



Universidad del Desarrollo

Facultad de Medicina

**VOLUNTADES ANTICIPADAS EN CHILE: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE
PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN CUIDADOS PALIATIVOS**

POR: MARIANA DITTBORN BELLALTA

Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo para
optar al grado académico de Magíster de Bioética

PROFESOR GUÍA:

Sra. CARME PAZ ASTETE A.

Mayo 2017
SANTIAGO

**TRABAJO DE TESIS DE MAGÍSTER INTERUNIVERSITARIO DE BIOÉTICA
FACULTAD DE MEDICINA CAS-UDD**

**ALUMNA: MARIANA DITTBORN
TUTOR: DRA. CARMEN ASTETE**

FECHA: MAYO 2017

**VOLUNTADES ANTICIPADAS EN CHILE: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PROFESIONALES QUE
TRABAJAN EN CUIDADOS PALIATIVOS SOBRE VOLUNTADES ANTICIPADAS**

RESUMEN

Introducción: Las Voluntades Anticipadas corresponden a una herramienta recomendada para la toma de decisiones en salud al final de la vida. Se fundamentan principalmente en el reconocimiento de la dignidad de las personas y el derecho derivado a la autodeterminación o principio de respeto por la autonomía. En nuestro país no son reconocidas jurídicamente y no existen estudios que revelen mayor información sobre la realidad de conocimientos, percepciones y aplicaciones de las Voluntades Anticipadas en nuestro medio.

Objetivo: Explorar los conocimientos y actitudes de profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos) que se desempeñan en cuidados paliativos de adultos sobre las Voluntades Anticipadas.

Diseño: Estudio descriptivo transversal por medio de un cuestionario

Muestra: muestra voluntaria entre profesionales médicos, enfermeros y psicólogos de las Unidades de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor (CPyAD) del sistema de salud público de la Región Metropolitana.

Instrumento: cuestionario anónimo autoaplicado diseñado por la investigadora.

Resultados principales: Se distribuyeron 107 cuestionarios, con una tasa de respuesta de 76,6%. Un 45,1% (37) de los participantes es médico, el 34,1% (28) enfermero y un 20,7% (17) psicólogo, con una media de edad de $40,4 \pm 12$ años. El 98,8% refiere estar muy de acuerdo (79%) o de acuerdo (19,8%) con que es conveniente para las personas planificar y escribir sus deseos en relación a la atención de salud para los cuidados de final de la vida. Un 89% declara haber escuchado alguno de los tres términos –Voluntades Anticipadas, Testamento Vital o Directrices Previas-, siendo el término Voluntades Anticipadas reconocido con mayor frecuencia, con un 87% de declaración positiva. Sobre conocimientos, el 64,6% (53) de los participantes contestó menos de 4 preguntas correctas y un 35,4% (29) contestaron 4 o más preguntas correctas, de un total de 6 preguntas. El 70,8% responde acertadamente a la definición considerada más apropiada.

Conclusiones: Los resultados demuestran una actitud positiva de los participantes hacia la planificación de cuidados al final de la vida. Las barreras y dificultades para su implementación son reconocidas por los participantes, existiendo prácticamente un consenso sobre su importancia en la práctica clínica. Se observa un alto reconocimiento del término Voluntades anticipadas, que se contrasta con un nivel de conocimiento relativamente bajo sobre elementos específicos y legislativos de las mismas.

1. MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN

La medicina ha experimentado en las últimas décadas sustanciales cambios; por una parte, los grandes avances de la ciencia han permitido el tratamiento de numerosas enfermedades, lo que ha significado un aumento importante de la expectativa de vida a nivel poblacional, y por otro, estos mismos avances tecnológicos ofrecen hoy intervenciones de soporte vital, lo que ha llevado a que gran parte de nuestros pacientes vivan hoy un proceso de muerte prolongado e intervenido más allá de lo prudente.

Además, hemos experimentado un cambio en la relación médico o sistema de salud / paciente; desde un tradicional paternalismo hacia un progresivo reconocimiento de la autonomía de los enfermos.

Este escenario ha generado la necesidad de definir y reconocer nuevas situaciones clínicas como, eutanasia, rechazo de tratamiento, obstinación terapéutica, limitación de esfuerzo terapéutico, proporcionalidad y declaración de voluntades anticipadas, entre otros, que faciliten la toma de decisiones –fundamentadas, prudentes y adecuadas- en etapas finales de la vida.

Las decisiones al final de la vida deben tener como objetivo principal el promover una muerte en paz, buscando lo mejor para el paciente, para lo que es necesario conocer su biografía, valores, temores y preferencias, y honrarlos, de manera de respetar su autonomía. En este sentido, promover la manifestación de sus deseos como Voluntades Anticipadas, es una manera de mejorar las decisiones al final de la vida (1), y así, de posibilitar una muerte en paz, lo que es reconocido, entre otros, como uno de los fines de la medicina (2). Por su parte el *American College of Physicians (ACP)* recomienda que los clínicos deben asegurar la planificación de cuidados de fin de vida para todo paciente seriamente enfermo, incluyendo la declaración de Voluntades Anticipadas, como una intervención para mejorar los cuidados paliativos en esta etapa (Grado de recomendación: fuerte, Grado de evidencia: bajo) (3).

2. CONCEPTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Las Voluntades Anticipadas (VVAA) –Testamento Vital, Directrices Previas-corresponden a la *“manifestación de voluntad del paciente, hecha en situación de plena competencia, en la que pone en conocimiento de aquellas personas que deban atenderle en un momento concreto cuando no sea ya competente, respecto de sus valores personales, situaciones en las que prevé poder encontrarse por razón de salud y preferencias o indicaciones sobre los tratamientos y cuidados que desea o no recibir. Una de esas indicaciones puede ser, obviamente, el rechazo de determinados tratamientos o medidas”* (4). Así, las Voluntades Anticipadas configuran una herramienta para la prolongación de la autonomía de las personas en relación a las preferencias sobre tratamientos e intervenciones médicas al final de la vida.

3. HISTORIA DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS Y LA PLANIFICACION ANTICIPADA DE DECISIONES

Fue a mediados de los años 60 que en EEUU se origina la idea de un documento escrito, en que el paciente expresara la forma en que desearía ser tratado cuando él no fuera capaz de decidir por sí mismo, y luego del renombrado caso de la joven Ann Quinlan se aprueba en California la legalización del llamado “testamento vital” (Living Will), aunque no se vio una real aplicación de estos en la práctica, por lo que en 1991 se aprueba la *Patient Self - Determination Act (PSDA)*, que obligaba a todas las organizaciones y centros sanitarios a ofrecer de forma activa a sus pacientes la confección de voluntades anticipadas (5).^[1]_{SEP}

Años más tarde, apoyado principalmente por los resultados de el estudio SUPPORT (*Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments*) realizado en Estados Unidos entre los años 1989 y 1994 que evidenció que a pesar de la legislación y las intervenciones específicas realizadas en el estudio, la cumplimentación de VVAA no aumentó en la población, se comprendió que la toma de decisiones al final de la vida, no debería descansar únicamente en el documento mismo de las voluntades anticipadas –como ocurre con el documento de consentimiento informado-, sino en una concepción más amplia e integral del proceso de toma de decisiones, lo que se llamó “Planificación Anticipada de las Decisiones Sanitarias” (*Advanced Care Planning*) (5), considerada un “proceso voluntario de comunicación y deliberación entre una persona capaz y profesionales sanitarios implicados en su atención, acerca de los valores, deseos y preferencias que quiere que se tengan en cuenta respecto a la atención sanitaria que recibirá como paciente, fundamentalmente en los momentos finales de su vida” (6).

Así, el documento en sí configura una herramienta, pero no sería el objetivo único ni final de este proceso de información, deliberación y reflexión profunda y conjunta entre equipo sanitario, paciente y familia.

A nivel mundial, el *Convenio de Bioética relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina*, firmado por los países de la Unión Europea en Oviedo (1997) -*Convenio de Oviedo*-, que reconoce una vinculación entre los derechos humanos y la bioética, es el primer instrumento internacional jurídico vinculante relativo a la biomedicina, y es también el primero en reconocer las VVAA. Este Convenio establece en su artículo 9 que “*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*” (7).

Desde entonces, muchos países han incorporado a su legislación las VVAA; Canadá, EEUU y la mayoría de los países europeos cuentan con ellas. En Latinoamérica el concepto es relativamente nuevo, reconocido en las legislaciones de algunos países como Argentina, México, Colombia y Uruguay (8)(9)(10). Como veremos más adelante, en Chile no existe reconocimiento legal de las VVAA, no configuran una práctica habitual en nuestra sociedad y hay escasa literatura teórica y empírica sobre el tema.

4. FUNDAMENTOS ÉTICOS DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS

Las voluntades anticipadas se fundamentan principalmente en el reconocimiento de la dignidad de las personas y el derecho derivado a la autodeterminación o principio de respeto por la autonomía. Esto genera el deber correlativo de respetar las decisiones de las personas respectivas a ámbitos personales (11), como son, el propio cuerpo, enfermedad y forma de morir.

El respeto por la autonomía se traduce en la teoría del consentimiento informado, considerado un proceso de comunicación entre médico y paciente, mediante el cual el paciente, después de conocer y comprender su condición, los riesgos y beneficios de un determinado procedimiento, y posibles alternativas, acepta, o no, someterse a este. Para que el consentimiento sea válido debe cumplir con tres requisitos fundamentales: *información* – debe tener acceso a la información relevante sobre el proceso en cuestión y en términos que le permitan una adecuada comprensión-; *comprensión* –debe estar capacitado mentalmente para comprender la situación y tomar decisiones-; *voluntad* – el consentimiento debe ser otorgado libremente, sin manipulación, ni coacción- (11).

Cuando el paciente no se encuentra capacitado para ejercer su autonomía y no es capaz de participar en la toma de decisiones, las voluntades anticipadas configuran, en estos casos, una extensión de la autonomía, una herramienta para hacer manifestar sus deseos y preferencias sobre los tratamientos y cuidados que desea o no recibir en ciertas condiciones, y también, la posibilidad de nombrar un representante que sea el encargado de tomar decisiones en su nombre si fuera necesario.

Las voluntades anticipadas significan también la observancia del principio de Beneficencia, al permitir adecuar las decisiones al final de la vida a los deseos y preferencias de cada persona, es decir, a lo que esta considera su mayor beneficio, definiendo lo que es para él o ella su propia noción de “calidad de vida” y “futilidad terapéutica” (12).

5. ASPECTOS PRÁCTICOS DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS

Luego de revisar el concepto, historia y fundamentación ética, corresponde revisar los aspectos prácticos relativos a su implementación, ya que su análisis permitirá identificar los aspectos relevantes a explorar mediante el cuestionario a realizar en el estudio.

Beneficios

Las voluntades anticipadas y la planificación anticipada de decisiones representan en la práctica una valiosa herramienta para el paciente, la familia y el equipo médico.

Para el paciente significa una oportunidad para apropiarse de su proceso de enfermedad y la toma de decisiones, facilita la expresión de dudas y preocupaciones, aumenta la percepción de control, reduce la angustia, y favorece la comunicación y relación con el profesional y sus seres queridos (6).

En cuanto a los familiares, estas facilitan la clarificación de decisiones en situación de incertidumbre y alta tensión emocional, ayuda a prevenir conflictos entre los familiares y con los profesionales y atenúa posibles sentimientos de culpa previniendo el desarrollo de un duelo patológico (6).

Y, para los profesionales, además de significar parte de una práctica clínica de excelencia, otorgan mayor seguridad ética y jurídica en la toma de decisiones, disminuyendo la incertidumbre propia de escenarios complejos, favorece la relación y comunicación con el paciente y disminuye la angustia y sensación de culpa (6).

Se describen además posibles beneficios en relación a la disminución de los costos en salud para pacientes e instituciones, aunque los ensayos prospectivos al respecto, han demostrado que no se produce un ahorro significativo con el uso de voluntades anticipadas (11).

Es importante destacar que como herramienta, significa un apoyo, pero no prescinde de la deliberación adecuada en cada caso particular entre equipo médico, familiares y representantes. En este sentido, destaca la declaración del convenio de Oviedo que refiere “serán tomados en consideración”, detallando luego en su Informe Explicativo, que “tener en cuenta no significa necesariamente que deban ser siempre aplicados. Por ejemplo, si los deseos se expresaron con mucha antelación respecto a la intervención y la ciencia ha progresado desde entonces, puede haber motivos para no respetar la opinión del paciente. En tal caso, el médico debe llegar a la convicción, en la medida en que sea posible, de que tales deseos se corresponden con la situación actual y son aún válidos, teniendo sobre todo en cuenta el avance técnico en la medicina” (13). De este modo, debemos evitar que, con la intención de enfrentar el peligro del paternalismo existente, devengamos en el *abandono respetuoso* de los pacientes (Soane en (14)), obviando la prudencia y responsabilidad con que se deben tomar decisiones en escenarios complejos como el final de la vida.

Limitaciones

Si bien las VVAA han tenido una amplia aceptación por parte de los bioeticistas -al reconocerlo como instrumento para proteger la autonomía de los pacientes-, por los pacientes -como herramienta para evitar la imposición de tratamientos fútiles y desproporcionados-, por los médicos – ya que facilitaría la toma de decisiones al conocer los deseos y valores de sus pacientes-, y por las instituciones - pensando en que significaría una disminución de los costos asociados a la atención de estos pacientes- (14), algunos autores han manifestado preocupación por posibles riesgos o limitaciones asociados a estas:

- (i) Los intereses de las personas van mutando en el tiempo. El enfrentamiento de una

enfermedad grave, terminal y con pérdida de capacidad cognitiva posiblemente cambiaría los intereses y valores de la persona. Entonces, respetar las manifestaciones previas de voluntad ignora a la persona presente, subyugando sus intereses a los de una persona que ya no existe. Desde una teoría narrativa de la personalidad, por el contrario, se afirma que la persona se construye en su biografía, con su historia de valores continua, de modo que las voluntades anticipadas estarían en sintonía con su propia historia y el respeto a ella, y el derecho a la autodeterminación como derecho de una y la misma persona que puede hacer previsiones para el futuro (14)(15). Esto se asocia también a la preocupación por el grado de estabilidad y validez de las decisiones con el tiempo (14). En este sentido, se reconoce que las voluntades anticipadas pueden revocarse o renovarse en cualquier momento por el propio otorgante (4).

(ii) Dado el rápido avance de la ciencia, es imposible conocer la información completa sobre los riesgos y beneficios de posibles procedimientos y tratamientos que serían aplicables en el futuro (15).

(iii) El documento de VVAA corre el riesgo, al igual que el Consentimiento Informado, de transformarse en un mero trámite (13)(15), sin considerar la importancia fundamental del proceso de comunicación, reflexión y deliberación común entre paciente, familiares y equipo médico (15).

(iv) En la práctica, la necesidad de interpretar las VVAA radicará en que la responsabilidad de decidir recae igualmente en el médico tratante, con el mismo riesgo de actitudes paternalistas por parte de este, y, si para evitar la posibilidad de interpretación se intenta especificar detalladamente los documentos, estos serán inaplicables en la práctica, dada la multiplicidad y variabilidad de situaciones clínicas que se pueden presentar (15).

(v) La realidad sobre las diferencias en relación al valor de la autonomía en los diversos grupos étnicos y culturas (14).

Se han incluido fórmulas para suplir algunas carencias de las Voluntades Anticipadas, como son la designación de un representante y la historia de valores, a las que se considera parte del DVA (13), y en última instancia, el principio de máximo beneficio del paciente. Estos criterios, Voluntades Anticipadas e historia de valores, juicio por representación y mayor beneficio del enfermo serán tres instancias, preferidas en dicho orden, para la toma de decisiones (11).

Implementación

En nuestra cultura, la muerte ha sido un tema tabú, prohibido y muchas veces, percibido como un fracaso en la cultura médica. Hablar de la muerte con nuestros pacientes puede generar diversas reacciones en los profesionales de salud.

Entre las barreras descritas por parte del profesional se encuentran la falta de conocimiento del concepto de VVAA y su marco ético y jurídico; no considerarlo como parte de las responsabilidades profesionales; falta de tiempo y recursos humanos y organización; insuficiente formación en competencias comunicacionales y de apoyo emocional; descoordinación entre los distintos niveles asistenciales; temor sobre las reacciones del paciente; prejuicios ideológicos o morales (6).

6. LA REALIDAD EN CHILE, ESTUDIOS EXISTENTES Y JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

En Chile, la Ley 20.584 que “regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud” promulgada en 2012, no regula específicamente las VVAA. En lo referido al derecho a rechazo de tratamiento en condiciones de enfermedad terminal manifestado en el artículo 16 (“En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte”) se han manifestado críticas por las ambigüedades que esto significa en la práctica (16)(17)(18).

Llama la atención que este artículo lleva por título “*Del estado de salud terminal y la voluntad manifestada previamente*” sin existir luego mención expresa sobre las VVAA en el desarrollo del artículo. En la historia de la ley se puede apreciar que inicialmente se tuvo la intención de legislar al respecto,

pero una redacción ambigua, confusión de diversas situaciones clínicas presentes en situación de enfermedad terminal –rechazo de tratamientos, limitación de tratamientos, peticiones de eutanasia (8)-, dudas respecto a su aplicabilidad e interpretación en la práctica clínica, entre otros, llevaron a la eliminación del artículo referente al derecho a declarar las VVAA, el cual, como vimos, es un derecho que ha sido internacionalmente reconocido (19).

Los países pioneros en esta materia, cuentan con un sinnúmero de estudios teóricos y empíricos relativos a las voluntades anticipadas.

Aquellos países que han reconocido e implementado las voluntades anticipadas y la PAD, se han convencido de que es sólo mediante la educación de profesionales sanitarios, pacientes, familiares y ciudadanos y la sociedad en su conjunto, que se podrá avanzar en este camino (5).

Esto demuestra la importancia de explorar, entre otros aspectos, los conocimientos y actitudes de los profesionales de salud, para entender la realidad y desde ahí crear las instancias necesarias, adecuadas a nuestro escenario, para promover su participación activa en el debate social y legislativo sobre el tema, en la educación a nivel académico, institucional comunitario y sobre todo, para promover la implementación de las VVAA y el proceso comunicativo integral en la atención a nuestros pacientes.

Específicamente sobre conocimientos y actitudes de profesionales de la salud respecto a las voluntades anticipadas, existen múltiples estudios en USA y Canadá (20)(21)(22)(23)(24)(25)(26), en Europa (22)(27), en España (28)(29)(30)(31)(32)(33)(34), y muy escasos en Latinoamérica, destacando un artículo argentino (35) y otro mexicano (36).

Se encontraron dos publicaciones chilenas de trabajos empíricos relativos al tema; una tesis de licenciatura de enfermería, *“Voluntades anticipadas en pacientes terminales. El rol de Enfermería”* del año 2009 que analizó los conocimientos de los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos sobre el concepto de Voluntades Anticipadas, concluyendo que los profesionales desconocen el documento de voluntades anticipadas, pero tienen un rol activo en el conocimiento de los valores del paciente y la familia antes y durante la asistencia clínica. Desconfían ante el posible texto legal, pero lo ven conveniente ante la actitud aún demasiado paternalista de la atención (37); y un trabajo de 2010 *“Voluntades Anticipadas: Comparación de preferencias sobre soporte vital en población hospitalizada versus población sana”*, en el cual se compara las preferencias de pacientes hospitalizados y de la población general sana en relación a la aplicación de terapias de soporte vital y procedimientos invasivos en caso de enfermedad grave irrecuperable e incapacidad de manifestar su voluntad, mediante una encuesta abierta, concluyendo que en ambos grupos, la mayoría estaría dispuesta a firmar un documento de VA (38).

Como vemos, no existe mayor información sobre la realidad de conocimientos, percepciones y aplicaciones de las Voluntades Anticipadas en nuestro medio, lo que evidencia la necesidad de avanzar en investigación teórica y empírica sobre el tema.

¿Por qué evaluar los conocimientos y actitudes de profesionales que se desempeñan en cuidados paliativos? Si bien se reconoce que todo adulto competente se beneficiaría del proceso de comunicación, deliberación y redacción de un Documento de Voluntades Anticipadas, se describen situaciones en las que el inicio de este proceso sería imperativo, dentro de las que destaca el diagnóstico reciente de una enfermedad grave, cambio en las expectativas de tratamiento o curación de una enfermedad conocida y deterioro progresivo de la enfermedad (6), todas ellas situaciones que se presentan en la práctica clínica de Cuidados Paliativos. En estos escenarios, la toma de decisiones sobre posibles procedimientos y terapias que influirán en el proceso de enfermedad y muerte es fundamental, un deber ético y una buena práctica médica. Por esto, el grupo de estudio serán profesionales que se desempeñan en Cuidados Paliativos. En este sentido, los médicos por su responsabilidad y participación determinante en la toma de decisiones, los psicólogos clínicos por sus competencias específicas y los enfermeros por su concepción integral de los cuidados profesionales y su rol de defensor de los pacientes (5), todos ellos deberían desempeñar un papel esencial en este proceso.

El reconocimiento y promoción de la autonomía de nuestros pacientes es hoy un imperativo ético para los profesionales sanitarios. Las voluntades anticipadas, y la planificación de las mismas, significan una herramienta fundamental en este aspecto. En nuestro medio urge instalar la discusión entre los profesionales sanitarios para que la integración y reconocimiento de las voluntades anticipadas en nuestra práctica médica no implique la mera “importación” de una práctica reconocida en otras realidades, sino que sea un proceso adecuado a la realidad y cultura local de los profesionales sanitarios y pacientes de nuestro país, aprendiendo de las dificultades que han descrito quienes ya las han integrado formalmente y reconociendo las propias actitudes y creencias en relación a ellas. Para esto, es imprescindible partir por conocer la realidad actual.

2. OBJETIVO GENERAL

Explorar los conocimientos y actitudes de profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos) que se desempeñan en cuidados paliativos de adultos sobre las Voluntades Anticipadas.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

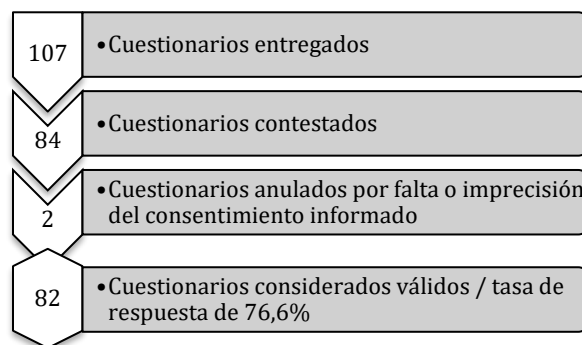
1. Explorar el nivel de conocimiento de profesionales que trabajan en cuidados paliativos de adultos sobre el concepto de voluntades anticipadas^{[1][2]}
2. Explorar las actitudes de profesionales que trabajan en cuidados paliativos de adultos en relación a las voluntades anticipadas
3. Explorar las barreras o dificultades percibidas por los encuestados para la implementación de las voluntades anticipadas en su práctica clínica.

4. METODOLOGÍA

Diseño: se realizó un estudio descriptivo transversal por medio de un cuestionario anónimo, autoaplicado y voluntario.

Población objetivo: profesionales de la salud (médicos, enfermeros/as y psicólogos/as) que trabajan en las 19 Unidades de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (ADyCP) de Adultos pertenecientes al sistema de salud público de la Región Metropolitana.

Muestra: se utilizó una muestra voluntaria, invitándose a contestar el cuestionario a todos los integrantes profesionales médicos, enfermeros y psicólogos de las 19 unidades de ADyCP de adultos del sistema de salud público de la Región Metropolitana. Se distribuyeron 107 cuestionarios, con un total de 85 formularios contestados, de los cuales 2 de ellos debieron ser descartados por falta de precisión en el consentimiento informado. De este modo se logró un total de 82 cuestionarios válidos, equivalente a una tasa de respuesta de 76,6%.



Instrumento: se utilizó un cuestionario anónimo y autoaplicado diseñado por la investigadora (Anexo 1). Las preguntas se basan en el marco teórico estudiado y en la revisión de estudios similares con cuestionarios realizados en otros países. El cuestionario fue validado mediante revisión por tres expertos en bioética y posterior aplicación a un grupo piloto de 5 profesionales. Considera variables

sociodemográficas y laborales, y preguntas cerradas para evaluar el nivel de conocimientos de los aspectos relevantes de las voluntades anticipadas y las actitudes de los encuestados frente a la implementación de estas en su práctica clínica. Previo al cuestionario se entregó a cada participante un documento informativo sobre los aspectos más relevantes del proyecto y un Consentimiento Informado para ser firmado. Los cuestionarios fueron entregados y recogidos entre los meses de octubre de 2016 y enero de 2017, luego de contar con la autorización correspondiente para su distribución en las diferentes Unidades de ADyCP.

Análisis de los datos: Los datos fueron analizados con el programa SPSS v24. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, con un nivel de significación de $p=0,05$.

Aspectos éticos: El estudio asegura la participación informada y voluntaria de los individuos, mediante la entrega de un documento informativo, donde se entrega información sobre el estudio, sus objetivos y justificación, se asegura la confidencialidad y anonimidad de las respuestas y los datos entregados, para la firma libre y voluntaria del consentimiento informado, respetando así la autonomía de los participantes. El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina CAS-UDD, el cual se encuentra acreditado por el Minsal.

5. RESULTADOS

1. Caracterización sociodemográfica

Los datos obtenidos se resumen en las Tablas 1 y 2.

Un 80% de los participantes era mujeres (64) y un 20% hombres (16), con una media de edad de $40,4 \pm 12$ años.

Un 45,1% (37) de los participantes es médico, el 34,1% (28) enfermero y un 20,7% (17) psicólogo.

El 91,5% se desempeña sólo en sistema público y el 8,5% en sistema público y privado.

La muestra presenta una media de $13,1 \pm 10,9$ años de experiencia profesional y en cuanto a la experiencia laboral en cuidados paliativos, los participantes presentan una media de $5,96 \pm 6,4$ años, con un rango entre 0 y 35 años.

Los participantes se agruparon en aquellos que refirieron tener estudios de postgrado que se categorizaron como estudios vinculados a cuidados paliativos y/o bioética (Adulto mayor y Geriátrica, Alivio del dolor, Medicina Paliativa y Cuidados Paliativos, Oncología y Psiconcología y Bioética) y aquellos sin estudios de postgrado o con estudios no vinculados a estas áreas específicas. Un 29,3% de los participantes presenta estudios de postgrado o especialidad vinculados a cuidados paliativos y/o bioética.

Tabla 2. Caracterización Sociodemográfica (2)						
Distribución por Edad						
Media	D. estándar	Mediana	Mínimo	Máximo	Rango	N
40,48	12,184	38,00	23	69	46	80
Años de experiencia profesional						
Media	D estándar	Mediana	Mínimo	Máximo	Rango	N
13,10	10,931	9,00		40	40	81
Años de experiencia en Cuidados Paliativos						
Media	D. estándar	Mediana	Mínimo	Máximo	Rango	N
5,96	6,458	4,00	0	35	35	82

Tabla 1. Caracterización Sociodemográfica (1)		
Distribución por Sexo		
	Frecuencia	%
Hombre	16	20,0
Mujer	64	80,0
Total	80	100,0

Profesión		
	Frecuencia	%
Médico	37	45,1
Enfermero	28	34,1
Psicólogo	17	20,7
Total	82	100,0

Tipo de Unidad de Cuidados Paliativos en que trabaja		
	Frecuencia	%
Sólo público	75	91,5
Público y privado	7	8,5
Total	82	100,0

Tiene o no estudios vinculados a bioética		
	Frecuencia	Porcentaje válido
Tiene	24	29,3
No tiene	58	70,7
Total	82	100,0

2. Opinión y actitudes

En la Tabla 3 se muestran las respuestas obtenidas para las preguntas sobre opiniones y actitudes respecto a las voluntades anticipadas.

Frente a la afirmación *“Es conveniente para las personas planificar y escribir sus deseos en relación a la atención de salud para los cuidados de final de la vida”* el 98,8% de los participantes declara estar muy de acuerdo (79%) o de acuerdo (19,8%).

Un 97,5% declara estar muy de acuerdo (76,5%) o de acuerdo (21%) que planificar y escribir los deseos en relación a la atención de salud para los cuidados de final de la vida facilitaría el equipo médico la toma de decisiones en esta etapa, y un 100% está muy de acuerdo (76%) o de acuerdo (24%) que sería facilitaría la toma de decisiones a los familiares.

En relación a la posibilidad de nombrar un representante el 85,2% de los participantes declara estar muy de acuerdo o de acuerdo en que esto representa una herramienta útil para los familiares. Un 23,5% considera estar muy de acuerdo o de acuerdo con que la posibilidad de nombrar un representante dificulta la toma de decisiones al equipo médico.

El 81,3% de los participantes manifiesta estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con que la planificación de cuidados de final de la vida no sería de gran utilidad ya que nuestros deseos cambian con el tiempo.

Un 93,8% considera estar muy de acuerdo (71,3%) o de acuerdo (22,5%) con que es necesaria una regulación específica sobre la planificación de cuidados de final de la vida en la legislación chilena.

Frente a la afirmación *“La existencia de una ley que regule la planificación de cuidados al final de la vida puede llevar a la aceptación de la eutanasia”*, un 38% refiere estar muy de acuerdo o de acuerdo, 39% en desacuerdo y un 22,8% muy en desacuerdo.

No se encontraron diferencias significativas en las respuestas sobre opiniones y actitudes en relación a la planificación de cuidados de final de la vida al compararlas según grupo profesional, años de experiencia profesional, años de experiencia en cuidados paliativos, ni según si el participante tenía

estudios de especialidad o postgrado vinculados a cuidados paliativos y/o bioética (Tabla 4).

Tabla 3. Respuestas Opiniones y Actitudes

Afirmación	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo + De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo + Muy en Desacuerdo	Total
Es conveniente para las personas planificar y escribir sus deseos en relación a la atención de salud para los cuidados de final de la vida	64 79,0%	16 19,8%	80 98,8%	1 1,2%	0 0,0%	1 1,2%	81 100,0%
Planificar y escribir los deseos en relación a la atención de salud para los cuidados de final de la vida facilitarían al equipo médico la toma de decisiones en esta etapa	62 76,5%	17 21,0%	79 97,5%	2 2,5%	0 0,0%	2 1,5%	81 100,0%
Planificar y escribir los deseos en relación a la atención de salud para los cuidados de final de la vida facilitarían a los familiares la toma de decisiones en esta etapa.	61 76,3%	19 23,8%	80 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	80 100,0%
Planificar y escribir los deseos en relación a la atención de salud para los cuidados de final de la vida no sería de gran utilidad, ya que nuestros deseos cambian con el tiempo.	4 5,0%	11 13,8%	15 18,8%	52 65,0%	13 16,3%	65 81,3%	80 100,0%
Nombrar un representante para la toma de decisiones sobre cuidados al final de la vida dificulta la toma de decisiones para el equipo médico.	2 2,5%	17 21,0%	19 23,5%	44 54,3%	18 22,2%	62 76,5%	81 100,0%
Nombrar un representante para la toma de decisiones sobre cuidados al final de la vida representa una herramienta útil para los familiares en esta etapa.	32 39,5%	37 45,7%	69 85,2%	12 14,8%	0 0,0%	12 14,8%	81 100,0%
Es necesaria una regulación específica sobre planificación de cuidados al final de la vida en la legislación chilena.	57 71,3%	18 22,5%	75 93,8%	5 6,3%	0 0,0%	5 6,3%	80 100,0%
La existencia de una ley que regule la planificación de cuidados al final de la vida puede llevar a la aceptación de la eutanasia.	13 16,5%	17 21,5%	30 38,0%	31 39,2%	18 22,8%	49 62,0%	79 100,0%

3. Barreras y dificultades

En la Tabla 5 se muestran los resultados obtenidos en relación a las barreras o dificultades percibidas por los participantes para discutir y planificar los cuidados al final de la vida con los pacientes.

El 95,1% considera muy importante (63,4%) o importante (31,7%) la falta de conocimiento de los equipos de salud sobre el marco jurídico que regula la planificación y toma de decisiones al final de la vida.

El 100% manifiesta que la falta de capacitación en competencias comunicacionales y apoyo emocional en los equipos es un factor muy importante (79%) o importante (21%).

El 91,4% considera como factor muy importante (54,3%) o importante (37%) la falta de claridad respecto a quién es el profesional responsable de plantear la discusión.

El 100% considera muy importante (68,3%) o importante (31,7%) la falta de coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

Frente a la pregunta abierta sobre otras posibles barreras o dificultades, se obtuvieron las siguientes 9 respuestas: “conocimiento de analgesia”, “coordinación con los servicios de urgencia”, “cuestión cultural”, “desconocimiento de familiares sobre el tema”, “falta de coordinación del equipo médico tratante con la familia y acuerdo en la toma de decisiones”, “falta de recursos y cobertura de medicamentos en pacientes no GES (paliativo no oncológico)”, “falta de representante del paciente o discordancia entre familiares”, “poca capacidad de los profesionales de enfrentar temas no curativos y especialmente la muerte”, “tabú cultural acerca de la muerte y aspectos relacionados”.

Tabla 4. Cruce Respuestas Opiniones y Actitudes por variables sociodemográficas y laborales

Afirmación	Medicos	Enfermeros	Psicólogos	Total	Vinculado o a cuidados	No vinculado o a	Total	Años de experiencia profesional			Años de experiencia en Cuidados					
								Hasta 10 años	Entre 11 y 20 años	Más de 20 años	Total	Hasta 5 años	Entre 6 y 10 años	Más de 10 años	Total	
Es conveniente para las personas planificar y escribir sus deseos en relación a la atención de salud para los cuidados de final de la vida.	Muy de acuerdo + de acuerdo	36 100,0%	27 96,4%	17 100,0%	80 98,8%	24 100,0%	56 98,2%	80 98,8%	42 97,7%	19 100,0%	18 100,0%	79 97,6%	47 100,0%	14 100,0%	19 100,0%	80 98,8%
	En desacuerdo + muy en	0 0,0%	1 3,6%	0 0,0%	1 1,2%	0 0,0%	1 1,8%	1 1,2%	1 2,3%	0 0,0%	0 0,0%	1 1,3%	1 2,1%	0 0,0%	0 0,0%	1 1,2%
	Chi-cuadrado de Pearson			0,384			,514					,647				,706
Planificar y escribir los deseos en relación a la atención de salud para los cuidados de final de la vida facilitaría al equipo médico la toma de decisiones en esta etapa	Muy de acuerdo + de acuerdo	35 97,20%	27 96,40%	17 100,0%	79 97,5%	24 100,0%	55 96,5%	79 97,5%	42 97,70%	18 94,70%	18 100,0%	78 97,5%	46 95,8%	14 100,0%	19 100,0%	79 97,5%
	En desacuerdo + muy en	1 2,8%	1 3,6%	0 0,0%	2 2,5%	0 0,0%	2 3,5%	2 2,5%	2 2,5%	1 5,3%	0 0,0%	2 2,5%	2 4,2%	0 0,0%	0 0,0%	2 2,5%
	Chi-cuadrado de Pearson			,746			,353					,588				,494
Planificar y escribir los deseos en relación a la atención de salud para los cuidados de final de la vida facilitaría a los familiares la toma de decisiones en esta etapa	Muy de acuerdo + de acuerdo	36 100,0%	28 100,0%	16 100,0%	80 100,0%	24 100,0%	56 100,0%	80 100,0%	43 100,0%	18 100,0%	18 100,0%	79 100,0%	48 100,0%	13 100,0%	19 100,0%	80 100,0%
	En desacuerdo + muy en	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Chi-cuadrado de Pearson			*			*					*				*
Planificar y escribir los deseos en relación a la atención de salud para los cuidados de final de la vida no sería de gran utilidad, ya que nuestros deseos cambian con el tiempo	Muy de acuerdo + de acuerdo	6 17,1%	8 28,6%	1 5,9%	15 18,8%	3 12,5%	12 21,4%	15 18,8%	9 21,4%	2 10,5%	4 22,2%	15 19,0%	8 17,0%	2 14,3%	5 26,3%	15 18,8%
	En desacuerdo + muy en	29 82,9%	20 71,4%	16 94,1%	65 81,3%	21 87,5%	44 78,6%	65 81,3%	33 78,6%	17 89,5%	14 77,8%	64 81,0%	39 83,0%	12 85,7%	14 73,7%	65 81,3%
	Chi-cuadrado de Pearson			,159			,348					,557				,610
Nombrar un representante para la toma de decisiones sobre cuidados al final de la vida dificulta la toma de decisiones para el equipo médico.	Muy de acuerdo + de acuerdo	10 27,8%	7 25,0%	2 11,8%	19 23,5%	3 12,5%	16 28,1%	19 23,5%	11 25,6%	5 26,3%	3 16,7%	19 23,8%	13 27,1%	2 14,3%	4 21,1%	19 23,5%
	En desacuerdo + muy en	26 72,2%	21 75,0%	15 88,2%	62 76,5%	21 87,5%	41 71,9%	62 76,5%	32 74,4%	14 73,7%	15 83,3%	61 76,3%	35 72,9%	12 85,7%	15 78,9%	62 76,5%
	Chi-cuadrado de Pearson			,426			,131					,723				,586
Nombrar un representante para la toma de decisiones sobre cuidados al final de la vida representa una herramienta útil para los familiares en esta etapa	Muy de acuerdo + de acuerdo	30 83,3%	26 92,9%	13 76,5%	69 85,2%	22 91,7%	47 82,5%	69 85,2%	35 81,4%	17 89,5%	16 88,9%	68 85,0%	40 83,3%	11 78,6%	18 94,7%	69 85,2%
	En desacuerdo + muy en	6 16,7%	2 7,1%	4 23,5%	12 14,8%	2 8,3%	10 17,5%	12 14,8%	8 18,6%	2 10,5%	2 11,1%	12 15,0%	8 16,7%	3 21,4%	1 5,3%	12 14,8%
	Chi-cuadrado de Pearson			,297			,287					,622				,370
Es necesaria una regulación específica sobre planificación de cuidados al final de la vida en la legislación chilena	Muy de acuerdo + de acuerdo	33 91,7%	26 92,9%	16 100,0%	75 93,8%	24 100,0%	51 91,1%	75 93,8%	40 93,0%	18 100,0%	16 88,9%	74 93,7%	45 93,8%	12 92,3%	18 94,7%	75 93,8%
	En desacuerdo + muy en	3 8,3%	2 7,1%	0 0,0%	5 6,3%	0 0,0%	5 8,9%	5 6,3%	3 7,0%	0 0,0%	2 11,1%	5 6,3%	3 6,3%	1 7,7%	1 5,3%	5 6,3%
	Chi-cuadrado de Pearson			,504			,131					,379				,962
La existencia de una ley que regule la planificación de cuidados al final de la vida puede llevar a la aceptación de la eutanasia.	Muy de acuerdo + de acuerdo	10 28,6%	12 42,9%	8 50,0%	30 38,0%	6 25,0%	24 43,6%	30 38,0%	20 46,5%	6 33,3%	3 17,6%	29 37,2%	21 44,7%	6 46,2%	3 15,8%	30 38,0%
	En desacuerdo + muy en	25 71,4%	16 57,1%	8 50,0%	49 62,0%	18 75,0%	31 56,4%	49 62,0%	23 53,5%	12 66,7%	14 82,4%	49 62,8%	26 55,3%	7 53,8%	16 84,2%	49 62,0%
	Chi-cuadrado de Pearson			,275			,116					,106				,073

Tabla 5. Respuestas Barreras y Dificultades

Afirmación	Muy Importante	Importante	Muy Importante + Importante	Poco Importante	Nada Importante	Poco importante + Nada importante	Total
Falta de conocimientos de los equipos de salud sobre el marco jurídico que regula la planificación y toma de decisiones al final de la vida.	52 63,4%	26 31,7%	78 95,1%	4 4,9%	0 0,0%	4 4,9%	82 100,0%
Falta de capacitación en competencias comunicacionales y apoyo emocional en los equipos.	65 79,3%	17 20,7%	82 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	82 100,0%
Falta de claridad respecto a quién es el profesional responsable de plantear la discusión.	44 54,3%	30 37,0%	74 91,4%	6 7,4%	1 1,2%	7 8,6%	81 100,0%
Falta de coordinación entre los distintos niveles asistenciales.	56 68,3%	26 31,7%	82 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	82 100,0%

4. Concepto y definición

Al preguntar si habían escuchado los términos Voluntades Anticipadas, Directrices Previas o Testamento Vital, 9 participantes (11%) declara no haber escuchado ninguno de los tres mencionados, y el 89% restante declara haber escuchado alguno de los tres términos, siendo el término Voluntades Anticipadas reconocido con mayor frecuencia, con un 87% de declaración positiva y Directrices Previas el menos reconocido con un 32,5% de reconocimiento (Tabla 6). No se observan diferencias significativas al comparar según grupo profesional, años de experiencia laboral, años de experiencia en CP, ni según si presentaban o no estudios vinculados a cuidados paliativos y/o bioética (Tabla 7).

Un 8,5% (7) participantes declara haberse enfrentado en su práctica profesional a un paciente que tenga un documento escrito de voluntades anticipadas.

Tabla 6. Términos escuchados

Índice de respuestas ha escuchado	Frecuencia	%
Ninguno de los términos	9	11,0
Al menos uno de los términos	73	89,0
Total	82	100,0

Término escuchado	SI	NO
Voluntades Anticipadas	72 87,8%	10 12,2%
Directrices Previas	26 32,5%	54 67,5%
Testamento Vital	47 57,3%	35 42,7%

Tabla 7. Cruce Índice de respuestas ha escuchado

	Ninguno de los	Al menos uno de	Chi-
Medicos	3 8,1%	34 91,9%	,063
Enfermeros	6 21,4%	22 78,6%	
Psicologos	0 0,0%	17 100,0%	
Subtotal	9 11,0%	73 89,0%	
Vinculado a cuidados paliativos	3 12,5%	21 87,5%	,776
No vinculado a cuidados	6 10,3%	52 89,7%	
Subtotal	9 11,0%	73 89,0%	
Años de experiencia profesional	Hasta 10 5 11,6%	38 88,4%	,580
	Entre 11 y 20 1 5,3%	18 94,7%	
	Más de 20 3 15,8%	16 84,2%	
	Subtotal 9 11,1%	72 88,9%	
Años de experiencia en Cuidados Paliativos	Hasta 5 años 6 12,2%	43 87,8%	,647
	Entre 6 y 10 2 14,3%	12 85,7%	
	Más de 10 1 5,3%	18 94,7%	
	Subtotal 9 11,0%	73 89,0%	

A aquellos participantes que declararon haber escuchado al menos alguno de los tres términos mencionados –Voluntades Anticipadas, Directrices Previas, Testamento Vital-, se les presentaron posteriormente 6 preguntas sobre aspectos conceptuales y legislativos específicos de las voluntades anticipadas, con un patrón de respuestas correctas definido previamente en base a el marco teórico estudiado.

Los resultados se muestran en la Tabla 8.

El 61,1% reconoce que las Voluntades Anticipadas no están específicamente reguladas por ley en Chile y un 36,1% manifiesta no saber si lo están.

El 62,5% responde correctamente y un 20,8% declara no saber que está permitido para el paciente la designación de un representante para la toma de decisiones.

El 74,6% responde acertadamente que estas no sólo pueden ser escritas por un paciente en situación terminal.

Frente a la pregunta “¿Se consideran para la toma de decisiones en pacientes competentes?” un 62,5% responde que sí, lo cual es considerada una respuesta incorrecta.

El 33,3% de los participantes declara no saber si se considera responsabilidad del equipo de salud que las personas expliciten sus Voluntades Anticipadas, y un 41,7% responde que no a esta pregunta, lo que es considerada una respuesta incorrecta.

El 73,6% reconoce correctamente que la revocación o anulación por parte del paciente está permitida en cualquier momento.

Se calculó el *Índice de conocimiento* en base al número de respuestas correctas por cada participante, obteniéndose una mediana de 3 respuestas correctas. Un 14,6% (12) de los participantes no acertó ninguna respuesta y sólo un participante (1,2%) acertó las 6 preguntas (Tabla 9).

Tomando la mediana como referencia, y considerando a todos, incluso a quienes respondieron ninguna respuesta correcta, se definió dos grupos según el número de respuestas acertadas: menos de 4 preguntas correctas y 4 o más preguntas correctas. Un 64,6% (53) contestaron menos de 4 preguntas correctas y un 35,4% (29) contestaron 4 o más preguntas correctas (Tabla 10).

Pregunta	Si	No	No sabe
¿Están las Voluntades Anticipadas específicamente reguladas por ley en Chile?	2 2,8%	44 61,1%	26 36,1%
¿Está permitido para el paciente designar un representante para la toma de decisiones?	45 62,5%	12 16,7%	15 20,8%
¿Sólo pueden ser escritas por un paciente en situación de enfermedad terminal?	4 5,6%	53 74,6%	14 19,7%
¿Se consideran para la toma de decisiones en pacientes competentes?	45 62,5%	12 16,7%	15 20,8%
¿Se considera responsabilidad del equipo de salud que las personas expliciten sus Voluntades?	18 25,0%	30 41,7%	24 33,3%
¿Está permitida la revocación o anulación por parte del paciente en cualquier momento?	53 73,6%	1 1,4%	18 25%

Media	D. estándar	Mediana	Mínimo	Máximo	Rango	N
2,74	1,632	3,00	Ninguna	6 respuestas	6	82

	Frecuencia	%
Menos de 4	53	64,6
4 o más	29	35,4
Total	82	100,0

	Menos de 4 preguntas correctas	4 o más preguntas correctas	Chi-cuadrado
Profesiones			
Medicos	26 70,3%	11 29,7%	,621
Enfermeros	17 60,7%	11 39,3%	
Psicologos	10 58,8%	7 41,2%	
Subtotal	53 64,6%	29 35,4%	
Vinculación a cuidados paliativos			
Vinculado a cuidados	13 54,2%	11 45,8%	,202
No vinculado a cuidados	40 69,0%	18 31,0%	
Subtotal	53 64,6%	29 35,4%	
Años de experiencia profesional			
Hasta 10	29 67,4%	14 32,6%	,766
Entre 11 y 20	11 57,9%	8 42,1%	
Más de 20	12 63,2%	7 36,8%	
Subtotal	52 64,2%	29 35,8%	
Años de experiencia en Cuidados Paliativos			
Hasta 5 años	31 63,3%	18 36,7%	,025
Entre 6 y 10	13 92,9%	1 7,1%	
Más de 10	9 47,4%	10 52,6%	
Subtotal	53 64,6%	29 35,4%	

Al comparar el índice de conocimientos con otras variables, un 92,9% de los participantes que declaran tener entre 5 y 10 años de experiencia en Cuidados Paliativos obtienen menos de 4 preguntas correctas, con una diferencia significativa (Chi-cuadrado 0,025) respecto a quienes tienen hasta 5 años o más de 10 años de experiencia en el área (Tabla 11).

Finalmente, frente a la pregunta por la definición de Voluntades Anticipadas, el 70,8% responde acertadamente a la definición considerada más apropiada (Tabla 12).

	Frecuencia	%
Las Voluntades Anticipadas son instrucciones manifestadas libre y voluntariamente por una persona enferma, sobre los cuidados y tratamientos a los que desearía o no ser sometida en la última etapa de la vida, en el caso de que concurren circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad. Puede además designar un representante para procurar su cumplimiento.	9	12,5
Las Voluntades Anticipadas son instrucciones manifestadas libre y voluntariamente por una persona capaz, sobre los cuidados y tratamientos a los que desearía o no ser sometida en la última etapa de la vida, en el caso de que concurren circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad. Puede además designar un representante para procurar su cumplimiento.	51	70,8
Las Voluntades Anticipadas son documentos notariales que establecen instrucciones manifestadas libre y voluntariamente por una persona capaz, solo sobre los cuidados y tratamientos que los equipos médicos le deben aplicar en la última etapa de la vida, en el caso de que concurren circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad.	12	16,7
Total	72	100,0

6. DISCUSION

El objetivo de este trabajo era explorar los conocimientos y actitudes de profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos) que se desempeñan en cuidados paliativos de adultos sobre las Voluntades Anticipadas, examinado sus actitudes y opiniones frente a la planificación de cuidados de final de la vida, las barreras o dificultades que perciben para su implementación en la práctica clínica y su nivel de conocimiento sobre aspectos legales y conceptuales específicos de las Voluntades Anticipadas.

Se puede apreciar, en general, una actitud positiva entre los participantes hacia la planificación de cuidados al final de la vida como herramienta útil para la toma de decisiones en esta etapa, sin diferencias significativas según profesión, años de experiencia profesional o en cuidados paliativos, o según estudios de postgrado vinculados o no a cuidados paliativos y/o bioética. Estos resultados son semejantes a los presentados por otros autores en estudios similares realizados en otros medios donde existe una legislación vigente sobre las Voluntades Anticipadas (32), (31), (33), (29).

Cabe destacar que frente a la afirmación *“La existencia de una ley que regule la planificación de cuidados al final de la vida puede llevar a la aceptación de la eutanasia”*, se observó mayor variabilidad en las respuestas, con un 38% refiere estar muy de acuerdo o de acuerdo, 39% en desacuerdo y un 22,8% muy en desacuerdo. Esto coincide con lo indicado en otros estudios teóricos y empíricos, que exponen la posible confusión entre el concepto de voluntades anticipadas y eutanasia, entre otros (8) (39). Sin embargo, la pregunta realizada en este estudio, no permite concluir si las respuestas están efectivamente condicionadas o relacionadas a una confusión entre estos términos.

En relación a las barreras y dificultades planteadas a los participantes, se observa prácticamente un consenso entre los mismos sobre la importancia de la falta de un marco jurídico que regule la planificación de cuidados de final de la vida, de capacitación en competencias comunicacionales y apoyo emocional en los equipos de salud, de claridad respecto a quien es el profesional responsable de plantear la discusión con los pacientes y la falta de coordinación entre los distintos niveles asistenciales. La coincidencia en estas respuestas en la amplia mayoría de los participantes, apoya la importancia de abordar estos aspectos para asegurar una adecuada planificación de los cuidados de final de vida, como una intervención recomendada y de beneficios reconocidos para mejorar los cuidados paliativos al final

de la vida (3). Por otra parte, aquellas barreras manifestadas espontáneamente por los participantes, coinciden también con dificultades reconocidas por otros autores (5). Diversas publicaciones relacionadas a este tema concluyen la importancia y necesidad de implementar programas de capacitación en aspectos teóricos y competencias comunicacionales para la adecuada implementación de las voluntades anticipadas como herramienta para la toma de decisiones (29)(34)(33).

En cuanto a los conocimientos, cabe destacar que la mayoría de los participantes (89%) declara haber escuchado alguno de los tres términos presentados, siendo Voluntades Anticipadas el reconocido con mayor frecuencia.

Por otra parte, si bien en 4 de las preguntas planteadas se obtuvo una mayoría de aciertos, el índice de conocimiento por participantes demuestra un bajo conocimiento integral de aspectos legales y conceptuales específicos de las voluntades anticipadas. Estos resultados no presentan diferencias significativas según grupo profesional, años de experiencia profesional o estudios de postgrado vinculados a cuidados paliativos y/o bioética. La mediana observada de 3 respuesta correctas por participante (de un total de 6 preguntas), lo cual concuerda con estudios similares, como el de P. Simón Lorda realizado a médicos de atención primaria y especializada, que autocalifican sus conocimientos sobre voluntades anticipadas con un 5,29 sobre 10 (32) y otros estudios que revelan resultados semejantes (31) (33) (29).

En cuanto a la definición del concepto, es preciso mencionar que la mayoría (70,8%) de los participantes acierta en la definición más apropiada de las tres alternativas presentadas.

De este modo, se contrasta un alto reconocimiento del término voluntades anticipadas, con un relativamente bajo conocimiento de elementos específicos del concepto, aunque la mayoría de los participantes identificaron adecuadamente la definición más apropiada del término.

La diferencia significativa obtenida para el índice de conocimiento según años de experiencia, donde se observa que el 92,9% de los participantes que tiene entre 6 y 10 años de experiencia responde menos de cuatro preguntas correctamente. Sin embargo, los objetivos y resultados del presente estudio no permiten inferir los factores que determinan esta diferencia.

Por otra parte, destaca que 3 participantes que declararon tener estudios de postgrado y que fueron considerados como vinculados a bioética y/o cuidados paliativos, manifiestan no haber escuchado ninguno de los tres términos presentados en el cuestionario -Voluntades Anticipadas, Testamento Vital, Directrices Previas-. En esta misma línea, llama la atención que no existan diferencias significativas en relación al índice de conocimientos, preguntas específicas de conocimientos, ni definición conceptual entre quienes tienen estudios vinculados a cuidados paliativos y/o bioética y quienes no. Estos resultados son similares a lo señalado en el trabajo realizado en Barcelona por Champer et al (31). Esto se podría explicar por una imprecisión en la clasificación de los estudios de postgrado como vinculados o no a cuidados paliativos y/o bioética, por defectos propios del cuestionario, el tamaño muestral, o bien porque el tema es relativamente nuevo en nuestro medio y no haya sido abordado en profundidad en los programas de formación de los participantes. Sin embargo, mayor análisis y conclusiones en este punto particular están fuera de los objetivos y el alcance de este trabajo.

Finalmente, tal como refiere León en su estudio sobre Voluntades anticipadas (37), se observa que la utilización de las mismas en nuestro medio es algo excepcional, con sólo 7 participantes que manifiestan haberse enfrentado en su práctica clínica a un paciente con un documento escrito de voluntades anticipadas. Sin embargo, no se encontraron estudios que analizaran específicamente la frecuencia de utilización y existencia de estos documentos en población chilena.

1. CONCLUSIONES

A modo de conclusión general, los resultados demuestran una actitud positiva de los participantes hacia la planificación de cuidados al final de la vida y las voluntades anticipadas como

herramienta útil para la toma de decisiones en esta etapa, asociado a un alto reconocimiento del término Voluntades anticipadas, que se contrasta con un nivel de conocimiento relativamente bajo sobre elementos específicos y legislativos de las mismas. Estos resultados coinciden con los estudios similares antes mencionados.

Los participantes reconocen los beneficios de este instrumento tanto para pacientes, como para familiares y equipo médico, todos profesionales que participan activamente en la atención de pacientes en el final de vida. Por otra parte, las barreras y dificultades para su implementación son reconocidas por los participantes, existiendo prácticamente un consenso sobre su importancia en la práctica clínica.

Estas conclusiones apoyan la necesidad de promover en nuestro medio una discusión responsable sobre las voluntades anticipadas como una herramienta útil y reconocida para la adecuada planificación de cuidados de fin de la vida con el objetivo de mejorar la atención de salud en esta etapa. Así mismo, los resultados afirman la necesidad de implementar programas de formación, tanto en aspectos conceptuales como en competencias comunicacionales y de trabajo en equipo.

Por otra parte, se revela la necesidad de contar con una legislación adecuada que sea conocida por los equipos sobre aspectos relacionados a los cuidados de final de vida, evitando confusiones conceptuales o vacíos legales que representen una mayor inseguridad para pacientes, familiares y equipos médicos, afectando la calidad de cuidados y la toma de decisiones descuidando finalmente la dignidad y autonomía de nuestros pacientes.

Finalmente es necesario destacar que aún más importante que el documento escrito de Voluntades Anticipadas, es el proceso de comunicación y deliberación entre médico, paciente y familia, basado en la confianza elemental de toda relación clínica. Este proceso facilitará la toma de decisiones que protejan y respeten la dignidad y autonomía de cada persona. Las voluntades anticipadas no constituyen un fin en sí mismo ni el único objetivo de este proceso de deliberación y comunicación que debe existir detrás del documento. Sin embargo, el reconocimiento e implementación de estas, tanto en su dimensión jurídica como en la práctica clínica, es un medio para promover y exigir la implementación de este compromiso comunicativo, una herramienta para hacer de este fundamental proceso un imperativo para los profesionales de salud que participen en el cuidado de pacientes al final de la vida.

2. RECOMENDACIONES E IMPLICACIONES

Los resultados de este trabajo permiten concluir que es necesaria la formación de los equipos de salud que atienden pacientes de final de la vida sobre aspectos conceptuales y relativos a la planificación de cuidados al final de la vida.

Es necesaria también la implementación de programas de formación en competencias comunicacionales y emocionales en los equipos de salud.

Se presenta también la necesidad de aclarar y delimitar la dimensión jurídica de las Voluntades Anticipadas y las decisiones de salud para los cuidados de final de la vida.

Para futuros estudios, sería pertinente ampliar la muestra a otros ámbitos de cuidados de final de la vida, como unidades de cuidados intensivos y unidades de hospitalizados e incluir también profesionales de atención primaria y equipos de atención domiciliaria, así como explorar las actitudes sobre la planificación anticipada de decisiones entre los pacientes y la población general.

7. LIMITACIONES

Como limitaciones del estudio, es necesario indicar que la muestra corresponde a un grupo específico de profesionales que se desempeñan en cuidados paliativos de adultos, por lo que los

resultados no se pueden generalizar a todos los profesionales que participan en la atención de pacientes terminales.

También se debe considerar la alta concentración de algunas respuestas en una misma categoría, lo que puede corresponder a sesgos debido a la formulación de las preguntas.

8. ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario Voluntades Anticipadas

9. AGRADECIMIENTOS

A los participantes que contestaron el cuestionario. A María Isabel Matute (Docente e Investigadora del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud de la Facultad de Medicina CAS-UDD) por la ayuda durante el desarrollo del proyecto. A Carmen Paz Astete por su guía y apoyo para este trabajo. A mis compañeros de Magíster. A mi familia y su incondicional apoyo.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Astete C, Beca JP. Decisiones al final de la vida. In: Beca JP, Astete C, editors. Bioética Clínica. Primera Ed. Santiago: Mediterráneo; 2012. p. 382–96.
2. Beca JP. Los Fines de la medicina: Nuevas Prioridades [Internet]. p. 1–11. Disponible en: <http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/documentos/documentos-de-interes/>
3. Qaseem A, Snow V, Casey Jr. D, Cross Jr. T, Owens D. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* [Internet]. 2008;148(2):141–6. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed8&NEWS=N&AN=18195338>
4. Terribas N. El rechazo al tratamiento y las Voluntades Anticipadas. p. 1–7.
5. Barrio C. IM. De las Voluntades Anticipadas ó Instrucciones Previas a la Planificación Anticipada de Decisiones. *NURE Investig.* 2004;nº 5(Mayo).
6. Simón Lorda P, Tamayo Velásquez MI, Esteban López MS. Planificación Anticipada de las Decisiones. Guía de Apoyo para Profesionales. 2013.
7. Consejo de Europa. Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina. Oviedo, España; 1997.
8. León FJ. Las voluntades anticipadas: análisis desde las experiencias en ética clínica. *Rev Colomb Bioética* [Internet]. 2008;3(2):83–101. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189214386006>
9. Mejía Rosaco R. La Declaración de la Penúltima Voluntad: Regulaciones para la propia incapacidad. 2015. p. 1–12.
10. Aizenberg M, Reyes RD. El reconocimiento del derecho a la Autodeterminación en el Ordenamiento Jurídico Argentino: La consagración de las Directivas Médicas Anticipadas en la ley 26.529. Buenos Aires; 1991.
11. Ara JR. Fundamentos éticos de las voluntades anticipadas: La perspectiva del enfermo en el hospital. *Inst Bioética y Ciencias la Salud* [Internet]. 2002; Disponible en: <http://www.institutodebioetica.org/>
12. Sánchez Y, Manuel J, Hospital E, Puerta U. Las enfermeras ante las voluntades anticipadas: un

- reto jurídico, ético y práctico. 2012;6(1):43–50.
13. Gil C. El Panorama Internacional De Las Voluntades. Colegio Médico de Zaragoza. 2002. p. 1–22.
 14. Martínez K. Los documentos de voluntades anticipadas. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30(SUPPL. 3):87–102.
 15. Tonelli MR. Pulling the Plug on Living Wills. *Chest*. 1996;110(3):816–22.
 16. Valdés E. Bioderecho, Daño Genético y Derechos Humanos de cuarta generación. *Boletín Mex Derecho Comp*. 2015;1–33.
 17. Zúñiga Fajuri A. La nueva Ley de Derechos del Paciente : Cambiando el paradigma de la relación entre el paciente. *Anu Derecho Público UDP [Internet]*. 2012;273–88. Disponible en: http://www.udp.cl/descargas/facultades_carreras/derecho/pdf/anuario/2012/Anuario_Derecho_Publico_2012.pdf
 18. Bascuñán A. Autonomía del paciente. *El Mercurio*. :1–3.
 19. Historia de la Ley N° 20.584 [Internet]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile 2013. Disponible en: <http://www.leychile.cl/N?i=1039348&f=2012-10-01&p=\n>
 20. Hughes DL, Singer P a. Family physicians' attitudes toward advance directives. *CMAJ [Internet]*. 1992;146(11):1937–44. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1490365&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 21. Scherer Y, Wu YB. Advance Directives and End-of-Life Decision Making. *Crit Care Nurse*. 2006;26(4).
 22. Duke G, Thompson S. Knowledge, attitudes and practices of Nursing Personnel Regarding Advance Directives. *Int J Palliat Nurs*. 2007;13(3):109–16.
 23. Jezewski MA, Brown JK, Wu YB, Meeker MA, Feng J. Experiences Regarding Advance Directives. *Oncol Nurs Forum*. 2005;32(2):319–28.
 24. Zhou G, Stoltzfus JC, Houldin AD, Parks SM, Swan BA. Knowledge, attitudes, and practice behaviors of oncology advanced practice nurses regarding advanced care planning for patients with cancer. *Oncol Nurs Forum [Internet]*. 2010;37(6):E400–10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21059573>
 25. Burkle CM, Mueller PS, Swetz KM, Hook CC, Keegan MT. Physician perspectives and compliance with patient advance directives: the role external factors play on physician decision making. *BMC Med Ethics [Internet]*. 2012;13:31. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3528447&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 26. Tulskey JA, Fischer GS, Rose MR, Arnold RM. Opening the Black Box : How Do Physicians Communicate about. *Ann Intern Med*. 1998;129.
 27. Sahm S, Will R, Hommel G. Attitudes towards and barriers to writing advance directives amongst cancer patients, healthy controls, and medical staff. *J Med Ethics*. 2005;31(8):437–40.
 28. Nebot C, Ortega B, Mira JJ, Ortiz L. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. *Gac Sanit*. 2010;24(6):437–45.
 29. Navarro Bravo B, Sanchez Garcia M, Andres Pretel F, Juarez Casalengua I, Cerda Diaz R, Parraga Martinez I, et al. Declaración de voluntades anticipadas: estudio cualitativo en personas mayores y médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2011;43(1):11–7.
 30. Contreras-Fernández E, Rivas-Ruiz F, Castilla-Soto J, Méndez-Martínez C. Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en el proceso de declaración de las voluntades vitales anticipadas. *Atención Primaria [Internet]*. 2014;(xx). Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656714003898>
 31. Champer Blasco A, Caritg Monfort F, Marquet Palomer R. Conocimientos y actitudes de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el documento de voluntades

- anticipadas. *Aten Primaria* [Internet]. 2010;42(9):463–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2010.02.011>
32. Simón-Lorda P, Isabel Tamayo-Velázquez M, Vázquez-Vicente A, Durán-Hoyos A, Pena-González J, Jiménez-Zurita P. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Atención Primaria* [Internet]. 2008;40(2):61–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13116148>
 33. Toro Flores R, Silva Mato A, Piga Rivero A, Alfonso Galán MT. Conocimientos y actitudes de médicos y enfermeras sobre las instrucciones previas. *Aten Primaria* [Internet]. 2013;45(8):404–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.03.003>
 34. Yllera Sanz C. ¿Cumplimos nuestros deberes respecto a los Documentos de Voluntades Anticipadas? *Rev Bioética y Derecho*. 2014;32:82–94.
 35. Mattiussi M, Dawidowski A, Restibo J, Pollán J, Pezzano L, Cámara L. Posición y perspectivas de los médicos sobre las directivas anticipadas en pacientes con demencia incipiente. *Med*. 2012;72(4):305–14.
 36. García-Echeverría FJ, Zavala-Suárez E, Sotomayor-Sánchez, Sandra Córdoba-Ávila MA. Conocimiento del personal de enfermería acerca de la Ley de Voluntad Anticipada en dos hospitales del Distrito Federal. *Rev CONAMED*. 2011;16(4):164–70.
 37. León Correa FJ, Abrigo Chavarría C, Délano Luco C, Abrigo C, Luco CD, Correa L, et al. Voluntades Anticipadas en pacientes terminales. *El rol de Enfermería. Etica los Cuid*. 2009;2(3).
 38. Milan A, González J, Rojas C, Astorga R, Puentes M, Herrera C. Voluntades Anticipadas: Comparación de preferencias sobre soporte vital en población hospitalizada versus población sana. *Rev Chil Med Intensiva*. 2010;25(2):2010.
 39. Pereira SM, Fradique E, Fialho R, Cerqueira M, Pereira A, Sampaio F. Advance directives: Portuguese palliative care professionals' views. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2011;17(8):373–80. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22067676>

CUESTIONARIO “CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN CUIDADOS PALIATIVOS SOBRE VOLUNTADES ANTICIPADAS”

I. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

1 .	Edad:	_____ años
2 .	Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
3 .	Profesión:	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Psicólogo(a)
4 .	Estudios de postgrado/especialidad:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Especificar: _____
5 .	Año de Egreso Universidad:	_____
6 .	Años de experiencia profesional:	_____ años
7 .	Años de experiencia en Cuidados Paliativos:	_____ años
8 .	Tipo de Unidad de Cuidados Paliativos en que trabaja	<input type="checkbox"/> Sólo público <input type="checkbox"/> Público y privado

II. OPINION Y ACTITUDES

9. En relación a los siguientes postulados, marque con una cruz la alternativa según su nivel de acuerdo con cada uno:

		Muy de acuerdo (1)	De acuerdo (2)	En desacuerdo (3)	Muy en desacuerdo (4)
9.1	Es conveniente para las personas planificar y escribir sus deseos en relación a la atención de salud para los cuidados de final de la vida.				
9.2	Planificar y escribir los deseos en relación a la atención de salud para los cuidados de final de la vida facilitaría al equipo médico la toma de decisiones en esta etapa.				
9.3	Planificar y escribir los deseos en relación a la atención de salud para los cuidados de final de la vida facilitaría a los familiares la toma de decisiones en esta etapa.				
9.4	Planificar y escribir los deseos en relación a la atención de salud para los cuidados de final de la vida no sería de gran utilidad, ya que nuestros deseos cambian con el tiempo.				
9.5	Nombrar un representante para la toma de decisiones sobre cuidados al final de la vida dificulta la toma de decisiones para el equipo médico .				
9.6	Nombrar un representante para la toma de decisiones sobre cuidados al final de la vida representa una herramienta útil para los familiares en esta etapa.				
9.7	Es necesaria una regulación específica sobre planificación de cuidados al final de la vida en la legislación chilena.				
9.8	La existencia de una ley que regule la planificación de cuidados al final de la vida puede llevar a la aceptación de la eutanasia.				

10. En relación a las eventuales dificultades que podrían enfrentar los equipos de salud para discutir y planificar los cuidados al final de la vida con los pacientes, califique según su consideración, como muy importante, importante, algo importante o nada importante cada una de las siguientes afirmaciones.

		Muy importante (1)	Importante (2)	Poco importante (3)	Nada importante (4)
10.1	Falta de conocimientos de los equipos de salud sobre el marco jurídico que regula la planificación y toma de decisiones al final de la vida.				
10.2	Falta de capacitación en competencias comunicacionales y apoyo emocional en los equipos.				
10.3	Falta de claridad respecto a quién es el profesional responsable de plantear la discusión.				
10.4	Falta de coordinación entre los distintos niveles asistenciales.				
10.6	Otro(s):				

III. CONCEPTO. Marque con una cruz su respuesta para cada pregunta

11.	¿Ha Escuchado el término Voluntades Anticipadas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
12.	¿Ha escuchado el término Directrices Previas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
13.	¿Ha escuchado el término Testamento Vital?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
14.	¿Se ha enfrentado en su práctica profesional a un paciente que tenga un documento escrito de voluntades anticipadas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<p>Si su respuesta fue “SI” en al menos una de las preguntas 11, 12 y 13, continúe a la pregunta nº 15.</p> <p>Si su respuesta fue “NO” en todas las preguntas 11, 12 y 13, ha concluido el cuestionario. Le agradezco su tiempo y participación.</p>		

15. Según usted, en relación a las Voluntades Anticipadas:

15.1	¿Están las Voluntades Anticipadas específicamente reguladas por ley en Chile?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
15.2	¿Está permitido para el paciente designar un representante para la toma de decisiones?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
15.3	¿Sólo pueden ser escritas por un paciente en situación de enfermedad terminal?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
15.4	¿Se consideran para la toma de decisiones en pacientes competentes?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
15.5	¿Se considera responsabilidad del equipo de salud que las personas expliciten sus Voluntades Anticipadas?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
15.6	¿Está permitida la revocación o anulación por parte del paciente en cualquier momento?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe

16. ¿Cuál de estas definiciones de Voluntades Anticipadas le parece más apropiada?
 Marque con una cruz sólo la opción que le parece la más adecuada.

1.	Las Voluntades Anticipadas son instrucciones manifestadas libre y voluntariamente por una persona enferma, sobre los cuidados y tratamientos a los que desearía o no ser sometida en la última etapa de la vida, en el caso de que concurran circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad. Puede además designar un representante para procurar su cumplimiento.	
2.	Las Voluntades Anticipadas son instrucciones manifestadas libre y voluntariamente por una persona capaz, sobre los cuidados y tratamientos a los que desearía o no ser sometida en la última etapa de la vida, en el caso de que concurran circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad. Puede además designar un representante para procurar su cumplimiento.	
3.	Las Voluntades Anticipadas son documentos notariales que establecen instrucciones manifestadas libre y voluntariamente por una persona capaz, solo sobre los cuidados y tratamientos que los equipos médicos le deben aplicar en la última etapa de la vida, en el caso de que concurran circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad.	

Hemos concluido el cuestionario, muchas gracias por su tiempo y participación.