



ORIGINAL

Diseño y validación del cuestionario ACPAPS para valorar la atención centrada en la persona por el médico de familia



José Antonio Pascual López^{a,*}, Juan Francisco Menárguez Puche^{b,c},
Juan Antonio Sánchez Sánchez^c y María Zarza Arribas^d

^a Centro de Salud docente de Calasparra, Servicio Murciano de Salud (S.M.S.), Calasparra, Murcia, España

^b Centro de Salud docente Profesor Jesús Marín, Servicio Murciano de Salud (S.M.S.), Molina de Segura, Murcia, España

^c Grupo de Trabajo de Medicina Basada en la Evidencia de la Sociedad Murciana y Española de Medicina de Familia y Comunitaria, España

^d Centro de Salud Parquesol, Sanidad de Castilla y León (SACYL), Valladolid, España

Recibido el 20 de junio de 2023; aceptado el 25 de julio de 2023

Disponible en Internet el 8 de septiembre de 2023

PALABRAS CLAVE

Atención centrada en el paciente;
Atención primaria de salud;
Relación médico paciente;
Cuestionario;
Médicos de familia;
Atención centrada en la persona

Resumen

Objetivos: Diseño, construcción y validación de un test autocumplimentable que permita al médico de familia (MF) valorar en qué medida integra en su práctica clínica la atención centrada en la persona (ACP)

Diseño: Cualitativo. Diseño de cuestionarios.

Emplazamiento: Atención primaria.

Participantes: 214 MF y residentes de medicina familiar y comunitaria de 62 de los 80 centros de salud de la comunidad autónoma de Murcia.

Métodos: Construcción de un cuestionario a partir de un banco de 873 ítems provenientes de una revisión sistemática y un estudio Delphi. Revisión por panel de 8 expertos ACP. Realización de pretest cognitivo con 10 MF. Se invita a participar a los médicos de 62 centros de salud. Con las respuestas medimos la fiabilidad, la validez y la factibilidad.

Resultados: El cuestionario final contiene 37 ítems. Medimos la fiabilidad a través de la consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,915. Para la validez de constructo, el test de esfericidad de Bartlett adecuado y la medida de Kaiser-Mayer-Olkin de 0,889 nos permitió realizar un análisis factorial con la extracción de nueve factores (regla de Kaiser), siendo 5 los principales (*Scree Test*), cuyos ítems coinciden con las dimensiones propuestas por los expertos. Para valorar su factibilidad consideramos la tasa de respuesta del 31,15%, el tiempo de respuesta de 17 minutos 23 segundos, y solo el 0,9% de encuestados consideraban el cuestionario largo o complejo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: japascuallopez@gmail.com (J.A. Pascual López).

KEYWORDS

Patient-centered care;
Primary health care;
Physician-patient relation;
Questionnaire;
Family physicians;
Person-centred care

Conclusiones: El cuestionario ACPAPS es una herramienta fiable, válida y factible para valorar la ACP en el MF, lo cual tiene múltiples y trascendentes aplicaciones.

© 2023 El Autor(s). Publicado por 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/>).

Design and validation of the ACPAPS questionnaire to assess person-centred care by the family doctor

Abstract

Objectives: Design, construction and validation of a self-completion test that allows the Family Physician (FP) to assess the extent to which he/she integrates person-centred care (PCC) in his/her clinical practice.

Design: Qualitative. Questionnaire design.

Location: Primary care.

Participants: Two hundred and fourteen family and community medicine physicians and residents, from 62 of the 80 health centres in the autonomous community of Murcia (Spain).

Methods: Construction of a questionnaire from a bank of 873 items from a systematic review and a Delphi study. Review by PCC panel of experts (8). Cognitive pretest with 10 FP. Doctors from 62 health centres were invited to participate. With the responses we measured reliability, validity and feasibility.

Results: The final questionnaire contains 37 items. We measured reliability through internal consistency with a Cronbach's alpha of .915. For construct validity, the appropriate Bartlett's test of sphericity and the Kaiser-Meyer-Olkin measure of .889 allowed us to carry out a factor analysis with the extraction of nine factors (Kaiser's rule) with five main factors (Scree test) whose items coincide with the dimensions proposed by the experts. To assess its feasibility we considered the response rate of 31.15%, the response time of 17 minutes 23 seconds and only .9% of respondents considered the questionnaire long or complex.

Conclusions: The ACPAPS questionnaire is a reliable, valid and feasible tool to assess PCC in FM, which has multiple and far-reaching applications.

© 2023 The Author(s). Published by 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 atención centrada en la persona (ACP) se está convirtiendo en un valor central de la medicina en general y de la medicina familiar y comunitaria (MFyC) en particular. Varios factores están implicados en esta tendencia: a) la necesidad de una atención médica integral por un médico cualificado y competente¹; b) el cambio de paradigma de actuación médica al modelo biopsicosocial; c) la cada vez más evidente necesidad de ubicar a la persona en el centro de la atención sanitaria, y d) el deseo de los ciudadanos de participar activamente en su salud².

El concepto de ACP surge en la década de los cincuenta, cuando el psicólogo Carl Rogers y el psicoanalista Michael Balint hablan, respectivamente, de la «terapia centrada en el cliente» y la «medicina centrada en el paciente». Lo novedoso de estas iniciativas es que la atención se organiza alrededor de las necesidades y de las expectativas de salud del paciente en lugar de centrarse en la enfermedad³.

El concepto de ACP es complejo y difícil de definir. Ha sido descrito en la literatura de diversas maneras, como «comprender al paciente como ser humano único»⁴ o «entrar al mundo del paciente para ver la enfermedad a través de sus ojos»⁵. Actualmente se tiende a considerar la ACP como algo mucho más complejo, con múltiples componentes

y dimensiones. Stewart et al.⁶ identificaron 6 componentes interconectados: explorar tanto la enfermedad como la vivencia de la enfermedad, comprender a la persona en su totalidad, encontrar puntos en común, incorporar la prevención y la promoción de la salud, mejorar la relación médico-paciente y ser realista (en lo referido a limitaciones y recursos). Esta aportación fue una evolución de su primera obra sobre la evolución del método clínico centrado en el paciente en 1986⁷ y culminada en 2013 en su tercera edición⁸, donde nos hablan de cuatro grandes dimensiones: explorar la salud, la enfermedad y la experiencia de enfermedad, comprender la persona en su totalidad, búsqueda de puntos en común y mejorar la relación paciente-médico. En 2002 Mead y Bower⁹ trataron de establecer un marco conceptual preliminar estableciendo cinco dimensiones de ACP: la perspectiva biopsicosocial (PBPS), el «paciente-como-persona» (PCP), compartir el poder y la responsabilidad (CPR), la alianza terapéutica (AT) y el «médico-como-persona» (MCP).

La ACP es actualmente reconocida como un valor central de la atención y la formación médica. Siendo así para la medicina en general, aún lo es más para el ejercicio de la MFyC, en la que la ACP forma parte de la esencia misma de la especialidad. No se puede concebir un ejercicio correcto de esta especialidad si no está centrado en las personas.

Conociendo la importancia de la ACP en el ámbito de la atención primaria, sería muy útil disponer de una herramienta que permitiese al médico comprobar si su desempeño está centrado en la persona. Podría detectar problemas en la relación médico-paciente, ver su capacidad para empoderar a sus pacientes, valorar cómo determinadas circunstancias influyen o no sobre el grado de ACP de su práctica o incluso incidir sobre la propia formación de los profesionales, orientándola hacia una atención verdaderamente centrada en la persona.

Previamente a la realización de este estudio se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura¹⁰. Se necesitaba un marco conceptual previo, y para ello se decidió mantener las cuatro dimensiones comunes¹¹ a las clasificaciones de Stewart et al.⁶ y a la revisión de Mead y Bower⁹. Esta revisión sistemática permitió identificar un total de 39 herramientas validadas que midieran algún aspecto de la ACP.

Por otra parte, se realizó un estudio Delphi¹² con 74 expertos que permitió identificar los aspectos que debería tener en cuenta un médico de familia (MF) para realizar ACP en todas sus dimensiones, clasificarlos en su dimensión correcta y finalmente priorizar aquellos en los que hubiera un mayor grado de acuerdo. Mediante este estudio se seleccionaron 52 ítems y se identificaron tres dimensiones a añadir a las comúnmente aceptadas⁹ en la mayor parte de la literatura.

El objetivo final de este estudio fue diseñar y validar un cuestionario autocumplimentado que permita al MF realizar una valoración de la autopercepción de su ejercicio desde la perspectiva global de la ACP.

Material y métodos

Partiendo de esta base^{10,12}, se pasó a la tarea del diseño del cuestionario, de revisión por panel de expertos y de realización de un pretest cognitivo, tal y como se describe en la literatura^{13,14}. Este proceso permitió elaborar un borrador de cuestionario preparado para su posterior validación.

El grupo investigador (GI) principal está compuesto por 3 MF: un MF doctorando y sus dos directores de tesis, 2 MF con amplia experiencia en medicina basada en la evidencia (MBE).

El complejo proceso por el cual se pasó de un «banco de ítems» con 873 ítems provenientes de la revisión sistemática¹⁰ y del estudio Delphi¹² a los 39 ítems finales con el que se inició el proceso de validación se describe en el esquema del estudio (fig. 1).

Recogida de información

Para la recogida de información se obtuvo una muestra proveniente de un listado obtenido mediante la participación de la mayor parte de los centros de salud (CS) de la Región de Murcia (62 de 80). En cada uno de los CS se designó un responsable, al que se explicó detalladamente el proyecto y se le facilitó abundante material: a) encuestas en formato electrónico vía Google formularios (https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeowCuiHVgl-fkB4uUkH.LUXQkOcF50AUh3ZP49fPJrCKPNKw/viewform?usp=sf_link), encuestas en formato físico <https://docs.google.com/>

[document/d/1jUxmLzoO3lebKAdWGibVDqXodQrgJSrypey1BDLcKI/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/document/d/1jUxmLzoO3lebKAdWGibVDqXodQrgJSrypey1BDLcKI/edit?usp=sharing)) y b) un video explicativo para el equipo (<https://youtu.be/vuTD5QwnPCs>) en el que uno de los investigadores explicaba el proyecto y la forma correcta de cumplimentar la encuesta.

Una semana más tarde de la exposición, en cada uno de los centros se volvió a contactar con cada uno de los responsables como recordatorio. Tras esta fase obtuvimos un total de 214 encuestas completa y correctamente cumplimentadas que procedimos a analizar. Este tamaño muestral está dentro del número requerido en la literatura de más de cinco respuestas por ítem¹⁵.

Análisis estadístico

Para los análisis realizados en esta fase del proyecto se utilizó el paquete estadístico SPSS 26. Después de recoger los cuestionarios realizados por los MF y antes de proceder al análisis de la información, se procedió a una recodificación de los ítems inversos y el tratamiento de las posibles omisiones, para optimizar la base de datos sobre la cual realizar el análisis estadístico.

Las respuestas fueron registradas tal y como los encuestados respondieron a ellas, con independencia de que los ítems fueran formulados de forma directa, o viceversa (positiva o negativa). Posteriormente se procedió a la recodificación de esos ítems inversos (ítems formulados en sentido negativo: 9, 11, 13, 23, 28, 29, 33, 37 y 39). No hubo ninguna omisión en las respuestas recogidas.

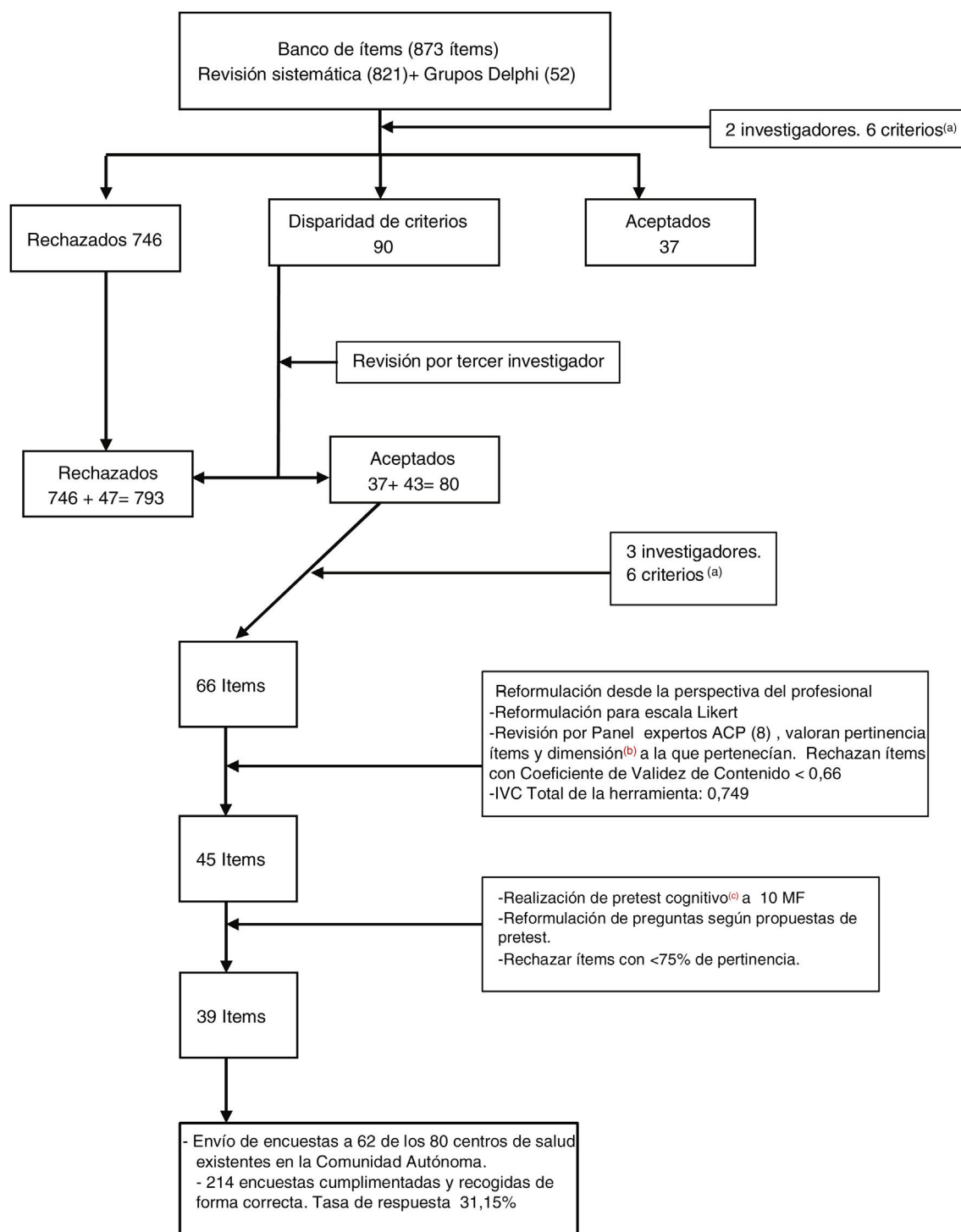
Antes de iniciar el proceso de análisis de ítems se realizó un estudio del perfil de los MF (fig. 2) en función de los datos recogidos en la propia encuesta. Se obtuvieron los descriptivos básicos de cada ítem y de la puntuación total, valorando la existencia de valores perdidos, frecuencias medias, desviaciones estándar, asimetría y cálculo de curtosis.

Los efectos suelo y techo para cada ítem se definieron, al igual que se realizó en estudios similares¹⁶, como más del 85% de los participantes con las puntuaciones más alta o más baja (5 o 1) que equivaldrían a «totalmente de acuerdo» o «totalmente en desacuerdo», dependiendo que el ítem estuviese formulado de forma directa o inversa.

Se realizó un estudio de la homogeneidad de varianza del resultado final para los distintos subgrupos mediante la prueba de Levene y el contraste ANOVA¹⁷.

Para el análisis de la capacidad de discriminación de cada ítem, entre los diferentes procedimientos propuestos por Likert¹⁸, se eligió el coeficiente de correlación ítem-total. Teniendo presente que los ítems que tienen una mayor correlación con el total son los que con más claridad representan aquello que realmente queremos medir con el instrumento diseñado, se decidió eliminar aquellos ítems con un menor índice de correlación, optando por establecer el límite en 0,280 (habiendo comprobado en otros estudios de validación^{11,13} valores similares).

Tras el análisis de ítems se midió la fiabilidad de la herramienta para comprobar su capacidad de medir de forma estable y reproducible¹⁹⁻²¹. Se utilizó el cálculo de la consistencia interna con la alfa de Cronbach (α), cuyo margen aceptable según diversos autores se sitúa entre 0,7 y 0,9²²⁻²⁴.



a) Seis criterios de exclusión: 1) Ítem duplicado o similar a otros 2) Ítem ambiguo o mal definido 3) Ítem que expresa más de una idea 4) No mide aspectos de la MF. 5) El ítem no corresponde a ninguna de las 5 dimensiones principales de la ACP 6) Otros ítems (justificados)

b) Dimensiones de la ACP: 5 dimensiones de la ACP descritas por Mead & Bower en 2002.

c) Pretest cognitivo: 1) ¿Entiendes el significado de todos los términos y conceptos de la pregunta?, 2) ¿Es necesario concretar más la pregunta?, 3) ¿Te ha resultado difícil, incómodo o comprometido responder a esta pregunta?, 4) ¿Has estado seguro/a de cómo contestarla?, 5) ¿Te ha parecido interesante o pertinente esta pregunta para valorar si la atención médica está centrada en la persona?

Abreviaturas: ACP Atención Centrada en la Persona , MF : médico de familia IVC: Índice de Validez de Contenido

Figura 1 Selección de ítems (diagrama de flujo).

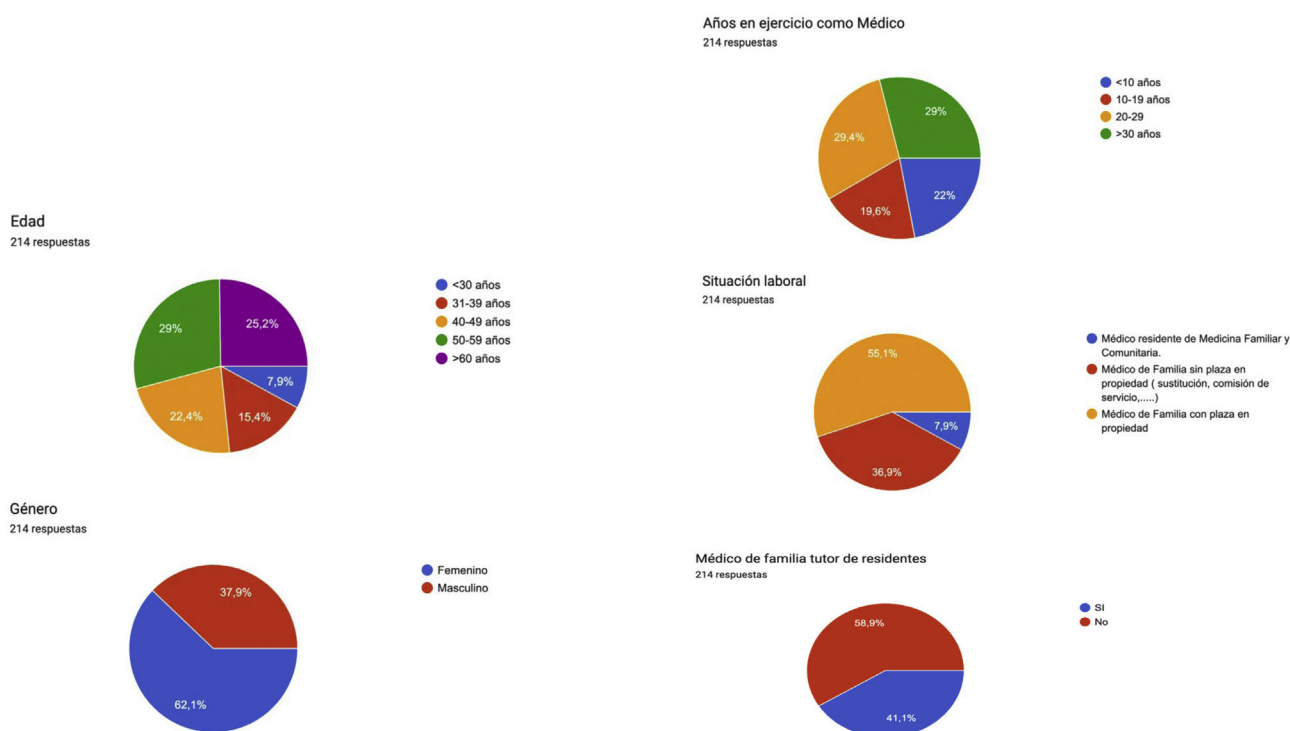


Figura 2 Perfil de los médicos de familia que responden al cuestionario.

De forma previa a analizar la estructura factorial de la herramienta, se determinó si los ítems estaban suficientemente interrelacionados para poder realizar este análisis. Se utilizó la prueba de esfericidad de Bartlett^{22,25} y el cálculo de la medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adecuación de muestreo, considerándose adecuados valores superiores a 0,7^{25,26}.

Para la extracción de factores mediante el análisis factorial exploratorio se utilizó el método de máxima verosimilitud que permite señalar los factores que explican una mayor parte de la varianza común²⁷. El objetivo es la obtención de soluciones factoriales en las que cada factor tenga una correlación elevada con un grupo de variables y baja con las demás. En la literatura²⁸⁻³¹ se señala el valor de 0,30-0,40 para su inclusión.

A continuación se realizó el estudio de comunalidades para conocer el porcentaje de cada variable explicado por la estructura factorial. Por último, se analizó la rotación de factores mediante el método Oblimin directo.

Resultados

Respondieron al cuestionario 214 MF. Los descriptivos básicos con frecuencia, medias, desviación estándar, normalidad y curtosis vienen recogidos en la [tabla 1](#). En cuanto a los posibles efectos suelo y techo, ninguno de los 39 ítems presentó un porcentaje de respuestas igual o superior al 85%.

La tasa de respuesta global fue del 31,15%, siendo del 32,19% entre los MF y del 22,7% entre los MIR. El tiempo promedio de realización de la encuesta fue de 17 minutos

y 38 segundos (intervalo de confianza del 95%: 13 min 56 s-20 min 31 s).

El estudio de homogeneidad de la varianza para los distintos subgrupos no mostró diferencias estadísticamente significativas, con valores de la p de 0,801 para género, de 0,817 para tutor/no, de 0,758 para edad, de 0,225 para años de ejercicio y de 0,542 para situación laboral.

Tras el cálculo de correlación ítem-total se encontraron dos ítems con un índice inferior a 0,28, cuya eliminación incrementaba levemente la α del resto. Así pues, se procedió a eliminar los ítems 30 y 37.

Tras el análisis de ítems se midió la fiabilidad a través del cálculo de la consistencia interna mediante el coeficiente α , obteniendo un valor de 0,915.

De las pruebas de adecuación muestral realizadas, el test de esfericidad de Bartlett obtuvo un valor estadístico de 2.922,15, con un nivel de significación del 0,000 y un valor de KMO de 0,889.

Como método de extracción de factores se ha usado el de máxima verosimilitud y la regla Kaiser de extracción de factores con autovalores superiores a 1, obteniendo un total de 9 factores ([tabla 2](#)). Por otra parte, el gráfico de sedimentación recomienda una extracción de cinco factores.

En el estudio de las comunalidades se observa que todas las variables se correlacionan entre sí en la estimación inicial, manteniéndose tras la extracción la correlación entre todas las variables.

En cuanto al estudio de rotación de factores, todos los ítems seleccionados cumplen los criterios para su inclusión ([tabla 3](#)).

El cuestionario ACPAPS finalmente diseñado puede observarse en la [tabla 4](#).

Tabla 1 Descriptivos básicos

	M	DE	SI	EE	C	EE
1. Tengo en cuenta las creencias, la cultura, los valores y las preferencias de las personas valorando su contexto	4,47	0,625	−1,329	0,166	3,999	0,331
2. Respeto y promuevo la autonomía de las personas para el cuidado de la salud y la atención de su enfermedad	4,60	0,570	−1,409	0,166	2,652	0,331
3. Intento que tras la visita el paciente se sienta capaz de entender su enfermedad	4,70	0,517	−1,693	0,166	3,249	0,331
4. Sintonizo con los sentimientos del paciente e intento que lo perciba	4,38	0,680	−1,375	0,166	4,229	0,331
5. Atiendo a las personas considerando no solo los aspectos biológicos sino también los psicológicos y los sociales	4,57	0,686	−2,120	0,166	6,479	0,331
6. Ayudo al paciente a elaborar un plan de cuidados que le permita atender su enfermedad incluso en los peores momentos	4,05	0,809	−0,944	0,166	1,705	0,331
7. Establezco una entrevista de confianza para crear una adecuada relación terapéutica	4,41	0,657	−1,074	0,166	2,317	0,331
8. Facilito el relato espontáneo del paciente combinando facilitaciones, expresiones empáticas y frases interrogativas o por repetición	4,31	0,691	−0,925	0,166	1,737	0,331
9. Creo que, siendo bueno en el diagnóstico y en el tratamiento, la forma de relacionarme con los pacientes no es tan importante	4,35	0,759	−1,661	0,166	4,554	0,331
10. Asesoró a mis pacientes, de acuerdo a sus preferencias personales, sobre temas propios del final de la vida	3,91	0,856	−0,680	0,166	0,482	0,331
11. No suelo preguntar a mis pacientes por las consecuencias de sus problemas de salud en sus vidas	3,86	0,934	−0,973	0,166	0,932	0,331
12. Respeto el derecho a la información de las personas y las mantengo informadas	4,50	0,611	−1,327	0,166	3,876	0,331
13. Como médico soy quien debería decidir lo que se habla durante la consulta	3,82	0,904	−0,788	0,166	0,672	0,331
14. Tengo una actitud transigente con opiniones, creencias o posturas diferentes y una tendencia favorable a comprender actitudes distintas de las mías	4,04	0,871	−1,362	0,166	2,563	0,331
15. Muestro con mis acciones un compromiso con la persona más allá de la enfermedad	3,99	0,775	−0,961	0,166	2,152	0,331
16. Examino atentamente a las personas y su entorno	4,21	0,656	−0,753	0,166	2,132	0,331
17. Me gusta atender a las personas a lo largo de su vida y para la mayoría de sus problemas de salud	4,50	0,626	−1,118	0,166	1,277	0,331
18. Pregunto por las ideas del paciente sobre el origen o causa de su síntoma o enfermedad	4,21	0,869	−1,321	0,166	2,060	0,331

Tabla 1 (continuación)

	M	DE	SI	EE	C	EE
19. Explico al paciente las ventajas e inconvenientes de todas las opciones	4,29	0,712	−1,195	0,166	3,183	0,331
20. Estoy abierto a discutir las preocupaciones del paciente	4,43	0,607	−1,064	0,166	3,436	0,331
21. Considero las necesidades del paciente y las coloco en primer lugar	3,99	0,715	−0,679	0,166	1,348	0,331
22. Felicito a los pacientes por sus logros	4,66	0,547	−1,547	0,166	2,450	0,331
23. Suelo tener dificultades para identificar y reforzar las cualidades positivas de las personas	3,73	0,884	−0,801	0,166	0,707	0,331
24. Realizo indicaciones al paciente que expresen que reconozco y acepto sus sentimientos	4,19	0,652	−0,618	0,166	1,711	0,331
25. Respeto la confidencialidad como un derecho del paciente y una obligación ética del médico	4,79	0,571	−3,942	0,166	19,867	0,331
26. Intento aliviar las preocupaciones del paciente sobre su enfermedad	4,56	0,584	−1,522	0,166	5,134	0,331
27. Procuro que el uso del ordenador u otros procesos de registro no alteren la comunicación con el paciente	3,99	0,856	−0,935	0,166	1,021	0,331
28. No acostumbro a preguntar al paciente cuál desea que sea su papel en la toma de decisiones	3,42	1,105	−0,460	0,166	−0,559	0,331
29. Escucho al paciente con interés pero no me esfuerzo por mantener un comportamiento no verbal que exprese ese interés	3,83	0,994	−1,266	0,166	1,449	0,331
30. Doy tiempo suficiente al paciente en la consulta	3,65	1,059	−0,578	0,166	−0,217	0,331
31. Me esfuerzo por ayudar a mis pacientes	4,71	0,513	−2,391	0,166	11,285	0,331
32. Intento resolver todas las preguntas del paciente para evitar que salga de la consulta con preguntas sin respuesta	4,33	0,730	−1,045	0,166	1,541	0,331
33. Entiendo que el paciente sigue mis indicaciones y no suelo preguntarle por la probabilidad de adherencia al tratamiento	3,63	0,988	−0,974	0,166	0,541	0,331
34. Estoy comprometido con brindar a los pacientes una atención de calidad	4,64	0,572	−1,918	0,166	6,762	0,331
35. Muestro amabilidad y cortesía con el paciente durante la entrevista	4,60	0,518	−0,728	0,166	−0,801	0,331
36. Pregunto al paciente qué es lo que espera de la visita	3,31	0,935	−0,350	0,166	−0,061	0,331
37. Pienso que si realizo muchas preguntas sobre los antecedentes del paciente me estoy entrometiendo en sus asuntos personales	4,13	0,827	−1,296	0,166	2,756	0,331
38. Hago sentir al paciente mi presencia y mi compañía	4,16	0,707	−0,638	0,166	1,006	0,331
39. Es frecuente sentirme tenso en mi relación con los pacientes	4,01	0,834	−0,951	0,166	1,482	0,331
PUNTUACIÓN TOTAL	163,92	14,342	−1,622	0,166	7,850	0,331

C: Curtosis; DE: desviación estándar; EE: error estándar; M: media; S: simetría.

Tabla 2 Análisis factorial. Extracción de factores

Factor	Varianza total explicada						
	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total
1	10,388	28,076	28,076	9,855	26,635	26,635	0,796
2	2,144	5,795	33,871	1,556	4,205	30,841	3,067
3	1,737	4,696	38,567	1,152	3,113	33,954	2,943
4	1,554	4,200	42,766	1,063	2,872	36,825	5,764
5	1,425	3,851	46,617	0,793	2,144	38,970	5,059
6	1,250	3,378	49,995	0,724	1,956	40,925	2,497
7	1,130	3,055	53,050	0,589	1,592	42,518	2,213
8	1,090	2,947	55,997	0,570	1,539	44,057	6,129
9	1,029	2,781	58,779	0,519	1,403	45,461	4,403
10	0,990	2,676	61,454				
11	0,915	2,472	63,927				
12	0,901	2,435	66,362				
13	0,882	2,384	68,746				
14	0,771	2,083	70,829				
15	0,759	2,051	72,880				
16	0,713	1,928	74,807				
17	0,708	1,913	76,721				
18	0,668	1,804	78,525				
19	0,660	1,783	80,309				
20	0,646	1,746	82,055				
21	0,588	1,590	83,645				
22	0,563	1,521	85,166				
23	0,527	1,425	86,591				
24	0,506	1,368	87,959				
25	0,490	1,323	89,282				
26	0,432	1,167	90,450				
27	0,408	1,104	91,553				
28	0,402	1,087	92,641				
29	0,394	1,065	93,706				
30	0,358	0,968	94,673				
31	0,339	0,917	95,590				
32	0,325	0,879	96,469				
33	0,313	0,847	97,316				
34	0,300	0,811	98,128				
35	0,268	0,724	98,851				
36	0,222	0,599	99,450				
37	0,203	0,550	100,000				

Método de extracción: máxima probabilidad.

Discusión

La mayor parte de las herramientas existentes para medir la ACP no valoran todas las dimensiones principales de la misma, ni lo hacen desde la perspectiva del profesional o en el marco de la APS^{10,11}. El cuestionario ACPAPS desarrollado en este estudio busca salvar estas deficiencias, siendo la primera herramienta diseñada para valorar la ACP, incluyendo todas sus dimensiones principales, en el ámbito de la APS y desde la perspectiva del profesional, recogiendo la autopercepción de lo centrada que está en la persona su práctica

clínica. Una vez diseñada la herramienta, para determinar la calidad de la medición de un instrumento es necesario evaluar las propiedades psicométricas del mismo²². Las dos características métricas más importantes para la precisión de un instrumento son la fiabilidad y la validez^{22,32}.

Fiabilidad

En nuestro trabajo realizamos el estudio de la fiabilidad mediante el análisis de la consistencia interna con el α

Tabla 3 Rotación de factores. Matriz de estructura

	Matriz de estructura								
	Factor								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Tengo en cuenta las creencias, la cultura, los valores y las preferencias de las personas valorando su contexto	0,019	0,383	0,199	0,358	0,447	−0,296	0,127	0,605	0,495
2. Respeto y promuevo la autonomía de las personas para el cuidado de la salud y la atención de su enfermedad	−0,079	0,026	0,226	0,197	0,476	−0,586	0,262	0,184	0,258
3. Intento que tras la visita el paciente se sienta capaz de entender su enfermedad	0,000	0,167	0,109	0,424	0,357	−0,691	0,157	0,427	0,304
4. Sintonizo con los sentimientos del paciente e intento que lo perciba	−0,003	0,285	0,095	0,351	0,317	−0,207	0,246	0,749	0,303
5. Atiendo a las personas considerando no solo los aspectos biológicos sino también los psicológicos y los sociales	0,051	0,264	0,306	0,421	0,433	−0,197	0,131	0,741	0,234
6. Ayudo al paciente a elaborar un plan de cuidados que le permita atender su enfermedad en los peores momentos	0,140	0,078	0,412	0,320	0,432	−0,379	0,045	0,463	0,489
7. Establezco una entrevista de confianza para crear una adecuada relación terapéutica	0,043	0,292	0,170	0,415	0,323	−0,358	0,177	0,684	0,451
8. Facilito el relato espontáneo del paciente combinando facilitaciones, expresiones empáticas y frases interrogativas o por repetición	−0,079	0,140	0,236	0,473	0,361	−0,237	0,262	0,624	0,295
9. Creo que, siendo bueno en el diagnóstico, la forma de relacionarme con los pacientes no es tan importante	−0,111	0,720	0,257	0,217	0,123	−0,087	0,134	0,208	−0,018
10. Asesorar a mis pacientes, de acuerdo a sus preferencias personales, sobre temas propios del final de la vida	−0,134	0,178	0,276	0,364	0,380	−0,275	0,143	0,363	0,590
11. No suelo preguntar a mis pacientes por las consecuencias de sus problemas de salud en sus vidas	0,019	0,464	0,475	0,260	0,341	−0,198	0,248	0,363	0,216
12. Respeto el derecho a la información de las personas y las mantengo informadas	0,053	0,319	0,203	0,477	0,610	−0,314	0,104	0,474	0,463
13. Como médico soy quien debería decidir lo que se habla durante la consulta	−0,030	0,513	0,253	0,062	0,216	0,099	−0,006	0,157	0,196
14. Tengo una actitud transigente con opiniones, creencias o posturas diferentes y una tendencia favorable a comprender actitudes distintas de las mías	−0,081	0,137	0,179	0,260	0,222	0,054	0,071	0,233	0,268
15. Muestro con mis acciones un compromiso con la persona más allá de la enfermedad	0,301	0,287	0,194	0,393	0,326	−0,061	0,258	0,595	0,295
16. Examino atentamente a las personas y su entorno	0,120	0,174	0,344	0,612	0,362	−0,257	0,198	0,454	0,358
17. Me gusta atender a las personas a lo largo de su vida y para la mayoría de sus problemas de salud	0,242	0,134	0,234	0,406	0,317	−0,215	0,384	0,366	0,268
18. Pregunto por las ideas del paciente sobre el origen o causa de su síntoma o enfermedad	−0,221	0,240	0,324	0,388	0,460	−0,263	0,132	0,331	0,548

Tabla 3 (continuación)

	Matriz de estructura								
	Factor								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Explico al paciente las ventajas e inconvenientes de todas las opciones	0,059	0,196	0,261	0,559	0,382	-0,443	0,117	0,362	0,573
20. Estoy abierto a discutir las preocupaciones del paciente	0,052	0,357	0,186	0,471	0,421	-0,332	0,166	0,470	0,479
21. Considero las necesidades del paciente y las coloco en primer lugar	0,200	0,151	0,169	0,313	0,341	-0,169	0,163	0,393	0,515
22. Felicito a los pacientes por sus logros	-0,178	0,088	0,185	0,404	0,347	-0,179	0,330	0,108	0,183
23. Suelo tener dificultades para identificar y reforzar las cualidades positivas de las personas	0,006	0,518	0,326	0,198	0,180	0,037	0,218	0,260	-0,140
24. Realizo indicaciones al paciente que expresen que reconozco y acepto sus sentimientos	0,047	0,138	0,241	0,212	0,340	-0,189	0,445	0,243	0,378
25. Respeto la confidencialidad como un derecho del paciente y una obligación ética del médico	-0,384	0,381	0,141	0,410	0,346	-0,121	-0,042	0,289	0,310
26. Intento aliviar las preocupaciones del paciente sobre su enfermedad	-0,201	0,270	0,110	0,690	0,344	-0,286	0,155	0,368	0,280
27. Procuro que el uso del ordenador u otros procesos de registro no alteren la comunicación con el paciente	-0,426	0,179	0,227	0,357	0,212	-0,122	0,367	0,412	0,229
28. No acostumbro a preguntar al paciente cuál desea que sea su papel en la toma de decisiones	0,070	0,250	0,526	0,169	0,225	-0,183	0,131	0,274	0,313
29. Escucho al paciente con interés pero no me esfuerzo por mantener un comportamiento no verbal que exprese interés	-0,069	0,397	0,440	0,171	0,178	-0,071	0,267	0,305	0,165
31. Me esfuerzo por ayudar a mis pacientes	-0,088	0,270	0,121	0,568	0,474	-0,164	0,258	0,402	0,201
32. Intento resolver todas las preguntas del paciente para evitar que salga de la consulta con preguntas sin respuesta	-0,068	0,126	0,095	0,648	0,364	-0,153	0,193	0,336	0,261
33. Entiendo que el paciente sigue mis indicaciones y no suelo preguntarle por la probabilidad de adherencia al tratamiento	-0,106	0,294	0,610	0,150	0,248	-0,004	-0,041	0,080	0,145
34. Estoy comprometido con brindar a los pacientes una atención de calidad	-0,014	0,195	0,254	0,423	0,827	-0,293	0,291	0,379	0,308
35. Muestro amabilidad y cortesía con el paciente durante la entrevista	-0,050	0,087	-0,096	0,301	0,237	-0,193	0,619	0,246	0,049
36. Pregunto al paciente qué es lo que espera de la visita	-0,011	0,032	0,225	0,257	0,269	-0,149	0,155	0,237	0,555
38. Hago sentir al paciente mi presencia y mi compañía	-0,119	0,226	0,286	0,622	0,388	-0,059	0,394	0,429	0,280
39. Es frecuente sentirme tenso en mi relación con los pacientes	-0,088	0,260	0,422	0,174	0,222	0,070	0,339	0,164	0,186

Método de extracción: máxima probabilidad.

Método de rotación: Oblimin con normalización Kaiser.

Tabla 4 Cuestionario ACPAPS

Escala ACPAPS (Atención Centrada en la Persona en Atención Primaria de Salud)	MA	A	A/DA	DA	MDA
1. Tengo en cuenta las creencias, cultura, valores y preferencias de las personas valorando su contexto					
2. Respeto y promuevo la autonomía de las personas para el cuidado de la salud y la atención de su enfermedad					
3. Intento que tras la visita el paciente se sienta capaz de entender su enfermedad					
4. Sintonizo con los sentimientos del paciente e intento que lo perciba					
5. Atiendo a las personas considerando no solo los aspectos biológicos sino también los psicológicos y los sociales					
6. Ayudo al paciente a elaborar un plan de cuidados que le permita atender su enfermedad incluso en los peores momentos					
7. Establezco una entrevista de confianza para crear una adecuada relación terapéutica					
8. Facilito el relato espontáneo del paciente combinando facilitaciones, expresiones empáticas y frases interrogativas o por repetición					
9. Creo que, siendo bueno en el diagnóstico y en el tratamiento, la forma de relacionarme con los pacientes no es tan importante					
10. Asesoró a mis pacientes, de acuerdo a sus preferencias personales, sobre temas propios del final de la vida					
11. No suelo preguntar a mis pacientes por las consecuencias de sus problemas de salud en sus vidas					
12. Respeto el derecho a la información de las personas y las mantengo informadas					
13. Como médico soy quien debería decidir lo que se habla durante la consulta					
14. Tengo una actitud transigente con opiniones, creencias o posturas diferentes y una tendencia favorable a comprender actitudes distintas de las mías					
15. Muestro con mis acciones un compromiso con la persona más allá de la enfermedad					
16. Examino atentamente a las personas y su entorno					
17. Me gusta atender a las personas a lo largo de su vida y para la mayoría de sus problemas de salud					
18. Pregunto por las ideas del paciente sobre el origen o causa de su síntoma o enfermedad					
19. Explico al paciente las ventajas e inconvenientes de todas las opciones					
20. Estoy abierto a discutir las preocupaciones del paciente					
21. Considero las necesidades del paciente y las coloco en primer lugar					
22. Felicito a los pacientes por sus logros					
23. Suelo tener dificultades para identificar y reforzar las cualidades positivas de las personas					
24. Realizo indicaciones al paciente que expresen que reconozco y acepto sus sentimientos					
25. Respeto la confidencialidad como un derecho del paciente y una obligación ética del médico					
26. Intento aliviar las preocupaciones del paciente sobre su enfermedad					
27. Procuro que el uso del ordenador u otros procesos de registro no alteren la comunicación con el paciente					
28. No acostumbro a preguntar al paciente cuál desea que sea su papel en la toma de decisiones					
29. Escucho al paciente con interés pero no me esfuerzo por mantener un comportamiento no verbal que exprese ese interés					
30. Me esfuerzo por ayudar a mis pacientes					
31. Intento resolver todas las preguntas del paciente para evitar que salga de la consulta con preguntas sin respuesta					
32. Entiendo que el paciente sigue mis indicaciones y no suelo preguntarle por la probabilidad de adherencia al tratamiento					
33. Estoy comprometido con brindar a los pacientes una atención de calidad					
34. Muestro amabilidad y cortesía con el paciente durante la entrevista					
35. Pregunto al paciente qué es lo que espera de la visita					
36. Hago sentir al paciente mi presencia y mi compañía					
37. Es frecuente sentirme tenso en mi relación con los pacientes					

A: de acuerdo; A/DA: ni de acuerdo ni en desacuerdo; DA: en desacuerdo; MA: muy de acuerdo; MDA: muy en desacuerdo.

de Cronbach. El valor de 0,915 obtenido es tipificado por George y Mallery³³ como excelente. El valor α como medida de la fiabilidad aparece en el 75% de las herramientas detectadas en la revisión sistemática realizada previamente¹⁰ y en la validación de la herramienta PPOS realizada en nuestro medio¹⁶. La fiabilidad de nuestro cuestionario es superior a la de la mitad de estas herramientas y su resultado es similar al de las 15 herramientas que obtuvieron una fiabilidad excelente ($\alpha > 0,9$).

Podemos decir además que la realización del «pretest cognitivo» valora de forma indirecta la fiabilidad de la escala, ya que nos permitió comprobar que la redacción final de los ítems y sus posibles respuestas eran correctamente entendidas por los MF. Una de las principales causas de falta de fiabilidad de un cuestionario es que las preguntas puedan ser confusas e interpretadas de forma errónea¹⁴.

Validez

Aunque habitualmente se definía como la capacidad del instrumento de medir aquello para lo que había sido diseñado, actualmente es un concepto más dinámico y evolutivo. Se entiende como el grado en que la evidencia empírica y la teoría apoyan la interpretación de los resultados de los test para un uso específico. Es, por tanto, un proceso en el que se adquieren pruebas y argumentos que soporten la interpretación de los resultados de los test y demuestran la relevancia del instrumento para el uso concreto que se le quiere dar^{34,35}.

Por otra parte, las fuentes de validación son múltiples, y los estándares AERA-APA-NCME 99³⁵ describen hasta cinco fuentes de evidencia de validez basadas en el contenido de la escala, los procesos de respuesta, las relaciones con otras variables, la estructura interna del instrumento y las consecuencias derivadas del uso propuesto.

Validez de contenido. Todos y cada uno de los ítems de una escala deben estar relacionados con alguno de los objetivos de la medición³⁶. Lo más habitual para valorar esta validez de contenidos, como hemos comprobado en otros estudios de validación similares³⁷⁻³⁹, es mediante la valoración por un panel de expertos, estableciendo que el coeficiente de validez de contenido mínimo para cada ítem debe ser $> 0,58$ ³⁸. Todos los ítems de nuestro cuestionario presentaron un coeficiente superior a 0,66, con un índice de validez total del cuestionario de 0,749 (fig. 1).

Validez basada en los procesos de respuesta (aparente). Valora el grado en que los ítems parecen medir lo que se proponen⁴⁰. Es muy importante que el entrevistado tenga la percepción de que la escala sirve para medir lo que indica, pues lo contrario puede influir negativamente en sus respuestas. El pretest cognitivo realizado, la información obtenida de los comentarios a los test, una adecuada tasa de respuesta y la inexistencia de los efectos suelo o techo en ninguno de los ítems hablan positivamente de la validez de los procesos de respuesta.

Validez basada en la estructura interna del instrumento (de constructo). En nuestro estudio la herramienta utilizada fue el análisis factorial (AF). Previamente a su valoración, se realizaron los test de esfericidad de Bartlett y el de adecuación de muestreo de Kaiser-Mayer-Olkin, obteniéndose resultados óptimos.

El AF es un método con dos posibles finalidades: construcción de una escala o, como en nuestro caso, para evaluar la estructura interna de un test a partir de los resultados¹⁸. El AF realizado utilizó el método de extracción de factores de máxima verosimilitud, que nos permitió señalar los factores que mayor porcentaje explican de la varianza común. Para extraer el número adecuado de factores utilizamos dos técnicas (regla Kaiser y Scree test), y tuvimos en cuenta la interpretabilidad de la solución encontrada y la teoría de partida, tal y como se indica en la literatura²⁶. Identificamos 9 factores latentes, de los que 5 eran los más importantes. La matriz de estructura obtenida tras la rotación de factores nos mostró esa relación ítem-factor, encontrando una clara correspondencia entre los ítems pertenecientes a esos factores, con las dimensiones (siempre en nuestro estudio de entre las cinco establecidas por Mead y Bower)⁹ a las que se les asignó por parte del panel de expertos consultados.

Factibilidad

Tras la fiabilidad y la validez valoramos también la factibilidad de nuestra herramienta, para conocer si es asequible para utilizarla en el campo en el que pretendemos hacerlo²². El pretest cognitivo realizado nos aseguraba la claridad y la adecuada extensión de las preguntas. La tasa de respuesta obtenida, superior al 30%, es más que adecuada para una encuesta online⁴¹. Por otra parte, el tiempo de respuesta de 17 minutos y 23 segundos es adecuado según la literatura⁴². Solo un 0,9% de los encuestados manifestó que la encuesta le parecía demasiado extensa o complicada.

En el test realizado para la validación de ACPAPS, el estudio de los distintos subgrupos poblacionales no mostró diferencias significativas para las variables medidas: edad, tiempo en ejercicio, condición de tutor, situación laboral y género. Nuestros resultados fueron similares a los de la validación en español de la escala PPOS¹⁶. A diferencia de nuestros resultados, otros estudios en que se aplicó esta escala en estudiantes encontraron diferencias significativas, con mejores valores para el género femenino⁴³⁻⁴⁷.

Entre las limitaciones de este estudio debemos consignar que no fue diseñado para valorar la fiabilidad intraobservador e interobservador, la validez de criterio o la aplicación en un ámbito suprarregional, que sería recomendable analizar en estudios posteriores. Otra de las posibles limitaciones es que al desconocer los datos de los MF que no han respondido la encuesta no podemos asegurar que no se haya producido un sesgo de selección.

Presentamos por tanto la herramienta ACPAPS, capaz de valorar si nuestra práctica clínica está centrada en el paciente, creada en el ámbito de la APS y autocumplimentable. Presentó unas elevadas fiabilidad y validez y una adecuada factibilidad, y consideramos que está lista para comenzar a utilizarse. Será su uso futuro el que vaya permitiéndonos establecer valores de referencia globales e incluso específicos para distintos perfiles de MF, sobre los cuales determinar el grado en que realizamos ACP en nuestra práctica clínica e incluso señalar aquellas áreas a modificar. Una herramienta para el crecimiento profesional del MF y para una atención médica cada vez más centrada en la persona.

Lo conocido sobre el tema

- La ACP es un valor central de la atención y la formación médica y forma parte de la esencia misma de la especialidad de MFyC.
- Actualmente no disponemos de una herramienta autocumplimentable para medir la ACP en MF.
- Las herramientas existentes no han demostrado una buena fiabilidad en nuestro medio.

¿Qué aporta este estudio?

- El cuestionario ACPAPS es una herramienta autocumplimentable de elevada fiabilidad y adecuadas validez y factibilidad, que permite valorar la ACP en atención primaria de salud.
- Entre sus aplicaciones, sería de utilidad para cambios de actitud en médicos en formación y para evaluar cambios tras intervenciones docentes concretas.
- Abre una interesante línea de investigación acerca de cómo se modifica la ACP a través de la formación MIR y con el desempeño de la profesión.

Consideraciones éticas

La investigación no ha supuesto el uso de sujetos humanos.

Financiación

El diseño y la validación del cuestionario ACPAPS no cuenta con financiación alguna, pero sí es la culminación de un proyecto de varios años de evolución, que incluye una revisión sistemática y un estudio Delphi, cuyo objetivo final es el diseño y la validación de una herramienta autoadministrada capaz de medir la calidad de la Atención Centrada en el Paciente en las consultas de atención primaria de salud. Este proyecto, que culmina con este estudio, sí que ha recibido financiación por parte de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, no habiendo sido destinados esos fondos al diseño y a la validación de la herramienta ACPAPS que presentamos en este estudio.

Autoría

Tres de los autores del estudio —José Antonio Pascual López, Juan Francisco Menarguez Puche y Juan Antonio Sánchez Sánchez— han participado en los procesos de concepción y de diseño del estudio en la recogida, análisis e interpretación de los datos, en la escritura del artículo y en su revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales de los tres autores y en la aprobación de la versión final para su publicación. María Zarza Arribas ha participado en los procesos de análisis e interpretación de datos y en la escritura del artículo. Garantizamos que todas las partes que integran el manuscrito han sido revisadas y discutidas entre todos los

autores con la finalidad de que sean expuestas con la mayor precisión e integridad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A SEMFyC por su apoyo a este proyecto plasmado en un convenio de colaboración para el diseño de un cuestionario de Atención Centrada en la Persona para Médicos de Familia. A los Doctores María González Barberá, Mario Soler Torroja y Asensio López Santiago por sus aportaciones al diseño y a la metodología de este proyecto.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2023.102739](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102739).

Bibliografía

1. Casado Vicente V. La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. Perspectiva mundial y europea. *AMF*. 2018;14:79–86.
2. Mira JJ, Gilabert M, Pérez-Jover V, Lorenzo S. Barriers for an effective communication around clinical decision making: An analysis of the gaps between Doctors and patient's point of view. *Health Expect*. 2014;17:39–82.
3. People-centred and integrated health services an overview of the evidence. Geneva: WHO; 2015.
4. Balint E. The possibilities of patient-centred medicine. *J R College Gen Pract*. 1969;17:76–269.
5. McWhinney I. The need for a transformed clinical method. En: Stewart M, Roter D, editores. *Communicating with Medical Patients*. London: Sage; 1989.
6. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-centred medicine: Transforming the clinical method*. London: Sage; 1995.
7. Levenstein JH, Mccracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 1986;3:24–30, <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/3.1.24>.
8. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman T. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. 3rd edition CRC Press; 2013, <http://dx.doi.org/10.1201/b20740>.
9. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: A review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2002;48:51–61.
10. Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menarguez Puche JF. Cuestionarios de atención centrada en la persona en atención primaria Una revisión sistemática [Questionnaires of person centered care in primary care. A systematic review]. *Aten Primaria*. 2020;52:738–49, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.004>. PMID: 31883783.
11. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: A systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med*. 2011;9:64–155.

12. Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF. ¿Cómo valorar la atención centrada en la persona según los profesionales? Un estudio Delphi. *Aten Primaria*. 2022;54:102232, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102232>.
13. Sánchez López MC. Validación de un cuestionario de competencias en medicina basada en la evidencia en médicos de familia [tesis doctoral]. Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia; 2005.
14. Martín U, González-Rábago Y. Metodología cualitativa para enfocar la mirada cuantitativa: la experiencia de los pre-test cognitivos aplicados a la Encuesta de Salud del País Vasco. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. 2019;43:137–58.
15. Carretero-Dios H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *Int J Clin Health Psychol*. 2005;5:51–21.
16. Perestelo-Pérez A, Rivero-Santana AI, González-González CJ, Bermejo-Caja V, Ramos-García D, Koatz, et al. Cross-cultural validation of the patient-practitioner orientation scale among primary care professionals in Spain. *Health Expect*. 2021;24:33–41, <http://dx.doi.org/10.1111/hex.13135>.
17. Kim YJ, Cribbie RA. ANOVA and the variance homogeneity assumption: Exploring a better gatekeeper. *Br J Math Stat Psychol*. 2018;71:1–12, <http://dx.doi.org/10.1111/bmsp.12103>. PMID: 28568313.
18. Morales Vallejo P, Urosa Sanz B, Blanco Blanco A. Construcción de escalas de actitudes tipo Likert. Madrid: La Muralla; 2003.
19. American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. Standards for Educational and Psychological Testing. Washington, DC: American Educational Research Association; 1999.
20. Downing SM. Reliability: On the reproducibility of assessment data. *Med Educ*. 2004;38:1006–12.
21. Prieto G, Delgado AR. Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*. 2010;31:67–74.
22. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sis San Navarra*. 2011;34:63–72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es
23. Nunnally J. *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill; 1978.
24. Polit D, Hungler B. *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia: JB Lippincott and Co; 1999.
25. López-Aguado M, Gutiérrez-Provecho L. ¿Cómo llevar a cabo e interpretar un análisis factorial exploratorio utilizando SPSS. *REIRE. Revista de Innovación e Investigación en Educación*. 2019;12:1–14, <http://dx.doi.org/10.1344/reire2019.12.227057>.
26. Pérez ER, Medrano L. Análisis factorial exploratorio: bases conceptuales y metodología. *Rev Argent Cienc Comport*. 2010;2:58–66.
27. Lorenzo-Seva U, Timmerman ME, Kiers HAL. The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behav Res*. 2011;46:340–64.
28. 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. *Anal Psicol*. 2014;30:1151–69 [consultado 1 May 2023]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000300040&lng=es. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
29. Bandalos DL, Finney SJ. *Factor analysis: Exploratory and confirmatory*. En: Hancock GR, Mueller RO, editores. *Reviewer's Guide to Quantitative Methods*. New York: Routledge; 2010.
30. Guadagnoli E, Velicer WF. Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychol Bull*. 1988;103:265–75.
31. McDonald RP. *Factor Analysis and Related Methods*. Hillsdale, NJ: LEA; 1985.
32. Gómez Benito J, Hidalgo M. La validez en los test, escalas y cuestionarios. La sociología en los escenarios. Centro de Estudios de Opinión. 2002.
33. George D, Mallery P. *SPSS/PC+step by step: A simple guide and reference*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company; 1995.
34. American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. Standards for Educational and Psychological Testing. Washington, DC: American Educational Research Association; 1999.
35. Prieto G, Delgado AR. Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*. 2010;31:67–74.
36. Parmenter K, Wardle J. Evaluation and Design of Nutrition Knowledge Measures. *Journal of Nutrition Education*. 2000;32:269–77.
37. Begdache L, Marhaba R, Chaar M. Validity and reliability of Food-Mood Questionnaire (FMQ). *Nutr Health*. 2019;25:253–64, <http://dx.doi.org/10.1177/0260106019870073>.
38. Park DI. Development and validation of a Knowledge, Attitudes and Practices questionnaire on COVID-19 (KAP COVID-19). *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:7493, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18147493>.
39. Esquivel Garzón N, Díaz Heredia LP. Validity and reliability of the treatment adherence questionnaire for patients with hypertension. *Invest Educ Enferm*. 2019;37:e09, <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v37n3e09>.
40. Sapp SG, Jensen HH. Reliability and Validity of Nutrition Knowledge and Diet-Health Awareness Tests Developed from the 1989-1991 Diet and Health Knowledge Surveys. *Journal of Nutrition Education*. 1997;29:63–72.
41. Utzet M, Martín U. Las encuestas online y la falsa ilusión de la n grande. A propósito de una encuesta sobre la eutanasia en profesionales médicos [Online surveys and the false illusion of the large n. On a survey on euthanasia among medical practitioners]. *Gac Sanit*. 2020;34:518–20, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.07.009>.
42. Anguita JC, Labrador JRR, Campos JD. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Aten Primaria*. 2003;31:527–38.
43. Quiles Sánchez L. Actitudes hacia la atención centrada en la persona en estudiantes de medicina [tesis doctoral]. Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia; 2021.
44. Liu W, Hao Y, Zhao X, Peng T, Song W, Xue Y, et al. Gender differences on medical students' attitudes toward patient-centred care: A cross-sectional survey conducted in Heilongjiang, China. *PeerJ*. 2019;7:e7896.
45. Shankar PR, Dubey AK, Subish P, Deshpande VY. Attitudes of first-year medical students towards the doctor patient relationship. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2006;45:196–203.
46. Hardeman RR, Burgess D, Phelan S, Yeazel M, Nelson D, van Ryn M. Medical student socio-demographic characteristics and attitudes toward patient centered care: Do race, socioeconomic status and gender matter? A report from the Medical Student CHANGES study. *Patient Educ Couns*. 2015;98:350–5.
47. Krupat E, Hiam CM, Fleming MZ, Freeman P. Patient-centeredness and its correlates among first year medical students. *Int J Psychiatry Med*. 1999;29:347–56.