



ORIGINAL

Validación del cuestionario de conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en el proceso de declaración de voluntades vitales anticipadas



Eugenio Contreras-Fernández^a, Francisco Javier Barón-López^b,
Camila Méndez-Martínez^c, José Carlos Canca-Sánchez^d, Isabel Cabezón Rodríguez^e
y Francisco Rivas-Ruiz^{f,g,*}

^a Distrito Sanitario Costa del Sol, Servicio Andaluz de Salud, Mijas, Málaga, España

^b Departamento de Salud Pública y Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga, Málaga, España

^c Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía, Consejería de Salud, Sevilla, España

^d Dirección de Enfermería, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

^e Unidad de Gestión Clínica Estepona-Oeste, Estepona, Málaga, España

^f Unidad de Investigación, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

^g Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), ISCIII, España

Recibido el 14 de diciembre de 2015; aceptado el 2 de junio de 2016

Disponible en Internet el 30 de noviembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Cuestionarios;
Estudio de validación;
Testamento vital;
Instrucciones previas;
Planificación
anticipada
de decisiones;
Derechos
del paciente

Resumen

Objetivo: Evaluar la validez y la fiabilidad del cuestionario de «Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en el proceso de declaración de voluntades vitales anticipadas» (VVA).
Diseño: Estudio transversal en 3 fases: a) pilotaje con cuestionario administrado en papel para valorar pérdidas y problemas de ajuste del cuestionario; b) valoración de la validez y fiabilidad interna del cuestionario, y c) evaluación de la estabilidad (test-retest) del cuestionario filtrado de la fase previa.

Emplazamiento: Área Sanitaria Costa del Sol (Málaga). Enero de 2014 a abril de 2015.

Participantes: Profesionales sanitarios del Distrito de Atención Primaria Costa del Sol y la Agencia Sanitaria Costa del Sol. Contestaron 391 (23,6%). Cien participaron en la evaluación de la estabilidad (83 respuestas).

Mediciones principales: El cuestionario constaba de 2 bloques: a) Conocimientos (5 dimensiones y 41 ítems), y b) Actitudes (2 dimensiones y 17 ítems).

Resultados: En el estudio piloto, en ningún ítem las pérdidas superaron el 10%. En la fase de evaluación de la validez y la fiabilidad, el cuestionario se redujo a 41 ítems (29 de conocimientos y 12 de actitudes). En la fase de evaluación de la estabilidad, todos los ítems evaluados, bien cumplieron criterio de kappa superior a 0,2, o tenían un porcentaje de acuerdo absoluto superior al 75%.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: frivasruiz@gmail.com (F. Rivas-Ruiz).

KEYWORDS

Questionnaires;
Validation studies;
Living will;
Advance directives;
Advance care
planning;
Patient rights

Conclusiones: El cuestionario permitirá identificar el estado y las áreas de mejora en el entorno sanitario, y posibilitar posteriormente una mejora de la cultura de las VVA en la población general.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Validation of the knowledge and attitudes of health professionals in the Living Will Declaration process

Abstract

Objective: Evaluate the validity and reliability of the knowledge and attitudes of health professionals questionnaire on the Living Will Declaration (LWD) process.

Design: Cross-sectional study structured into 3 phases: (i) pilot questionnaire administered with paper to assess losses and adjustment problems; (ii) assessment of the validity and internal reliability, and (iii) assessment of the pre-filtering questionnaire stability (test-retest).

Location: Costa del Sol (Malaga) Health Area. January 2014 to April 2015.

Participants: Healthcare professionals of the Costa del Sol Primary Care District and the Costa del Sol Health Agency. There were 391 (23.6%) responses, and 100 participated in the stability assessment (83 responses).

Main measurements: The questionnaire consisted of 2 parts: (i) Knowledge (5 dimensions and 41 items), and (ii) Attitudes (2 dimensions and 17 items).

Results: In the pilot study, none of the items lost over 10%. In the evaluation phase of validity and reliability, the questionnaire was reduced to 41 items (29 of knowledge, and 12 of attitudes). In the stability evaluation phase, all items evaluated met the requirement of a kappa higher than 0.2, or had a percentage of absolute agreement exceeding 75%.

Conclusions: The questionnaire will identify the status and areas for improvement in the health care setting, and then will allow an improved culture of LWD process in general population.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La declaración de voluntades vitales anticipadas (VVA), también denominada instrucción previa o testamento vital, es la manifestación escrita hecha para ser incorporada al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas por una persona capaz que, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la atención sanitaria que reciba en el caso de que concurran circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad¹.

En 1967, en una reunión de la *Euthanasia Society of America* se lanzó por primera vez la idea de un documento escrito sobre testamento vital^{2,3}, siendo llevado a la práctica un par de años más tarde por el abogado Louis Kutner⁴. El principal hito fue la aprobación de la ley sobre muerte natural en California en 1976, que propició leyes estatales en Estados Unidos sobre testamentos vitales⁵. Posteriormente, en 1990, con la Ley de Autodeterminación del Paciente, el gobierno estadounidense instó a las organizaciones de seguros y centros médicos a actualizar el estado de las directivas anticipadas en las historias clínicas de los pacientes⁶. En los últimos 5 años, entre el 26 y el 34% de los ciudadanos estadounidenses adultos tenían registrada su VVA^{7,8}.

En España no es hasta el año 2002, con la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente, que se impulsó el desarrollo legislativo en esta área⁹. En Andalucía se aprobó un año más tarde la Ley 5/2003 de declaración de

VVA, y posteriormente se implantaron el decreto de Registro de VVA en 2004 y la Ley 2/2010 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte¹⁰.

A pesar del importante desarrollo legislativo español, en octubre de 2015 el número de instrucciones previas activas en España era de 194.446, lo que supone 5,05 por mil adultos, según datos del padrón continuo de 2014¹¹.

La escasa población que accede a completar la declaración de VVA se justifica por el rechazo cultural a reflexionar sobre la muerte¹² y el desconocimiento de la ciudadanía de la posibilidad de acceder a este derecho¹³. Tanto gestores como profesionales sanitarios deben promover un cambio cultural en el abordaje de los cuidados al final de la vida¹⁴. Así, los profesionales sanitarios tienen una responsabilidad en la identificación, manejo y deliberación de los problemas que acontecen al final de la vida¹⁵.

Es necesario disponer de un cuestionario validado y reproducible que haga posible medir o valorar el estado del conocimiento y las actitudes de los profesionales sanitarios sobre el proceso de declaración de VVA. En 2012 iniciamos una línea de investigación con el objetivo de identificar las áreas de interés subyacentes en el proceso de VVA¹⁶ y continuamos con el presente estudio, cuyo propósito es evaluar la validez y la fiabilidad de un cuestionario de conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en el proceso de declaración de VVA.

Participantes y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el ámbito del Área Sanitaria Costa del Sol (Málaga), desarrollándose sus diferentes fases entre enero de 2014 y abril de 2015.

Los participantes fueron seleccionados entre los profesionales sanitarios del Distrito Sanitario de Atención Primaria Costa del Sol (DSAPCS) y la Agencia Sanitaria Costa del Sol (ASCS). Se incluyeron profesionales con una continuidad laboral, en el momento de cumplimentar el cuestionario, superior a 3 meses.

El desarrollo del estudio contempló diversas fases:

- Pilotaje con un cuestionario administrado en papel, en junio y julio de 2013, a 32 profesionales sanitarios de los centros participantes con objeto de valorar pérdidas y problemas de ajuste del cuestionario.
- Para valorar la validez y la fiabilidad interna del cuestionario se estimó necesaria una muestra de 290 participantes (5 participantes por ítem incluido en el cuestionario). No obstante, se decidió administrar el cuestionario a todos los profesionales sanitarios que cumpliesen los criterios de inclusión. El cuestionario fue administrado en línea (mediante el programa Limesurvey) a través del correo electrónico corporativo de cada profesional participante entre abril y junio de 2014.
- Para evaluar la estabilidad (test-retest) se administró el cuestionario posfactorial en formato papel en 2 ocasiones, con un decalaje de una semana, a una muestra de 100 profesionales de centros del DSAPCS, en febrero de 2015.

La propuesta de cuestionario fue previamente elaborada mediante técnica Delphi completada con técnica de consenso Rand¹⁶. El cuestionario se estructuró en 2 bloques, que contenían 58 ítems:

- Bloque de Conocimientos: aspectos legales o normativos (11 ítems) y propuestas sobre definición conceptual (7 ítems), documentación oficial (4 ítems), uso (6 ítems) y procedimiento de registro (13 ítems), con 3 opciones de respuesta: no/sí/dudoso.

- Bloque de Actitudes: actitudes profesionales ante el momento de la aplicación práctica (9 ítems) y ante escenarios complejos (8 ítems), utilizando escalas de respuesta tipo Likert de 1 a 5 (desde «totalmente en desacuerdo» a «totalmente de acuerdo»).

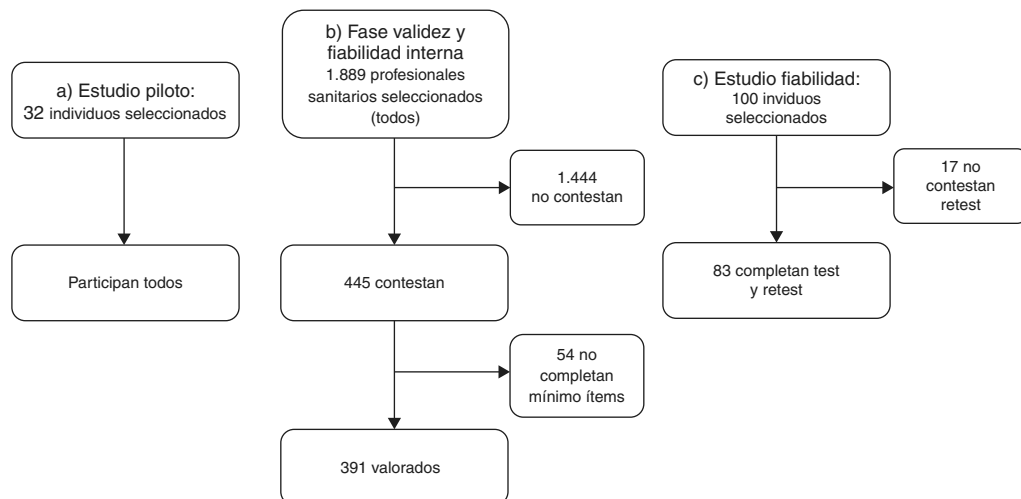
El estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética de Investigación Costa del Sol (noviembre de 2013). Todos los datos recogidos en el estudio fueron registrados de forma anónima, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor.

Plan estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las características demográficas y estatus laboral de los profesionales sanitarios incluidos en la muestra que completaron el cuestionario. Se estudió la frecuencia de endose para todos los ítems del cuestionario para valorar el efecto techo, estableciendo el límite del 80% por categoría¹⁷.

La validez de concepto para los ítems de bloque de Actitudes se evaluó mediante un análisis factorial exploratorio sobre componentes principales (AFCP), transformando las soluciones con rotación Varimax. La adecuación del análisis factorial se comprobó mediante la medida de Kaiser-Meyer Olkin y la prueba de esfericidad de Barlett. Se consideraron aquellos ítems con comunalidades superiores a 0,3 y saturaciones factoriales superiores a 0,50. La consistencia interna de los ítems de cada uno de los factores resultantes se exploró a partir del coeficiente alfa de Cronbach, considerándose valores mínimos de 0,5, siendo relevantes a partir de 0,7¹⁸.

Finalmente, se estimó la fiabilidad-estabilidad de todos los ítems, valorando la proporción de acuerdo absoluto (Paa) y el valor kappa (ponderado por pesos de Cicchetti para ítems de actitudes). De acuerdo con el criterio establecido por Landis-Koch, se consideraron como valor mínimo aceptable por ítem un kappa superior a 0,20 (grado de acuerdo mediano), identificándose como acuerdo sustancial los superiores a 0,6¹⁹.



Esquema general del estudio

Resultados

En la fase piloto con 32 profesionales sanitarios, en las respuestas de 21 de los 58 ítems valorados no se encontraron pérdidas, y en el resto de ítems las pérdidas nunca superaron el 10%. No se recogió ningún problema en el formato del cuestionario por parte de los participantes. El tiempo promedio para cumplimentarlo fue de 12,1 (DE: 2,3) minutos.

El cuestionario en línea fue dirigido a 1.889 profesionales sanitarios, siendo respondida por el 23,6% de la muestra. No se obtuvieron diferencias en la tasa de respuesta entre profesionales de atención primaria (18,6% respuestas de 538 enviadas) y hospitales (23,8% respuestas de 1.351 enviadas).

De los 445 cuestionarios con respuestas, se valoraron 391 (87,9%), dado que completaron la mayor parte de los ítems de bloques de Conocimientos y Actitudes. De las mismas, el 76% procedían del ámbito de la atención hospitalaria, el 69,8% eran mujeres, y la edad media del encuestado fue de 41,4 (DE: 7,8) años. La disciplina más representada era

la enfermería (55,3%), seguida de la de médico (29,9%). El 3,4% tenían 5 o menos años de experiencia laboral, el 15,1% entre 6 y 10, el 31,3% entre 11 y 15 y el 50,3% 15 o más.

En la valoración del efecto techo se eliminaron 12 ítems del bloque referente a Conocimientos, ya que las respuestas por categorías superaban el 80% (coincidiendo con las respuestas acertadas): 5 ítems en la primera dimensión (1.1, 1.3, 1.4, 1.9 y 1.10), 4 en la segunda (2.1, 2.2, 2.5 y 2.6), uno en la tercera (3.1) y 2 en la quinta (5.1 y 5.3) (tabla 1). En la valoración del efecto techo en el bloque de Actitudes, no se halló un porcentaje superior al 80% en ninguna de las categorías.

En el AFCP, de los 17 ítems de actitudes evaluados, 5 no superaron el criterio de punto de corte de comunalidades o saturaciones factoriales (1 A.4, 1 A.8, 2 A.2, 2 A.4, 2 A.5). Del resto de ítems se hallaron 2 componentes: uno que agrupaba 9 ítems (varianza explicada del 40%, alfa de Cronbach = 0,88) y otro que incluía 3 ítems (varianza explicada del 12,1%, alfa de Cronbach = 0,51) (tabla 2).

Tabla 1 Valoración de efecto techo en ítems de Conocimientos

| Ítem | Sí | | No | | Dudoso | | Perdido | |
|---|-----|------|-----|------|--------|------|---------|-----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1. Aspectos legales/generales (normativos) | | | | | | | | |
| 1.1 | 374 | 95,9 | 6 | 1,5 | 10 | 2,6 | 1 | 0,3 |
| 1.3 | 334 | 85,9 | 18 | 4,6 | 37 | 9,5 | 2 | 0,5 |
| 1.4 | 330 | 84,8 | 20 | 5,1 | 39 | 10,0 | 2 | 0,5 |
| 1.9 | 343 | 88,2 | 30 | 7,7 | 16 | 4,1 | 2 | 0,5 |
| 1.10 | 31 | 8,0 | 337 | 86,9 | 20 | 5,2 | 3 | 0,8 |
| 2. Propuestas definición conceptual | | | | | | | | |
| 2.1 | 346 | 92,5 | 2 | 0,5 | 26 | 7,0 | 17 | 4,3 |
| 2.2 | 347 | 93,0 | 10 | 2,7 | 16 | 4,3 | 18 | 4,6 |
| 2.5 | 347 | 93,3 | 14 | 3,8 | 11 | 3,0 | 19 | 4,9 |
| 2.6 | 349 | 93,6 | 14 | 3,8 | 10 | 2,7 | 18 | 4,6 |
| 3. Propuestas documentación oficial | | | | | | | | |
| 3.1 | 296 | 80,7 | 31 | 8,4 | 40 | 10,9 | 24 | 6,1 |
| 5. Propuestas procedimiento registro | | | | | | | | |
| 5.1 | 337 | 94,1 | 4 | 1,1 | 17 | 4,7 | 33 | 8,4 |
| 5.3 | 312 | 87,2 | 14 | 3,9 | 32 | 8,9 | 33 | 8,4 |

Tabla 2 Análisis factorial de componentes principales y alfa de Cronbach de ítems del bloque de Actitudes

| Ítems | Comunalidades | % varianza | Componente | | Alfa de Cronbach |
|-------|---------------|------------|------------|-------|------------------|
| | | | 1 | 2 | |
| 1A.1 | 0,39 | 40,0 | 0,62 | 0,10 | 0,88 |
| 1A.6 | 0,67 | | 0,82 | 0,06 | |
| 1A.7 | 0,64 | | 0,78 | 0,16 | |
| 1A.9 | 0,34 | | 0,58 | 0,09 | |
| 2A.1 | 0,50 | | 0,70 | -0,11 | |
| 2A.3 | 0,43 | | 0,66 | 0,00 | |
| 2A.6 | 0,62 | | 0,78 | 0,04 | |
| 2A.7 | 0,58 | | 0,76 | -0,02 | |
| 2A.8 | 0,56 | | 0,75 | 0,02 | |
| 1A.2 | 0,48 | 12,1 | 0,19 | 0,67 | 0,513 |
| 1A.3 | 0,57 | | 0,14 | 0,74 | |
| 1A.5 | 0,46 | | 0,03 | 0,68 | |

Se administró el cuestionario posfactorial a 100 profesionales sanitarios, de los cuales 83 completaron tanto el test como el retest, con una edad media de 49,4 años (DE: 7,2), y siendo el 72,3% mujeres. De los 29 ítems de conocimientos valorados, 2 no superaron el criterio del valor kappa superior a 0,2 (aunque tenían un Paa superior al 75%), 3 superaron el umbral de acuerdo sustancial, y 16 ítems tenían un Paa superior al 75%. Respecto a los ítems de actitudes, los 12 ítems superan el umbral de kappa mínimo (0,32 es el inferior hallado), estando 3 de ellos por encima de criterio de acuerdo sustancial (superior a 0,6). Respecto a la proporción de acuerdo absoluto, en 9 de los 12 ítems de conocimientos se superó el umbral del 75%. Se consideraron adecuados todos los ítems que presentaban un Paa superior al 60% o un kappa superior a 0,4 (fig. 1).

Discusión

Se ha validado el cuestionario «Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en el proceso de declaración de voluntades vitales anticipadas» tras determinar unos adecuados resultados de validez y fiabilidad interna, y un excelente rendimiento en la evaluación de

la estabilidad. Se ha reducido el número de ítems de los 58 presentes en el cuestionario en la versión previa procedente del estudio cualitativo a 41 (29 de conocimientos y 12 de actitudes) tras el proceso de validación.

Desde el año 2008 se han desarrollado en España diversas iniciativas para evaluar mediante cuestionario los conocimientos y actitudes de médicos y enfermeras, tanto en el ámbito de atención de primaria como hospitalaria²⁰⁻²², pero en ningún caso hemos encontrado una metodología de validación reproducible.

El cuestionario de Simón-Lorda et al.²¹ explora tanto actitudes (9 ítems) como conocimientos (3 ítems) en profesionales sanitarios de atención primaria y hospitalaria, y el proceso de validación se realizó con un panel de expertos, prueba de jueces y test de fiabilidad test-retest. En el cuestionario de Champer Blasco et al.²², que valora conocimientos (18 ítems) de profesionales sanitarios de atención primaria, la validación se restringe a la valoración de la comprensibilidad, factibilidad y validez de concepto a través de 2 estudios pilotos dirigidos a expertos y profesionales sanitarios en equipos de atención primaria. El proceso de validación planteado por nuestro grupo incluyó una metodología exhaustiva en valoración de validez y fiabilidad.

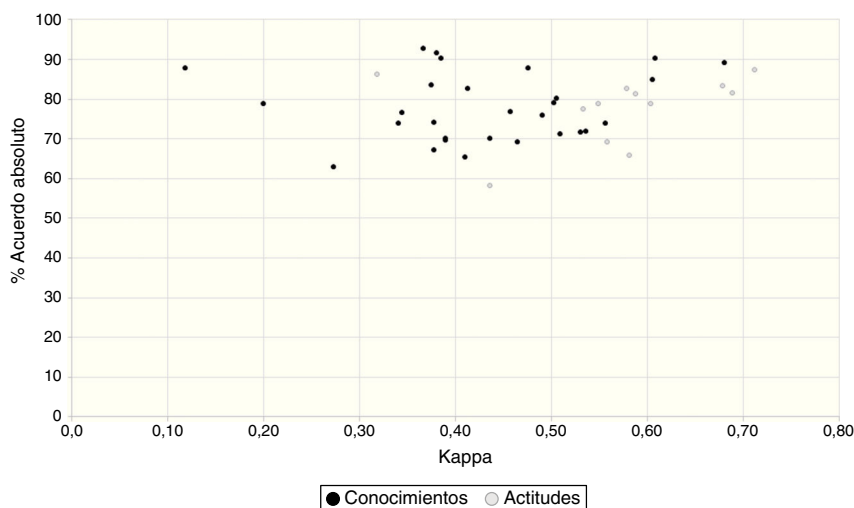


Figura 1 Evaluación de la estabilidad de ítem (test-retest).

La principal limitación de nuestro estudio ha sido la baja tasa de respuesta en el estudio de la validez y de la fiabilidad interna, aunque la muestra obtenida rebasó ampliamente la necesaria para disponer de la suficiente potencia estadística. Se apostó por administrar el cuestionario en línea por la rapidez en distribución y recogida de la información, y consecuente ahorro de coste del trabajo de campo²³. Otra limitación del cuestionario propuesto es contar con 4 ítems específicos de la legislación andaluza, lo que requerirá un proceso de adaptación para su uso fuera de dicha comunidad.

Desde la atención primaria, como puerta de entrada al sistema sanitario, deben arbitrarse estrategias para que sus profesionales sean proactivos en liderar y transmitir a la población usuaria del sistema sanitario tanto información como la importancia del registro de una declaración de VVA.

Como futuro estudio se plantea la evaluación con precisión de las actitudes y conocimientos de profesionales sanitarios de nuestro entorno, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la hospitalaria, como paso previo a la realización de actividades informativas y formativas orientadas al fomento de la declaración de VVA en los usuarios del sistema sanitario público.

Podemos concluir que se han evaluado de forma satisfactoria la validez y la fiabilidad del cuestionario «Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en el proceso de declaración de voluntades vitales anticipadas» en profesionales sanitarios de los ámbitos de atención primaria y hospitalaria. Dicho cuestionario permitirá identificar el estado y las áreas de mejora en el entorno sanitario y posibilitar posteriormente una mejora de la cultura de las VVA en la población general que propicie un aumento de las declaraciones de VVA.

Lo conocido sobre el tema

A pesar del importante desarrollo legislativo español en el ámbito de la autonomía del paciente, la proporción de adultos que registran las instrucciones previas es muy reducida.

Tanto los gestores como los profesionales sanitarios son quienes deben promover un cambio cultural en el abordaje de los cuidados al final de la vida.

En la actualidad no existe un cuestionario validado de forma reproducible que haga posible medir o valorar el estado del conocimiento y las actitudes de los profesionales sanitarios sobre el proceso de declaración de voluntades vitales anticipadas.

Qué aporta este estudio

Se ha validado el cuestionario para evaluar tanto conocimientos como actitudes de los profesionales sanitarios de las voluntades vitales anticipadas tras adecuados resultados en validez y fiabilidad.

Primer paso para el desarrollo de programas de actividades informativas y formativas orientadas al fomento de la declaración en los usuarios del sistema sanitario público.

Financiación

El estudio se ha desarrollado sin financiación alguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos agradecer la colaboración que en todo momento han mostrado hacia este proyecto las enfermeras gestoras de caso y al departamento de sistema de información e informática del Distrito Sanitario Costa del Sol. También agradecemos la colaboración con el personal tanto de área de Enfermería como de Recursos Humanos del Hospital Costa del Sol al facilitar la labor de captación de encuestados.

Así mismo también queremos agradecer el apoyo y especial sensibilidad de Torcuato Romero López hacia el tema de nuestro proyecto.

Por último, nuestra admiración a la figura de Pablo Simón Lorda; sin sus ideas y su impulso iniciales hubiera sido imposible emprender este proyecto de validación del cuestionario que aquí presentamos.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2016.06.004](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.004).

Bibliografía

1. Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. BOJA núm. 210, de 31 de octubre de 2003, artículo 2.
2. Emanuel EJ, Emanuel LL. Living wills: Past, present, and future. *J Clin Ethics*. 1990;1:9-19.
3. Rich BA. Current legal status of advance directives in the United States. *Wien Klin Wochenschr*. 2004;116:420-6.
4. Kutner L. Due process of euthanasia: The living will, a proposal. *Indiana Law Journal*. 1969;44:539-44.
5. Bok S. Personal directions for care at the end of life. *N Engl J Med*. 1976;295:367-9.
6. Koch KA. Patient Self-Determination Act. *J Fla Med Assoc*. 1992;79:240-3.
7. Pollack KM, Morhaim D, Williams MA. The public's perspectives on advance directives: Implications for state legislative and regulatory policy. *Health Policy*. 2010;96:57-63.
8. Moorman SM, Inoue M. Persistent problems in end-of-life planning among young- and middle-aged American couples. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013;68:97-106.
9. Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez MI, Barrio-Cantalejo IM. Advance directives in Spain. Perspectives from a medical bioethicist approach. *Bioethics*. 2008;22:346-54.
10. Mendez-Martínez C, Carretero-Guerra R. Las voluntades vitales anticipadas en Andalucía, 2004-2014. *Semergen*. 2015;41:119-22.
11. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Registro de Voluntades Vitales Anticipadas. Andalucía. Octubre. 2015. [Correo electrónico] RVA. 2015, 31 octubre [consultado 26 Nov 2015]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/salud/rv2/inicioProfesional.action>

12. Uribe Rodríguez AF, Valderrama Orbegozo L. Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*. 2007;8:109–20.
13. Navarro Bravo B, Sánchez García M, Andrés Pretel F, Juárez Casalengua I, Cerdá Díaz R, Párraga Martínez I, et al. Declaración de voluntades anticipadas: estudio cualitativo en personas mayores y médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2011;43:11–7.
14. Callahan D. Death and the research imperative. *NEJM*. 2000;342:654–6.
15. Martínez Urionabarrenetxea K. Reflexiones sobre el testamento vital (I y II). *Aten Primaria*. 2003;31:52–4.
16. Contreras-Fernández E, Rivas-Ruiz F, Castilla-Soto J, Méndez-Martínez C. Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en el proceso de declaración de las voluntades vitales anticipadas. *Aten Primaria*. 2015;47:514–22.
17. Gould L.C., Lukoff I., 1977. Selecting a study design. En: Johnston L.D., Nurco D.N., Robins L.N. (editors). *Conducting follow-up research on drug treatment programs* (Vol. DHEW Publications No. ADM 77-487, pp. 29-46).
18. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update. 4.ª ed. Boston, MA: Allyn & Bacon; 2003.
19. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33:159–74.
20. Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez MI, Vázquez-Vicente A, Durán-Hoyos A, Pena-González J, Jiménez-Zurita P. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Aten Primaria*. 2008;40:61–6.
21. Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez MI, González Rubio MJ, Ruiz Díaz P, Moreno González J, Rodríguez González MC. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería acerca de las voluntades anticipadas en 2 áreas sanitarias de Andalucía. *Enferm Clin*. 2008;18:11–7.
22. Champer Blasco A, Caritg Monfort F, Marquet Palomer R. Conocimientos y actitudes de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas. *Aten Primaria*. 2010;42:463–9.
23. Díaz de Rada V. Ventajas e inconvenientes de la encuesta por Internet. *Papers*. 2012;97:193–223.