

# TRABAJO FIN DE GRADO

## Grado en Medicina



### PERCEPCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE RECURSOS FORMACIÓN Y CALIDAD DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

**Nombre del Tutor Clínico:** DOCTORA CRISTINA LOPEZ DE LA TORRE.

**Servicio del Tutor Clínico:** BIOÉTICA.

**Nombre del Tutor Metodológico:** ROCIO QUEIPO MATAS.

**Nombre del Alumno:** RAQUEL RODRÍGUEZ PÉREZ.

**Hospital:** HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA (SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES, MADRID).

**Madrid, 12 mayo 2025**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>1. RESUMEN</b> .....	1
<b>2. INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b> .....	9
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	10
4.1. Diseño de estudio:.....	10
4.2. Ámbito y población de estudio:.....	10
4.3. Selección y definición de las variables: .....	11
4.4. Cálculo del tamaño muestral: .....	11
4.5. Recogida de datos:.....	11
4.6. Plan de análisis estadístico: .....	12
<b>5. DISEÑO DEL INSTRUMENTO</b> .....	14
<b>6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES</b> .....	15
<b>7. RESULTADOS</b> .....	15
7.1. Validación Interna .....	16
7.2. Descripción de cada Dimensión del cuestionario .....	17
7.3. Percepción Pública y Profesional (DIM 1) Según Franja de Edad, Servicio, Franja de Años Trabajados y Formación en Cuidados Paliativos.....	18
<i>Boxplot que muestra la distribución de las puntuaciones de la Dimensión 1 en función del servicio en el que trabajan los profesionales sanitarios. Fuente: gráfico generado con Jamovi a partir de los datos del estudio.</i> .....	20
7.4. Recursos y Formación Profesional (DIM2) Según Franja de Edad, Servicio, Franja de Años Trabajados y Formación en Cuidados Paliativos.....	20
7.5. Apoyo Institucional y Compromiso (DIM3) Según Franja de Edad, Servicio, Franja de Años Trabajados y Formación en Cuidados Paliativos.....	23
7.6. Calidad e Integración de los Cuidados Paliativos (DIM4) en Función de la Franja de Edad, el Servicio, la Franja de Años Trabajados y la Formación en Cuidados Paliativos ....	25
<b>8. DISCUSIÓN</b> .....	26
<b>9. CONCLUSIÓN</b> .....	30
<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	32
<b>ANEXOS</b> .....	36
<b>Anexo 1</b> .....	37
<b>Anexo 2</b> .....	38
<b>Anexo 3</b> .....	39

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Médicos y residentes - Tamaño muestral.....	16
Figura 2: Distribución de la DIM1 (percepción pública y profesional) según el servicio (P3_agrup) .....	20
Figura 3: Distribución de la DIM2 (recursos y formación profesional) según formación en cuidados paliativos (P5). .....	22
Figura 4: Distribución de las respuestas a la pregunta 12: “Las solicitudes de eutanasia se verían reducidas con unos cuidados paliativos de alta calidad”. .....	23

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Fiabilidad interna del cuestionario .....	16
Tabla 2: Análisis descriptivo de las dimensiones .....	17
Tabla 3: Clasificación de la percepción profesional por dimensión (n=53). .....	18
Tabla 4: Asociación entre la DIM1 y las variables sociodemográficas. ....	19
Tabla 5: Asociación entre DIM2 y variables sociodemográficas.....	21
Tabla 6: Asociación entre la DIM3 y las variables sociodemográficas. ....	24
Tabla 7: Asociación entre DIM4 y variables sociodemográficas.....	26

## 1. RESUMEN

**Introducción:** La aparición y puesta en práctica de cuidados paliativos en las sociedades avanzadas, han generado controversias de naturaleza variada. De una parte, estableciendo una frontera entre la forma de finalizar la vida y de otra la influencia de esa decisión en la orientación, calidad y medios necesarios para ofrecer unos cuidados paliativos que cumplan sus verdaderos objetivos. La atención paliativa se enfrenta a retos que deben ser abordados y que aluden, desde la posible necesidad de especialización de los profesionales sanitarios hasta la accesibilidad a los mismos o la forma de prestar el servicio de manera integral y coordinando todas las derivadas afectas, ya que se trata de conjugar un tratamiento clínico con necesidades que exceden del mismo y que hacen referencia a factores psicológicos, espirituales o éticos. La hipótesis fue si >50% de los médicos y residentes del Hospital Universitario Infanta Sofía opinaban que las peticiones de eutanasia se verían recudirás con unos cuidados paliativos de alta calidad.

**Metodología:** Se realizó un estudio prospectivo dirigido a todos los médicos del hospital y a los residentes de 3er año o superior. Para ello se realizó un cuestionario de 19 preguntas totalmente anónimo que se envió, junto con el consentimiento informado, a través de correo electrónico.

El objetivo fue describir la percepción de los servicios paliativos por los profesionales, la calidad de esos servicios y la detección de las necesidades, así como valorar el apoyo y compromiso institucional del mismo. Además, se buscaron asociaciones entre las variables sociodemográficas de los profesionales y las 4 dimensiones en las que se dividió el cuestionario.

**Resultados:** Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la dimensión 1 y el servicio al que pertenecían, con un p valor de 0,02, al igual que entre la dimensión 2 y nivel de formación en paliativos que tuvo la misma cifra. El resto de asociaciones son >0,05.

**Conclusión:** Las dimensiones mejor valoradas fueron la 2 (recursos y formación profesional) y la 4 (calidad e integración de los cuidados paliativos). La dimensión 1 (percepción pública y profesional) y la dimensión 3 (apoyo institucional y compromiso) tuvieron una valoración neutral. Se observó que la percepción pública y profesional

(DIM1) y la valoración sobre los recursos y formación (DIM2) estuvieron incluidas según el servicio al que pertenecían y el nivel de formación en cuidados paliativos, respectivamente. Se rechazó la hipótesis del estudio al responder <50% de los médicos que estaban de acuerdo con la afirmación.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The emergence and implementation of palliative care in advanced societies have generated controversies of various kinds. On the one hand, it establishes a boundary regarding how life comes to an end, and on the other, the influence of that decision on the direction, quality, and necessary means to offer palliative care that fulfils its true objectives. Palliative care faces challenges that must be addressed, ranging from the potential need for specialization among healthcare professionals to accessibility, as only half of the demand is currently met, as well as how to provide the service comprehensively and with coordination of all the related aspects. This is due to the need to combine clinical treatment with needs that go beyond it and refer to psychological, spiritual, or ethical factors. The hypothesis was whether more than 50% of physicians and residents at Infanta Sofía University Hospital believed that requests for euthanasia would decrease with the provision of high-quality palliative care.

**Methodology:** A prospective study was conducted, targeting all physicians at the hospital and residents in their third year or higher. A fully anonymous 19-question survey was created and distributed, along with informed consent, via email.

The objective was to describe healthcare professionals' perception of palliative care services, their quality, and the identification of needs, as well as to assess institutional support and commitment. Additionally, associations were sought between professionals' sociodemographic variables and the four dimensions into which the questionnaire was divided.

**Results:** A statistically significant association was found between Dimension 1 and the department to which the professionals belonged, with a p-value of 0.02, as well as between Dimension 2 and the level of training in palliative care, which yielded the same figure. All other associations had p-values >0.05.

**Conclusion:** The highest-rated dimensions were Dimension 2 (resources and professional training) and Dimension 4 (quality and integration of palliative care). Dimension 1 (public and professional perception) and Dimension 3 (institutional support and commitment) received neutral evaluations. It was observed that public and professional perception (DIM1) and the evaluation of resources and training (DIM2)

were influenced by the department to which professionals belonged and their level of training in palliative care, respectively. The study hypothesis was rejected, as fewer than 50% of physicians agreed with the statement.

## **PALABRAS CLAVE**

Paliativos, eutanasia, especialidades, final de la vida, percepción, sufrimiento, dignidad, recursos asistenciales, formación.

## **KEY WORDS**

Palliative, euthanasia, specialties, end of life, perception, suffering, dignity, healthcare resources, training.

## 2. INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos no han tenido un tratamiento histórico uniforme, sino que han evolucionado de la misma forma que lo han hecho las sociedades y la tecnología.

En la actualidad, se definirían como un servicio que se ofrece a las personas que sufren una enfermedad grave o potencialmente mortal para mejorar su calidad de vida y aliviar los síntomas derivados de ella <sup>(2)</sup>.

La atención ofrecida a los pacientes en los momentos de dolor, sufrimiento y enfermedad y en el tránsito hacia la muerte, ha pasado de abordarse desde el ámbito familiar al ámbito hospitalario e incluso en función de la importancia de las religiones, en muchas sociedades se ha dirigido más hacia el cuidado espiritual que el cuidado físico o se han compaginado en distinta proporción <sup>(1)</sup>.

Las culturas clásicas de Grecia y de Roma abordaban la cuestión de la muerte como un hecho natural aceptado, que no requería de un tratamiento concreto y el dolor y el sufrimiento formaba parte de ese proceso al que no se ponía especial remedio.

Posteriormente y a partir del siglo XVI, la religión condicionó el tratamiento del dolor, dando mucho menos importancia al tratamiento médico que al tratamiento espiritual por cuanto la muerte sólo era un tránsito a la vida eterna <sup>(1,3)</sup>.

Si bien a partir del siglo XVIII, cambia la forma de tratar el dolor por el desarrollo del conocimiento médico y la aparición de métodos anestésicos, no es hasta el siglo XX cuando comienza a considerarse los cuidados paliativos como una disciplina médica que tenía como objetivo aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes en fase terminal. Se trataba más de mejorar el resto de vida del paciente, que de intentar prolongar esa vida <sup>(3)</sup>.

En esta línea, fue Cicely Saunders el pionero de la disciplina, ya que fundó en 1967 el primer hospicio británico, enfocándola en la dirección de ofrecer un tratamiento integral del dolor, reconociendo el impacto que suponía no sólo en el físico del paciente sino también en el espiritual, en el psicológico y en el impacto social que representaba y esa filosofía es la que ha continuado hasta nuestros días. La medicalización de los cuidados paliativos ha supuesto que la intención inicial de aliviar el sufrimiento se haya solapado con el intento de prolongar la vida, a lo que ha

colaborado de manera esencial el avance tecnológico y farmacológico en su más amplio sentido <sup>(4, 5)</sup>.

Ese doble objetivo ha planteado debates éticos sobre si su implementación realmente tenía el efecto de mejorar la calidad de vida física, emocional y espiritual en el momento terminal o simplemente satisfacía el deseo de prolongarla <sup>(6)</sup>.

Todo ello ha abierto ya en nuestro siglo un profundo debate al coexistir conceptos como eutanasia, suicidio asistido y cuidados paliativos. Mientras este persigue mejorar la calidad de vida en la fase final de ella, aquellos se plantean como una opción para poner fin a la vida, con intervención médica, a quienes sufren una situación terminal irreversible y representa una manera diferente de percibir la muerte y de cuestionar el derecho individual a decidir sobre el final de la propia vida <sup>(7,8)</sup>.

La diferencia entre suicidio asistido y eutanasia radica en quién administra el fármaco; en el suicidio asistido el propio paciente se lo autoadministra, mientras que, en la eutanasia, es el personal sanitario el que se encarga de administrar el fármaco que provoca la muerte <sup>(9)</sup>.

Eutanasia y cuidados paliativos representan, en definitiva, una forma diferente y complementaria de afrontar el proceso de morir con el matiz de que estos, tratan de aliviar el sufrimiento integral, y aquella, añade la incapacidad que siente la persona en ese trance para encontrar el suficiente alivio <sup>(9, 10)</sup>.

En este punto se plantea por los especialistas una cuestión no siempre pacífica, pues mientras algunos priorizan la libertad individual de decisión de la persona para disponer de su vida, otros consideran que ese deseo de ponerle fin, que plantea problemas éticos y dudas al propio paciente y a la comunidad médica, podría verse disminuido con la implantación prioritaria de un sistema de cuidados paliativos que ofreciera la eliminación del dolor y el sufrimiento de manera amplia e integral y que afectaría a la manera de concebir el hecho de morir al eliminar la parte traumática que el dolor representa y proporcionando una mayor serenidad y humanización del hecho de la muerte <sup>(9,10)</sup>.

En la actualidad, el mayor conocimiento de las enfermedades y la aparición de nuevas terapias farmacológicas y abordajes quirúrgicos ha dado lugar a un aumento en la esperanza de vida y por tanto, a un gran grupo de población anciana pluripatológica.

El seguimiento en estos pacientes y de sus enfermedades crónicas se hace cada vez más arduo y requiere profesionales con amplios conocimientos tanto en cada una de las patologías crónicas y terminales, como en la prevención de los síntomas derivados de ellas, que pueden empeorar la calidad de vida del paciente. Por todo ello, resulta fundamental difundir las prácticas óptimas en lo que respecta a la asistencia del paciente paliativo, tratando diversos aspectos como la capacitación del equipo médico y no médico, la atención en casos de demencia o el perfeccionamiento del servicio que se ofrece a esta población en hospitales, residencias y domicilios <sup>(11)</sup>.

El conocimiento sobre cuidados paliativos y control de los síntomas de los profesionales sanitarios, así como la forma que tienen de entender el final de la vida y los aspectos espirituales y psicológicos que surgen en esta etapa en los pacientes terminales, constituyen la clave para lograr una atención óptima y dignificar los últimos momentos de vida en toda persona terminal <sup>(11)</sup>.

Por otro lado, la atención paliativa se enfrenta, a menudo, a situaciones complejas que dificultan el éxito de sus objetivos: síntomas que no responden fácilmente al tratamiento, un desgaste importante físico y emocional en los cuidadores y la dificultad para tomar decisiones sobre el tipo de atención más adecuada. Por ello, desde el ámbito organizativo se orientan los modelos actuales de atención paliativa hacia enfoques complementarios basados en distintos niveles de complejidad, teniendo como objetivo que cada persona reciba una atención ajustada a sus necesidades <sup>(12)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), así como diversos organismos nacionales y regionales, destacan la importancia de unos cuidados integrales y continuos entre los distintos niveles asistenciales, con un papel destacado para la Atención Primaria. Para ello, es fundamental que este nivel cuente con recursos suficientes y profesionales debidamente capacitados. Además, subrayan la necesidad de contar con equipos de apoyo y estructuras de coordinación que garanticen una atención eficaz, especialmente para los casos más complejos <sup>(13)</sup>.

En este contexto, se hace evidente que disponer de recursos óptimos es una necesidad fundamental para ofrecer cuidados paliativos de calidad. La complejidad de estas situaciones exige una respuesta estructurada, coordinada y sensible, lo cual solo es posible si se cuenta con los medios humanos materiales y organizativos adecuados <sup>(14,15)</sup>.

A pesar de las recomendaciones y del consenso institucional sobre la importancia de garantizar una atención paliativa adecuada, la realidad asistencial muestra importantes deficiencias en cuanto a accesibilidad y recursos <sup>(14, 15)</sup>. Esta brecha entre lo ideal y lo real se hace evidente al analizar datos sobre la prestación de estos cuidados en nuestro país.

En la última monografía publicada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos en el 2016 <sup>(16)</sup>, se llevó a cabo un estudio prospectivo cuyo objetivo fue estimar el número de pacientes terminales que atendía cada recurso al año. Participaron 284 recursos (profesionales pertenecientes a equipos, unidades o servicios de cuidados paliativos) de los cuales 280 respondieron a la encuesta y 4 no contestaron. A partir de lo anterior, al llevar a cabo estimaciones sobre la población española, se concluyó que aproximadamente el 49,2% de los pacientes (alrededor de 51800 personas) se beneficiaron de atención paliativa frente a un 50,8% (53468), que, a pesar de requerirlos, no la recibieron para una población de 46,6 millones de habitantes en 2016 <sup>(16)</sup>.

A lo largo de la historia, los cuidados paliativos han demostrado ser una respuesta esencial ante el sufrimiento asociado a enfermedades avanzadas. Sin embargo, la atención al final de la vida sigue enfrentando importantes obstáculos, tanto estructurales como éticos. Estos desafíos, refuerzan la necesidad de promover unos cuidados paliativos de calidad, centrados en la persona, que garanticen dignidad, alivio del sufrimiento y acompañamiento integral. Solo mediante un enfoque organizado y respaldado por recursos adecuados, es posible ofrecer una atención óptima en el tramo final de la vida <sup>(17)</sup>.

### **3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

- (i) Hipótesis: más del 50% de los médicos opinan que las peticiones de eutanasia se verían reducidas con unos cuidados paliativos de alta calidad.
- (ii) Objetivo principal:

El objetivo del estudio fue describir la percepción pública y profesional, los recursos y formación profesional; el apoyo institucional y compromiso y la calidad e integración de los cuidados paliativos de los profesionales sanitarios

del hospital Universitario Infanta Sofía (las 4 dimensiones que abarcó la encuesta).

(iii) Objetivos secundarios:

Los objetivos secundarios fueron comparar la percepción pública y profesional; los recursos y formación profesional, el apoyo institucional y compromiso y la calidad e integración de los cuidados paliativos (las cuatro (4) dimensiones que abarcó la encuesta) según la edad, especialidad, años de experiencia laboral y formación en cuidados paliativos.

#### **4. METODOLOGÍA**

4.1. Diseño de estudio:

Para dar respuesta a los objetivos propuestos, se realizó un estudio analítico, observacional, transversal y prospectivo.

4.2. Ámbito y población de estudio:

Se incluyó al personal médico personal médico de los siguientes servicios: cuidados paliativos, cuidados intensivos, geriatría, traumatología, neurología, cardiología, medicina interna, nefrología, medicina de familia, hematología, ginecología y obstetricia, oncología, urgencias, digestivo y rehabilitación del Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS).

Criterios de inclusión:

- (i) Médicos y residentes de cuidados paliativos, cuidados intensivos, geriatría, traumatología, neurología, cardiología, medicina interna, nefrología, hematología, ginecología y obstetricia, oncología, urgencias, medicina de familia, digestivo y rehabilitación.
- (ii) Residentes a partir del tercer año de formación.
- (iii) Pertenecientes al Hospital Infanta Sofía (HUIS).

Criterios de exclusión:

- (i) Negativa a la firma de consentimiento informado o participar en el estudio.

(ii) Que no hayan contestado todas las preguntas.

#### 4.3. Selección y definición de las variables:

Se recogieron diferentes variables durante la realización de este estudio, primero se recogieron los datos de información de interés y se obtuvieron la franja de edad, servicio al que pertenece el médico/residente y finalmente la franja de años de experiencia (todas cualitativas independientes).

A continuación, se recogieron los datos de las respuestas de la encuesta tipo Likert (1-5), y la suma de las preguntas se agrupó en cada dimensión: percepción pública y profesional (preguntas 1,2,3), recursos y formación profesional (preguntas 4,5,6,7), apoyo institucional y compromiso (preguntas 8,9,10) y calidad e integración de los cuidados paliativos (preguntas 11,12,13,14).

#### 4.4. Cálculo del tamaño muestral:

Se calculó el tamaño muestral con calculadora GRANMO. Aceptando un riesgo alfa de 0.95 para una precisión de +/- 0,05 unidades en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0.91, se precisaría una muestra aleatoria poblacional de 140 sujetos, asumiendo que la población es de 999999 sujetos. Se ha estimado una tasa de reposición del 10 %. El total de médicos (426) y de residentes (95) fue de 521.

Tras la recogida de datos en el Marco temporal diciembre 2024-marzo 2025 se llegó a una muestra de 53 médicos/residentes del HUIS.

#### 4.5. Recogida de datos:

Para la recogida de datos se empleó una encuesta anónima y autoadministrada que constaba de 14 preguntas compuesta por 4 dimensiones y 4 preguntas referentes al encuestado. Se empleó la escala Likert (escala psicométrica); dependiendo de la opción respondida se adquiriría una puntuación: 1 punto: totalmente en desacuerdo; 2 puntos: en desacuerdo; 3 puntos: ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 puntos: de acuerdo; 5 puntos: totalmente de acuerdo.

El cuestionario se entregó a través de QR impreso de Google Forms y se envió por correo electrónico a los servicios del Hospital Universitario Infanta Sofía

(HUIS) a través de la Coordinación Académica de la Universidad Europea de Madrid. No se vinculó el correo electrónico.

Al acceder a la encuesta, se debió aceptar el consentimiento informado que aparece al principio de las preguntas y se rellenó un cuestionario de información de interés (franja de edad, servicio al que pertenecía, franja de años trabajados y formación en cuidados paliativos), siendo ambos imprescindibles para realizar el cuestionario.

Los datos de la encuesta fueron recogidos a un Excel y posteriormente volcados en la aplicación de Jamovi para la realización del análisis estadístico.

#### 4.6. Plan de análisis estadístico:

##### 4.6.1. *Revisión por expertos (validación de contenido)*

Antes de aplicar la encuesta a la población objetivo, fue sometido a una **validación de contenido** por un panel de expertos para garantizar que las preguntas sean claras, comprensibles y adecuadas para medir las dimensiones planteadas.

(i) **Selección de expertos:**

Se seleccionará 3 expertos con experiencia en cuidados paliativos o metodologías de investigación.

(ii) **Formato de evaluación:**

Se les proporcionará un formulario para que evalúen cada pregunta en función de los siguientes criterios :

- **Claridad:** Si la redacción de las preguntas es comprensible.
- **Relevancia:** Si las preguntas son apropiadas para medir la dimensión correspondiente.
- **Representatividad:** Si las preguntas reflejan adecuadamente el constructo de interés

#### 4.6.2. *Aplicación de la encuesta y cálculo del alfa de Cronbach (validación interna)*

Una vez ajustado la encuesta con base en los resultados de la revisión por expertos, se aplicó a una muestra piloto de la población objetivo (personal sanitario).

(i) **Tamaño de la muestra piloto:**

Se buscó una muestra mínima de 50 participantes, suficiente para realizar un análisis inicial de consistencia interna, obteniendo finalmente 53 participantes.

(ii) **Cálculo del alfa de Cronbach:**

Para cada dimensión, se calculó el **alfa de Cronbach**, para evaluar la consistencia interna de las preguntas que componen dicha dimensión.

El resultado fue interpretado según los siguientes criterios:

≥ **0.9**: Excelente consistencia interna.

▪ **0.8 - 0.89**: Buena consistencia interna.

▪ **0.7 - 0.79**: Aceptable consistencia interna.

▪ **< 0.7**: Indica la necesidad de revisar las preguntas.

(iii) **Revisión de ítems problemáticos:**

Se realizó un análisis ítem-total corregido para identificar preguntas que reduzcan la consistencia interna de la dimensión. Estas preguntas serán ajustadas o eliminadas.

#### 4.6.3. *Sumatorio por dimensiones*

Después de validar la consistencia interna de la encuesta, se procedió a calcular el **puntaje total por dimensión** para facilitar el análisis descriptivo y comparativo.

(i) Agrupación de preguntas:

Cada dimensión incluyó las preguntas que se validaron en los pasos anteriores.

(ii) Cálculo del puntaje por dimensión:

Se calculará el puntaje total para cada dimensión sumando las respuestas de las preguntas que la componen.

También se realizó un análisis descriptivo de las dimensiones de la encuesta. Se obtuvo medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar) para cada dimensión.

Se empleó el test de Shapiro-Wilk para cada grupo dentro de las variables sociodemográficas para evaluar el cumplimiento del supuesto de normalidad de los datos (si  $p > 0,05$  se consideró que seguía una distribución normal).

Para las variables que siguieron una distribución normal, se optó por utilizar la prueba ANOVA. Para las variables que no siguieron una distribución normal se empleó Kruskal-Wallis.

Se consideró un p-valor  $< 0,05$  como estadísticamente significativo.

Se empleará el Software Jamovi para realizar los análisis estadísticos.

## **5. DISEÑO DEL INSTRUMENTO**

La construcción del cuestionario se realizó en varias etapas. En primer lugar, se realizó una revisión de la literatura para identificar instrumentos previos que evaluaran la percepción del personal sanitario en áreas como: formación, recursos y calidad en la atención. Se tomaron como referencia los cuestionarios de Pérez et al. (2018) y Rodríguez y Sánchez (2020), seleccionando ítems relevantes que fueron adaptados lingüística y contextualmente.

Adicionalmente, se elaboraron nuevos ítems para cubrir dimensiones específicas del estudio que no estaban presentes en los instrumentos consultados. el cuestionario preliminar, compuesto por 19 ítems, fue sometido a validación de contenido mediante juicio de expertos. Se seleccionaron 5 profesionales con experiencia en cuidados paliativos, metodología de la investigación y diseño de instrumentos. Cada experto evaluó los ítems en cuanto a claridad, pertinencia y representatividad. Se utilizó una escala de 1 a 4 y se calculó el índice de validez del contenido (IVC). Los ítems con un IVC menor a 0,78 fueron modificados o eliminados.

## **6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

Se pasó un consentimiento informado y hoja de información al participante.

El estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación del HUIS.

El trabajo se realizó respetando las normativas en materia de bioética según la declaración de Helsinki, el informe de Belmont, el convenio de Oviedo sobre los derechos humanos y la biomedicina y la ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.

El presente trabajo se realizó respetando la normativa europea, estatal y autonómica aplicable al objeto mismo. En particular, el estudio se realizó conforme a la Carta de Derechos Fundamentales de la UE y el Convenio de Oviedo que garantizan el respeto a la autonomía del paciente, el acceso a cuidados de calidad y la protección de su dignidad en la etapa final de la vida.

Así mismo, a nivel nacional ha sido de observancia los artículos 10, 15 y 43 de la Constitución Española y más específicamente la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica, reguladora de la autonomía del paciente y de derecho y obligaciones en materia de información clínica, cuyo carácter básico, ha inspirado otras tantas leyes autonómicas al respecto, complementando la regulación estatal, como por ejemplo, la ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir en la Comunidad de Madrid, o la ley 5/2015, de 26 de junio, de Derechos y Garantías, de la dignidad de las personas enfermas terminales en la Comunidad Autónoma de Galicia.

Finalmente, se realizó conforme a la estrategia en cuidados paliativos de 2014, del Sistema Nacional de Salud, que busca garantizar que las personas en situaciones terminales o con enfermedades crónicas que impliquen sufrimiento grave, puedan acceder a una atención adecuada, estableciendo criterios de calidad para la atención paliativa en todas las Comunidades Autónomas.

## **7. RESULTADOS**

Se recibieron un total de 53 respuestas al cuestionario pasado a los médicos/residentes del Hospital Universitario Infanta Sofía en marzo de 2024. El

cuestionario fue enviado a un total de 521 médicos/residentes, no se excluyó a ninguno, pero a pesar de ellos hubo grandes pérdidas por omisión de respuestas al cuestionario, perdiéndose un total de 468 respuestas (pérdida del 89%).

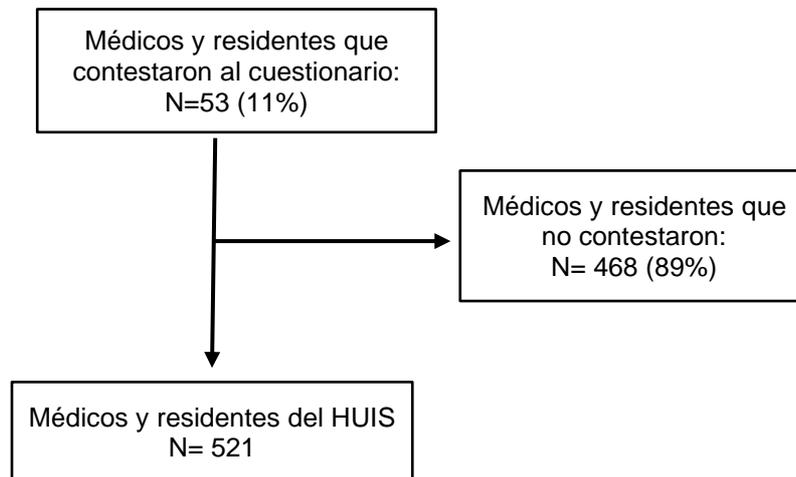


Figura 1: Médicos y residentes - Tamaño muestral

Diagrama de flujo de la población donde partiendo de los participantes potencialmente elegibles se especifica con cuántos pacientes se realiza el estudio finalmente. Fuente: elaboración propia.

### 7.1. Validación Interna

Tras alcanzar una muestra final de 53 participantes, se calculó el coeficiente de fiabilidad.

Tabla 1: Fiabilidad interna del cuestionario

Dimensión	Nº de Ítems	Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )	Nivel de Fiabilidad
<b>Dimensión 1</b>	3	0,78	Aceptable
<b>Dimensión 2</b>	4	0,84	Buena
<b>Dimensión 3</b>	3	0,81	Buena
<b>Dimensión 4</b>	4	0,88	Buena

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en el cuestionario aplicado a los profesionales (N=53). Dimensión 1: percepción pública y profesional; dimensión 2: recursos y formación profesional; dimensión 3: apoyo institucional y compromiso; dimensión 4: calidad e integración de cuidados paliativos.

Las dimensiones 2, 3 y 4 tuvieron una consistencia interna buena (0,8-0,89), mientras que las dimensiones 1 tuvo una consistencia interna aceptable (0,7-0,79).

En cuanto al coeficiente de fiabilidad del cuestionario sin división por dimensiones, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,93, es decir, una consistencia interna excelente.

## 7.2. Descripción de cada Dimensión del cuestionario

Tras llevar a cabo la agrupación de preguntas y calcular el puntaje por dimensión, se realizó un análisis descriptivo de cada dimensión.

Algunas preguntas del cuestionario estaban formuladas en sentido negativo (pregunta 7 y 8), por lo que el puntaje de esas respuestas fue invertido para mantener la coherencia en la interpretación del puntaje (totalmente de acuerdo: 1 punto - totalmente en desacuerdo: 5 puntos).

*Tabla 2: Análisis descriptivo de las dimensiones*

<b>Dimensión</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Mín. teórico</b>	<b>Máx. teórico</b>	<b>Mín. obtenido</b>	<b>Máx. obtenido</b>
<b>DIM1</b>	9,36	1,71	3	15	7	13
<b>DIM2</b>	15,2	1,93	4	20	11	19
<b>DIM3</b>	9,75	1,66	3	15	6	13
<b>DIM4</b>	17,7	3,08	4	20	4	20

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en el cuestionario. Dimensión 1: percepción pública y profesional; dimensión 2: recursos y formación profesional; dimensión 3: apoyo institucional y compromiso; dimensión 4: calidad e integración de cuidados paliativos. Las puntuaciones se obtuvieron a partir del sumatorio de ítems en escala Likert. n=53 profesionales sanitarios.

Tabla 3: Clasificación de la percepción profesional por dimensión (n=53).

Dimensión	Media	Rango no favorable	Rango neutro	Rango favorable	Percepción
DIM1	9,36	3 - 7,99	8 - 10,99	11 - 15	Neutra
DIM2	15,2	4 - 9,33	9,34 - 14,66	14,67 - 20	Favorable
DIM3	9,75	3 - 7,99	8 - 10,99	11 - 15	Neutra
DIM4	17,7	4 - 9,33	9,34 - 14,66	14,67 - 20	Favorable

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en el cuestionario aplicado a profesionales sanitarios del hospital (n=53). La clasificación de cada dimensión se realizó dividiendo el rango teórico en tres tramos proporcionales: no favorable (tercio inferior), neutro (tercio medio) y favorable (tercio superior), con el fin de interpretar la media obtenida en cada caso. Dimensión 1: percepción pública y profesional; dimensión 2: recursos y formación profesional; dimensión 3: apoyo institucional y compromiso; dimensión 4: calidad e integración de cuidados paliativos.

A partir del análisis de las medias obtenidas en cada una de las dimensiones del cuestionario y tomando como referencia los rangos teóricos posibles, se construyó una escala de interpretación en tres niveles: no favorable, neutra y favorable. Esta clasificación permitió valorar de manera cualitativa la percepción de los profesionales en relación con los cuidados paliativos.

### 7.3. Percepción Pública y Profesional (DIM 1) Según Franja de Edad, Servicio, Franja de Años Trabajados y Formación en Cuidados Paliativos

Uno de los objetivos secundarios del estudio fue comparar la percepción pública y profesional con las 4 variables sociodemográficas (franja de edad, servicio, franja de años trabajados y formación en cuidados paliativos).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media de la Dimensión 1 según los grupos de edad ( $p = 0,40$ ) ni según los años de experiencia profesional ( $p = 0,60$ ).

Sin embargo, sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del servicio en el que trabajaban los profesionales ( $p = 0,02$ ). Las puntuaciones más altas se observaron en los servicios quirúrgicos (media = 10,1), mientras que las más bajas se registraron en Geriátrica (media = 8,0) y Oncología y Paliativos (media = 8,25).

Respecto a la formación en Cuidados Paliativos, aunque se observaron diferencias entre los grupos, no fueron estadísticamente significativas ( $p = 0,26$ ). La puntuación media más baja se encontró en los profesionales con formación de máster (media = 8,25), y la más alta en los que no contaban con formación específica (media = 10,0).

Tabla 4: Asociación entre la DIM1 y las variables sociodemográficas.

Variable	Grupos principales	Media por grupo	Desviación típica	Prueba aplicada	P-valor	Significación
<b>Edad</b>	20-29	0	0	ANOVA	0,40	No
	30-39	8,7	1,34			
	40-49	9,61	1,53			
	50-59	9,57	2,21			
	>60	9	1,67			
<b>Años de experiencia</b>	< 5	9,0	0,70	ANOVA	0,60	No
	6-10	8,5	1,41			
	11-20	9,14	1,61			
	21-30	9,75	2,07			
	>30	9,0	1,42			
<b>Servicio</b>	Médicas	9,2	1,85	Kruskal-Wallis	0,02	Significativo
	Quirúrgicas	10,1	1,46			
	Oncología y Paliativos	8,25	1,04			
	Atención primaria	10,0	1,77			
	Geriatría	8,00	1,00			
<b>Formación en Cuidados Paliativos</b>	Ninguna	10,00	1,87	Kruskal-Wallis	0,26	No
	Durante el grado	9,15	1,67			
	Curso de posgrado	9,50	1,72			
	Máster	8,25	0,95			
Dimensión 1: Percepción pública y profesional.						

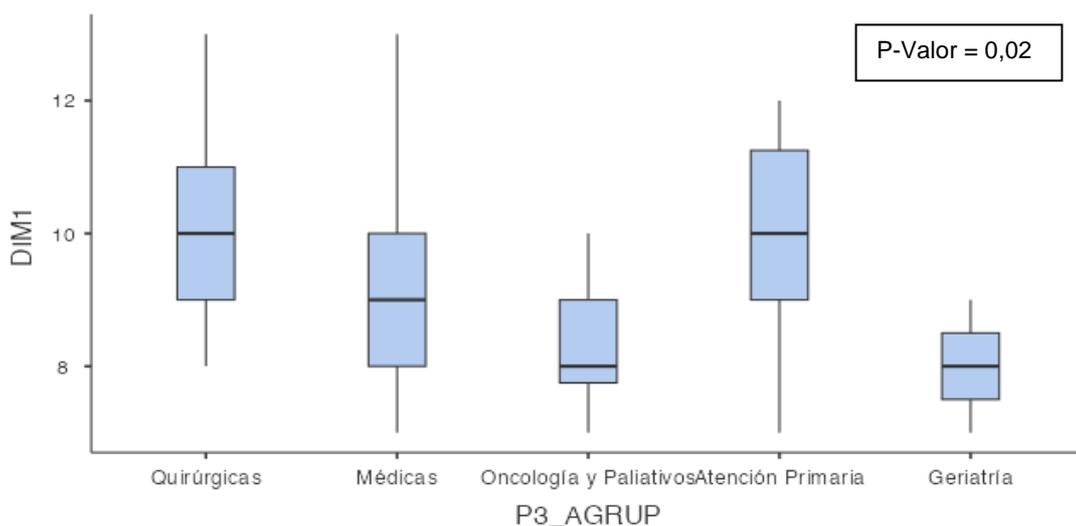


Figura 2: Distribución de la DIM1 (percepción pública y profesional) según el servicio (P3\_agrup)

Boxplot que muestra la distribución de las puntuaciones de la Dimensión 1 en función del servicio en el que trabajan los profesionales sanitarios. Fuente: gráfico generado con Jamovi a partir de los datos del estudio.

#### 7.4. Recursos y Formación Profesional (DIM2) Según Franja de Edad, Servicio, Franja de Años Trabajados y Formación en Cuidados Paliativos

La tabla 5 muestra la relación entre la puntuación de la variable DIM2 y distintas características sociodemográficas y profesionales. En cuanto a la edad, no se observaron diferencias significativas entre los grupos, ya que las medias fueron similares en todos los tramos. Lo mismo ocurre con los años de experiencia, donde los valores medios no difieren de forma relevante entre profesionales con trayectorias más cortas o largas. Tampoco se hallaron diferencias significativas al comparar los distintos servicios, aunque geriatría presentó una media ligeramente superior. Sin embargo, sí se encontró una diferencia significativa en relación con la formación en cuidados paliativos. Los profesionales sin formación específica presentaron las puntuaciones más bajas, mientras que quienes contaban con formación de máster obtuvieron las más altas, lo que sugiere una posible asociación entre el nivel de formación en este ámbito y una mayor puntuación en la dimensión evaluada.

Tabla 5: Asociación entre DIM2 y variables sociodemográficas.

Variable	Grupos principales	Media por grupo	Desviación típica	Prueba aplicada	P-valor	Significación
<b>Edad</b>	20-29	0	0	ANOVA	0,61	No
	30-39	15,2	2,20			
	40-49	15,6	1,83			
	50-59	14,7	1,98			
	>60	14,8	1,94			
<b>Años de experiencia</b>	< 5	13,0	2,83	ANOVA	0,78	No
	6-10	15,6	1,90			
	11-20	15,6	1,55			
	21-30	15,1	2,26			
	>30	15,1	1,60			
<b>Servicio</b>	Quirúrgicas	15,1	2,24	Kruskal-Wallis	0,75	No
	Médicas	14,8	1,61			
	Oncología y Paliativos	15,6	1,85			
	Atención primaria	15,6	1,85			
	Geriatría	16,0	2,00			
<b>Formación en Cuidados Paliativos</b>	Ninguna	13,7	1,8	ANOVA	0,02	Significativo
	Durante el grado	15,7	1,87			
	Curso de posgrado	15,3	1,49			
	Máster	16,5	1,29			
Dimensión 2: Recursos y formación profesional.						

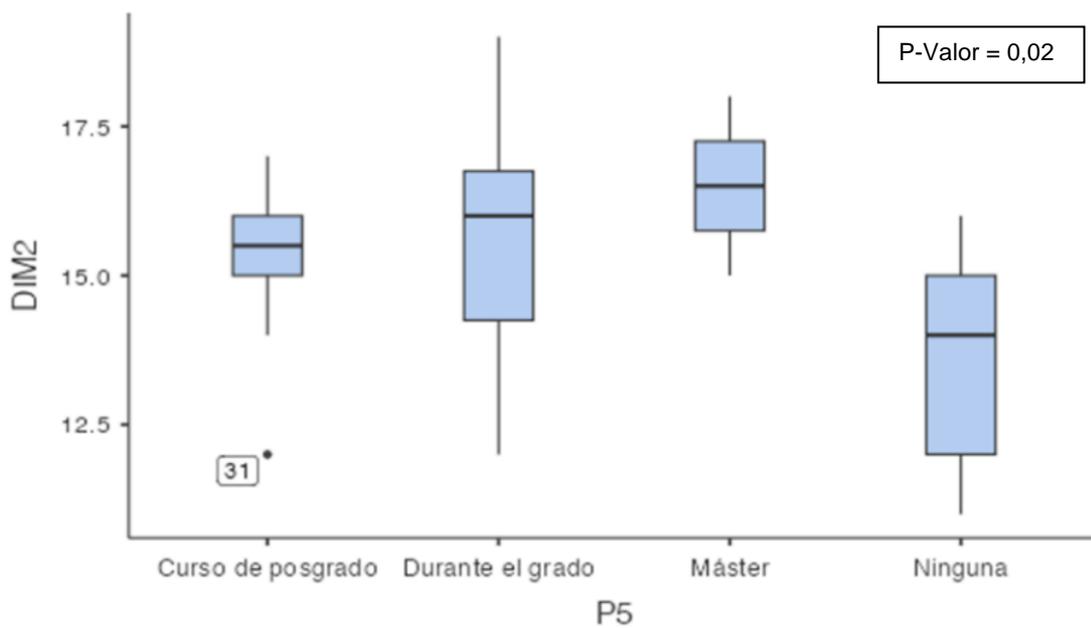


Figura 3: Distribución de la DIM2 (recursos y formación profesional) según formación en cuidados paliativos (P5).

Boxplot que muestra la distribución de las puntuaciones de la Dimensión 2 en función de la formación de los profesionales. Fuente: gráfico generado con Jamovi a partir de los datos del estudio.

Dentro de los ítems que conformaban la Dimensión 2 (recursos y formación profesional), se encontraba la pregunta 12, que planteó si los profesionales consideraban que las solicitudes de eutanasia se reducirían en el contexto de unos cuidados paliativos de calidad. Dado que esta pregunta se correspondía con la hipótesis planteada, se analizó de forma individual. Los resultados mostraron que el 49,1% de los participantes respondió con valores 4 o 5 (“de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” respectivamente) en la escala Likert. Por su parte un 24,5% respondió con un valor de 3 (“ni de acuerdo ni en desacuerdo”) y un 26,4% con valores de 2 y 1 (“en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo” respectivamente).

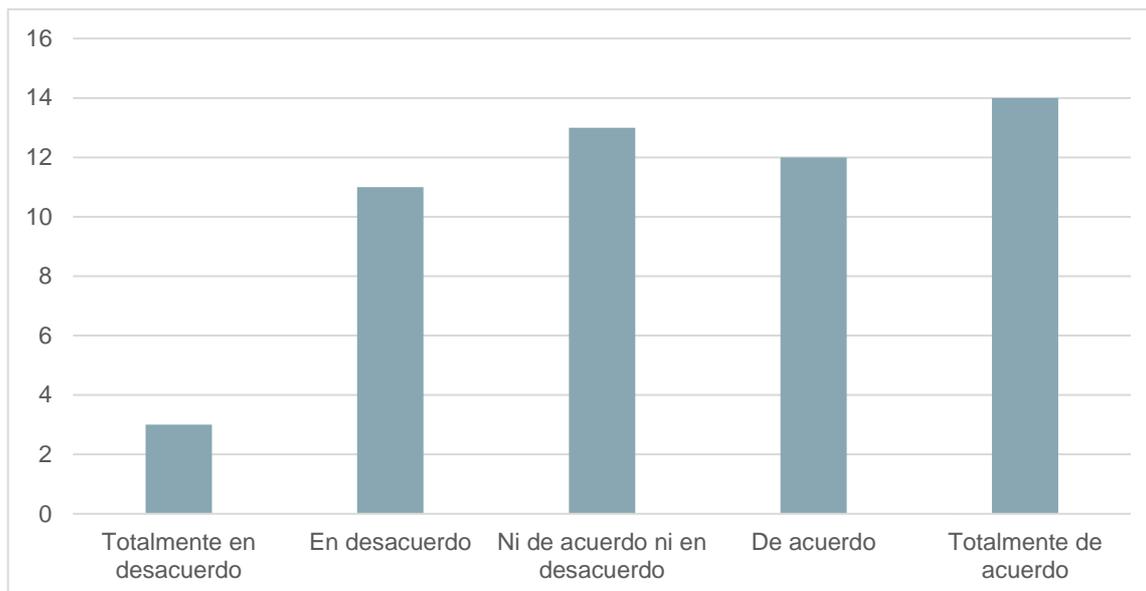


Figura 4: Distribución de las respuestas a la pregunta 12: “Las solicitudes de eutanasia se verían reducidas con unos cuidados paliativos de alta calidad”.

Gráfico de barras que muestra las respuestas de los profesionales sanitarios a la afirmación planteada en el ítem 12 del cuestionario que evalúa la hipótesis del estudio. Un 49,1% de los participantes manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo (valores 4 y 5 respectivamente); un 24,5% se mantuvo neutral (valor 3); y un 26,4% expresó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo (valores 2 y 1 respectivamente). Fuente: Gráfico generado con Jamovi a partir de los datos obtenidos.

### 7.5. Apoyo Institucional y Compromiso (DIM3) Según Franja de Edad, Servicio, Franja de Años Trabajados y Formación en Cuidados Paliativos

La tabla 6 muestra la relación entre la Dimensión 3 (DIM3) y variables sociodemográficas. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se observan algunas tendencias. Respecto a la edad, la media de puntuación aumenta con los grupos de mayor edad: de 9,30 en el grupo de 30-39 años a 10,7 en mayores de 60 años ( $p = 0,13$ ). En los años de experiencia, los profesionales con más de 30 años obtienen la media más alta (10,7), frente a los de 6-10 años que presentan la más baja (9,00), sin alcanzar significación ( $p = 0,32$ ).

Por servicios, las puntuaciones más altas se registran en quirúrgicas (10,4) y oncología y paliativos (10,3), mientras que el grupo con menor puntuación es geriatría (8,67) ( $p = 0,11$ ). En cuanto a la formación en cuidados paliativos, los profesionales con máster presentan la puntuación más elevada (10,5), seguidos de quienes realizaron un curso de posgrado (10,0) y sin formación específica (9,85), sin diferencias significativas ( $p = 0,67$ ). Aunque las diferencias no son

significativas, los datos sugieren una tendencia positiva en la puntuación de la DIM3 con la experiencia, la edad y la formación especializada.

Tabla 6: Asociación entre la DIM3 y las variables sociodemográficas.

Variable	Grupos principales	Media por grupo	Desviación típica	Prueba aplicada	P-valor	Significación
<b>Edad</b>	20-29	0	0	ANOVA	0,13	No
	30-39	9,30	1,89			
	40-49	9,61	1,70			
	50-59	9,93	1,69			
	>60	10,7	0,81			
<b>Años de experiencia</b>	< 5	10,0	1,41	ANOVA	0,32	No
	6-10	9,00	2,16			
	11-20	9,29	1,44			
	21-30	9,85	1,69			
	>30	10,7	1,34			
<b>Servicio</b>	Quirúrgicas	10,4	1,66	Kruskal-Wallis	0,11	No
	Médicas	9,15	1,60			
	Oncología y Paliativos	10,3	1,67			
	Atención primaria	10,0	1,60			
	Geriatría	8,67	0,57			
<b>Formación en Cuidados Paliativos</b>	Ninguna	9,85	1,46	Kruskal-Wallis	0,67	No
	Durante el grado	9,50	1,82			
	Curso de posgrado	10,0	1,70			
	Máster	10,5	1,29			
Dimensión 3: Apoyo institucional y compromiso.						

#### 7.6. Calidad e Integración de los Cuidados Paliativos (DIM4) en Función de la Franja de Edad, el Servicio, la Franja de Años Trabajados y la Formación en Cuidados Paliativos

Otro de los objetivos secundarios fue comparar la percepción que tenían los profesionales sobre la calidad e integración de los cuidados paliativos con sus variables sociodemográficas. La tabla 7 presenta la asociación entre la Dimensión 4 (DIM4) y diversas variables sociodemográficas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los análisis realizados. En cuanto a la edad, las puntuaciones medias oscilan entre 17,2 (40-49 años) y 18,6 (30-39 años), sin alcanzar significación ( $p = 0,57$ ). En relación con los años de experiencia, los valores medios van de 17,1 en el grupo de 21-30 años a 18,7 en el grupo de 6-10 años ( $p = 0,64$ ).

Por tipo de servicio, las puntuaciones más altas se observan en atención primaria (18,5) y oncología y paliativos (18,1), mientras que geriatría muestra la media más baja (14,0) con una desviación estándar elevada (8,66), lo que indica gran variabilidad ( $p = 0,79$ ). En cuanto a la formación en cuidados paliativos, las puntuaciones medias son similares entre los grupos, con una ligera tendencia a mayores valores en quienes realizaron formación durante el grado o máster (ambos con media de 18,0), frente a quienes no recibieron formación específica (media 17,1) ( $p = 0,63$ ). Aunque no significativas, estas diferencias pueden orientar futuras investigaciones.

Tabla 7: Asociación entre DIM4 y variables sociodemográficas.

Variable	Grupos principales	Media por grupo	Desviación típica	Prueba aplicada	P-valor	Significación
<b>Edad</b>	20-29	0	0	Kruskal-Wallis	0,57	No
	30-39	18,6	1,71			
	40-49	17,2	3,50			
	50-59	17,9	3,53			
	>60	18,0	2,00			
<b>Años de experiencia</b>	< 5	17,5	2,12	Kruskal-Wallis	0,64	No
	6-10	18,7	1,70			
	11-20	17,6	2,21			
	21-30	17,1	4,33			
	>30	18,6	1,71			
<b>Servicio</b>	Quirúrgicas	17,8	3,16	Kruskal-Wallis	0,79	No
	Médicas	17,8	1,81			
	Oncología y Paliativos	18,1	2,10			
	Atención primaria	18,5	2,14			
	Geriatría	14,0	8,66			
<b>Formación en Cuidados Paliativos</b>	Ninguna	17,1	3,40	Kruskal-Wallis	0,63	No
	Durante el grado	18,0	3,38			
	Curso de posgrado	17,8	2,10			
	Máster	18,0	2,71			
Dimensión 4: Calidad e integración de cuidados paliativos.						

## 8. DISCUSIÓN

### Respuesta al problema planteado y comparación con otros estudios

El objetivo principal del estudio fue describir las cuatro dimensiones en las que se dividió el cuestionario del estudio: Dimensión 1: percepción pública y profesional, Dimensión 2: recursos y formación profesional, Dimensión 3: calidad e integración de

los cuidados paliativos, Dimensión 4: apoyo institucional y compromiso. El análisis descriptivo de estas variables mostró que las Dimensiones 2 y 3 obtuvieron medias dentro del rango favorable, lo que indicó una percepción positiva por parte de los profesionales en cuanto a uso de los recursos, la formación de los profesionales y la calidad de los cuidados paliativos. Esta tendencia ha sido reportada también por autores como José Pereira, director de la División de Cuidados Paliativos de la Universidad de Ottawa, quien expuso que los profesionales con formación específica en cuidados paliativos refieren una mayor competencia percibida y mejor valoración de su capacidad para abordar situaciones complejas <sup>(18,19)</sup>. Por otro lado, las Dimensiones 1 y 4 presentaron medias dentro del rango neutro, lo que sugirió una percepción intermedia o moderada reflejando posibles áreas de mejora en cuanto a la visibilidad social de los cuidados paliativos y el respaldo institucional percibido.

Los cuidados paliativos en la actualidad experimentan un aumento en su reconocimiento a nivel global, sin embargo, todavía se evidencia una aplicación insuficiente en múltiples entornos clínicos. La justificación a esto podría radicar en la falta de formación específica, en unos recursos limitados o en la escasa integración multidisciplinar de esta atención <sup>(20)</sup>.

En este contexto, analizar la percepción del personal sanitario sobre la calidad y disponibilidad de estos recursos, se convierte en una herramienta clave para identificar carencias y proponer estrategias de mejora.

### **Respuesta a la hipótesis**

En este estudio se ha observado que el porcentaje de profesionales que opinaban que las peticiones de eutanasia se verían reducidas con unos cuidados paliativos de alta calidad, fue del 49,1%. La hipótesis planteó si >50% de los médicos y residentes del Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS) estaban de acuerdo con esa afirmación, por lo que, al resultar un porcentaje inferior, se rechazó la hipótesis. Por otro lado, el 24,5% de ellos tuvo una opinión neutral, lo cual resultó especialmente interesante, ya que sugiere que existe un grupo significativo de profesionales que podrían no disponer de información suficiente, o bien que no se han enfrentado clínicamente a situaciones que les permitan posicionarse con claridad ante esta afirmación. Un 26,4% manifestó un desacuerdo claro con la hipótesis planteada, lo cual indicó que más de una cuarta parte de los encuestados no consideró que los cuidados paliativos tengan un impacto

directo en la reducción de las peticiones de eutanasia. En algunos estudios internacionales <sup>(21)</sup> se ha señalado que múltiples profesionales defienden el derecho del paciente a solicitar la eutanasia incluso cuando reciben una atención paliativa de calidad, especialmente cuando entra en juego aspectos como la pérdida de autonomía o sufrimiento irreductible <sup>(21,22)</sup>.

### **Respuesta a los objetivos secundarios y comparación con otros estudios**

Los objetivos secundarios se centraron en buscar la existencia de asociaciones significativas entre las variables dependientes (cada una de las dimensiones) con las variables independientes o sociodemográficas (franja de edad, franja de años trabajados, servicio y formación en cuidados paliativos).

Para la Dimensión 1, los resultados del análisis indicaron que la percepción pública y profesional de los cuidados paliativos solo estuvo influenciada por la variable servicio médico ( $p=0,02$ ), sin embargo, ninguna de las otras variables sociodemográficas presentó diferencias significativas, ya que todas las comparaciones arrojaron valores de  $p > 0,05$ . Resulta coherente con estudios como el de Guardia Mancilla et. al (2018), donde se observó que los profesionales que trabajaban en contextos más próximos a pacientes en fase terminal (como cuidados paliativos o geriatría) presentaban actitudes y valoraciones más definidas sobre la utilidad y presencia de esta atención en el sistema sanitario <sup>(23)</sup>.

Para la Dimensión 2 (recursos y formación profesional) la única asociación significativa se produjo con la variable “formación en cuidados paliativos” ( $p=0,02$ ), lo que indicó que existieron diferencias en la percepción de los recursos y formación en función del grado de estudios en paliativos. Por el contrario, no se encontró asociaciones significativas para las variables: franja de edad, servicio y franja de años trabajados.

En las Dimensiones 3 (calidad e integración de los cuidados paliativos) y 4 (apoyo institucional y compromiso), los resultados obtenidos no mostraron asociaciones estadísticamente significativas entre la dimensión evaluada y ninguna de las variables independientes.

En los últimos años, el debate sobre el final de la vida ha ganado visibilidad, especialmente tras la regulación de la eutanasia en países como España, lo que ha

impulsado una necesaria reflexión sobre el papel complementario de los cuidados paliativos frente a otras decisiones clínicas posibles <sup>(24)</sup>. Como señalan Alana Oliveira de Sousa et al. (2010), los cuidados paliativos no solo representan una respuesta médica al sufrimiento sino una filosofía de atención que exige recursos, formación y compromiso institucional sostenido <sup>(25)</sup>. Los autores Leo Pessini y Luciana Bertachini por su parte, añaden que esta atención implica una disposición ética y cultural que exige un compromiso consciente con la dignidad del paciente, su autonomía y su historia vital <sup>(26)</sup>.

### **Limitaciones del estudio**

La principal limitación del presente trabajo radica en el tamaño de la muestra ya que de un total de 521 médicos/residentes que forman parte de los diferentes servicios del HUIS, solo 53 de ellos contestaron al cuestionario, lo que representó un porcentaje de participación considerablemente bajo. A pesar de los esfuerzos realizados para aumentar dicha participación (como el envío de correos recordatorios que apelaban a la importancia de la colaboración profesional), la respuesta obtenida fue inferior a la esperada. Esta limitación comprometió la generalización de los resultados y pudo introducir sesgos si los participantes tienen características diferentes a quienes no respondieron. En este sentido, si bien los expertos seleccionados aportaron una valoración técnica relevante, no pudo descartarse que, en determinadas especialidades con escasa exposición a pacientes en fases terminales, su experiencia en cuidados paliativos fuera limitada.

### **Sesgos del estudio**

Pudieron existir sesgos como el de deseabilidad social, pues tampoco se pudo descartar que los participantes respondiesen lo que consideraron socialmente aceptable, especialmente al tratar temas sensibles como los cuidados paliativos. Otros sesgos que también pudieron estar presentes en el estudio son: el sesgo del experto (en el que los participantes tuviesen opiniones sesgadas en base a sus propias experiencias) o el de respuesta en el que los participantes tendiesen a seleccionar opciones centrales o neutrales (como pudo ser el caso de la pregunta 12 que respondía a la hipótesis del estudio) o extremas (totalmente de acuerdo o en desacuerdo) sin reflexionar sobre cada pregunta.

## **Implicaciones en la práctica clínica**

A la luz de los resultados obtenidos que sugirieron que la percepción de los cuidados paliativos variaba según el servicio médico, se propone la promoción de una atención paliativa transversal, es decir, fomentar que los cuidados paliativos no se contemplen como algo ajeno o especializado por completo, sino como parte del enfoque integral del cuidado médico en cualquier especialidad. Además, se mostró que la percepción de los recursos y formación (Dimensión 2) variaba en función del nivel de conocimiento sobre esta área que presentaban los encuestados, lo que podría incentivar al diseño de programas formativos dentro del hospital que ayuden a unificar criterios y reducir incertidumbres (cuándo derivar a cuidados paliativos, cómo manejar síntomas refractarios, etc.).

## **Implicaciones para futuras investigaciones**

Por otro lado, los resultados obtenidos abren la puerta a varias líneas de investigación que podrían ampliar y complementar los hallazgos del presente estudio. En primer lugar, dada la asociación significativa que se obtuvo entre la percepción pública y profesional (Dimensión 1) y el servicio al que pertenecen, sería útil desarrollar estudios que profundicen en los factores que influyen positiva o negativamente en dicha percepción dentro de cada especialidad médica. Asimismo, la asociación entre la dimensión 2 (recursos y formación) con el nivel de formación en cuidados paliativos de los profesionales también podría dar una idea para la elaboración de un estudio con el fin de explorar el impacto concreto de diferentes modalidades formativas (formación teórica, práctica, interdisciplinar, actividades de simulación, etc.) sobre la percepción, el desempeño clínico y la toma de decisiones ante situaciones de final de la vida.

Además, teniendo en cuenta las limitaciones y posibles sesgos identificados en este trabajo, sería interesante iniciar otro estudio para analizar aquellas variables que no mostraron asociación estadísticamente significativa, ya que una muestra más amplia y homogénea podría revelar asociaciones que en este estudio no se han observado.

## **9. CONCLUSIÓN**

En base a los resultados del estudio podemos llegar a la conclusión de varios aspectos:

1. Las Dimensiones 2 (recursos y formación profesional) y 4 (calidad e integración de los cuidados paliativos), han mostrado una valoración favorable por parte de los profesionales.
2. Las Dimensiones 1 (percepción pública y profesional) y 3 (apoyo institucional y compromiso) obtuvieron puntuaciones dentro del rango neutro, reflejando una valoración intermedia y destacando áreas de mejora.
3. Se observó que la percepción pública y profesional (Dimensión 1) se vio influida por el servicio médico al que pertenecían cada uno de los profesionales.
4. Asimismo, el nivel de conocimientos y formación que tenían los profesionales (ninguno/durante el grado/cursos de posgrado/máster) influyó en las opiniones sobre los recursos que se destinan a los cuidados paliativos y en la inversión en la formación de los profesionales de paliativos.
5. No existió ninguna asociación significativa entre las variables sociodemográficas: franja de edad, franja de años trabajados, servicio médico y formación en cuidados paliativos, con las dimensiones restantes.
6. La hipótesis del estudio fue rechazada, ya que <50% de los médicos opinaban que las peticiones de eutanasia se verían reducidas con unos cuidados paliativos de alta calidad.
7. Este estudio permitió identificar percepciones clave y sentar las bases para futuras investigaciones con muestras más amplias y representativas, que profundicen en el conocimiento y las necesidades formativas en cuidados paliativos.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- 1-Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). “Historia de los cuidados paliativos” [Internet]. 2023 [citado 15 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.secpal.org/historia-de-los-cuidados-paliativos>
- 2- Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Cancer.gov. 2011 [citado el 15 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/cuidados-paliativos>
- 3- Boceta-Osuna J. Discurso de ingreso a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. [Internet]. Sevilla: Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla; 2023 [citado 15 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://ramse.es/wordpress/wp-content/uploads/2023/05/DISCURSO-Dr.-Boceta-Osuna.pdf>
- 4- Origen y desarrollo de los Cuidados Paliativos [Internet]. Red de Cuidados Paliativos. [citado el 15 de octubre 2024]. Disponible en: <https://www.redpal.es/origen-y-desarrollo-de-los-cuidados-paliativos/>
- 5-Desarrollo del movimiento de hospicios, Cicely Saunders e historia de los cuidados paliativos en nuestro país. Revista fronteras en medicina [Internet]. Com.ar. [citado el 15 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.revistafronteras.com.ar/contenido/art.php?recordID=MjY1Mw==>
- 6- La ética de los cuidados paliativos. Material de Bioética. Unidad de Humanidades y Ética Médica - Unidad de Humanidades y Ética Médica [Internet]. Unidad de Humanidades y Ética Médica. [citado el 15 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/conferencias-sobre-etica-medica-de-gonzalo-herranz/la-etica-de-los-cuidados-paliativos>
- 7- Prensa D. ¿Qué diferencia hay entre eutanasia y suicidio asistido? [Internet]. Derecho a Morir Dignamente. 2020 [citado el 15 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://derechoamorir.org/2020/06/04/que-diferencia-hay-entre-eutanasia-y-suicidio-asistido/>
- 8-Roberto Germán Zurriaráin. Aspectos sociales de la eutanasia. Redalyc.org. [citado el 15 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/875/87558347003/html/#:~:text=Son%20una%20soluci%C3%B3n%20m%C3%A9dica%20para,dignifican%20el%20proceso%20del%20morir>

- 9- Martínez Navarro JA. El derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir: Un debate desde la Bioética y el Derecho. *Rev Bioet Derecho* [Internet]. 2022 [citado el 15 de octubre de 2024];(54):233–50. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872022000100014](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872022000100014)
- 10- Zurriarán RG. Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. *Pers Bioet* [Internet]. 2019 [citado el 15 de octubre de 2024];23(2):180–93. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-31222019000200180](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222019000200180)
- 11- Sánchez-Holgado J, Gonzalez-Gonzalez J, Torijano-Casalengua ML. Percepción sobre conocimientos en cuidados paliativos de los trabajadores de los centros sociosanitarios de personas mayores de una zona básica de salud. *Semergen* [Internet]. 2016;42(1):19–24. [citado el 11 de marzo de 2025] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.10.013>
- 12- Fernández-López A, Sanz-Amores R, Cia-Ramos R, Boceta-Osuna J, Martín-Roselló M, Duque-Granado A, et al. Criterios y niveles de complejidad en Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa* [Internet]. 2008 [citado el 29 de marzo de 2025];15:287–92. Disponible en: <https://www.redpal.es/wp-content/uploads/2018/12/Criterios-y-niveles-de-complejidad-en-Cuidados-Paliativos-copia.pdf>
- 13- Cuidados paliativos [Internet]. Who.int. [citado el 29 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care?utm\\_](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care?utm_)
- 14- Vázquez-García D, De la Rica-Escuín M, Germán-Bes C, Caballero-Navarro A-L. Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2019 [citado el 14 de abril de 2025];93. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272019000100504](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100504)
- 15- Prensasecpal. “En España existe un déficit claro de recursos en cuidados paliativos” – SECPAL [Internet]. Secpal.org. [citado el 30 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.secpal.org/en-espana-existe-un-deficit-claro-de-recursos-en-cuidados-paliativos/>
- 16- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). “Análisis y evaluación de los recursos de Cuidados Paliativos en España”. [Internet]. Mayo 2016. [citado el 30 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/01/monografia9\\_analisis\\_directorio.pdf](https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/01/monografia9_analisis_directorio.pdf)

- 17- Piedrafita-Susín AB, Yoldi-Arzo E, Sánchez-Fernández M, Zuazua-Ros E, Vázquez-Calatayud M. Nurses 'perception, experience and knowledge of palliative care in intensive care units. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2015;26(4):153–65. [Citado el 30 de marzo de 2025]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2015.06.001>
- 18- Intelligencia. “La formación en cuidados paliativos puede aportar valiosas competencias a todos los profesionales del sistema sanitario” – SECPAL [Internet]. [Secpal.org](https://www.secpal.org/la-formacion-en-cuidados-paliativos-puede-aportar-valiosas-competencias-a-todos-los-profesionales-del-sistema-sanitario/). [citado el 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.secpal.org/la-formacion-en-cuidados-paliativos-puede-aportar-valiosas-competencias-a-todos-los-profesionales-del-sistema-sanitario/>
- 19- Juan José Lago Pereira: “Escribir es una forma de realización personal” - CGCOM [Internet]. *Médicos y Pacientes - Portal informativo de la Organización Médica Colegial*. 2013 [citado el 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.medicosypacientes.com/articulo/juan-jose-lago-pereira-escribir-es-una-forma-de-realizacion-personal-0/>
- 20- Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet* [Internet]. 2018;391(10128):1391–454. [Citado el 9 de abril de 2025]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
- 21- Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care-A new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020;60(4):754–64. [Citado el 9 de abril de 2025]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- 22- Sartori KP, Ogata MN, Borges FA. Percepción de los profesionales de la salud sobre cuidados paliativos. *Rev Bioét* [Internet]. 2023;31. [Citado el 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Rgj7xyy9LgP3Z7BjSmWHYNy/?format=pdf&lang=es>
- 23- Guardia Mancilla P, Montoya-Juarez R, Marti-Garcia C, Herrero Hahn R, Garcia Caro MP, Cruz Quintana. “F. Perceptions of health care professionals about end-of-life care, obstacles and ethical dilemmas in hospitals, primary care and nursing homes”. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2018 [citado el 10 de abril de 2025];41(1):35–46. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272018000100035](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272018000100035)

24- Prensa D. Revista de prensa internacional de febrero de 2025 [Internet]. Derecho a Morir Dignamente. 2025 [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://derechoamorir.org/2025/02/01/revista-de-prensa-internacional-de-febrero-de-2025/>

25- Oliveira de Sousa AT, Figueiredo de Sá França JR, Oliveira dos Santos M de F, Geraldo da Costa SF, Ramos de Medeiros Souto CM. Cuidados paliativos con pacientes terminales: un enfoque desde la Bioética. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2010 [citado el 11 de abril de 2025];26(3):123–35. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000300004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000300004&script=sci_arttext)

26- Leo Pessini y Luciana Bertachini."Nuevas Perspectivas en Cuidados Paliativos". Scielo.cl. [citado el 11 de abril de 2025]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000200012&script=sci\\_arttext&tIng=pt](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000200012&script=sci_arttext&tIng=pt)

# **ANEXOS**

## **Anexo 1 Compromisos**

El estudiante y su tutor se comprometen a conocer y cumplir la normativa reguladora en materia de protección de datos de carácter personal. En concreto, declaran haber leído y comprendido Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27/04/2016, así como el resto de normativa de desarrollo, y las previsiones al respecto contempladas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El estudiante y su tutor se comprometen a mantener absoluta confidencialidad y reserva sobre cualquier dato que pudiera conocer con ocasión de la realización del trabajo, especialmente los de carácter personal, que no podrá copiar o utilizar con fin distinto al que esté determinado, ni tampoco ceder a otros ni siquiera a efectos de conservación. Esta obligación subsistirá una vez cumplido el periodo de tiempo para el que se le haya autorizado el acceso. así como a no realizar ninguna actividad de reidentificación de los mismos, salvo que se aprecie la existencia de un peligro real y concreto para la seguridad o salud de una persona o grupo de personas, o una amenaza grave para sus derechos o sea necesaria para garantizar una adecuada asistencia sanitaria.

El estudiante declara haber leído y se compromete a conocer y cumplir la “Política de seguridad de la información en el ámbito de la Administración Electrónica y de los sistemas de información de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid”, publicado en la Orden 491/2013, de 27 de junio y todas las políticas, normas y procedimientos de la CSCM y/o el Hospital que emanen del citado código.

**Anexo 2**  
**Tabla resumen de las variables**

<b>Variables</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Categoría/unidad de medida</b>
<b>Dimensión 1: Percepción pública y profesional</b>	Cuantitativa ordinal Variable dependiente	Media de 3 ítems (preguntas 6,7,8) en escala Likert (1-5)
<b>Dimensión 2: Recursos y formación</b>	Cuantitativa ordinal Variable dependiente	Media de 4 ítems (preguntas 9,10,11,12) en escala Likert (1-5)
<b>Dimensión 3: Apoyo institucional y compromiso</b>	Cuantitativa ordinal Variable dependiente	Media de 3 ítems (preguntas 13,14,15) en escala Likert (1-5)
<b>Dimensión 4: Calidad e integración de los cuidados paliativos.</b>	Cuantitativa ordinal Variable dependiente	Media de 4 ítems (preguntas 16,17,18,19) en escala Likert (1-5)
<b>Franja de edad</b>	Cualitativa ordinal	20-29; 30-39; 40-49; 50-59; >60
<b>Franja de años de experiencia</b>	Cualitativa ordinal	<5; 6-10; 11-20; 21-31; >30
<b>Servicio médico</b>	Cualitativa nominal	Médicas Quirúrgicas Geriatría Oncología y paliativos.
<b>Formación específica en cuidados paliativos</b>	Cualitativa nominal	ninguna/durante el grado/posgrado/máster

## **Anexo 3 Cuestionarios**

**Título del Trabajo:** “Percepción del personal sanitario sobre recursos, formación y calidad en los cuidados paliativos”

**Introducción:**

Le invitamos a participar en este estudio, que forma parte de un Trabajo de Fin de Grado (TFG) en Medicina. Antes de participar, es importante que lea detenidamente esta información, que explica en qué consiste el estudio, su propósito, y sus derechos como participante.

**Objetivo del Estudio:**

El objetivo de este estudio es describir las dimensiones de la encuesta.

**Procedimiento:**

La participación consiste en responder una encuesta anónima que tendrá una duración aproximada de 15 minutos. No se recopilarán datos personales identificativos, y todas las respuestas serán tratadas de forma confidencial.

**Participación Voluntaria:**

Su participación es completamente voluntaria. Puede abandonar la encuesta en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión. No habrá consecuencias negativas por no participar.

**Confidencialidad:**

Los datos recopilados serán tratados de forma confidencial y se utilizarán exclusivamente para los fines de este estudio. Las respuestas serán almacenadas en una plataforma segura (Google Forms) y eliminadas una vez finalizado el proyecto y publicada la memoria del TFG.

**Beneficios y Riesgos:**

No existen beneficios directos ni riesgos significativos asociados con su participación. Su contribución será valiosa para el desarrollo de este estudio académico.

**Contacto para Dudas:**

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información, puede ponerse en contacto con el investigador/a o el tutor/a en [raquelrope@gmail.com](mailto:raquelrope@gmail.com).

**Consentimiento Informado:**

Si acepta participar, marque la casilla correspondiente en el formulario y continúe con la encuesta.

**Consentimiento Informado**

**Por favor, lea y marque la siguiente casilla para confirmar su participación:**

He leído y comprendido la información proporcionada sobre este estudio. Comprendo que mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán tratadas de forma confidencial, y que puedo abandonar la encuesta en cualquier momento. Acepto participar en este estudio.

**Información de interés:**

Franja de edad: \_\_\_\_\_

Área de trabajo: \_\_\_\_\_

Formación en paliativos: \_\_\_\_\_

Experiencia laboral: \_\_\_\_\_

**Encuesta:**

Organización de la encuesta según dimensiones:

- A- Percepción pública y profesional**
- B- Recursos y formación profesional**
- C- Apoyo institucional y compromiso**
- D- Calidad e integración de cuidados paliativos**

**A- Percepción pública y profesional:**

1. ¿Considera que la implementación de programas sólidos y bien estructurados de cuidados paliativos puede mejorar la percepción pública sobre el proceso de morir, al asociarlo con un mejor acompañamiento y alivio del sufrimiento?

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

2. ¿Cree que la razón por la que algunos pacientes tienen una falta de confianza en la atención al final de la vida, se sustenta en unos recursos destinados

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

insuficientes?

3. ¿En qué medida considera que la posición de España en el 31er lugar de 51 países europeos en el ranking de recursos destinados a cuidados paliativos refleja la calidad de servicio que se brinda en nuestro país?:

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

**B- Recursos y formación profesional:**

4. ¿Cree que invertir en la formación del personal médico en cuidados paliativos es esencial para mejorar la atención al final de la vida?:

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

5. ¿Considera que el hospital dispone de recursos suficientes para atender a todos los pacientes que requieren una atención paliativa especializada?:

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

6. ¿Está de acuerdo en que la recopilación y presentación de datos que demuestren los beneficios de los cuidados paliativos podrían justificar una mayor inversión en estos servicios en la Comunidad de Madrid?:

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

7. ¿Cree que la falta de recursos en cuidados paliativos contribuye a un aumento de las solicitudes de eutanasia?:

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

**C- Apoyo institucional y compromiso:**

8. ¿Considera que existe un compromiso institucional para mejorar continuamente los servicios de cuidados paliativos?:

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

9. ¿Cree que el hospital valora los cuidados paliativos como una inversión necesaria para la reputación del hospital?:

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

10. ¿Estaría dispuesto a participar en iniciativas para mejorar los cuidados paliativos?

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

**D- Calidad e integración de cuidados paliativos:**

11. ¿Está de acuerdo en que los cuidados paliativos deberían integrarse en todas las etapas de la atención a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas?:

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

12. ¿Cree que el apoyo multidisciplinario (médico, psicológico y social) es fundamental para prestar una buena atención paliativa a los pacientes?

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

13. ¿Considera que la integración temprana de los cuidados paliativos en el tratamiento de enfermedades podría reducir la percepción negativa del final de la vida?:

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

14. ¿Está de acuerdo en que el envejecimiento de la población ha aumentado la necesidad de mejorar los servicios de cuidados paliativos?

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

