

Actitud hacia el documento de voluntad anticipada en usuarios de servicios de salud pública en el Estado de México



Attitude towards the advance directives document in users of public health services in the State of Mexico

Maricela Carmona-González,* Donovan Casas Patiño,*
José Martín Reyes Pérez,* Alejandra Rodríguez Torres,*[†]
María de los Ángeles Maya Martínez,* Yuridia Sánchez Repizo,*
Sheila A Mendoza-Mojica[§]

RESUMEN

La voluntad anticipada es una manifestación escrita que una persona realiza respecto a los tratamientos o intervenciones médico-hospitalarias que está dispuesta a recibir o rechazar para cuando, por alguna razón, estuviera en la etapa final de su vida sin la capacidad de tomar decisiones por sí misma, respecto a su cuerpo, su salud y su vida. El objetivo de este estudio fue desarrollar una escala de actitud hacia el documento de voluntad anticipada para usuarios mexicanos de servicios de salud pública y validar sus propiedades psicométricas. Se diseñó un estudio de tipo instrumental en el que participaron 470 usuarios de un hospital general en el Estado de México. Se revisó la literatura existente, la legislación vigente y se consultó a expertos en torno al tema. La versión inicial de la escala constó de 35 ítems. Se estimó la consistencia interna y la estructura subyacente de la escala, utilizando análisis factorial exploratorio. Se identificó una estructura unidimensional, constituida por 14 ítems que explican el 67.7% de la

ABSTRACT

Living wills is a written manifestation that makes someone receive or reject for the patient for what reason, or by what body, their health and their life. The objective was to develop a scale of attitude towards the anticipated will for Mexican users of public health services and to validate it through psychometric properties. An instrumental type study was designed. 470 users of a General Hospital participated in the State of Mexico. The existing literature, current legislation and consultation of experts on the topic of Advance Directives Document was reviewed. The initial version of the scale consisted of 35 items on a Likert scale. The internal consistency and the underlying structure of the exploratory factor analysis scale were estimated. A one-dimensional structure was identified, consisting of 23 items that explain 67.7% of the common variance explained. The scale has a good internal consistency (Cronbach's alpha = 0.842), which is why it is considered with psychometric properties for use in Mexican users.

* Universidad Autónoma del Estado de México CU Amecameca. Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural. México.

[†] Instituto Mexicano del Seguro Social, Estado de México Oriente. México.

[§] Universidad Autónoma del Estado de México UAP Tejupilco. México.

Recibido: 10/12/2020. Aceptado: 04/03/2021.

Citar como: Carmona-González M, Casas PD, Reyes PJM, Rodríguez TA, Maya MMÁ, Sánchez RY et al. Actitud hacia el documento de voluntad anticipada en usuarios de servicios de salud pública en el Estado de México. Arch Inv Mat Inf. 2021;12(1):16-23. <https://dx.doi.org/10.35366/102452>



varianza común. La escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.842), por lo que se consideró con propiedades psicométricas adecuadas para utilizarse en usuarios mexicanos.

Palabras clave: Actitud, voluntad en vida, servicios de salud, estudios de validación, escala.

Abreviaturas:

DVA = Documento de voluntad anticipada.

IMSS = Instituto Mexicano del Seguro Social.

MRFA = Método de extracción de factores (*minimum rank factor analysis*).

CICMED = Centro de Investigación en Ciencias Médicas.

UAEMéx = Universidad Autónoma del Estado de México.

INTRODUCCIÓN

La actitud hace referencia a una predisposición aprendida de los individuos a responder de manera favorable o desfavorable ante un objeto, sujeto o suceso. Las actitudes constituyen un indicador de la conducta, no la conducta en sí misma,¹ por lo que, deben interpretarse como «síntomas» y no como «hechos».²

Los componentes estructurales de la actitud hacen referencia a la forma en que el objeto actitudinal es percibido, a los sentimientos de agrado o desagrado hacia el objeto y las tendencias, disposiciones e intenciones conductuales del sujeto hacia el objeto actitudinal.³ Dentro de las diversas propiedades que poseen las actitudes, se destacan: dirección e intensidad. La dirección puede ser positiva o negativa y la intensidad alta o baja.⁴

Por otro lado, el documento de voluntad anticipada (DVA) es un medio a través del cual una persona expresa, de manera escrita, anticipada y libre, sus decisiones respecto a la atención médica que está dispuesta o no a recibir, para cuando se encuentre en la etapa final de la vida y estuviera incapacitada para tomar decisiones por ella misma.^{5,6} Es un elemento útil en la planeación de la asistencia sanitaria para el final de la vida que tiene como finalidad el respeto y la protección de la autonomía de la persona, así como la concepción de mecanismos que permitan la prestación de una mejor atención y un aumento en la calidad de vida de los enfermos en etapa terminal de la vida.⁷

El deseo de favorecer y respetar la toma de decisiones autónomas de los pacientes para la etapa final de la vida condujo, desde la década de los años 70, en Estados Unidos, a legitimar este derecho.⁸ En México, en el año 2008 se comenzó a legislar sobre este tema. La primera entidad en hacerlo fue el Distrito Federal (ahora Ciudad de México); aunque el número de personas que han suscrito un documento de voluntad anticipada sigue siendo escaso.⁹

Para Hoofst,¹⁰ el DVA es un instrumento que ilumina y puede ser de gran utilidad para situaciones límite.

Keywords: Attitude, living wills, health services, validation studies, scale.

Sugiere que, para una mayor efectividad de la voluntad anticipada, ésta debe estar basadas en: la historia clínica; una prolongada y profunda meditación; y preferentemente en un diálogo entre pacientes, médicos y familiares. Además, su redacción deberá ser libre y voluntaria, a conciencia, apoyada en la información brindada por el personal de salud, considerando los potenciales de salud y datos biográficos para tener una visión más amplia de la voluntad o inclinación del suscribiente en el momento decisivo.

Por ello, el estudio sobre el conocimiento y actitud hacia la voluntad anticipada, tanto en pacientes como en profesionales de la salud, es de suma importancia para la bioética. Los estudios en pacientes acerca de esta temática dan cuenta de ello: en general, existe un amplio desconocimiento sobre la existencia del DVA y su legislación; sin embargo, se revela la presencia de una actitud favorable hacia su realización, una vez que se conoce sobre ello.¹¹⁻¹⁴

Estudios realizados en profesionales de la salud y pacientes^{15,16} muestran que los primeros cuentan con un mayor conocimiento sobre la existencia del DVA, además de contar con más herramientas respecto a la existencia de un marco regulatorio; aunque desconocen sobre los detalles de éste y, al igual que los pacientes, muestran una actitud favorable hacia la elaboración de un documento de esta naturaleza.

Es de resaltar que en la mayoría de los trabajos en los que se han utilizado cuestionarios para indagar los conocimientos y las actitudes en torno al uso del DVA, no ha existido una validación de éstos mediante procesos estadísticos, lo cual limita su uso en otras poblaciones. Contreras-Fernández¹⁷ sí reporta un proceso de validación para una escala de actitudes dirigido a profesionales de la salud españoles. El presente estudio desarrolló y validó un instrumento para detectar la actitud hacia el DVA en usuarios de servicios de salud mediante métodos estadísticos apropiados, también permitió indagar sobre los conocimientos previos acerca del DVA, además de indagar previamente en los conocimientos acerca de la voluntad anticipada en usuarios mexicanos de servicios públicos de salud del Estado de México¹⁸ permitió desarrollar y validar un instrumento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes: Todos los usuarios del Hospital General de Zona No. 71 «Chalco» del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que se encontraban en la

sala de espera del servicio de consulta externa del 25 de julio al 12 de agosto de 2016, en horario de 10 a 16 horas, fueron invitados a participar en el estudio. La muestra fue de tipo no probabilística, accidental, donde se incluyeron personas de ambos sexos que aceptaron participar en el estudio y cumplían los criterios de inclusión: que supieran leer y escribir, con posibilidades físicas para responder el instrumento y que lo completaran totalmente.

Diseño: Estudio de tipo instrumental.

Procedimiento

Creación y desarrollo del instrumento

A partir de la revisión de la literatura respecto al estudio de las actitudes hacia el DVA y de la legislación mexicana correspondiente, se realizó la redacción de un cuestionario, cuyos ítems se construyeron con la finalidad de ser útiles para evaluar la validez de contenido. Se consideró a un grupo de expertos, quienes contaban con información y reconocimiento en el ámbito académico por su experiencia en el tema y que se desenvolvían profesionalmente en el área de la bioética, la clínica y la investigación. Dichas personas brindaron información, evidencia y finalmente emitieron juicios respecto a los ítems que deberían conformar el cuestionario piloto. El contacto con los expertos se realizó vía correo electrónico. El grupo de expertos quedó conformado por ocho profesionales (dos de ellos expertos en construcción de escalas). Los expertos valoraron, agregaron o eliminaron ítems en tres rondas. En la parte final de esta etapa se trabajó en el formato, instrucciones y forma de aplicación del instrumento. El producto obtenido de este proceso fue una escala autoaplicable, tipo Likert, con cinco posibilidades de respuesta: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo y 5 = Totalmente de acuerdo. La versión preliminar de la escala constó de 35 ítems.

Prueba piloto

La prueba piloto se realizó en una muestra de 30 usuarios del mismo hospital. Los resultados de esta prueba permitieron solo considerar el cambio en la redacción y extensión de algunos ítems que parecían repetitivos y quedaron los mismos 35 reactivos iniciales. Frases como «la manifestación de la voluntad para el final de la vida» fue cambiada por el término «voluntad anticipada», esto con base en la consideración de que el término se había explicado con anterioridad a los participantes.

Aplicación de instrumento

Durante 15 días hábiles en la institución de salud (25 de julio al 12 de agosto de 2016), en horario de 10 a

16 horas se llevó a cabo la aplicación del instrumento. En primera instancia se explicó a los usuarios la naturaleza del estudio mediante la lectura del consentimiento informado, se aclararon dudas y se les invitó a participar; todo ello en un espacio cerrado asignado por las autoridades del hospital. Posteriormente, a quienes aceptaron participar se les solicitó la firma del consentimiento informado y se les proporcionó de manera oral, una breve explicación tanto del concepto como de aspectos generales del DVA. El consentimiento informado fue aprobado previamente por el Comité de Investigación y Ética del entonces Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la UAEMéx.

Análisis estadísticos: Una vez aplicado el instrumento, los datos fueron capturados en una matriz elaborada mediante el uso del software estadístico SPSS versión 19.0. Se realizó el análisis preliminar de los ítems, en el que incluyó la estimación de estadísticos univariados: media, varianza, asimetría y curtosis. Se analizó el coeficiente de homogeneidad corregido para cada uno de los ítems. En el análisis multivariado de los datos se incluyó el cálculo del índice de asimetría y curtosis de Mardia¹⁹ y el uso una matriz de correlación policórica, según lo recomendado por Muthén & Kaplan,²⁰ Ferrando & Anguiano-Carrasco,²¹ Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza & Tomás-Marco²² y Ferrando PJ & Lorenzo-Seva U.²³ El análisis factorial exploratorio se implementó haciendo uso del programa FACTOR de Lorenzo-Seva & Ferrando.²⁴ A continuación se corroboró la adecuación de los datos al análisis factorial, para después determinar el número de factores a ser extraído aplicando análisis paralelo y utilizando el método de extracción de factores: *minimum rank factor analysis* (MRFA) por sus siglas en inglés.²⁵⁻²⁷ Finalmente se estimó la consistencia interna de la escala mediante el índice de alfa de Cronbach.²⁸

RESULTADOS

Características de la muestra: De 485 personas que aceptaron participar en el estudio, 470 complementaron de manera íntegra el instrumento, en un tiempo aproximado de 20 minutos. La muestra participante (470) fue representada por mujeres en un 70.6% y en 29.4% por hombres, con un rango de edad entre 18 y 83 años (media: 41.3 ± 13.9).

Análisis de ítems: La exploración de los coeficientes de correlación entre ítems evidenció la presencia de coeficientes cercanos a cero en los ítems 7, 21 y 28. Al analizar la correlación ítem-test se encontró que dichos ítems no poseían una buena predicción a partir del resto de los ítems. Los resultados del coeficiente de homogeneidad corregido para los ítems 7, 21 y 28 obtuvieron los resultados más bajos (-0.056, -0.185 y 0.056, respectivamente), debido a ello se tomó la decisión de eliminarlos del análisis.

La estimación de los estadísticos univariados a los 32 ítems reveló que la media aritmética oscila en un rango de 3.330 y 4.482. Los ítems muestran grados de asimetría que van desde -0.251 a -2.305. Para la curtosis se reportaron valores entre -0.619 y 8.913 (*Tabla 1*).

El análisis multivariante confirmó, mediante la estimación del índice de asimetría y curtosis de Mardia, la existencia de asimetría ($S = 158.186$, $gl = 5,984$, $p = 1.0000$) y excesiva curtosis ($K = 1,428.261$, $p = 0.0000$, $sig = 0.05$), lo que evidenció la presencia de una distribución significativamente desviada de lo normal.¹⁹ Teniendo en consideración que los ítems no presentaban una distribución normal y que se trata de una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, se optó por usar correlaciones policóricas, ya que se recomienda usar este tipo de correlaciones cuando se trata de ítems de tipo ordinal que son asimétricos y presentan elevada asimetría y curtosis.²²

Adecuación de los datos al análisis factorial: El valor del test de esfericidad de Bartlett ($6,163.4$; $gl =$

496 ; $p = 0.000010$) y el índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (0.89226), corroboran la adecuación de los datos al análisis factorial.

Análisis factorial exploratorio: Los resultados de la aplicación del análisis paralelo y utilización del método de extracción de factores MRFA, mostraron que con base en el criterio del percentil 95 de la varianza, es una sola dimensión la que subyace a los 32 ítems²⁵⁻²⁷ (ver matriz de saturaciones en la *Tabla 2*).

Teniendo en cuenta que la estructura más simple y sencilla es aquella representada por los ítems que contribuyen más fuertemente a explicar el factor, se consideró, con base en Costello y Osborne,²⁵ que un ítem con una carga factorial de 0.50 o más puede ser considerado como sólido. Con base en ello, se decidió conservar aquellos ítems con cargas factoriales iguales o mayores a 0.600. Con la aplicación de este criterio los ítems: 1, 7, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24,25, 26, 27, 28,29,30 fueron eliminados. La escala quedó constituida por 14 ítems.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de los ítems.

Ítem	Media	IC 95%	Varianza	Asimetría	Curtosis
1	4.602	4.54-4.66	0.423	-2.305	8.540
2	4.639	4.59-4.69	0.332	-2.055	7.983
3	4.651	4.60-4.70	0.314	-2.114	8.913
4	4.545	4.48-4.61	0.491	-2.045	5.972
5	4.482	4.41-4.55	0.592	-1.919	4.715
6	4.401	4.33-4.48	0.667	-1.747	3.839
7	3.907	3.80-4.01	1.314	-0.955	-0.028
8	4.330	4.27-4.39	0.469	-1.202	3.413
9	4.134	4.05-4.22	0.815	-1.198	1.435
10	3.814	3.72-3.91	1.078	-0.733	-0.135
11	3.848	3.75-3.94	1.118	-0.858	0.165
12	4.470	4.41-4.54	0.490	-1.710	4.625
13	4.208	4.13-4.29	0.839	-1.256	1.496
14	4.186	4.10-4.27	0.818	-1.300	1.715
15	4.057	3.96-4.15	1.171	-1.129	0.519
16	4.400	4.33-4.47	0.679	-1.776	3.872
17	3.981	3.89-4.07	1.072	-0.381	0.238
18	4.208	4.13-4.28	0.710	-1.342	2.375
19	3.875	3.77-3.98	1.307	-0.930	-0.018
20	3.424	3.33-3.52	1.079	-0.251	-0.619
21	4.300	4.24-4.36	0.502	-1.361	4.025
22	3.757	3.66-3.85	1.059	-0.738	-0.021
23	4.235	4.16-4.31	0.643	-1.344	2.764
24	4.021	3.93-4.11	1.079	-1.025	0.414
25	3.330	3.22-3.43	1.351	-0.598	-0.526
26	3.388	3.28-3.50	1.486	-0.211	-1.119
27	3.747	3.65-3.84	1.121	-0,731	-0.077
28	4.078	4.00-4.15	0.726	-1.112	1.683
29	4.010	3.92-4.10	1.011	-1.191	1.212
30	3.892	3.79-3.99	1.184	-0.923	0.115
31	4.307	4.24-4.38	0.587	-1.396	3.208
32	4.219	4.14-4.30	0.707	-1.121	1.388

IC = intervalo de confianza.
Fuente: elaboración propia.

Tabla 2: Matriz de saturaciones.

Ítem	Factor 1	Comunalidad	Ítem	Factor 1	Comunalidad
1	0.564	0.721	18	0.496	0.713
2	0.608	0.788	19	0.563	0.461
3	0.645	0.759	20	0.502	0.554
4	0.642	0.856	22	0.422	0.512
5	0.658	0.821	23	0.622	0.662
6	0.606	0.536	24	0.456	0.550
8	0.323	0.478	25	0.690	0.766
9	0.626	0.711	26	0.528	0.450
10	0.616	0.742	27	0.232	0.562
11	0.544	0.648	29	0.260	0.391
12	0.489	0.686	30	0.441	0.418
13	0.698	0.817	31	0.528	0.529
14	0.610	0.815	32	0.544	0.620
15	0.673	0.813	33	0.553	0.852
16	0.430	0.527	34	0.641	0.779
17	0.583	0.834	35	0.616	0.719

Fuente: Elaboración propia.

La realización de un nuevo análisis factorial a los 14 ítems arrojó la correspondiente matriz de saturaciones (Tabla 3).

Respecto a la proporción de varianza común explicada, ésta alcanzó el 67.7%.

La fiabilidad de la escala se obtuvo mediante la consistencia interna, calculada a través del índice de alfa de Cronbach, el cual obtuvo un valor de 0.842, considerada como adecuada, ya que se encuentra el rango de 0.80 y 0.90.²⁹

DISCUSIÓN

La muerte digna es un aspecto al cual todo ser humano tiene derecho. Es por ello, que tanto a nivel internacional, nacional y local se ha legislado dicho aspecto, generando leyes sobre voluntad anticipada. Sin embargo, más que la existencia de normas, los cambios sustanciales vienen por los conocimientos y actitudes de quienes en un momento preciso se han visto inmersos en la situación de tener que tomar una decisión de este tipo, como usuario del sistema sanitario distinguiendo el paciente o familiar.³⁰

Un estudio previo en México acerca de los conocimientos del DVA afirma que los primeros en acercarse a los pacientes son quienes deben conocer el contenido del DVA y logren que sea un tema que se aborde directamente en la consulta. Los factores que encontraron que se relacionaban con una falta de conocimiento en los pacientes era el bajo conocimiento del personal sanitario, así como su miedo a hablar de la muerte, la deficiente comunicación en la relación médico-paciente y algunas otras situaciones relacionadas con la falta de habilidades y de tiempo.³¹

Las actitudes representan juicios de tipo evaluativo relacionados con diversos objetos del pensamiento. El interés en su estudio se ha centrado por mucho tiempo en la idea de que las actitudes influyen o condicionan fuertemente las respuestas que un individuo tiene ante diversos estímulos. Durante las últimas décadas se han realizado numerosos estudios dirigidos a valorar la actitud de pacientes y profesionales de la salud hacia la voluntad anticipada. Los avances obtenidos hasta el momento muestran la necesidad de contar con instrumentos válidos y reproducibles en diferentes contextos, los cuales comprenden algunos de los conceptos claves en la reflexión del tema de voluntad anticipada: autonomía del paciente (reconocerlo como sujeto moral autónomo y respetar su voluntad); recibir información clara y detallada; y la ponderación de valores, creencia, ideología y sentimientos entre otros.¹⁰

En la zona sur-oriente del Estado de México, Carmona, Márquez, Veytia & Herreros¹⁸ realizaron una investigación en torno al DVA donde participaron 806 pacientes que asistieron al servicio de consulta externa en cuatro instituciones públicas de servicios de salud donde se nota la escasa o nula información: 4.7% dijo conocer qué es la VA mientras que 1.2% dijo conocer la existencia de una ley mexicana de la VA. El mismo estudio tuvo como objetivo informarles del DVA y posterior a ello, 67% manifestó disposición para realizarla.

Contar con un instrumento validado y confiable para evaluar la actitud de usuarios hacia el contenido del DVA podría contribuir no sólo a la determinación de una actitud favorable o desfavorable hacia esta variable de estudio, sino a la identificación de las principales áreas en las que se requiere informar

y educar a la población para que ésta ejerza su derecho a participar en la toma de decisiones relacionadas con su salud en la etapa final de la vida y, con ello, estimular la mejora de la calidad de vida de los pacientes y un aumento en la suscripción de documentos de voluntad anticipada. Se considera que el instrumento elaborado en esta investigación cuenta con las propiedades psicométricas necesarias para ser utilizado en usuarios de servicios de la salud, toda vez que el único factor que se obtuvo podría ser denominado actitud hacia la *Autonomía del paciente en el final de la vida*. Es decir, se observa el respeto a las decisiones del usuario basadas en información oportuna; al ejercicio de su libertad; a la manifestación de sus deseos y a la expresión de su voluntad en torno a las decisiones médicas que se deberán realizar hacia el final de su vida, entre otras. Todas ellas convergen en la comprensión de un ser humano con autonomía que denota la capacidad de decidir de manera anticipada la forma de vivir hasta el último momento. Esta acción podría contribuir con una de las reglas de comportamiento del código de ética médica laica según Pérez Tamayo:³² *Manejo integral* donde se espera que el médico se involucre en la atención integral del *padecimiento* y no sólo se conforme con diagnosticar y tratar la *enfermedad*, por lo que debería considerar la forma de estar con los pacientes aun cuando los recursos curativos o paliativos ya estuviesen agotados.

En la Ciudad de México,³³ se realizó un estudio relacionado con cuidados paliativos (CP) y términos

relacionados, a 89 personas mayores de 18 años que no trabajaran o hubieran trabajado en el sector salud y que no padecieran una enfermedad terminal: 90% dijo comprender lo que son y manifestaron su acuerdo en utilizarlos. Los participantes menores de 30 años (57%) estuvieron de acuerdo en que se apliquen CP cuando la calidad de vida ya no es la *adecuada*. De los mayores de 60 años, el 57% opta por una muerte natural; 38% está de acuerdo con la eutanasia, si no hay calidad de vida. El 11% del total la rechaza y 87% opina que no es ético abandonar al paciente para que los médicos tomen decisiones por su cuenta sobre la suspensión de tratamientos útiles, sin avisar al paciente o a la familia.

Por ello, la aplicación de un instrumento que permita detectar la actitud en torno al contenido del DVA en usuarios, y específicamente en aquellos que se encuentran en servicios donde continuamente se hace uso de cuidados paliativos, podría ser de utilidad para el padecimiento en sí, donde se incluyen los actores fundamentales en la elaboración de dicho documento: paciente, personal sanitario y familiar. El cuestionario de la actitud hacia el DVA que se elaboró para fines de esta investigación resultó ser un instrumento con la capacidad psicométrica de detectar la predisposición que tienen los sujetos a responder ante los componentes básicos de dicho documento.

Para finalizar, es importante indicar que las principales limitaciones de este estudio recaen en que los participantes que conformaron la muestra de estudio pertenecen a una sola institución de salud, por lo

Tabla 3: Análisis factorial y fiabilidad de los 14 ítems.

Ítem		Factor 1	Comunalidad
2	Toda persona tiene derecho a que se respeten sus decisiones en materia de salud	0.672	0.535
3	Para tomar decisiones en materia de salud hay que tener información suficiente y fácil de entender	0.750	0.795
4	El personal de salud debe asesorar al paciente en la toma de decisiones médicas	0.664	0.644
5	Todas las personas tienen derecho a manifestar su voluntad sobre las intervenciones médicas que desean recibir cuando se encuentren en la etapa final de su vida	0.737	0.777
6	Las personas con enfermedades graves deben tomar decisiones sobre su cuidado médico, antes de que la enfermedad se los impida	0.690	0.548
9	La voluntad anticipada favorece el respeto de los deseos del paciente	0.699	0.645
10	La voluntad anticipada facilita la toma de decisiones a los familiares	0.585	0.690
13	La voluntad anticipada debe ser libre	0.683	0.634
14	La voluntad anticipada debe hacerse por escrito	0.519	0.536
15	La voluntad anticipada debe otorgarse ante el personal autorizado	0.580	0.620
23	La voluntad anticipada debe ser congruente con las buenas prácticas médicas	0.646	0.654
25	La voluntad anticipada debe incluirse en el expediente clínico	0.640	0.611
34	La voluntad anticipada podría incluir el deseo de morir en casa o en el hospital	0.648	0.532
35	La voluntad anticipada podría incluir la solicitud de recibir asistencia espiritual, si se desea	0.681	0.774
Varianza explicada (%)		67.7	
Alfa de Cronbach		0.842	

Fuente: Elaboración propia.

que los resultados no podrían ser representativos de los pacientes de otras instituciones. En estudios futuros es necesario contemplar la confirmación de la estructura del instrumento en muestras de otras instituciones de salud, ya que puede haber diferencias entre los contextos marcados por las legislaciones en torno al DVA y a la accesibilidad de los servicios de salud públicos.

REFERENCIAS

1. Ajzen I. *Attitudes, personality and behavior*. 2nd ed. USA: Open University Press; 2005.
2. Padua J, Ahman I, Apezechea H, Borsotti C. *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales*. México: Fondo de Cultura Económica; 1979.
3. Hollander EP. *Principios y métodos de psicología social*. 2a ed. Argentina: Amorrortu Editores; 2000.
4. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. *Metodología de la investigación*. 5a ed. Perú: McGraw Hill; 2010.
5. Siurana J. *Voluntades anticipadas*. España: Trotta; 2005.
6. Sánchez BJ. *Voluntad anticipada*. México: Porrúa; 2012.
7. Martínez BG, Olmos PA. *Las voluntades anticipadas en México*. México: Porrúa; 2015.
8. Emanuel EJ, Emanuel LL. Living wills: past, present, and future. *J Clin Ethics*. 1990; 1 (1): 9-19.
9. Cruz FA. Voluntad anticipada, 7,194 personas. *La Jornada*. Martes 19 de julio de 2016 [consultado el 19 de julio de 2016].
10. Hooft L. *Capítulo 3: Tratamientos médicos: la autonomía y la voluntad del paciente*. En: Diálogos y contrapuntos bioéticos. Buenos Aires: Biblos; 2012.
11. Santos UC. Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de atención primaria. *Atención Primaria*. 2003; 32: 30-35. doi: 10.1157/13048854.
12. Mateos RA, Huerta AA, Benito VM. Instrucciones previas: actitud de los profesionales de emergencias. *Emergencias*. 2007; 19 (5): 241-244. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28183691_Instrucciones_previas_Actitud_de_los_profesionales_de_emergencias
13. Ángel-López-Rey E, Romero-Cano M, Tébar-Morales J, Mora-García C, Fernández-Rodríguez O. Conocimientos y actitudes de la población ante el documento de voluntades anticipadas. *Enferm Clin*. 2008; 18: 115-118. doi: 10.1016/S1130-8621(08)70712-5.
14. Antolín A, Ambros A, Mangirón P, Alves D, Sánchez M, Miró O. Grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas por el enfermo crónico que acude a urgencias. *Rev Clin Esp*. 2010; 210: 379-388. doi: 10.1016/j.rce.2010.01.011.
15. Toro FR, Silva MA, Piga RA, Alfonso GM. Conocimientos y actitudes de médicos y enfermeras sobre las instrucciones previas. *Atención Primaria*. 2013; 45 (8): 404-408. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.03.003>
16. Fajardo CM, Valverde BF, Jiménez RJ, Gómez CA, Huertas HF. Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales ante el Documento de Voluntades Anticipadas: diferencias entre distintos profesionales y provincias de una misma autonomía. *Semergen*. 2015; 41: 139-148. doi: 10.1016/j.semergen.2014.05.003.
17. Contreras-Fernández E, Barón-López F, Méndez-Martínez C, Canca-Sánchez J, Cabezón RI, Rivas-Ruiz F. Validación del cuestionario de conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en el proceso de declaración de voluntades vitales anticipadas. *Atención Primaria*. 2017; 49: 233-239. doi: 10.1016/j.aprim.2016.06.004.
18. Carmona-González M, Márquez-Mendoza O, Veytia-López M, Herreros-Ruiz-Valdepeñas B. Conocimiento sobre voluntad anticipada en pacientes de instituciones públicas de salud de México. En: Educación actual. Entre el presente y el futuro. México: Fernández-Carrión, MH Torres asociados; 2017.
19. Mardia KV. Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*. 1970; 57: 519-530. doi: 10.1093/biomet/57.3.519.
20. Muthén B, Kaplan D. A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. *Br J Math Statist Psycho*. 1985; 38: 171-189. doi: 10.1111/j.2044-8317.1985.tb00832.x.
21. Ferrando PJ, Anguiano-Carrasco C. El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*. 2010; 31 (1): 18-33. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77812441003.pdf>
22. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *An Psicol*. 2014; 30: 1151-1169. doi: 10.6018/analesps/30.3.199361.
23. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U. Exploratory item factor analysis: some additional considerations. *An Psicol*. 2014; 30: 1170-1175. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199991>
24. Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. Factor 9.2: A comprehensive program for fitting exploratory and semiconfirmatory factor analysis and IRT models. *Appl Psychol Meas*. 2013; 37: 497-498. doi: 10.1177/0146621613487794.
25. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Pract Assess Res Evaluation*. 2005; 10 (7). Available in: <https://scholarworks.umass.edu/pare/vol10/iss1/7>
26. Ledesma R, Valero MP. Determining the number of factors to retain in EFA: an easy-to-use computer program for carrying out Parallel Analysis. *Pract Assess Res Evaluation*. 2007; 12 (2). Available in: <https://scholarworks.umass.edu/pare/vol12/iss1/2>
27. Timmerman ME, Lorenzo-Seva U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychol Methods*. 2011; 16: 209-220. doi: 10.1037/a0023353.
28. Kelley TL. *Essential traits of mental life, Harvard Studies in Education*. Cambridge: Harvard University Press; 1935.
29. Campo-Arias A, Oviedo H. Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev Salud Pública*. 2008; 10 (5): 831-839. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210515>
30. Rojas-Olivares J, Sánchez-Lastra KY, Márquez-Mendoza O, Mendoza-Mojica SA. Conocimientos y actitudes ante la Voluntad Anticipada en profesionales de la salud del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos", Toluca, México. *Rev Med Inv*. 2016; 4: 11-15. Disponible en: http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/67386/Revista%20Medicina_Vol4.pdf?sequence=3

31. Carrasco Gómez A, Olivares Luna AM, González Pedraza Avilés A. Nivel de conocimiento de “la ley de voluntad anticipada” en población geriátrica en México. *Rev Cub Med Gen Integr* [Internet]. 2019; 35 (1). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/799>
32. Pérez Tamayo R. *El médico y la muerte*. En: Muerte digna. México: Secretaría de Salud; 2008.
33. Pichardo LM, Casas ML, Jaimes M, Sotelo AG, Sosa AP, Quintero A et al. Términos que facilitan las decisiones

de fin de vida. ¿Es necesario prepararse para una buena muerte? *An Med (Mex)*. 2017; 62 (4): 266-270. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2017/bc174f.pdf>

Correspondencia:

Dr. Donovan Casas Patiño

E-mail: capo730211@yahoo.es