

Artículos

Red Semántica Natural de la Voluntad Anticipada entre Profesionales de Enfermería

Natural Semantic Network of Advance Directives Among Nursing Professionals

Carolina Farfán Romero¹ y Ma. Del Carmen Farfán García²

1 Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

2 Universidad Autónoma del Estado de México

Resumen

Los avances científicos y tecnológicos en medicina impactan en la prevención y mejora de la salud, incrementando la esperanza de vida. Ante ello, surge la voluntad anticipada, de carácter jurídico y médico, y su finalidad es que el paciente tenga derecho de decidir morir dignamente en un proceso natural. El objetivo del estudio fue identificar mediante una red semántica la percepción de un grupo de profesionales de enfermería sobre la voluntad anticipada a través de una investigación no experimental descriptiva y una muestra no probabilística intencional de 63 enfermeras de tres hospitales de tercer nivel de atención de la ciudad de Toluca y de la Ciudad de México. En la red semántica, se obtuvieron 192 palabras, implicando una gran riqueza. Las 10 palabras definidoras con mayores valores reflejan la noción de la voluntad anticipada como un derecho libre del paciente de decidir morir con dignidad y señalan que el rol del personal de salud es de respeto y empatía.

Palabras clave: voluntad anticipada, enfermería, red semántica natural, paciente, salud

Autores

Carolina Farfán Romero. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8239-2218>

Ma. del Carmen Farfán García. Facultad de Ciencias de la Conducta, UAEMéx.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5631-2957>

Autor para correspondencia: Ma. del Carmen Farfán García email: mcfarfang@uaemex.mx

Abstract

Scientific and technological advances in medicine impact on the prevention and improvement of health, increasing life expectancy. Given this, the advance directive arises, of a legal and medical nature, and its purpose is that the patient has the right to decide to die with dignity through natural processes. The objective of this study was to identify, through a semantic network, nursing professional perception of advance directives using non-experimental descriptive research and an intentional non-probabilistic sample of 63 nurses from three tertiary care hospitals located in Toluca and Mexico City. In the semantic network, 192 words were obtained, implying great richness. The 10 defining words with the highest values reflect the notion of advance directives as a free right of the patient to decide to die with dignity and indicate that the role of health personnel is one of respect and empathy.

Key words: advance directive, nursing, semantic network, patient, health

DOI <https://doi.org/10.36793/psicumex.v15i1.696>

Recibido 22 – Noviembre – 2023

Aceptado 05 – Diciembre – 2024

Publicado 09 – Marzo – 2025



Introducción

La voluntad anticipada es un proceso jurídico-médico cuyo objetivo se centra en el derecho manifestado legalmente que expresa la libertad para decidir de una persona de cómo quiere ser tratada al final de su vida, en relación con los tratamientos y cuidados que desea y aquellos que no desea recibir de una manera anticipada. A partir de ello, jurídicamente es un documento legal que realiza la persona en pleno uso de sus derechos y bajo una condición de salud mental estable, y que se le da a conocer al personal de salud cuando el paciente se encuentra ante la imposibilidad de poder externar su voluntad, para que, mediante la valoración clínica, el médico pueda establecer el tratamiento y los cuidados paliativos que deberá de recibir el paciente por parte del personal de enfermería ante la llegada inminente de una muerte natural, propiciando en todo momento que esta sea digna. Se estableció legalmente en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal en 2008 y, de manera paulatina, se instituyó en otros estados de la República Mexicana con otros nombres, pero siempre con la misma intención.

De esta manera, las estadísticas sobre las causas de muerte en México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2019), durante 2019, fueron que 88.8 % (663 902) de las defunciones se debieron a enfermedades y problemas relacionados con la salud. Las estadísticas refieren tres causas principales de fallecimiento independientemente del género: “enfermedades del corazón (156 041, 23.5 %), diabetes *mellitus* (104 354, 15.7 %) y tumores malignos (88 680, 13.4 %)”. Para 2021, las cifras cambiaron significativamente como resultado de la pandemia por COVID-19. Durante el primer semestre, se registraron 559 183 (96.5 %) fallecimientos, de los cuales, la COVID-19 fue la primera causa con 145 159 casos. En segundo término, las enfermedades del corazón con 113 899 casos, posteriormente, la diabetes *mellitus* con 74 418 casos y, por tumores malignos, 44 197 defunciones. Estas estadísticas refieren la demanda de atención por parte del personal médico y de enfermería (INEGI, 2021).



En la actualidad, como producto de los adelantos científicos y tecnológicos, la esperanza de vida se acrecienta. En este contexto, la posibilidad de prolongar la vida del paciente en fase terminal propicia el uso de alternativas de intervención. El personal de atención a la salud pone en práctica todos sus conocimientos y habilidades para mejorar la condición de sus pacientes. No obstante, dichas situaciones son difíciles de afrontar cuando se sabe que, a pesar de los esfuerzos, la vida llegará a su fin. Es así como surge la voluntad anticipada, una alternativa para proporcionar al paciente en estado grave o terminal la atención médica adecuada y los cuidados pertinentes que permitan que la muerte llegue de manera natural con respeto a la integridad del paciente.

Sin embargo, se debe de precisar que el personal médico y de apoyo en el área de enfermería tienen como objetivo profesional brindar los elementos necesarios para restablecer la salud al enfermo, por lo que debe hablarse de la voluntad anticipada como un derecho del paciente en pleno uso de su capacidad mental y del personal de la salud desde un aspecto bioético; sin olvidar las disposiciones legales que conlleva tal situación, por lo cual es un tema controvertido que se necesita analizar.

El papel del personal de enfermería es esencial en este proceso, ya que, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es quien se encarga de la gestión de cuidados de las personas a lo largo de todo el ciclo vital (Collado et al., 2019). Por lo que es un servicio fundamental en la voluntad anticipada para el que se requieren conocimientos específicos y actitudes adecuadas (Collado et al., 2019; Galdón, 2019; Martínez et al., 2018).

En este sentido, la importancia de preservar la autonomía y dignidad de las personas hasta su muerte ha sido un eje fundamental en países como EE. UU., México, Colombia, Puerto Rico, Argentina Uruguay y España, los cuales establecen legislaciones inherentes a la voluntad anticipada. Aun así, debe de reconocerse que hay países como Chile y Brasil en los cuales no existe una legislación al respecto (Collado et al., 2019).



Un estudio realizado por Da Silva y Gomes (2019) reportó que la noción de la voluntad del paciente inició en Estados Unidos en 1967 con temas relacionados a la eutanasia, pero es hasta 1990 cuando se estableció en dicho país legalmente la voluntad del paciente para tomar por sí mismo la decisión del final de su vida. En México, es en 2008 cuando se estableció legalmente la voluntad anticipada, pero cabe resaltar que no existe una sola definición de dicho concepto sino, más bien, puede decirse qué es la voluntad anticipada de acuerdo con el contexto. Desde el punto de vista legal, es un documento; desde la mirada médica, es un proceso. Por ello, en diversas entidades federativas se establece jurídicamente a través de leyes o decretos.

De tal manera que, haciendo una revisión a los documentos que han establecido la voluntad anticipada como figura jurídica, encontramos que la primera ley que se reconoce al respecto es la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal (2008), la cual menciona que es:

la decisión que toma una persona de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de forma natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona. (art. 1)

Por otra parte, la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México (2013) señala que es:

el acto a través del cual una persona, encontrándose en una situación de enfermedad terminal o previendo esta situación, expresa su voluntad en una declaración, de manera anticipada, sobre lo que desea para sí en relación con el o los tratamientos y cuidados de salud respectivos, ya sea en un Acta o en una Escritura de Voluntad Anticipada. (art.4, fracción XXXV)

Al respecto, Singer et al. (1996) la define como “el proceso mediante el cual una persona planifica los tratamientos y cuidados de salud que desea recibir o rechazar en el futuro, en particular para el momento en que no sea capaz por sí misma de tomar decisiones”. Es esta definición con la cual se enmarca la presente



investigación, ya que se acerca más al trabajo que realiza el personal de enfermería, considerándola como un proceso de atención para llevar a cabo el tratamiento y los cuidados que el paciente requiera acorde con su voluntad previamente establecida en un documento.

De acuerdo con la Secretaría de Salud del Estado de México (2023), la voluntad anticipada tiene como finalidad: “Asegurar que los pacientes en situación terminal sean tratados como seres humanos vivos hasta el final de sus días” (p.1) y de la cual se derivan las siguientes acciones permanentes en la atención e intervención del paciente: “Respetar la voluntad del paciente, respetar su dignidad como persona, darle trato humano en todo momento, disminuir el sufrimiento y garantizar una muerte natural en condiciones dignas” (p.1)

Con base en dichas acciones se puede observar que en la voluntad anticipada se centra la atención de los derechos de la persona para decidir ser tratada en todo momento con respeto, disminuir su sufrimiento y acompañarla en un proceso natural de muerte. En consecuencia, y al no contar con una ley federal sobre voluntad anticipada, se crearon las leyes estatales y la de la Ciudad de México a partir de 2008, derivadas de la Ley General de Salud. En 2008, se surge la Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal en el Estado de Coahuila; en el 2009, la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes, la Ley de Voluntad Vital Anticipada del Estado de Michoacán de Ocampo y la Ley Estatal de Derechos de las Personas en Fase Terminal en el Estado de San Luis Potosí; en 2011, la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato y la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Hidalgo; en 2012, la Ley Número 1173 de Voluntad Anticipada para el Estado de Guerrero y la Ley de Derechos de los Enfermos en Etapa Terminal para el Estado de Nayarit; en 2013, la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Colima y la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México; en 2015, Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Oaxaca; en 2016, la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Tlaxcala (para entrar en vigencia en enero 2017), y la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Yucatán; en 2018, la Ley Número 782 de Voluntad Anticipada



para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave y la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Zacatecas; y en 2021, la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Sonora.

Como se puede observar, las leyes estatales han surgido de manera paulatina con algunas variantes en los nombres, pero abordan la misma intención del cuidado del enfermo terminal para una muerte digna mediante la expresión de su voluntad en un documento legal.

Profesionales de la enfermería

El paciente que hace uso de la voluntad anticipada tiene que ser atendido por sus médicos y por el personal de enfermería en un proceso de acompañamiento. De acuerdo con el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE):

La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación (2002, p. 1).

En relación con esto, Henderson (1977) indica que:

La función única de las enfermeras en el cuidado de las personas, enfermas o sanas, consiste en evaluar sus respuestas ante su situación de salud y ayudarlas a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud, a la recuperación o a una muerte digna que ellas mismas realizarían sin asistencia si tuvieran la suficiente fortaleza, voluntad o conocimientos para hacerlo, con el fin de ayudarlas a obtener una independencia total o parcial lo más rápidamente posible (como fue citado en CIE, 2021, p.1).

De esta forma, en 1995 se reunió en Ginebra el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Ejercicio de la Enfermería para señalar que ésta:



tiene que afrontar las exigencias impuestas por el perfil cambiante de la salud mundial además que el papel del personal de enfermería y el grupo más grande de la fuerza laboral dedicada a la atención de salud, ha ido evolucionando a fin de satisfacer las necesidades sanitarias cambiantes. (OMS, 1996, p. 1).

Asimismo, al profesional de la enfermería se le conoce comúnmente como enfermera o enfermero, y es quien comparte con otros profesionales, principalmente con el personal médico, la asistencia a los pacientes con el fin de preservar su salud. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2023):

los profesionales de enfermería están en la línea de acción en la prestación de los servicios y desempeñan una función importante en la atención centrada en las personas y comunidades. En muchos países son líderes o actores clave en los equipos de salud multiprofesionales e interdisciplinarios. Proporcionan una amplia gama de los servicios a todos los niveles del sistema de salud (p.1)

En el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo*, publicado el mismo año por la OMS, se estima que hay en el mundo cerca de 28 millones de profesionales de la enfermería; un número que representa más de la mitad de los profesionales de la salud. De acuerdo con CIE (1987), el profesional de enfermería: “proporciona una base amplia y sólida en las ciencias del comportamiento, la vida y la enfermería para la práctica general de la profesión, así como para un papel de liderazgo y para la formación postbásica para una especialidad o la práctica de la enfermería avanzada” (p. 2).

Por lo tanto, el personal de enfermería está capacitado para cumplir con las funciones que se le asignen en los diferentes servicios médicos y hospitalarios para llevar a cabo los cuidados que el paciente requiera una vez valorado e indicado por el personal médico correspondiente, en un trabajo de colaboración y en un contexto de cambios significativos. Al respecto de los conocimientos y actitudes que sobre la voluntad anticipada tiene el personal de enfermería, se han realizado diversos estudios sobre dicha temática



en España, a través de una línea de investigación centrada precisamente en la misma, realizada en diferentes comunidades, considerando al personal que está en contacto directo con el paciente en fase terminal y con sus familiares. De esta forma, sin dejar de lado el proceso jurídico, la atención se centra en el proceso que debe de seguir el personal de enfermería ante tal situación.

En esta línea, el Código de Ética del CIE (2021) apunta que: “las enfermeras siempre han reconocido cuatro responsabilidades fundamentales de la profesión: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, además de promover una muerte digna” (p. 2). Además, afirma que:

la necesidad de cuidados enfermeros es universal y que son inherentes a la profesión, el respeto por los derechos humanos, en particular los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, así como el derecho a la dignidad y a ser tratado con respeto. Los cuidados enfermeros son respetuosos y aseguran la no discriminación por cuestión de edad, color, credo, cultura, etnicidad, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, lengua, raza, creencias religiosas o espirituales, situación jurídica, económica o social. (p. 3).

Por ende, una de las responsabilidades incorporadas como producto de las situaciones que se enfrentan actualmente es acompañar en una muerte digna, es por ello que se considera que el personal de enfermería debe de estar preparado y contar a su vez con el apoyo médico. Esta práctica va de la mano de los principios éticos y bioéticos de la profesión, no es una situación contraria, es parte del derecho del paciente al buen morir, por esta razón, dichos profesionales deben ser sensibles, para actuar con humanismo.

En cuanto a la ética profesional del personal de enfermería; Mora (2015) menciona que: “la ética de la enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones y los valores del ejercicio profesional, así como los cambios y



las transformaciones a través del tiempo” (p. 231). Igualmente, al considerar el actuar del personal de enfermería con humanismo, se hace referencia a la bioética, la cual:

constituye una nueva disciplina que sirve de puente entre las ciencias y las humanidades y hace énfasis en dos aspectos: 1) la ética implica siempre una acción acorde con estándares morales y 2) la ética humana no puede ser separada ya de una comprensión realista de la ecología, entendida en su más alta acepción. (Santos Vargas, 2002, p. 56).

De manera que:

los valores éticos ya no pueden ser separados de los hechos biológicos. Esta nueva disciplina ha cobrado gran importancia en el mundo actual, donde la ciencia se une con la alta tecnología para ofrecer nuevos métodos con el fin de conservar la vida; pero que en ocasiones priva al paciente del calor humano y de su derecho propio a la vida, y también a la muerte. Los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario de salud constituyen el centro medular para la preservación de los derechos y la calidad de vida de los pacientes, y evitan que la ciencia se convierta en la aplicación y desarrollo de técnicas y aparatos sin un trasfondo emocional, social y humano (p. 56).

Es por ello que, cuando se habla de la voluntad anticipada como un proceso para disminuir el sufrimiento del paciente y acompañarlo en un proceso natural de muerte, no se puede dejar de lado a la bioética, ya que, ante los avances científicos y tecnológicos la esperanza de vida se incrementa, pero es importante reconocer que en ocasiones se puede perder de vista el derecho a la dignidad. En este marco, un estudio realizado por Luck et al. (2017) determinó que la elaboración de la voluntad anticipada está asociado a un menor número de muertes en el hospital, menor número de ingresos en unidades de cuidados intensivos, menores medidas para prolongar la vida con una mayor calidad de vida y muerte.

Es en este contexto, a partir de lo expuesto anteriormente, que surge la pregunta de investigación: ¿cuál es la percepción de los profesionales de enfermería sobre la voluntad anticipada?, como una



aproximación a identificar si se tiene conocimiento de dicha situación y, sobre todo, si en su práctica profesional cuentan con los elementos suficientes para dar el trato humano al paciente y a su familia. Ante esta situación, el objetivo de la presente investigación fue identificar mediante una red semántica la percepción de un grupo de profesionales de enfermería sobre la voluntad anticipada. La variable objeto de estudio fue voluntad anticipada, definida para la presente investigación como: “el proceso mediante el cual una persona planifica los tratamientos y cuidados de salud que desea recibir o rechazar en el futuro, en particular para el momento en que no sea capaz por sí misma de tomar decisiones” (Singer et al., 1996, p.1689). Esta variable es de tipo atributiva, es decir, que el investigador solo la mide de acuerdo con cómo se presenta.

Metodología

Tipo de estudio

Se realizó una investigación no experimental de tipo descriptivo, de acuerdo con Kerlinger (1985), por lo que las variables no se manipulan ni tampoco se hace uso de un muestreo aleatorio. Los estudios descriptivos “plantean como objetivo central obtener un panorama más preciso de la magnitud del problema o situación, jerarquizar los problemas, derivar elementos de juicio para estructurar políticas o estrategias operativas y conocer las variables que se asocian” (Rojas, 1982, p.42).

Muestra

Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional. Según Dawson (1993): “El muestreo intencional, también llamado muestreo deliberado, implica la selección no aleatoria de elementos basada en el juicio del investigador y de su conocimiento acerca de la población” (como se citó en Salinas, 2004, p.122). La muestra se integró por 63 enfermeras de tres hospitales de tercer nivel de atención de la ciudad de Toluca y la Ciudad de México, adscritas a servicios de oncología, tanatología, geriatría, medicina interna



y hemodiálisis. El criterio de inclusión fue solamente ser enfermeras en activo de hospital de tercer nivel de atención.

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó como instrumento la técnica de redes semánticas, misma que permitió identificar la percepción de un grupo de profesionales de enfermería sobre la voluntad anticipada, dicha técnica en sus inicios fue trabajada por Figueroa y González en 1981. De acuerdo con Valdez (2000):

la red semántica natural de un concepto es aquel conjunto de conceptos elegidos por la memoria a través de un proceso reconstructivo, que permite a los sujetos tener un plan de acciones, así como la evaluación subjetiva de los eventos, acciones u objetos y se ha ido constituyendo como una de las técnicas más potentes que se tienen para evaluar el significado de los conceptos. (p.7).

La elección de la técnica para recopilar los datos se consideró en función de la temática abordada y las características de la muestra. Al ser un tema poco explorado, fue un primer acercamiento. Como señala Valdez (2000), permitió analizar y representar la estructura de los conocimientos y las relaciones entre conceptos, facilitando la comprensión y análisis de la información, identificando patrones y tendencias en la información. Su elección se realizó de igual manera en comparación con algunas otras técnicas, tomando en cuenta que permite una representación más visual y flexible de la información.

Procedimiento

El procedimiento de recolección de datos se llevó a cabo una vez obtenidos los permisos correspondientes, se les presentó a las enfermeras la hoja para recopilar la información acompañada del conocimiento informado. Posteriormente, se siguieron los siguientes pasos:

- 1) Se pidió al personal de enfermería que definieran con precisión la palabra estímulo mediante un mínimo de 10 palabras sueltas, que pudieran ser: verbos, adverbios, sustantivos, adjetivos, nombres, pronombres, etc.



- 2) Se pidió al personal jerarquizar todas las palabras en función de su relación o importancia. De este modo, asignaron el número 1 a la palabra que tuviera mayor cercanía o mayor relación con *voluntad anticipada*. Y así sucesivamente hasta el 10.

Análisis de datos

La información fue vaciada en una hoja de captura diseñada específicamente para redes semánticas, donde se ubican las palabras definidoras y los espacios en los cuales se anotan las frecuencias en que se presentó cada palabra suscrita por las enfermeras, los espacios tienen un orden jerárquico con un valor asignado, a continuación:

- 1) Se obtuvo el valor J: número total de palabras diferentes generadas para definir el estímulo, que indica la abundancia de la red.
- 2) El valor M, que es la relación existente entre la frecuencia (f) de aparición de cada palabra y la jerarquía otorgada al término *voluntad anticipada* por el encuestado al dar una valoración de 1 a 10 a las palabras reportadas. También llamado peso semántico.
- 3) Se obtuvo el conjunto SAM, que se integra por las 10 palabras que obtuvieron mayor valor M, y que tienen mayor peso semántico.
- 4) Se integró el valor FMG, que representa los porcentajes con la distancia que hay entre cada una de las palabras que formaron el conjunto SAM. El valor FMG es un indicador en términos de porcentaje de la distancia semántica que hay entre las diferentes palabras definidoras que conforman el conjunto SAM. A la palabra definidora con mayor peso semántico para el estímulo se le asigna el valor porcentual 100 % (por ser el máximo peso); luego, a través de una regla de tres simple, se obtiene la distancia semántica de esta palabra, con las otras palabras que le siguen.



Resultados

Se aplicaron un total de 63 redes semánticas naturales a profesionales de enfermería. En las Tablas 1 y 2 se presentan los cuatro principales valores.

1. Valor J = 192.

Tabla 1

Conjunto SAM voluntad anticipada

Número	Palabras definidoras	Valores M
1	Decisión	179
2	Respeto	172
3	Deseos	152
4	Derecho	135
5	Libertad	125
6	Dignidad	117
7	Amor	114
8	Familia	111
9	Muerte	88
10	Empatía	82
Valor J= 192		

Tabla 2

Valor FMG voluntad anticipada

	Palabras definidoras	M	FMG
1	Decisión	179	100 %
2	Respeto	172	96 %
3	Deseos	152	85 %
4	Derecho	135	75 %
5	Libertad	125	70 %
6	Dignidad	117	65 %

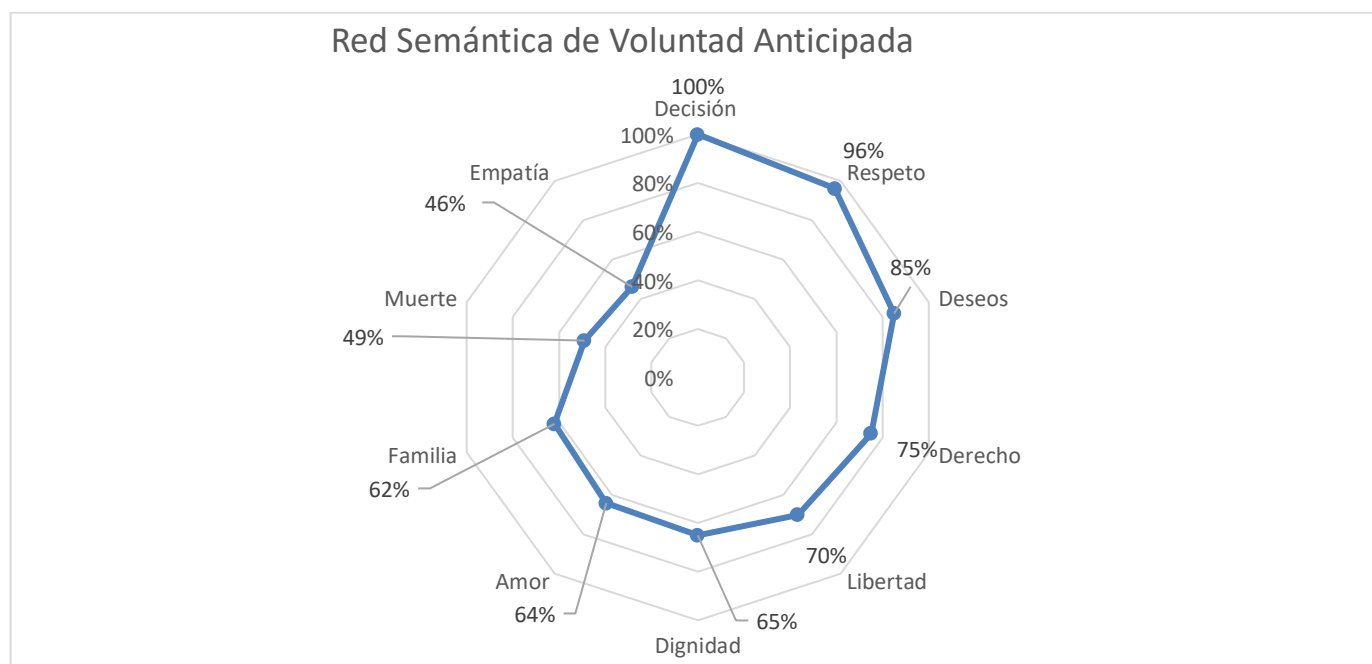


7	Amor	114	64 %
8	Familia	111	62 %
9	Muerte	88	49 %
10	Empatía	82	46 %

La presentación gráfica de la red semántica de voluntad anticipada se puede observar en la Figura 1.

Figura 1

Red semántica voluntad anticipada



Como se puede observar en los resultados, la red semántica fue muy amplia, conformada por 192 palabras, lo que significa una gran riqueza semántica; las 10 palabras definidoras con mayores valores indican la percepción de voluntad anticipada desde el derecho libre del paciente de decidir morir con dignidad y el papel del personal de salud, en este caso de enfermería, a respetar y ser empáticos. Las palabras integran tres actores importantes en el proceso; en primera instancia, el paciente; en segunda, el personal de enfermería y en tercera, la familia.



También encontramos que la distancia entre las principales palabras definidoras es muy corta, sobre todo entre la palabra *decisión* y *respeto*, lo que implica el conocimiento del proceso.

Discusión

En este artículo la voluntad anticipada se estudió desde una perspectiva transdisciplinaria: desde la actividad del profesional de la salud, desde derecho en el establecimiento de su normatividad y desde las ciencias sociales a través de la teoría de las representaciones sociales y de la técnica de las redes semánticas naturales. Mediante estas se pudo identificar los significados que una muestra de enfermeras de hospitales de tercer nivel de atención tiene sobre voluntad anticipada. Dicha técnica se utilizó como recurso metodológico para la obtención de los valores semánticos, lo que permitió caracterizar la representación social en relación con la voluntad anticipada; esto es, una aproximación de la realidad que vive el profesional de la enfermería cuando se enfrenta a la atención del enfermo terminal.

Es así que desde la teoría de las representaciones sociales se comprende e interpreta el actuar profesional de las enfermeras en relación con el tema. De acuerdo con Jodelet (2018): “a las representaciones sociales concierne el saber del sentido común, puesto en obra en la experiencia cotidiana” (p.5). Se puede decir entonces que a través de la red semántica natural se tiene un acercamiento a la representación social de voluntad anticipada, misma que permitió comprender la interacción del personal de enfermería y el paciente en fase terminal, con la finalidad de proporcionar un servicio de calidad de acuerdo con sus necesidades.

Como consecuencia de dicha interacción, la importancia de identificar el significado que para las enfermeras tiene la voluntad anticipada dio por resultado el conocimiento en el trato que, en un momento determinado, se lleva a la práctica en la atención al enfermo en fase terminal. Los resultados expresan que la *decisión* y el *respeto* son las dos palabras con mayor porcentaje con las que se relaciona a la voluntad anticipada. Si se traslada al quehacer cotidiano y a la responsabilidad de dicho personal, será la forma como



la conciben y la llevan a la práctica; es decir, el paciente decide la atención que debe de recibir en caso de que su padecimiento lo lleve a una fase terminal y el personal de enfermería debe respetar tanto la decisión como al mismo paciente. Para Henderson (1977), el personal de enfermería ayuda a realizar aquellas actividades que contribuyan no solo a devolver la salud, sino también a tener una muerte digna. (como fue citado en CIE, 2021.p.1).

Estudios como los de Martínez et al. (2018), Contreras y Sanhueza (2016), Collado et al. (2019) y Galdón (2019) resaltan la importancia de los conocimientos y las actitudes del personal de enfermería en este proceso, teniendo como resultado que el personal de enfermería tiene un nivel bajo de conocimientos, pero un alto nivel en cuanto a la actitud en el proceso de atención al paciente que establece su voluntad anticipada. Se coincide entonces en que los resultados obtenidos a través de la red semántica reflejan una actitud positiva ante la voluntad anticipada y hacia el paciente que la externa de acuerdo con la legislación correspondiente.

No obstante, se difiere en cuanto al nivel bajo de conocimientos, ya que la muestra fue integrada por personal de enfermería de hospitales de tercer nivel de atención, caracterizados por tener una alta tecnología y ser instituciones especializadas, ofreciendo servicios integrales y de alta calidad. Su personal está capacitado para la atención de pacientes con padecimientos complejos en su diagnóstico y tratamiento, por lo cual, los resultados de la presente investigación determinan que el personal de enfermería tiene los conocimientos para el trato al paciente ante la voluntad anticipada.

Asimismo, los resultados indican la asociación del término con el deseo, derecho y libertad, por lo que el personal de enfermería tiene el conocimiento de que no es solo un proceso de acompañamiento médico y de cuidados paliativos, sino que es también un proceso legal donde el paciente expresa su deseo libremente, coincidiendo con lo dispuesto en las diferentes leyes estatales y en la del Distrito Federal (hoy Ciudad de México); protegiendo la dignidad de la persona, como lo menciona el Código de Ética del CIE (2021). Por



otra parte, los resultados revelan los términos *amor, familia, muerte y empatía* como los siguientes en porcentaje alto, lo que indica cómo deben realizarse las acciones, no solo para el paciente, sino también para sus familiares que, al igual que el enfermo y el personal de enfermería, forman parte del proceso, por lo que deben efectuarse con amor y empatía; el trato humano y la comunicación deben de prevalecer.

Conclusiones

Es el profesional de la enfermería quien mediante su práctica profesional atiende a los pacientes en fase terminal propiciando un acompañamiento con calidad humana, por lo que se establece dentro de sus responsabilidades el promover una muerte digna, siempre atendiendo a los principios éticos de la profesión. Es importante concluir señalando que, de acuerdo con el objetivo y resultados del trabajo en relación a la voluntad anticipada, el personal de enfermería de hospitales de tercer nivel de atención que formó parte del presente estudio, tiene los conocimientos y la sensibilidad para respetar no solo la decisión del paciente en fase terminal, sino también de propiciar los cuidados inherentes sin que se transgreda su dignidad sustentada en los principios éticos de la profesión.

Al ser un estudio que permite un primer acercamiento, se centra solamente a la percepción del personal de enfermería de hospitales de tercer nivel, ya que dicho personal fundamentalmente esta en contacto directo con pacientes en fase terminal así como con sus familiares. De esta manera, la técnica utilizada de redes semánticas proporciona elementos limitados únicamente al significado de la voluntad anticipada en función de los conceptos expresados y con los cuales está conectada. Por lo cual, es necesario continuar con trabajos más profundos y con otras técnicas sobre el conocimiento del profesional de la salud en relación a la voluntad anticipada, para la toma de decisiones que permitan generar acciones en función de brinden la atención adecuada al paciente en fase terminal y su capacidad para mantener la comunicación con la familia de una manera humana y asertiva.



Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Financiamiento

Sin financiamiento. 4152 3140 6758 9864

Agradecimientos

Agradecemos al personal de enfermería de los hospitales de tercer nivel su participación y apoyo en la realización de la investigación.

Referencias

- Collado, C., Hermosilla, J., Leiva, M. J., Verdugo, V., S., Rosas, D. y Rosas, D. (2019). Percepciones de los profesionales de enfermería sobre su rol en la voluntad anticipada. *Revista Chilena de Enfermería*, 1(1), 28–47. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2019.55417>
- Consejo Internacional de Enfermeras (1987). *Definiciones*. <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2021). *Código de ética del CIE para las enfermeras*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf
- Contreras, S. y Sanhueza, O. (2016). Los pacientes del programa alivio del dolor y cuidados paliativos: razones y significados para enfermeras/os. *Ciencia y Enfermería*, 22(1), 47-63. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000100005
- Da Silva, R. y Gomes, L. (2019). Directivas anticipadas de voluntad: un recorrido histórico en América Latina. *Revista Biótica*, 27(1). <http://doi.org/10.1590/1983-80422019271290>
- Figueroa, J. y González, E. (1981). Una aproximación al problema del significado: redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(3), 447-458. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-4207>
- Galdón, E. (2019). *Conocimientos y actitudes del profesional enfermero sobre las Voluntades Anticipadas* [trabajo de fin de grado de enfermería]. Universidad Autónoma de Madrid. <http://hdl.handle.net/10486/687875>
- Henderson, V. (1977). *The concept of nursing*. 3rd Battersea Memorial Lecture, sponsored by the Association of Integrated and Degree Courses in Nursing (AIDCN), Nightingale School, St. Thomas' Hospital, London.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2019). *Características de las defunciones registradas en México durante 2019*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2021). *Estadística de defunciones registradas de enero a junio de 2021*



<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021.pdf>

- Jodelet, D. (2018). Ciencias sociales y representaciones: Estudio de los fenómenos representativos y de los procesos sociales. De lo local a lo global. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 8(2), e041. <https://doi.org/10.24215/18537863e041>
- Kerlinger, F. (1985). *Investigación del comportamiento*. Interamericana.
- Luck, G., Eggenberger, T., Newman, D., Cortizo, J., Blankenship, D. & Hennekens, C. (2017). Advance Directives in Hospice Healthcare Providers: A Clinical Challenge. *The American Journal of Medicine*, 130(11), e487-e489. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.07.019>
- Martínez, M. L., Cámara, C., Honrubia, T., Olmo, M. C., Tovar Benito, D. H., Bilbao-Goyoaga, T. y Rodríguez, P. (2018). Conocimientos y actitudes sobre voluntades anticipadas en profesionales sanitarios. *Revista de Investigación Sobre la Calidad de la Atención Sanitaria*, 33(5), 270–277. <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S2603647918300496&r=257>
- Mora, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Revista Cubana de Oftalmología*, 28(2), 228-233. <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v28n2/oft09215.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1996). *El Ejercicio de la Enfermería: Informe de un Comité de Expertos de la OMS* (Serie de informes técnicos n° 860). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41914/9243208608_spa.pdf;jsessionid=26A010755E4BD5688B0A8D95C6722C66?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332164>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Enfermería*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>
- Rojas, R. (1982). *Guía para realizar investigaciones sociales*. UNAM.
- Secretaría de Salud del Estado de México. (2023). *Voluntades anticipadas*. Gobierno del Estado de México. https://salud.edomex.gob.mx/salud/voluntades_anticipadas
- Salinas, A. (2004). Métodos de muestreo. *Ciencia UANL*, 7(1), 121-123. <https://www.redalyc.org/pdf/402/40270120.pdf>
- Santos Vargas, L. (2002). La bioética como una disciplina crítica. En J. R. Acosta Sariego (ed.), *Bioética para la sustentabilidad* (pp. 55-68). Acuario.
- Singer, P., Robertson, G. & Roy, D. (1996). Bioethics for Clinicians: 6. Advance Care Planning. *Canadian Medical Association Journal*, 155(12), 1689-1692. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1335493/>
- Valdez, J. (2000). *Las redes semánticas naturales*. Universidad Autónoma del Estado de México.



Leyes

Ley de Derechos de los Enfermos en Etapa Terminal para el Estado de Nayarit (2012).

<http://www.congresonayarit.mx/media/1178/derechos-de-los-enfermos-en-etapa-terminal-para-el-estado-de-nayarit-ley-de.pdf>

Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes (2009).

<https://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfArticuladoFast.aspx?q=aahInhY1q/y8ENfNOr3ZDzNfVWkX02/CsmfamzbNbcSUfviIy9Pwww/ojm9GM9dfpiFvrc61euYtls/DHhhWQg==>

Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Colima (2013).

https://congresocol.gob.mx/web/Sistema/uploads/LegislacionEstatal/LeyesEstatales/voluntad_anticipada_3ago2013.doc

Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal (2008).

<https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/f388d1eeeb7022661d0cca9cdfd6171517981641.pdf>

Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Hidalgo (2011).

http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Voluntad%20Anticipada%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf

Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Oaxaca (2015).

http://187.217.210.214/62/decretos/files/DLXII_1302.pdf

Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Sonora (2021).

https://salud.sonora.gob.mx/images/marco-normativo/leyes-locales/Doc_583.pdf

Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Tlaxcala (2016).

<https://dmd.org.mx/wp-content/uploads/2022/02/LEY-DE-VOLUNTAD-ANTICIPADA-DEL-ESTADO-DE-TLAXCALA.pdf>

Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Yucatán (2016).

http://www.yucatan.gob.mx/docs/diario_oficial/diarios/2016/2016-06-18_1.pdf

Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Zacatecas (2018).

<https://www.congresozac.gob.mx/64/ley&cual=229#:~:text=Toda%20persona%20mayor%20de%20edad,o%20parcialmente%2C%20en%20cualquier%20momento>

Ley Estatal de Derechos de las Personas en Fase Terminal (Estado de San Luis Potosí, 2009).

<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/San%20Luis%20Potosi/wo39566.pdf>

Ley Número 1173 de Voluntad Anticipada para el Estado de Guerrero (2012).

<https://www.guerrero.gob.mx/wp-content/uploads/2022/05/P.O-58-ALC-I-20-JUL-2012.pdf>

Ley Número 782 de Voluntad Anticipada para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave (2018).

<https://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/LEY%20DE%20VOLUNTAD%20ANTICIPADA%20PARA%20EL%20ESTADO%20DE%20VERACRUZ%20DE%20IGNACIO%20DE%20LA%20LLAVE%2020-11-18.pdf>

Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal para el Estado de Coahuila (Decreto núm. 551, 2008).



https://coahuila.gob.mx/archivos/filemanager/leyes/Leyes_Estatales_Vigentes/L_Protectora_dela_Dignidad_del_Enfermo_Terminal.pdf

Cómo citar este artículo: Farfán Romero, C., & Farfán García, M. del C. (2025). Red semántica natural de la voluntad anticipada entre profesionales de enfermería. *Psicumex*, 15(1), 1–22, e696. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v15i1.696>

