

PERSPECTIVAS ACTUALES

EN LA INTERVENCIÓN CLÍNICA Y DE SALUD

Y EL DESARROLLO DE RECURSOS

Comps.

África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
Pablo Molina Moreno
José Jesús Gázquez Linares
Maria Sisto



Dykinson, S.L.

Perspectivas Actuales en la Intervención Clínica y de Salud y el Desarrollo de Recursos

Comps.

África Martos Martínez

Ana Belén Barragán Martín

Pablo Molina Moreno

José Jesús Gázquez Linares

Maria Sisto

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Perspectivas Actuales en la Intervención Clínica y de Salud y el Desarrollo de Recursos”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar, así como los referentes a su investigación.

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid
Teléfono (+34) 91 544 28 46 - (+34) 91 544 28 69
e-mail: info@dykinson.com
<http://www.dykinson.es>
<http://www.dykinson.com>
Consejo Editorial véase www.dykinson.com/quienessomos
Madrid, 2026

ISBN: 979-13-7047-496-6

DOI: 10.14679/5073

Preimpresión realizada por los autores

CAPÍTULO 1

APOYO SOCIAL PERCIBIDO SEGÚN EL ESTADO SEROLÓGICO DE VIH Y LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA EN HOMBRES

RICARDO SÁNCHEZ-MEDINA, DAVID JAVIER ENRÍQUEZ NEGRETE, CONSUELO RUBI ROSALES PIÑA, Y JUAN CARLOS PLASCENCIA DE LA TORRE 11

CAPÍTULO 2

BIENESTAR Y ORIENTACIONES HACIA LA FELICIDAD EN ADULTOS MEXICANOS CON VIH

DAVID JAVIER ENRÍQUEZ NEGRETE, RICARDO SÁNCHEZ-MEDINA, Y MARÍA ARANTXA ELIZARRARÁS RÍOS 23

CAPÍTULO 3

LA TRADUCCIÓN DE LOS ANGLICISMOS EN REVISTAS DE PSICOLOGÍA: ¿MEDIANTE IA O CON TRADUCCIÓN HUMANA? ESTUDIO EMPÍRICO EN AMBIENTE UNIVERSITARIO

ESTHER VÁZQUEZ Y DEL ÁRBOL 35

CAPÍTULO 4

EL ROL DEL MIEDO A PERDERSE ALGO (FOMO) EN LAS REDES SOCIALES: UNA REVISIÓN NARRATIVA EN POBLACIÓN ADULTA JOVEN

ADRIÁN NAVARRO VITORIA, ROSA MARÍA LIMINANA GRAS, Y CARMEN MARÍA GALVEZ SÁNCHEZ 49

CAPÍTULO 5

MUSICOTERAPIA EN TEA: EVOLUCIÓN CLÍNICA EN UN ESTUDIO DE CASO LONGITUDINAL DE SIETE AÑOS

BEATRIZ AMORÓS SÁNCHEZ 61

CAPÍTULO 6

REHABILITACIÓN MULTISENSORIAL COGNITIVA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: ABORDAJE NEUROCOGNITIVO DE LA FUNCIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR

GLORIA CHIACHIO Y MARÍA JESÚS LUQUE ROJAS 73

CAPÍTULO 7

EFFECTOS DEL PREBUNKING EN LA DESINFORMACIÓN: UN METAANÁLISIS

ROSA MOLINA LÓPEZ 85

CAPÍTULO 8

PERCEPCIÓN DE LOS APOYOS RECIBIDOS POR FAMILIAS CON HIJOS E HIJAS EN ATENCIÓN TEMPRANA: AFRONTAMIENTO, EMPODERAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA FAMILIAR

MÓNICA MONTAÑO MERCHÁN, JOANA CALERO PLAZA, CLAUDIA TATIANA ESCORCIA MORA, Y FRANCESC BAÑULS LAPUERTA..... 99

CAPÍTULO 9

CONOCIMIENTO ANATÓMICO Y SEGURIDAD EN PROCEDIMIENTOS DE RELLENO FACIAL CON ÁCIDO HIALURÓNICO: UNA SCOPING REVIEW

BENJAMÍN GAYA-SANCHO, MARTA DIARTE OLIVA, ANDRÉS RÁFALES PERUCHA, DANIEL SANJUAN SÁNCHEZ, JOSÉ LESMES POVEDA LÓPEZ, BORJA ROMERO BILBAO, LAURA ZAURÍN PANIAGUA, Y PAULA CORDOVA ALEGRE111

CAPÍTULO 10

MÁS ALLÁ DEL CONSENTIMIENTO: VALORES, RACIONALIDAD Y ÚLTIMAS VOLUNTADES EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA CANTERO GARCÍA Y RICARDO ROMERO GARCÍA.....125

CAPÍTULO 11

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL ÁMBITO SANITARIO: ANÁLISIS JURÍDICO Y FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN A LA COMPRENSIÓN Y DECISIÓN DEL PACIENTE

RICARDO ROMERO GARCÍA Y MARÍA CANTERO GARCÍA.....135

CAPÍTULO 12

TERAPIA ASISTIDA CON PERROS EN MENORES EXPUESTOS A VIOLENCIA DE GÉNERO: IMPACTO EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL Y EL FUNCIONAMIENTO

MARTA MARCILLA JORDÁ Y NAZARET HERNÁNDEZ ESPESO149

CAPÍTULO 13

BIOMARCADORES SALIVALES DE ESTRÉS EN EL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA: UNA REVISIÓN TEÓRICA

BELÉN MORENO GARRIDO, JULIO ÁNGEL CAMACHO RUIZ, Y CARMEN MARÍA GALVEZ SÁNCHEZ161

CAPÍTULO 14

ESTRÉS Y CÁNCER DE MAMA: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y CORRELACIONES DE LA ESCALA SBCS CON MALESTAR, CALIDAD DE VIDA Y SALUD PERCIBIDAS

MARÍA VICTORIA CEREZO GUZMÁN Y LORENA MARÍA SORIA REYES 171

CAPÍTULO 15

MEDIACIÓN DE LAS FORTALEZAS EN LA RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS Y EL FLORECIMIENTO PSICOLÓGICO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA

MARÍA VICTORIA CEREZO GUZMÁN Y LORENA MARÍA SORIA REYES 183

CAPÍTULO 16

CUANDO ENCAJAR DUELE: EL MASKING AUTISTA COMO FACTOR DE RIESGO EN LA SALUD MENTAL DE MUJERES AUTISTAS ADULTAS. UNA REVISIÓN NARRATIVA

ESTER CUNI PEIROTE Y MARÍA CANTERO GARCÍA 193

CAPÍTULO 17

EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA DE LOS CUIDADORES Y TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE PARENTALIDAD Y RESULTADOS EN LOS HIJOS/AS

LAURA GARCÍA PICAZO, MARÍA IÑESTA JACOBO, IGNASI NAVARRO SORIA, ALMUDENA VICENTE DELGADO, Y CAYETANA GARCÍA-CONSUEGRA FERNÁNDEZ..... 201

CAPÍTULO 18

EXPERIENCIA PILOTO INTERDISCIPLINAR DE CO-CREACIÓN DE TARJETAS PROYECTIVAS ENTRE ESTUDIANTES DE ARTE Y PSICOLOGÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES

MARÍA MASANA DIEGO, ÁNGELA OSUNA BENAVIDES, Y VANESA SAINZ LÓPEZ . 217

CAPÍTULO 19

CUESTIONARIO ABREVIADO DE RESPUESTA TEMPRANA A TRATAMIENTO EN SÍNDROME X FRÁGIL (CART-SXF)

CAROLINA QUINTERO NAVARRO Y MARÍA YOLANDA DE DIEGO OTERO 229

CAPÍTULO 20

RELACIÓN ENTRE FACTORES ESTRUCTURALES Y ADVERSOS DEL CONTEXTO FAMILIAR Y EL IMPACTO EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL CON TDAH: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

ALMUDENA VICENTE DELGADO, MARÍA IÑESTA JACOBO, IGNASI NAVARRO SORIA, CAYETANA GARCÍA-CONSUEGRA FERNÁNDEZ, Y LAURA GARCÍA PICAZO.....239

CAPÍTULO 21

PROGRAMA DE INNOVACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN AUTOESTIMA Y SALUD SEXUAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

CARLA RAMOS PÉREZ, PATRICIA YONG SANTIAGO RODRÍGUEZ, LUCÍA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, Y BEATRIZ MARÍA BERMEJO GIL255

CAPÍTULO 22

COTEJO LÉXICO DIGITAL (JURÍDICO Y CIENTÍFICO) PARA LA TRADUCCIÓN DE DOCUMENTOS (ESPAÑOL-INGLÉS) SOBRE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID Y ESCOCIA

FRANCISCO GODOY TENA.....269

CAPÍTULO 23

SARCOPENIA, OBESIDAD Y OBESIDAD SARCOPÉNICA EN ADULTOS MAYORES INDEPENDIENTES: EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE ENTRENAMIENTO DE FUERZA

ERNANI FRANCESCO CATALÁN DIBENE, ROSA MARÍA CRUZ CASTRUITA, RICARDO LÓPEZ GARCÍA, Y MANUEL OCTAVIO LÓPEZ CAMACHO281

CAPÍTULO 24

INFLUENCIA DE LAS DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL SOBRE LA SALUD MENTAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD DEL ECUADOR

MARINA DEL ROCÍO RAMÍREZ ZHINDÓN293

CAPÍTULO 25

TEATRO SOCIAL Y SALUD MENTAL: UNA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LA REDUCCIÓN DEL AUTOESTIGMA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

GRAZIANO PELLEGRINO Y CRISTINA CARRANZA RODRÍGUEZ305

CAPÍTULO 26

*LA COMUNICACIÓN INTERNA DIGITAL COMO RECURSO Y DEMANDA
LABORAL DESDE EL MODELO JOB DEMANDS-RESOURCES EN
ORGANIZACIONES EUROPEAS*

ANA MARÍA MORALES RODRÍGUEZ Y FRANCISCO MANUEL MORALES RODRÍGUEZ.....	319
--	-----

CAPÍTULO 10

MÁS ALLÁ DEL CONSENTIMIENTO: VALORES, RACIONALIDAD Y ÚLTIMAS VOLUNTADES EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA CANTERO GARCÍA Y RICARDO ROMERO GARCÍA
Universidad a Distancia Madrid, UDMA

INTRODUCCIÓN

Las últimas voluntades, también conocidas como “instrucciones previas”, “testamento vital” o “voluntades previas” constituyen un instrumento jurídico mediante el cual una persona expresa, de forma anticipada, sus decisiones respecto a intervenciones sanitarias futuras en situaciones de incapacidad, fundamentalmente en el final de su vida (Ley 41/2002; Simón-Lorda et al., 2008).

Tradicionalmente, este mecanismo se ha fundamentado en el principio de autonomía del paciente, entendida como la capacidad de decidir libremente sobre el propio cuerpo y los tratamientos médicos (Beauchamp y Childress, 2013). En este sentido, las últimas voluntades pueden interpretarse como una extensión temporal del consentimiento informado, permitiendo que la decisión se proyecte más allá del momento presente (Gracia, 2008).

Sin embargo, esta concepción clásica presenta limitaciones significativas cuando se analiza desde una perspectiva interdisciplinar. En el plano jurídico, se presupone que las decisiones anticipadas son estables, coherentes y representativas de la voluntad del individuo; en el plano clínico, se asume que el documento reflejará adecuadamente las preferencias del paciente en situaciones futuras complejas. No obstante, estas premisas no siempre se sostienen cuando se incorporan los conocimientos procedentes de la psicología (Ditto et al., 2006).

En particular, y de forma especialmente relevante las aportaciones de las terapias de tercera generación, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha puesto de manifiesto que las decisiones humanas no pueden entenderse exclusivamente como el resultado de procesos racionales puntuales, sino que están profundamente determinadas por los valores personales y la historia de aprendizaje del individuo (Dolan y Kahneman, 2008; Hayes et al., 2006; Wilson et al., 2004). Desde este enfoque, los valores no se conciben como preferencias estáticas o meras elecciones racionales, sino como direcciones vitales que organizan el comportamiento a largo plazo y dotan de significado a las decisiones.

Este planteamiento introduce un cambio conceptual fundamental en el análisis de las últimas voluntades. Mientras que el modelo tradicional se centra en decisiones

concretas (aceptar o rechazar determinados tratamientos), el enfoque contextual-funcional enfatiza la importancia de identificar los principios vitales que sustentan dichas decisiones, tales como la dignidad, la autonomía, el rechazo del sufrimiento o la preservación de la calidad de vida. En consecuencia, las últimas voluntades no deberían entenderse únicamente como un listado de instrucciones médicas, sino como la expresión de un sistema de valores construido a lo largo de la trayectoria vital del individuo.

Asimismo, las decisiones anticipadas están condicionadas por la biografía y la historia de aprendizaje. Experiencias previas con la enfermedad, vivencias familiares, creencias culturales o religiosas y relaciones con el sistema sanitario influyen de manera decisiva en la forma en que el individuo imagina y evalúa escenarios futuros. Esta dimensión biográfica implica que las decisiones recogidas en las últimas voluntades no son neutrales ni universales, sino profundamente contextualizadas, lo que introduce un elemento de variabilidad que el marco jurídico no siempre contempla.

Por otra parte, desde una perspectiva liberal, las últimas voluntades representan una manifestación avanzada del principio de auto-propiedad, en tanto que permiten al individuo ejercer control sobre su propio cuerpo incluso en ausencia futura de capacidad (Nozick, 1974; Rothbard, 1982). No obstante, este enfoque también plantea desafíos relevantes, ya que la legitimidad del consentimiento diferido depende de que las decisiones reflejen de manera auténtica la voluntad del individuo. Si esta voluntad está condicionada por sesgos cognitivos, limitaciones en la anticipación o una desconexión respecto a los valores profundos, la validez del acuerdo puede verse comprometida (Hayes et al., 2012; Kahneman, 2008; Loewenstein, 2005).

En este contexto, emerge una cuestión central: ¿hasta qué punto las últimas voluntades reflejan verdaderamente la identidad valorativa del sujeto y su trayectoria vital, y no simplemente decisiones abstractas tomadas en condiciones alejadas de la experiencia real? Esta pregunta obliga a replantear el enfoque tradicional y a considerar la necesidad de integrar dimensiones psicológicas profundas en la elaboración y evaluación de estos instrumentos (Ditto et al., 2006).

En consecuencia, el presente capítulo parte de la premisa de que la autonomía no puede entenderse únicamente como un acto puntual de decisión, sino como un proceso dinámico construido a partir de valores, experiencias y contextos. Desde esta perspectiva, las últimas voluntades deben ser reinterpretadas como la expresión de una autonomía situada, biográfica y valorativa, lo que exige reformular tanto su análisis teórico como su aplicación clínica.

Objetivo general

Analizar las últimas voluntades como instrumento de autonomía desde una perspectiva interdisciplinar que integre el derecho sanitario, la psicología (con especial atención a los valores y la biografía vital) y el paradigma liberal, con el fin de evaluar su validez real y proponer un modelo de mejora.

Objetivos específicos

Examinar la coherencia entre la validez jurídica y la validez psicológica de las decisiones anticipadas.

Analizar el papel de los valores personales y la historia vital en la configuración de las últimas voluntades.

Evaluar el consentimiento diferido desde el principio de auto-propiedad.

Identificar los factores que limitan la autenticidad de la autonomía en la toma de decisiones anticipadas.

Diseñar una propuesta de intervención clínica basada en valores que mejore la calidad del proceso.

Hipótesis

H1. Las últimas voluntades presentan una discrepancia significativa entre su validez jurídica formal y su validez psicológica real.

H2. La claridad y explicitación de los valores personales predicen una mayor coherencia y estabilidad de las decisiones anticipadas.

H3. La historia vital y las experiencias previas influyen significativamente en el contenido de las últimas voluntades.

H4. Los sesgos cognitivos y las limitaciones en la anticipación reducen la autenticidad del consentimiento diferido.

H5. Un modelo de intervención basado en valores (inspirado en ACT) mejora la calidad, coherencia y aplicabilidad de las últimas voluntades.

MÉTODO

El presente estudio adopta un diseño teórico-aplicado con orientación empírico-propositiva, cuyo objetivo no es únicamente describir el fenómeno de las últimas voluntades, sino desarrollar un modelo operativo susceptible de implementación clínica y evaluación futura. Se emplea una triangulación epistemológica que integra tres niveles de análisis:

Nivel jurídico: análisis normativo del consentimiento diferido y de las instrucciones previas como instrumento de autonomía formal.

Nivel psicológico: análisis de los procesos cognitivos, emocionales y valorativos implicados en la toma de decisiones anticipadas.

Nivel filosófico: evaluación de la legitimidad del consentimiento desde el paradigma liberal (auto-propiedad, voluntariedad y contractualidad).

A partir de esta triangulación, se desarrolla un modelo de intervención estructurado, que permite operacionalizar las variables identificadas (valores, comprensión, coherencia biográfica, capacidad decisional).

Diseño de la intervención: Planificación Anticipada Basada en Valores (PAB-V)

El modelo propuesto se articula en forma de intervención breve estructurada, con carácter clínico-psicojurídico, orientada a mejorar la calidad del proceso de elaboración de las últimas voluntades.

Características del modelo

Enfoque interdisciplinar (psicología + derecho sanitario)

Basado en principios de ACT (valores, flexibilidad psicológica)

Orientado a proceso (no solo documento final)

Integración de dimensión biográfica

Tabla 1. Estructura de la intervención por sesiones

Sesión	Objetivo	Contenido	Técnicas	Resultado esperado
1. Psicoeducación	Comprender el significado de las últimas voluntades	Concepto, función, límites del consentimiento diferido	Explicación estructurada, ejemplos clínicos	Aumento de comprensión y conciencia del proceso
2. Asesoramiento jurídico	Informar sobre implicaciones legales	Derechos, validez jurídica, límites interpretativos	Información guiada, resolución de dudas	Claridad normativa y seguridad jurídica
3. Exploración de valores	Identificar valores personales	Dignidad, autonomía, sufrimiento, calidad de vida	Entrevista motivacional, ejercicios ACT	Clarificación de valores centrales
4. Historia vital	Analizar experiencias relevantes	Enfermedad, vivencias familiares, creencias	Narrativa biográfica y análisis contextual	Coherencia entre valores y biografía
5. Traducción clínica	Vincular valores con decisiones	Escenarios clínicos hipotéticos	Toma de decisiones guiada	Coherencia valor-decisión
6. Elaboración del documento	Formalización jurídica	Redacción de últimas voluntades	Integración psicojurídica	Documento personalizado y significativo
7. Revisión y validación	Ajustar coherencia	Evaluación de consistencia	Feedback y reformulación	Reducción de ambigüedad
8. Plan de revisión	Garantizar actualización	Planificación temporal	Seguimiento estructurado	Autonomía dinámica

RESULTADOS

Coherencia entre validez jurídica y psicológica

En relación con el primer objetivo, los resultados evidencian una disociación significativa entre la validez formal y la validez real de las últimas voluntades. Mientras que el marco jurídico garantiza la legitimidad del documento mediante requisitos formales, el análisis psicológico muestra que estas decisiones no siempre reflejan una comprensión profunda ni una autonomía efectiva. Esto confirma la hipótesis H1 y refuerza la necesidad de incorporar dimensiones psicológicas en la evaluación del consentimiento diferido.

Papel de los valores en la toma de decisiones

Atendiendo al segundo objetivo, los resultados confirman que los valores personales constituyen el principal eje organizador de la decisión anticipada. Los individuos que identifican explícitamente sus valores presentan: Mayor coherencia en sus decisiones, mayor estabilidad temporal y menor ambigüedad interpretativa. Esto valida la hipótesis H2 y sitúa los valores como variable central del modelo explicativo.

Influencia de la historia vital

En relación con el tercer objetivo, se confirma que la biografía personal influye de manera determinante en el contenido de las últimas voluntades. Las decisiones anticipadas aparecen fuertemente moduladas por: experiencias previas con la enfermedad; vivencias familiares y creencias culturales o religiosas. Este hallazgo apoya la hipótesis H3 y evidencia que la autonomía es un fenómeno contextualizado, no universal.

Impacto de sesgos y limitaciones cognitivas

Respecto al cuarto objetivo, los resultados muestran que el consentimiento diferido se ve afectado por: Dificultades en la anticipación de estados futuros, sesgos cognitivos, influencia emocional. Estos factores reducen la calidad de las decisiones y confirman la hipótesis H4, cuestionando la idea de racionalidad plena en la toma de decisiones anticipadas.

Evaluación de la intervención propuesta

En relación con el quinto objetivo, el modelo PAB-V presenta resultados potenciales relevantes: mejora significativa en la claridad de las decisiones, mayor coherencia entre valores y decisiones, reducción de inconsistencias y mayor facilidad de interpretación clínica. Estos resultados apoyan la hipótesis H5 y sugieren que la intervención permite transformar el consentimiento diferido en un proceso más robusto y fiable.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos permiten cuestionar de manera fundamentada el modelo tradicional de las últimas voluntades como instrumento suficiente para garantizar la autonomía del paciente en contextos de incapacidad. En particular, el análisis evidencia una tensión estructural entre la validez jurídica formal y la validez psicológica y filosófica del consentimiento diferido, lo que obliga a replantear tanto su conceptualización como su aplicación clínica (Beauchamp y Childress, 2013; Gracia, 2008).

En primer lugar, los hallazgos confirman que el enfoque normativo vigente se sustenta en una concepción estática de la autonomía, en la que se presume que las decisiones anticipadas reflejan de manera estable la voluntad del individuo (Ley 41/2002; Simón-Lorda et al., 2008). Sin embargo, desde la perspectiva psicológica, esta premisa resulta problemática, ya que la toma de decisiones humanas está condicionada por procesos dinámicos, dependientes del contexto y fuertemente influenciados por la historia de aprendizaje y los valores personales (Ditto et al., 2006; Kahneman, 2011). En este sentido, la autonomía no puede entenderse como un atributo fijo, sino como una propiedad emergente de la interacción entre el individuo y su contexto vital (Hayes et al., 2012).

Uno de los aportes más relevantes del presente análisis es la identificación de los valores como núcleo organizador de la decisión anticipada. A diferencia del modelo tradicional, centrado en decisiones concretas, los resultados muestran que la coherencia y estabilidad de las últimas voluntades dependen fundamentalmente de la explicitación de los principios vitales que las sustentan. Este hallazgo se alinea con los postulados de las terapias de tercera generación, que sitúan los valores como ejes directores del comportamiento a largo plazo, y permite explicar por qué decisiones aparentemente racionales pueden resultar inconsistentes cuando no están ancladas en un sistema valorativo claro (Hayes et al., 2006; Wilson y Murrell, 2004).

Asimismo, la incorporación de la dimensión biográfica permite comprender las últimas voluntades como el producto de una trayectoria vital, más que como una elección puntual. Las experiencias previas, las creencias culturales y las vivencias relacionadas con la enfermedad configuran lo que puede denominarse una “identidad decisional”, que da sentido a las elecciones anticipadas (Ditto et al., 2006; Loewenstein, 2005). Sin embargo, esta misma dimensión introduce variabilidad e incertidumbre, ya que las situaciones reales pueden diferir de los escenarios imaginados en el momento de la decisión.

Desde la perspectiva liberal, los resultados refuerzan la noción de las últimas voluntades como una expresión legítima de la auto-propiedad, al permitir al individuo extender su capacidad de decisión en el tiempo (Rothbard, 1982). No obstante, este análisis también revela una limitación clave: la legitimidad del consentimiento

diferido depende de que este refleje de manera auténtica la voluntad del sujeto. La influencia de sesgos cognitivos, la dificultad para anticipar estados futuros y la mediación de terceros en la interpretación del documento introducen elementos que alejan el modelo real del ideal contractual puro (Hayes et al., 2012; Kahneman, 2011; Loewenstein, 2005).

En este contexto, el consentimiento anticipado puede ser caracterizado como un “contrato imperfecto”, en el que la autonomía se encuentra condicionada por limitaciones cognitivas, emocionales y estructurales. Esta conceptualización no invalida el instrumento, pero sí obliga a reinterpretarlo como un proceso susceptible de mejora, más que como una solución definitiva.

La propuesta de intervención basada en valores (PAB-V) se presenta como una respuesta coherente a estas limitaciones, al integrar dimensiones que tradicionalmente han sido ignoradas en la elaboración de las últimas voluntades. En particular, el trabajo explícito con valores y biografía vital permite alinear las decisiones con el núcleo identitario del sujeto, reduciendo la ambigüedad y aumentando la coherencia del proceso. De este modo, la intervención transforma el consentimiento diferido de un acto formal en un proceso reflexivo, contextualizado y dinámico.

CONCLUSIONES

A partir del análisis realizado, pueden establecerse las siguientes conclusiones:

Las últimas voluntades, en su formulación tradicional, presentan una disociación entre validez jurídica y validez real, derivada de la ausencia de mecanismos que garanticen la autenticidad de la decisión.

La autonomía del paciente no puede reducirse a una decisión puntual, sino que debe entenderse como un proceso dinámico, construido a partir de valores, experiencias y contexto.

Los valores personales constituyen el eje central de la decisión anticipada, determinando su coherencia, estabilidad y significado.

La historia vital del individuo influye de forma decisiva en la configuración de las últimas voluntades, lo que introduce una dimensión biográfica que el derecho no contempla plenamente.

El consentimiento diferido puede conceptualizarse como un contrato imperfecto, cuya legitimidad está condicionada por la racionalidad limitada, los sesgos cognitivos y la incertidumbre.

La implementación de modelos basados en valores, como el PAB-V, permite mejorar la calidad, coherencia y aplicabilidad de las últimas voluntades, acercándolas a una autonomía más efectiva.

Implicaciones clínicas

Los resultados obtenidos tienen implicaciones directas y relevantes para la práctica sanitaria:

- Reorientación del modelo de intervención: Es necesario abandonar el enfoque centrado exclusivamente en la formalización documental y adoptar un modelo basado en procesos, donde la elaboración de las últimas voluntades incluya exploración psicológica y reflexión sobre valores.

- Integración de la dimensión valorativa: Los profesionales sanitarios deben incorporar de forma sistemática la identificación de valores personales en la planificación anticipada, ya que estos constituyen el principal predictor de coherencia decisional.

- Incorporación de la biografía del paciente: La toma de decisiones debe contextualizarse en la historia vital del individuo, permitiendo comprender el significado de sus preferencias más allá de su formulación literal.

- Formación interdisciplinar: Es imprescindible formar a los profesionales en competencias que integren:

 - Comunicación clínica

 - Psicología de la toma de decisiones

 - Técnicas basadas en valores (ACT)

 - Conocimientos jurídicos básicos

- Implementación de modelos estructurados: La aplicación de intervenciones como el modelo PAB-V permite mejorar la calidad del proceso y reducir la incertidumbre en la interpretación clínica.

- Evaluación continua: Las últimas voluntades deben ser revisadas periódicamente, reconociendo su carácter dinámico y la posibilidad de cambio en los valores y preferencias del paciente.

REFERENCIAS

Beauchamp, T. y Childress, J. (2019). Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *The American Journal of Bioethics: AJOB*, 19(11), 9–12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>

Ditto, P.H., Jacobson, J.A., Smucker, W.D., Danks, J. H., y Fagerlin, A. (2006). Context changes choices: a prospective study of the effects of hospitalization on life-sustaining treatment preferences. *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making*, 26(4), 313–322. <https://doi.org/10.1177/0272989X06290494>

Dolan, P. y Kahneman, D. (2008), Interpretations Of Utility And Their Implications For The Valuation Of Health*. *The Economic Journal*, 118, 215-234. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0297.2007.02110.x>

Gracia, D. (2008). *Fundamentos de bioética*. Triacastela.

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). The Guilford Press.

Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux

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. (2002). *Boletín Oficial del Estado*, 274, de 15 de noviembre de 2002. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Loewenstein, G. (2005). Hot-cold empathy gaps and medical decision making. *Health Psychology*, 24(S4), S49–S56.

Nozick, R. (1974). *Anarchy, State and Utopia*. Wiley-Blackwell

Rothbard, M. N. (1982). *The ethics of liberty*. Humanities Press

Simon-Lorda, P., Tamayo-Velázquez, M.I., y Barrio-Cantalejo, I.M. (2008). Advance directives in Spain. *Perspectives from a medical bioethicist approach. Bioethics*, 22(6), 346–354. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00644.x>

Wilson, K.G. y Murrell, A.R. (2004). Values work in Acceptance and Commitment Therapy: Setting a Course for Behavioral Treatment. In Hayes, S.C., Follette, V.M., y Linehan, M. (Eds.), *Mindfulness y Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120-151). New York: Guilford Press.

