

**DMD**

**De:** "ENCASA: Cuidados Paliativos" [consultas@morirencasa.org](mailto:consultas@morirencasa.org)>  
**Para:** "DMDmadrid" <[dmdmadrid@eutanasia.was](mailto:dmdmadrid@eutanasia.was)>  
**Enviado:** martes, 03 de febrero de 2009 13:29  
**Asunto:** Enviando por correo electrónico: Revista INDEX DE ENFERMERIA (Edición digital) ISSN 1699-5988



ISSN:  
1699-5988



[N V]

[B V]

## ORIGINALES



### La perspectiva de las personas mayores sobre el testamento vital\*

Inés M<sup>a</sup> Barrio Cantalejo,<sup>1</sup> José M<sup>a</sup> Barreiro Bello,<sup>2</sup>  
 M<sup>a</sup> Jesús Pascau González-Garzón,<sup>3</sup> Pablo Simón  
 Lorda,<sup>4</sup> M<sup>a</sup> Paz Güemez Abad<sup>5</sup> y RIMARED  
 G03/100<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Fundación de Investigación Hospital Virgen de las Nieves (Granada, España)

<sup>2</sup>Complejo Hospitalario Juan Canalejo (A Coruña, España)

<sup>3</sup>Unidad de Trasplante Pediátrico, Hospital Infantil la Paz (Madrid, España)

<sup>4</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada, España)

<sup>5</sup>Centro de Salud Valle Inclán (Madrid, España)

<sup>6</sup>RIMARED G03/100: Julio Cabrero García, Pilar Comet Cortés, Carmen Fuentelsaz Gallego, Teresa Moreno Casbas, Adela Zabalegui Yarnoz, Abad Corpa, Apolo García Palomares, María Gasull Vilella, Carme Jover Sancho, Javier Júdez Gutiérrez, Sagrario Martínez Rodríguez y Olga Monistrol Ruano

Correspondencia: Inés M<sup>a</sup> Barrio Cantalejo. C/ Periodista Rafael Gago Palomo, 7-1-7<sup>o</sup> A. 18014 Granada, España

Manuscrito recibido el 21.12.2005

Manuscrito aceptado el 6.3.2006

**Index de Enfermería [Index Enferm] 2006; 52-53:35-39**

\*El proyecto de investigación en el que se sustenta el presente artículo ha sido financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria en su convocatoria de Redes

## Temáticas Cooperativas

**Cómo citar este documento**

Barrio Cantalejo IM, Barreiro Bello JM, Pascau González-Garzón MJ, Simón Lorda P, Güemez Abad MP, RIMARED G03/100. La perspectiva de las personas mayores sobre el testamento vital. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2006 52-53. Disponible en <http://www.index-enfermeria.com/index-enfermeria/52-53/3539.php>> Consultado el [ ]

**Resumen**

**Antecedentes.** La popularización del testamento vital (TV) exige conocer la perspectiva que sobre él tienen sus potenciales usuarios. Cualquier intento de generalizar el TV sin evaluar cómo será recibido por las personas mayores está condenado al fracaso. **Objetivo:** Explorar la perspectiva de los mayores sobre el testamento vital. **Diseño:** Estudio cualitativo. 40 personas mayores, usuarios de 3 Centros de Salud y 1 Residencia Asistida de Madrid, se reunieron en 5 grupos de discusión en abril de 2004.

**Participantes:** 14 mediadores captaron a 2-3 participantes cada uno. Se consideró que edad y residencia en medio familiar o institucional son las variables que más diferencian la elaboración de los discursos sobre el TV. Se utilizaron, pues, como criterios de segmentación, buscando heterogeneidad entre grupos y homogeneidad y heterogeneidad intragrupal. La saturación se consideró cuando las ideas expresadas resultaron recurrentes. **Resultados:** 4 ideas se extraen de los datos: 1) los mayores prefieren la planificación anticipada de decisiones al TV. 2) Su opinión sobre el TV se asocia a la vivencia singular de otros eventos en el final de la vida. 3) Conceden un papel relevante a la familia. 4) Desean conducir su propia vida, pero "sin papeles escritos". **Conclusiones.** La implementación del TV a través de una estrategia educativa e institucional se beneficiará si consideramos la perspectiva de la población mayor española sobre el TV.

3) They give a relevant role to their families. 4) They desire to control their lives and decisions, but "without papers". **Conclusiones.** La implementación del TV a través de una estrategia educativa e institucional se beneficiará si consideramos la perspectiva de la población mayor española sobre el TV.

**Abstract** (Elders' perspective about Advance Directives)

**Background:** The introduction of advance directives (AD) require to examine the perspective their potential users have about. Any public policy about the implementation of ADs addressed to elders will fall if their perspective is unknown. **Objective:** To examine the elders' perspective about advance directives. **Methods:** Qualitative study. 40 elders, users of 3 Primary Health Care Center, and of 1 Nursing Home from Madrid. 5 focus groups were organized in 2004 April. **Participants:** 14 providers recruited 2-3 participants each. Age and emplacement (home or institution) were the variables considered as the most important for the discourse differences about ADs. They were used as segmentation criteria, looking for heterogeneity between groups, and homogeneity and heterogeneity intra groups. The discussion of each group last until no new concepts arose. **Results:** 4 assumptions source from groups: 1) Elder people prefer advanced care planning to only signed ADs. 2) Their opinion about ADs is linked to other events about the end of life. 3) They give a relevant role to their families. 4) They desire to control their lives and decisions, but "without papers". **Conclusion:** The implementation of ADs through educational public policies in elder population only will success if elders' perspective is considered.

**Introducción**

El 16 de mayo de 2003 entró en vigor la Ley 41/2002 que regula en nuestro país las "instrucciones previas" o "testamento vital" (TV), como se ha llamado clásicamente. El artículo 11 de dicha ley recoge la definición, la aplicación y las limitaciones de las instrucciones previas. A la par que esta ley estatal, casi todas las Comunidades Autónomas han desarrollado una propia. Con diferentes términos estas leyes definen y regulan el documento en el que una persona manifiesta sus preferencias de cuidado y tratamiento para que se cumplan cuando no sea capaz de expresarlas por sí misma. Este cambio legislativo exige del medio sanitario una profunda reflexión y un cambio en la relación del profesional con los pacientes.

A pesar del desarrollo legislativo, se sabe poco del grado de acogida de este tipo de instrumentos por parte de la población española<sup>1-3</sup> o de los profesionales.<sup>4</sup> Sin embargo parece importante que, en un intento de popularizar el uso del TV, se conozca bien esta realidad. Si no es así, tal empresa estará abocada al fracaso. Dado el aumento de la esperanza de vida, es en los ancianos donde, con más frecuencia que en otra edad, se deberá aplicar lo registrado en un TV. Por lo tanto, conocer el grado

de acogida al TV de esta franja de población es imprescindible para desarrollar estrategias de divulgación efectivas. Sorprendentemente en Estados Unidos, después de más 20 años de la publicación de la Patients Self Determination Act, la percepción de los mayores sobre la misma denota que no está totalmente admitida. Su posición podría resumirse en tres ideas:

1. Su opinión sobre el TV se relaciona con la forma de afrontar el conjunto de eventos del final de la vida: incapacidad y dependencia física o mental,<sup>5</sup> ideas sobre la salud y la enfermedad,<sup>6,7</sup>

preferencias de soporte vital,<sup>8-12</sup> experiencia propia de hospitalización, vejez y muerte. Conocer la actitud del mayor ante estas realidades se asocia a su mayor o menor apertura al uso del TV.

2. Los mayores con buena relación familiar no quieren TV porque confían en el buen criterio de sus familiares. Por el contrario, aquellos que no están cerca de sus familiares sí lo ven necesario.<sup>13</sup>

3. Los mayores norteamericanos rechazan los "papeles escritos". Prefieren procesos integrales de participación denominados "Planificación anticipada de las decisiones".<sup>14,15</sup> En ellos se da más importancia al diálogo, aclaración de dudas, expresión de deseos, que a la firma del documento, que con frecuencia es rechazada por los mayores.<sup>16</sup>

La situación en España, a pesar de la inmensa floración legislativa, es bastante desconocida. El presente trabajo explora precisamente el nivel de aceptación de un estrato de la población española que es de los más implicados en la dinámica del TV: las personas mayores.

### Participantes y métodos

Diseño. Se ha realizado un estudio cualitativo de grupos de discusión. Esta metodología favorece la participación sobre temas poco explorados pero con alta implicación social. Los datos recogidos y analizados ayudan a construir una teoría hasta ahora inexistente. Este diseño es frecuentemente utilizado en estudios sobre planificación de decisiones sanitarias.<sup>17,18</sup>

Muestra y participantes: En la selección de la muestra se buscaron los discursos sociales más característicos respecto al TV, la heterogeneidad entre los grupos, y la homogeneidad y heterogeneidad intragrupal. Se realizaron grupos hasta que las ideas expresadas resultaron recurrentes.

Según la literatura consultada y comentada en la introducción, la edad y la proximidad a la familia o lugar de residencia son las variables que más influyen en la elaboración de discursos sobre el TV. Así, los criterios utilizados para la construcción de los grupos son los recogidos en la tabla 1.

La captación de participantes se hizo en tres Centros de Salud de Atención Primaria (CS) y

en una Residencia Asistida (RA) de la Comunidad de Madrid, en abril de 2004. Ambos medios asistenciales ofrecen a los mayores una continuidad en la atención y un acercamiento integral a los problemas de salud, idóneo para el objetivo del estudio. 14 mediadores -profesionales de los CS y RA- captaron a un máximo de tres participantes cada uno para evitar sesgos de selección interesada. Se aseguró que los sujetos fueran lo más extraños entre sí, asumiendo que ocasionalmente pueden coincidir en los centros sanitarios. Les informaron del objetivo del estudio, recogieron datos sociodemográficos y el documento de consentimiento informado.

**Tabla 1**  
Variables de segmentación de los grupos de discusión

		LUGAR DE RESIDENCIA	
		DOMICILIO	RESIDENCIA ASISTIDA
EDAD	65 - 74	1. No deterioro cognitivo. 2. Vivienda en domicilio propio o familiar. 3. Etapa en la que aparecen: a) Nuevas enfermedades o se agravan las existentes, típico del inicio de la vejez. b) Nuevas vivencias, pensamientos y preguntas sobre la vida, la muerte, la enfermedad. Consideramos que estos 3 rasgos pueden proporcionar-nos la información que nos interesa conocer porque las opiniones de los mayores pueden ser diferentes mientras no han experimentado la dependencia de los otros. Se crean 2 grupos.	1. No deterioro cognitivo. 2. Ingresados en Residencia Asistida. 3. En este medio institucional: a) Conviven con otros mayores. b) Comparten situaciones comunes de enfermedad. c) Perciben cómo otros mayores, llegan a la institución, enferman, se deterioran, se hospitalizan, se demarcan, mueren, etc. d) Se explicitan pensamientos sobre dichos eventos en conversaciones espontáneas.
	75 y más	1. No deterioro cognitivo. 2. Vivienda en domicilio propio o familiar. 3. Edad avanzada que se asocia al nivel de dependencia y proximidad a la muerte, situación que puede llevar consigo planteamientos nuevos y preguntas sobre cómo desea ser cuidado y cómo decidir lo que más le conviene. Consideramos que estos 3 rasgos enriquecen con nuevas opiniones el discurso sobre el TV. Se crea 1 grupo.	Consideramos que estos 3 rasgos añaden matices interesantes a sobre el TV. Se crean 2 grupos. No ha sido posible crear grupos de personas menores de 75 años.

Se buscó para la reunión un lugar que fuese afectivamente "neutro", que no evocase a los informantes relaciones sanitarias previas. Se eximió de este requisito a los Mayores Institucionalizados. Las reuniones se celebraron en una sala de un colegio de la zona: luminosa, cómoda, silenciosa, con muebles de madera y sillas confortables, dotada de enchufes, mesas supletorias, y mesa ovalada que optimizó el desarrollo de las reuniones. Se les ofreció a los participantes café y pastas y, al final, un obsequio de agradecimiento.

Desarrollo de la reunión: Duró 90 minutos. Se grabó y transcribió con ayuda del programa *Sound Scribe*. La misma moderadora y observadora guiaron todas las reuniones.

Guión de la entrevista: El grupo investigador consideró que el TV no es un tema bien conocido por los mayores y su abordaje directo y explícito despertaría sentimientos de extrañeza y recelo. Así, se indagó en primer lugar el contexto más extenso del final de la vida y de la dependencia, para abordar seguidamente el TV.

El estudio recibió el dictamen favorable del Comité Autonómico de Ensayos Clínicos de la Comunidad de Madrid.

## Resultados y discusión

Se formaron 5 grupos de 6-11 personas: 3 de mayores no institucionalizados: 2 de 65 a 74 años (G1 y G2); 1 de 75 y más años (G3). Y 2 de RA (G4 y G5). Las características de los participantes y el perfil de los grupos aparecen en la tabla 2. El análisis los discursos se realizó sin definir categorías previas. La información se clasificó atendiendo a dos criterios: la recurrencia de los temas y su relación con el objetivo de la investigación. Los datos arrojados por el discurso de los mayores se pueden resumir de la siguiente manera:

**Tabla 2**  
Características de los participantes y perfil de los grupos

Grupo Mayores 1 (65-74 años). Centro de Salud. Abril, 2004						
Género	Edad	Estudios	Katz	Estado civil	Nº hijos	Código
Varón	73	Bachillerato	A	Casado	2	G11
Varón	68	Primarios	A	Casado	3	G12
Varón	65	Primarios	A	Casado	3	G13
Varón	70	Primarios	A	Casado	2	G14
Mujer	69	Primarios	A	Casada	2	G15
Mujer	71	Primarios	A	Viuda	3	G16
Mujer	70	Primarios	A	Casada	2	G17
Varón	68	Universitarios	A	Casado	2	G18

Grupo Mayores 2 (65-74 años). Centro de Salud. Abril 2004						
Género	Edad	Estudios	Katz	Estado civil	Nº hijos	Código
Varón	74	Bachillerato	A	Casado	3	G21
Mujer	66	Universitarios	A	Casada	2	G22
Mujer	74	Primarios	B	Soltera	0	G23
Mujer	66	Primarios	A	Viuda	3	G24
Mujer	68	Primarios	A	Casada	3	G25
Varón	67	Primarios	A	Casado	2	G26
Mujer	67	Primarios	B	Soltera	0	G27
Varón	73	Primarios	A	Viudo	2	G28

Grupo Mayores 3 (75 y más años). Centro de Salud. Abril 2004						
Género	Edad	Estudios	Katz	Estado civil	Nº hijos	Código
Varón	75	Bachillerato	C	Viudo	1	G31
Mujer	76	Sin estudios	A	Viuda	4	G32
Mujer	80	Univ. Mayor	A	Soltera	0	G33
Mujer	76	Bachillerato	A	Soltera	0	G34
Varón	86	Primarios	B	Viudo	0	G35

1. Preferencia por la planificación de decisiones sobre la elaboración de un TV. G1, G2 y G3 consideran poco útil el TV. Más ventajas le reconocen G4 y G5. Todos, sin embargo, conceden más importancia al proceso personal y social que rodea a las decisiones sanitarias.

2. La vivencia del final de la vida que tiene el mayor está en relación con sus actitudes ante la enfermedad, la dependencia o el propio envejecimiento. La vejez, la enfermedad, la dependencia y la muerte llegan de forma inexorable. Pero se puede afrontar de diferentes maneras: aceptando tranquilamente una realidad que cada uno puede modelar o rechazándola y negando que pueda llegar a afectar, como quien utiliza el hisopo de un exorcista. De ambos modos se expresan los participantes:

- "Los achaques llegan, pero influye el temperamento de cada uno" (G21). "Los años te van marcando el camino. Antes cogía a mis hijos y los llevaba detrás. Ahora ellos van delante y yo detrás" (G23). "No soy como a los 40 años, pero tengo otra experiencia" (G33).

- "Si me tuviera que valer de otros, encontraría mi vida como una pendiente enorme, enorme" (G15). "Siempre me levanto con hambre de la mesa. A mí eso no me pasará porque pongo los medios. Vivo en un tercero y subo por las escaleras" (G28).

Para ambos lo peor no es la incapacidad física sino la mental, situación, para algunos, asimilable a la muerte: "Si estás semiinconsciente, estás muerto, un Alzheimer es un vegetal. Las personas que pierden la conciencia están muertas" (G17).

Las ideas que surgen ante una potencial situación de dependencia se resumen en:

a) Rechazo del sufrimiento físico y de la agonía prolongada y deseo de morir de forma repentina sin dolor.

b) Preferencia por la calidad de vida y la autonomía

sobre la prolongación de la vida.

c) Rechazo a ser cuidado lejos de la casa y los seres queridos y deseo de vivir en un clima de "confianza, humanidad, amor y respeto" (G36).

d) Deseo de no generar molestias a los otros.

3. Papel decisivo de la familia. Cuando se necesita a alguien que cuide o decida en su lugar, eligen a la familia. G4 y G5 añaden a miembros de la RA: Director, agente de pastoral, cuidadores. Para algunos, la familia debe decidir según su propio criterio. La propiedad sobre la propia vida dura mientras hay conciencia. Cuando ésta desaparece, el propio cuerpo no es un bien disponible para su dueño sino para el cuidador. La delegación en la familia del poder de decisión es especialmente relevante en G3. "No puedo decir a mi hijo, cuando me pase esto, me haces esto. Es imponerle una dictadura de padre. Es mejor que salga de su corazón" (G31). "Cuando no coordine, será mi mujer e hijos quienes decidan. Yo no voy a sentarme con ellos a hablar. Si pierdo la cabeza, que hagan conmigo lo que quieran" (G37).

Para otros conviene que los mayores hablen y expresen preferencias para que, en el futuro, la toma de decisiones sea más fácil. "Estas cosas se deben comentar a lo largo de la vida. Pero no hace falta dejarlo escrito. La familia es una correa de transmisión. La mujer se lo dice a la hermana, la hermana, al marido, el marido, a los hijos. Cuando llega el caso, lo sabe todo el mundo" (G14).

La familia desplaza los profesionales a un puesto secundario. La participación de médicos y enfermeras en las decisiones sanitarias es de dos tipos:

a) De carácter técnico: "El médico es sabio y sabe qué tiene esta señora por dentro, pero no puede tomar la decisión" (G33). "La enfermera tampoco decide por ti" (G34).

b) De acompañamiento. El médico y la enfermera son "amigos, personas entrañables, levantan el ánimo".

Sólo G3 y G4 conceden singular relevancia la personal de la RA: "Al fin y al cabo son quienes nos llevan y nos traen" (G43).

4. Deseo de conducir la propia vida, pero "sin papeles".

Casi todos participantes han sido cuidadores. Tras esta experiencia concluyen que cuidar de otros sin contar con su opinión es problemático y que con diálogo todo es menos doloroso y más certero. La opinión predominante sobre el TV es negativa. Un papel resulta inadecuado para expresar deseos. Es difícil que las palabras se ajusten a lo que pasará en el futuro. "Yo no firmaré nada. No tiene ninguna base. ¿Cómo voy a firmar un documento que diga cómo cuidarme cuando enferme? ¡Y yo qué sé qué es lo que me va a venir!" (G25).

G4 y G5 lo ven útil porque el personal de la RA "cambia y no saben lo que tú has decidido antes" (G41).

Las ideas clave vertebran el discurso sobre el TV son:

a) Las preferencias del cuidador son diferentes a las del mayor. Conviene ponerse de acuerdo.

b) Escoger el momento idóneo para hablar.

c) El TV es interesante pero se carece de formación para utilizarlo. Las familias no están preparadas. Los profesionales sanitarios son idóneos para iniciar y arbitrar una conversación.

### Conclusión

Los hallazgos nos permiten hacer dos reflexiones:

1) Es importante conocer la opinión de los mayores sobre el TV. La Figura 1 resume las 4 perspectivas que pueden mantener los mayores. Estas, como ya dijo Inman, están relacionadas con la aceptación de dependencia y con la posibilidad de intervenir personalmente en ella. Aceptar la dependencia serena y naturalmente ayuda a descubrir posibilidades nuevas. Intervenir hablando y planificando los cuidados futuros favorece el control y la autonomía. Según se sitúe el mayor en esta encrucijada será su opinión sobre el TV. Se dan, al menos, cuatro tipos de perspectivas:

**Tabla 2-cont**  
Características de los participantes y perfil de los grupos

Grupo Mayores 4 (Institucionalizados). Residencia Asistida. Abril, 2004							
Género	Edad	Estudios	Katz	Tiempo en años institucionalizado	Estado civil	Nº de hijos	Código
Varón	74	Bachillerato	A	7	Casado	2	G41
Mujer	67	Universitarios	E	9	Casada	0	G42
Varón	82	Universitarios	A	9	Casado	0	G43
Mujer	82	Primarios	B	5	Viuda	0	G44
Varón	73	Universitarios	A	6	Soltero	0	G45
Mujer	93	Primarios	C	1	Viuda	2	G46
Mujer	95	Bachillerato	B	14	Viuda	1	G47
Mujer	83	Primarios	C	1	Soltera	0	G48
Mujer	90	Primarios	C	2	Soltera	0	G49
(G5) Grupo Mayores 5 (Institucionalizados). Residencia Asistida. Abril, 2004							
Género	Edad	Estudios	Katz	Tiempo en años institucionalizado	Estado civil	Nº de hijos	Código
Mujer	85	Primarios	A	1	Viuda	2	G51
Mujer	73	Primarios	D	1	Soltera	0	G52
Mujer	83	Primarios	A	6	Viuda	2	G53
Mujer	65	Bachillerato	E	9	Soltera	0	G54
Mujer	90	Primarios	A	1	Viuda	0	G55
Varón	80	Primarios	A	6	Viudo	1	G56
Varón	87	Universitarios	B	12	Separado	1	G57

- a) No aceptación de la dependencia y dificultad y rechazo a intervenir.
  - b) No aceptación de la dependencia y posibilidad de intervenir.
  - c) Aceptación de la dependencia pero dificultad para intervenir.
  - d) Aceptación de la dependencia y deseo y posibilidad de intervenir.
- 2) En programas educativos sobre el TV habría que tener en cuenta:
- a) Abordar los temas de la vejez, enfermedad, dependencia y muerte antes que el TV. Así el TV se identificará como instrumento de ayuda en una situación percibida como amenaza real.
  - b) Conocer en qué punto topográfico del esquema referido se encuentran los mayores a los que nos dirigimos.
  - c) Identificar el modelo de familia y las atribuciones que se conceden a ésta que subyacen en el pensamiento del mayor.
  - d) Conversar sobre las preferencias de cuidado. Estimular este diálogo a través de un profesional entrenado.
  - e) Elegir el momento idóneo: una enfermedad o deterioro de cierta entidad.
  - f) Si se rechaza el TV, dejar constancia en la historia clínica de los deseos. Implicar a la familia para que, llegado el caso, los deseos puedan documentarse con el mayor número de fuentes posibles.
- La implementación del TV a través de una estrategia educativa e institucional se beneficiaría enormemente si considerase previamente la opinión de la población mayor española.



### Agradecimientos

El lúcido apoyo de Carlos Calderón y del Comité Científico Técnico de RIMARED han hecho posible este artículo.

El Nudo de Ética de RIMARED está constituido por Eva Abad Corpa, José María Barreiro Bello, Inés M Barrio Cantalejo, Apolo García Palomares, María Gasull Vilella, Carme Jover Sancho, Javier Júdez Gutiérrez, Sagrario Martínez Rodríguez, Olga Monistrol Ruano, María Jesus Pascau González-Garzón y Pablo Simón Lorda. El equipo Coordinador de RIMARED lo forman Inés Barrio Cantalejo, Julio Cabrero García, Pilar Comet Cortés, Carmen Fuentelsaz Gallego, Teresa Moreno Casbas, Adela Zabalegui Yarnoz.

### Bibliografía

1. Santos de Unamuno C. Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de atención

- primaria. Atención Primaria 2003; 32(1):30-35.
2. Solsona JF, Sucarrats A, Maull E, Barbat C, García S, Villares S. Toma de decisiones al final de la vida. Encuesta sobre la actitud ante la muerte en el paciente crítico. Med Clin (Barc) 2003; 120(9):335-336.
  3. Duran MA. La calidad de muerte como componente de la calidad de vida. REIS 2004; 106:9-32.
  4. Bachiller Baeza A, Hernández de Miguel S, Martínez Queipo M, Delgado Martínez R, Domínguez Cano V. Testamento vital: la opinión médica en la provincia de Valladolid. Metas de Enfermería 2004;7(4):24-27.
  5. Carmel S, Mutran EJ. Stability of elderly persons' expressed preferences regarding the use of life-sustaining treatments. Soc Sci Med 1999; 49(3):303-311.
  6. Bradley EH, Walker LC, Wetle TT, Horwitz SM. Advance directives and the role of health beliefs. J Ment Health Aging 1998; 4(3):379-392.
  7. Beck A, Brown J, Boles M, Barrett P. Completion of advance directives by older health maintenance organization members: the role of attitudes and beliefs regarding life-sustaining treatment. J Am Geriatr Soc 2002; 50(2):300-306
  8. Coppola KM, Bookwala J, Ditto PH, Lockhart LK, Danks JH, Smucker WD. Elderly adults' preferences for life-sustaining treatments: the role of impairment, prognosis, and pain. Death Stud 1999; 23(7):617-634.
  9. Fried TR, Bradley EH. What matters to seriously ill older persons making end-of-life treatment decisions?: A qualitative study. J Palliat Med 2003; 6(2):237-244
  10. Moore CD, Sherman SR. Factors that influence elders' decisions to formulate advance directives. J Gerontol Soc Work 1999; 31(1/2):21-39.
  11. Patrick DL, Pearlman RA, Starks HE, Cain KC, Cole WG, Uhlmann RF. Validation of preferences for life-sustaining treatment: implications for advance care planning. Ann Intern Med 1997; 127(7):509-517
  12. Watson DR, Wilkinson TJ, Sainsbury R, Kidd JE. The effect of hospital admission on the opinions and knowledge of elderly patients regarding cardiopulmonary resuscitation. Age Ageing 1997; 26(6):429-434
  13. Inman L. Advance directives. Why community-based older adults do not discuss their wishes. J Gerontol Nurs 2002; 28(9):40-46
  14. Kass-Bartelmes BL, Hughes R, Rutherford MK. Advance Care Planning: Preferences for Care at the End of Life. Rockville (MD/USA): Agency for Healthcare Research and Quality; 2003. Research in action Issue 12. AHRQ Pub No. 03-0018.
  15. Sansone P, Phillips M. Advance directives of elderly people: worthwhile cause of wasted effort? Social Work, 1995, 40 (3):397-401
  16. Singer P, Martin DK, Lavery JV, Thiel EC, Kelner M, Mendelssohn DC. Reconceptualizing Advance Care Planning from the Patient's Perspective. Arch Intern Med 1998; 158:879-84.
  17. Jacob DA. Family members' experiences with decision making for incompetent patients in ICU: A qualitative study. American Journal of Critical Care, 1998, 7 (1): 30-36
  18. Curtis JR, Wenrich MD, Carline JD, Shannon SD, Ambrozy DM, Ramsey PD. Patients' perspectives on physician skills in end of life care. Chest, 2002, 122: 356-62.




---

[Menú principal](#) | [Qué es Index](#) | [Servicios](#) | [Actividades](#) | [Búsquedas bibliográficas](#) | [Campus digital](#) | [Investigación cualitativa](#) | [Evidencia científica](#) | [Hemeroteca Cantárida](#) | [Index Solidaridad](#) | [Noticias](#) | [Librería](#) | [quid-INNOVA](#) | [CIBERE](#) | [Casa de Mágina](#) | [Mapa del sitio](#)

FUNDACION INDEX Apartado de correos nº 734 18080 Granada, España - Tel/fax: +34-958-293304

