

ESCALA AUTOEFICACIA PERCIBIDA SOBRE PLANIFICACIÓN COMPARTIDA DE LA ATENCIÓN (ACP-SEs) ARGENTINA

STELLA DI GENNARO^{1,2}, JULIA FILA^{1,3}, VERÓNICA VELOSO^{1,4}, CRISTINA LASMARÍAS⁵, VILMA A. TRIPODORO^{1,6}
EN REPRESENTACIÓN DEL GRUPO PCA-ARGENTINA Y RED-IN-PAL (PALLIUM LATINOAMÉRICA)

¹RED-In-Pal - Instituto Pallium Latinoamérica, ²Clínica Universitaria Reina Fabiola, Universidad Católica de Córdoba, Argentina, ³Universidad Nacional de La Plata, Argentina, ⁴Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires, Argentina, ⁵Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPCA), ⁶ATLANTES, Observatorio Global de Cuidados Paliativos, Universidad de Navarra, España

Dirección postal: Stella Di Gennaro, Clínica Universitaria Reina Fabiola, Oncativo 1248, 5000 Córdoba, Argentina

E-mail: stelladigennaro@curf.ucc.edu.ar

Recibido: 3-I-2024

Aceptado: 5-III-2024

Resumen

Introducción: La planificación compartida de la atención (PCA) es un proceso reflexivo, deliberativo y estructurado. Involucra a la persona enferma y su entorno afectivo. Los profesionales sanitarios reconocen barreras para iniciar la PCA. La autoeficacia percibida es un principal predictor del éxito en los procesos de aprendizaje. Objetivos: 1) Adaptar transculturalmente la escala de autoeficacia percibida en PCA en español para Argentina (ACP-SEs); 2) Explorar la confiabilidad y la validez de la escala y 3) Explorar la autoeficacia en PCA en profesionales argentinos.

Métodos: Estudio instrumental exploratorio realizado a profesionales de la salud que asisten pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, interdisciplinarios, a través de una prueba de comprensión del instrumento ACP-SEs y la validación psicométrica en una muestra intencional de profesionales. Se analizaron variables sociodemográficas y la experiencia previa.

Resultados: Luego de la prueba de comprensión y adaptación lingüística de la escala a través de un test cognitivo con 8 profesionales con experiencia con pacientes crónicos avanzados se logró la versión de la escala ACP-SEs Ar.

Participaron en la exploración 236 profesionales, el 83% asistía pacientes con enfermedad crónica avanzada; el 52.9% médicos; 52% recibió formación informal en PCA y 11% tenía un documento de directivas anticipadas

personal. La consistencia interna de la escala fue alta (alfa de Cronbach = 0.89). Las preguntas sobre pronóstico, objetivos y preferencias de tratamiento, y reevaluación de los objetivos de cuidados mostraron diferencias significativas entre médicos y no médicos.

Conclusión: La escala ACP-SEs Ar demostró propiedades psicométricas adecuadas.

Palabras clave: planificación compartida de la atención, autoeficacia, cuidados paliativos, directivas anticipadas

Abstract

Perceived self-efficacy scale on shared care planning (ACP-SEs) Argentina

Introduction: Shared care planning (ACP) is a reflective, deliberative and structured process involving the sick person and his or her caring environment. Health professionals recognize barriers to initiating ACP. Perceived self-efficacy is one of the main predictors of success in learning processes. Objectives: 1) To cross-culturally adapt the ACP self-efficacy scale in Spanish for Argentina (ACP-SEs); 2) To explore the reliability and validity of the scale; and 3) To explore self-efficacy in ACP in Argentinean professionals.

Method: Exploratory instrumental study carried out on health professionals who assist patients with advanced chronic diseases, interdisciplinary through a comprehension test of the ACP-SEs instrument and psychometric validation in a purposive sample of professionals. Sociodemographic variables and previous experience were analyzed.

Results: After the comprehension test and linguistic adaptation of the scale through cognitive testing with eight professionals with experience with advanced chronic patients, the ACP-SEs Ar version of the scale was achieved. 236 professionals participated in the exploration, 83% attended patients with advanced chronic disease, 52.9 % were physicians, 52% received informal training in ACP, and 11% had a personal advance directive document. The scale's internal consistency was high (Cronbach's alpha = 0.89). Questions about prognosis, treatment options, goals, treatment preferences, and reassessment of goals of care showed significant differences between physicians and non-physicians.

Conclusion: We explored PCA self-efficacy in health professionals with the ACP-SEs Ar scale validated for the first time in Argentina.

Key words: shared care planning, self-efficacy, palliative care, advance directives

PUNTOS CLAVE

- La planificación compartida de la atención (PCA) promueve la participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud presente y futura, aspectos sociales, espirituales y familiares; involucra al paciente, familia y equipo asistencial.
- Existen barreras para implementar procesos de PCA, algunos relacionados con las competencias de los profesionales de la salud.
- La autoeficacia es uno de los principales predictores del éxito en los procesos de aprendizaje y en la adquisición de nuevos comportamientos.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- Exploramos la autoeficacia percibida por profesionales que asisten a pacientes con enfermedades crónicas para iniciar PCA validando la escala ACP-SEs Argentina.

En las últimas décadas, la figura del paciente autónomo, informado e involucrado en el proceso de decisiones médicas modificó la práctica clínica^{1,2}. La firma del consentimiento informado y la implementación de directivas anticipadas (DA) es una forma de garantizar la participación autónoma de las personas en las decisiones respecto a su salud, cuidados y tratamientos médicos^{2,3}. La toma de decisiones compartida es un proceso colaborativo en el que participan los pacientes, sus familias y los profesionales de la salud para elaborar conjuntamente un plan de cuidados⁴.

En 1995, el estudio SUPPORT⁵ dejó en evidencia que para mejorar la toma de decisiones al final de la vida no alcanza con la formulación de un documento de DA, si el mismo no está enmarcado en una planificación de las decisiones, considerada un proceso reflexivo y social amplio que incluye discusiones continuas entre el equipo de salud, los pacientes y entornos afectivos sobre la evolución de la enfermedad, las opciones de tratamiento, las metas y las preferencias de los pacientes⁶⁻⁸.

En 2017, un consenso europeo de expertos estableció el marco conceptual, la definición y las recomendaciones para promover los procesos de planificación de la atención⁹⁻¹¹. En 2019, la Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPKA) tradujo el consenso y las recomendaciones adaptadas al contexto español. Se definió como: "un proceso deliberativo, relacional y estructurado, que facilita la reflexión y comprensión de la vivencia de enfermedad y el cuidado entre las personas implicadas, centrado en la persona que afronta una trayectoria de enfermedad, para identificar y expresar sus preferencias y expectativas de atención. Promueve la toma de decisiones compartida en relación con el contexto actual y con los retos futuros de atención, como aquellos momentos en los que la persona no sea competente para decidir"¹².

Una revisión de 2021 destaca que los pacientes en cuidados paliativos (CP) desean participar en decisiones que van más allá de los tratamientos médicos tradicionales¹³. Argentina no cuenta aún con un programa nacional de PCA ni existe un enfoque sistemático de toma de decisiones para pacientes con enfermedades crónicas avanzadas (ECA)¹⁴. Por lo tanto, el concepto de la PCA no está extendido a los equipos de salud,

a pesar de que en el país existe una Ley nacional 26.742 promulgada en 2012¹⁵, que garantiza el derecho de las personas con enfermedades irreversibles a rechazar o suspender terapias o procedimientos médicos cuando estos fueran desproporcionados a las perspectivas de mejoría o cuando prolonguen la agonía. La ley regula las DA como instrumento legal para la toma de decisiones en forma prospectiva^{2,15}.

En la Provincia de Córdoba, en el año 2002 se aprobó la Ley 10.058 denominada "Declaración de Voluntades Anticipadas para una muerte digna", promoviendo la conformación de un Registro Único de Voluntades Anticipadas¹⁶. En 2016, se modificaron algunos de sus incisos para adecuarla a la ley nacional de derechos del paciente¹⁵. En la actualidad se ha realizado un proceso de re funcionalización del registro de voluntades anticipadas para mejorar el acceso de las personas y optimizar la disponibilidad de las directivas a través de un expediente digital.

La PCA aumenta la documentación de voluntades anticipadas, promueve la discusión en torno a la futura atención médica y mejora la consistencia entre los cuidados y los objetivos del paciente que padece una ECA⁷. Sin embargo, en la práctica continúa siendo complejo implementar la planificación de los cuidados por múltiples factores¹⁷⁻²⁰. Existen dificultades relacionadas con el sistema de salud, la falta de apoyo institucional, resistencia de las personas para conversar sobre el final de la vida o el desconocimiento por parte de pacientes sobre la planificación del cuidado^{2,20}. Los propios profesionales, señalan barreras como ser el conocimiento insuficiente sobre el proceso de PCA, habilidades de comunicación inadecuadas, miedo a hablar del final de la vida con los pacientes, dificultades en el manejo de dilemas ético-clínicos y la ausencia de roles definidos para gestionar el proceso de PCA^{19,20}.

La formación, así como la adquisición de habilidades específicas es fundamental para superar estas barreras y mejorar la autoeficacia de los profesionales durante el proceso de PCA^{17,19,21,22}. El constructo definido como "autoeficacia", es un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva desarrollada por Bandura²³. Se define como "las creencias en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para ma-

nejar las situaciones futuras"²³. La autoeficacia percibida es uno de los principales predictores del éxito en los procesos de aprendizaje y en la promoción de la adquisición de nuevos comportamientos y de resultados positivos para implementar la PCA¹⁹. Esto sugiere que promover la formación entre los profesionales que atienden a personas con ECA elegibles para PCA permitiría a aquellos pacientes reflexionar y expresar sus deseos, expectativas, preferencias y valores con respecto a los procesos que involucran su salud.

Hasta la fecha, la única escala para valorar la autoeficacia en profesionales de la salud para llevar adelante procesos de PCA fue originalmente desarrollada y validada por Baughman, *Advance Care Planning Self-Efficacy Scale* (ACP-SE) en idioma inglés²¹. Lasmarías y col. en 2021¹⁹, realizaron la traducción y validación al idioma español de la escala (ACP-SEs).

En Argentina, hasta nuestro conocimiento, no existen aún suficientes estudios que aporten evidencias sobre la PCA centrados en las experiencias de los profesionales del equipo de salud. En 2021 se conformó un grupo de investigación *ad hoc* llamado Grupo PCA-Argentina para promover la educación y la investigación en la temática^{14,24}.

El objetivo de este artículo es presentar la adaptación transcultural de la escala de autoeficacia percibida, en Argentina, ACP-SEs Ar, como instrumento exploratorio de la experiencia de los profesionales respecto de la PCA.

Materiales y métodos

Se diseñó un estudio instrumental prospectivo y exploratorio en dos etapas. En la primera se realizó el test de comprensión y la adaptación cultural y lingüística de la escala ACP-SEs al español argentino con un grupo de expertos (ACP-SEs castellano V3) y en la segunda se midieron las propiedades psicométricas de la escala adaptada con profesionales de la salud (2019-2022).

Primera etapa: Test de comprensión y adaptación lingüística

Se utilizó un muestreo intencional con la participación de profesionales de la salud argentinos expertos en atención de pacientes con ECA y en cuidados paliativos, con más de 5 años de experiencia en la especialidad. Se consideró la representación por género, edad y profe-

siones. Las entrevistas a los profesionales se realizaron durante una semana, el tiempo aproximado que requirió cada participante para responder la escala fue de 20 minutos y luego se tomaron otros 20 minutos para realizar un test cognitivo estructurado con el método “pensar en voz alta”²⁵, donde se realizaron preguntas generales sobre el diseño y la estructura de la escala ACP-SEs, preguntas en relación a la comprensión de cada premisa y finalmente se brindó la posibilidad de que cada participante plantee cualquier otra cuestión que no se haya discutido o considerado en la temática. Luego de cada una de las entrevistas se incorporaron las modificaciones y sugerencias en relación a la comprensión de la escala, previo a continuar con el siguiente entrevistado, logrando por saturación de comentarios, la versión acordada de la escala ACP-SEs Ar (Tabla 1).

Segunda etapa: aplicación de la Escala ACP-SEs Ar a profesionales de la salud argentinos

Se invitó a participar en un muestreo intencional de tipo bola de nieve, no probabilístico, a miembros de asociaciones científicas relacionadas con la asistencia de pacientes con ECA²⁶. Participaron en la difusión la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AA-MyCP), el Instituto Pallium Latinoamérica y Asociación de Oncología Córdoba, en el período 2019-2022.

El instrumento de recolección de datos estaba compuesto de tres secciones; 1) Variables sociodemográficas: edad, sexo, profesión, experiencia, nivel de educación, formación y experiencia previa con pacientes con ECA (6 preguntas); 2) Variables para evaluar los conocimientos previos, la formación y la experiencia con la PCA (9 preguntas) y 3) Escala ACP-SEs Ar de 19 ítems puntuados en una escala tipo Likert de 5 puntos (me siento 1: nada capaz y 5: completamente capaz). Previamente los participantes brindaron su consentimiento para participar de forma voluntaria y anónima. El instrumento se envió vía correo electrónico y WhatsApp. Las direcciones de correo electrónico, números de teléfono o IP no se guardaron.

Análisis estadístico

El análisis de datos fue descriptivo de las variables cualitativas mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas de acuerdo a la media, mediana y desvío estándar o rango intercuartílico (RIC) según las distribuciones. Asumimos *a priori* que los médicos tenían diferentes conocimientos sobre el pronóstico y los objetivos del tratamiento para la toma de decisiones basadas en los actuales planes de estudios y por este motivo los agrupamos en médicos y no médicos. Las diferencias estadísticamente significa-

tivas en las medias de los distintos ítems del cuestionario en función profesión (médica o no médica), se evaluaron mediante el test t o la prueba U de Mann-Whitney según la distribución. La puntuación total de la escala ACP-SEs Ar se calculó sumando los 19 ítems del cuestionario, los cuales fueron re escalados de 0 (mínimo) a 100 (máximo). Se ajustaron modelos lineales generalizados (Función de densidad gamma y vínculo de identidad) utilizando la puntuación total como variable de respuesta según covariables de interés: profesión, edad, experiencia trabajando con personas con ECA y formación y experiencia en PCA. Las dos categorías más altas de la escala de Likert (puntuaciones 4 y 5) se consideraron logros en capacidad profesional al realizar un test de diferencia de proporciones para evaluar la capacidad de los profesionales en los distintos ítems del cuestionario según su profesión. Se discriminaron los resultados de médicos y no médicos en grupos separados. Para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados se expresaron con un nivel de confianza del 95 % y un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo utilizando el software Stata 17.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Clínica Universitaria Reina Fabiola de la Ciudad de Córdoba, Argentina (MEP20221114bP).

Resultados

Test de comprensión y adaptación lingüística de la escala ACP-SEs

Participaron 8 profesionales, dos varones y seis mujeres de entre 39 y 63 años, cuatro eran médicos, dos psicólogas y dos trabajadoras sociales. Luego del quinto participante y hasta el octavo no se obtuvieron cambios ni modificaciones de la escala por lo que se consideró la saturación de la muestra. Como resultado del proceso, inicialmente se modificó cada premisa anteponiendo la frase “me siento capaz de” con el fin de que el participante se sienta involucrado en primera persona al momento de responder la escala. En el ítem 9, se realizó una observación gramatical en relación al pronombre personal “tu” que fue reemplazado por “mi”, logrando una mejor comprensión de la premisa. En el ítem 6 se sugirió clarificar con ejemplos concretos el término soporte vital. No se modificó el número ni la secuencia de los ítems. Se discutió sobre algunos conceptos como “familia” en las preguntas de comunicación, sugiriendo ampliarlo

Tabla 1 | Escala de Autoeficacia Percibida en la Planificación de Decisiones Anticipadas ACP-SEs Ar

En una escala de 1 a 5 (donde 1 es me siento nada capaz y 5 me siento totalmente capaz) evalúe su percepción sobre cuán capaz se siente para llevar a cabo el proceso de PDA sobre los siguientes ítems:

1. Me siento capaz de encontrar el tiempo para hablar con el paciente sobre su pronóstico, preferencias y plan de atención	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
2. Me siento capaz de determinar el grado de información que y/o cuánto desea conocer el paciente sobre su pronóstico	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
3. Me siento capaz de determinar el nivel de implicación que el paciente desea en la toma de decisiones	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
4. Me siento capaz de determinar la persona (de su entorno afectivo) que el paciente desearía involucrar en la toma de decisiones	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
5. Me siento capaz de ofrecer el grado de información deseado y la orientación necesaria para ayudar al paciente en la toma de decisiones	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
6. Me siento capaz de describir pros y contras de los diferentes tratamientos de soporte vital (ejemplo: Asistencia Respiratoria Mecánica, diálisis, nutrición artificial, etc.)	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
7. Me siento capaz de determinar los deseos específicos de los pacientes en cuanto a los tipos de tratamientos médicos	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
8. Me siento capaz de discutir y negociar los objetivos y planes de tratamiento individualizado con el paciente	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
9. Me siento capaz de asegurar que, en lo que bajo mi responsabilidad respecta, las preferencias del paciente serán respetadas	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
10. Me siento capaz de asegurar que las preferencias del paciente serán respetadas si el paciente es hospitalizado	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
11. Me siento capaz de hablar con el paciente sobre cómo cumplimentar un documento de voluntades anticipadas	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
12. Me siento capaz de determinar con el paciente en qué momento deberían modificarse los objetivos de la atención	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
13. Me siento capaz de re-evaluar los deseos del paciente en el momento en que se requiere un cambio en los objetivos de la atención	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
14. Me siento capaz de hablar abiertamente con el paciente sobre dudas o incertidumbres, en caso de que las haya	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
15. Me siento capaz de educar y clarificar con el paciente cualquier información / creencia errónea sobre la enfermedad o el pronóstico	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
16. Me siento capaz de responder de forma empática a las preocupaciones del paciente y su familia	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
17. Me siento capaz de comunicar malas noticias al paciente y su familia	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
18. Me siento capaz de involucrar al paciente en la conversación sobre planificación de decisiones anticipadas	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
19. Me siento capaz de registrar adecuadamente las decisiones y el plan de atención acordado a lo largo de la PDA	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5

a “referente afectivo” y el “deseo” del paciente durante un proceso de enfermedad, sugiriendo utilizar preferencia o elección del paciente.

Aplicación de la Escala ACP-SEs Ar a profesionales de la salud argentinos: evaluación de propiedades psicométricas

Se obtuvieron 236 respuestas. El mayor porcentaje se obtuvo de profesionales médico/as 52.97%. La mayoría eran mujeres 79.6%, mediana de edad 43. El 66% tenía más de 10 años de experiencia laboral y el 83% asiste a pacientes con ECA y el 52% informó haber recibido capacitación en PCA, como actividad/taller, pero ninguno de ellos recibió una capacitación específica en PCA. A pesar de esto, el 98% refirió recibir capacitación hace más de un año, por lo que el resultado de esta respuesta resultó inconsistente y por tal motivo debió ser eliminada del análisis. La Tabla 2 resume la experiencia de los participantes en relación a la PCA y al documento de directivas anticipadas.

Las respuestas de la escala ACP-SEs Ar (Tabla 3) fueron analizadas dividiendo la muestra en los grupos médicos y no médicos mostrando diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en los ítems que se referían sobre todo al pronóstico, las opciones de tratamiento, los objetivos, los deseos y las preferencias de tratamiento, y reevaluación de los objetivos de cuidados con el tiempo. Sin embargo, otras preguntas relacionadas con la autonomía, el respeto, la participación de la familia y la documentación de las decisiones no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos. La confiabilidad del instrumento, se determinó utilizando el coeficiente alfa de Cronbach obteniendo como resultado 0.89.

Discusión

Hasta nuestro conocimiento este es el primer estudio que vincula una escala de autoeficacia percibida por profesionales de varias áreas con el proceso de PCA en Argentina. Se realizó la validación transcultural de la escala ACP-SEs Ar y se midieron las propiedades psicométricas que fueron adecuadas para una muestra de profesionales que asisten a pacientes con ECA. Si bien la mayoría de los participantes encuestados tenían experiencia en atención de pacientes que

podrían beneficiarse de la PCA, solo la mitad de ellos, la mayoría médicos, realizó un proceso de PCA con algún paciente. Dada la concepción holística de la PCA un enfoque multidisciplinar parece el más adecuado para garantizar un proceso de PCA amplio, multidimensional e individualizado, con la participación de todos los ámbitos sanitarios. Nuestro resultado refuerza los hallazgos de estudios previos que informan que la capacitación, entrenamiento y la implementación de los procesos de PCA como parte de la rutina clínica se vinculan con una mayor autoeficacia en PCA^{17,21,22}.

Empoderar a las personas y las comunidades respecto a sus derechos, en particular sobre las decisiones sobre tratamientos de soporte vital o cuidados al final de la vida, es uno de los componentes del nuevo Modelo Conceptual de CP de la Organización Mundial de la Salud²⁷. En consonancia con este modelo, desde el GRUPO PCA-Argentina intentamos sensibilizar a los profesionales que asisten pacientes con ECA y de CP sobre el proceso de PCA a través de la autoeficacia percibida para proyectar capacitaciones específicas. Acordamos con la recomendación de que las personas afectadas por enfermedades graves o potencialmente mortales deberían tener, en una fase temprana, la oportunidad de recibir información clara sobre los tratamientos y los CP y expresar oportunamente sus valores y preferencias sobre los cuidados que recibirán¹⁰. El proceso también debe implicar a los familiares y entorno afectivo.

Uno de los ítems con menor autoeficacia percibida fue la capacidad del profesional de asegurar que las preferencias del paciente serán respetadas si el paciente fuera hospitalizado. Esta situación además de las competencias profesionales, requiere de una política de salud institucional comprometida con el proceso y coordinación entre los distintos niveles asistenciales²¹. Una revisión sistemática²⁸ demostró que la consulta con otros profesionales de la salud y la política hospitalaria que apoye una DA son considerados facilitadores de un proceso de PCA.

La minoría de los participantes tenía hecho un documento de voluntades anticipadas propio, menos de un tercio ayudó a un familiar o amigo y menos de la mitad ayudó a un paciente a realizar una DA, lo que refleja la necesidad de

Tabla 2 | Experiencia de los profesionales en planificación compartida de la atención y documento de voluntades anticipadas*

		Total (n = 236) (%)	Puntaje total PCA (100 puntos)		p-valor
			<81 (P75)	≥81 (P75)	
¿Ha hecho previamente una PDA con algún paciente?	No	106 (44.9)	88 (50.9)	14 (23.7)	<0.001
	Sí	130 (55.1)	85 (49.1)	45 (76.3)	
Nro. PDA realizadas en un mes (n=203)	Ninguna	99 (45.8)	81 (51.9)	15 (26.3)	0.001
	≥1	117 (54.2)	75 (48.1)	42 (73.7)	
¿Posee un Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) personal?	No	210 (89.0)	158 (91.3)	48 (81.4)	0.036
	Sí	26 (11.0)	15 (8.7)	11 (18.6)	
¿Ha ayudado alguna vez a un/a amigo/a o familiar a hacer una DVA?	No	167 (71.1)	131 (76.3)	32 (54.2)	0.001
	Sí	68 (28.9)	41 (23.8)	27 (45.8)	
¿Ha ayudado alguna vez a un/a paciente a hacer una DVA?	No	131 (55.7)	105 (61.2)	22 (37.3)	0.002
	Sí	104 (44.3)	67 (38.9)	37 (62.7)	
Indique el N° de DVAs que ha hecho con pacientes	Ninguna	97 (45.8)	77 (50.7)	17 (29.8)	0.007
	≥1	115 (54.3)	75 (49.3)	40 (70.2)	

*Documento de directivas anticipadas

desarrollar estrategias para ayudar a los profesionales a discutir cuestiones relacionadas con la muerte o el morir con los pacientes. De Vleminck y col. menciona como facilitador de los procesos de PCA que el profesional posea un testamento vital propio, asumiendo que los profesionales que son más capaces de gestionar el tema de su propia muerte tendrían un mayor grado de autoeficacia en PCA^{19,28}.

La capacidad para encontrar el tiempo para hablar con el paciente sobre su pronóstico, preferencias y plan de atención fue considerada baja, coincidiendo con estudios previos donde la falta de tiempo se identifica como una barrera para iniciar y mantener conversaciones de ca-

lidad que aborden los todos aspectos de PCA, lo que requiere más tiempo que simplemente preguntarle al paciente si tiene DA^{19-21,29}.

Al comparar los grupos médicos y no médicos observamos diferencias significativas en relación a determinar el grado de información deseado por el paciente, discutir y definir los objetivos de cuidados e individualizar tratamientos. El abordaje multidimensional que involucra el proceso de PCA, habilita a que no solo el médico sea quien inicie el proceso, sino que puede ser iniciado cualquier profesional del equipo de salud capacitado y que se sienta capaz de llevarlo a cabo. Por este motivo, nuestra exploración incluyó profesionales no médicos que requeri-

Tabla 3 | Respuestas de la Escala ACP-SEs Ar

ITEMS	Total (n = 236)	Médicos (n = 125)	No médicos (n = 111)	p-valor
1. Encontrar el tiempo para hablar con el paciente sobre su pronóstico, preferencias y plan de atención	3.81 (0.91)	3.90 (0.78)	3.70 (1.02)	0.2032
2. Determinar el grado de información que / cuánto desea conocer el paciente sobre su pronóstico	3.86 (0.92)	4.04 (0.72)	3.66 (1.07)	0.0066
3. Determinar el nivel de implicación que el paciente desea en la toma de decisiones	3.7 (0.9)	3.79 (0.75)	3.60 (1.04)	0.2435
4. Determinar la persona (de su entorno afectivo) que el paciente desearía involucrar en la toma de decisiones	3.82 (0.9)	3.89 (0.81)	3.75 (0.99)	0.3581
5. Ofrecer el grado de información deseado y la orientación necesaria para ayudar al paciente en la toma de decisiones	3.86 (0.9)	4.04 (0.74)	3.66 (1.01)	0.0045
6. Describir los pros y contras de los diferentes tratamientos de soporte vital (ARM, diálisis, nutrición artificial, etc.)	3.7 (1.08)	4.18 (0.74)	3.16 (1.14)	<0.001
7. Determinar los deseos específicos de los pacientes en cuanto a los tipos de tratamientos médicos	3.61 (1)	3.86 (0.76)	3.32 (1.16)	0.0002
8. Discutir y negociar los objetivos y planes de tratamiento individualizado con el paciente	3.59 (1.03)	3.92 (0.76)	3.23 (1.16)	<0.01
9. Asegurar que, en lo que bajo mi responsabilidad respecta, las preferencias del paciente serán respetadas.	4.16 (0.89)	4.28 (0.77)	4.03 (1.00)	0.0901
10. Asegurar que las preferencias del paciente serán respetadas si el paciente es hospitalizado	3.74 (1.12)	3.75 (1.07)	3.73 (1.19)	0.9317
11. Hablar con el paciente sobre cómo cumplimentar el documento de voluntades anticipadas	3.32 (1.2)	3.30 (1.20)	3.34 (1.20)	0.3841
12. Determinar con el paciente en qué momento deberían modificarse los objetivos de la atención	3.5 (1.02)	3.69 (0.89)	3.29 (1.12)	0.0011
13. Re-evaluar los deseos del paciente en el momento en que se requiere un cambio en los objetivos de la atención	3.73 (0.95)	3.89 (0.85)	3.56 (1.02)	0.0128
14. Hablar abiertamente con el paciente sobre dudas o incertidumbres, en caso de que las haya	4.11 (0.93)	4.27 (0.74)	3.93 (1.07)	0.0224
15. Educar y clarificar con el paciente cualquier información / creencia errónea sobre la enfermedad o el pronóstico	4.00 (0.99)	4.19 (0.77)	3.77 (1.15)	0.0103
16. Responder de forma empática a las preocupaciones del paciente y su familia	4.28 (0.84)	4.35 (0.70)	4.21 (0.97)	0.6176
17. Comunicar malas noticias al paciente y su familia	3.98 (0.95)	4.25 (0.68)	3.68 (1.11)	0.0001
18. Involucrar al paciente en la conversación sobre planificación de decisiones anticipadas	3.83 (1)	3.94 (0.90)	3.71 (1.09)	0.1314
19. Registrar adecuadamente las decisiones y el plan de atención acordado a lo largo de la PDA	3.54 (1.1)	3.59 (1.06)	3.48 (1.15)	0.2139

* p-valor estadísticamente significativo <0.05

rán capacitaciones específicas de acuerdo a sus respectivas profesiones. La viabilidad de la PCA depende en gran medida de las habilidades de comunicación de los profesionales en la relación clínica, aspecto que en múltiples estudios se describe como una barrera importante para el desarrollo del proceso^{14,18-20,30}.

La capacidad de los profesionales para registrar los procesos de PCA fue baja, por lo que consideramos que la capacitación en PCA puede impactar en los procesos de atención del paciente, favoreciendo el desarrollo de instrumentos de registros de fácil acceso a todo el equipo de salud que interviene en el cuidado del paciente. Contar con una sección específica en la historia clínica para documentar la PCA es un indicador de calidad de la implementación de este proceso^{17,21}.

Este estudio permitió validar y utilizar una escala de autoeficacia percibida para identificar áreas de mejora en el proceso de PCA. Los ítems de la escala ACP-ESs Ar, miden los componentes incluidos en las recomendaciones consensuadas por expertos sobre cómo se debe implementar la PCA¹¹ y podría utilizarse en capacitaciones específicas como instrumento de evaluación pre y post capacitación.

Limitaciones: Este estudio no está exento de limitaciones. La encuesta fue respondida en forma voluntaria, por profesionales con intereses en el tema, lo que no representa la población de profesionales argentinos. Dado que la muestra es no probabilística no es posible generalizar los datos. Sin embargo, se trata de captar la percepción subjetiva de los profesionales respecto a su autoeficacia en el tema, dicha subjetividad es específicamente lo que se buscaba conocer

Otra limitación podría estar relacionada con los años de experiencia de los participantes, ya que los intervalos en las preguntas sociodemográficas se superponen (5-10 // 10-20). Por otro lado, respecto al ítem cantidad de PCA en el último mes: la mayoría contestó ninguna. Se acuerda que era difícil de contestar esta pregunta ya que al tratarse de un proceso puede no quedar claro cómo cuantificarlo y generar imprecisiones.

Agradecimientos: Al Instituto Pallium Latinoamérica (Asociación civil), Fundación Esteban Bullrich y Ministerio de Ciencia, Tecno-

logía e Innovación de Argentina (MINCYT) Resol- 2022-825-APN-MCT, por la financiación del proyecto.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Altisent R, Júdez J. El reto de la planificación anticipada de la atención al final de la vida en España. *Med Paliativa* 2016; 23: 163-4.
2. Macchi MJ, Pérez M del V, Alonso JP. Planificación de los cuidados en el final de la vida. Perspectivas de profesionales de oncología y cuidados paliativos. *Sex Salud Soc* 2020; 35: 218-6.
3. Nani GM. La Planificación Anticipadas de las decisiones al final de la vida: vivencias y necesidades de las enfermeras de atención primaria. Tesis doctoral. Universidad de Jaen. 2019. En: <https://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/963/3/9788491592389.pdf>; consultado marzo 2023
4. Légaré F, Stacey D, Gagnon S, et al. Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. *J Eval Clin Pract* 2011; 17: 554-64.
5. Connors AF, Dawson NV, Desbiens NA, et al. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA* 1995; 274: 1591-8.
6. Barbero J, Prados C, González A. Hacia un modelo de toma de decisiones compartida para el final de la vida. *Psicooncología* 2011; 8:143-68.
7. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JAC, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med* 2014; 28: 1000-25.
8. Baughman KR, Ludwick R, Palmisano B, Hazelett S, Sanders M. The relationship between organizational characteristics and advance care planning practices. *Am J Hosp Palliat Care* 2015; 32: 510-5.
9. Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. *J Pain Symptom Manage* 2017; 53: 821-832.e1.
10. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* 2017;18: e543-e551.
11. Martínez CL, Girón SD, Rietjens JAC, Korfage IJ, Gómez-Batiste Y. X. Definición y recomendaciones

- para la planificación de decisiones anticipadas: un consenso internacional apoyado por la European Association for Palliative Care (EAPC). *Med Palliat* 2019; 26: 236-49.
12. Lasmarías C, Velasco Sanz T, Carrero Planes VE, Granero-Moya N. Planificación compartida de la atención AE de planificación compartida de la atención: la COVID-19, ¿una oportunidad? *Med Paliativa* 2020; 27: 267-8.
 13. Kuosmanen L, Hupli M, Ahtiluoto S, Harvest E. Patient participation in shared decision-making in palliative care - an integrative review. *J Clin Nurs* 2021; 30: 3415-28.
 14. Tripodoro VA, Di Gennaro S, Fila J, et al. How should Argentina raise ACP awareness? Introduction of the Shared Care Planning Group. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2023; 180: 50-5.
 15. Salud Publica. Ley 26.742. En: <https://www.boletino-ficial.gob.ar/detalleAviso/primera/70105/20120524>; consultado julio 2023.
 16. Legislación en Salud de la República Argentina. En: <http://leg.msal.gov.ar/>; consultado julio 2023.
 17. Lasmarías C, Aradilla-Herrero A, Esquinas C, et al. Primary care professionals' self-efficacy surrounding advance care planning and its link to sociodemographics, background and perceptions: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 9034.
 18. Simon J, Porterfield P, Bouchal SR, Heyland D. «Not yet» and «Just ask»: barriers and facilitators to advance care planning--a qualitative descriptive study of the perspectives of seriously ill, older patients and their families. *BMJ Support Palliat Care* 2015; 5: 54-62.
 19. Lasmarías C, Subirana-Casacuberta M, Mancho N, Aradilla-Herrero A. Spanish cross-cultural adaptation and psychometric properties of the advance care planning self-efficacy: a cross-sectional study. *J Palliat Med* 2021; 24: 1807-15.
 20. Granero-Moya N, Frías-Osuna A, Barrio-Cantalejo IM, Ramos-Morcillo AJ. Primary care nurses' difficulties in advance care planning processes: A qualitative study. *Aten Primaria* 2016; 48: 649-56.
 21. Baughman KR, Ludwick R, Fischbein R, et al. Development of a scale to assess physician advance care planning self-efficacy. *Am J Hosp Palliat Care* 2017; 34: 435-41.
 22. Gilissen J, Pivodic L, Wendrich-van Dael A, et al. Nurses' self-efficacy, rather than their knowledge, is associated with their engagement in advance care planning in nursing homes: A survey study. *Palliat Med* 2020; 34: 917-24.
 23. Canto y Rodríguez J. Autoeficacia y educación. *Educación y ciencia* 1998; 2: 45-53.
 24. Tripodoro VA, Di Gennaro MS, Fila J, Veloso VI, Quiroga C, Martínez CL. Lessons learned from self-efficacy of healthcare professionals for advance care planning. *Palliat Med Pract* 2023; doi: 10.5603/pmpi.a2023.0024.
 25. Willis GB. *Cognitive Interviewing: A tool for improving questionnaire design*. SAGE Publications Incorporated; 2004.
 26. González OH. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. En: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v37n3/1561-3038-mgi-37-03-e1442.pdf>; consultado octubre 2023.
 27. Organización Mundial de la Salud. Evaluación del desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo: conjunto de indicadores factibles. 2022. ISBN 9789240045644. En: <https://www.who.int/es/publications/i/item/978924003335>; consultado agosto 2023.
 28. De Vleminck A, Houttekier D, Pardon K, et al. Barriers and facilitators for general practitioners to engage in advance care planning: a systematic review. *Scand J Prim Health Care* 2013; 31: 215-26.
 29. Wichmann AB, van Dam H, Thoonsen B, Boer TA, Engels Y, Groenewoud AS. Advance care planning conversations with palliative patients: looking through the GP's eyes. *BMC Fam Pract* 2018; 19: 184.
 30. Detering K, Silvester W, Corke C, et al. Teaching general practitioners and doctors-in-training to discuss advance care planning: evaluation of a brief multimodality education programme. *BMJ Support Palliat Care* 2014; 4: 313-21.