



# Trabajo Fin de Grado

Estudio cualitativo de la percepción de los profesionales sanitarios sobre la Planificación Anticipada de Cuidados en un Centro de Salud de Zaragoza

A Qualitative Study on Healthcare Professionals  
'Perceptions of Advance Care Planning in a Primary Health  
Care Center in Zaragoza

*Autor/es*

Paula Melendo Fortea

*Director/es*

Nuria Val Jiménez

Alba Gállego Royo

FACULTAD DE MEDICINA CURSO 2024-2025

## RESUMEN

La Planificación Anticipada de Cuidados (PAC) es un proceso clínico y comunicativo que busca alinear las decisiones sanitarias con los valores, deseos y preferencias del paciente, incluso si en el futuro el paciente ya no puede tomar decisiones por sí mismo. Este Trabajo de Fin de Grado tiene como objetivo explorar las percepciones, barreras, fortalezas y propuestas de mejora en torno a la implementación de la PAC en el ámbito de Atención Primaria.

Para ello, se ha llevado a cabo un estudio cualitativo en un centro de salud, mediante encuestas y entrevistas semiestructuradas a profesionales sanitarios de medicina y enfermería. El análisis de los resultados se ha estructurado en dos fases, que permiten comparar la evolución de las percepciones tras la introducción teórica del concepto de PAC y herramientas para su uso.

Entre los principales hallazgos destacan la falta de formación, tiempo y recursos como barreras persistentes para su aplicación, así como la incomodidad emocional tanto de profesionales como de pacientes al abordar estos temas. También se identifican preocupaciones comunes de los pacientes en torno a la dependencia, la carga familiar y la autonomía. Como fortalezas, se valora la utilidad de herramientas de apoyo, el trabajo interdisciplinar y la importancia de establecer una relación de confianza con el paciente. Asimismo, se recogen propuestas de mejora como la realización de sesiones grupales en residencias, la implicación de trabajadores sociales y enfermería comunitaria, y la necesidad de mayor formación específica.

Los resultados obtenidos permiten proponer estrategias adaptadas al contexto de Atención Primaria para fomentar la implementación real y efectiva de la PAC, integrando formación, herramientas y trabajo colaborativo.

## ABSTRACT

Advance Care Planning (ACP) is a clinical and communicative process aimed at aligning healthcare decisions with the patient's values, wishes, and preferences, even in the event that the patient is no longer able to make decisions independently

in the future. This Final Degree Project seeks to explore the perceptions, barriers, strengths, and improvement proposals regarding the implementation of ACP in the field of Primary Care.

To achieve this, a qualitative study was conducted in a health center through semi-structured interviews with healthcare professionals from various disciplines. The analysis of the results was structured in two phases, allowing for a comparison of the evolution of perceptions following the theoretical introduction of the ACP concept.

Among the main findings, a persistent lack of training, time, and resources emerged as key barriers to implementation, as well as the emotional discomfort experienced by both professionals and patients when addressing such sensitive topics. Common patient concerns identified included issues related to dependency, burden on family members, and the preservation of autonomy. As strengths, participants highlighted the usefulness of supportive tools, interdisciplinary collaboration, and the importance of establishing a trusting relationship with the patient. Improvement proposals included organizing group sessions in nursing homes, involving social workers and community nurses, and providing more specific training.

The findings contribute to proposing contextually adapted strategies within Primary Care to promote the real and effective implementation of ACP, integrating training, tools, and collaborative work.

## **PALABRAS CLAVE**

Planificación anticipada de cuidados, Atención Primaria de Salud, Investigación Cualitativa, Cuidados Paliativos, Comunicación.

## **KEYWORDS**

Advance Care Planning, Primary Health Care, Qualitative Research, Palliative Care, Communication.

# INDICE

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	1
PALABRAS CLAVE.....	2
KEYWORDS .....	2
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN .....	5
INTRODUCCIÓN .....	5
CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS.....	5
PROCESO DE LA PAC.....	6
DIFERENCIAS ENTRE PAC y DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (DVA) .....	8
BENEFICIOS DE LA PAC .....	10
HERRAMIENTAS.....	11
JUSTIFICACIÓN .....	12
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	14
HIPÓTESIS.....	14
OBJETIVOS .....	14
3. MATERIAL Y MÉTODOS .....	16
3.1 DISEÑO .....	16
3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO.....	16
3.3 POBLACIÓN Y CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL.....	17
3.4 INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	18
3.5 PROCEDIMIENTO.....	19
3.6 PROCESO DE DATOS .....	22
3.7 CRITERIOS DE CALIDAD CIENTÍFICA.....	23
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
4. RESULTADOS .....	26
4.1 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA .....	26
HERRAMIENTAS DIGITALES .....	27
HERRAMIENTAS NO DIGITALES .....	28
4.2 RESULTADOS METODOLOGÍA CUANTITATIVA .....	31
4.3 RESULTADOS METODOLOGÍA CUALITATIVA .....	36
1. CONOCIMIENTO SOBRE LA PAC .....	36
2. BARRERAS Y OPORTUNIDADES PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA PAC.....	40

3. ASPECTOS RELEVANTES A CONSIDERAR .....	44
5. DISCUSIÓN.....	45
5.1 Limitaciones del estudio.....	45
5.2 Síntesis de hallazgos y aportes del estudio .....	46
5.3 Lecciones aprendidas y sugerencias para futuras investigaciones .....	52
5.4 REFLEXIÓN FINAL.....	54
6. CONCLUSIONES .....	55
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	56
ANEXOS .....	61
Anexo 1. Guion de Entrevista Semiestructurada para el Grupo Focal sobre Planificación Anticipada de Cuidados.....	61
Anexo 2. Cuestionario ad hoc pre y post intervención realizado a los profesionales .....	63
Anexo 3. Consentimiento Informado presentado a los profesionales .....	66
Anexo 4. Certificado de aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) .....	72
Anexo 5. Desglose de respuestas a preguntas individuales en las fases pre y post intervención del cuestionario ad hoc .....	73
Anexo 6. Árbol de códigos del análisis cualitativo de los grupos focales realizados a los profesionales.....	76

# 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

## INTRODUCCIÓN

La Planificación Anticipada de Cuidados (PAC) es un proceso que favorece la toma de decisiones compartidas y la comunicación entre los pacientes, sus familias y los profesionales sanitarios sobre las preferencias y el tipo de cuidados que les gustaría recibir, de acuerdo a sus valores, deseos y necesidades, aun cuando existiera en un futuro, pérdida de capacidad para la toma de decisiones (1).

## CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

La PAC es un proceso estructurado y deliberativo en el que una persona expresa sus valores, deseos y preferencias sobre cómo quiere ser atendida ante una posible situación de salud grave o al final de su vida; situaciones donde no pueda valerse por sí misma o que ya no pueda expresar estas preferencias. Este proceso tiene como base el reconocimiento y respeto a la autonomía de la persona y promueve su participación en la gestión de sus propios cuidados (2,3).

La PAC es un proceso dinámico y continuo en el tiempo que evoluciona con la persona, por lo que no se considera terminado. Se lleva a cabo mediante un diálogo entre la persona, su entorno afectivo y su equipo asistencial, con el objetivo de alinear la atención médica con los valores del paciente (4,5). No se limita a la creación de documentos legales, sino que busca cambiar el estilo de la relación clínica, fomentando la autonomía del paciente y su participación en la toma de decisiones (6).

El uso de la PAC es especialmente beneficioso para pacientes crónicos complejos, con enfermedad crónica avanzada, o aquellos con un alto riesgo de perder sus funciones superiores (2,7). Esto es así porque en estos casos, se trata de pacientes que ya se encuentran en situación de recibir mayor atención sanitaria o institucionalizados en residencias de mayores y al ser conscientes de ello, pueden expresar mejor sus decisiones, acordes a su situación y adaptándolas al transcurso en el tiempo de su estado integral (físico, psíquico y emocional) (2,6).

El proceso de PAC puede iniciarse de forma reactiva, cuando el paciente expresa su necesidad (para ello, deben ser conocedores de la existencia de la PAC), o de forma proactiva, cuando los profesionales ofrecen la PAC a los pacientes que se pueden beneficiar de ella (3,5). En este estudio, aplicaremos el inicio de forma proactiva.

## PROCESO DE LA PAC

El proceso de la PAC se realiza secuencialmente en seis fases que estructuran el diálogo y la toma de decisiones de forma clara y participativa, asegurando la alineación con los valores y deseos del paciente a lo largo del tiempo (5,8):

1. **Preparación:** identificar a la persona que se puede beneficiar de la PAC, valorar su competencia para la toma de decisiones, planificar el momento e identificar y pre seleccionar los aspectos más relevantes a tratar.
2. **Propuesta:** se explica a la persona qué es la PAC detalladamente, se aclaran las posibles dudas y se acuerda una fecha para el primer encuentro. En caso de desestimar la propuesta, se respeta la decisión y se deja por escrito, con la posibilidad de que en un tiempo se cambie de opinión y se retome en este punto.
3. **Diálogo:** se realizan entrevistas semiestructuradas con la ayuda de alguna de las herramientas, en un espacio tranquilo y confidencial para explorar los conocimientos y la percepción de la persona sobre su enfermedad, así como sus valores, creencias, vivencias, preocupaciones... Se puede involucrar a otros profesionales o personas relevantes para el paciente si así lo requiere el paciente.
4. **Validación:** se contrasta con la persona que se han entendido bien los aspectos importantes y se revisa conjuntamente el registro en la historia clínica. Se recuerda que la PAC es un proceso dinámico y que los acuerdos pueden cambiar por parte, principalmente, del paciente.
5. **Registro:** se registra cada encuentro en la historia clínica, incluyendo el desarrollo, la información relevante y los acuerdos alcanzados. Se entrega una copia al paciente y se solicitaría autorización para compartirla con otros profesionales si fuese necesario.

6. **Reevaluación:** se revisa periódicamente si los aspectos acordados siguen vigentes o si es necesario modificarlos debido a cambios clínicos, personales o en la situación de la persona. En el caso de cambios, se comenzaría de nuevo el proceso en el punto de “Diálogo”, abordando los nuevos cambios.

Durante todo el proceso de PAC, se abordan especialmente tres áreas:

- Conocimiento y percepción de la enfermedad y su situación: se trata de un área más clínica y objetiva, donde se indaga sobre los problemas de salud, las creencias sobre el origen y duración de la enfermedad, las consecuencias a corto y largo plazo, la capacidad para controlarla y las dudas que se plantea la persona (2).
- Valores y vivencia de la persona: se exploran los aspectos más importantes de sus cuidados y atención, sus preocupaciones, valores sobre la salud, antecedentes de pérdidas y duelos, y expectativas hacia los profesionales (5,6).
- Decisiones concretas: se abordan las decisiones sobre situaciones clínicas previsibles, como el tratamiento de síntomas, la adecuación del esfuerzo terapéutico, el lugar de atención, la designación de un representante y los aspectos relacionados con los servicios funerarios (3,5).

## DIFERENCIAS ENTRE PAC y DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (DVA)

En el ámbito de la atención sanitaria y la toma de decisiones médicas, es fundamental garantizar que los deseos y preferencias de los pacientes sean respetados. En este contexto, tanto la PAC, como los Documentos de Voluntades Anticipadas (DVA) juegan un papel importante. Sin embargo, uno de los mayores retos radica en la necesidad de diferenciar claramente ambos conceptos y lograr un entendimiento adecuado por parte de profesionales de la salud, sociales y, la sociedad en general, para poder darles uso correctamente y beneficiarse de ambos (4,6).

El Documento de Voluntades Anticipadas (DVA), también conocido como instrucciones previas o testamento vital, es un documento escrito en el que una persona expresa sus instrucciones sobre los cuidados que desea recibir en caso de no poder expresar su voluntad. Este documento tiene una finalidad más orientada a una situación paliativa, mientras que la PAC se centra en llevarlo a cabo a lo largo de todo el proceso clínico del paciente (previo, durante y posterior a la enfermedad) (4).

Son varias las distinciones entre DVA y PAC, las principales se recogen en la siguiente **Tabla 1**:

**Tabla 1.** Diferencias entre PAC y DVA

Conceptos	VOLUNTADES ANTICIPADAS	PAC
Autor	Enfermo/sano +/- Asesoramiento	Paciente/Familia + Profesional
Destinatario	Indeterminado	Determinado
Eficacia	Futuro (prevista)	Presente (en curso)
Contenido	Instrucciones	Plan de la Atención
Requisitos	Documento notarial, 3 testigos y un funcionario	Por escrito
Depósito	HC y Registro Administrativo	HC
Decisión	Unilateral	Bilateral (consensuado)
Regulación	Legal	Protocolo Asistencial

Aunque son varias las diferencias entre ambos procesos, convergen en 3 puntos comunes: son documentos o decisiones revocables en cualquier momento que así se decida por parte del autor; en ambos, su principal objetivo es promover la autonomía del paciente y; se tiene la opción de elegir representante para aquellas situaciones en las que otra persona deba decidir por el autor.

En resumen, la PAC es un proceso de diálogo centrado en el paciente, mientras que el DVA es un documento legal con instrucciones previas. Ambos persiguen el objetivo de respetar los valores de la persona cuando esta no puede tomar decisiones por sí misma, y son complementarios.

## BENEFICIOS DE LA PAC

La PAC es un proceso esencial en la medicina contemporánea, marcando un cambio paradigmático hacia una atención que prioriza la autonomía y los valores del paciente, no solo asegurando el respeto a la autonomía del paciente, sino garantizando que las decisiones médicas reflejen sus deseos personales y evitando intervenciones no deseadas. En varios estudios se han descrito ciertos beneficios que la PAC aporta en la clínica:

- Bienestar emocional: la PAC reduce significativamente la ansiedad, el estrés y la carga emocional tanto en pacientes como en sus familiares, al anticipar las decisiones sobre tratamientos futuros y aceptando previamente esa opción (9,10). Este alivio emocional es crucial, ya que disminuye la incertidumbre en momentos críticos y reduce la toma de ciertas decisiones importantes en situaciones en las que el juicio puede estar alterado para elegir la opción más favorable para el paciente.
- Toma de decisiones: facilita la toma de decisiones al proporcionar una guía clara sobre decisiones que tienen altas probabilidades de surgir en un futuro próximo (11).
- Optimización de recursos: la PAC puede conducir a una reducción de intervenciones desproporcionadas y, consecuentemente, a una optimización de los recursos sanitarios. Al evitar tratamientos innecesarios o no deseados, se contribuye a un uso más eficiente de los recursos, lo que resulta en una potencial reducción de los costos en la atención médica (9,10).
- Aspectos éticos y profesionales: la PAC disminuye el distrés moral para los profesionales de la salud, quienes pueden sentirse más seguros al saber

que están respetando la autonomía del paciente y proporcionando una atención alineada con sus valores y decisiones (11,12).

- Mejora en los procesos Paliativos: la PAC aumenta las tasas de documentos de Voluntades Anticipadas (documentos complementarios), aumenta la calidad de la atención y amplía la probabilidad de una muerte digna y respetuosa con los deseos del paciente y; disminuye el riesgo de ansiedad y depresión entre los familiares en el proceso del duelo, facilitando la aceptación y adaptación a la pérdida (10,12).

## HERRAMIENTAS

Existen diversos tipos de herramientas para la PAC, cada una diseñada para facilitar el proceso de reflexión, toma de decisiones y diálogo, adaptándose a las necesidades de los pacientes, familiares y profesionales sanitarios; asegurando que las decisiones estén alineadas con los valores y preferencias del individuo. Teniendo en cuenta lo anterior, las diferentes herramientas disponibles deben ser seleccionadas por los profesionales sanitarios para que logren el propósito de manera correcta, adaptándola lingüística (español) y culturalmente, reflejando los valores, costumbres y creencias de la población de estudio y proporcionando accesibilidad para los participantes, en este caso, de un centro de salud de Zaragoza.

Dichas herramientas las podemos agrupar en digitales y no digitales, considerando su adaptabilidad a la edad de los pacientes y al entorno cultural (13).

## JUSTIFICACIÓN

En este estudio, nos centraremos en usuarios de un Centro de Salud, debido a que la PAC cobra especial importancia para los pacientes geriátricos y que llevan una asistencia sanitaria crónica, que pueden empezar a perder independencia, enfrentándose a problemas de salud graves o decisiones al final de la vida (14). En estos casos, anticiparse a las preferencias del paciente mejora la calidad asistencial, reduce intervenciones innecesarias y respeta los valores del individuo (14,15).

Sin embargo, a pesar de su potencial, la PAC no se ha implementado de forma sistemática en la atención primaria. Su implementación sigue siendo un reto significativo debido a múltiples barreras organizativas y profesionales (15,16).

Unas de las razones principales por la que no se practica la PAC es la falta de formación específica de los profesionales sanitarios respecto al proceso de la PAC, las herramientas diseñadas para facilitarla y estrategias claras que permitan integrar la PAC (16,17). Esta falta de capacitación incluye no solo el desconocimiento de recursos disponibles, sino también la ausencia de estrategias claras para integrar la PAC en la rutina asistencial habitual (16). Como consecuencia, se genera un desequilibrio entre la necesidad de ofrecer una planificación anticipada de cuidados (PAC) y la capacidad de los profesionales para implementarla, este conflicto podría resolverse, por ejemplo, mediante adecuados programas de formación para los profesionales y el desarrollo de sistemas o metodologías prácticas que facilitaran su adopción en el contexto de los centros de salud (17,18).

Este TFG tiene como propósito explorar y analizar las percepciones y prácticas de los profesionales sanitarios responsables del centro de salud en relación con la PAC, así como identificar las barreras a las que se enfrentan y las oportunidades de mejora.

A través de un enfoque cuantitativo y cualitativo, se busca comprender en profundidad cómo, bajo el punto de vista de los profesionales sanitarios de atención primaria, los conocimientos, las herramientas y la situación actual del sistema de

salud en un centro de salud, influyen en la implementación de la PAC, y recoger con ello posibles estrategias que promuevan una adopción de un plan de actuación más efectivo de este tema, en el sistema sanitario.

La relevancia de este estudio radica en su potencial para mostrar la situación inicial de los sanitarios en relación a la PAC y, con este conocimiento, poder contribuir al desarrollo de programas formativos y medidas que, no solo favorezcan la autonomía y el bienestar de los pacientes, sino que también proporcionen a los profesionales sanitarios, los recursos necesarios para integrar la PAC como una práctica habitual en el centro de salud (19).

## 2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

### HIPÓTESIS

La implementación de la Planificación Anticipada de Cuidados (PAC) en el ámbito sanitario se ve limitada por barreras estructurales y profesionales, como la insuficiente formación del personal sanitario, la falta de información disponible para el paciente y la falta de protocolos estandarizados en los distintos niveles asistenciales del sistema sanitario.

### OBJETIVOS

Objetivo general:

- Evaluar e identificar las percepciones, el nivel de conocimiento y las prácticas actuales relacionadas con la PAC entre los profesionales sanitarios que brindan atención en un centro de salud.

Objetivos específicos:

- Conocer la opinión y la experiencia previa de los profesionales de un centro de salud sobre el uso de la PAC en su día a día.
- Desarrollar una formación de la PAC basada en las características y herramientas disponibles, que ayuden a facilitar la implementación de una planificación anticipada en un centro de salud.
- Analizar las percepciones, opiniones y experiencias de los profesionales del centro de salud sobre la PAC tras haber recibido formación.

Objetivos docentes:

- **General:** Aprender a desarrollar un trabajo de investigación en todas sus fases.

- **Específicos:**

1. Elaborar un proceso de investigación que cumpla con los requisitos mínimos para conseguir el dictamen favorable del Comité de Ética e Investigación Clínica de Aragón.
2. Conocer cómo se realiza una formación sobre una herramienta para favorecer la comunicación con pacientes dentro de atención primaria.
3. Elaborar el informe de investigación y su defensa.

## 3. MATERIAL Y MÉTODOS

### 3.1 DISEÑO

Estudio cuasi-experimental con diseño pre-post intervención y metodología mixta (cuantitativa y cualitativa) basada en un mismo cuestionario ad-hoc pre-post y un grupo focal para analizar las percepciones sobre el uso de la PAC.

Se ha diseñado un estudio mixto donde se ha recogido información desde dos perspectivas en dos fases diferentes.

Desde una primera perspectiva, se empleó una metodología cualitativa, centrada en las percepciones, vivencias y prácticas de los profesionales sanitarios de un centro de salud en relación con la PAC, tanto antes como después de recibir una formación diseñada para facilitar su implementación voluntaria. Este enfoque resulta adecuado para captar y comprender las experiencias y percepciones subjetivas que no pueden ser medidas cuantitativamente. Por ello, se decidió realizar un grupo focal como técnica principal dentro de esta vertiente cualitativa.

Desde una segunda perspectiva, y con el objetivo de valorar de forma anónima el conocimiento y percepciones previas y posteriores de los profesionales sobre la PAC y las herramientas relacionadas, se optó por complementar el estudio con una metodología cuantitativa a través de una encuesta ad-hoc estructurada.

Dentro de los objetivos docentes, se incluyeron ambas metodologías desde una perspectiva de aprendizaje tanto cualitativa como cuantitativa.

### 3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el centro de salud Actur Sur, ubicado en la ciudad de Zaragoza, entre los meses de marzo y mayo de 2025. Participaron profesionales sanitarios de enfermería y medicina del ámbito de atención primaria, con el objetivo de explorar sus percepciones sobre la PAC.

La elección del Centro de Salud Actur Sur respondió a criterios de accesibilidad por ser el centro de trabajo de una de las tutoras del TFG, por disponer en el centro de

herramientas de la PAC, y por tratarse de un centro docente con una trayectoria consolidada en proyectos de innovación e investigación.

### 3.3 POBLACIÓN Y CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

Se tuvieron en cuenta unos criterios de inclusión y exclusión a la hora de valorar la población diana de este trabajo:

#### Criterios de inclusión:

- Ser el profesional sanitario (medicina y/o enfermería) de referencia del paciente.
- Tener disponibilidad para asistir a la sesión formativa y grupos focales en ambas fechas y aceptar la invitación al estudio, firmando el documento de información y consentimiento informado proporcionado.

#### Criterios de exclusión:

- Personal en periodo de baja laboral o sin interés en la participación del estudio.

La población del estudio estuvo conformada por profesionales sanitarios, personal de enfermería y medicina, que desempeñan su labor en el Centro de Salud Actur Sur, en Zaragoza. En el momento de la realización del estudio, el centro contaba con un total de 19 profesionales, de los cuales 10 pertenecen al personal de enfermería y 9 al de medicina.

La muestra se seleccionó mediante muestreo intencional, habitual en los estudios cualitativos, con el objetivo de conformar un grupo focal que incluyese participantes con distintos roles y responsabilidades dentro del equipo, de forma que se pudieran recoger perspectivas diversas sobre la PAC y obtener una visión más completa del tema investigado. Finalmente, aceptaron participar 8 profesionales, cifra que se encuentra dentro del rango recomendado para este tipo de técnica (entre 6 y 12 participantes).

El proceso de reclutamiento se llevó a cabo de forma respetuosa y voluntaria. En primer lugar, se solicitó autorización institucional mediante contacto con la coordinadora del centro. Posteriormente, la autora del estudio invitó personalmente a los profesionales, explicándoles los objetivos de la investigación, el procedimiento a seguir y garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos. Este proceso se realizó durante el mes de marzo de 2025.

Tanto el grupo focal como la entrega de encuestas se realizaron en la sala de reuniones del propio centro de salud y tras la firma del consentimiento informado por parte de los participantes.

### 3.4 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Para la recogida de datos se utilizaron dos instrumentos principales, de acuerdo con el diseño y metodología del estudio:

- **Grupo focal** (metodología cualitativa)

Se utilizó una guía semiestructurada de preguntas ad hoc elaborada por la autora de este trabajo, basada en la bibliografía existente sobre la PAC, que se puede observar en el *Anexo 1*. En el guion se abordan aspectos relacionados con las percepciones, experiencias previas, barreras y facilitadores percibidos por los profesionales en relación con la implementación de la PAC antes y después de la formación específica. El grupo focal fue moderado por la autora y con una duración máxima menor de una hora. Se desarrolló en un espacio reservado del centro de salud y se audio grabó (con consentimiento informado) para su posterior análisis con literalidad.

- **Cuestionario pre y post formación** (metodología cuantitativa)

Se diseñó un cuestionario ad hoc, aplicado antes y después de la intervención formativa, con el objetivo de explorar y comparar los conocimientos, percepciones y barreras relacionadas con la PAC. El cuestionario incluía preguntas cerradas (de opción múltiple y tipo Likert), así como preguntas abiertas para permitir una mayor profundidad en las respuestas. Estaba estructurado en tres bloques temáticos:

práctica profesional y conversación clínica, conocimiento sobre herramientas de PAC, formación y capacitación. El cuestionario se encuentra disponible en el Anexo 2.

El cuestionario fue entregado en formato papel, de forma individual y anónima. Se acompañó de un documento informativo sobre el estudio y un consentimiento informado, que garantiza la voluntariedad de la participación y la confidencialidad de los datos recogidos. En la encuesta se recogen como datos personales: el género/sexo, grupo de edad (menores de 30, de 30 a 50 años y mayores de 50 años) y categoría profesional sanitaria (médico/a- enfermero/a) del profesional, para tenerlo en cuenta a la hora del análisis de resultados del cuestionario.

### 3.5 PROCEDIMIENTO



**Figura 1.** Diagrama del procedimiento del estudio

El desarrollo del estudio se llevó a cabo en cuatro etapas consecutivas y en dos fases (**Figura 1**), estructuradas en función de los objetivos y el diseño metodológico mixto del trabajo (cuantitativo y cualitativo). A continuación, se detalla el procedimiento seguido:

### Búsqueda bibliográfica

En una primera etapa, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva con el objetivo de conocer el concepto y las características de la PAC, las herramientas disponibles y acordes a la población del estudio y su aplicación clínica en distintos contextos asistenciales.

La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos Medline, Embase, SciELO y Google Scholar, utilizando los descriptores (MeSH): Advance Care Planning, Primary Health Care, Qualitative Research, Palliative Care, Communication.

. Se priorizó la inclusión de artículos recientes, revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica y protocolos, tanto en inglés como en español, siempre que cumplieran criterios de rigurosidad metodológica y revisión por pares. La gestión de las referencias se realizó mediante el software Mendeley. Los contenidos obtenidos de esta revisión fueron fundamentales para diseñar el cuestionario utilizado en ambas fases del estudio, definir los temas clave a tratar en el grupo focal y elaborar la formación impartida durante la intervención.

### Fase 1 (Pre-intervención)

En esta etapa inicial se aplicó un cuestionario ad hoc auto administrado en formato físico a los profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeros/as) del Centro de Salud Actur Sur. El objetivo fue recoger información sobre su nivel de conocimiento, percepción y experiencia previa con la PAC.

Posteriormente a la realización del cuestionario, se llevó a cabo el grupo focal (metodología cualitativa) con los mismos participantes. Este espacio permitió explorar con mayor profundidad las vivencias, percepciones y barreras identificadas en relación con la PAC, así como sus actitudes hacia su posible implementación en la consulta.

## Intervención

Tras la fase 1 (pre-intervención), se llevó a cabo una sesión informativa y formativa dirigida por la autora del estudio. Los contenidos que se abordaron en la sesión fueron:

- Concepto y objetivos de la PAC
- Etapas del proceso de la planificación
- Beneficios esperados en la práctica clínica
- Uso de algunas herramientas de apoyo disponibles para facilitar su implementación. En este caso se utilizó la herramienta del dodecaedro, ya disponible físicamente en el centro de salud.

Cabe destacar que esta formación no fue organizada específicamente para el estudio, sino que ya se encontraba prevista en el calendario de sesiones formativas del centro, pero que no se había llevado a cabo hasta el momento del estudio.

## Segunda fase (post-intervención)

Tras un periodo de aproximadamente un mes desde la sesión informativa y posible aplicación de la PAC, se realizó de nuevo el cuestionario (metodología cuantitativa), idéntico al inicial, a los mismos profesionales que participaron en la primera fase. El objetivo fue evaluar los posibles cambios en el conocimiento, percepciones y actitudes hacia la PAC, así como valorar la utilidad percibida de la formación y de las herramientas facilitadas. Dado que es un cuestionario anónimo, no fue posible valorar el cambio de respuesta de forma específica, sino que se hizo una valoración en conjunto del grupo analizado.

Además, se organizó un segundo grupo focal (metodología cualitativa), con los mismos participantes, para recoger sus impresiones tras haber tenido la oportunidad temporal de aplicar en su práctica clínica lo aprendido sobre la PAC. Se exploraron aspectos como: la utilidad real de las herramientas, las barreras persistentes, la percepción de cambios tras la formación y las necesidades futuras.

## 3.6 PROCESO DE DATOS

El análisis de los datos obtenidos se realizó en función de la naturaleza mixta del estudio, combinando técnicas cuantitativas y cualitativas que permitieran comprender en profundidad las percepciones, conocimientos y experiencias de los profesionales sanitarios sobre la PAC.

### Análisis cuantitativo

Los datos obtenidos a través de los cuestionarios pre y post formación, fueron revisados y volcados manualmente en una hoja de cálculo de Excel, donde se organizaron y agruparon para su posterior análisis estadístico. Dicho análisis se realizó con el programa informático SPSS 25.

Inicialmente, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables cualitativas, presentando los resultados en frecuencias absolutas (n) y porcentajes. Posteriormente, se realizó un análisis bivariado. Dado que solo se analizan variables cualitativas, se utilizó la prueba de Chi cuadrado. Las preguntas — el tanto por ciento será mayor al 100% porque se trata de preguntas con respuesta múltiple.

### Análisis cualitativo

Para el análisis de los datos obtenidos en los grupos focales, se utilizó una metodología cualitativa basada en el enfoque de la teoría fundamentada (Grounded Theory). Este enfoque permitió identificar, codificar y categorizar de forma inductiva los contenidos emergentes a partir de los discursos de los participantes.

El proceso analítico se desarrolló manualmente y de forma sistemática, en varias fases: lectura detallada de las transcripciones, codificación abierta de fragmentos significativos, agrupación de códigos en categorías temáticas y análisis e interpretación de patrones y significados. Esta metodología permitió profundizar en los matices de la experiencia profesional respecto a la PAC, así como detectar barreras, facilitadores y percepciones antes y después de la intervención formativa.

Para este tipo de análisis no se requirió el uso de software especializado, dado el tamaño de la muestra y el carácter exploratorio del estudio. El análisis se centró en

mantener la coherencia interna del discurso, la calidad del contenido y la fidelidad a las voces de los participantes.

### 3.7 CRITERIOS DE CALIDAD CIENTÍFICA

En los estudios cuantitativos, los estándares de calidad están claramente definidos y son ampliamente reconocidos. Sin embargo, en el caso de la investigación cualitativa, no existe un consenso universal, aunque sí se han establecido criterios que permiten evaluar el rigor metodológico y la calidad científica de este tipo de estudios. En este trabajo se han seguido los criterios de científicidad del paradigma naturalista propuestos por Lincoln y Guba (**Tabla 2**), que permiten garantizar la credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad de los hallazgos.

**Tabla 2.** Adaptación de los Criterios de evaluación de la calidad de los estudios desde la perspectiva positivista e interpretativa, y procedimientos para garantizar la credibilidad de Lincoln y Guba.

CRITERIOS CIENTÍFICOS DEL PARADIGMA POSITIVISTA	VALIDEZ INTERNA	VALIDEZ EXTERNA	FIABILIDAD	OBJETIVIDAD
CRITERIOS DE CIENTIFICIDAD DEL PARADIGMA NATURALISTA	CREDIBILIDAD	TRANSFERIBILIDAD	DEPENDENCIA	CONFIRMABILIDAD
PROCEDIMIENTOS QUE GARANTIZAN SU CUMPLIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Observación persistente</li> <li>- Triangulación de fuentes (encuestas, grupo focal, búsqueda bibliográfica)</li> <li>- Transcripción textual del discurso de los participantes</li> <li>- Coherencia estructural entre los datos obtenidos y los discursos analizados</li> <li>- Participación voluntaria y diversidad de roles entre los profesionales sanitarios</li> <li>- Juicio experto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Descripción detallada del contexto (Centro de Salud Actur Sur)</li> <li>-Selección intencional y heterogénea de participantes</li> <li>-Recolección de información rica y contextualizada que pueda aplicarse a otros entornos similares</li> <li>-Metodología replicable: cuestionario estandarizado, análisis cualitativo por fases</li> <li>-Procedimiento detallado del grupo focal y su transcripción</li> <li>-Muestreo intencional de perfiles profesionales diversos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Metodología replicable: cuestionario estandarizado, análisis cualitativo por fases</li> <li>-Procedimiento detallado del grupo focal y su transcripción</li> <li>-Muestreo intencional de perfiles profesionales diversos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Inclusión de todos los perfiles profesionales del centro (médicos y enfermeras)</li> <li>-Preguntas diseñadas ad hoc, alineadas con los objetivos del estudio</li> <li>-Revisión crítica por parte de la tutora y juicio de expertos</li> <li>-Reflexión constante del rol del investigador</li> </ul>
OBSERVACIONES DEL CRITERIO	<p>El objetivo no es comprobar hipótesis, sino asegurar que las descripciones obtenidas del grupo focal reflejan fielmente las percepciones de los profesionales. Para ello, se cuidó la fidelidad entre los datos recogidos y la realidad expresada, promoviendo coherencia en el análisis y triangulación con encuestas y bibliografía para reforzar la credibilidad.</p>	<p>Se refiere a la posibilidad de aplicar los hallazgos del estudio a contextos similares. Aunque el estudio se realizó en un único centro con una muestra reducida, los datos obtenidos son detallados y representativos de distintos perfiles profesionales. No se pretende una generalización estadística, sino ofrecer hallazgos útiles como referencia para futuras investigaciones o intervenciones similares en centros con características comparables</p>	<p>El estudio ha documentado detalladamente el proceso de recogida y análisis de datos, lo que permite su replicación en contextos y con perfiles similares. La inclusión de diversos perfiles profesionales en el grupo focal facilita la identificación de patrones comunes potencialmente reproducibles en entornos comparables.</p>	<p>Para reducir posibles sesgos, se diseñó un cuestionario ad hoc, ya que no existía uno validado que se adaptara al objetivo específico del estudio, adaptado a los objetivos y basado en la búsqueda bibliográfica y en la orientación metodológica. Aunque no todo el personal participó, se fomentó la implicación de todo el equipo para recoger distintas perspectivas y reducir posibles sesgos en el análisis cualitativo.</p>

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto se encuadra dentro del Trabajo Fin de Grado de Medicina de la Universidad de Zaragoza.

Se han cumplido los principios éticos principales a lo largo de todo el estudio. Se proporcionó un documento informativo con las bases del estudio y se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes (profesionales sanitarios del C.S Actur Sur), a través del cual se detalla el propósito e intencionalidad de la investigación, las condiciones para participar y las etapas del proceso, el manejo de los datos de forma anónima, las medidas de seguridad tomadas para la preservación de su confidencialidad y garantizando su participación libre y voluntaria en todo el proceso (Anexo 3). Los datos se almacenaron en dispositivos seguros y protegidos con contraseñas y bloqueo de pantalla y con acceso limitado al investigador y se eliminaron tras ser analizados y haber cumplido con el propósito del estudio (06/2025). Además, el investigador ha mantenido una visión reflexiva durante todo el procedimiento, valorando continuamente posibles sesgos y su impacto en los resultados o actitud de los participantes.

A través de este estudio se ha explorado desde un punto de vista comprensivo y próximo a las percepciones, necesidades y desafíos que existen en relación a la PAC en un centro de Salud, convirtiéndose en una posible inspiración para el diseño de programas formativos y para fomentar la implementación de manera sistemática de la PAC y sus herramientas facilitadoras en la Atención Primaria.

El estudio fue presentado al Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) obteniendo su dictamen favorable con fecha 26 de marzo de 2025 (C.I. PI25/153) (Anexo 4).

## 4. RESULTADOS

### 4.1 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Tras una búsqueda bibliográfica, se identificaron diversas herramientas disponibles para facilitar la PAC en el ámbito de la atención primaria. Estas herramientas pueden clasificarse en digitales y no digitales (Tabla 3), y varían en cuanto a su accesibilidad, formato y finalidad. Según el estudio de Riley et al. (2024), existe una creciente variedad de instrumentos dirigidos a los propios pacientes que buscan promover la reflexión y la toma de decisiones anticipadas sobre su atención médica futura (13). Esta revisión proporciona un marco útil para seleccionar herramientas según el contexto clínico y las características de la población usuaria. En el presente estudio, se seleccionaron aquellas herramientas consideradas más pertinentes y útiles como ejemplos aplicables al ámbito de la Atención Primaria.

**Tabla 3.** Herramientas disponibles para la implementación de la PAC, clasificadas en digitales y no digitales.

HERRAMIENTAS DIGITALES	HERRAMIENTAS NO DIGITALES
Making Your Wishes Known: Planning Your Medical Future	Go Wish
Our Memory Care Wishes (OMCW)	Cafés de la muerte
PREPARE for Your Care	Dodecaedro de la PAC
	Five Wishes
	Deseos Kayrós (DKs)
	Herramienta SPIKES

## HERRAMIENTAS DIGITALES

### Making Your Wishes Known: Planning Your Medical Future

Se trata de una plataforma web que guía a los usuarios en la planificación de su atención médica futura, permitiéndoles documentar y expresar sus deseos de manera estructurada. A través de la plataforma, los usuarios responden preguntas sobre su atención médica futura, de manera que el sistema genera un documento formal con sus preferencias, que puede imprimirse y compartirse con familiares y profesionales de la salud/residencia. Posteriormente, se puede utilizar en sesiones individuales o grupales con apoyo de un profesional que guíe la discusión y resuelva dudas (20).

### Our Memory Care Wishes (OMCW)

Herramienta digital enfocada en la PAC para personas con deterioro cognitivo leve o leve-moderado donde los usuarios acceden a la plataforma y responden preguntas adaptadas sobre valores, preferencias de tratamiento y participación de familiares en la toma de decisiones. Para facilitar el proceso, se incluyen guías interactivas y ejemplos que facilitan la expresión de deseos y la toma de decisiones informadas. Los resultados pueden documentarse para su posterior discusión con familiares o personal médico (21).

### PREPARE for Your Care

Esta plataforma ofrece materiales educativos y herramientas interactivas para ayudar a las personas a tomar decisiones informadas sobre su atención médica futura, haciéndolos mayores partícipes. El usuario sigue módulos interactivos con información sobre la PAC, donde se presentan videos educativos con situaciones simuladas para ayudar a comprender y decidir de una manera más realista sobre los aspectos clave de la planificación. También se incluyen cuestionarios guiados donde el usuario puede expresar sus deseos y valores en torno a la atención

médica y, posteriormente, adquirir los resultados de todas las respuestas en un documento para poder compartirlo con familiares y profesionales a su cargo.

La estructura guiada paso a paso y la combinación de videos, ejercicios y preguntas permite una planificación progresiva e interactiva, que además favorece a su vez para estimularlos (22).

## HERRAMIENTAS NO DIGITALES

### Go Wish

Juego de cartas diseñado para facilitar y guiar conversaciones sobre la PAC, identificando valores y prioridades de atención médica al final de la vida. Se pueden realizar sesiones individuales o grupales, guiadas por un facilitador que ayude a interpretar y dejar por escrito las respuestas, para su posterior conservación y discusión con los familiares o paciente. Para su uso, se van leyendo y sacando las cartas de un "montón", donde en cada una hay una afirmación sobre deseos y valores en la atención médica (ej. "Quiero morir en casa", "Prefiero no recibir tratamientos invasivos"). Tras ello, los participantes seleccionan y ordenan las cartas según la importancia que les otorgan y, a su vez, se va comentando y reflexionando sobre ello (23).

### Cafés de la muerte (talleres grupales)

Espacios de diálogo estructurado en los que se reflexiona sobre la muerte y la PAC en un ambiente abierto y respetuoso. Se organizan reuniones en las que un facilitador introduce temas clave de la PAC a través de preguntas o dinámicas grupales y los participantes comparten sus experiencias, preocupaciones y deseos, promoviendo el aprendizaje mutuo y manteniendo conversaciones de manera más coloquial y próxima, ayudándolos a normalizar el tema y tomar decisiones de forma consciente y "entre iguales". Al finalizar, se invita a los asistentes a reflexionar sobre los temas tratados y, si lo desean, documentar sus decisiones o realizar un documento de voluntades anticipadas.

## Dodecaedro de la PAC

Herramienta conceptual y pictórica que presenta la PAC desde múltiples dimensiones (aspectos médicos, legales, emocionales, sociales, familiares...), permitiendo un abordaje holístico. Se emplea un modelo visual con 12 áreas clave que el paciente debe considerar en su planificación de cuidados. Cada una de estas áreas está representada como una viñeta de manera muy visual y, en la parte trasera, se encuentra escrito el concepto clave y una serie de preguntas en relación a el área, para guiar la conversación del paciente (ejemplo: "Toma de Decisiones"; preguntas: ¿Quién quiero que tome decisiones por mí si no puedo hacerlo por mí mismo?, ¿Cómo quiero que se manejen las decisiones médicas en caso de que mi estado de salud empeore?). Los profesionales también pueden utilizarlo para guiar entrevistas, sólo con las preguntas y conceptos y sin el uso de las viñetas, asegurándose de que se aborden todos los aspectos esenciales para cada paciente. Permite generar un documento personalizado en función de las respuestas del paciente (24).

## Five Wishes (Cinco Deseos)

Documento de directivas anticipadas que permite a las personas expresar sus preferencias sobre cuidados médicos, trato personal y aspectos emocionales y espirituales. Presenta un enfoque integral, con lenguaje accesible para la población geriátrica, facilitando una comunicación clara y estructurada sobre sus preferencias.

Se completa un formulario estructurado en cinco áreas:

1. Persona representante
2. Tipos de tratamiento médico que desea o no recibir.
3. Trato y hábitos que querría recibir por los cuidadores y familiares.
4. Deseos en términos emocional y espiritual.
5. Mensajes finales o deseos para sus seres queridos.

Una vez completado, se discute con familiares y profesionales para garantizar su cumplimiento.

## Deseos Kayrós (DKs)

Los Deseos Kayrós son una herramienta diseñada para facilitar la reflexión, comunicación y documentación de deseos y valores personales sobre el cuidado en situaciones de enfermedad avanzada o final de vida. Forma parte del programa Conversaciones Kayrós y promueve conversaciones significativas entre pacientes, familias y profesionales, a través de materiales visuales impresos, disponibles en la página web, y preguntas clave que ayudan a guiar el diálogo. Su uso permite identificar lo que es importante para la persona, quién desea que tome decisiones por ella y cómo quiere ser cuidada, complementando así otros documentos legales como las voluntades anticipadas desde un enfoque emocional, ético y humanista (25).

## Herramienta SPIKES

Protocolo de comunicación estructurado que ayuda a los profesionales sanitarios a abordar conversaciones sensibles y difíciles, como la PAC. Se trata de una herramienta que facilita a los profesionales orientar ciertos temas y noticias más complejas. Se basa en seis pasos:

Setting (Preparación del entorno): elegir un espacio tranquilo y privado.

Perception (Percepción del paciente): evaluar qué sabe el paciente sobre su estado de salud.

Invitation (Invitación a recibir información): preguntar si desea conocer más detalles sobre su enfermedad y opciones de tratamiento.

Knowledge (Transmisión de información): explicar la situación con claridad y empatía.

Emotions (Manejo de emociones): permitir la expresión de sentimientos y ofrecer apoyo emocional.

Strategy & Summary (Estrategia y resumen): acordar los siguientes pasos y documentar las decisiones tomadas.

## 4.2 RESULTADOS METODOLOGÍA CUANTITATIVA

Esta encuesta la contestaron 7 mujeres (87,5%) de edad superior a 30 años (100%) y, el 62,5% de las respuestas fueron de profesión médica.

Se muestran los datos según preguntas individuales, tanto previas a realizar la intervención llevada a cabo, como las posteriores; para facilitar la comprensión y lectura de los resultados. Los datos totales se muestran en el Anexo 5.

A la pregunta de si solían hablar con sus pacientes sobre sus deseos y preferencias en relación con su atención futura, en la encuesta pre intervención, todas las posibles respuestas se repartieron equitativamente: 2 (25%) personas seleccionaron *frecuentemente*, 2 (25%) *a veces*, 2 (25%) *rara vez* y 2 (25%) *nunca*. Tras realizar la intervención, el 50% seleccionaron que *a veces* hablaban sobre los deseos y preferencias y, el 50% restante, que *rara vez* lo hacían. Por lo tanto, 2 (25%) personas pasan de *nunca* a *rara vez*, mientras que otras 2 (25%) pasan de *frecuentemente* a *a veces*. Esta pregunta tiene resultados estadísticamente significativos ( $p=0,04$ ).

Al preguntar sobre qué métodos utilizan para tratar el tema, pre intervención, 3 (37,5%) personas utilizaban la comunicación asertiva. En este caso 5 personas (62,5%) dejaron la respuesta en blanco. En el post intervención, 1 persona cambió su respuesta de dejarla en blanco a utilizar comunicación asertiva, quedando como resultados 4 (50%) personas con respuesta en blanco y 4 (50%) comunicación asertiva. A pesar del cambio en el uso de herramientas, este resultado no es estadísticamente significativo ( $p=0,606$ ).

En la siguiente pregunta, se les planteó que temas sobre la PAC consideraban más importantes para los pacientes o residentes. Esta pregunta podía responderse en formato múltiple, por lo que los resultados suman más del número total de participantes, al poder responder más de uno de los temas. Los temas más frecuentemente respondidos en la encuesta pre intervención, por 5 personas (62,5%), fueron la *autonomía en la toma de decisiones* y *deseos al final de la vida*; seguidos *tratamientos médicos específicos*, el cual lo valoraron como relevante 4

participantes (50%) y, tan sólo 1 persona (12,5%) mencionó la *participación de los familiares en la toma de decisiones*. Por lo contrario, en la encuesta post intervención, la mayoría de los temas habían sido mayormente votados: *deseos al final de la vida* había sido el mayor votado con un 87,5 % , seguido de *tratamientos médicos específicos* con 75% de votos y, con 1 voto más que en la pre intervención, la *participación de los familiares en la toma de decisiones*. Sin embargo, con 50% de los votos, la *autonomía en la toma de decisiones* había disminuido en importancia como tema valorado por los residentes sobre la PAC.

Al preguntar a los participantes sobre si pensaban que el uso de herramientas ayuda a estructurar estas conversaciones, previo a la intervención, 7 de los participantes (87,5%) valoraron como *muy útiles* el uso de herramientas de la PAC. Sin embargo, tras la intervención, 1 persona cambió su respuesta de *muy útil* a *moderadamente*. Este hallazgo resulta estadísticamente significativo ( $p=0,02$ ).

Previamente a la intervención, al plantear a los participantes la cuestión de si habían oído hablar de alguna herramienta para la PAC, 6 personas (75%) respondieron *no* conocer ningún ejemplo de herramienta. Tras realizar la intervención, cambiaron la mayoría de respuestas, respondiendo el 100% de los participantes que *si* conocían alguna herramienta de la PAC; suponiendo un hallazgo estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ).

Cuando se les pidió valorar a los participantes cómo calificarían su nivel de conocimiento sobre estas herramientas en una escala del 1 al 5 (siendo 1=nada y 5= muy alto), en el cuestionario pre intervención, acorde a la pregunta anterior, 6 de los participantes (75%) seleccionaron como *1* o *nada*, el grado de conocimiento sobre dichas herramientas. En cambio, en el cuestionario post intervención todos los participantes habían aumentado considerablemente su nivel de conocimiento, siendo 6 personas (75%) las que lo numeraron con un 3 e, incluso 1 participante con un 4. Este resultado es estadísticamente significativo ( $p=0,014$ ).

En la siguiente cuestión se les preguntó sobre el autor que les había proporcionado dicha información, en el caso de haberla recibido. Antes de la intervención, 6 de los participantes (75%) no respondieron la pregunta. En contraste, en el cuestionario post intervención, los 8 participantes (100%) respondieron a la pregunta con la

misma respuesta: *estudiante de medicina*. Esta pregunta es estadísticamente significativa ( $p=0,001$ ).

Se solicitó reflexionar a los participantes sobre las barreras o limitaciones y aspectos positivos percibían del uso de la PAC y las herramientas. Esta pregunta podía responderse en formato múltiple, por lo que los resultados suman más del número total de participantes, al poder responder más de uno de los temas. Los temas mayormente nombrados fueron barreras o limitaciones percibidas como la *falta de tiempo*, votado por 6 participantes (75%); y, *falta de formación*, nombrado por 4 participantes (50%). Otros temas que se valoraron, aunque tan sólo por 1 participante (12,5 %) respectivamente, fueron la *falta de confianza* y *falta de privacidad*. Tan solo 1 persona (12,5%) nombró un aspecto positivo sobre la PAC, siendo este el *aumento del bienestar emocional y autonomía del paciente*. Tras la realización de la intervención, la opción de *falta de tiempo* continuó siendo la más valorada, con un 75% de votos. Otras opciones aumentaron en votos tras la intervención, como *falta de confianza* que pasó a ser votada por 3 participantes (37,5 %) y, como aspecto positivo, el *aumento del bienestar emocional y autonomía del paciente*, que lo nombraron 2 participantes (25 %). Un dato destacable es la reducción de los votos a *falta de formación*, la cual se mantuvo con 1 sólo voto (12,5%).

En una de las preguntas, se les cuestionó sobre si habían recibido formación específica sobre el uso de alguna herramienta de PAC. Mientras que en la encuesta previa a la intervención, los 8 participantes (100%) respondieron que *no* haber recibido formación alguna; tras la intervención realizada, los votos cambiaron radicalmente, afirmando los 8 participantes *si* haber recibido formación específica. Esta pregunta es estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

Posteriormente, se les preguntó si consideraban que sería útil recibir formación adicional sobre las posibles herramientas de la PAC. Tanto previa como posteriormente a la intervención, los 8 participantes (100%) contestaron que *si* lo consideraban útil. Este hallazgo es estadísticamente significativo ( $p < 0,001$ ).

Se solicitó reflexionar a los participantes sobre qué necesitarían para empezar a implementar la PAC en su consulta del C.S. Esta pregunta podía responderse en

formato múltiple, por lo que los resultados suman más del número total de participantes, al poder responder más de uno de los temas. En la encuesta previa a la intervención, se nombraron tres aspectos comunes pero con cierta diferencia de votos: los 8 participantes (100%) asumieron que les faltaba *formación específica* para implementarlo, 4 participantes (50%) valoraron una falta de *apoyo del equipo directivo* como posible causa y, 1 participante (12,5%) percibió una falta de *información adicional*. Tras la intervención, tanto la causa de *formación específica* y *apoyo del equipo directivo* habían disminuido en votos, 5 y 3 respectivamente. Por el contrario, 1 participante añadió un voto a la falta de *información adicional* tras la intervención realizada. Además, 2 participantes (25%) valoraron la *falta de tiempo* como una nueva causa que percibían para no haber implantado aún la PAC.

A continuación, se les instó a valorar, desde su experiencia, los factores que limitaban la realización de preguntas sobre la PAC a los pacientes en la consulta. Esta pregunta podía responderse en formato múltiple, por lo que los resultados suman más del número total de participantes, al poder responder más de uno de los temas. En la encuesta previa a la intervención, el tema con el que mayormente justificaban la falta de realización de preguntas sobre la PAC fue la *falta de tiempo* según 6 de los participantes (75%). Otros temas mencionados, pero con menor número de votos fueron la *falta de naturalidad o miedo* respecto a hablar de ciertos temas con 3 votos (37,5 %) y, con 2 (25%), respectivamente, la *falta de formación* y *falta de confianza*. En el cuestionario post intervención, aumentaron las causas más técnicas como la *falta de tiempo* que, con un número de 7 votos (87,5%), fue la causa más nombrada; y, la *falta de más formación*, con 6 votos de los participantes (75%), que aumentó considerablemente tras la intervención. No obstante, las causas relacionadas con aspectos más emocionales y personales — como la *falta de naturalidad o el miedo*, mencionadas únicamente por 2 participantes (25%), y la *falta de confianza*, que no fue referida tras la intervención— fueron valoradas en menor medida.

Finalmente, se les preguntó sobre las limitaciones que les impedían incorporar ese tipo de herramientas en el proceso de su trabajo. De nuevo, esta pregunta podía responderse en formato múltiple, por lo que los resultados suman más del número total de participantes, al poder responder más de uno de los temas. En la encuesta

previa a la intervención, los 8 participantes (100%) consideraron la *falta de tiempo* como la mayor limitación para incorporar las herramientas en su día. Otros temas que se valoraron fueron la *falta de formación*, con 4 votos (25%); la *falta de confianza* con ciertos pacientes, 1 voto (12,5 %); y, la *sobrecarga de trabajo*, con 1 voto también. Tras la intervención, los participantes objetivaron de manera unánime (100%) que, *la falta de tiempo*, era la principal causa que les dificultaba implantar la PAC y trabajar con sus herramientas en su día a día.

## 4.3 RESULTADOS METODOLOGÍA CUALITATIVA

A partir de la transcripción literal del grupo focal, se procedió a una codificación inductiva y temática. Las categorías emergentes fueron clasificadas en torno a tres grandes dimensiones: el conocimiento sobre la PAC, las barreras y oportunidades para su implantación, y los aspectos relevantes a considerar. Esta estructura permitió sistematizar los hallazgos y facilitar la interpretación de los discursos. El árbol de códigos completo se encuentra disponible en el Anexo 6.

### 1. CONOCIMIENTO SOBRE LA PAC

#### 1.1 Conocimientos y herramientas disponibles

##### 1.1.1 Conocimiento previo

Durante la fase 1, el conocimiento previo sobre la PAC era prácticamente inexistente: 6 personas no sabían nada sobre el tema “*Yo nada de nada*” y, 2 ligeramente, sin llegar a saber el significado de la PAC. Además, sólo una persona mencionó conocer la existencia del dodecaedro como herramienta vinculada a este proceso “*y antes porque sabía un poco por el dodecaedro*”.

En contraste, en la fase 2, todos los participantes habían oído hablar previamente del término PAC, lo cual refleja una evolución clara en el conocimiento sobre el tema: “*no es como las voluntades anticipadas, esto es un poco más amplio. Es pues que expresen cómo quieren que te traten, donde quieres terminar...*”. No obstante, este conocimiento no se había traducido aún en una aplicación práctica profesional, ya que solo una persona lo ha realizado con sus padres, pero no a nivel profesional y solo uno nombra las herramientas propuestas para la PAC para darles uso: “*quitarnos el miedo de hablar de ‘qué va a pasar’ de la manera en que lo explicaste la otra vez, con los juegos y las herramientas*”.

##### 1.1.2 Asociación del concepto con otros términos o prácticas

En la fase inicial, se identificó una notable confusión conceptual. Tres participantes confundieron la PAC con otros términos como las Voluntades Anticipadas (VA) o los cuidados paliativos: “*todo eso de voluntades anticipadas y de que hay que*

*hablar con el paciente antes de que de que esté mal pero poco más...".* En cambio, cinco personas, si bien no lo comprendían completamente, sí lo asociaban con la idea de cuidados previos o preventivos, otros participantes incluso llegaron a interpretarlo como un conjunto de intervenciones propias de enfermería como curas o sondas urinarias: *"Yo también lo asociaba más a cuidados de enfermería como una sonda urinaria".*

En la fase 2, dicha confusión se había reducido considerablemente. Todos los participantes sabían diferenciar la PAC de las VA y los cuidados paliativos: *"pero no es como las voluntades anticipadas"*, aunque persistía cierta falta de claridad en cuanto a su definición exacta y aplicación. Un participante, por ejemplo, seguía vinculando el concepto a cuidados terapéuticos y diagnósticos, una visión reduccionista del enfoque integral que caracteriza a la PAC.

### **1.1.3 Relación con aspectos emocionales, culturales o espirituales**

Una diferencia significativa entre ambas fases se encuentra en la comprensión de la dimensión emocional, cultural y espiritual de la PAC. En la fase 1, ningún participante hizo alusión a estos aspectos ni antes ni tras explicar el concepto. Solo una persona comentó haber realizado comunicación empática con un paciente que expresó preferencias, pero aclaró que, en caso de tener que intervenir, únicamente sabría cómo actuar respecto a las VA: *"de hacer algo, sólo sabría realizar lo de VA"*.

Sin embargo, en la fase 2, todos los participantes reconocieron estos elementos como parte fundamental del proceso: *"ya no son cosas tan médicas o tan de enfermería"*. Aunque no se profundizó en estas dimensiones, este reconocimiento inicial supone un avance importante hacia una concepción más holística del cuidado. Además, se observa mayor apertura hacia la escucha activa y el acompañamiento emocional, como expresó un participante al relatar su experiencia: *"le insinué que se tomase también este tiempo como para poder hablar las cosas que tuviera que hablar, de despedirse..."*.

### **1.1.4 Aplicación práctica**

En cuanto a la aplicación práctica, en ninguna de las dos fases se evidenció una implementación directa y sistematizada de la PAC. En la fase 1, ningún participante

refirió haberla realizado, ni siquiera de manera informal; con la única excepción de dos personas que comentaron haber hablado sobre la RCP, pero en el contexto de otros documentos legales como VA, distintos a la PAC: *“el no hacer RCP podría entrar dentro de este tema ¿no?”*.

En la fase 2, pese a una mejor comprensión conceptual y un mayor acercamiento empático, la aplicación formal seguía sin darse en ningún caso. Aun así, se observaron mejoras en las prácticas comunicativas, con tres participantes que describieron situaciones recientes con pacientes terminales en las que se generó un espacio de escucha activa y diálogo: *“han sido los propios pacientes los que han sacado el tema”, “A mí en mi caso, el paciente me lo ha transmitido un poco: lo que quiere más o menos que se le haga cuando...”*.

## **1.2 Percepciones del personal sanitario**

En ambas fases del estudio se evidenció una actitud favorable y unánime por parte de los profesionales sanitarios hacia la instauración de la PAC en el sistema sanitario y, especialmente, en el ámbito de la Atención Primaria. Tanto en la fase 1 como en la fase 2, todos los participantes manifestaron estar de acuerdo en que se trata de una práctica *“muy importante y muy útil”*.

No obstante, se identifican matices evolutivos y profundización en las percepciones entre ambas fases.

En la fase 1, los profesionales destacaron como punto clave que la PAC podría contribuir a que el paciente se sintiera valorado y respetado, generando satisfacción emocional, especialmente en el entorno residencial. Uno de los participantes lo expresó de forma muy significativa: *“podría crear satisfacción en el paciente como que, alguien que está en una residencia, pensaría “ay qué bien, mira, que alguien se preocupa por mí y por cómo estoy o por lo que pienso”*.

Además, surgió con fuerza la preocupación por la falta de autonomía en la toma de decisiones clínicas, especialmente en pacientes geriátricos. Varios profesionales señalaron que, en la práctica habitual, no siempre se consulta al paciente sobre su voluntad, dando lugar a dinámicas paternalistas. En palabras de uno de ellos: *“Que*

*hay veces que decimos ‘esto otro’ y, a él, no le hemos preguntado en ningún momento; y es verdad que esto en esta generación pasa muchísimo”.*

En la fase 2, además de reafirmar las ideas anteriores, se amplió la percepción del impacto positivo de la PAC al incluir también a los familiares y al propio personal sanitario. En esta línea, un participante destacó que la PAC les liberaría cierto peso en las decisiones: *“a nosotros también nos quita un peso de decisión, porque llegada la situación, puedes decir “mira esto es lo que él quería a que haya un informe y ya está”.*

Un aspecto novedoso que emerge en la segunda fase es el reconocimiento del papel de la PAC en la prevención de conflictos familiares en la toma de decisiones al final de la vida. Cuatro participantes identificaron este beneficio, señalando que, al quedar por escrito en la historia clínica las preferencias del paciente, se minimizan posibles disputas o incertidumbres entre allegados *“te evitarías muchos conflictos familiares. Porque dirías mira, esto está aquí escrito y así no se puede cambiar lo que prefiere el familiar a lo que prefiere el paciente; que eso también ocurre”.*

Asimismo, se profundiza en el perfil idóneo del paciente para iniciar la PAC. Tres participantes señalaron que existen personas que cumplen características que favorecen su abordaje, como *“estar jubilados desde hace un tiempo, tener capacidades cognitivas conservadas y querer plantear ciertos aspectos de manera personal de ‘tú a tú”.* Esta reflexión muestra una evolución hacia una visión más estratégica y realista de su aplicación.

Finalmente, mientras en la primera fase no se mencionó el uso de herramientas específicas, en la segunda uno de los participantes resaltó su valor práctico, lo que indica un mayor conocimiento técnico y una posible disposición futura a su implementación estructurada.

## 2. BARRERAS Y OPORTUNIDADES PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA PAC

### 2.1 Barreras

#### 2.1.1 Falta de Formación e Información

En la fase 1, uno de los problemas más destacados es la falta de formación y conocimiento sobre la PAC, lo que genera confusión entre los profesionales respecto al proceso, su objetivo y los temas que abarca: *“yo no sé nada de nada”, “yo no lo habría asociado con el tema de planificar la muerte”, “a mí me suena más a voluntades anticipada”*. Esta carencia de información se traduce en una notable incomodidad para abordar con los pacientes cuestiones personales o relacionadas con situaciones terminales, como lo evidencia la afirmación de que *“me parecen temas muy personales, y quizá el no saber abordarlos de una forma correcta... quiero decir que a mí me da un poco de cosa”*. En la fase 2, aunque la falta de información ya no se menciona como un problema principal, las dificultades para tratar estos temas sensibles persisten. Los profesionales, a pesar de tener un mejor acceso a la información, siguen enfrentándose a barreras emocionales, evidenciadas en los comentarios de algunos participantes: *“es quitarnos el miedo y preguntarles”*; lo que indica que el reto ha evolucionado de una carencia formativa a un obstáculo principalmente emocional en la interacción con el paciente.

#### 2.1.2 Falta de Servicios y Normativa Actual

En la fase 1, los profesionales destacan la ausencia de una herramienta común de registro, como el sistema OMI, como una limitación significativa para el seguimiento y la atención de los pacientes, especialmente en entornos como las residencias. La afirmación *“que no tengamos un registro, porque eso limita mucho a la hora de atenderlos”* refleja cómo esta carencia impacta directamente en la calidad del servicio y en la continuidad asistencial. En la fase 2, aunque ya no se menciona específicamente la falta del OMI, sí se pone de relieve la persistente falta de comunicación interdisciplinar, particularmente con los servicios sociales, lo que también obstaculiza una atención coordinada. Además, se subraya una nueva barrera estructural: la falta de personal y la sobrecarga de trabajo, elementos que

dificultan de forma directa la implementación efectiva de la PAC. La expresión *“pero a lo mejor también hace falta algún otro trabajador social, que a lo mejor es poco...”* sintetiza esta problemática, evidenciando que, aunque las herramientas técnicas pueden haber mejorado, las limitaciones organizativas y de recursos humanos siguen condicionando gravemente la práctica.

### **2.1.3 Falta de Tiempo**

En la fase 1, todos los participantes identifican el tiempo como una de las limitaciones más críticas para implementar la PAC. La expresión *“no es viable en su horario actual”* refleja la dificultad de encajar estas conversaciones en la rutina diaria, considerándose prácticamente inviables. Además, se subraya la urgencia de anticipar estas discusiones, como lo ejemplifica un participante al señalar que *“muchas veces es demasiado tarde, ya que el paciente ya padece un deterioro cognitivo”*, lo que recalca la importancia de abordar la PAC antes de la pérdida de capacidad del paciente. En la fase 2, el problema del tiempo persiste con igual intensidad. Los profesionales destacan que en muchos casos solo disponen de *“10 minutos para ver a los pacientes”*, una limitación que impide abordar adecuadamente temas complejos como la PAC. Aunque algunos intentan encontrar soluciones, como agendar citas al final del día (*“me cojo el hueco de las 13:05h”*), estas estrategias son vistas como medidas puntuales y no sostenibles a largo plazo.

### **2.1.4. Falta de Naturalizar la PAC/Miedo a mantener conversaciones difíciles**

En la fase 1, se identificó que un número significativo de pacientes evitaba hablar sobre la PAC, como se expresa en la frase *“se cierran en banda y no quieren adentrarse en el tema”*. Este comportamiento también se refleja en los profesionales, quienes manifestaron sentir *“como que da cosa hablar”* al abordar estos temas, indicando una dificultad compartida para iniciar estas conversaciones. En la fase 2, el miedo continúa presente como una barrera relevante. Los profesionales señalaron que *“la gente se siente un poco intimidada y se alarman fácilmente”*, observándose una resistencia similar por parte de los pacientes a tratar la PAC. Asimismo, se mantiene el temor por parte de los profesionales, expresado

en frases como “*es quitarnos el miedo y preguntarles*”, lo que indica la continuidad de este obstáculo en ambas fases del estudio.

#### **2.1.5. Falta de Confianza/Relación Sanitario-Paciente**

En la fase 1, se subraya la relevancia de establecer una relación de confianza con el paciente para poder abordar la PAC, ya que los profesionales expresan sentir “*un poco de cosa y pudor*” al tratar estos temas, señalando que es necesario “*tener una buena relación*” con el paciente para facilitar estas conversaciones. En la fase 2, esta necesidad se mantiene, y se indica que los profesionales consideran importante que “*tienen que coger ya una cierta confianza*” con el paciente antes de introducir la PAC en la consulta. Además, se señala que a algunos pacientes “*les puede sentar mal la pregunta*”, lo que puede provocar una reacción negativa ante el intento de abordar estos temas.

#### **2.1.6. Obstáculo Cultural**

En la fase 1, varios participantes señalaron que los pacientes mayores suelen ser infantilizados, lo que conlleva una retirada de su autonomía. Esta situación se refleja en la afirmación de que “*si no tiene un deterioro cognitivo esa persona, puede opinar*”, lo que pone de manifiesto la importancia de respetar la capacidad de decisión del paciente mientras conserve sus facultades. En la fase 2, se mantiene una percepción cultural similar, ya que seis participantes coinciden en que “*no es natural*” preguntar directamente a los pacientes mayores sobre sus preferencias. También se destaca que, en muchos casos, son los familiares quienes toman decisiones en lugar del paciente, lo cual se identifica como una práctica que debería modificarse para reforzar la autonomía del paciente: “*Claro es que ahora por ejemplo, te pones de acuerdo con la familia, no con el paciente*”.

## **2.2 Oportunidades**

Tanto en la fase 1 como en la fase 2, los participantes coinciden en que el trabajo interdisciplinar es una fortaleza fundamental para implementar la PAC de forma efectiva. En ambas fases se propone que los profesionales socio sanitarios trabajen conjuntamente, y en la fase 2 se profundiza más en esta propuesta, destacando el

papel del trabajador social y del enfermero comunitario: *“trabajo social como ya van allí a pedir algo porque ya no están bien, a lo mejor sí que es un sitio fácil para llevar a cabo la PAC”*. También se señala la necesidad de aumentar el número de estos perfiles profesionales: *“a lo mejor también hace falta algún otro trabajador social, que a lo mejor es poco”*.

En cuanto al conocimiento previo y la relación con el paciente, en la fase 1 se menciona la importancia de realizar un seguimiento para tener información anticipada sobre la persona: *“se debería haber tenido antes ciertas entrevistas o conocimientos sobre el paciente, es decir un seguimiento”*. En la fase 2, esta idea se refuerza con el énfasis en la confianza como requisito previo: *“tienen que coger ya una cierta confianza para abordar este tema en consulta”*.

Respecto a las herramientas y formación, ambas fases muestran un consenso claro sobre la necesidad de recibir formación básica y contar con recursos que orienten el proceso de la PAC. En la fase 1, varios participantes señalan que las herramientas deben adaptarse a cada paciente: *“una herramienta que te sirva para todos, aunque sea en lo básico, a hacerle todos lo mismo y luego ya cada uno que lo personalice”*, *“eso es cada uno que lo moldea a su gusto”*. En la fase 2, también se valora positivamente el uso de herramientas, especialmente las dinámicas o lúdicas: *“lo que explicaste la otra vez, con los juegos y las herramientas, me pareció súper bien”*.

Sobre el lugar y el método de implementación, ambas fases identifican la consulta en el centro de salud como el entorno más adecuado para llevar a cabo la PAC. En la fase 1, se proponen espacios alternativos como las residencias, especialmente con pacientes mayores, donde se sugiere iniciar la conversación en grupo para facilitar posteriormente el abordaje individual: *“hacer algún grupo de hablar sobre estos temas y luego ya, se podría individualmente hablar con cada persona si se quiere ahondar en ciertos temas”*. Esta misma idea se repite en la fase 2: *“en la residencia sería muy buena manera hacer un taller de grupo o algo así, y lo veo más fácil”*. Sin embargo, también se señala que en consulta, la conversación individual es más efectiva cuando surge de forma natural: *“si expresa algo el paciente, pues entonces puedes tirar un poco del hilo”*. Además, se plantea como

estrategia citar a los pacientes en franjas horarias menos limitadas para poder dedicarles más tiempo: *“me cojo el hueco de las 13:05h qué es el último hueco y sé que ya luego no tengo más gente y tengo ese rato de más calidad presencial”*.

### 3. ASPECTOS RELEVANTES A CONSIDERAR

En ambas fases del estudio, los profesionales sanitarios identifican que las preocupaciones de los pacientes en torno a la PAC giran principalmente en torno a la pérdida de autonomía, la carga familiar, la soledad y el entorno del final de la vida. No obstante, se observan matices distintos entre las dos fases.

En la Fase 1, los participantes indican que el abordaje de la PAC ha estado centrado en aspectos muy concretos, como decidir si *“quieren recibir o no RCP”*, un aspecto limitado frente a la amplitud de temas que abarca la PAC. Además, se destaca que los pacientes mayores manifiestan inquietud sobre el lugar de la muerte y sobre quién les acompañará, una dimensión clave en la PAC.

Por su parte, en la Fase 2, los profesionales detectan que las preocupaciones de los pacientes se orientan más hacia el impacto que su situación puede tener en el entorno familiar, especialmente en sus hijos. Muchos pacientes temen volverse dependientes, con afirmaciones como *“a la gente lo que les preocupa es el molestar cuando sean mayores”*, lo que refleja una preocupación por preservar su autonomía. Además, en esta segunda fase emergen preocupaciones económicas, vinculadas al coste futuro del cuidado, como la posibilidad de ingresar en una residencia o contratar atención continua. También se menciona el miedo a la soledad y, al igual que en la fase anterior, el deseo de controlar aspectos como el lugar de la muerte y la compañía en ese momento, aunque en esta fase con un enfoque más emocional y relacional.

## 5. DISCUSIÓN

### 5.1 Limitaciones del estudio

Este estudio presenta varias limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus resultados. En primer lugar, el tamaño reducido de la muestra, compuesta por profesionales de un único centro de salud que aceptaron participar voluntariamente, limita la diversidad de perspectivas recogidas y dificulta la generalización de los hallazgos a otros contextos. Esta muestra intencionada, si bien adecuada para un diseño cualitativo exploratorio, no permite una validación externa ni garantiza la representatividad del conjunto de profesionales sanitarios.

Además, el estudio se enmarca dentro de un Trabajo Fin de Grado, lo que conlleva limitaciones temporales y logísticas que condicionan tanto la amplitud del análisis como la posibilidad de incluir un número mayor de participantes o centros. Esta restricción también impide la incorporación de fases adicionales que podrían haber enriquecido la profundidad del estudio, como una validación de resultados mediante triangulación con otras fuentes o actores implicados.

Dado su carácter cualitativo y exploratorio, este trabajo no pretende establecer relaciones causales ni generar conclusiones de tipo cuantitativo. Los resultados obtenidos deben interpretarse como una aproximación inicial al conocimiento y la experiencia de la PAC entre profesionales sanitarios, útil para generar hipótesis y orientar futuras investigaciones. Se recomienda la realización de estudios multicéntricos, con muestras más amplias y métodos mixtos, que permitan corroborar estos hallazgos y avanzar hacia una mejor comprensión e implementación de la PAC en el ámbito de la atención primaria.

## 5.2 Síntesis de hallazgos y aportes del estudio

Este estudio permitió explorar de forma secuencial el conocimiento, las percepciones y las barreras consideradas por los profesionales sanitarios. A continuación, se muestra la integración de los resultados cualitativos y cuantitativos conjuntamente, permitiendo una comprensión holística integral de los cambios observados entre ambas fases (pre y post intervención), así como las propuestas de cambio para facilitar la implementación de la PAC en la práctica clínica en Atención Primaria.

### **Evolución del conocimiento y comprensión de la PAC**

Uno de los hallazgos más destacados fue la mejora sustancial en el conocimiento del concepto de PAC entre ambas fases. Inicialmente, la mayoría de los profesionales desconocía por completo el término o lo asociaban con cuidados de enfermería o cuidados paliativos y documentos como las Voluntades Anticipadas. Esta confusión conceptual refleja una carencia informativa y formativa significativa, que fue parcialmente abordada a través de la intervención realizada entre ambas fases. Esta situación ha sido observada también en otros contextos clínicos: Zhang et al. (2025) evidencian cómo muchos profesionales sanitarios relacionan erróneamente la PAC exclusivamente con el final de la vida o los cuidados paliativos, lo que limita su implementación efectiva en fases más tempranas de la atención (26).

En cuanto a las herramientas específicas de la PAC, se observó un cambio significativo en el nivel de conocimiento. Inicialmente, los participantes desconocían tanto la existencia como el uso de estas herramientas, incluso en el caso del Dodecaedro de la PAC, que ya estaba presente en el centro. Tras la intervención, declararon poseer un nivel medio de familiaridad con algunas de ellas, además de manifestar interés en profundizar en la información.

Otro aspecto que evolucionó de manera significativa fue la interpretación del proceso de PAC como una intervención no sólo clínica, sino también emocional, cultural y espiritual. Mientras que en la fase inicial estos componentes fueron

escasamente considerados, en la fase 2, los profesionales comenzaron a reconocer su importancia para ofrecer una atención personalizada y centrada en la persona. Esta evolución hacia una concepción más integral coincide con el aumento cuantitativo de profesionales que valoran la escucha activa y el acompañamiento emocional como elementos clave para una adecuada práctica clínica.

Estos resultados evidencian la necesidad de seguir fortaleciendo la formación para mejorar la comprensión integral de la PAC. Diversos estudios coinciden en que los programas formativos, especialmente aquellos que integran teoría y práctica, aumentan significativamente el conocimiento, la confianza y la disposición de los profesionales a implementar la PAC de forma efectiva en su actividad asistencial diaria [27,28]. Asimismo, el aumento en el conocimiento y valoración de las herramientas específicas facilita su futura implementación clínica. En esta misma línea, Aguilar-Sánchez et al. (2018) identificaron un escaso nivel de conocimiento entre los profesionales sanitarios sobre el Documento de Voluntades Anticipadas, a pesar de mostrar actitudes favorables hacia su uso. Esta discrepancia entre la predisposición y el conocimiento técnico refuerza la importancia de intervenciones educativas que no sólo transmitan contenidos, sino que promuevan su integración real en la práctica clínica (29).

### **Percepciones y actitudes profesionales**

Los profesionales coincidieron en ambas fases en la importancia y utilidad de la PAC, especialmente en Atención Primaria. Sin embargo, la evolución en la percepción se refleja en una mayor conciencia del valor que la PAC puede aportar, no solo al paciente, sino también a su entorno familiar y al propio personal sanitario. En la fase 2, los participantes resaltaron la idea de que la PAC puede contribuir a prevenir conflictos familiares y a reducir la carga y responsabilidad emocional del equipo asistencial, al contar con una guía clara sobre los deseos del paciente. Esta percepción se alinea con los hallazgos de una revisión sistemática que indica que la implementación de la PAC puede tener un impacto positivo en el bienestar de los profesionales de la salud, al proporcionar claridad en la toma de decisiones y reducir el estrés asociado a la atención al final de la vida (30).

En consonancia con estas percepciones generales, se planteó la identificación del perfil idóneo para iniciar la PAC. Algunos participantes señalaron que ciertas características, como estar jubilados desde hace tiempo, conservar capacidades cognitivas y mostrar disposición para abordar los temas de la PAC de manera directa y personalizada, facilitan un abordaje más efectivo. Esta reflexión revela una evolución hacia la percepción, más estratégica y realista del proceso. Asimismo, tras la intervención, destacaron el valor práctico del uso de herramientas de la PAC para facilitar el abordaje, lo que evidencia un avance en la predisposición hacia su implementación en la práctica clínica.

La percepción de la PAC ha evolucionado hacia un enfoque más integral y estratégico, reconociendo su valor para pacientes, familias y profesionales. La identificación de perfiles idóneos y el reconocimiento de herramientas prácticas reflejan una mayor disposición para su implementación, aunque es necesario seguir fomentando esta sensibilización para asegurar su aplicación efectiva y personalizada.

### **Prácticas clínicas de la PAC de los profesionales**

En cuanto a la aplicación práctica de la PAC, en ambas fases no se evidenció una implementación sistematizada. En la segunda fase, aunque la comprensión del concepto mejoró y se observó un mayor acercamiento empático, la aplicación formal seguía siendo inexistente. No obstante, se notaron avances en la comunicación, con algunos profesionales que generaron espacios de diálogo y escucha activa, sobre algunos deseos y preferencias, generalmente iniciados por los propios pacientes. Esta evolución demuestra un progreso, pero persiste una brecha importante entre el conocimiento teórico y su integración práctica, siendo la aplicación de la práctica informal y sin estructura clara, limitando su efectividad real.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de continuar fomentando la formación en habilidades comunicativas y en el abordaje de aspectos emocionales y psicosociales. A pesar de una tendencia hacia un modelo más participativo, aún prevalecen decisiones unilaterales, especialmente en pacientes mayores, lo que refuerza la importancia de promover la autonomía del paciente en la PAC.

Además, estudios recientes evidencian que la implementación efectiva de la PAC no solo mejora la comunicación entre profesionales y pacientes, sino que también contribuye a aliviar la carga emocional tanto del equipo sanitario como de los familiares. La creación de espacios de diálogo estructurados facilita la participación activa de los pacientes y sus cuidadores, reduciendo la incertidumbre y el estrés asociados a la toma de decisiones en contextos de fragilidad o enfermedad avanzada. Esto resalta la importancia de integrar la PAC como una herramienta clave para el bienestar emocional de todos los involucrados en el proceso asistencial (31).

Estas conclusiones se alinean con investigaciones previas. Un estudio realizado con estudiantes de medicina y profesionales de atención primaria mostró que un taller interactivo con juegos de rol mejoró tanto el conocimiento como la comodidad de los participantes para abordar la PAC, resaltando el valor del aprendizaje práctico para mejorar las habilidades de comunicación clínica (32). De igual forma, un programa de formación específico en comunicación para la PAC en pacientes con demencia demostró aumentar significativamente la confianza de los profesionales para iniciar estas conversaciones (33).

## **Percepciones y opiniones pos intervención de los profesionales**

### **Barreras percibidas para la implementación**

A pesar de los avances, el estudio identifica barreras estructurales, organizativas y emocionales que dificultan la incorporación efectiva de la PAC. La falta de tiempo y la escasa coordinación intersectorial continúan siendo limitantes relevantes, así como el temor de los profesionales a iniciar conversaciones delicadas, lo cual refleja la necesidad de dotar a los equipos de formación y herramientas comunicativas específicas.

Además, la ausencia de confianza o de una relación consolidada entre profesional y paciente fue señalada como un obstáculo clave. Esta barrera, aunque reconocida en ambas fases, mostró una ligera mejora en la segunda, en la que se destacó la importancia de generar un vínculo previo que facilite el abordaje de la PAC.

Estos hallazgos coinciden con los resultados de diversas investigaciones. Estos estudios identificaron barreras como la falta de conocimiento y habilidades para llevar a cabo la PAC, el temor a iniciar conversaciones sobre el final de la vida y la falta de tiempo para discutir estos temas, tanto desde la perspectiva de los profesionales como de los pacientes y sus familias (15,34,35).

Asimismo, el temor de los profesionales a iniciar conversaciones delicadas y la falta de confianza en sus propias habilidades comunicativas son barreras también reconocidas en la literatura, tal como reflejan Sudore et al. (2023)(36). Estos estudios destacan que la inseguridad para abordar temas relacionados con el final de la vida y la comunicación efectiva limita la implementación de la PAC, lo que coincide con los hallazgos de este trabajo.

Estos estudios subrayan la necesidad de implementar estrategias que aborden tanto las limitaciones estructurales como las emocionales, promoviendo la formación en habilidades comunicativas y facilitando la creación de un entorno que favorezca la implementación efectiva de la PAC.

### **Propuestas para la aplicación**

A lo largo del estudio plantearon distintas estrategias que pueden actuar como facilitadores para incentivar la implementación de la PAC. El trabajo interdisciplinar fue valorado de forma especialmente positiva en la fase 2, con un reconocimiento claro del rol de trabajadores sociales y enfermería comunitaria como agentes clave, lo cual coincide con hallazgos de estudio de McMahan et al. (2021), que resaltan la importancia del enfoque multidisciplinar para mejorar la planificación anticipada (37).

Asimismo, la formación específica y el uso de herramientas lúdicas o interactivas, fueron señaladas como elementos facilitadores del proceso. También se destacó la importancia de contar con los servicios y espacios adecuados, como consultas más prolongadas, para permitir conversaciones profundas y significativas. Esta necesidad de disponer de tiempo y espacio suficiente para abordar la PAC es resaltada en dos estudios, que señalan que una adecuada organización del tiempo y crear entornos propicios y organizativos que permitan este tipo de diálogo en

Atención Primaria, facilita la realización de estas conversaciones complejas, mejorando la calidad del proceso y la satisfacción tanto de profesionales como de pacientes (38,39). Además, este trabajo apunta a que el respaldo institucional y la cultura organizativa también son determinantes para que la PAC se integre con éxito en la práctica clínica diaria (39).

En conjunto, estas oportunidades muestran que, si bien existen resistencias y limitaciones, los profesionales identifican posibles soluciones para integrar la PAC en su práctica cotidiana, especialmente si se les otorga el apoyo institucional y formativo necesario.

## 5.3 Lecciones aprendidas y sugerencias para futuras investigaciones

El desarrollo de este Trabajo Fin de Grado me ha permitido adquirir y aprender competencias básicas para la realización de un proceso de investigación en el ámbito socio sanitario. Desde el planteamiento inicial del estudio, hasta la obtención del dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación Clínica de Aragón, he aprendido a realizar una propuesta estructurada y adaptada a los requerimientos éticos y prácticos en el ámbito sanitario. Además, he aprendido, de manera aplicada, cómo se diseña y realiza una formación orientada a profesionales sanitarios, mejorando mis herramientas de comunicación y, a su vez, formándome sobre la PAC. Esta experiencia me ha permitido integrar conocimientos sobre metodología cualitativa y cuantitativa, análisis de resultados y redacción científica, consolidando aprendizajes esenciales para mi futuro profesional y académico.

Una dirección clave para futuras investigaciones sería ampliar la duración del estudio, debido a que se trata de un proceso efectivo desde una perspectiva longitudinal, ya que sus beneficios se evidencian en el marco de una atención continuada y centrada en la persona. Otro aspecto a considerar sería ampliar el tamaño muestral, incluyendo también a profesionales de otros centros asistenciales, como residencias, para obtener una visión más integral y desde otros puntos de vista del proceso de la PAC y mejorar la coordinación entre niveles asistenciales. Asimismo, sería relevante explorar la integración de herramientas de PAC en la historia clínica electrónica, con el objetivo de mejorar su accesibilidad y continuidad. Dado que muchas de estas herramientas carecen de validación científica y reconocimiento legal uniforme en España, se sugiere también avanzar en su análisis, evaluación formal y continuada y estandarización de la normativa, ya que varía por comunidad autónoma, lo que representa una barrera adicional para su implementación uniforme y efectiva.

Además, se destaca la necesidad de investigar el impacto de programas formativos dirigidos a profesionales sanitarios, que les capaciten para identificar a los

pacientes adecuados, facilitar conversaciones significativas y personalizadas y promover decisiones compartidas de manera efectiva.

Finalmente, se destaca la necesidad de promover estudios con un enfoque multicéntrico que permitan evaluar la efectividad, aceptabilidad y sostenibilidad de la PAC en el entorno español. Solo mediante la combinación de investigación, formación e integración en el sistema sanitario, será posible avanzar hacia una planificación anticipada que forme parte integral de la atención centrada en la persona.

## 5.4 REFLEXIÓN FINAL

La realización de este Trabajo de Fin de Grado ha supuesto una experiencia en mi formación como futura médica. Me ha permitido conocer e investigar sobre la PAC, un concepto hasta ahora poco explorado, pero con un enorme valor en el ámbito asistencial, especialmente dentro de la Atención Primaria. Aprender sobre el proceso de la PAC y su aplicación ha ampliado mi visión sobre el cuidado integral y longitudinal del paciente, valorando más la importancia de escuchar, acompañar y respetar los valores individuales en los procesos de salud.

Desde un punto de vista académico, este trabajo me ha ayudado a trabajar y aplicar todas las fases de una investigación clínica, desde su diseño y aprobación ética hasta la recogida, análisis e interpretación de datos. Esta experiencia ha sido muy útil para afianzar mis competencias como estudiante y también me ha dotado de herramientas y conocimientos que podré aplicar en futuros trabajos o investigaciones similares. También como futura profesional sanitaria, me ha ayudado a valorar la capacidad crítica, sensibilidad ética y compromiso con la mejora continua y avances en la atención al paciente. Además, este trabajo ha reforzado mi convicción de que la investigación es una herramienta esencial para avanzar en la calidad de los cuidados y adaptarse a los cambios que experimenta la sociedad y, con ello, la medicina. La PAC no solo plantea nuevos retos, sino que invita a repensar el modelo de atención, fomentando un enfoque más personalizado, compartido y respetuoso.

En definitiva, este proceso me ha permitido crecer tanto en lo académico como en lo personal. Me ha motivado a seguir formándome, a valorar el impacto de la comunicación clínica y a mantener una actitud de mejora continua y atención personalizada, en beneficio de los pacientes.

## 6. CONCLUSIONES

Tras la valoración de los resultados obtenidos, este estudio permite concluir:

- I. La PAC es percibida de forma positiva por los profesionales sanitarios de Atención Primaria, quienes destacan su utilidad para mejorar la calidad asistencial y garantizar el respeto a los valores del paciente, aunque su aplicación práctica aún es limitada.
- II. Existen barreras significativas para su implementación, como la falta de tiempo en consulta, la escasa formación específica y preparación para abordar estos temas y ausencia de estandarización de herramientas, incluyendo su integración en los sistemas de historia clínica, lo que dificulta su uso sistemático.
- III. La formación ofrecida en el marco de este estudio permitió mejorar el conocimiento de los profesionales y favoreció una mayor sensibilización sobre la importancia de la PAC, aunque se evidenció la necesidad de mantener una formación continuada.
- IV. La experiencia previa de los profesionales con la PAC era limitada y en algunos casos informales, lo que refuerza la importancia de estructurar su incorporación en la práctica clínica mediante recursos formativos y de apoyo concretos.
- V. La coordinación interdisciplinar y entre niveles asistenciales, especialmente con recursos socio sanitario como residencias, se identificó como un elemento clave para garantizar la continuidad asistencial y la efectividad del proceso la PAC.
- VI. La aplicación conjunta de metodologías cuantitativas y cualitativas no sólo enriqueció los resultados del estudio, sino que evidenció cómo un enfoque mixto aporta una comprensión más profunda y amplia de la PAC.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cegri Lombardo F. Planificación anticipada de cuidados. En: Arroyo de la Rosa A, Bayona Huguet X, editores. *Guía de atención domiciliaria*. Barcelona: semFYC; 2019. p. 186-195. Disponible en: <https://www.semfyec.es/publicaciones/guia-de-atencion-domiciliaria>
2. Lum HD, Sudore RL, Bekelman DB. Advance care planning in the elderly. *Med Clin North Am*. 2015;99(2):391–403. doi:10.1016/j.mcna.2014.11.010
3. Dias LM, Bezerra MR, Barra WF, Nunes R, Rego F. Advance care planning: a practical guide. *Rev Bioét*. 2022;30(3):525–533. doi:10.1590/1983-80422022303546EN
4. Malhotra C. Reimaginar y cambiar la marca de la planificación anticipada de la atención. *Age Ageing*. 2024;53:afae233. doi:10.1093/ageing/afae233
5. Advance care planning: a practical guide. *Rev Bioét*. 2022;30(2):260–269. doi:10.1590/1983-80422022202111635
6. Simón Lorda P, Tamayo Velázquez MI, Esteban López MS, editores. *Planificación anticipada de las decisiones: guía de apoyo para los profesionales*. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2013. Disponible en: [https://www.semfyec.es/storage/publication/Cap%C3%ADtulo%20Muestra\\_2.pdf](https://www.semfyec.es/storage/publication/Cap%C3%ADtulo%20Muestra_2.pdf)
7. Ben-Moshe S, Curseen KA. Advance care planning in the geriatrics clinic. *Clin Geriatr Med*. 2023;39(3):407–416. doi:10.1016/j.cger.2023.05.003
8. Simón Lorda P, Tamayo Velázquez MI, Esteban López MS, editores. *Planificación anticipada de las decisiones: guía de apoyo para los profesionales*. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2013. Disponible en:

[https://www.semfy.com/storage/publication/Cap%C3%ADtulo%20Muestra\\_2.pdf](https://www.semfy.com/storage/publication/Cap%C3%ADtulo%20Muestra_2.pdf)

9. Martin RS, Hayes B, Gregorevic K, Lim WK. The effects of advance care planning interventions on nursing home residents: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(4):284–93. doi:10.1016/j.jamda.2015.12.017
10. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med*. 2014;28(8):1000–25. doi:10.1177/0269216314526272
11. Rosca A, Karzig-Roduner I, Kasper J, Rogger N, Drewniak D, Krones T. Shared decision making and advance care planning: A systematic literature review and novel decision-making model. *BMC Med Ethics*. 2023;24(1):64. doi:10.1186/s12910-023-00944-7
12. Malhotra C. Reimagining and rebranding advance care planning. *Age Ageing*. 2024;53(10):afae 233. doi:10.1093/ageing/afae233
13. Riley S, Voisin C, Stevens E, Bose-Brill S, Moss K. Tools for tomorrow: a scoping review of patient-facing tools for advance care planning. *Palliative Care and Social Practice*. 2024;18. doi:10.1177/26323524241263108. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39045292/>
14. Gómez-Batiste X, et al. Advanced care planning: recommendations for its implementation in primary care and palliative care settings. *Med Clin (Barc)*. 2017;149(3):115-121.v
15. Lai YS, Ng CJ, Lee YK, et al. Barriers and facilitators to advance care planning implementation in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):133.
16. Jiménez García A, et al. Formación de profesionales sanitarios en planificación anticipada de cuidados: una revisión. *Atención Primaria*. 2019;51(7):436-442.
17. Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, Wouters EFM, Janssen DJA. Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(7):477-489.
18. Blackford J, Strivens E, Jackson C. Educational interventions for advance care planning: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2019;102(7):1277-1286.

19. Lehmann C, Suhr M, Rieger MA. Advance care planning in primary care: a qualitative study of GPs' perspectives. *Fam Pract*. 2020;37(4):418-423.
20. The Conversation Project. *Making Your Wishes Known: Planning Your Medical Future* [Internet]. [citado el 20 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://theconversationproject.org/nhdd/advance-care-planning/>
21. Behrens LL, Morgan B, Summerhayes E, Talwar S, Burshnic-Neal VL, Ersek M, Hodgson N. Viability and acceptability of a web-based advance care planning tool for dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2022 Jun;23(6):1029-1035.e1. doi: 10.1016/j.jamda.2022.01.075
22. Sudore RL. *Prepare for Your Care* [Internet]. [citado el 20 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://prepareforyourcare.org/es/welcome>
23. Melé M, Villavicencio-Chávez C, Rodríguez C, Edo-Gual M, Crespo I. Diseño y desarrollo de una nueva herramienta gráfica para facilitar la comunicación en torno a la planificación anticipada de cuidados. *Edad y Envejecimiento*. 2024;53(7). doi:10.1093/ageing/afae148
24. Menkin ES. Go Wish: a tool for end-of-life care conversations. *J Palliat Med*. 2007;10(2):297–303. doi:10.1089/jpm.2006.9983
25. Asociación de Pacientes y Familiares con Dolencias Crónicas. *Deseos Kayrós: Conversaciones para la planificación anticipada de cuidados* [Internet]. 2022 [citado el 20 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.adpsalud.es/conversacioneskayros/>
26. Zhang Z, Zhao Y, Wang Y, Li T, Wang J, Zheng L, et al. Perceptions and barriers to advance care planning among health professionals in neurology and oncology: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*. 2025;24(1):12. doi:10.1186/s12904-025-01197-2
27. Chan HYL, Kwok AO, Yuen KK, Au DKS, Yuen JKY. Association between training experience and readiness for advance care planning among healthcare professionals: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2020;20(1):451. doi:10.1186/s12909-020-02347-3
28. Goto Y, Miura H. Evaluation of an advance care planning training program for healthcare professionals incorporating shared decision making skills. *BMC Palliat Care*. 2023;22(1):19. doi:10.1186/s12904-022-01019-x

29. Aguilar-Sánchez J, Gómez-Salgado J, Ruiz-Frutos C, Montejano-Lozoya R, Martín-Pereira J, Andina-Díaz E. Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas. *Gac Sanit.* 2018;32(4):339–42. doi:10.1016/j.gaceta.2017.09.006.
30. The Impact of Advance Care Planning on Healthcare Professionals' Well-being: A Systematic Review. PubMed. 2023. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37827454/>
31. Melguizo Jiménez M, Medina Salas V, Canet Jubierre M, Sánchez Mariscal D, Rodríguez Bravo I, Vilar Gámez M. Utilidad de la planificación anticipada de decisiones para hacer protagonistas a los pacientes y cuidadoras en la atención al final de la vida. *Comunidad.* 2018 Jul–Oct;20(1):1–6. Disponible en: <https://comunidad.semfyc.es/article/utilidad-de-la-planificacion-anticipada-de-decisiones-para-hacer-protagonistas-a-los-pacientes-y-cuidadoras-en-la-atencion-al-final-de-la-vida>
32. Lum HD, Jones J, Matlock DD, Glasgow RE, Levy CR, Gidvani VK. Advance care planning meets group medical visits: the feasibility of promoting conversations. *Am J Hosp Palliat Care.* 2020;37(4):254–60. doi:10.1177/1049909119880793
33. Ampe S, Sevenants A, Smets T, Declercq A, Van Audenhove C. Advance care planning for nursing home residents with dementia: a cluster randomized controlled trial on the effectiveness of training and support. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(6):e12–e21. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.06.019.
34. Poveda-Moral S, Falcó-Pegueroles A, Ballesteros-Silva MP, Bosch-Alcaraz A. Barriers to Advance Care Planning Implementation in Health care: An Umbrella Review with Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2021;18(5):254–263. doi:10.1111/wvn.12530sigma.1PubMed+1
35. Sharp T, Moran E, Kuhn I, Barclay M. Barriers to advance care planning with patients as perceived by nurses and other healthcare professionals: A systematic review. *J Clin Nurs.* 2019;28(21-22):3451–3465. doi:10.1111/jocn.14933

36. Sudore RL, Heyland DK, Lum HD, et al. Barriers to Effective Communication about Advance Care Planning and Palliative Care: A Qualitative Study. *J Palliat Med.* 2023;26(1):45-53. doi:10.1089/jpm.2022.0296
37. McMahan RD, Tellez I, Sudore RL. Advance care planning: Contemporary issues and future directions. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2021 Jun;15(2):139-144. doi:10.1097/SPC.0000000000000546.
38. Martín-Fernández J, Casado-Sánchez C, Fernández-Mayoralas DM, et al. Time management and advance care planning in primary care: challenges and opportunities. *Atención Primaria.* 2023;55(3):102476. doi:10.1016/j.aprim.2023.102476.
39. Gilissen J, Pivodic L, Smets T, Gastmans C, Vander Stichele R, Deliens L, et al. Preconditions for successful advance care planning in nursing homes: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2017;66:47–59. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.12.003

## ANEXOS

### Anexo 1. Guion de Entrevista Semiestructurada para el Grupo Focal sobre Planificación Anticipada de Cuidados

#### CUESTIONES PLANTEADAS EN LAS ENTREVISTAS DEL GRUPO FOCAL

*En el grupo focal (sanitarios del C.S de salud Actur Sur), se plantean las cuestiones escritas a continuación. Se debe tener en cuenta que se trata de preguntas abiertas, planteadas para recabar la máxima información sobre las percepciones de los participantes a cerca de la PAC y que, en ciertas cuestiones, se permitirá profundizar más si las respuestas lo ameritan o si surgen perspectivas interesantes, captando también diferencias y matices entre los participantes, ya que su contexto y roles profesionales pueden influir en su visión y experiencia sobre la PAC. Se realizará una introducción inicial, y posteriormente se plantean las siguientes cuestiones.*

#### **Introducción**

Buenas tardes, mi nombre es Paula Melendo. En primer lugar quiero agradecerles su disponibilidad y su colaboración, ya que es muy relevante para nosotros y para el estudio.

Tal y como habíamos comentado con anterioridad, estamos aquí para realizar un grupo focal en relación a la planificación anticipada de cuidados (en adelante, PAC) que forma parte de mi Trabajo Fin de Grado en Medicina.

El grupo focal es un método de investigación cualitativa mediante el cual se profundiza en la opinión y la experiencia de expertos en el tema que estamos investigando. No hay reflexiones acertadas o incorrectas; simplemente se exploran sus percepciones y reflexiones.

Este grupo focal va a tener una duración máxima menor de una hora y, si no tienen inconveniente, se va a audio grabar la entrevista, únicamente a los efectos de poder transcribir los datos de manera literal y realizar un análisis del contenido con más rigor. No obstante, los responsables del proyecto garantizamos la absoluta confidencialidad de los datos recogidos, así como su intimidad, utilizando los datos derivados de las entrevistas exclusivamente con fines investigadores. En ningún caso se van a identificar las opiniones con ninguno de los participantes, ya que el análisis se realiza sobre el texto en conjunto

Cuando finalice el estudio les haremos llegar las conclusiones del mismo.

1. ¿Qué es para vosotros la PAC? ¿De qué creéis que se trata? (conocimiento y concepción)
2. ¿Habláis alguna vez con los usuarios de la residencia sobre sus preferencias de cuidados, asistencia...? ¿En qué preferencias insisten/les preocupan más?
3. ¿De qué manera suelen introducir estas conversaciones? ¿Os resulta difícil?
4. ¿Conocéis alguna herramienta para tratar estos temas y estas conversaciones?
5. ¿Qué opináis sobre la PAC? ¿Qué limitaciones y puntos a favor percibís?

## Anexo 2. Cuestionario ad hoc pre y post intervención realizado a los profesionales

### ENCUESTA PARA LOS PROFESIONALES

**Objetivo:** Conocer el enfoque y percepción de los profesionales sobre la planificación anticipada de cuidados

---

#### DEMOGRAFÍA

- **Hombre/Mujer**
  - **Grupo de edad:** <30    30-50    50>
  - **Categoría profesional:** médico/a    enfermero/a
- 

#### 1. Planificación Anticipada de Cuidados

- ¿Suele hablar con los pacientes sobre sus deseos y preferencias en relación con su atención futura?
  - Siempre
  - Frecuentemente
  - A veces
  - Rara vez
  - Nunca
- Si la respuesta es una de las 3 primeras opciones, ¿qué métodos o herramientas utiliza para tratar el tema?
- En su experiencia, ¿qué temas son más importantes para los pacientes durante la planificación anticipada? (Seleccione los más relevantes)
  - Deseos al final de la vida
  - Tratamientos médicos específicos
  - Participación de los familiares en la toma de decisiones
  - Autonomía en la toma de decisiones

- Otro: \_\_\_\_\_
- ¿Cree que el uso de herramientas ayuda a estructurar estas conversaciones?
  - Extremadamente útiles
  - Muy útiles
  - Moderadamente
  - Poco
  - Nada

## **2. Conocimiento sobre herramientas de la Planificación Anticipada de Cuidados (PAC)**

- ¿Ha oído hablar de alguna herramienta para la PAC?
  - Sí / No
- En una escala del 1 al 5, ¿cómo calificaría su nivel de conocimiento sobre esta herramienta siendo 1 (Nada) - 5 (Muy alto)?
- ¿Quién le ha proporcionado información sobre esta herramienta?
  - Médico / Enfermero / Familiar / Otro: \_\_\_\_\_
- ¿Qué barreras o limitaciones y aspectos positivos percibe en su uso? (Respuesta abierta)

---

## **3. Formación y Capacitación**

- ¿Ha recibido formación específica sobre el uso de alguna herramienta de PAC?
  - Sí / No
- ¿Cree que sería útil recibir formación adicional sobre esta herramienta?
  - Sí / No
- En caso de que no lo use, ¿qué necesitaría para empezar a implementarlo?
  - Información adicional
  - Formación específica
  - Apoyo del equipo directivo
  - Otros: \_\_\_\_\_



## Anexo 3. Consentimiento Informado presentado a los profesionales

### DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL PARTICIPANTE

**Título de la investigación:** Estudio cualitativo de la percepción de los profesionales sanitarios sobre la Planificación Anticipada de Cuidados en un Centro de Salud de Zaragoza.

**Responsable:** Universidad de Zaragoza

**Directora/Tutora:** Nuria Val Jiménez

mail: [nvalj@salud.aragon.es](mailto:nvalj@salud.aragon.es)

**Investigadora Principal:** Paula Melendo Fortea

mail: [paula.melendo104@gmail.com](mailto:paula.melendo104@gmail.com)

**Promotor/a:** Paula Melendo Fortea

**Centro:** C.S Actur Sur

#### 1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación en un proyecto de investigación que estamos realizando en Unizar. Su participación es absolutamente voluntaria, en ningún caso debe sentirse obligado a participar, pero es importante para obtener el conocimiento que necesitamos. Antes de tomar una decisión es necesario que:

- lea este documento entero
- entienda la información que contiene el documento
- haga todas las preguntas que considere necesarias
- tome una decisión meditada
- firme el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de esta hoja y del documento de consentimiento firmado. Por favor, consérvelo por si lo necesitara en un futuro.

## **2. ¿Por qué se le pide participar?**

Se le solicita su colaboración porque es profesional sanitario del C.S Actur Sur (Zaragoza).

Si Ud. cumple estas especificaciones su participación es importante para nosotros. En el estudio está previsto que participen un total de 10-12 personas.

## **3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?**

Con este estudio se busca investigar sobre la Planificación Anticipada de Cuidados (PAC), abordando los siguientes puntos : describir la situación actual de la PAC en nuestro entorno y las herramientas disponibles; evaluar e identificar el nivel de conocimiento, herramientas y las prácticas actuales relacionadas con la planificación anticipada de cuidados entre los profesionales sanitarios, que brindan atención en los centros de salud; desarrollar una formación basada en las herramientas descritas en la bibliografía, que ayuden a facilitar la implementación de una planificación anticipada en nuestro Centro de Salud y analizar las percepciones y opiniones de los profesionales del centro de salud en relación con el uso de herramientas de la planificación anticipada de cuidados, evaluando su utilidad, su implementación en el centro y el impacto en el proceso.

## **4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?**

Primeramente, se realizarán a los profesionales previas encuestas a la formación del uso de las herramientas ejemplos de estudio (PAC) para conocer su nivel de conocimiento, práctica y percepción sobre estas y sobre la planificación anticipada de cuidados. Además, se realizará una entrevista en grupo focal (formado por los profesionales sanitarios del C.S Actur Sur) para desarrollar con más amplitud estas cuestiones, las cuales quedarán audio grabadas y recogidas por la autora del estudio (Marzo 2025). Se realizará una sesión informativa a los profesionales tras la realización de la entrevista al grupo focal, sobre la PAC, sus características, fases y algunas herramientas de PAC a su alcance. Posteriormente y tras un periodo de 1 mes de posible aplicación del material, se recopilarán los datos de los mismos participantes a través de la misma encuesta, evaluando la percepción sobre la planificación anticipada de cuidados y su utilidad, implementación y así como la satisfacción o dificultades sobre el uso de dichas herramientas en la residencia (Abril-Mayo 2025).

Procedimientos: Encuesta a papel y entrevista al grupo focal para desarrollar más en profundidad con preguntas orientativas: “¿qué sabéis de los PAC?”, “¿qué herramientas conocéis y si le han dado uso?”, opinión, experiencias y valoración sobre utilidad y limitaciones.

Todo ello se llevará a cabo en el centro de trabajo del grupo focal (C.S Actur Sur) y acorde a sus horarios laborales, lo cual no supone ningún desplazamiento ni

incompatibilidad con el desempeño de su trabajo. Las fechas y horarios serán previamente acordadas por los miembros del grupo focal.

Si usted accede a participar tendrá que firmar el consentimiento informado que le presentamos al final de este documento.

## **5. ¿Qué riesgos o molestias supone?**

Se requerirán de 45-50 minutos en total de su tiempo para la realización de las encuestas (5 minutos), las entrevistas en el grupo focal (20-25 minutos) y la sesión formativa (15-20 minutos) en la primera fecha (Marzo). La segunda vez (Abril-Mayo), se requerirán de 25-30 minutos en total al no realizar sesión formativa (encuesta 5 minutos y entrevista al grupo focal 20-25 minutos). Las fechas se acordarán con previa antelación y acorde a sus horarios o tiempos de trabajo para que no interfiera en sus obligaciones laborales.

## **6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?**

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento usted no obtendrá ningún beneficio por su participación.

Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación.

## **7. ¿Cómo se van a tratar mis datos personales?**

Este proyecto cumple con la Legislación relacionada con la protección de datos, en particular el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea (Reglamento UE 2016/679, de 27 de abril) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantías de los Derechos Digitales. También con toda la normativa de ética en la investigación y, si es el caso, del tratamiento de datos de la investigación en salud e investigación biomédica. El proyecto está autorizado por la Universidad de Zaragoza. A continuación, le indicamos brevemente cómo trataremos sus datos personales:

## **Información básica sobre protección de datos.**

**Responsable del tratamiento:** Universidad de Zaragoza

**Responsable interno:** Nuria Val Jiménez

**Encargado interno:** Paula Melendo Fortea

**Finalidad:** Sus datos personales serán tratados exclusivamente para el trabajo de investigación a los que hace referencia este documento.

**Legitimación:** El tratamiento de los datos de este estudio queda legitimado por su consentimiento a participar.

**Destinatarios:** No se cederán datos a terceros salvo obligación legal.

**Duración:** Los datos personales serán destruidos una vez se haya cumplido con la finalidad para la que se recabaron y para las posibles revisiones o determinación de responsabilidades. Los resultados objeto de exploración, ya completamente anonimizados y sin datos personales, podrán ser conservados para su posible reutilización en otros trabajos de investigación. A partir de los resultados de la investigación, se podrán elaborar comunicaciones científicas para ser presentadas en congresos o revistas científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

**Derechos:** Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) ante la Responsable interno de este estudio, cuyos datos de contacto figuran en el encabezamiento de este documento, o dirigiendo un correo electrónico al Delegado/a de Protección de Datos de la Universidad de Zaragoza ([dpd@unizar.es](mailto:dpd@unizar.es)). Si no viera atendida su petición podrá dirigirse en reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos (<https://www.aepd.es>). Podrá consultar información adicional sobre protección de datos en la Universidad de Zaragoza en la dirección: <https://protecciondatos.unizar.es>

El tratamiento de sus datos personales se realizará de manera anónima (los datos no pueden asociarse a una persona identificada o identificable por haberse destruido el nexo irreversiblemente con toda información que identifique al sujeto), con el fin de que su identidad personal quede completamente oculta durante el proceso de investigación. Es importante señalar que, dado el tamaño relativamente reducido de la muestra en relación con los datos cuantitativos, existe un riesgo muy limitado de que, a pesar de aplicar medidas de anonimización, el equipo investigador pudiera identificar resultados individuales. No obstante, debido a que los resultados se presentarán siempre de forma agregada, la posibilidad de que el público general pueda identificar a participantes específicos es extremadamente baja.

A partir de los resultados del trabajo de investigación, se podrán elaborar comunicaciones científicas para ser presentadas en congresos o revistas científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

Al ser grabadas en voz las entrevistas en el grupo focal y al realizar las encuestas, se les solicitará permiso expreso para ello, a través de la firma del consentimiento informado. Todo ello se conservará hasta la fecha de presentación y exposición del estudio (06/2025), y sólo tendrá acceso a tal información la autora del estudio: Paula Melendo Fortea.

#### **8. ¿Quién financia el estudio?**

Este proyecto no tiene ni requiere de financiación.

#### **9. ¿Se me informará de los resultados del estudio?**

Usted tiene derecho a conocer los resultados de la presente investigación derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador se los hará llegar.

#### **10. ¿Puedo cambiar de opinión?**

Su participación es totalmente voluntaria: puede decidir libremente no participar sin que eso influya en su práctica habitual ni tenga para Ud. ninguna otra repercusión que pudiera serle desfavorable.

Puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones: bastará con que le manifieste su intención al Investigador/a. En caso de retirarse del estudio puede solicitar la destrucción de sus datos.

#### **11. ¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?**

En la primera página de este documento está recogido el nombre y el teléfono de contacto del investigador responsable del estudio. Puede dirigirse a él en caso de que le surja cualquier duda sobre su participación.

**Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta y le reiteramos nuestro agradecimiento por contribuir.**

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del proyecto:** Estudio cualitativo de la percepción de los profesionales sanitarios sobre la Planificación Anticipada de Cuidados en un Centro de Salud de Zaragoza

D./Dña, \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos), declaro que:

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo. He hablado con: Paula Melendo Fortea

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. cuando quiera
2. sin tener que dar explicaciones
3. sin que esto repercuta en mi relación con el investigador

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí    no    (marque lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al profesional mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:

## Anexo 4. Certificado de aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA)



**Dictamen Favorable**

**CEIC Aragón (CEICA)**

C.I. PI25/153

26 de marzo de 2025

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

### **CERTIFICA**

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 26/03/2025, Acta Nº 06/2025 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

**Título:** Estudio cualitativo de la percepción de los profesionales sanitarios sobre planificación anticipada de cuidados en un centro de salud de Zaragoza.

**Estudiante:** Paula Melendo Fortea

**Tutores:** Nuria Val Jiménez, Alba Gállego Royo

**Versión protocolo:** Versión 4. 17/03/2025

**Versión documento de información y consentimiento:** Versión 4. 17/03/2025

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los consentimientos informados, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE** a la realización del trabajo.

4º. El presente dictamen favorable sólo tendrá **validez hasta la fecha declarada de final del estudio (junio de 2025)**, la modificación de esta fecha o cualquier otra modificación sustancial de las condiciones y/o metodología respecto de la versión arriba referenciada del protocolo o del documento de información debe presentarse de nuevo a evaluación por el comité.

Lo que firmo en Zaragoza, a fecha de firma electrónica

María González Hinjos

## Anexo 5. Desglose de respuestas a preguntas individuales en las fases pre y post intervención del cuestionario ad hoc

Columna 1	Columna 2	Pre	Post
Pregunta 4 - ¿Suele hablar con los pacientes sobre sus deseos y preferencias en relación con su atención futura?	Siempre	0	0
	Frecuentemente	2	
	A veces	2	5
	Rara vez	2	5
	Nunca	2	0
Pregunta 5- Si la respuesta es una de las 3 primeras opciones, ¿qué métodos o herramientas utiliza para tratar el tema?		5	4
	conversación asertiva	3	4
Pregunta 6- En su experiencia, ¿qué temas son más importantes para los residentes durante la PAC?	Deseos al final de la vida	5	7
	Tratamientos médicos específicos	4	6
	Autonomía en la toma de decisiones	5	4
	Participación de los familiares en la toma de decisiones	1	2
Pregunta 7- ¿Cree que el uso de herramientas ayuda a estructurar estas conversaciones?	Extremadamente útiles	0	0
	Muy útiles	7	6
	Moderadamente	1	2
	Poco	0	0

	Nada	0	0
Pregunta 8- ¿Ha oído hablar de alguna herramienta para la PAC?	Si	2	8
	No	6	0
Pregunta 9- En una escala del 1 al 5, ¿cómo calificaría su nivel de conocimiento sobre esta herramienta siendo 1(Nada) - 5 (Muy alto)?	1	6	0
	2	1	1
	3	1	6
	4	0	1
	5	0	0
Pregunta 10- ¿quién le ha proporcionado información sobre esta herramienta?	medico	2	0
	enfermero	0	0
	familiar	0	0
	otro: estudiante de medicina	0	8
Pregunta 11- ¿qué barreras o limitaciones y aspectos positivos percibe de su uso?	falta de confianza	1	3
	falta de tiempo	6	6
	falta de privacidad	1	
	falta de formación	4	1
	falta de herramientas	0	1
	aumento del bienestar emocional y autonomía del paciente	1	2
Pregunta 12- ¿Ha recibido formación específica sobre el uso de alguna herramienta de PAC?	Si	0	8
	No	8	0

Pregunta 13- ¿Cree que sería útil recibir formación adicional sobre esta herramienta?	Si	8	8
	No	0	0
Pregunta 14- En caso de que no lo use, ¿qué necesitaría para empezar a implementarlo?	Formación específica	8	5
	Apoyo del equipo directivo	4	3
	Información adicional	1	2
	Tiempo	0	2
Pregunta 15- Desde tu experiencia, ¿qué factores limitan que se pregunte a los pacientes sobre la PAC en la consulta o en su entorno laboral?	falta de confianza	2	0
	falta de formación	2	6
	falta de naturalidad/miedo	3	2
	falta de tiempo	0	2
Pregunta 16- En tu rutina profesional, ¿qué limitaciones crees que impiden incorporar este tipo de herramientas en el proceso de trabajo?	falta de formación	4	0
	falta de tiempo	8	8
	falta de confianza	1	0
	sobrecarga de trabajo	1	0

## Anexo 6. Árbol de códigos del análisis cualitativo de los grupos focales realizados a los profesionales

### **1. CONOCIMIENTO SOBRE LA PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE CUIDADOS (PAC)**

#### **1.1. Conocimientos y herramientas disponibles**

- 1.1.1. Conocimiento previo
- 1.1.2. Asociación del concepto con otros términos o prácticas
- 1.1.3. Relación con aspectos emocionales, culturales o espirituales
- 1.1.4. Aplicación práctica

#### **1.2. Percepciones del personal sanitario**

### **2. BARRERAS Y OPORTUNIDADES PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA PAC**

#### **2.1. Barreras**

- 2.1.1. Falta de formación e información
- 2.1.2. Falta de servicios y normativa actual
- 2.1.3. Falta de tiempo
- 2.1.4. Dificultad para naturalizar la PAC / Miedo a mantener conversaciones difíciles
- 2.1.5. Falta de confianza en la relación sanitario-paciente
- 2.1.6. Obstáculos culturales

#### **2.2. Oportunidades**

### **3. ASPECTOS RELEVANTES A CONSIDERAR**

