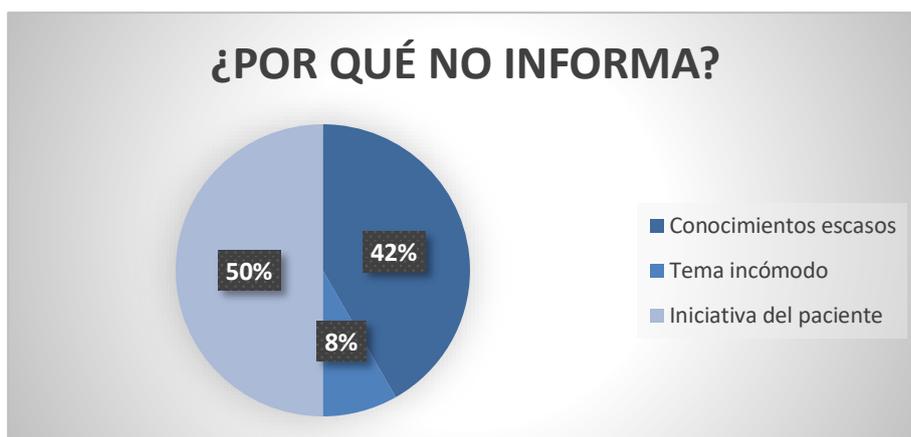


Tabla 8

La mayor parte de los encuestados no tiene redactado su propio DVA. Sólo el 12% lo ha formalizado.



Tabla 9

En la última cuestión se plantea a los profesionales que en la anterior pregunta contestaron negativamente si tienen pensado redactar su DVA en los próximos años. La respuesta que se obtuvo fue que el 55% de ellos se plantean realizarlo en algún momento.

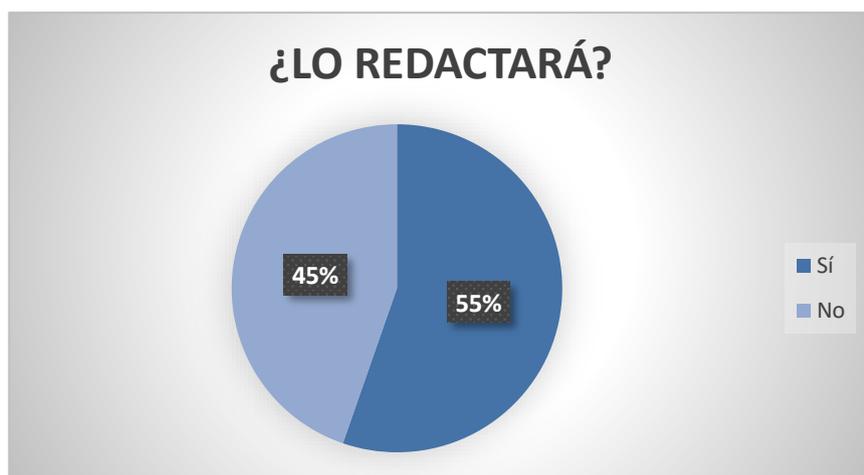


Tabla 10

## 6. DISCUSIÓN

Hoy en día son poco numerosos los estudios acerca de los conocimientos y actitudes sobre las voluntades anticipadas de enfermería en nuestro país. Esto puede ser debido a que la legislación que las regula es relativamente reciente.

Los resultados obtenidos en la encuesta son similares a los de otros estudios en algunas variables observadas. En nuestro estudio el concepto del DVA lo conocían el 100% de los encuestados; en otros el porcentaje se aproxima, aunque no llega a la totalidad, situándose entre el 70 y el 90%. Esto puede ser debido a que en nuestro estudio la muestra sólo se ha obtenido en dos centros de salud, por lo que no representa a todas las enfermeras de atención primaria de Palencia. Encontramos diferencias más significativas en un estudio realizado en centros de salud de Tenerife, <sup>(30)</sup> donde poco más de la mitad de los enfermeros tenía claro el concepto del DVA.

Sin embargo, el hecho de que un 24 % desconozca que se puedan incluir instrucciones sobre la donación de órganos nos sugiere que el concepto no esté del todo claro.

La formalización de los DVA es conocida a grandes rasgos por los enfermeros de los dos centros de salud de Palencia donde se realizó el presente estudio. Este dato difiere del de otros estudios anteriormente citados. <sup>(20)</sup>

Un dato que resulta contradictorio respecto a los resultados obtenidos es que los propios enfermeros consideran que carecen de conocimientos suficientes para informar a los pacientes sobre el DVA. La falta de información que los enfermeros proporcionan en su consulta a los pacientes, como se muestra en estudios anteriormente citados, <sup>(24)</sup> <sup>(30)</sup> se debe principalmente a la opinión de muchos profesionales de que la iniciativa de consultar el tema en las consultas de AP es del paciente, tal y como se ha observado en más estudios realizados con anterioridad. <sup>(19)</sup> A su vez, la muerte se sigue considerando un tema tabú, por lo que se muestra como una barrera a la hora de tratar el tema con los pacientes. Como enfermeras, resulta de interés conocer la cultura y el aspecto emocional de la persona a la que tratamos,

ya que así se encontraría la forma adecuada de abordar el tema sin que resulte incómodo.

En otros estudios se ha mencionado que, a menudo, se encuentra controversia de opiniones de los familiares hacia el DVA del paciente, lo que supone una barrera para hablar sobre el tema en muchos casos. <sup>(23)</sup> El hecho de encontrarse ante situaciones de emergencia puede cambiar las últimas voluntades del paciente. Por ello resulta de interés formalizar un DVA específico para estos casos. <sup>(25)</sup>

En relación con el resultado obtenido de que la mayor parte de los encuestados no dispongan de su propio DVA, hace pensar que aún no existe mucha divulgación y el uso es escaso. Quizá sea debido a la falta de conocimientos, especialmente sobre la formalización, registro y contenido del mismo.

En otros estudios se observó que la mayoría de los profesionales lo consideran como un instrumento útil y les gustaría que sus familiares lo tuvieran redactado. <sup>(27)</sup> Más de la mitad tienen pensado formalizarlo en los próximos años, dato que confirma la actitud favorable.

En muchas ocasiones, los profesionales no conocen si el paciente al que están tratando posee un DVA, y el médico no accede al registro para consultarlo. <sup>(26)</sup> En estos casos es importante que la enfermera, como profesional del cuidado del paciente, consulte este tema con el médico y se asegure del cumplimiento de las instrucciones que figuran en el documento en caso de que existiera. De esta manera se facilitarían la toma de decisiones. Además, la ley obliga a consultar si el paciente crítico al que estamos tratando posee últimas voluntades. <sup>(9)</sup>

La consulta de enfermería de Atención Primaria se considera el medio idóneo para informar a los pacientes sobre la posibilidad de formalizar el DVA. No obstante, habría sido interesante realizar el estudio a enfermeros de Atención Especializada, ya que se dispondría de mayor margen para comparar los conocimientos que tienen los profesionales de ambos ámbitos.

Por último, los mismos profesionales reconocen tener cierta escasez de información acerca del DVA y muestran interés en aumentar sus conocimientos sobre el tema. Por

ello sería interesante proporcionar una mayor formación, bien a través de cursos o mediante charlas en el lugar de trabajo.

Como propuesta para un futuro estudio, sería interesante incluir además a los profesionales de atención especializada. En este trabajo no ha sido posible ya que sólo obtuvimos la autorización para realizarlo en dos centros de salud, por ello los resultados no son extrapolables a toda la atención primaria de Palencia.

## 7. CONCLUSIONES

- La mayor parte de los enfermeros ha oído hablar de las últimas voluntades, pero consideran que carecen de conocimientos suficientes para proporcionar información al paciente.
- El DVA es un instrumento útil que mejora la relación con los pacientes y la toma de decisiones.
- No se aprecian diferencias significativas entre las diferentes CCAA. Bien es verdad que en Cataluña se obtuvieron mejores resultados en aspectos como la legislación.
- Nuestros resultados muestran que la mayoría de los enfermeros encuestados no informan a sus pacientes sobre la posibilidad de formalizar el DVA, ya que consideran que debe ser el paciente el que tome la iniciativa de consultar el tema. En mi opinión esto no debería ser así, ya que muchas personas ajenas a las profesiones sanitarias desconocen esta posibilidad.
- Debido al imprescindible papel que tiene la enfermería en la difusión del DVA, resulta de interés la elaboración de sesiones formativas a los enfermeros, sobre todo en los centros de AP, ya que considero que es el medio más idóneo para ello dada la cercanía con el paciente. De esta forma tendrían mayores conocimientos y podrían proporcionar información a los pacientes. Asimismo, se garantizaría el cumplimiento del DVA, otra competencia importante de enfermería.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Blanco MC. Aspectos éticos y legales de las instrucciones previas. Ciencia Forense. 2010. [Consultado el 18 de enero de 2018] Disponible en: <https://es.scribd.com/document/210681371/Revista-Aragonesa-de-Medicina-legal-Ano-2009-2010-Numero-9-10-Dedicado-a-En-homenaje-al-Prof-J-L-Romero-Palanco-Presente-y-futuro-del-ejercicio>
2. Nebot C. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. Gaceta Sanitaria. 2010; 24. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/morir-con-dignidad-estudio-sobre/articulo/S0213911110002050/>
3. Mainetti JA. [online] 1989. [Consultado el 10 de enero de 2018] Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>.
4. Digna D, Hooft P. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. [2013] [Consultado el 12 de enero de 2018] Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-92732010000100006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006)
5. Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. In Lázaro J, editor. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. 2004th ed.: Triacastela; 2004. p. 395-433.
6. 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 noviembre de 1999.

7. Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. BOE núm. 29 (2 febrero 2001).
8. Arimany J, Aragonés L. El testamento vital o documento de voluntades anticipadas. Consideraciones médico-legales y análisis de la situación de implantación en España. 2010. [Consultado el 15 de enero de 2018] Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-el-testamento-vital-o-documento-S0377473216300530>
9. 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 núm. 274 (15 noviembre 2002).
10. Ley 8/2003, de 8 de abril sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. BOE núm. 103 (30 abril 2003).
11. Junta de Castilla y León, Sanidad. Guía sobre instrucciones previas para los profesionales. In.; 2008. p. 11-14.
12. Junta de Castilla y León, Sanidad. Disponible en:  
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/proceso-asistencial-integrado>
13. Atienza E, Armaza EJ, de Miguel I. Aspectos bioético-jurídicos de las instrucciones previas. Acta Bioethica. 2015. [Consultado el 20 de enero de 2018] Disponible en:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2015000200002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2015000200002)

14. Mercadé AB, Cubero MPN. La bioética y el arte de elegir; 2014. [Consultado el 3 de febrero de 2018]
15. Decreto 108/2000, de 12 de septiembre, por el que se establece el régimen jurídico de los comités de ética asistencial y se crea la Comisión de Bioética de Castilla y León. BOCYL núm 181 (18 septiembre 2002).
16. Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. [Internet] España. 2018. Nº de inscripciones en el RNIP desde la sincronización completa de los registros autonómicos. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/rnip/doc/Enero-2018/2018 Numero inscripciones en el Registro Nacional de Instrucciones Previas desde la sincronizacion completa de los registros autonomicos .pdf>
17. INE. In España en cifras 2017.; 2017. p. 10-11.
18. Blasco A, Monfort F. Conocimientos y actitudes de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas. Elsevier. 2010; 42. [Consultado el 20 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-conocimientos-actitudes-los-profesionales-los-S0212656710001885>
19. Santos C, Forn MA. ¿Estamos preparados los médicos de familia para ayudar a nuestros pacientes a hacer el testamento vital? Elsevier. 2007; 22. [Consultado el 5 de febrero de 2018] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-estamos-preparados-los-medicos-familia-13110908>
20. Ameneiros- Lago E, Rico C. Conocimientos y actitudes sobre las instrucciones previas de los médicos de Atención Primaria y Especializada del área sanitaria

de Ferrol. Elsevier. 2012; 45. [Consultado el 5 de febrero de 2018] Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-conocimientos-actitudes-sobre-las-instrucciones-S1134282X1200098X>

21. Navarro B, Sánchez M. Declaración de voluntades anticipadas: estudio cualitativo en personas mayores y médicos de Atención Primaria. Elsevier. 2010; 43. [Consultado el 20 de marzo de 2018] Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-declaracion-voluntades-anticipadas-estudio-cualitativo-S0212656710000776>

22. Aguilar JM, Cabañero MJ. Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas. Gaceta Sanitaria. 2017 [Consultado el 15 de marzo de 2018] Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117302194>

23. Nebot C, Ortega B. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. Gaceta Sanitaria. 2010; 24. [Consultado el 15 de enero de 2018] Disponible en:

<http://www.gacetasanitaria.org/es/morir-con-dignidad-estudio-sobre/articulo/S0213911110002050/>

24. Fajardo MC, Valverde FJ, Jiménez JM. Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales ante el Documento de Voluntades Anticipadas: diferencias entre distintos profesionales y provincias de una misma autonomía. Semerge. 2014 [Consultado el 20 de marzo de 2018]

<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-linkresolver-grado-conocimiento-actitudes-los-profesionales-S1138359314002251>

25. Rodríguez AAM, Arroyo AH, Vellisca MAB. Instrucciones previas: Actitud de los profesionales de emergencias. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2007 [Consultado el 16 de marzo de 2018] Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2393667>

26. Velasco-Sanz T.R; Rayón-Valpuesta E. Instrucciones previas en cuidados intensivos: Competencias de los profesionales sanitarios. Medicina Intensiva. 2016 [Consultado el 9 de marzo de 2018] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5840869>
27. Dorribo M, Rodríguez S. Conocimiento de los documentos de instrucciones previas en el Servicio de Emergencias de Galicia. 2015 [Consultado el 16 de marzo de 2018] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5310190>
28. Iglesias MEL, Vallejo RBdB. Living wills in the nursing profession: knowledge and barriers. Acta Bioethica. 2013; 19. [Consultado el 16 de marzo de 2018]
29. García MRS, Rodríguez MM. Dificultades y factores favorables para la atención al final de la vida en residencias de ancianos: un estudio con grupos focales. Elsevier. 2016 [Consultado el 12 de abril de 2018] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-dificultades-factores-favorables-atencion-al-S0212656716304024>
30. Sánchez AV, Villalba SF. Documento de voluntades anticipadas: opinión de los profesionales sanitarios de atención primaria. Semergen. 2009 [Consultado el 9 de marzo de 2018] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359309707178>
31. De Dios R. Los profesionales sanitarios y las instrucciones previas. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2016; 4 (3): 44-51 [Consultado el 24 de abril de 2018] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5609073>

## 9. ANEXOS

### Anexo I: Modelo de DVA (Castilla y León) <sup>(12)</sup>

Yo....., nacido el ... de ..... de ....., con DNI/pasaporte/otro documento válido ..... nº ....., con domicilio en ..... CP ....., calle....., nº .....Piso ..... con plena capacidad de obrar, actuando libremente y tras una adecuada reflexión, formulo de forma documental las INSTRUCCIONES PREVIAS que se describen más abajo, para que se tengan en cuenta en el momento en que, por mi estado físico o psíquico, esté imposibilitado para expresar mis decisiones de forma personal sobre mi atención médica, por encontrarme en alguna de las siguientes situaciones:

- Daño cerebral severo e irreversible.
- Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso o del sistema muscular en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico si lo hubiere.
- Situación terminal en fase irreversible constatada por dos médicos.
- La enfermedad que padezco actualmente .....  
de cuya evolución y pronóstico he sido adecuadamente informado  
(*cumplimentar si procede*).
- Otros  
.....

Es mi deseo que los responsables del cuidado de mi salud y, en su caso, mi representante tengan en consideración mi voluntad, si llegara el momento en que hubiese perdido la capacidad para decidir por mí mismo y al menos dos médicos lo determinasen así como que me encuentro en la situación definida más arriba, en el sentido que expreso a continuación:

Que no se dilate mi vida por medios artificiales, tales como técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial.

Que se me suministren fármacos necesarios para paliar al máximo mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico causados por la enfermedad o por falta de fluidos o alimentación, aun en el caso de que puedan acortar mi agonía.

Que se me apliquen las medidas médicamente apropiadas para prolongar mi vida, independientemente de mi estado físico o mental.

.....

Si se produce el fallecimiento:

Que se donen mis órganos

Que se donen los órganos siguientes:

.....

Que no se donen mis órganos

En cuanto al destino de mi cuerpo

.....

Con el fin de que pueda ayudar a interpretar las instrucciones formuladas más arriba, manifiesto que

.....

.....

### DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES

Designo como mi/s representante/s, en el caso de que me vea imposibilitado para expresar mi voluntad, con el fin de que vele/n por el cumplimiento de las instrucciones

expresadas en este documento y tome/n las decisiones necesarias para tal fin, con el siguiente orden de prelación a:

**Primero.-** D./D<sup>a</sup>. . . . . ,  
con D.N.I./ pasaporte/ otro documento válido nº . . . . . , con domicilio en  
. . . . . y teléfono. . . . .

**Segundo.-** D./D<sup>a</sup>. . . . . ,  
con D.N.I./ pasaporte/ otro documento válido nº . . . . . , con domicilio en  
. . . . . y teléfono. . . . .

**Tercero.-** D./D<sup>a</sup>. . . . . ,  
con D.N.I./ pasaporte/ otro documento válido nº . . . . . , con domicilio en  
. . . . . y teléfono. . . . .

## DECLARACIÓN DE TESTIGOS

D./D<sup>a</sup>....., con  
D.N.I./ pasaporte/ otro documento válido nº ..... , con domicilio  
en ..... mayor de  
edad y con plena capacidad DECLARO que D./D<sup>a</sup>. .... , otorgante de  
este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma:.....

D./D<sup>a</sup>....., con  
D.N.I./ pasaporte/ otro documento válido nº ..... , con domicilio  
en ..... mayor de  
edad y con plena capacidad DECLARO que D./D<sup>a</sup>. .... , otorgante de  
este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma:.....

D./D<sup>a</sup>....., con  
D.N.I./ pasaporte/ otro documento válido nº ..... , con domicilio  
en ..... mayor de  
edad y con plena capacidad DECLARO que D./D<sup>a</sup>. .... , otorgante de  
este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma:.....

D./D<sup>a</sup>....., con D.N.I./ pasaporte/ otro documento válido nº ....., otorgante de este documento, DECLARO que los firmantes como testigos en primer y segundo lugar no tienen relación de parentesco en primer ni en segundo grado ni ningún vínculo patrimonial u obligacional con el otorgante de las instrucciones previas.

Estando conforme con todo lo anterior y reservándome el derecho a revocar, en forma escrita, esta declaración en cualquier momento.

Lugar y fecha

Firma del otorgante

## Anexo II: Número de registros de Instrucciones Previas en España <sup>(16)</sup>

### Nº INSCRIPCIONES EN EL RNIP DESDE SINCRONIZACION COMPLETA DE LOS REGISTROS AUTONOMICOS

<b>REGISTRO AUTONÓMICO</b>	<b>Enero 2013</b>	<b>Enero 2014</b>	<b>Enero 2015</b>	<b>Enero 2016</b>	<b>Enero 2017</b>	<b>Enero 2018</b>
<b>ANDALUCÍA</b>	23.397	25.329	27.407	29.949	32.825	35.686
<b>ARAGON</b>	5.012	5.494	6.007	6.660	7.384	8.172
<b>ASTURIAS</b>	3.805	4.261	4.718	5.161	5.687	6.200
<b>BALEARES</b>	3.121	3.740	4.544	5.312	6.197	7.258
<b>CANARIAS</b>	6.001	6.757	7.602	8.404	9.290	10.319
<b>CANTABRIA</b>	1.413	1.598	1.850	2.078	2.366	2.626
<b>CASTILLA-LA MANCHA</b>	4.047	4.474	4.960	5.481	6.049	6.656
<b>CASTILLA Y LEON</b>	4.380	5.171	5.923	6.805	7.958	9.291
<b>CATALUÑA</b>	47.773	50.957	56.167	59.606	63.959	72.515
<b>C. VALENCIANA</b>	14.474	15.776	17.478	19.343	21.310	23.554
<b>EXTREMADURA</b>	1.039	1.160	1.264	1.429	1.579	1.761
<b>GALICIA</b>	2.537	3.545	4.105	4.646	5.795	6.895
<b>MADRID</b>	12.307	14.205	16.363	18.724	21.273	23.445
<b>MURCIA</b>	2.889	3.132	3.399	3.648	3.940	4.409
<b>NAVARRA</b>	1.755	2.200	2.722	3.327	4.174	5.402
<b>PAIS VASCO</b>	10.506	11.970	13.975	16.033	18.697	20.780
<b>LA RIOJA</b>	1.317	1.555	1.773	2.052	2.353	2.675
<b>MSSSI(*)</b>	2	4	70	93	107	132
<b>TOTAL</b>	145.775	161.328	180.327	198.751	220.943	247.776

### Anexo III: Búsqueda de artículos

BASE DE DATOS/REVISTA	CRITERIO DE BÚSQUEDA MESH/DeCS	DE SELECCIÓN/ RESULTADOS
Biblioteca virtual de la salud	("advanced directives" AND "professional" AND "spain")	4/20
	“voluntad en vida” AND “atención primaria”	8/20
Pubmed	((living wills) AND attitudes) AND spain	7/18
	"living wills" and "nursing" and "spain",	1/3
	((((living wills) OR advanced directives) AND knowledge) AND healthcare) AND spain	8/20
Scielo	“voluntad en vida” AND “España”	1/4
Dialnet	“voluntad en vida” AND “España”	1/15
	“voluntad en vida” AND “enfermería”	1/26

## Anexo IV: Cuestionario



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia “Dr. Dacio Crespo”

### **CUESTIONARIO SOBRE VOLUNTADES ANTICIPADAS PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

Con motivo de la realización del Trabajo Fin de Grado (TFG) le presento el siguiente cuestionario de carácter anónimo, confidencial y de participación voluntaria, destinada a profesionales de enfermería. Su objetivo es conocer las aptitudes y actitudes que tienen sobre las voluntades anticipadas.

Muchas gracias por su colaboración.

Sexo:

- Hombre
- Mujer

1. El documento de voluntades anticipadas (DVA) contiene las instrucciones sobre la conducta a seguir en la última etapa de la vida, que se tienen que tener en cuenta en caso de que no podamos expresar la voluntad por nosotros mismos.
  - Sí
  - No

2. En el DVA se pueden incluir instrucciones sobre la donación de órganos.  
 Sí  
 No
  
3. El DVA está regulado por ley.  
 Sí  
 No
  
4. El DVA sólo se puede formalizar ante notario.  
 Sí  
 No
  
5. Si el médico encargado conoce la voluntad del paciente, tiene el deber moral de seguirla, aunque no haya un documento escrito.  
 Sí  
 No
  
6. ¿Se ha planteado alguna vez que el paciente al que está tratando pudiese tener redactado su documento de voluntades anticipadas?  
 Sí  
 No
  
7. ¿Informa a sus pacientes sobre la posibilidad de realizar dicho documento?  
 Sí  
 No
  
8. En caso negativo, ¿por qué?  
 Falta de conocimientos  
 Se trata de un tema incómodo  
 Es el paciente el que debe consultar
  
  
9. ¿Tiene usted redactado su documento de voluntades anticipadas?  
 Sí  
 No
  
  
10. ¿Lo tiene pensado redactar en los próximos años?  
 Sí  
 No

