



ORIGINAL

Análisis de la relevancia percibida del trabajo de planificación compartida de la atención a través de la instrumentalización con cartas

Enrique Sáez Álvarez^{1*}, Isnelda Hernández Riascos¹, Salvador Martín Utrilla², Olga Forero Rincón¹, Laura Cubero Plazas¹ y Pilar Medrano Abalos¹

¹Departamento de Enfermería y Psicología. Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir". Valencia, España.

²Servicio de Oncología Médica. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia, España

Recibido el 7 de mayo de 2022

Aceptado el 27 de julio de 2022

PALABRAS CLAVE

Voluntades anticipadas, directrices anticipadas, preferencias, final de la vida, juego de cartas.

Resumen

Objetivo: Desarrollo y evaluación de un instrumento capaz de medir la relevancia percibida del trabajo con cartas para el diálogo acerca de las preferencias en el proceso final de la vida.

Método: Se ha construido la escala de la pertinencia percibida acerca del trabajo con cartas para las preferencias al final de la vida la cual ha sido evaluada mediante juicio de expertos y análisis factorial confirmatorio en una muestra de 320 estudiantes de Grado en Enfermería y 68 personas mayores de 40 años.

Resultado: Se llega a una solución de 21 ítems, los cuales se ajustan en las 4 dimensiones teórica propuestas de manera óptima (CFI: 0,912; 0,842; 0,816; 0,995; RMSA: 0,170; 0,198; 0,187; 0,076).

Conclusiones: La escala de medición de la pertinencia del trabajo con cartas es fiable y válida. Está compuesta por 4 dimensiones: Pertinencia percibida para la formación; Pertinencia percibida para el autoconocimiento; Pertinencia percibida para la aplicación en pacientes; e latrogenia percibida del instrumento).

*Autor para correspondencia:

Enrique Sáez Álvarez

Departamento de Enfermería y Psicología. Universidad Católica de Valencia "San Vicente Martín".

Carrer de Quevedo, n.º 2, 46001, Valencia, España

Correo electrónico: enriquejesus.saez@ucv.es

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2022.1347/2022>

e-ISSN: 2340-3292/© 2022 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

Analysis of the perceived relevance of the work of advance directives through instrumentalization with cards

KEYWORDS

Advance directives, preferences, end of life, cards deck.

Abstract

Objective: Development and evaluation of an instrument capable of measuring the perceived relevance of working with cards for the dialogue about preferences at the end stages of life.

Method: A scale to measure the perceived relevance of working with cards for the conversation about preferences at the end of life was developed and evaluated through expert judgment and confirmatory factor analysis in a sample of 320 nursing degree students and 68 people older than 40 years.

Result: A solution with 21 items was reached, which optimally fitted the four proposed theoretical dimensions (CFI: 0.912; 0.842; 0.816; 0.995; RMSA: 0.170; 0.198; 0.187; 0.076).

Conclusions: The scale for measuring the relevance of working with cards is reliable and valid. It is made up of four dimensions: Perceived relevance for training; Perceived relevance for self-knowledge; Perceived relevance for application in patients; and Perceived iatrogenicity of the instrument).

Sáez Álvarez E, Hernández Riascos I, Martín Utrilla S, Forero Rincón O, Cubero Plazas L, Medrano Abalos P. Análisis de la relevancia percibida del trabajo de planificación compartida de la atención a través de la instrumentalización con cartas. *Med Paliat.* 2022;29:246-252.

INTRODUCCIÓN

La muerte ha sido siempre objeto de profundas reflexiones, pero actualmente la sociedad la rechaza y la niega¹. Siendo un proceso natural y universal, no puede separarse de la condición humana, es intrínseco al proceso vital²⁻⁵. En los últimos años, la muerte se concibe como una amenaza, como algo misterioso que genera temor y, por lo tanto, no forma parte del lenguaje cotidiano; de esta manera se convierte en algo silencioso, un tema tabú que produce miedo a lo desconocido y que genera conductas evasivas ante una persona que está en los momentos finales de su vida⁶⁻⁹. Es tal la aprensión a la muerte que incluso se ha trasladado hasta el marco profesional, en concreto en el momento de informar al paciente sobre su proceso final^{7,10}.

Hoy en día la muerte es un proceso que ocurre generalmente en el medio hospitalario, por ello, el personal sanitario se ha comprometido en garantizar y velar por la dignidad de los pacientes en los días cercanos a ella^{11,12}. La planificación compartida de la atención simboliza un medio adecuado y eficaz para proteger y asegurar la dignidad y la autonomía de los pacientes, así como la implicación de la persona en las decisiones sobre los cuidados clínicos. El objetivo de este proceso es el empoderamiento del paciente con respecto a la atención futura. Este derecho sobre la autonomía lo ejerce legalmente, mediante el consentimiento informado o a través del documento de voluntades anticipadas¹²⁻¹⁵.

La planificación compartida de la atención debe ser un proceso continuo que se desarrolla en el tiempo, mediante el cual los profesionales de la salud, juntamente con el paciente y sus familiares, van afrontando distintos aspectos sobre la atención sanitaria en el final de la vida. El objetivo es crear espacios para la reflexión conjunta que facilite la

toma de decisiones y oriente hacia la planificación de los cuidados y no solamente a la elaboración de documentos legales^{13,16}.

Para ofrecer una atención de calidad en la atención sanitaria es imprescindible que existan discusiones tempranas y frecuentes no solo al final de la vida, sino incluso antes del diagnóstico terminal¹⁷. La adquisición de habilidades comunicativas es importante para que la relación de ayuda sea una realidad¹⁸. En este sentido, el *Counselling* es un medio que facilita esta relación emocional y el manejo del sufrimiento, permite instaurar una relación de confianza, empática y asertiva que posibilita la promoción del bienestar de la persona^{19,20}.

Las conversaciones al final de la vida tienen como meta ofrecer a los pacientes y a la familia la oportunidad de decidir con antelación sus deseos y preferencias¹¹. El trabajo con cartas diseñadas para dar nombre y animar a las personas a hablar acerca de sus preferencias promueve las conversaciones y las discusiones sobre los deseos de las personas y la priorización de sus preferencias, potenciando el derecho a la autonomía con respecto a los cuidados clínicos en el final de la vida^{13,21}. Existen muchas versiones de este "juego" como, por ejemplo, "Vivir con voz propia" en España, "Go Whish"^{18,22,23} en EE. UU. y América latina, o "Heart to Heart Cards Game" en China²⁴. Sin embargo, hasta ahora, la única evaluación llevada a cabo de este instrumento y sus efectos ha sido mediante análisis de casos, estudios de opinión o análisis de marcadores indirectos²²⁻²⁴, o de repercusión como la medida de la ansiedad¹⁸, pero nunca con un instrumento de medida específicamente construido para tal fin.

Por dicho motivo, nos proponemos desarrollar y evaluar un instrumento capaz de medir la repercusión directa del trabajo con cartas en las personas a las que se les aplica, así

como la relevancia del instrumento tal y como es percibida por estos.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

Han participado un total de 388 sujetos seleccionados mediante un muestreo incidental de conveniencia (304 de sexo femenino y 84 del masculino), divididos en 2 grupos: 320 estudiantes de Grado en Enfermería pertenecientes a la Universidad Católica de Valencia (primer curso: 95, segundo: 49 y tercero: 176 participantes) y 68 personas mayores de 40 años con desempeño en distintas profesiones (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, sacerdotes, religiosas, profesores, administrativos, jubilados, policías, comerciantes, etc.), con una media de edad de 55,03 años.

Instrumentos

a. Para llevar a cabo el trabajo con cartas se ha empleado la baraja de 33 cartas de preferencias "Vivir con voz propia®". Es un instrumento diseñado para iniciar conversaciones con las personas sobre los cuidados al final de la vida, conocer sus deseos, anhelos y preferencias. Cada una de las cartas propone una idea, por ejemplo "No morir solo/a", "Ser donante de órganos", "Que mi familia no sufra", "Que me mantengan limpio/a" o "Tener a las personas que quiero cerca de mí". Cada uno de los participantes puede hacer 2 montones de 10 cartas cada uno, poniendo en uno de ellos las 10 cartas que más le importan y en el otro las 10 cartas a las que confiere menor importancia. Estos 2 montones de cartas son el pivote sobre el que girará la conversación (pueden verse las cartas, así como las diferentes dinámicas de uso en AlFinaldeLaVida.org). Aunque la elección de las cartas la realiza cada participante de manera individual, posteriormente se explica en grupo de 3 personas, en primer lugar, por qué se han elegido las cartas que son más importantes; en segundo, por qué las consideradas menos importantes y, por último, se lleva a cabo una inferencia sobre lo que cada participante cree que los otros 2 podrían haber elegido sin tener aún dicha información, siendo la idea el trabajo de asimilación de las cartas así como la implicación emocional en la tarea.

b. Para la evaluación de la percepción de los participantes, se ha utilizado la escala de la pertinencia percibida acerca del trabajo con cartas para las preferencias al final de la vida (EPP), esta escala ha sido construida para la presente investigación y consta de 4 dimensiones.

Dimensión 1: Pertinencia percibida para la formación (EPP1): constituida por 7 ítems. Abarca aspectos sobre la aportación del trabajo con cartas en la formación de los profesionales de enfermería y su importancia ($\alpha = 0,915$) (El ítem 1 no fue contestado por los participantes que no pertenecían a las categorías profesional o estudiante de enfermería, llevando a cabo la normalización de las puntuaciones para la interpretación correcta de los resultados).

Dimensión 2: Pertinencia percibida para el autoconocimiento (EPP2): consta de 4 ítems. Explora el beneficio que

aporta el instrumento del trabajo con cartas para el autoconocimiento del propio participante ($\alpha = 0,680$). El ítem 4 debe ser invertido.

Dimensión 3: Pertinencia percibida para la aplicación en pacientes (EPP3): esta dimensión consta de 5 preguntas, se utiliza para conocer la idoneidad del trabajo con cartas como medio para la comunicación con los pacientes, sobre todo en proceso terminal ($\alpha = 0,644$). Los ítems 2 y 3 deben ser invertidos.

Dimensión 4: Iatrogenia percibida del instrumento (EPP4): consta de 5 preguntas sobre el beneficio o perjuicio del instrumento. Va dirigida al participante con el propósito de recoger información sobre los sentimientos positivos o negativos suscitados como resultado de la participación en el trabajo con cartas ($\alpha = 0,856$). Mayores puntuaciones indican menor iatrogenia. Los ítems 1, 2, 3 y 5 deben ser invertidos.

Método

Se reclutó a los estudiantes de Grado en Enfermería en el mes de noviembre del año 2021. El trabajo con cartas se llevó a cabo como parte de una clase práctica dentro de su formación académica. El grupo de adultos mayores de 40 años fue reclutado por el método de bola de nieve, durante el mismo periodo, por medio de informadores primarios a través de una de las investigadoras (HRI). La confección del cuestionario se llevó a cabo a través de los siguientes pasos: en primer lugar, se generó una batería de 31 ítems por medio de la técnica de *brainstorming* llevada a cabo por los investigadores, opinión de expertos y revisión de la literatura científica relacionada. Estos ítems fueron depurados y colocados en 4 categorías teóricas. Posteriormente, se entregaron a 11 profesionales (7 enfermeras y 4 médicos) de 2 ámbitos laborales (5 profesoras/es universitarias/os y 6 sanitarios en activo) para evaluar los ítems tanto a nivel de coherencia del ítem como de pertinencia. Tras este proceso, 4 ítems fueron retirados y de los 27 restantes 24 obtuvieron puntuaciones medias de 4/5 o 5/5 tanto en coherencia como en pertinencia, retirándose los otros 2 ítems (con puntuaciones medias de 3/5), y quedando el instrumento inicial compuesto por 24 ítems. Finalmente, tras el análisis de consistencia interna fueron eliminados 2 ítems en la dimensión 2 y uno en la dimensión 3.

El cuestionario final a testar quedó conformado por 21 ítems, tras cuya elaboración formal (ver Anexo) fue administrado a la muestra a estudio, contando con el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Valencia (UCV/2018-19/112), no existiendo conflicto de intereses, ni financiación externa alguna.

Análisis estadístico de los datos

Tal y como recomienda la literatura^{25,26}, el ajuste de los modelos a los datos se evaluó mediante diversos criterios: el estadístico chi-cuadrado (χ^2), el índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index*, CFI) y la raíz media cuadrática del error de aproximación (*Root Mean Square Error of Approximation*, RMSEA).

El CFI compara los resultados del modelo especificado en los datos con los del modelo nulo, que asume covarianzas

iguales a 0 entre las variables observables, esto es, es un índice de ganancia. Puede obtener valores entre 0 y 1, siendo indicativo de un buen ajuste con valores superiores a 0,90 e, idealmente, a 0,95^{27,28}. Por otra parte, el RMSEA evalúa la falta de ajuste especificado a la población; con valores de 0 se interpretan como un ajuste perfecto, y menores de 0,80 como indicativos de un ajuste adecuado^{29,30}.

RESULTADOS

El análisis descriptivo muestra una participación mayoritaria de sujetos de sexo femenino, con un amplio rango de edad y unas puntuaciones altas en todas las subescalas a estudio y medias en la subescala de Pertinencia percibida para el autoconocimiento. El análisis comparativo más detallado entre las subescalas muestra diferencias con significación estadística entre todas ellas ($p < 0,001$) excepto entre EPP3 y EPP4 ($p = 0,108$). Al realizar el cribado por normalidad, las 4 subescalas se distribuyen de manera no normal, lo cual obliga a utilizar métodos consistentes para el estudio de la bondad de ajuste (Tabla I).

Teniendo en cuenta los valores de las correlaciones y su significación, podemos ver en la Tabla II correlaciones de alto grado y estadísticamente significativas entre todas las subescalas de la escala de Pertinencia Percibida acerca del trabajo con cartas para las preferencias al final de la vida (EPP), excepto entre la Pertinencia Percibida para la Formación y la latrogenia.

La consistencia interna de las subescalas a estudio ha sido alta en EPP1 y EPP4 y óptima en EPP2 y EPP3.

La Tabla III muestra un ajuste adecuado a la solución teórica en las 4 dimensiones estudiadas, que mejora en las 2 con peor ajuste cuando se lleva a cabo el análisis solo con el grupo de estudiantes (Tabla IV).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio ha sido presentar, por primera vez, un instrumento fiable y válido para evaluar las repercusiones del trabajo con cartas tal y como son percibidas por los usuarios, mediante análisis factorial confirmatorio, lo cual es de crucial importancia, ya que el trabajo con cartas se está instaurando como una herramienta útil en el campo de los cuidados paliativos y, más concretamente, en la toma de decisiones y/o asunción de preferencias en el tramo final de la vida^{18,22-24,31}.

Tanto el análisis de fiabilidad como el de validez muestran resultados óptimos por lo que el instrumento es fiable y válido. Encontramos las puntuaciones de consistencia interna más bajas en las dimensiones relacionadas con el Autoconocimiento y la Aplicación en pacientes (EPP2 y EPP3), no obstante, y tal y como³² afirman, el valor de fiabilidad en investigación exploratoria debe ser igual o mayor a 0,6 y que en estudios confirmatorios debe estar entre 0,7 y 0,8, por lo que en la presente investigación los resultados son alentadores.

Partiendo de la hipótesis de que esto puede ser debido a la heterogeneidad de la muestra, se decidió comprobar si en las subescalas peor puntuadas el ajuste mejoraría, demostrándose que para la submuestra de alumnos el ajuste es perfecto en las 4 dimensiones a estudio. El hecho de que el

Tabla I. Descripción básica de la muestra.

N = 361		n (%)	
Sexo	Masculino	304 (78,4)	
	Femenino	84 (21,6)	
Edad media	28,34 años		
Rango de edad	17-81 años		
EPP	Rango	1-6 (d.t)	K-S
	Formación	5,08 (0,85)	< 0,001
	Autoconocimiento	3,99 (0,78)	< 0,001
	Aplicación	4,71 (0,61)	< 0,001
latrogenia	4,81 (1,90)	<v0,001	

d.t: desviación típica; K-S: Kolmogorov-Smirnov.

Tabla II. Correlación entre dimensiones.

r (p)	Formación	Autoconocimiento	Aplicación	latrogenia
Formación	1	0,444 (0,000)	0,494 (0,000)	0,065 (0,223)
Autoconocimiento		1	0,107 (0,034)	0,461 (0,000)
Aplicación			1	0,458 (0,000)
latrogenia				1

Tabla III. Análisis factorial confirmatorio grupo total.

	CHI2*	df	CFI	RMSEA	α
Formación	168,3819	14	0,912	0,170	0,915
p	0,000				
Autoconocimiento	31,8316	2	0,842	0,198	0,680
p	0,000				
Aplicación	71,5905	5	0,816	0,187	0,644
p	0,000				
latrogenia	6,4065	2	0,995	0,076	0,856
p	0,040				

Tabla IV. Análisis factorial confirmatorio alumnos.

	CHI2*	df	CFI	RMSEA	α
Autoconocimiento	4,0053	2	0,992	0,057	0,767
p	0,134				
Aplicación	18,8654	5	0,934	0,094	0,750
p	0,002				

ajuste sea mejor en la submuestra de alumnos que en el grupo general, también podría ser debido a que hay una pregunta en el cuestionario que no se adapta al trabajo con personas no profesionales de la salud (Dimensión 1. Ítem1. "Esta actividad me ha ayudado a ser mejor profesional de la enfermería" lo que obligó a readaptar el cuestionario y retirar esta pregunta. Por otra parte, es importante decir que el presente estudio podría ser mejorado con la incorporación de otros profesionales (personal médico o del campo de la psicología, por ejemplo), con la pretensión de conseguir un campo aproximativo mayor y más amplio.

Para concluir, nos encontramos ante una escala de medición de la pertinencia del trabajo con cartas fiable y válida, compuesta por 4 dimensiones que abarcan 4 importantes aspectos tanto del espectro formativo de los profesionales que atienden a personas cuyas vidas han entrado en un proceso de declive irreversible y progresivo, como para su aplicación sobre dichas personas y los posibles peligros que pudieran derivarse de esta práctica. La escala en su conjunto es de fácil y rápido manejo, y las subescalas que la componen pueden aplicarse juntas o por separado en función de las personas a quienes se dirijan o en función de los intereses del evaluador.

BIBLIOGRAFÍA

- García DJ, Ochoa MC, Briceño II. Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: Estudio cuantitativo. *Duazary*. 2018;15:281-93.
- Audaín Gordon T, Swaby Atherton E, Díaz Trujillo E, BernardoFernández C, Mosqueda Cala I. Reflexiones en torno a la muerte en la actualidad. Un problema bioético. *Revista Información Científica*. 2004;437.
- Edo M, Tomás J, Aradilla A. Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enferm Clin*. 2011;21:129-35.
- Garibay I, Medina I, Carrillo A, Montelongo D. Abordaje de enfermería sobre el miedo y ansiedad ante la muerte en personas adultas mayores. *Salud y Drogas*. 2021;21:159-70.
- Morales Ramón F, Ramírez López F, Cruz León A, Arriaga Zamora RM, Vicente Ruiz MA, de la Cruz García C, et al. Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes. *Revista Cuidarte*. 2021;12:e1081.
- Moreras J. Socio-antropología de la muerte. *Publicacions URV*. 2019. Disponible en: <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/view/374/387/890-1>
- Ramos A, Gairín J, Camats R. Principios prácticos y funcionales en situaciones de muerte y duelo para profesionales de la educación. REICE. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*. 2018;16.
- Sánchez IG, Gascón A. Introducción metodológica a la muerte y los miedos en educación infantil. *Tendencias Pedagógicas*. 2010;15:124-49.
- Uribe AF, Valderrama L, Vallejo D, Galeano C, Gamboa K, López S. Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. *Acta Colomb de Psicol*. 2008;11:119-26.
- Sáez E. Actitudes hacia la muerte y su relación con el bienestar en estudiantes de primer curso de grado en enfermería. 2016 [[Http://purl.org/dc/dcmitype/Text](http://purl.org/dc/dcmitype/Text), Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=117923>
- Bergenholtz H, Timm H, Missel M. Talking about end of life in general palliative care - what's going on? A qualitative study on end-of-life conversations in an acute care hospital in Denmark. *BMC Palliat Care*. 2019;18:62.
- Delgado J. De las instrucciones previas a la planificación anticipada de la asistencia sanitaria. *Revista Rol*. 2017;40:120-4.
- Aguilar J, Cabañero M, Puerta F, Ladios M, Fernández J, Cabrero J. Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas. *Gac Sanit*. 2018;32:339-45.
- Gjerberg E, Lillemoen L, Førde R, Pedersen R. End-of-life care communications and shared decision-making in Norwegian nursing homes—Experiences and perspectives of patients and relatives. *BMC Geriatr*. 2015;15:103.
- Lasmarias C, Velasco T, Carrero V, Granero N. Planificación compartida de la atención: la COVID-19, ¿una oportunidad? *Med Paliat*. 2020;27:267-8.
- Achury D, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enferm Univ*. 2016;13:55-60.
- Sutherland R. Dying well-informed: The need for better clinical education surrounding facilitating end-of-life conversations. *Yale J Biol Med*. 2019;92:757-64.
- Delgado M, de La Cruz M, Epner D. "I don't want to burden my family": Handling communication challenges in geriatric oncology. *Ann Oncol*. 2013;24:30-5.
- Ayala K Camacho D, Fernández L, Molins B. La comunicación terapéutica en enfermería al final de la vida. *Revisión bibliográfica*. *Agora de Enfermería*. 2018;22:133-6.
- Barreto P, Díaz JL, Saavedra G. Acercamiento al sufrimiento a través del counselling. *Informació Psicològica* 2013; extra. 100:171-6.
- Delgado, M, Rodríguez, A, de la Cruz V, Frisbee S, Williams J, Wu J, et al. Advanced cancer patients' reported wishes at the end of life: A randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2016;24:4273-81.
- Lankarani-Fard A, Knapp H, Lorenz KA, Golden JF, Taylor A, Feld JE, et al. Feasibility of discussing end-of-life care goals with inpatients using a structured, conversational approach: the go wish card game. *J Pain Symptom Manage*. 2010;39:637-43.
- Menkin ES. Go wish: A tool for end-of-life care conversations. *J Palliat Med*. 2007;10:297-303.
- Li T, Pei X, Chen X, Zhang S. Identifying end-of-life preferences among Chinese patients with cancer using the Heart to Heart Card game. *Am J Hosp Palliat Med*. 2021;38:62-7.
- Hu L, Bentler P. Evaluating model fit in SEM: Concepts, issues, and applications. En: Hoyle RH, editor. *Structural equation modeling*. Concepts, issues, and applications. London: Sage; 1995.
- Tanaka JS. Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. En: Bollen KA, Long JS. *Testing Structural Equation Models*. Newbury Park, CA: Sage; 1993.
- Hu L, Bentler PM. Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to under-parameterized model misspecification. *Psychol Methods*. 1998;3:424-53.
- Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*1999;6:1-55.
- Browne MW, Cudeck R. Single sample cross-validation indices for covariance structures. *Multivariate Behav Res*. 1989; 24:445-55.
- Byrne BM. *Structural Equation Modeling with Mplus: Basic concepts, applications, and programming*. New York, NY: Routledge; 2012.
- Fernandes CS, Lourenço M, Vale B. Patient card games in palliative care: Integrative review. *BMJ Support Palliat Care*. 2021. doi: 10.1136/bmjspcare-2021-003300.
- Huh J, DeLorme DE, Reid LN. Perceived third-person effects and consumer attitudes on prevetting and banning DTC advertising. *J Consum Aff*. 2006;40:90-116.

ANEXO. ESCALA DE PERTINENCIA PERCIBIDA ACERCA DEL INSTRUMENTO DE CARTAS.

Por favor, conteste si está en desacuerdo o de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

A. DE CARA A LA FORMACIÓN

1. Esta actividad me ha ayudado a ser mejor profesional de Enfermería.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

2. Recomiendo esta actividad a los estudiantes de Enfermería.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

3. Recomiendo esta actividad a los estudiantes de Medicina.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

4. Esta actividad es imprescindible para los profesionales de Enfermería.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

5. Esta actividad es interesante para los profesionales de Enfermería.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

6. Esta actividad es interesante para los profesionales de Medicina.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

7. Esta actividad es imprescindible para los profesionales de Medicina.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

B. DE CARA A MI AUTOCONOCIMIENTO

1. Tras esta actividad me conozco mejor.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

2. Tras esta actividad he puesto nombre a sentimientos que no sabía que tenía.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

3. Es un buen instrumento para tener las ideas claras de cara a los momentos finales de mi vida.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

4. Esta actividad no me ha aportado nada.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

C. DE CARA A LA APLICACIÓN CON PACIENTE

1. Es posible aplicar esta actividad con pacientes.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

2. Nunca aplicaría este instrumento a pacientes con enfermedades en proceso terminal.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

3. Existen otros medios más adecuados que las cartas para comunicarse con los pacientes en proceso terminal.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

4. Las cartas son un buen método de comunicación con los pacientes en proceso terminal.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

5. Usaría estas cartas con un ser querido mío que estuviera en proceso terminal

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

D. IATROGENIA

1. Haber participado en esta actividad es estresante.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

2. No volvería a participar en esta actividad.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

3. Esta actividad es perjudicial para mí.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

4. Esta actividad es beneficiosa para mí.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6

5. Esta actividad me ha hecho daño.

Total desacuerdo					Total acuerdo
1	2	3	4	5	6