

# ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO «DEVELOPING EVIDENCE-BASED PRACTICE» AL CONTEXTO DE LA ENFERMERÍA DE SALUD COMUNITARIA EN ESPAÑA Y EVALUACIÓN DE SUS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

**M<sup>a</sup> Nieves (Edurne) Zabaleta-del-Olmo**

Dipòsit legal: Gi. 1861-2014  
<http://hdl.handle.net/10803/283968>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Aquesta obra està subjecta a una llicència Creative Commons Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives licence



Universitat de Girona

## **TESIS DOCTORAL**

### **Adaptación del cuestionario**

# **«Developing Evidence-Based Practice» al contexto de la enfermería de salud comunitaria en España y evaluación de sus propiedades psicométricas**

Sra. M<sup>a</sup> Nieves (Edurne) Zabaleta-del-Olmo

Año 2014

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales, de la Educación y de la Salud

Directores

Dra. Dolors Juvinyà Canal  
Dr. Jerónimo Jurado Campos

Tutora

Dra. Dolors Juvinyà Canal

Memoria presentada para optar al título de doctora por la Universitat de  
Girona





La Dra. Dolors Juvinyà Canal y el Dr. Jerónimo Jurado Campos, de la Universitat de Girona

DECLARAN:

Que el trabajo titulado «Adaptación del cuestionario “Developing Evidence-Based Practice” al contexto de la enfermería de salud comunitaria en España y evaluación de sus propiedades psicométricas», que presenta M<sup>a</sup> Nieves (Edurne) Zabaleta del Olmo para la obtención del título de doctora, ha sido realizado bajo nuestra dirección.

Y, para que así conste y tenga los efectos oportunos, firmamos este documento.

Dra. Dolors Juvinyà Canal

Dr. Jerónimo Jurado Campos

Girona, 2 de junio de 2014



*A Felipe y Pilar, para vosotros, por vosotros, con vosotros.*

*A Javi por creer que mis ilusiones no son utopías.*



## AGRADECIMIENTOS

«Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él» (Florence Nightingale, 1820-1910)

Tal vez iniciar esta sección con una cita textual no es muy habitual, pero no podía de dejar de plasmar en este apartado de agradecimientos dos aspectos que me han ayudado a emprender y finalizar este trabajo de tesis: mi admiración por Florence Nightingale y el valor del esfuerzo.

Pero además, han sido muchas las instituciones y las personas que han participado en este proceso de formación doctoral y a las que debo mi gratitud.

Al Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Economía y Competitividad, al Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol y al Institut Català de la Salut, ya que sin su ayuda hubiera sido mucho menos factible llevar a cabo con éxito el estudio.

Al equipo investigador del proyecto Asunción Aguas Lluch, Ana Ara Pérez, Rafaela Blanco Sánchez, Lourdes Carrés Esteve, Joan Carles Contel Segura, Bibiana Escuredo Rodríguez, M<sup>a</sup> Antònia Ferriz Díaz, M<sup>a</sup> Rosa García Cerdán, Glòria Jodar Solà, Yolanda Lejardi Estevez, Núria Nuix Baqué, Àngels Ondiviela Cariteu, M<sup>a</sup> Ángeles Ríos Rodríguez y Mireia Subirana Casacuberta, porque accedieron a participar incondicionalmente en esta aventura y me ayudaron a llevarla a término.

A Carmen Ibáñez Filella, por ofrecerme de manera totalmente desinteresada sus conocimientos de filología.



A todos mis compañeros y compañeras de trabajo del IDIAP Jordi Gol, especialmente a Cecília Borau, Marc Casajuana y Laura Prats, por ser las personas que más horas me aguantan al día y ayudarme a escribir la tesis con alegría.

A mis directores de tesis la Dra. Dolors Juvinyà Canal y el Dr. Jerónimo Jurado Campos, por su compañía a lo largo del proceso y por sus siempre acertados y útiles consejos.

Por último, a las y a los más importantes, a todas las enfermeras y enfermeros del ámbito de la Atención Primaria de Salud de Cataluña que participaron en el estudio de manera voluntaria. Sin ellos sí que esta tesis no hubiera sido posible.

En el año 2008 este estudio consiguió la ayuda (PI08/90024) en la convocatoria del subprograma de proyectos de investigación en evaluación de tecnologías sanitarias y servicios de salud del Instituto de Salud Carlos III del entonces Ministerio de Ciencia e Innovación. Asimismo, el proyecto de estudio fue uno de los tres proyectos finalistas del 4º premio de investigación en Atención Primaria 2008 de la Región Sanitaria de Barcelona. La investigadora principal del proyecto fue la Sra. M<sup>a</sup> Nieves (Eduarne) Zabaleta del Olmo.



## LISTADO DE ABREVIATURAS

ACP	Análisis de componentes principales
ATS	Ayudante técnico sanitario
APS	Atención Primaria de Salud
CCI	Coefficiente de correlación intraclase
DE	Desviación estándar
DEBP	<i>Developing Evidence-Based Practice</i>
EAP	Equipo de Atención Primaria
EBNAQ	<i>Evidence-Based Nursing Attitude Questionnaire</i>
EBP-COQ	<i>Evidence-Based Practice Evaluation Competence Questionnaire</i>
EBPQ	<i>Evidence-Based Practice Questionnaire</i>
EBP	Enfermería Basada en Pruebas
IC	Intervalo de confianza
ICS	Institut Català de la Salut
IDIAP	Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin

MBP Medicina Basada en Pruebas

OMRU Ottawa *model of research use*

PARIHS *Promoting Action on Research Implementation in Health Services*

PBP Práctica basada en Pruebas

SAP Servicio de Atención Primaria

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo transdisciplinario de la práctica basada en pruebas .....	33
Figura 2. Descripción de la tasa de respuesta .....	67
Figura 3. Análisis en paralelo utilizando autovalores iniciales y aleatorios .....	82



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Competencias enfermeras para el desarrollo de la práctica basada en pruebas.....	43
Tabla 2. Descripción de algunos de los instrumentos más utilizados para medir la práctica basada en pruebas en enfermería.....	48
Tabla 3. Descripción de los cuestionarios disponibles para medir la práctica basada en pruebas validados en poblaciones de enfermeras españolas.....	49
Tabla 4. Características de las enfermeras y enfermeros participantes según si respondieron o no al cuestionario.....	68
Tabla 5. Características de las enfermeras que respondieron al total de ítems del cuestionario .....	70
Tabla 6. Estadísticos descriptivos de los 51 ítems del cuestionario DEBP adaptado .....	72
Tabla 7. Índice de discriminación de los ítems comparando las puntuaciones medias de los grupos con puntuaciones extremas.....	74
Tabla 8. Descripción de la correlación ítem-total corregida y del coeficiente alfa de Cronbach si se elimina el elemento de cada uno de los 51 ítems del cuestionario .....	78
Tabla 9. Descripción de la consistencia interna de las puntuaciones de las diferentes secciones del cuestionario adaptado y comparación del coeficiente alfa de Cronbach con el observado en las puntuaciones del cuestionario original .....	80
Tabla 10. Descripción de los resultados de las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y de Bartlett.....	81



Tabla 11. Descripción de los autovalores iniciales y de la variancia global explicada y por cada componente .....	82
Tabla 12. Análisis de los residuales de las soluciones factoriales con 13, 7, 6 y 4 componentes.....	83
Tabla 13. Cargas factoriales de la matriz rotada para el cuestionario DEBP adaptado al español: análisis de componentes principales con rotación Quartimax.....	84
Tabla 14. Correlación de los componentes y coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach).....	88
Tabla 15. Coeficiente de estabilidad temporal global y de cada uno de los componentes.....	88
Tabla 16. Comparación de las características de las enfermeras participantes en el análisis de sensibilidad al cambio de las puntuaciones del cuestionario DEBP adaptado..	90
Tabla 17. Descripción del tamaño del efecto observado en el grupo intervención y en el grupo control en la puntuación global y en cada uno de los seis componentes identificados .....	92

## GLOSARIO

**Constructo** Nombre técnico que recibe en psicometría cualquier concepto que se desea medir.

**Consistencia interna** Grado en el que todos los ítems de una escala miden el mismo constructo.

**Efecto suelo** Efecto que se produce cuando en un ítem en el que se ha previsto una escala de respuesta de varios puntos, las respuestas se acumulan en el valor inferior.

**Efecto techo** Efecto que se produce cuando en un ítem en el que se ha previsto una escala de respuesta de varios puntos, las respuestas se acumulan en el valor superior.

**Estabilidad temporal** Grado en que un instrumento produce resultados estables en el tiempo bajo el supuesto que no se ha producido ningún cambio en el constructo que se evalúa.

**Fiabilidad test-retest** (ver Estabilidad temporal)

**Fiabilidad** Grado en el que un instrumento está libre de error aleatorio.

**Reproducibilidad** (ver Estabilidad temporal)

**Sensibilidad al cambio** Capacidad de un instrumento para detectar diferencias en la magnitud de un constructo.

**Teoría clásica de los test** Teoría que comprende un conjunto de conceptos y métodos que proporcionan una base para los instrumentos de medida. Parte de que las respuestas dadas a los ítems de un test se combinan en una única puntuación total para cada sujeto.

Sus conceptos incluyen características de los ítems y de escala así como diferentes tipos de fiabilidad y validez.

**Validez de un instrumento** Hace referencia a las pruebas o argumentos disponibles que sustentan que el instrumento realmente se puede utilizar para el fin propuesto.

## ÍNDICE GENERAL

LISTADO DE ABREVIATURAS .....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xiii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xv
GLOSARIO .....	xvii
ÍNDICE GENERAL .....	19
RESUM.....	23
RESUMEN.....	25
ABSTRACT.....	27
INTRODUCCIÓN GENERAL.....	29
Origen, evolución y definición de la práctica basada en pruebas .....	30
Importancia de la práctica basada en pruebas .....	33
Desarrollo y situación actual de la práctica basada en pruebas .....	34
Barreras y elementos favorecedores para el desarrollo de la práctica basada en pruebas.....	36
Intervenciones para la implementación de la práctica basada en pruebas.....	38
Instrumentos de medida del desarrollo de la práctica basada en pruebas entre las enfermeras .....	44
OBJETIVOS .....	51
Objetivo general.....	51
Objetivos específicos.....	51
METODOLOGÍA.....	53

Diseño del estudio .....	53
Cuestionario original .....	53
Adaptación al español .....	54
Participantes .....	55
Tamaño de la muestra .....	56
Selección de la muestra .....	57
Variables de estudio.....	57
Recogida de datos y administración del cuestionario .....	59
Consideraciones éticas .....	61
Estrategias de análisis .....	61
Descripción de las respuestas y no respuestas a los ítems.....	62
Discriminación: Comparación de grupos extremos .....	63
Estructura interna .....	63
Consistencia interna y estabilidad temporal de las puntuaciones .....	64
Sensibilidad al cambio .....	65
RESULTADOS.....	67
Características de las enfermeras que completaron el cuestionario.....	69
Descripción de las respuestas y no respuestas a cada ítem.....	71
Discriminación: comparación de grupos extremos .....	74
Consistencia interna global.....	77
Pruebas basadas en la estructura interna .....	81

Correlación y consistencia interna de los componentes identificados .....	87
Estabilidad temporal.....	88
Pruebas basadas en la relación con otras variables .....	89
Sensibilidad al cambio .....	90
DISCUSIÓN.....	93
Pruebas basadas en el proceso de respuesta .....	93
Capacidad discriminativa del cuestionario adaptado .....	95
Estructura interna del cuestionario .....	95
Consistencia interna de las puntuaciones .....	96
Estabilidad temporal.....	97
Relación de las puntuaciones con otras variables.....	98
Sensibilidad al cambio .....	100
Limitaciones del estudio.....	101
Implicaciones del estudio.....	102
CONCLUSIONES GENERALES.....	105
BIBLIOGRAFÍA .....	107
ANEXO A. Cuestionario «Developing Evidence-Based Practice» adaptado .....	115
ANEXO B. Formulario de recogida de datos.....	123
ANEXO C. Modelo de carta dirigida a los directivos.....	127
ANEXO D. Modelo de la carta de presentación del cuestionario.....	129



## RESUM

**Introducció:** Disposar d'instruments de mesura del desenvolupament de la pràctica basada en proves pot contribuir a avançar en el disseny i l'avaluació d'estratègies d'implementació dirigides a la seva integració en la pràctica habitual de les infermeres. Els qüestionaris disponibles en castellà són instruments genèrics adreçats a infermeres de qualsevol àmbit sanitari i no avaluen constructes estretament relacionats amb les barreres i els elements facilitadors per al seu desenvolupament.

**Objectiu:** Adaptar el qüestionari «Developing Evidence-Based Practice (DEBP)» en la versió per infermeres de salut comunitària al context de l'atenció primària a Espanya i avaluar les seves propietats psicomètriques.

**Metodologia:** Es va realitzar la traducció, la retrotraducció i una prova pilot del qüestionari que estava format per 51 ítems: 49 de l'original més dos afegits per mesurar les competències en llengua anglesa. Durant els primers sis mesos de 2010, 513 infermeres de 255 equips i serveis d'atenció primària de Catalunya (Espanya) van participar de manera voluntària en l'estudi. Es va avaluar la consistència interna i l'estabilitat temporal de les seves puntuacions. Es va analitzar l'estructura interna mitjançant una anàlisi factorial exploratòria. Es va comprovar la relació de les seves puntuacions amb diferents variables associades a un major desenvolupament de la pràctica basada en proves. Es va avaluar la sensibilitat al canvi de les puntuacions després d'una intervenció formativa mitjançant un disseny experimental controlat.

**Resultats:** De les 513 infermeres participants, 445 (86,7 %) varen respondre els 51 ítems. L'anàlisi factorial va mostrar sis components que explicaven un 49 % de la variància total.



La consistència interna i l'estabilitat temporal varen ser satisfactòries (alfa de Cronbach i coeficients de correlació intraclasse  $>0,70$  ). Es van constatar associacions estadísticament significatives entre les puntuacions observades i les variables d'estudi . La puntuació global i la del component «habilitats per a la pràctica basada en proves» van mostrar un efecte moderat (d de Cohen= $0,65$  ) i important (d de Cohen= $0,82$  ) respectivament, després de la intervenció realitzada.

**Conclusions:** El qüestionari DEBP adaptat al context de la pràctica de la infermeria de salut comunitària en l'àmbit de l'atenció primària a Espanya presenta unes propietats psicomètriques satisfactòries, esdevenint una eina útil per mesurar el desenvolupament de la pràctica basada en proves i avaluar les barreres per a la seva implementació en aquest context. Cal continuar acumulant proves de la seva validesa en altres contextos i desenvolupar estudis que permetin conèixer la seva sensibilitat als canvis organitzatius i a les estratègies d'implementació.

**Paraules clau:** Atenció Primària de Salut, Infermeria en Salut Comunitària, Pràctica Basada en Proves, Psicometria, Qüestionaris, Reproductibilitat de resultats.

## RESUMEN

**Introducción:** Disponer de instrumentos de medida del desarrollo de la práctica basada en pruebas puede contribuir a avanzar en el diseño y la evaluación de estrategias de implementación dirigidas a su integración en la práctica habitual de las enfermeras. Los cuestionarios disponibles en español son instrumentos genéricos dirigidos a enfermeras de cualquier ámbito sanitario y no evalúan constructos estrechamente relacionados con las barreras y los elementos facilitadores para su desarrollo.

**Objetivo:** Adaptar el cuestionario «Developing Evidence-Based Practice (DEBP)» en su versión para enfermeras de salud comunitaria al contexto de la atención primaria en España y evaluar sus propiedades psicométricas.

**Metodología:** Se realizó la traducción, la retrotraducción y una prueba piloto del cuestionario, que estaba formado por 51 ítems: 49 del original más dos añadidos para medir las competencias en lengua inglesa. Durante los primeros seis meses de 2010, 513 enfermeras de 255 equipos y servicios de atención primaria de Cataluña (España) participaron de manera voluntaria en el estudio. Se evaluó la consistencia interna y la estabilidad temporal de sus puntuaciones. Se analizó la estructura interna mediante un análisis factorial exploratorio. Se comprobó la relación de sus puntuaciones con diferentes variables asociadas a un mayor desarrollo de la práctica basada en pruebas. Se evaluó la sensibilidad al cambio de las puntuaciones tras una intervención formativa mediante un diseño experimental controlado.

**Resultados:** De las 513 enfermeras participantes, 445 (86,7 %) respondieron los 51 ítems. El análisis factorial mostró seis componentes que explicaban un 49 % de la

variancia total. La consistencia interna y la estabilidad temporal fueron satisfactorias (alfa de Cronbach y coeficientes de correlación intraclase  $>0,70$ ). Se constataron asociaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones observadas y las variables de estudio. La puntuación global y la del componente «habilidades para la práctica basada en pruebas» mostraron un efecto moderado ( $d$  de Cohen= $0,65$ ) e importante ( $d$  de Cohen= $0,82$ ) respectivamente, tras la intervención realizada.

**Conclusiones:** El cuestionario DEBP adaptado al contexto de la práctica de la enfermería comunitaria en el ámbito de la atención primaria en España presenta unas propiedades psicométricas satisfactorias, por lo que representa una herramienta útil para medir el desarrollo de la práctica basada en pruebas y evaluar las barreras para su implementación en este contexto. Es necesario continuar acumulando pruebas de su validez en otros contextos y desarrollar estudios que permitan conocer su sensibilidad a los cambios organizativos y a las estrategias de implementación.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud, Cuestionarios, Enfermería en Salud Comunitaria, Práctica Basada en Pruebas, Psicometría, Reproducibilidad de Resultados.

## ABSTRACT

**Introduction:** Instruments for measuring the development of evidence-based practice can contribute to advance in the design and evaluation of strategies aimed at implementing evidence-based practice in the real-world of nursing care. Nursing questionnaires available in Spanish to date are either generic instruments directed to all healthcare environments and not designed to evaluate constructs that are rigorously associated with the barriers and incentives associated with the development of evidence-based practice.

**Objective:** To adapt the community nursing version of the “Developing Evidence-Based Practice (DEBP)” questionnaire in to the primary health care setting in Spain and to evaluate its psychometric properties.

**Methods:** The DEBP questionnaire was translated, back-translated, and pilot-tested. The final questionnaire contained 51 items, 49 from the original and two that were added to assess respondents’ ability to read and comprehend English-language publications in support of their professional development. During the first six months of 2010, 513 nurses from 255 primary health care teams in Catalunya (Spain) voluntarily participated in the study. Internal consistency and test-retest reliability were evaluated. Internal structure was analyzed by exploratory factor analysis. Associations were identified between DEBP scores and the variables related to increasing development of evidence-base practice. After a training session in a controlled experimental design, the scores’ sensitivity to change was evaluated.

**Results:** Of 513 nurses, 445 (86.7%) nurses responded to all 51 items. Factor analysis showed six components that explained 49 % of the total variance. Internal consistency and test-retest reliability were satisfactory (Cronbach's alpha and intraclass correlation coefficients  $>0.70$ ). Scores and study variables were significantly correlated. Overall score and the "skills for evidence-based practice" component score showed a medium (Cohen's  $d=0.65$ ) and a large effect (Cohen's  $d=0.82$ ), respectively, after the training session.

**Conclusions:** The DEBP questionnaire adapted to the context of community nursing practice in to primary health care setting in Spain has satisfactory psychometric properties. It is a useful tool for measuring the development of evidence-based practice and assessing the barriers for its implementation in this setting. This questionnaire needs to be further tested to determine its validity in other contexts and its sensitivity to organizational changes and implementation strategies.

**Keywords:** Community Health Nursing, Evidence-Based Practice, Primary Health Care, Psychometrics, Questionnaires, Reproducibility of Results.

## INTRODUCCIÓN GENERAL

La práctica basada en pruebas (PBP) es un proceso de toma de decisiones sobre la atención sanitaria de las personas que integra las mejores pruebas científicas disponibles; las características, estado, necesidades, valores y preferencias de las personas atendidas; y los recursos disponibles junto con la experiencia del profesional, en un determinado entorno y contexto organizativos<sup>1</sup>.

En la actualidad, la PBP es un elemento clave en la calidad y la seguridad de la atención sanitaria, en la mejora de los resultados en salud y en la disminución de los costes sanitarios<sup>2</sup>. No obstante, algunos estudios muestran que la atención sanitaria que recibe un 30 % de los pacientes no es consistente con las últimas pruebas científicas disponibles y que un 25 % de estos pacientes reciben una atención innecesaria y en ocasiones potencialmente dañina para su salud<sup>3,4</sup>.

El desarrollo de la PBP es un proceso complejo que va más allá de las habilidades de búsqueda, de la valoración crítica de las pruebas científicas y de la toma de decisiones basadas en estas pruebas<sup>5</sup>. Además, aunque las enfermeras poseen una actitud positiva hacia la PBP y consideran que es fundamental para su trabajo, existen múltiples barreras tanto de carácter individual como del contexto donde trabajan que dificultan su implementación<sup>2,6</sup>. Por lo que, aunque vivimos en un mundo en el que el acceso a la información está en «la punta de nuestros dedos»<sup>7</sup>, la integración del conocimiento científico en la práctica sigue representado un reto importante<sup>8,9</sup>.

Esta tesis desarrolla el trabajo de investigación realizado con el fin de adaptar y evaluar un instrumento de medida del desarrollo de la PBP así como de las barreras y

elementos facilitadores para su implementación entre las enfermeras de salud comunitaria del ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS) en España. Disponer de instrumentos fiables y válidos adaptados a nuestro contexto puede contribuir a avanzar en el desarrollo y evaluación de estrategias de implementación exitosas que contribuyan a integrar la PBP en la práctica clínica habitual de las enfermeras.

### **Origen, evolución y definición de la práctica basada en pruebas**

Se podría considerar a Florence Nightingale, enfermera del siglo XIX, como pionera en la toma de decisiones clínicas basadas en pruebas. Sus estudios estadísticos basados en la recogida sistemática de información ayudaron a mostrar que las tasas excesivas de mortalidad podían reducirse con una mejora de las condiciones higiénicas de los pacientes y su entorno así como de la formación de las enfermeras<sup>10</sup>.

Casi un siglo más tarde, a principios de los años 70, el médico escocés Archie Cochrane puso de manifiesto en sus publicaciones, el desafío que suponía para los sistemas públicos de salud la financiación de servicios sanitarios y cuidados de salud no fundamentados en pruebas científicas, dado que los recursos eran y serán siempre limitados<sup>11</sup>. Cochrane recomendó que se utilizaran los resultados procedentes de ensayos clínicos aleatorizados y controlados para sustentar la práctica clínica, ya que este tipo de estudios son los que aportan las pruebas científicas de mayor solidez. En reconocimiento a su trabajo y liderazgo, en 1993 se fundó *The Cochrane Collaboration*. Hoy en día, es una red internacional en la que participan más de 31 000 personas de más de 120 países, que ha elaborado más de 5000 revisiones sistemáticas y dispone del registro de ensayos

controlados aleatorizados más grande del mundo<sup>12</sup>. Su lema actual «Pruebas de confianza. Decisiones informadas. Mejor salud» describe claramente su propósito y misión.

Unos años más tarde, a mediados de los 90, Sackett y su equipo de la Universidad de McMaster (Canadá) y Ian Chalmers, fundador del centro Cochrane en Reino Unido, iniciaron el movimiento de la «medicina basada en pruebas (MBP)»<sup>13,14</sup>. Desde entonces, el paradigma de fundamentar las decisiones clínicas y organizativas en las pruebas científicas se ha ido extendiendo a múltiples disciplinas entre ellas la enfermería, la psicología, el trabajo social o la salud pública<sup>1</sup>. Del mismo modo, su definición ha ido evolucionando y si en su inicio se definió como «la utilización consciente, explícita y juiciosa de las mejores pruebas científicas disponibles en la toma de decisiones sobre la atención individual de los pacientes»<sup>14</sup>; hoy integra otros aspectos relacionados con las preferencias y valores de las personas y comunidades atendidas, la experiencia y los recursos del profesional, y el contexto y el entorno organizativo<sup>1</sup>.

En este sentido, la enfermería ha definido la llamada «enfermería basada en pruebas (EBP)». Entre las múltiples definiciones que tanto asociaciones como investigadores y líderes enfermeros han elaborado destacan las propuestas por Dicenso et al<sup>15</sup>: «un proceso mediante el cual las enfermeras toman decisiones clínicas utilizando las mejores pruebas científicas disponibles, su experiencia clínica y las preferencias del paciente en el contexto de los recursos disponibles» y por Scott y McSherry<sup>16</sup>: «un proceso por el cual las pruebas científicas, las teorías enfermeras y la experiencia clínica, son evaluadas de manera crítica y consideradas en conjunto con la participación de los pacientes con el objetivo de proporcionar a la persona unos cuidados enfermeros óptimos».

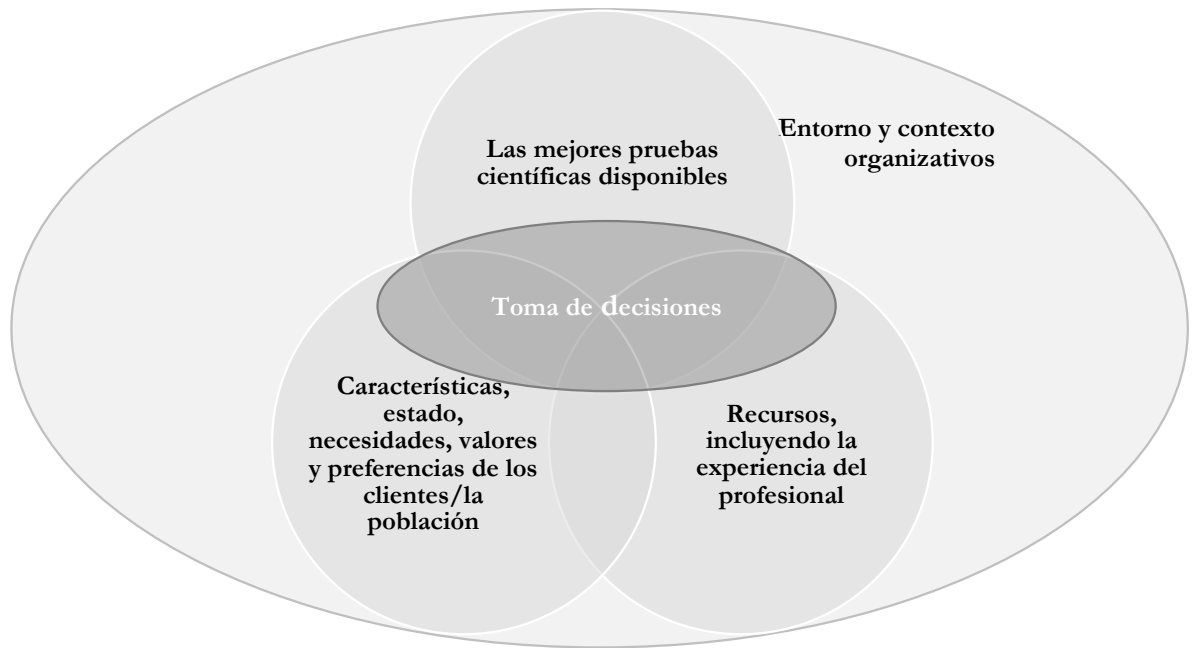


Aunque, la MBP y la EBP comparten elementos comunes, existen diferencias esenciales entre ambas<sup>17</sup>. El objeto principal de la enfermería es la persona y el de la medicina la enfermedad. Si bien, estos límites no son infranqueables y las enfermeras planifican los cuidados teniendo en cuenta los procesos de enfermedad y los médicos prestan una atención centrada en el paciente. Con todo, por norma general, cada una de las disciplinas actúa en función de sus competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) y así, las enfermeras dirigen principalmente su actividad profesional a vigilar, reducir los riesgos, anticipar las necesidades de las personas, promover la salud, mantener los procesos vitales así como mejorar el confort y la calidad de vida y por el contrario, los médicos persiguen primordialmente prevenir y tratar la enfermedad. En consecuencia, MBP y EBP pueden diferir en cuanto a enfoque, métodos y temas de investigación<sup>17</sup>.

No obstante, pese a que cada disciplina tiene un paradigma propio, en la actualidad, con el objetivo de utilizar un lenguaje común y conseguir una perspectiva transdisciplinaria se aboga por un modelo de PBP<sup>19</sup>. Éste propone un proceso de toma de decisiones que integra las mejores pruebas científicas disponibles; las características, estado, necesidades, valores y preferencias de las personas; y los recursos disponibles junto con la experiencia del profesional en la toma de decisiones en el marco de un determinado entorno y contexto organizativos (Figura 1).

La PBP es un proceso que comprende diferentes actividades o etapas, como son la formulación de la pregunta clínica, la búsqueda de información en bases de datos bibliográficas y en otras fuentes de información, la valoración crítica de la información y por último, la implementación de las pruebas científicas y la evaluación de sus resultados. Estas etapas a menudo son nombradas en la literatura científica como las 5A: *Ask*, *Access*, *Appraise*, *Apply* y *Asses*<sup>18</sup>.

**Figura 1. Modelo transdisciplinario de la práctica basada en pruebas**



Adaptado de Satterfield et al<sup>1</sup>.

### **Importancia de la práctica basada en pruebas**

La PBP en comparación con la práctica tradicional mejora la atención sanitaria ya que promueve su individualización y asegura su calidad en términos de mejores resultados en salud así como de reducción de su variabilidad y de sus costes<sup>19,20</sup>. No integrar pruebas científicas relevantes y válidas en la práctica contribuye a no maximizar sus posibles beneficios y a aumentar la posibilidad de ocasionar perjuicios importantes. Por lo que, tanto el desarrollo de las competencias básicas para llevar a cabo la PBP como la importancia de su adopción por parte de los profesionales sanitarios son aspectos altamente reconocidos a nivel mundial<sup>19,21</sup>.

Respecto a la PBP en enfermería, el metaanálisis llevado a cabo por Heater et al, muestra que los cuidados basados en las pruebas científicas mejoran un 28 % los

resultados en los pacientes en comparación a los cuidados tradicionales<sup>22</sup>. Una revisión sistemática más reciente realizada por Bolton et al<sup>23</sup>, concluye que si las enfermeras realizan sus valoraciones mediante herramientas estandarizadas, desarrollan e implementan intervenciones basadas en pruebas en base a estas valoraciones y monitorizan su efecto, su contribución será entonces medible y reconocida. Por tanto, el desarrollo de la PBP para la enfermería no sólo significa aumentar la calidad y el impacto positivo de sus cuidados sino también su visibilidad y su reconocimiento dentro de los sistemas sanitarios.

### **Desarrollo y situación actual de la práctica basada en pruebas**

La PBP, actualmente, es un fenómeno de trascendencia mundial debido a múltiples factores entre los que destacan: el aumento de los costes sanitarios, la necesidad de una reforma de los sistemas de salud, la importancia de la seguridad del paciente y la posición de éste en el centro de la atención sanitaria<sup>2,13</sup>. No obstante, su adopción por parte de los profesionales y los sistemas sanitarios sigue representando un desafío<sup>8</sup> y a día de hoy, los profesionales sanitarios continúan realizando intervenciones que no han mostrado su efectividad o incluso pueden ser perjudiciales<sup>3,4,24</sup>.

Algunos estudios muestran que los médicos tienen una actitud más positiva hacia la PBP e incorporan con más frecuencia las pruebas científicas en su práctica que las enfermeras<sup>25,26</sup>. Sin embargo, sólo alrededor de la mitad de ambos profesionales manifiesta seguir una PBP y un 64 % considera que posee conocimientos insuficientes<sup>27,28</sup>.

En relación con el desarrollo de la PBP entre las enfermeras, en los últimos años se están llevando a cabo diferentes iniciativas para promoverla con el fin de favorecer unos cuidados enfermeros coste-efectivos y de alta calidad<sup>29,30</sup>. Sin embargo, a pesar de estas iniciativas y del lugar primordial que ocupa la PBP en los objetivos de diferentes organizaciones y en las políticas sanitarias<sup>8</sup>, la práctica enfermera se sigue fundamentando mayoritariamente en la experiencia, la tradición y la intuición más que en el conocimiento empírico<sup>31-35</sup>. A este respecto, algunos estudios muestran que las fuentes de información más frecuentemente utilizadas por las enfermeras como fundamento de su práctica son: el conocimiento propio y el de sus colegas de profesión, los conocimientos adquiridos mediante la formación, la literatura enfermera y la opinión de expertos<sup>36,37</sup>. En estudios recientes se observa que aunque las enfermeras tienen en general una actitud positiva hacia la PBP su desarrollo aún es débil<sup>34,38-40</sup>. La encuesta realizada por Pravikoff et al<sup>32</sup>, en la que participaron 1097 enfermeras estadounidenses seleccionadas de manera aleatoria, muestra que alrededor de la mitad de las enfermeras no están familiarizadas con la PBP y que sólo un 27 % de ellas manifiesta conocer cómo utilizar las bases de datos bibliográficas electrónicas.

Por lo tanto la implementación de la PBP entre los profesionales sanitarios y entre las enfermeras en particular, es lenta y se encuentra muy alejada de los objetivos fijados por algunas instituciones de prestigio como el *Institute of Medicine* de EE. UU., cuya meta para el año 2020 es que el 90 % de las decisiones clínicas se fundamente en las mejores y más actuales pruebas científicas disponibles<sup>41</sup>.

## **Barreras y elementos favorecedores para el desarrollo de la práctica basada en pruebas**

Los determinantes de la adopción de la PBP por parte de los profesionales sanitarios son numerosos y multifactoriales además son consistentes entre los diferentes países y contextos<sup>28,42</sup>. Las barreras más frecuentemente identificadas tanto por médicos como enfermeras son la falta de tiempo para documentarse y de habilidades para valorar críticamente los estudios, conjuntamente con las dificultades para implementar los nuevos conocimientos en la práctica<sup>28,43-45</sup>. Por otra parte, tanto la falta de calidad metodológica y de diseminación de la investigación como, al contrario, la sobresaturación de información debida al crecimiento exponencial del conocimiento científico durante el último siglo, también son barreras frecuentemente identificadas por ambos profesionales<sup>28,46</sup>.

No obstante las enfermeras identifican barreras específicas para el desarrollo de la PBP, como son la falta de autoridad para cambiar de práctica, la dificultad para comprender los métodos estadísticos y el diseño de la investigación, el hecho de que la gran parte de las pruebas científicas estén disponibles únicamente en lengua inglesa y de que las implicaciones para la práctica de la investigación no estén claramente establecidas<sup>28</sup>. La disponibilidad de recursos, de incentivos, de enfermeras de soporte para la investigación y de liderazgo juegan un papel esencial a la hora de disminuir estas barreras<sup>32,33,47</sup>. Así como, el apoyo por parte de las organizaciones o instituciones, ya que a diferencia de otros profesionales las enfermeras no siempre disponen de la autonomía suficiente para decidir su práctica<sup>28,32,43</sup>.

Respecto a los elementos favorecedores del desarrollo de la PBP entre las enfermeras, tanto factores individuales como factores relacionados con la cultura y el contexto organizativo han mostrado asociarse con un mayor desarrollo de la PBP<sup>39</sup>.

En cuanto a los factores individuales destacan la formación académica y la experiencia profesional. La formación académica avanzada (máster y doctorado) se asocia con una mayor utilización de la PBP así como el ejercer como directivo y los años de experiencia profesional<sup>48-50</sup>. Las enfermeras con menos experiencia profesional perciben más barreras para la implementación de cambios en la práctica e identifican con más frecuencia la falta de tiempo y de recursos como las principales<sup>51</sup>.

La cultura y el contexto organizativos también juegan un papel muy importante en el desarrollo de la PBP. La cultura y los contextos organizativos favorables para la PBP propician creencias positivas hacia la misma y favorecen su implementación<sup>52,53</sup>. Aunque, en general, tanto los profesionales como las organizaciones en las que trabajan tienen una fuerte preferencia por el conocimiento práctico frente al conocimiento procedente de la investigación<sup>54</sup>. Por otra parte, la accesibilidad a una biblioteca con amplios fondos documentales de revistas enfermeras y médicas así como disponer de ordenador con acceso a Internet en el lugar de trabajo, se asocian a un mayor desarrollo de la PBP<sup>48</sup>.

Además de estos factores, el liderazgo enfermero ha mostrado tener una importante influencia en la implementación de la PBP<sup>55</sup>. Es misión del líder eficaz identificar los cambios organizativos necesarios para que la PBP pueda ser llevada a cabo<sup>56</sup>. Por otra parte, la falta de formación académica de algunos líderes enfermeros también puede representar una barrera para el proceso de implementación de la PBP ya que contribuye a que éstos posean menos conocimientos y habilidades para ejercer un rol de liderazgo en este sentido<sup>33</sup>.

Asimismo, cabe destacar que la implementación exitosa de la PBP depende la calidad metodológica de la investigación disponible. Es necesario disponer de estudios con el suficiente rigor metodológico que den soporte a la práctica clínica habitual. Un

estudio que analiza los artículos publicados desde el año 2000 hasta el 2006 en 10 revistas enfermeras de elevado impacto científico muestra que el 47 % de los estudios publicados son de carácter descriptivo<sup>57</sup>. Aunque este tipo de estudios es especialmente útil para investigar sobre aspectos o fenómenos sobre los que el conocimiento es limitado, la calidad de las pruebas científicas que aportan es muy limitada en comparación con otros diseños más enfocados a contrastar relaciones causales o a determinar el efecto de las intervenciones enfermeras. También, es importante resaltar que la investigación enfermera en comparación con otras disciplinas aún es un fenómeno incipiente y además, la publicación de sus resultados no siempre se realiza de manera adecuada por lo que las pruebas científicas disponibles para llevar a cabo la PBP aún son insuficientes<sup>57,58</sup>. Por tanto, la falta de investigación de calidad que de soporte a la PBP entre las enfermeras es una de las limitaciones más importantes y es primordial establecer estrategias que contribuyan a su impulso.

### **Intervenciones para la implementación de la práctica basada en pruebas**

Dado que los determinantes del desarrollo y la adopción de la PBP por parte de los profesionales sanitarios son multifactoriales, es necesario llevar a cabo estrategias de implementación que contemplen de manera simultánea varios factores con el fin de promover su uso. Aunque por otra parte, algunos estudios muestran que las intervenciones multifactoriales no parecen ser más efectivas que las intervenciones monofactoriales en la diseminación e implementación de guías de práctica clínica<sup>59</sup>. El éxito de la implementación de la PBP depende de la implicación y la participación de los

profesionales sanitarios, los equipos y de las organizaciones y a día de hoy sigue representado un importante desafío<sup>16</sup>.

La efectividad de las estrategias e intervenciones dirigidas a favorecer la integración de la PBP en la práctica clínica habitual aún está escasamente estudiada. En relación a la efectividad de las estructuras organizativas para fomentar la PBP entre las enfermeras, las pruebas científicas disponibles son insuficientes, principalmente porque el diseño de los estudios es inadecuado y no se han utilizado medidas fiables y válidas de su impacto<sup>60</sup>.

Respecto a la formación en PBP, los estudios disponibles no han establecido de manera clara cuales son los métodos educativos más efectivos para aumentar las competencias en este proceso. Los métodos educativos estudiados varían en cuanto a su contenido, formato y duración así como al tipo de profesional sanitario al que van dirigidos: pregraduados, residentes o clínicos. No obstante, las pruebas disponibles indican que las actividades de formación que combinan diferentes métodos (conferencias, sesiones prácticas en aulas de informática, grupos de discusión, clubs de lectura, casos clínicos y material de soporte en papel) tienen mayor probabilidad de mejorar las competencias en PBP que las actividades únicas o ningún tipo de actividad. Por tanto, es necesario desarrollar más investigación acerca de cuáles son las características más adecuadas (duración, contenido y tipo) de las actividades de formación para mejorar la efectividad de los métodos de aprendizaje de la PBP<sup>61,62</sup>.

Por otra parte, dado que la implementación de la PBP es un proceso complejo que se ha de abordar a diferentes niveles, situar este proceso dentro de un marco conceptual o modelo puede facilitarla. Los marcos conceptuales y modelos son numerosos<sup>63</sup> y provienen de diferentes campos y disciplinas como la promoción de la salud, las ciencias sociales, el desarrollo organizativo, la mercadotecnia o la educación. Así mismo, abordan



la implementación desde la perspectiva individual (aspectos relevantes para los profesionales y los pacientes) y desde el grupo o la organización.

Entre algunos de los modelos y marcos conceptuales para la implementación de la PBP más reconocidos a nivel internacional se encuentran: el modelo de Stetler, el *Ottawa model of research use* (OMRU), el *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (PARIHS) y el modelo del *Joanna Briggs Institute* (JBI).

El modelo de Stetler<sup>64</sup> tuvo su inicio a mediados de los años 70 y ha sido ampliamente utilizado en diferentes investigaciones y proyectos de implementación de la PBP<sup>63</sup>. Se trata de un modelo normativo enfocado hacia el pensamiento crítico que se puede aplicar a nivel individual, a nivel de grupos unidisciplinarios o interdisciplinarios y a nivel organizativo. El modelo más actual se basa en una secuencia de cinco etapas o fases interactivas que facilitan el uso efectivo de las pruebas científicas y otras fuentes de conocimiento: 1) preparación; 2) validación 3) evaluación y toma de decisiones; 4) traslación y aplicación; y 5) evaluación. Asimismo, el modelo integra un conjunto de herramientas y materiales para la implementación de la PBP. Entre sus limitaciones destacan su complejidad y la falta de pruebas rigurosas acerca de su validez y efectividad<sup>63</sup>.

El OMRU<sup>65</sup> se trata de un modelo pragmático y dinámico que incluye un amplio marco interdisciplinario de elementos relacionados con el proceso de integración de la investigación de rigor en la práctica. El principio fundamental del modelo es que las intervenciones adaptadas a las barreras específicas para la PBP son más exitosas. Esta idea es consistente con los resultados de una reciente revisión Cochrane<sup>66</sup>. OMRU comprende seis elementos: 1) las innovaciones informadas por la investigación; 2) los usuarios potenciales; 3) el entorno de la práctica; 4) las estrategias de implementación para transferir las pruebas científicas a la práctica; 5) la adopción de la innovación y 6) los resultados. El primer paso del OMRU es la valoración los tres primeros elementos: la

innovación, los usuarios potenciales y el entorno de la práctica. A este paso le sigue la monitorización las estrategias de implementación y la adopción, cuarto y quinto elementos. Y el último paso es la evaluación del sexto elemento: los resultados. Se trata de un modelo claro e intuitivo que asegura un proceso transparente y reproducible. Asimismo ayuda a disminuir las barreras para la implementación ya que involucra a los profesionales en el diseño de las intervenciones de implementación. No obstante, aún no está suficientemente evaluado<sup>63</sup>.

PARIHS fue desarrollado con el objetivo de explicar el éxito o el fracaso de un proyecto de implementación de la PBP y propone tres elementos interactivos que lo condicionan: las pruebas científicas, el contexto y la facilitación<sup>67</sup>. Una implementación exitosa será más probable cuando: a) las pruebas científicas se consideran conjuntamente con las creencias del profesional y el paciente; b) el contexto es receptivo a la implementación y c) existen mecanismos que facilitan la implementación<sup>29</sup>. Se trata de un modelo que puede ser utilizado tanto para implementar la PBP como para la investigación en implementación<sup>63</sup>. No obstante, en una revisión crítica realizada por Helfrich et al<sup>68</sup> se concluye que PARIHS es un marco conceptual habitualmente utilizado para el análisis de los resultados de una implementación y que no se han realizado estudios que lo utilicen de una manera prospectiva para diseñar estrategias de implementación. Asimismo los autores concluyen que es necesario mejorar la definición de los conceptos que lo definen y la naturaleza de las relaciones de los mismos. Así las cosas, aunque se trata de un marco conceptual flexible e intuitivo aún es necesario desarrollar más investigaciones acerca de su validez.

Otro de los modelos más utilizados para fomentar el desarrollo de la PBP es el del *Joanna Briggs Institute (JBI)*<sup>69</sup>. Este modelo conceptualiza la PBP como la toma de decisiones clínicas en base a las mejores pruebas científicas disponibles, el contexto donde

se realiza, las preferencias de los pacientes y el juicio clínico del profesional sanitario. Es decir, en base a los cuatro elementos clave de la PBP (Figura 1). Dicho modelo identifica cuatro componentes principales del proceso de PBP: 1) la generación; 2) la síntesis; 3) la transferencia y 4) la utilización de las pruebas científicas. Este es el modelo que ha adoptado la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii, del Instituto de Salud Carlos III en colaboración con el *Joanna Briggs Institute*<sup>70</sup>. Entre las estrategias dirigidas por esta unidad destacan, la convocatoria de centros comprometidos con la excelencia en cuidados para la implantación, evaluación y difusión de guías de buenas prácticas así como la realización de simposios y de diferentes actividades de formación. No obstante, el modelo del JBI no es un modelo exhaustivo de implementación de la PBP sino más de bien lo que persigue es establecer un marco dirigido a las necesidades de los profesionales sanitarios con el fin de dar soporte a su práctica con las mejores pruebas científicas disponibles<sup>63</sup>.

Otra de las estrategias que puede contribuir a impulsar la PBP es la definición de competencias específicas para su desarrollo. De esta manera tanto las instituciones sanitarias como las docentes pueden integrarlas en sus políticas y así contribuir a que los profesionales las adquieran tanto en las etapas de pregrado como de postgrado. A este respecto, recientemente un grupo de siete líderes estadounidenses en PBP<sup>20</sup> ha llevado a cabo un estudio mediante técnica Delphi en el que participaron 80 enfermeras. En este estudio se identifican y consensúan un total 24 competencias, 13 para las enfermeras graduadas y 11 adicionales para las enfermeras de práctica avanzada (ver Tabla 1).

**Tabla I. Competencias enfermeras para el desarrollo de la práctica basada en pruebas (PBP)**

Número y descripción de las competencias
<b>Competencias en PBP para enfermeras graduadas</b>
1. Cuestiona la práctica clínica con el propósito de mejorar la calidad de la atención.
2. Describe los problemas clínicos utilizando las pruebas internas.*(Pruebas internas*=pruebas generadas internamente en un entorno clínico, tales como los datos de valoración del paciente, los resultados de gestión, y de mejora de calidad)
3. Participa en la formulación de preguntas clínica utilizando el formato PICOT.* (PICOT=Población, intervención o área de interés, intervención o grupo comparado, resultado, tiempo)
4. Busca pruebas científicas externas* para responder preguntas clínicas. (*Pruebas científicas externas=pruebas generadas a partir de la investigación)
5. Participa en la valoración crítica de síntesis o sumarios de pruebas (guías de práctica clínica, protocolos, sinopsis,...)
6. Participa en la valoración crítica de estudios de investigación publicados para determinar su rigor metodológico y su aplicabilidad en la práctica clínica
7. Participa en la evaluación y síntesis de un conjunto de pruebas científicas con el fin de determinar su rigor metodológico y su aplicabilidad en la práctica clínica
8. Recopila los datos de la práctica clínica (por ejemplo, los datos de pacientes, los datos de mejora de calidad) sistemáticamente como prueba interna para la toma de decisiones clínicas en el cuidado de las personas, grupos y poblaciones
9. Integra las pruebas obtenidas de fuentes externas e internas con el fin de planificar los cambios de la práctica basada en pruebas
10. Implementa cambios en la práctica clínica en base a las pruebas disponible, la experiencia clínica y las preferencias del paciente con el fin de mejorar los procesos de atención y resultados en los pacientes
11. Evalúa los resultados de las decisiones basadas en la PBP y los cambios de práctica en los individuos, grupos y poblaciones para determinar las mejores prácticas
12. Difunde las mejores prácticas basadas en pruebas con el fin de mejorar la calidad de la atención y los resultados en el paciente.
13. Participa en las estrategias para mantener una cultura de PBP
<b>Competencias en PBP adicionales para las enfermeras de práctica avanzada</b>
14. Lleva a cabo sistemáticamente una búsqueda exhaustiva de las pruebas científicas disponibles para responder a preguntas clínicas.
15. Evalúa críticamente las fuentes secundarias de pruebas (es decir, las guías de práctica clínica, resúmenes, sinopsis, síntesis de la pruebas científicas externas relevante) y las primarias, incluyendo la evaluación y la síntesis.
16. Integra un cuerpo de pruebas externas del campo de la enfermería y de pruebas internas en la toma de decisiones clínicas
17. Lidera equipos transdisciplinarios en la aplicación de síntesis de pruebas para la toma de decisiones clínicas y los cambios de práctica con el fin de mejorar la salud de las personas, los grupos y las poblaciones
18. Genera pruebas internas a través de la gestión de resultados y la implementación de proyectos de PBP con el fin de integrar las mejores prácticas.
19. Mide los procesos y los resultados de las decisiones clínicas basadas en pruebas
20. Formula directrices y procedimientos de PBP
21. Participa en la generación de pruebas científicas externas con otros profesionales sanitarios
22. Guía a otros en la toma de decisiones basadas en pruebas y en el proceso de PBP
23. Implementa estrategias que mantienen una cultura de PBP
24. Comunica las mejores pruebas científicas a las personas, grupos, colegas y responsables de las políticas

\*Adaptado de Melnyk et al<sup>20</sup>.

Estas competencias se ofrecen como herramientas para guiar el desarrollo profesional de las enfermeras y de las organizaciones en las que trabajan. Asimismo identifican un conjunto de estrategias tanto individuales como organizativas para promover una cultura y un contexto favorable para el desarrollo de la PBP. Entre las

estrategias organizativas destacan: la recomendación de proporcionar sistemas y recursos que apoyen la integración y el uso de las competencias en PBP; la disponibilidad de enfermeras mentoras en PBP; el acceso a fuentes documentales y la redefinición de puestos de trabajo que incluya las competencias en PBP. Sin duda consensos nacionales como éste pueden ayudar a impulsar el desarrollo de la PBP entre las enfermeras, aunque dado que es una iniciativa reciente aún está por ver su impacto y trascendencia a nivel de EE. UU. y otros países.

### **Instrumentos de medida del desarrollo de la práctica basada en pruebas entre las enfermeras**

La evaluación del grado de éxito de una estrategia de implementación requiere la medida de diversos constructos como son la adopción, la aceptabilidad, la adecuación, la factibilidad, la fidelidad, la penetración y la sostenibilidad<sup>71</sup>. Una evaluación adecuada y sistemática de la implementación contribuye a mejorar el conocimiento sobre los aspectos más ligados a una implementación exitosa y por ello, a avanzar en el campo del conocimiento acerca de la investigación en implementación. La valoración de una buena parte de estos constructos se basa fundamentalmente en datos autoinformados. Por lo que, se suelen utilizar frecuentemente técnicas de la metodología de investigación cualitativa (grupos focales o entrevistas); no obstante, la encuesta es una de las metodologías más ampliamente utilizadas.

En la realización de encuestas es imprescindible utilizar instrumentos que proporcionen medidas válidas y fiables. La disponibilidad de instrumentos para medir el desarrollo de la PBP es muy amplia, aunque la mayoría de ellos únicamente están

disponibles en lengua inglesa<sup>72,73</sup>. Entre los cuestionarios más utilizados destacan la escala de Estabrooks<sup>74</sup>, la escala *BARRIERS* de Funk et al<sup>75</sup> y el *Evidence-Based Practice Questionnaire* (EBPQ) de Upton y Upton<sup>76</sup>. Las características principales de estos tres instrumentos se muestran en la Tabla 2. La escala de Estabrooks<sup>74</sup> se desarrolló para medir el grado y el nivel de utilización de la PBP por parte de las enfermeras. La escala *BARRIERS*<sup>75</sup> se trata de un instrumento para identificar las barreras para la utilización de la investigación en la práctica. El EBPQ<sup>76</sup> es un cuestionario diseñado para medir la actitud de los profesionales sanitarios, en general, hacia la PBP así como sus conocimientos y habilidades al respecto; aunque se ha utilizado mayoritariamente en estudios en los que participaban enfermeras.

Sólo el EBPQ<sup>76</sup> y la escala *BARRIERS*<sup>75</sup> están adaptados al contexto español<sup>77-79</sup> y ambos son instrumentos genéricos dirigidos a enfermeras de cualquier ámbito sanitario. Además de éstos instrumentos existen dos cuestionarios originales en español, contruidos por Ruzafa-Martinez et al<sup>80,81</sup>. Son el *Evidence-Based Nursing Attitude Questionnaire* (EBNAQ) y el *Evidence Based Practice Evaluation Competence Questionnaire* (EBP-COQ), diseñados para medir actitudes y competencias respecto a la PBP y validados en una muestra de enfermeras de salud comunitaria y estudiantes de enfermería respectivamente. Las características principales de estos cuatro instrumentos se muestran en la Tabla 3.

La escala *BARRIERS* presenta una consistencia interna global óptima tanto en su versión original como en la versión adaptada al español; sin embargo, alguna de sus subescalas muestra una consistencia interna débil en ambas versiones. Por otra parte, su validez es dudosa y no existen pruebas que sustenten su utilidad para la planificación de estrategias de implementación<sup>82</sup>. Respecto al EBPQ, la consistencia interna de las

puntuaciones tanto del cuestionario original como el adaptado es satisfactoria; no obstante, sólo 19 de los 24 ítems del cuestionario original mostraron ser equivalentes en ambas versiones y tanto la estabilidad temporal como la sensibilidad al cambio de sus puntuaciones no están evaluadas adecuadamente<sup>79,83</sup>. Los cuestionarios EBNAQ y EBP-COQ<sup>79-81,83</sup> han sido testados con un buen número de pruebas de validez (análisis factorial, relación con otras variables y validez discriminante) asimismo la consistencia interna de sus puntuaciones, global y de cada una de sus subescalas, es óptima. Sin embargo, no está documentada su estabilidad temporal y su sensibilidad al cambio. Por tanto, no se dispone de ningún instrumento en lengua española que mida específicamente el desarrollo, las barreras y los elementos facilitadores de la PBP en el ámbito de la enfermería de salud comunitaria.

En los últimos años, Gerrish et al<sup>84</sup> han desarrollado en el Reino Unido, el “Developing Evidence-Based Practice” (DEBP). Este instrumento, basado en la escala de Estabrooks<sup>72,74</sup> permite, en sus dos versiones, medir aspectos relacionados con las barreras y elementos facilitadores para la implementación de la PBP ya sea en el ámbito hospitalario o comunitario en función de la versión que se utilice. Sus propiedades psicométricas analizadas tras su administración a 1279 enfermeras sugieren que puede ser un instrumento válido y fiable.

En resumen, la adaptación del cuestionario DEBP al contexto de la enfermería de salud comunitaria en España ayudaría a disponer de un instrumento que permitiría identificar cuáles son las intervenciones prioritarias para el impulso al desarrollo de la PBP en esta disciplina y lo que es más importante, a medir su impacto. Por otra parte, el hecho de demostrar que el cuestionario adaptado posee unas propiedades psicométricas satisfactorias contribuiría a acumular pruebas y a desarrollar argumentos que consoliden la

relevancia del cuestionario original<sup>84</sup> como instrumento de medida del desarrollo de la PBP.



**Tabla 2. Descripción de algunos de los instrumentos más utilizados para medir la práctica basada en pruebas en enfermería**

Instrumento	Participantes	País	Constructos que mide	Tasa de respuesta	Pruebas de validez	Pruebas de fiabilidad
BARRIERS Scale <sup>75</sup>	1989 enfermeras de la <i>American Nursing Association</i>	EE. UU.	Barreras para la utilización de la investigación en la práctica	40,0 %	- Revisión ítems por expertos piloto. - Análisis de la estructura mediante un análisis de componentes principales (4 componentes).	-Consistencia interna global ( $\alpha=0,91$ ) y subescalas ( $\alpha=0,65-0,80$ ) - Estabilidad temporal ( $r=0,63-0,83$ )
Escala de Estabrooks <sup>74</sup>	1500 enfermeras	Canadá	Utilización de la investigación	40,7 %	- Prueba piloto con una muestra de conveniencia (n=23). - Revisión ítems por expertos - Análisis de la estructura mediante un modelo de ecuaciones estructurales	- Consistencia interna subescalas ( $\alpha=0,77-0,91$ )
Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ) <sup>76</sup>	751 enfermeras	Reino Unido	Conocimiento, práctica y actitudes hacia la PBP	75,1 %	- Análisis de la estructura mediante una análisis de componentes principales (3 componentes). - Relación con otras variables	- Consistencia interna global ( $\alpha=0,87$ ) - Consistencia interna de las subescalas ( $\alpha=0,79-0,91$ )

**Tabla 3. Descripción de los cuestionarios disponibles para medir la práctica basada en pruebas validados en poblaciones de enfermeras españolas**

Autores	Participantes	Comunidad autónoma	Adaptación de	Tasa de respuesta	Pruebas de validez	Pruebas de fiabilidad
Evidence- Based Practice Questionnaire (EBPQ) <sup>79</sup>	289 enfermeras	- Andalucía y región de Murcia	-Upton y Upton, 2006 <sup>76</sup>	88,9 %	- Análisis factorial exploratorio y confirmatorio	- Consistencia interna de las subescalas ( $\alpha=0,722-0,916$ ).
Escala BARRIERS <sup>77,78</sup>	854 enfermeras asistenciales y 69 enfermeras investigadoras en activo	- El total de comunidades autónomas de España	- Funk et al, 1991 <sup>75</sup>	83,2 % en las enfermeras asistenciales y 80,2 % en las investigadoras	/	- Consistencia interna global ( $\alpha=0,842$ ). - Consistencia interna de las subescalas ( $\alpha=0,523-0,728$ ).
Evidence-Based Nursing Attitude Questionnaire (EBNAQ) <sup>80</sup>	219 enfermeras de salud comunitaria	- Región de Murcia	Original	81,1 %	- Análisis factorial exploratorio - Relación con otras variables - Validez discriminante	- Consistencia interna global ( $\alpha=0,853$ ). - Consistencia interna de las subescalas ( $\alpha=0,63-0,86$ ).
Evidence Based Practice Evaluation Competence Questionnaire (EBP-COQ) <sup>81</sup>	261 estudiantes de enfermería	- Región de Murcia	Original	80,3 %	- Análisis factorial exploratorio - Relación con otras variables - Validez discriminante	- Consistencia interna global ( $\alpha=0,888$ ). - Consistencia interna de las subescalas ( $\alpha=0,756-0,840$ ).



# **OBJETIVOS**

## **Objetivo general**

El objetivo general fue adaptar el cuestionario DEBP en su versión para enfermeras de salud comunitaria al contexto de la APS en España y evaluar sus propiedades psicométricas.

## **Objetivos específicos**

Los objetivos específicos fueron:

- Realizar los procesos que aseguraran la equivalencia semántica, normativa y conceptual de ambos cuestionarios.
- Determinar la capacidad discriminativa de los ítems del cuestionario adaptado.
- Identificar la estructura del cuestionario adaptado que mejor resumiera sus puntuaciones.
- Determinar la consistencia interna y la estabilidad temporal de las puntuaciones del cuestionario adaptado.
- Determinar la sensibilidad al cambio de las puntuaciones del cuestionario adaptado.



# **METODOLOGÍA**

## **Diseño del estudio**

El desarrollo del estudio se basó en un diseño de adaptación y validación de cuestionarios fundamentado en la Teoría Clásica de los Test<sup>85</sup>.

## **Cuestionario original**

El cuestionario DEBP<sup>84</sup> en su versión para enfermeras de salud comunitaria es autoadministrable y consta de 49 ítems puntuados mediante escala tipo Likert con valores numéricos de 1 hasta 5, acompañados de cinco anclajes verbales, además incluye tres preguntas abiertas. Se divide en cinco secciones que contienen ítems que miden aspectos relacionados con: conocimientos en los que se basa la práctica enfermera habitual (sección 1: 22 ítems); barreras (sección 2: 10 ítems) y habilidades (sección 5: 8 ítems) para buscar y evaluar las fuentes de pruebas disponibles así como las barreras (sección 3: 5 ítems) y los elementos facilitadores (sección 4: 4 ítems) para implementar cambios en la práctica. En la sección 4 los anclajes verbales se encuentran en dirección opuesta al resto de secciones con el objetivo de reducir la negatividad aparente de los ítems.

## **Adaptación al español**

Antes de iniciar el proceso de adaptación se informó a las autoras del cuestionario original<sup>84</sup> del propósito del estudio y se solicitó su permiso para la adaptación, invitándolas a participar en el proceso si así lo deseaban. Las autoras del cuestionario dieron su consentimiento y facilitaron una copia del cuestionario original.

El proceso de adaptación se realizó en cinco etapas y se basó en las recomendaciones de grupos de expertos en el campo de la adaptación de cuestionarios<sup>86-88</sup>. En una primera etapa, el cuestionario original se tradujo de la lengua inglesa a la española por dos traductoras bilingües cuya lengua nativa era la española. Una de ellas era enfermera, con el objetivo de conseguir una mayor equivalencia de la traducción, y la otra traductora profesional. Se tradujeron las instrucciones para completar el cuestionario, los ítems y los anclajes verbales. Cada traductora realizó la traducción de manera independiente. Asimismo, registraron la dificultad que les había representado traducir cada ítem y los anclajes en una escala del 0 (ninguna dificultad) al 10 (muchoa dificultad) además de los comentarios que consideraron pertinentes en relación con el proceso de traducción. Como resultado de esta etapa se obtuvieron dos traducciones la T1 y la T2. En la segunda etapa, ambas traducciones se sometieron a revisión por consenso entre ambas traductoras y el equipo investigador, con el objetivo de conseguir una única versión (T12) consensuada en lengua española, la documentación de las dificultades agilizó la identificación de los aspectos más problemáticos. La tercera etapa consistió en la retrotraducción de la versión T12 al idioma inglés de manera independiente por otras dos traductoras profesionales bilingües, cuya lengua materna era la inglesa. En esta etapa se obtuvieron dos retrotraducciones la BT1 y la BT2. También se realizó un informe de las

dificultades e incidencias de cada una de las retrotraducciones. En una cuarta etapa, un comité de expertos compuesto por el equipo investigador, las cuatro traductoras y una filóloga hispánica, revisó el cuestionario original y cada una de las cinco versiones (T1, T2, T12, BT1 y BT2) así como cada uno de los informes. Este comité evaluó la equivalencia de cada uno de los ítems en ambos idiomas. Se tuvo en cuenta la equivalencia semántica (significado equivalente de las palabras, dificultades gramaticales en la traducción), idiomática (coloquialismos, expresiones equivalentes en español) y conceptual. Se identificaron, analizaron y solucionaron las discrepancias ítem por ítem y respuesta por respuesta y se consensó una versión preliminar del cuestionario final. Ésta estaba formada por los 49 ítems del cuestionario original y dos nuevos ítems añadidos que evaluaban aspectos (barreras y habilidades) relacionados con la lengua inglesa, 51 ítems en total. Por último, en una quinta etapa, se realizó una prueba piloto administrando el cuestionario preliminar a 50 enfermeras representativas de los diferentes perfiles de la práctica enfermera en el ámbito de la APS. Se evaluó su aceptabilidad, comprensión y factibilidad además de analizar sus resultados (distribución de las respuestas, proporción de preguntas sin respuesta,...). Tras realizar la prueba piloto no fue preciso introducir ninguna modificación en la versión preliminar y ésta pasó a ser la versión definitiva. En el Anexo A se incluye el cuestionario en el formato original que se utilizó para la realización del estudio.

## **Participantes**

Se solicitó la participación voluntaria al total de enfermeras que desempeñaban funciones propias de su profesión, asistenciales o de gestión, en cualquiera de los 287 equipos de



Atención Primaria (EAP) y de los 27 Servicios de Atención Primaria (SAP) pertenecientes al Institut Català de la Salut (ICS), durante los meses de enero a junio de 2010. Se excluyeron todas las enfermeras que ejercían otras profesiones (medicina, psicología, trabajo social,...) y las que pertenecían al equipo de investigación del presente proyecto.

### **Tamaño de la muestra**

Los datos necesarios para el cálculo del tamaño de la muestra para cada una de las pruebas de fiabilidad y validez planificadas se basaron en los resultados aportados por las autoras de cuestionario original.

Para las pruebas de consistencia interna, se utilizó la fórmula propuesta por Streiner y Norman<sup>89</sup>. Se calculó que se requería una administración completa del cuestionario a un mínimo de 296 enfermeras para poder estimar un coeficiente de fiabilidad de consistencia interna superior o igual a 0,70, asumiendo un riesgo alfa bilateral de 0,05. El cálculo se realizó en base a la sección con menor número de ítems del cuestionario.

Para las pruebas de estabilidad temporal, se estimó que se necesitaba una administración completa del cuestionario como mínimo a 17 participantes en dos ocasiones para detectar un coeficiente de correlación intraclase superior o igual a 0,70 entre ambas administraciones, considerando un valor alfa de 0,05 y una potencia del 90% en un contraste bilateral.

Respecto a las pruebas basadas en la estructura interna, se estimó que se precisaba una administración completa del cuestionario a 490 personas (número de personas 10

veces superior al número de ítems) para poder realizar con ciertas garantías un análisis factorial de los ítems.

En cuanto a las pruebas de sensibilidad al cambio, aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,20 en un contraste bilateral, se estimó que se necesitaba una administración completa del cuestionario en dos ocasiones (antes-después) como mínimo a 38 personas en el grupo intervención y 38 en el grupo control para detectar una diferencia promedio entre la puntuación basal y la final superior o igual a 7,5 puntos entre ambos grupos. Este cambio se corresponde a media desviación estándar basal del conjunto de sujetos y se considera un cambio moderado. Se asumió que la desviación estándar común era de 15 puntos y el coeficiente de correlación entre la medida inicial y final era 0,7.

### **Selección de la muestra**

La selección muestral se realizó sólo en las pruebas que requerían más de una administración del cuestionario a una misma persona (estabilidad temporal y sensibilidad al cambio), en éstos casos el método elegido fue el muestreo aleatorio simple a partir del total de cuestionarios recibidos en la primera administración.

### **Variables de estudio**

Se elaboró un formulario *ad hoc* (ver Anexo B) para recoger un conjunto de variables directa e indirectamente relacionadas con las barreras o elementos facilitadores para la

PBP más frecuentemente documentadas en la literatura. Este formulario recogía las siguientes variables:

- Edad y sexo
- Tipo de trabajo realizado (asistencial; gestión o ambos)
- Tipo de población atendida predominantemente, sólo si realizaba asistencia (adultas; infantil o ambas)
- Formación académica (año de finalización de la diplomatura en enfermería o su equivalente, realización de otras diplomaturas o licenciaturas, especialidades y formación de postgrado realizada)
- Experiencia profesional en el campo de la APS (años trabajados)
- Experiencia como docente en el último año
- Número de sesiones científicas que han realizado en su lugar de trabajo en los últimos tres meses y grado de asistencia a estas sesiones
- Formación en búsqueda bibliográfica y documental y conocimiento sobre la forma de acceso a los fondos documentales de su institución o empresa
- Número de artículos científicos que ha leído en el último mes y horas dedicadas a la lectura científica en la última semana
- Número de congresos/jornadas a los que asistió en el último año; disponibilidad de acceso a Internet en el lugar de trabajo y en casa así como el número de horas que dedica a consultar información científica en Internet a la semana
- Participación como investigador/a en un proyecto de investigación
- Nivel de conocimiento de la lengua inglesa
- Calidad de vida laboral global percibida.

## **Recogida de datos y administración del cuestionario**

Se envió una carta personalizada dirigida a los directivos de los EAP y SAP, explicándoles el objetivo del estudio y su importancia, así como el número de respuestas necesarias para que los resultados fueran válidos. Para poder llevar a cabo el estudio se precisaba que la participación no fuera anónima, por ello en la carta también se explicitaba el compromiso de confidencialidad de los datos y se describía cuál sería su uso, recalcando la imposibilidad de identificar a ningún participante una vez obtenidos los resultados del estudio. En el Anexo C se muestra el modelo de carta que se utilizó.

La carta se envió mediante correo interno e iba firmada por la investigadora principal del proyecto. Junto con la carta se envió el formulario de recogida de datos (ver Anexo B), que los directivos tenían que distribuir entre las enfermeras. El formulario contenía los campos necesarios para su registro como participantes en el estudio (nombre completo, centro donde trabaja y dirección postal, teléfono de contacto y correo electrónico) y para recoger las variables individuales. Tanto la carta como el formulario estaban impresos en papel con el logo del *Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària* (IDIAP) Jordi Gol y se retornaron al equipo investigador mediante correo interno en sobre cerrado.

Una vez identificados los/as participantes y confirmada su inclusión en el estudio y la ausencia de criterios de exclusión, se les asignó un código alfanumérico que sirvió como identificador durante todo el proceso de participación para garantizar la confidencialidad de la información. Cada participante recibió mediante correo interno un

sobre personalizado con el siguiente contenido: la carta de presentación del cuestionario (objetivos, promesa de confidencialidad, necesidad de no anonimato, utilización de los datos y resultados e incentivos) cuyo modelo se muestra en el Anexo D, el cuestionario, instrucciones para su cumplimentación y un sobre autofranqueado para retornar el cuestionario bien por correo postal o por correo interno según deseo del participante.

Se ofreció como incentivo para fomentar la participación en el estudio el sorteo de plazas para un curso sobre PBP de ocho horas de duración entre las enfermeras que completasen su participación. Dos o tres semanas después del primer envío se envió una nueva carta sólo a los/as participantes que no habían enviado su respuesta, incluyendo en ésta el mismo contenido que en el primer envío. Por último, a los dos meses del primer envío se llamó por teléfono a los/as participantes que todavía no habían respondido, haciendo especial énfasis en la importancia de su participación.

El cuestionario se administró nuevamente a los/as participantes seleccionados para las pruebas de estabilidad temporal al cabo de 7-14 días de haber respondido el cuestionario, tiempo considerado suficiente para que no se hubieran producido cambios y al mismo tiempo no recordasen sus respuestas<sup>89</sup>.

Para las pruebas de sensibilidad al cambio, los participantes en la encuesta se asignaron aleatoriamente al grupo intervención y control. La intervención consistió en una actividad de formación presencial en grupos de aproximadamente 20 personas de ocho horas de duración dirigida a mejorar la búsqueda, identificación, valoración e implementación de las pruebas científicas disponibles. Dicha intervención se realizó por expertos en PBP. Se administró nuevamente el cuestionario a ambos grupos al cabo de un mes de haber finalizado la intervención. Completada la última administración del

cuestionario se ofreció la actividad de formación a los participantes asignados al grupo control.

### **Consideraciones éticas**

El retorno del cuestionario una vez completado, se consideró como indicación de consentimiento de participación en el estudio. Para garantizar la confidencialidad de los datos, la información se introdujo en dos bases de datos independientes y relacionadas mediante el código alfanumérico individual de identificación de los/as participantes: la primera contenía los datos de filiación junto con las variables individuales y la segunda la información sobre las puntuaciones obtenidas con la administración del cuestionario identificada exclusivamente mediante el código alfanumérico. Sólo la doctoranda tenía acceso a la primera base de datos. El estudio contó con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol

### **Estrategias de análisis**

Previamente a la realización de los análisis se recodificaron los ítems inversos de la sección 4. Las respuestas fueron tratadas como una escala de cinco puntos, asignando el valor «1» a la puntuación más baja y el «5» a la más alta. Una puntuación elevada indicaba un mayor desarrollo de la PBP, menos barreras y más presencia de elementos facilitadores y habilidades.

Se compararon las características individuales de las enfermeras que completaron su participación versus las que no lo hicieron mediante pruebas de ji-cuadrado en el caso de las variables categóricas y de la t de Student o su correspondiente no paramétrica en el caso de las cuantitativas. Para establecer la asociación entre las puntuaciones del cuestionario y las variables de estudio se utilizaron las pruebas t de Student o el análisis de la variancia en el caso de las variables categóricas y el coeficiente de correlación de Pearson en el caso de las cuantitativas.

### **Descripción de las respuestas y no respuestas a los ítems**

Se calcularon los índices estadísticos de posición y dispersión de cada ítem así como el patrón de datos omitidos. Para evaluar la variabilidad de las puntuaciones se estudiaron los efectos techo y suelo. El «efecto suelo» es el fenómeno que se produce al agruparse un porcentaje de las respuestas a determinado ítem en la parte inferior de la escala. El «efecto techo» se refiere al mismo fenómeno con los valores más elevados de la escala. Se consideró que existía alguno de estos efectos cuando el porcentaje de respuestas que se agrupaban en el valor más elevado de la escala o en el más inferior era igual o mayor del 15 %<sup>87,90</sup>. Asimismo, se consideró que la variabilidad de la distribución de las respuestas era substancial cuando los valores de la desviación estándar (DE) de las puntuaciones en cada ítem eran cercanos a 1<sup>91</sup>.

### **Discriminación: Comparación de grupos extremos**

Para determinar la capacidad discriminativa de los ítems se calculó el índice de discriminación basado en la comparación de las respuestas a los ítems de grupos extremos. Para ello se seleccionó el 33 % de participantes con puntuación total superior y el 33 % con inferior. En cada uno de estos grupos se calculó la media de cada ítem y la diferencia entre ambas medias. El fundamento de este índice consiste en que las respuestas a los ítems deben guardar relación con la puntuación total y por ello, los participantes con puntuaciones totales altas deberían escoger categorías de respuesta más altas en los ítems, y viceversa, los participantes con puntuaciones totales bajas escogerían categorías de respuesta bajas.

### **Estructura interna**

El análisis de la estructura interna del cuestionario se llevó a cabo mediante el análisis de componentes principales (ACP), dado que el principal objetivo era determinar cuál era el número de componentes que mejor resumía la información contenida en el conjunto de ítems<sup>92</sup>.

Se exploraron los datos para valorar si era factible su realización. Se examinó la matriz de correlaciones para determinar la fuerza de la relación entre los ítems. Se estimó el determinante de la matriz para determinar si se trataba de una matriz singular (no tiene matriz inversa). Se descartó la hipótesis de que todas las correlaciones eran cero (matriz de



identidad) mediante la prueba de Barlett y se comprobó la adecuación del tamaño muestral mediante el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y los valores de la diagonal de la matriz antiimagen.

Para determinar el número de componentes a extraer se utilizaron las siguientes aproximaciones: la regla del autovalor mayor que 1, el porcentaje de la variancia explicada, el análisis paralelo del gráfico de sedimentación (*scree plot*), el tamaño de los residuales obtenido a partir de la diferencia entre los valores originales de los coeficientes de correlación y los valores reproducidos así como la interpretabilidad de los componentes identificados<sup>93-95</sup>.

Para facilitar la interpretación de los resultados obtenidos se transformó la matriz de componentes mediante la rotación de los factores. Se interpretaron y compararon diferentes rotaciones oblicuas y ortogonales a los datos. De las matrices resultantes de la solución factorial obtenida mediante las diferentes rotaciones, se escogió la matriz que ofrecía una mejor y más sencilla interpretación de los componentes<sup>95</sup>. Se consideraron aquellos ítems que mostraron cargas factoriales iguales o superiores a 0,30 en alguno de los componentes. Respecto a los ítems que presentaban una carga factorial relevante en más de un componente, se decidió su ubicación en base a criterios conceptuales y de optimización de la consistencia interna del componente.

### **Consistencia interna y estabilidad temporal de las puntuaciones**

El coeficiente de consistencia interna indica el grado de información común que comparten los ítems o lo que es lo mismo, el grado en el que todos los ítems miden un

mismo constructo<sup>87,89</sup>. Este oscila entre «0», los ítems no comparten ninguna información, y «1», que indica el máximo grado de consistencia y homogeneidad. Para su análisis se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, tanto para evaluar la consistencia interna global como la de cada una de sus componentes. Además, se analizó la correlación ítem-total (una vez eliminado el ítem), con el fin de evaluar la homogeneidad de los ítems y la unidimensionalidad de la escala.

La estabilidad temporal o reproducibilidad test-retest es el grado en que un instrumento produce resultados estables en el tiempo bajo el supuesto que no se ha producido ningún cambio en el constructo que se evalúa. Ésta se estimó mediante el cálculo del coeficiente de correlación intraclass de acuerdo.

Tanto, las estimaciones de los coeficientes de consistencia como las de los de estabilidad se interpretaron como óptimas cuando fueron mayores o iguales a 0,70<sup>87,89,96</sup>.

La relación entre las puntuaciones de los componentes del cuestionario se evaluó mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Los coeficientes de consistencia interna estimados se compararon con los obtenidos en la validación del cuestionario DEBP original mediante la aplicación de la prueba Z a nivel bilateral.

### **Sensibilidad al cambio**

La sensibilidad al cambio se determinó mediante el cálculo del tamaño del efecto con el índice de Cohen<sup>89</sup>. Este índice se calcula a partir de la razón de la diferencia media entre

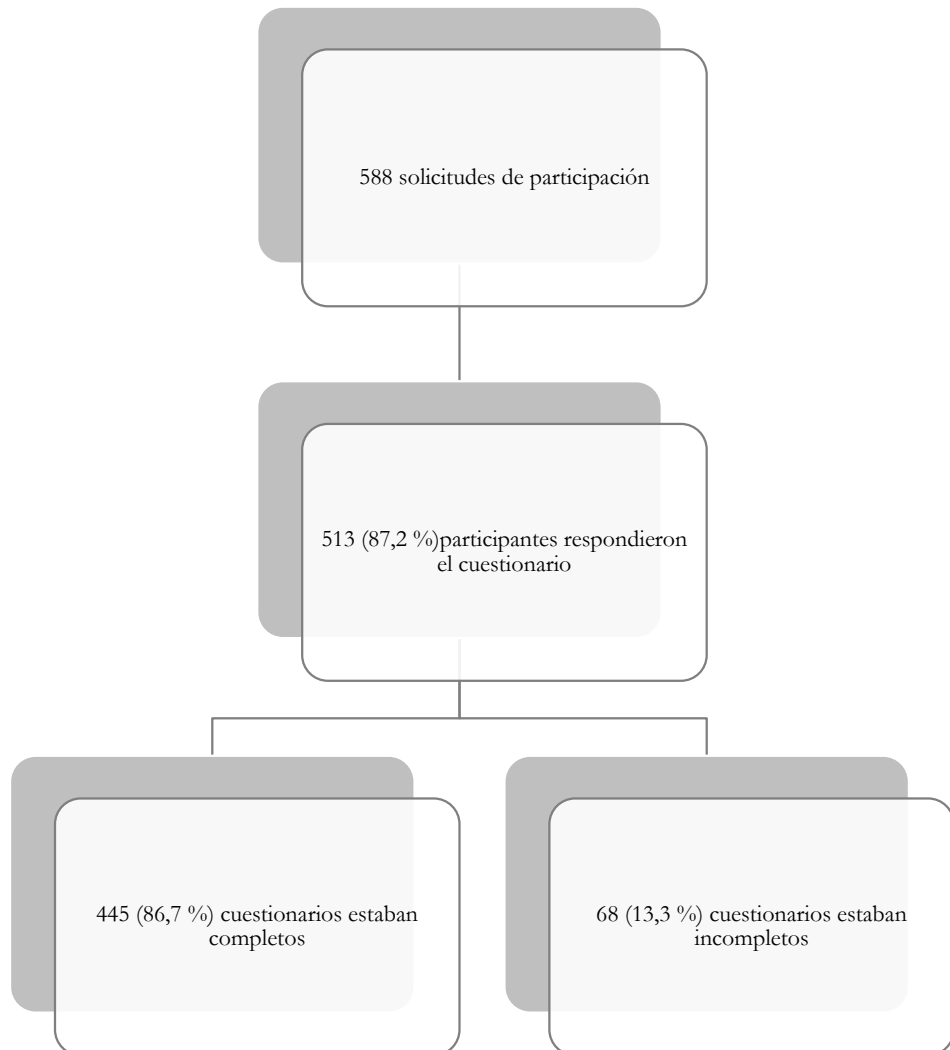
las dos medidas repetidas y la desviación estándar en la línea de base. Por lo que el índice muestra la proporción de la desviación estándar inicial que representa la diferencia de puntuaciones medias observada. Este se interpretó como pequeño si era inferior a 0,20, moderado si se situaba alrededor de 0,50 e importante si era igual o superior a 0,80.

El grado de significación estadística aceptado para todas las pruebas fue  $P \leq 0,05$ . Las estimaciones puntuales se acompañan de su respectivo intervalo de confianza (IC) del 95 %. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico PASW Statistics® 18.0.

## RESULTADOS

Se recibieron un total de 588 solicitudes de participación, lo que representa una tasa de participación del 14,8 % tomando como referencia el número de enfermeras que trabajaban en el ámbito de la APS en Cataluña a 31 de diciembre de 2009. Respondieron el cuestionario 513 (87,2 %) enfermeras de un total de 255 EAP y SAP. Un total de 445 enfermeras completaron los 51 ítems del cuestionario (Figura 2).

**Figura 2. Descripción de la tasa de respuesta**



Las características de las 588 enfermeras participantes según si respondieron o no al cuestionario se describen en la Tabla 4. Al comparar ambos grupos respecto a estas características, se observó que las enfermeras que respondieron al cuestionario dedicaban más tiempo en el lugar de trabajo a buscar en Internet información científica, habían participado más frecuentemente en un proyecto de investigación durante los últimos dos años y el nivel alto de comprensión lectora de la lengua inglesa era menos frecuente.

**Tabla 4. Características de las enfermeras y enfermeros participantes según si respondieron o no al cuestionario**

	Respondieron n=513	No respondieron n=75	P
Mujeres, n (%)	461(89,9)	68 (90,7)	0,829
Edad años, media (DE*),	43,2(9,4)	43,9(11,4)	0,582
Funciones actuales, n (%)			
- Atención población <=14 años	66(13,0)	11(14,9)	0,381
- Atención población >=15 años	269(52,8)	40(54,1)	
- Atención población de cualquier edad	37(7,3)	10(13,5)	
- Atención urgente	14(2,8)	3(4,1)	
- Atención domiciliaria	36(7,1)	2(2,7)	
- Gestión de casos o enfermero/a de enlace	14(2,8)	1(1,4)	
- Gestión y dirección de equipos y personas	55(10,8)	6(8,1)	
- Otros	18(3,5)	1(1,4)	
Tiempo (años) transcurrido desde la titulación, media (DE)	19,8(9,4)	19,3(11,2)	0,757
Titulación académica más elevada, n (%)			
- ATS	5(1,0)	0(0,0)	0,391
- Diplomatura	225(44,1)	42(56,8)	
- Licenciatura	24(4,7)	3(4,1)	
- Diplomatura de postgrado	108(21,2)	14(18,9)	
- Máster	145(28,4)	15(20,3)	
- Doctorado	3(0,6)	0(0,0)	
Tiempo transcurrido desde la titulación más elevada, años, media (DE)	12,6(9,0)	13,2(10,3)	0,630
Especialidad enfermera, n (%)	95(18,7)	15(20,5)	0,706
Tiempo (años) trabajado en APS, media (DE)	14,9(8,5)	14,8(10,2)	0,940
Tiempo (años) trabajado en APS como enfermero/a, media (DE)	14,5(8,4)	15,0(10,1)	0,731
Docente en formación pregrado y postgrado en el último año, n (%)	248(48,7)	30(40,5)	0,188
Asistencia (número) a congresos/jornadas en el último año, media (DE)	2,5(2,2)	2,2(1,6)	0,104
Sesiones (número) bibliográficas, monográficas o de actualización realizadas en el lugar de trabajo, media (DE), en los últimos tres meses, media (DE)	7,2(8,4)	10,3(14,5)	0,080
Asistencia (número) a estas sesiones, media (DE)	6,3(6,5)	8,2(12,1)	0,223
Formación en búsqueda bibliográfica y documental	325(64,1)	43(58,1)	0,317

	Respondieron n=513	No respondieron n=75	P
Conocimiento sobre la forma de acceso a los fondos documentales del ICS	346(69,1)	49(67,1)	0,738
Número de artículos científicos leídos durante el último mes, media (DE)	3,44(6,68)	2,63(2,53)	0,055
Horas dedicadas durante la última semana a la lectura de publicaciones científicas, media (DE)	3,03(3,88)	2,92(3,25)	0,819
Acceso a Internet en el lugar de trabajo, n(%)	507(99,8)	73(98,6)	0,113
Acceso a Internet en el domicilio, n(%)	485(95,7)	69(93,2)	0,356
Horas dedicadas durante la última semana a buscar por Internet información científica, media (DE)			
- En el lugar de trabajo	1,5(2,8)	0,9(1,0)	<0,001
- En el domicilio	2,3(3,5)	2,3(2,8)	0,946
Investigador durante los últimos dos años, n (%)	342(67,6)	38(52,1)	0,009
Nivel de comprensión lectora de la lengua inglesa, n (%)			
- Bajo	288(57,4)	47(64,4)	0,042
- Medio	201(40,0)	21(28,8)	
- Alto	13(2,6)	5(6,8)	
Grado de calidad de vida laboral percibida (escala de 0 a 10), media (DE)	6,9(1,5)	7,1(1,4)	0,205

### Características de las enfermeras que completaron el cuestionario

Las características de las 445 enfermeras que respondieron al total de ítems del cuestionario se presentan en la Tabla 5. El rango de edad se situó entre 22 y 64 años. Predominantemente, realizaban funciones dirigidas a la atención de la población de 15 y más años. El tiempo transcurrido desde la titulación oscilaba entre los 3 y los 41 años. Casi un tercera parte poseía formación universitaria de segundo ciclo (máster) y menos de un 1 % poseía el doctorado. Un 17,1 % había realizado formación sanitaria especializada. El tiempo trabajado en el ámbito de la APS, tanto desempeñando funciones de enfermera como de cualquier otra actividad profesional, oscilaba entre menos de un año y 37 años. Respecto a la formación dirigida a estudiantes de pregrado y postgrado, casi la mitad de las enfermeras habían desempeñado funciones como docentes. El número de congresos y jornadas a las que habían asistido en el último año, oscilaba entre ninguno y un máximo de 16 así como el número de sesiones formativas (bibliográficas, monográficas o de

actualización) realizadas en el lugar de trabajo a las que asistieron durante los últimos tres meses, se situaba entre ninguna y un máximo de 40. Alrededor de dos terceras partes habían realizado formación en búsqueda bibliográfica y documental, y conocían como acceder a los fondos documentales del ICS. El número de artículos leídos en el último mes se situaba entre ninguno y 100, y el número de horas dedicadas a lectura de publicaciones científicas en la última semana, entre ninguna y 30. Prácticamente el 100% de las enfermeras disponían de acceso a Internet. Poco más de la mitad de las participantes manifestó haber participado en un proyecto de investigación durante los últimos dos años y tener un nivel de comprensión lectora en inglés bajo. La calidad de vida laboral percibida según una escala entre 0 y 10, se situó alrededor del 7.

**Tabla 5. Características de las enfermeras que respondieron al total de ítems del cuestionario (n=445)**

<b>Variables de estudio</b>	
Mujeres, n (%)	399(89,7)
Edad años, media (DE*),	42,5(9,23)
Funciones actuales, n (%)	
- Atención población <=14 años	57(12,8)
- Atención población >=15 años	233(52,4)
- Atención población de cualquier edad	33(7,4)
- Atención urgente	10(2,2)
- Atención domiciliaria	34(7,6)
- Gestión de casos o enfermero/a de enlace	13(2,9)
- Gestión y dirección de equipos y personas	47(10,6)
- Otros	14(3,1)
- Sin información	4(0,9)
Tiempo (años) transcurrido desde la titulación, media (DE)	19,0(9,31)
Titulación académica más elevada, n(%)	
- ATS	3(0,7)
- Diplomatura	189(42,5)
- Licenciatura	23(5,2)
- Diplomatura de postgrado	94(21,1)
- Máster	131(29,4)
- Doctorado	2(0,4)
- Sin información	3(0,7)
Tiempo transcurrido desde la titulación más elevada, años, media (DE)	12,1(8,91)
Especialidad enfermera, n (%)	76(17,1)
Tiempo (años) trabajado en APS, media (DE)	14,4(8,15)
Tiempo (años) trabajado en APS como enfermero/a, media (DE)	14,1(8,26)
Docente en formación pregrado y postgrado en el último año, n (%)	220(49,4)
Asistencia (número) a congresos/jornadas en el último año, media (DE)	2,5(2,22)
Sesiones (número) bibliográficas, monográficas o de actualización realizadas en el lugar de trabajo en los últimos tres meses, media (DE)	7,1(8,2)
Asistencia (número) a estas sesiones, media (DE)	6,4(6,51)
Formación en búsqueda bibliográfica y documental	292(65,6)
Conocimiento sobre la forma de acceso a los fondos documentales del ICS,	309(69,4)

<b>Variables de estudio</b>	
n (%)	
Número de artículos científicos leídos durante el último mes, media (DE)	3,5(6,86)
Horas dedicadas durante la última semana a la lectura de publicaciones científicas, media (DE)	3,1(4,03)
Acceso a Internet en el lugar de trabajo, n(%)	441(99,1)
Acceso a Internet en el domicilio, n(%)	425(95,5)
Horas dedicadas durante la última semana a buscar por Internet información científica, media (DE)	
- En el lugar de trabajo	1,5(2,95)
- En el domicilio	2,3(3,6)
Investigador durante los últimos dos años, n(%)	302(67,9)
Nivel de comprensión lectora de la lengua inglesa, n(%)	
- Bajo	241(54,2)
- Medio	186(41,8)
- Alto	10(2,2)
Grado de calidad de vida laboral percibida (escala de 0 a 10), media (DE)	6,9(1,52)

\*DE, desviación estándar

### **Descripción de las respuestas y no respuestas a cada ítem**

La proporción de no respuesta a cada ítem osciló entre el 0,2 % y el 2,9 % y no se observó ningún patrón específico. Cinco ítems (los ítems 3, 6, 7, 12 y 13) no registraron la opción de respuesta correspondiente a la menor puntuación posible; el resto de ítems presentaron respuestas en el total de las cinco opciones de respuesta.

La media de la puntuación total de los ítems fue 158,1 (DE, 17,76). La media y la DE de las puntuaciones observadas en cada ítem se presentan en la Tabla 6, así como los efectos suelo y techo. Las medias oscilaron entre 1,74 (ítem 43: Comprensión lectora de la lengua inglesa) y 4,17 (ítem 12: la información que he adquirido durante mi formación). Seis ítems presentaron efecto techo y nueve suelo: cinco de la sección 1, tres de la sección 2 y siete de la sección 5. En términos absolutos dichos efectos no estaban presentes en las respuestas de 148 participantes.

La mayoría de valores observados de DE fueron cercanos a 1, por lo que se podría considerar que la variabilidad de las respuestas fue sustancial<sup>91</sup>. No obstante algunos de los



ítems de la sección 1 (ítems 3, 6, 7, 12 y 13) y un ítem de la sección 4 (ítem 39) presentaron una variabilidad inferior.

**Tabla 6. Estadísticos descriptivos de los 51 ítems del cuestionario DEBP adaptado**

	Media	Desviación estándar	Efecto suelo (%)	Efecto techo (%)
<b>Sección 1. Fuentes de conocimiento utilizadas en la práctica</b>				
1. La información que adquiero de mi relación con cada paciente/cliente	3,33	0,939	3,4	10,3
2. Mi intuición acerca de lo que parece ser lo más adecuado para el paciente/cliente	3,02	0,834	2,9	2,5
3. Mi experiencia personal en el cuidado de los pacientes/clientes a lo largo del tiempo	3,97	0,697	0,0	21,3
4. Lo que me ha funcionado durante años	3,35	0,758	0,9	3,8
5. La manera cómo siempre lo he hecho	3,10	0,734	1,6	1,1
6. La información que mis compañeros/as de profesión comparten conmigo	3,55	0,630	0,0	6,5
7. La información que enfermeros/as expertos/as comparten conmigo	3,91	0,683	0,0	17,5
8. Lo que los médicos/as comentan conmigo	3,46	0,727	0,4	7,2
9. Lo que aprendo con los nuevos tratamientos y medicamentos cuando los médicos/as los prescriben a los pacientes	3,34	0,765	0,9	4,9
10. Los medicamentos y los tratamientos que consigo de representantes de compañías farmacéuticas o de equipamientos	2,45	0,766	10,8	0,2
11. La información que obtengo de la documentación de los productos	3,17	0,799	1,8	4,3
12. La información que he adquirido durante mi formación	4,17	0,637	0,0	29,7
13. La información que adquiero mediante formación en servicio o en congresos	3,83	0,697	0,0	15,7
14. La información que obtengo de las políticas y protocolos locales	3,70	0,838	1,1	13,5
15. La información que obtengo de las iniciativas y directrices nacionales	3,38	0,829	0,7	7,6
16. La información que obtengo de las auditorías	2,90	1,038	10,3	4,7
17. Los artículos publicados en revistas médicas	3,04	0,923	4,3	5,8
18. Los artículos publicados en revistas enfermeras	3,42	0,854	1,1	10,8
19. Los artículos publicados en revistas de investigación	3,21	0,959	2,9	9,9
20. La información de los libros de texto	3,35	0,910	2,2	9,2
21. La información que obtengo de Internet	3,16	0,702	0,4	2,5
22. La información que obtengo de los medios de comunicación (p. ej. prensa, televisión...)	2,11	0,766	21,3	0,2
<b>Sección 2. Barreras para encontrar y evaluar las pruebas científicas</b>				
23. No sé cómo encontrar literatura científica adecuada	3,33	1,111	4,7	12,8
24. No sé cómo encontrar información de organizaciones e instituciones (guías, protocolos, etc.)	4,08	0,915	1,3	35,5
25. No tengo tiempo suficiente para encontrar literatura científica	2,66	1,084	12,4	5,2

	Media	Desviación estándar	Efecto suelo (%)	Efecto techo (%)
26. No tengo tiempo suficiente para encontrar información de organizaciones e instituciones (guías, protocolos, etc.)	3,05	1,084	5,4	9,2
27. La literatura científica no es fácil de encontrar	3,08	1,101	5,8	8,8
28. La información de organizaciones e instituciones (guías, protocolos, etc.) no es fácil de encontrar	3,70	0,977	2,0	18,4
29. No soy capaz de leer un texto en lengua inglesa	2,44	1,318	31,9	8,5
30. Me cuesta comprender la literatura científica	3,30	0,970	2,0	8,3
31. No me siento seguro/a la hora de juzgar la calidad de la literatura científica	2,69	0,996	8,1	4,5
32. Me cuesta identificar la repercusión de los hallazgos científicos en mi propia práctica	3,06	0,998	4,0	5,4
33. Me cuesta identificar la repercusión de la información de organizaciones e instituciones en mi propia práctica	3,22	1,008	2,9	7,0
<b>Sección 3. Barreras para cambiar la práctica en base a las pruebas científicas</b>				
34. No me siento seguro/a en cuanto a comenzar a cambiar mi práctica	3,46	0,973	1,8	10,8
35. Mi equipo es reticente a cambiar la práctica	3,13	1,026	3,8	8,3
36. No tengo suficiente autoridad en mi puesto de trabajo para cambiar la práctica	3,11	1,138	7,4	10,3
37. No hay suficientes recursos (p. ej. equipamientos, material,...) para cambiar la práctica	3,00	1,012	6,1	5,2
38. No hay tiempo suficiente en el trabajo para implantar cambios en la práctica	2,98	1,105	8,8	7,0
<b>Sección 4. Elementos facilitadores y de apoyo en el cambio de práctica</b>				
39. Los compañeros/as enfermeros/as apoyan el cambio de mi práctica	3,47	0,696	0,4	5,6
40. Los/as enfermeros/as con responsabilidad directiva apoyan el cambio de mi práctica	3,62	0,798	0,9	10,6
41. Los/as médicos/as con los que trabajo apoyan el cambio de mi práctica	3,43	0,785	1,1	5,8
42. Los/as directores/as apoyan el cambio de mi práctica	3,46	0,801	1,1	7,6
<b>Sección 5. Autoevaluación de habilidades</b>				
43. Comprensión lectora de la lengua inglesa	1,74	0,926	52,6	0,7
44. Encontrar evidencia científica	2,04	0,910	32,6	0,4
45. Encontrar información de organizaciones e instituciones	2,54	1,000	17,8	1,8
46. Usar la biblioteca para encontrar información	2,66	1,025	16,4	2,7
47. Usar Internet para buscar información	2,98	0,942	6,1	4,3
48. Evaluar la evidencia científica	1,91	0,887	39,1	0,7
49. Evaluar la información de organizaciones e instituciones	2,20	0,930	26,7	0,4
50. Utilizar la evidencia científica para cambiar la práctica	2,25	0,938	25,2	0,7
51. Utilizar la información de organizaciones e instituciones (directrices, guías, etc.) para cambiar la práctica	2,56	0,943	13,7	0,9

## Discriminación: comparación de grupos extremos

Todos los ítems presentaron una discriminación positiva excepto el ítem 5: «la manera como siempre lo he hecho». Además, la media de puntuaciones observada en este ítem en cada uno de los dos grupos fue prácticamente idéntica (índice de discriminación=-0,007). Las secciones que presentaron una mejor capacidad discriminativa de los ítems fueron la 2 y la 5, ya que el 62,5 % de los ítems de la primera y el 88,9 % de los de la segunda presentaron índices de discriminación de al menos una categoría entre ambos grupos y en la dirección esperada. En la Tabla 7 se describen la puntuación media de cada grupo y el índice de discriminación de cada uno de los 51 ítems del cuestionario.

**Tabla 7. Índice de discriminación de los ítems comparando las puntuaciones medias de los grupos con puntuaciones extremas**

	Grupo con el 33% de las puntuaciones más altas (Media)	Grupo con el 33% de las puntuaciones más bajas (Media)	Índice de discriminación (Diferencia de medias)
<b>Sección 1. Fuentes de conocimiento utilizadas en la práctica</b>			
1. La información que adquiero de mi relación con cada paciente/cliente	3,541	3,200	0,342
2. Mi intuición acerca de lo que parece ser lo más adecuado para el paciente/cliente	3,139	2,980	0,159
3. Mi experiencia personal en el cuidado de los pacientes/clientes a lo largo del tiempo	4,153	3,820	0,333
4. Lo que me ha funcionado durante años	3,472	3,393	0,079
5. La manera cómo siempre lo he hecho	3,146	3,153	-0,007
6. La información que mis compañeros/as de profesión comparten conmigo	3,632	3,527	0,105
7. La información que enfermeros/as expertos/as comparten conmigo	4,035	3,767	0,268
8. Lo que los médicos/as comentan conmigo	3,611	3,333	0,278

	<b>Grupo con el 33% de las puntuaciones más altas (Media)</b>	<b>Grupo con el 33% de las puntuaciones más bajas (Media)</b>	<b>Índice de discriminación (Diferencia de medias)</b>
9. Lo que aprendo con los nuevos tratamientos y medicamentos cuando los médicos/as los prescriben a los pacientes	3,556	3,193	0,362
10. Los medicamentos y los tratamientos que consigo de representantes de compañías farmacéuticas o de equipamientos	2,570	2,347	0,223
11. La información que obtengo de la documentación de los productos	3,465	2,940	0,525
12. La información que he adquirido durante mi formación	4,354	4,000	0,354
13. La información que adquiero mediante formación en servicio o en congresos	4,049	3,667	0,382
14. La información que obtengo de las políticas y protocolos locales	4,000	3,407	0,593
15. La información que obtengo de las iniciativas y directrices nacionales	3,771	3,040	0,731
16. La información que obtengo de las auditorías	3,368	2,473	0,895
17. Los artículos publicados en revistas médicas	3,625	2,513	1,112
18. Los artículos publicados en revistas enfermeras	3,917	2,967	0,950
19. Los artículos publicados en revistas de investigación	3,799	2,620	1,179
20. La información de los libros de texto	3,764	2,953	0,811
21. La información que obtengo de Internet	3,410	2,973	0,437
22. La información que obtengo de los medios de comunicación (p. ej. prensa, televisión...)	2,382	1,907	0,475
<b>Sección 2. Barreras para encontrar y evaluar las pruebas científicas</b>			
23. No sé cómo encontrar literatura científica adecuada	4,000	2,627	1,373
24. No sé cómo encontrar información de organizaciones e instituciones (guías, protocolos, etc.)	4,618	3,540	1,078
25. No tengo tiempo suficiente para encontrar literatura científica	3,257	2,133	1,124
26. No tengo tiempo suficiente para encontrar información de organizaciones e instituciones (guías, protocolos, etc.)	3,646	2,520	1,126

	<b>Grupo con el 33% de las puntuaciones más altas (Media)</b>	<b>Grupo con el 33% de las puntuaciones más bajas (Media)</b>	<b>Índice de discriminación (Diferencia de medias)</b>
27. La literatura científica no es fácil de encontrar	3,743	2,487	1,256
28. La información de organizaciones e instituciones (guías, protocolos, etc.) no es fácil de encontrar	4,188	3,207	0,981
29. No soy capaz de leer un texto en lengua inglesa	3,035	1,920	1,115
30. Me cuesta comprender la literatura científica	3,875	2,693	1,182
31. No me siento seguro/a la hora de juzgar la calidad de la literatura científica	3,389	2,133	1,256
32. Me cuesta identificar la repercusión de los hallazgos científicos en mi propia práctica	3,681	2,433	1,248
33. Me cuesta identificar la repercusión de la información de organizaciones e instituciones en mi propia práctica	3,840	2,560	1,280
<b>Sección 3. Barreras para cambiar la práctica en base a las pruebas científicas</b>			
34. No me siento seguro/a en cuanto a comenzar a cambiar mi práctica	3,901	2,960	0,941
35. Mi equipo es reticente a cambiar la práctica	3,354	2,820	0,534
36. No tengo suficiente autoridad en mi puesto de trabajo para cambiar la práctica	3,423	2,733	0,690
37. No hay suficientes recursos (p. ej. equipamientos, material,...) para cambiar la práctica	3,271	2,667	0,604
38. No hay tiempo suficiente en el trabajo para implantar cambios en la práctica	3,403	2,473	0,921
<b>Sección 4. Elementos facilitadores y de apoyo en el cambio de práctica</b>			
39. Los compañeros/as enfermeros/as apoyan el cambio de mi práctica	3,618	3,347	0,271
40. Los/as enfermeros/as con responsabilidad directiva apoyan el cambio de mi práctica	3,722	3,460	0,262
41. Los/as médicos/as con los que trabajo apoyan el cambio de mi práctica	3,646	3,233	0,412
42. Los/as directores/as apoyan el cambio de mi práctica	3,625	3,300	0,325
<b>Sección 5. Autoevaluación de habilidades</b>			
43. Comprensión lectora de la lengua inglesa	2,111	1,380	0,731
44. Encontrar evidencia científica	2,625	1,487	1,138

	<b>Grupo con el 33% de las puntuaciones más altas (Media)</b>	<b>Grupo con el 33% de las puntuaciones más bajas (Media)</b>	<b>Índice de discriminación (Diferencia de medias)</b>
45. Encontrar información de organizaciones e instituciones	3,208	1,860	1,348
46. Usar la biblioteca para encontrar información	3,292	2,060	1,232
47. Usar Internet para buscar información	3,570	2,427	1,143
48. Evaluar la evidencia científica	2,514	1,327	1,187
49. Evaluar la información de organizaciones e instituciones	2,875	1,507	1,368
50. Utilizar la evidencia científica para cambiar la práctica	2,903	1,580	1,323
51. Utilizar la información de organizaciones e instituciones (directrices, guías, etc.) para cambiar la práctica	3,194	1,960	1,234

### **Consistencia interna global**

La consistencia interna global de las puntuaciones de los 51 ítems del cuestionario fue satisfactoria ( $\alpha=0,883$ ; IC del 95 %, 0,867-0,898). Ninguno de los ítems alteraba significativamente la consistencia del instrumento (ver Tabla 8). Mayoritariamente, las correlaciones ítem-total corregidas fueron moderadas, no obstante, se observó que 13 (25,5%) ítems presentaban una correlación ítem-total corregida débil (inferior a 0,20) y en el caso del ítem 5 ésta además era negativa. Nueve de estos ítems pertenecían a la sección 1 del cuestionario, tres a la sección 4 y uno a la sección 3. Todos estos hallazgos sugerían una falta de unidimensionalidad de la escala.

**Tabla 8. Descripción de la correlación ítem-total corregida y del coeficiente alfa de Cronbach si se elimina el elemento de cada uno de los 51 ítems del cuestionario**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación ítem-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
<b>Sección 1. Fuentes de conocimiento utilizadas en la práctica</b>				
1. La información que adquiero de mi relación con cada paciente/cliente	154,8	310,5	0,116	0,884
2. Mi intuición acerca de lo que parece ser lo más adecuado para el paciente/cliente	155,1	312,7	0,062	0,885
3. Mi experiencia personal en el cuidado de los pacientes/clientes a lo largo del tiempo	154,1	310,9	0,156	0,883
4. Lo que me ha funcionado durante años	154,8	314,2	0,018	0,885
5. La manera cómo siempre lo he hecho	155,0	315,9	-0,044	0,885
6. La información que mis compañeros/as de profesión comparten conmigo	154,6	313,4	0,064	0,884
7. La información que enfermeros/as expertos/as comparten conmigo	154,2	311,2	0,148	0,883
8. Lo que los médicos/as comentan conmigo	154,7	311,1	0,141	0,883
9. Lo que aprendo con los nuevos tratamientos y medicamentos cuando los médicos/as los prescriben a los pacientes	154,8	309,1	0,207	0,883
10. Los medicamentos y los tratamientos que consigo de representantes de compañías farmacéuticas o de equipamientos	155,7	312,8	0,069	0,884
11. La información que obtengo de la documentación de los productos	154,9	308,3	0,224	0,882
12. La información que he adquirido durante mi formación	153,9	309,4	0,244	0,882
13. La información que adquiero mediante formación en servicio o en congresos	154,3	308,4	0,261	0,882
14. La información que obtengo de las políticas y protocolos locales	154,4	306,7	0,268	0,882
15. La información que obtengo de las iniciativas y directrices nacionales	154,7	304,3	0,354	0,881
16. La información que obtengo de las auditorías	155,2	301,0	0,365	0,881
17. Los artículos publicados en revistas médicas	155,1	299,1	0,480	0,879
18. Los artículos publicados en revistas enfermeras	154,7	302,0	0,420	0,880
19. Los artículos publicados en revistas de investigación	154,9	297,9	0,497	0,879
20. La información de los libros de texto	154,8	302,6	0,375	0,880
21. La información que obtengo de Internet	154,9	308,3	0,261	0,882
22. La información que obtengo de los medios de comunicación (p. ej. prensa, televisión...)	156,0	308,2	0,240	0,882
<b>Sección 2. Barreras para encontrar y evaluar las pruebas científicas</b>				
23. No sé cómo encontrar literatura científica adecuada	154,8	294,0	0,527	0,878

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación ítem-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
24. No sé cómo encontrar información de organizaciones e instituciones (guías, protocolos, etc.)	154,0	298,8	0,495	0,879
25. No tengo tiempo suficiente para encontrar literatura científica	155,4	299,2	0,398	0,880
26. No tengo tiempo suficiente para encontrar información de organizaciones e instituciones (guías, protocolos, etc.)	155,1	298,4	0,417	0,880
27. La literatura científica no es fácil de encontrar	155,0	296,9	0,451	0,879
28. La información de organizaciones e instituciones (guías, protocolos, etc.) no es fácil de encontrar	154,4	300,3	0,413	0,880
29. No soy capaz de leer un texto en lengua inglesa	155,7	300,2	0,292	0,882
30. Me cuesta comprender la literatura científica	154,8	297,2	0,513	0,878
31. No me siento seguro/a la hora de juzgar la calidad de la literatura científica	155,4	295,7	0,542	0,878
32. Me cuesta identificar la repercusión de los hallazgos científicos en mi propia práctica	155,0	296,5	0,516	0,878
33. Me cuesta identificar la repercusión de la información de organizaciones e instituciones en mi propia práctica	154,9	295,9	0,527	0,878
<b>Sección 3. Barreras para cambiar la práctica en base a las pruebas científicas</b>				
34. No me siento seguro/a en cuanto a comenzar a cambiar mi práctica	154,6	302,2	0,358	0,881
35. Mi equipo es reticente a cambiar la práctica	155,0	307,9	0,176	0,884
36. No tengo suficiente autoridad en mi puesto de trabajo para cambiar la práctica	155,0	304,8	0,232	0,883
37. No hay suficientes recursos (p. ej. equipamientos, material,...) para cambiar la práctica	155,1	305,0	0,261	0,882
38. No hay tiempo suficiente en el trabajo para implantar cambios en la práctica	155,1	301,9	0,316	0,881
<b>Sección 4. Elementos facilitadores y de apoyo en el cambio de práctica</b>				
39. Los compañeros/as enfermeros/as apoyan el cambio de mi práctica	154,6	311,1	0,149	0,883
40. Los/as enfermeros/as con responsabilidad directiva apoyan el cambio de mi práctica	154,5	310,7	0,138	0,884
41. Los/as médicos/as con los que trabajo apoyan el cambio de mi práctica	154,7	308,8	0,212	0,883
42. Los/as directores/as apoyan el cambio de mi práctica	154,6	310,2	0,156	0,883
<b>Sección 5. Autoevaluación de habilidades</b>				
43. Comprensión lectora de la lengua inglesa	156,4	304,9	0,295	0,882
44. Encontrar evidencia científica	156,1	297,4	0,544	0,878
45. Encontrar información de organizaciones e instituciones	155,6	294,6	0,573	0,877



	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación ítem-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
46. Usar la biblioteca para encontrar información	155,5	297,1	0,484	0,879
47. Usar Internet para buscar información	155,1	298,1	0,501	0,879
48. Evaluar la evidencia científica	156,2	296,4	0,590	0,877
49. Evaluar la información de organizaciones e instituciones	155,9	294,6	0,621	0,877
50. Utilizar la evidencia científica para cambiar la práctica	155,9	295,8	0,574	0,877
51. Utilizar la información de organizaciones e instituciones (directrices, guías, etc.) para cambiar la práctica	155,5	297,1	0,547	0,878

Los coeficientes de consistencia interna de las puntuaciones observadas en el DEPB adaptado fueron similares a los estimados en el estudio realizado con el DEPB original excepto en el caso de las puntuaciones de los ítems que componían la sección 3 del cuestionario que presentaron una consistencia interna inferior (ver Tabla 9). Para realizar la comparación sólo se tuvieron en cuenta los 41 ítems analizados por Gerrish et al<sup>84</sup>.

**Tabla 9. Descripción de la consistencia interna de las puntuaciones de las diferentes secciones del cuestionario adaptado y comparación del coeficiente alfa de Cronbach con el observado en las puntuaciones del cuestionario original**

Sección	n	Número de ítems*	Media	Desviación estándar	Consistencia interna (alfa de Cronbach)		p*
					Cuestionario adaptado	Cuestionario original	
1	485	18	60,283	6,846	0,801	0,788	0,416
2	502	9	28,902	6,230	0,845	0,843	0,871
3	509	5	15,662	3,510	0,693	0,805	<0,001
4	504	3	10,540	1,815	0,724	0,730	0,810
5	506	6	13,425	4,693	0,913	0,913	1,000
Total	465	41	129,065	14,509	0,883	0,874	0,340

\*Comparación entre ambos coeficientes a nivel bilateral.

## Pruebas basadas en la estructura interna

El determinante de la matriz de correlaciones fue  $1,85 \times 10^{-12}$ , lo que sugería que la matriz no era singular y el análisis factorial era aplicable. La matriz de correlaciones presentó una medida de la adecuación muestral destacable ( $KMO=0,849$ )<sup>95</sup> y los resultados de la prueba de Bartlett ( $\chi^2$ -cuadrado 11512,778;  $gl=1275$ ;  $P<0,001$ ) descartaron la hipótesis de que todas las correlaciones eran cero (ver Tabla 10). Los valores de la diagonal de la matriz de correlaciones antiimagen fueron todos superiores a 0,60. Por todo ello, se consideró que la matriz era idónea para ser sometida a análisis factorial. Ninguna correlación fue igual o superior a 0,80 por lo que la posibilidad de observar multicolinealidad era baja.

**Tabla 10. Descripción de los resultados de las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y de Bartlett**

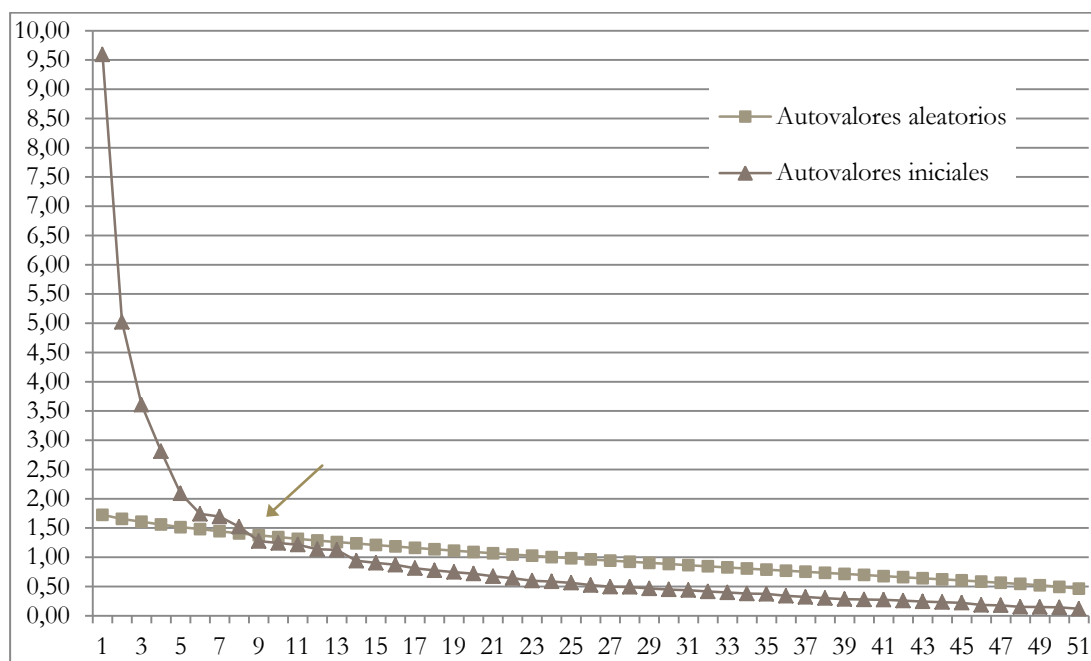
Medida de adecuación muestral de KMO.		0,849
Prueba de esfericidad de Bartlett	$\chi^2$ -cuadrado aproximado	11512,778
	Grados de libertad	1275
	Significación	<0,001

Trece de los componentes identificados mediante el ACP mostraron autovalores mayores de 1 y los cuatro primeros explicaban una variancia igual o superior al 5% (ver Tabla 11). El análisis paralelo del gráfico de sedimentación del conjunto de 51 ítems sugería siete componentes ya que a partir del octavo autovalor, los autovalores aleatorios igualaban o excedían a los autovalores iniciales (Figura 3). Además la variancia explicada por el séptimo componente no era perceptiblemente más elevada que la variancia explicada por el sexto, 3,3 % y 3,4 % respectivamente.

**Tabla II. Descripción de los autovalores iniciales y de la variancia global explicada y por cada componente**

Componente	Componentes principales		
	Autovalores iniciales	% de la variancia	% acumulado
1	9,593	18,810	18,810
2	5,020	9,842	28,652
3	3,607	7,072	35,724
4	2,810	5,511	41,235
5	2,090	4,098	45,333
6	1,741	3,413	48,746
7	1,694	3,322	52,068
8	1,521	2,983	55,051
9	1,275	2,501	57,552
10	1,243	2,438	59,990
11	1,214	2,380	62,370
12	1,136	2,227	64,598
13	1,125	2,206	66,804

**Figura 3. Análisis en paralelo utilizando autovalores iniciales y aleatorios (media de 100 replicaciones)**



El eje de ordenadas representa los autovalores y el de abscisas el número de componentes  
 La flecha indica que autovalores aleatorios exceden los autovalores iniciales después del octavo factor.

Por todo ello, se analizaron los residuales de las soluciones factoriales con 13, 7, 6 y 4 componentes (ver Tabla 12).

**Tabla 12. Análisis de los residuales de las soluciones factoriales con 13, 7, 6 y 4 componentes.**

N° de componentes extraídos	13	7	6	4
Residuales no redundantes con valores absolutos >0,05, n (%)	201 (15 %)	356 (27 %)	386 (30 %)	436 (34 %)

La solución factorial con 13 componentes se consideró poco parsimoniosa y la de cuatro podría no representar un buen ajuste de los datos. Por ello se examinaron las soluciones de siete y seis componentes. Respecto a la solución con siete componentes, uno de ellos estaba formado únicamente por dos ítems. Por lo que se decidió que la solución factorial con seis componentes podría ser la más adecuada para resumir el conjunto de ítems.

La solución factorial con seis componentes explicaba un 49 % de la variabilidad original (ver Tabla 10) y todos los ítems mostraron cargas factoriales mayores o iguales a 0,30 en al menos un factor. Las rotaciones oblicuas y ortogonales de las matrices proporcionaban soluciones similares, por lo que por criterios de aplicabilidad e interpretación se optó por una rotación ortogonal<sup>95</sup>. La rotación ortogonal (método Quartimax) de la matriz mostró seis componentes interpretables (ver Tabla 13): 1) habilidades para la práctica basada en pruebas (17 ítems); 2) utilización de elementos individuales y del contexto laboral como fundamento de la práctica (11 ítems); 3) barreras del contexto (8 ítems); 4) utilización de fuentes de información externas (7 ítems) 5) barreras para encontrar las pruebas científicas (4 ítems) y 6) utilización de la formación y de la información de las instituciones locales y nacionales (4 ítems).

**Tabla 13. Cargas factoriales de la matriz rotada para el cuestionario DEBP adaptado al español: análisis de componentes principales con rotación Quartimax**

	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
<b>1. Habilidades para la práctica basada en pruebas</b>						
23. No sé cómo encontrar literatura científica adecuada	<b>0,622</b>	-0,057	-0,006	0,051	0,289	0,044
24. No sé cómo encontrar información de organizaciones e instituciones (guías, protocolos, etc.)	<b>0,460</b>	0,004	-0,005	-0,028	<u>0,510</u>	0,255
29. No soy capaz de leer un texto en lengua inglesa	<b>0,479</b>	0,017	-0,018	-0,171	-0,182	0,273
30. Me cuesta comprender la literatura científica	<b>0,639</b>	-0,117	0,070	0,112	0,095	0,006
31. No me siento seguro/a la hora de juzgar la calidad de la literatura científica	<b>0,644</b>	-0,019	0,064	0,209	0,148	-0,192
32. Me cuesta identificar la repercusión de los hallazgos científicos en mi propia práctica	<b>0,588</b>	-0,062	0,031	0,195	0,262	-0,124
33. Me cuesta identificar la repercusión de la información de organizaciones e instituciones en mi propia práctica	<b>0,571</b>	-0,079	0,125	0,068	0,312	0,029
34. No me siento seguro/a en cuanto a comenzar a cambiar mi práctica	<b>0,318</b>	-0,189	0,278	0,157	0,203	0,03
43. Comprensión lectora de la lengua inglesa	<b>0,514</b>	0,039	-0,036	-0,199	-0,282	0,283
44. Encontrar evidencia científica	<b>0,804</b>	-0,036	-0,068	0,023	-0,033	0,009
45. Encontrar información de organizaciones e instituciones	<b>0,807</b>	-0,098	0,022	-0,036	0,035	0,154
46. Usar la biblioteca para encontrar información	<b>0,676</b>	0,007	-0,061	0,031	0,04	0,077
47. Usar Internet para buscar información	<b>0,725</b>	0,026	-0,051	-0,019	-0,002	0,06
48. Evaluar la evidencia científica	<b>0,823</b>	0,007	-0,073	0,16	-0,023	-0,113
49. Evaluar la información de organizaciones e instituciones	<b>0,804</b>	0,002	0,004	0,138	0,059	-0,031
50. Utilizar la evidencia científica para cambiar la práctica	<b>0,743</b>	-0,07	0,126	0,214	-0,054	-0,086
51. Utilizar la información de organizaciones e instituciones (directrices, guías, etc.) para cambiar la práctica	<b>0,671</b>	-0,081	0,153	0,115	0,094	0,009

	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
<b>2. Utilización de elementos individuales y del contexto laboral como fundamento de la práctica</b>						
1. La información que adquiero de mi relación con cada paciente/cliente	0,048	<b>0,567</b>	0,069	0,028	-0,109	-0,171
2. Mi intuición acerca de lo que parece ser lo más adecuado para el paciente/cliente	-0,023	<b>0,555</b>	0,058	0,034	-0,069	-0,268
3. Mi experiencia personal en el cuidado de los pacientes/clientes a lo largo del tiempo	-0,038	<b>0,672</b>	0,139	0,063	0,005	-0,093
4. Lo que me ha funcionado durante años	-0,117	<b>0,695</b>	-0,066	-0,135	0,095	-0,047
5. La manera cómo siempre lo he hecho	-0,158	<b>0,655</b>	-0,089	-0,14	0,049	-0,037
6. La información que mis compañeros/as de profesión comparten conmigo	-0,133	<b>0,663</b>	-0,01	-0,015	-0,027	0,212
7. La información que enfermeros/as expertos/as comparten conmigo	-0,102	<b>0,491</b>	0,024	0,139	0,037	<u>0,371</u>
8. Lo que los médicos/as comentan conmigo	-0,126	<b>0,648</b>	0,042	0,087	0,046	0,271
9. Lo que aprendo con los nuevos tratamientos y medicamentos cuando los médicos/as los prescriben a los pacientes	-0,001	<b>0,670</b>	0,01	0,104	-0,014	0,194
10. Los medicamentos y los tratamientos que consigo de representantes de compañías farmacéuticas o de equipamientos	-0,073	<b>0,338</b>	0,028	0,167	-0,094	0,1
11. La información que obtengo de la documentación de los productos	0,062	<b>0,319</b>	-0,069	0,357	-0,084	0,235
<b>3. Barreras del contexto</b>						
35. Mi equipo es reticente a cambiar la práctica	0,025	0,089	<b>0,573</b>	-0,002	0,036	-0,014
36. No tengo suficiente autoridad en mi puesto de trabajo para cambiar la práctica	0,179	-0,151	<b>0,641</b>	-0,034	0,085	-0,095
37. No hay suficientes recursos (p. ej. equipamientos, material,...) para cambiar la práctica	0,131	-0,053	<b>0,569</b>	-0,068	0,28	-0,064
38. No hay tiempo suficiente en el trabajo para implantar cambios en la práctica	0,202	-0,134	<b>0,314</b>	0,072	<u>0,427</u>	-0,043

	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
39. Los compañeros/as enfermeros/as apoyan el cambio de mi práctica	-0,03	0,08	<b>0,700</b>	0,004	-0,067	0,023
40. Los/as enfermeros/as con responsabilidad directiva apoyan el cambio de mi práctica	-0,089	0,016	<b>0,786</b>	-0,039	0,023	0,129
41. Los/as médicos/as con los que trabajo apoyan el cambio de mi práctica	0,088	0,09	<b>0,660</b>	-0,023	-0,051	0,006
42. Los/as directores/as apoyan el cambio de mi práctica	-0,066	0,016	<b>0,755</b>	0,001	0,021	0,115
<b>4. Utilización de fuentes de información externas</b>						
16. La información que obtengo de las auditorías	0,107	0,105	0,064	<b>0,560</b>	0,108	0,249
17. Los artículos publicados en revistas médicas	0,255	0,089	-0,019	<b>0,758</b>	0,037	0,131
18. Los artículos publicados en revistas enfermeras	0,25	-0,02	-0,062	<b>0,760</b>	-0,009	0,121
19. Los artículos publicados en revistas de investigación	<u>0,318</u>	-0,041	-0,003	<b>0,759</b>	0,046	0,126
20. La información de los libros de texto	0,177	0,14	-0,039	<b>0,552</b>	0,096	0,186
21. La información que obtengo de Internet	0,131	<u>0,368</u>	-0,064	<b>0,319</b>	0,028	0,003
22. La información que obtengo de los medios de comunicación (p. ej. prensa, televisión...)	0,044	<u>0,385</u>	-0,06	<b>0,439</b>	0,035	-0,047
<b>5. Barreras para encontrar las pruebas científicas</b>						
25. No tengo tiempo suficiente para encontrar literatura científica	0,28	-0,026	0,083	0,152	<b>0,630</b>	-0,121
26. No tengo tiempo suficiente para encontrar información de organizaciones e instituciones (guías, protocolos, etc.)	0,234	0,024	0,128	0,093	<b>0,702</b>	0,02
27. La literatura científica no es fácil de encontrar	<u>0,457</u>	0,006	-0,044	0,034	<b>0,524</b>	-0,036
28. La información de organizaciones e instituciones (guías, protocolos, etc.) no es fácil de encontrar	<u>0,347</u>	-0,019	-0,013	-0,062	<b>0,655</b>	0,202
<b>6. Utilización de la formación y de la información de las instituciones locales y nacionales</b>						
12. La información que he adquirido durante mi formación	0,05	0,205	-0,023	0,153	0,09	<b>0,543</b>

	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
13. La información que adquiero mediante formación en servicio o en congresos	0,041	0,092	0,008	0,265	0,084	<b>0,579</b>
14. La información que obtengo de las políticas y protocolos locales	0,09	-0,025	0,119	0,235	-0,091	<b>0,700</b>
15. La información que obtengo de las iniciativas y directrices nacionales	0,161	-0,044	0,061	0,39	-0,015	<b>0,591</b>

Nota: Los valores subrayados indican una carga doble en dos factores. Los valores resaltados en negrita indican el componente en el que el ítem ha sido considerado.

### **Correlación y consistencia interna de los componentes identificados**

La Tabla 14 presenta los estadísticos descriptivos, las correlaciones entre los componentes y los coeficientes de consistencia de los seis componentes. Las correlaciones entre los componentes fueron moderadas y bajas y oscilaron entre 0,008 («Utilización de fuentes de información externas» y «Barreras del contexto») y 0,513 («Habilidades para la práctica basada en pruebas» y «Barreras para encontrar las pruebas científicas»). La consistencia interna de las puntuaciones de cada uno de los componentes fue satisfactoria y osciló entre 0,714 y 0,914. En cada componente, las correlaciones ítem-total corregidas fueron de signo positivo y moderadas además todas superaban el valor 0,20, por lo que ninguno de los ítems alteraba significativamente la consistencia interna.



**Tabla 14. Correlación de los componentes y coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach)**

Componente	Número de ítems	Media <sup>a</sup>	DE	1	2	3	4	5	6
1	17	2,73	0,64	(0,914)					
2	11	3,33	0,45	-0,135	(0,810)				
3	8	3,28	0,59	0,171	-0,025	(0,781)			
4	7	3,03	0,61	0,345	0,227	0,008	(0,810)		
5	4	3,12	0,81	0,513	-0,068	0,221	0,255	(0,765)	
6	4	3,77	0,55	0,200	0,180	0,056	0,450	0,100	(0,714)
Global	51	3,10	0,35						(0,883)

<sup>a</sup>Rango: 1 a 5.

Nota: El coeficiente de consistencia interna aparece en paréntesis en la diagonal de la tabla.

Componente 1. Habilidades para la práctica basada en pruebas.

Componente 2. Utilización de elementos individuales y del contexto laboral como fundamento de la práctica.

Componente 3. Barreras del contexto.

Componente 4. Utilización de fuentes de información externas.

Componente 5. Barreras para encontrar las pruebas científicas.

Componente 6. Utilización de la formación y de la información de las instituciones locales y nacionales.

## Estabilidad temporal

En las pruebas de estabilidad temporal participaron 35 enfermeras. Los coeficientes de fiabilidad test-retest de las puntuaciones del cuestionario fueron satisfactorios tanto para la puntuación global como para las puntuaciones de cada uno de los seis componentes (ver Tabla 15). La mediana de tiempo transcurrido entre la primera y la segunda administración del cuestionario fue de nueve días (mínimo seis y máximo 29). Veintisiete (77,1%) de las 35 enfermeras respondieron el segundo cuestionario entre los 7-15 días después de haber respondido el primero.

**Tabla 15. Coeficiente de estabilidad temporal global y de cada uno de los componentes (n=35 participantes)**

Componente	CCI
1	0,934
2	0,840
3	0,905
4	0,711
5	0,748
6	0,712
Global	0,913

CCI Coeficiente de correlación intraclase de acuerdo.

## Pruebas basadas en la relación con otras variables

Se observó que las puntuaciones eran superiores entre las enfermeras con mayor formación académica, las que realizaron tareas docentes durante el último año, las que manifestaron tener formación en búsqueda bibliográfica, las que conocían como acceder a los fondos documentales de la empresa y las que tenían un mayor conocimiento de la lengua inglesa. Las puntuaciones presentaron una correlación positiva débil con el número de congresos a los que habían asistido en el último año ( $r=0,166$ ;  $P=0,001$ ), con el número de artículos leídos en el último mes ( $r=0,172$ ;  $P<0,001$ ) y el de horas dedicadas a la lectura de artículos científicos ( $r=0,191$ ;  $P<0,001$ ), con el número de horas dedicadas a realizar búsqueda bibliográfica en el trabajo ( $r=0,107$ ;  $P=0,026$ ) y en casa ( $r=0,198$ ;  $P<0,001$ ) y con el grado de calidad de vida laboral percibida ( $r=0,117$ ;  $P=0,015$ ).

En cambio, las puntuaciones no se relacionaban con ejercer como directivo, tener formación especializada, el tiempo trabajado en APS ( $r=-0,016$ ;  $P=0,734$ ) o de ejercicio profesional ( $r=-0,052$ ;  $P=0,282$ ), la edad de los/las participantes ( $r=0,059$ ;  $P=0,283$ ), el número de sesiones bibliográficas a las que se había asistido en los últimos tres meses ( $r=-0,010$ ;  $P=0,838$ ), la participación como investigador en un proyecto de investigación y la media de población asignada por profesional ( $r=0,068$ ;  $P=0,175$ ). El acceso a Internet en el trabajo y en el domicilio tampoco se relacionó ya que prácticamente la totalidad de los participantes disponía de acceso en ambos lugares, el 99,1 % y el 95,5 % respectivamente.

## Sensibilidad al cambio

En las pruebas de sensibilidad al cambio participaron 93 enfermeras, 51 en el grupo control y 42 en el grupo intervención. La Tabla 16 muestra la comparabilidad entre ambos grupos de enfermeras participantes al inicio del estudio. Ambos grupos fueron similares excepto que se observó una mayor proporción de enfermeras con funciones directivas y con formación especializada en el grupo control, no obstante estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. La mediana de tiempo transcurrido entre la primera y la segunda administración del cuestionario fue de 30 días (percentil 25, 26 días y percentil 75, 34 días).

**Tabla 16. Comparación de las características de las enfermeras participantes en el análisis de sensibilidad al cambio de las puntuaciones del cuestionario DEBP adaptado**

Variables	Grupo intervención n=42	Grupo control n=51	P valor
Mujeres, n (%)	39 (92,9)	47 (92,2)	1,000
Edad años, media (DE*),	44,3 (7,4)	43,0 (9,0)	0,455
Funciones directivas, n (%)	1 (2,4)	6 (12,0)	0,121
Tiempo (años) transcurrido desde la titulación, media (DE)	19,1 (8,7)	19,2 (9,3)	0,955
Formación universitaria de 2º y 3º ciclo, n(%)	9 (21,4)	15 (29,4)	0,381
Tiempo transcurrido desde la titulación más elevada, años, media (DE)	12,0 (8,7)	13,3 (9,5)	0,484
Especialidad enfermera, N (%)	3 (7,1)	10 (20,0)	0,078
Tiempo (años) trabajado en APS, media (DE)	14,9 (6,9)	15,5 (7,7)	0,678
Tiempo (años) trabajado en APS como enfermero/a, media (DE)	13,8 (6,7)	14,8 (7,9)	0,538
Docente en formación pregrado y postgrado en el último año, N (%)	21 (50,0)	25 (51,0)	1,000
Asistencia (número) a congresos/jornadas en el último año, media (DE)	2,6 (2,8)	2,4 (1,8)	0,677
Sesiones (número) bibliográficas, monográficas o de actualización realizadas en el lugar de trabajo en los últimos tres meses, media (DE)	9,1 (9,1)	6,3 (10,3)	0,181
Asistencia (número) a estas sesiones, media (DE)	7,7 (7,9)	6,1 (9,4)	0,422

<b>Variables</b>	<b>Grupo intervención n=42</b>	<b>Grupo control n=51</b>	<b>P valor</b>
Formación en búsqueda bibliográfica y documental	25 (59,5)	34 (68,0)	0,398
Conocimiento sobre la forma de acceso a los fondos documentales del ICS, N (%)	23 (56,1)	32 (65,3)	0,372
Número de artículos científicos leídos durante el último mes, media (DE)	3,0 (3,4)	2,2 (2,1)	0,193
Horas dedicadas durante la última semana a la lectura de publicaciones científicas, media (DE)	2,5 (3,3)	1,8 (2,2)	0,270
Acceso a Internet en el lugar de trabajo, N(%)	42 (100,0)	51 (100,0)	1,000
Acceso a Internet en el domicilio, N(%)	40 (95,2)	47 (94,0)	1,000
Horas dedicadas durante la última semana a buscar por Internet información científica, media (DE)			
- En el lugar de trabajo	1,4 (1,3)	1,3 (1,4)	0,747
- En el domicilio	2,6 (3,9)	1,8 (3,7)	0,362
Investigador durante los últimos dos años, N(%)	28 (66,7)	35 (70,0)	0,732
Nivel de comprensión lectora de la lengua inglesa alto o medio, N(%)	17 (40,5)	25 (49,0)	0,410
Grado de calidad de vida laboral percibida (escala de 0 a 10), media (DE)	7,1 (1,5)	6,7 (1,4)	0,201

En la Tabla 17 se describe el tamaño del efecto de Cohen observado a nivel global y en cada uno de los seis componentes identificados. En el grupo intervención el tamaño del efecto fue moderado a nivel de las puntuaciones globales (índice=0,65). El componente 1, “Habilidades para la práctica basada en pruebas”, presentó un tamaño del efecto muy importante (índice=0,82) así mismo se observó un tamaño del efecto pequeño/moderado (índice=0,39) en el componente 3, “Barreras del contexto”. En el grupo control, únicamente se observaron tamaños del efecto pequeños o muy pequeños.

**Tabla 17. Descripción del tamaño del efecto observado en el grupo intervención y en el grupo control en la puntuación global y en cada uno de los seis componentes identificados**

	DE inicial	Grupo intervención				Grupo control			
		Puntuación media		Dif. media	Tamaño efecto	Puntuación media		Dif. media	Tamaño efecto
		1ª adm.	2ª adm.			1ª adm.	2ª adm.		
Global	0,34	2,98	3,2	0,22	0,65	3,15	3,12	-0,03	-0,08
Componente 1	0,67	2,39	2,94	0,55	0,82	2,65	2,66	0,01	0,02
Componente 2	0,43	3,3	3,31	0,01	0,02	3,42	3,35	-0,08	-0,18
Componente 3	0,56	3,3	3,51	0,22	0,39	3,29	3,39	0,11	0,19
Componente 4	0,62	3,06	2,99	-0,07	-0,12	3,2	3,11	-0,09	-0,14
Componente 5	0,82	3,06	3,23	0,17	0,21	3,23	3,11	-0,12	-0,15
Componente 6	0,57	3,78	3,76	-0,02	-0,04	4,04	3,92	-0,13	-0,22

DE, desviación estándar; adm., administración; dif., diferencias.

Componente 1. Habilidades para la práctica basada en pruebas.

Componente 2. Utilización de elementos individuales y del contexto laboral como fundamento de la práctica.

Componente 3. Barreras del contexto.

Componente 4. Utilización de fuentes de información externas.

Componente 5. Barreras para encontrar las pruebas científicas.

Componente 6. Utilización de la formación y de la información de las instituciones locales y nacionales.

## DISCUSIÓN

El cuestionario DEBP adaptado al contexto de la práctica de la enfermería de salud comunitaria en el ámbito de la APS en España mostró una fiabilidad y validez adecuadas. El análisis de su estructura interna reveló un número parsimonioso de componentes que se pudieron interpretar adecuadamente y la consistencia interna de las puntuaciones de cada uno de estos componentes fue satisfactoria. Así mismo, se constató la relación esperada entre las puntuaciones del cuestionario con diferentes variables relacionadas con el desarrollo de la PBP. Las puntuaciones fueron estables en el tiempo; del mismo modo, los componentes relacionados con las habilidades para la PBP y la eliminación de las barreras del contexto mostraron ser sensibles al cambio tras la intervención de formación realizada.

### **Pruebas basadas en el proceso de respuesta**

La tasa de respuesta fue del 87,2 % y un 86,7 % de las enfermeras respondió al total de los ítems del cuestionario. Esta tasa fue similar a la observada en otros estudios de validación de instrumentos similares realizados en España<sup>77-81</sup> y muy superior a la obtenida en estudios realizados en otros países<sup>74,75</sup> incluido el estudio de validación del cuestionario DEBP original<sup>84</sup> donde es del 47 %. Una de las principales desventajas de los cuestionarios enviados por correo postal es la baja tasa de respuesta, asimismo, la necesidad de no anonimato para poder realizar las pruebas de estabilidad temporal

también podía influir negativamente; sin embargo, las estrategias llevadas a cabo (carta de presentación personalizada, recordatorios, incentivos de formación) con el objetivo de aumentarla contribuyeron a conseguir un porcentaje de participación adecuado.

La proporción de no respuesta a cada ítem fue baja (osciló entre el 0,2 % y el 2,9 %) y no se observó ningún patrón específico. Por ello se podría concluir que la aceptabilidad del cuestionario fue buena y que a pesar de su extensión los participantes no presentan dificultades a la hora de completarlo.

La variabilidad de la mayor parte de los ítems fue substancial. Este es un aspecto muy importante, ya que la principal función de un ítem es dar información que permita diferenciar a las personas en función del constructo evaluado. Una variabilidad pequeña en las respuestas a un ítem puede indicar que éste no tiene la capacidad de identificar todas las posibles diferencias entre las personas evaluada.

Más de una cuarta parte de las puntuaciones de los ítems presentaban un efecto techo o suelo. Este aspecto era más llamativo, en las puntuaciones de los ítems que componían la sección 5: todos los ítems menos uno presentaban efecto suelo. Esta sección mide la autopercepción de habilidades relacionadas con la recuperación, la valoración y la utilización de las pruebas científicas. El proceso de la PBP es un fenómeno relativamente reciente en nuestro país<sup>97</sup> y aún escasamente implantado entre las enfermeras, por eso no es de extrañar que las puntuaciones se agrupen en la categoría más inferior de la escala: “principiante”. Sería interesante comprobar si este efecto en las puntuaciones se mantiene en el tiempo o por el contrario se diluye una vez que las enfermeras mejoran sus competencias en PBP. Por otra parte, también existe la posibilidad de incrementar las opciones de respuesta al ítem para contribuir a optimizar su poder discriminativo pero ello reduciría la comparabilidad de las puntuaciones con el

cuestionario original. Asimismo, aunque un número importante de ítems presentaron un efecto suelo o techo, estos efectos estaban ausentes en 148 participantes, con lo que supera con creces el mínimo de 50 participantes recomendado<sup>90</sup>.

### **Capacidad discriminativa del cuestionario adaptado**

Un único ítem, el número 5 «la manera cómo siempre lo he hecho», presentó una capacidad discriminativa no satisfactoria, dado que las puntuaciones medias fueron prácticamente iguales en ambos grupos (3,146 y 3,153 respectivamente). Esto puede ser debido al profundo arraigo de la práctica enfermera en la experiencia, la tradición y la intuición<sup>31,33</sup> independientemente de que ésta se enfoque o no hacia la PBP. El resto de ítems presentaron una discriminación positiva, en especial los ítems de las secciones 2 y 5, «Barreras para encontrar y evaluar las pruebas científicas» y «Autoevaluación de habilidades». Esto indica que el cuestionario es capaz de distinguir, especialmente, a las enfermeras que presentan menos barreras y más habilidades para el desarrollo de la PBP. Este aspecto es especialmente importante para las estrategias de implementación de la PBP, ya que el instrumento puede identificar de manera adecuada que profesionales requieren un mayor desarrollo de sus competencias.

### **Estructura interna del cuestionario**

La solución factorial del cuestionario DEBP adaptado fue más parsimoniosa que la del cuestionario original, que es de 10 factores; no obstante, no reprodujo su estructura



teórica de 5 secciones. Dado que se añadieron dos nuevos ítems al cuestionario original para poder identificar las barreras relacionadas con la preponderancia de la lengua inglesa en la literatura científica, se decidió realizar un análisis factorial exploratorio en lugar de un análisis que confirmara la estructura del cuestionario original. Por otra parte, como se ha comentado la solución factorial del cuestionario original identifica un número de factores considerable algunos de ellos con una consistencia interna de las puntuaciones de sus ítems insuficiente<sup>84</sup>. La solución factorial con seis componentes del cuestionario DEBP adaptado explicaba un 49 % de variancia de los datos originales, este porcentaje es similar y en ocasiones superior al observado en las soluciones factoriales de otros cuestionarios ampliamente utilizados en investigación para el mismo propósito como la escala *BARRIERS*<sup>75,82</sup>. Una solución factorial que incluyera un mayor número de factores hubiera mejorado el porcentaje de la variancia explicada pero la solución hubiera sido menos parsimoniosa y más difícil de interpretar.

### **Consistencia interna de las puntuaciones**

Todos los ítems contribuyeron sustancialmente a la consistencia interna global de sus puntuaciones. No obstante, la presencia de correlaciones ítem-total excesivamente bajas cuando se analizó en conjunto la fiabilidad de las puntuaciones de los 51 ítems sugería la falta de unidimensionalidad y por lo tanto, no era adecuado interpretar sus puntuaciones como una única escala. El cuestionario fue diseñado para medir más de una dimensión (bases de la práctica, barreras, elementos facilitadores, conocimientos y habilidades) de un mismo constructo por lo que estos resultados dan soporte empírico a su estructura teórica.

El coeficiente de consistencia interna de las puntuaciones del cuestionario DEBP adaptado fue de 0,883, similar a la del cuestionario original ( $\alpha=0,874$ ) y a los observados en otros estudios de adaptaciones del mismo cuestionario, realizados con poblaciones de enfermeras del ámbito hospitalario<sup>37</sup>, del campo de la salud mental<sup>98</sup> y también del ámbito de la APS<sup>99-101</sup>. No obstante, las puntuaciones de la sección 3 del cuestionario adaptado presentaron una consistencia interna inferior a la del original, debido a que los ítems de éste último se agrupan en diferentes componentes.

Algunos de los componentes del cuestionario DEBP original no alcanzan una consistencia interna adecuada, dos de los 10 factores identificados muestran coeficientes inferiores a 0,70. Sin embargo, la consistencia interna de las puntuaciones de cada uno de los seis componentes identificados en el cuestionario DEBP adaptado fue satisfactoria ya que en todos los casos dicho coeficiente fue superior a 0,70. Tal vez debido a que se pudo determinar una solución factorial más parsimoniosa y los componentes estaban formados por un mayor número de ítems que en el caso del cuestionario original.

### **Estabilidad temporal**

La estabilidad temporal del cuestionario adaptado ha sido óptima tanto a nivel de las puntuaciones del conjunto del cuestionario como las de cada uno de los componentes identificados. Gerrish et al<sup>84</sup> no aportan información sobre la estabilidad temporal del cuestionario original así que no ha sido posible comparar en este sentido ambas versiones. Los estudios sobre los diferentes instrumentos que evalúan constructos similares que informan sobre la reproducibilidad de sus puntuaciones son escasos<sup>72</sup>. Sólo algunos de los

cuestionarios disponibles en lengua inglesa analizan esta propiedad psicométrica<sup>75,102,103</sup>. En cuanto a los cuestionarios disponibles en lengua española<sup>77-81</sup> ninguno de ellos refiere información sobre este tipo de fiabilidad. La información sobre la estabilidad temporal de las puntuaciones de un cuestionario es un aspecto importante para la evaluación del mismo, en especial si posteriormente se desea valorar su sensibilidad al cambio<sup>96</sup>; no obstante, esta propiedad suele estar escasamente documentada en los estudios de validación, un 75 % de los estudios informa sobre un único tipo de fiabilidad y sólo un 19 % informan sobre la estabilidad temporal de las puntuaciones<sup>104</sup>. Dado que uno de los propósitos del cuestionario así como de otros similares, es su utilización para determinar el impacto de las intervenciones dirigidas a impulsar el desarrollo de la PBP<sup>60</sup>, el análisis de la reproducibilidad de sus puntuaciones es especialmente relevante.

Por otra parte, la mayoría de las enfermeras (77 %) contestaron en el intervalo de tiempo planificado y el intervalo retest mínimo y máximo se situó alrededor del habitualmente recomendado en constructos similares a los evaluados<sup>89</sup>.

### **Relación de las puntuaciones con otras variables**

Una de las formas de argumentar la validez de un instrumento de medida es mostrar su relación con otros constructos u otras variables sustentadas por la teoría y las pruebas científicas disponibles. Las puntuaciones del cuestionario se han relacionado de la forma prevista con la formación académica de las enfermeras participantes. Las enfermeras con mayor formación académica (máster o doctorado) mostraron puntuaciones superiores. Diferentes estudios establecen la relación entre la formación académica y el desarrollo de

la PBP<sup>42,50,105</sup>. Un estudio realizado en Israel, muestra que las enfermeras graduadas desarrollan más su práctica bajo el enfoque de la PBP que las estudiantes de grado o las enfermeras no graduadas<sup>48</sup>. Asimismo, en un estudio realizado en Suecia se observa que las enfermeras con mayor formación académica tienen una actitud más positiva hacia la investigación enfermera<sup>106</sup>. El acceso a los fondos documentales de la empresa se asoció a mayores puntuaciones tal y como se describe en la literatura científica<sup>48</sup>. El conocimiento de la lengua inglesa, también se relacionó de una manera positiva con las puntuaciones, esta relación es consistente con los hallazgos obtenidos en varios estudios que muestran que las enfermeras de habla no inglesa identifican como una barrera para la PBP el hecho de que la mayoría de las fuentes de conocimiento estén únicamente disponibles en este idioma<sup>28,82</sup>.

En cambio las puntuaciones del cuestionario no mostraron relación con ejercer como directivo. Sin embargo, algunos estudios muestran una relación positiva débil entre las funciones directivas y el desarrollo de la PBP<sup>48</sup>. Esta falta de relación observada puede ser debida a que las enfermeras que ocupan cargos directivos a menudo carecen de competencias en investigación y PBP o mantienen actitudes poco proactivas hacia su desarrollo<sup>56,107</sup>. Del mismo modo, aunque el tiempo de experiencia profesional se relaciona con un mayor desarrollo de la PBP<sup>51,108</sup>, no se constató relación entre el tiempo de ejercicio profesional, en general ni en APS, con las puntuaciones del cuestionario. No obstante, los estudios disponibles muestran resultados inconsistentes ya que algunos autores observan una relación positiva, a más años trabajados más desarrollo de la PBP<sup>37,51</sup> y en cambio otros encuentran una relación negativa, menos años de experiencia profesional se relacionan con un mayor desarrollo<sup>108,109</sup>. Por lo que no está claramente establecida la relación entre la experiencia profesional y el desarrollo de la PBP, pudiendo depender de la población enfermera estudiada, del contexto y del instrumento de medida

utilizado. Asimismo, la edad no se relacionó con un mayor desarrollo de la PBP al igual que en la mayoría de los estudios realizados<sup>48,109</sup>. La participación como investigador en un proyecto de investigación tampoco se relacionó con las puntuaciones del cuestionario, aunque la hipótesis en principio era que existía una asociación positiva en base a la literatura científica<sup>106</sup>; no obstante, algunos estudios muestran que no se observa ningún tipo de relación<sup>109</sup>. Por otra parte, la pregunta que se realizó para recoger información acerca de este aspecto (ver Anexo B, pregunta 20) era muy genérica y el hecho de responder afirmativamente podía representar participar en una investigación tanto en calidad de investigador principal o colaborador como de investigador asociado o personal de soporte. Estas dos últimas figuras de personal investigador participan en determinadas actividades clave del proyecto, pero a diferencia del investigador principal y los colaboradores, no participan en su concepción y diseño ni en el análisis e interpretación de los resultados. Tal vez, si se hubiera recogido información que distinguiera el tipo de participación se hubiera observado algún tipo de relación.

En resumen, mayoritariamente las puntuaciones del cuestionario mostraron asociaciones estadísticamente significativas con otras variables que mantienen una relación conocida y consistente con el desarrollo de la PBP.

### **Sensibilidad al cambio**

Las puntuaciones mostraron un cambio muy importante en el componente 1: «Habilidades para la práctica basada en pruebas». El diseño metodológico que se llevó a cabo para evaluar la sensibilidad al cambio del cuestionario se basó fundamentalmente en

el desarrollo de una intervención cuyo objetivo principal era mejorar estas habilidades. Tal vez por ello, este componente fue el que experimentó el cambio más relevante en sus puntuaciones. El componente 3, «Barreras del contexto», experimentó un cambio más moderado, quizás la mejora de habilidades disminuyó la percepción de barreras del contexto como la falta de recursos o de tiempo. El resto de componentes no experimentaron un cambio sustancial; esto en cierto modo era esperable, ya que estos componentes no eran el objetivo fundamental de la intervención. Sería importante desarrollar estrategias de implementación de la PBP que abordaran los contextos organizativos e institucionales y no sólo dirigidas a mejorar las habilidades y los conocimientos, para así poder comprobar si las puntuaciones del cuestionario son sensibles a estos cambios.

### **Limitaciones del estudio**

En cuanto a la equivalencia de ambos cuestionarios DEBP, adaptado y original, respecto a su fiabilidad sólo ha sido posible comparar la consistencia interna de sus secciones teóricas y su estructura interna, debido a que las autoras del cuestionario original no proporcionan información sobre resultados de otras pruebas psicométricas<sup>84</sup>. Por otra parte, aunque el cuestionario DEBP original ha sido utilizado en investigaciones realizadas en otros países de habla inglesa<sup>98-101</sup> y no inglesa<sup>37</sup> los autores de estos estudios no aportan una información exhaustiva de sus propiedades psicométricas, limitándose a informar sobre la consistencia interna de sus puntuaciones. Por ello, tampoco ha sido posible comparar las propiedades psicométricas observadas en este estudio con las identificadas en otras investigaciones.

La participación de enfermeras con diferentes perfiles profesionales de distintos servicios de la APS de un amplio conjunto de EAP y SAP, ha favorecido que las puntuaciones observadas en el cuestionario recojan la amplia variabilidad de situaciones que se dan en el desarrollo de la PBP en APS. Dado que la población en la que se ha estimado la fiabilidad de las puntuaciones ha sido exclusivamente la compuesta por enfermeras de salud comunitaria de la comunidad autónoma de Cataluña, podría darse el caso de que el cuestionario presentara características diferentes al ser administrado entre las enfermeras de otras comunidades autónomas. No obstante, ya que tanto el cuestionario original como el adaptado son prácticamente equivalentes en cuanto a su consistencia interna se podría concluir que las puntuaciones serían similares.

No se ha llevado a cabo un análisis confirmatorio de la estructura del cuestionario adaptado. Para acumular un mayor número de pruebas de validez, sería importante realizar futuros estudios que confirmaran la estructura interna de seis componentes identificada, bien en esta misma población de enfermeras o en otras poblaciones distintas.

### **Implicaciones del estudio**

La investigación sobre las barreras y los elementos facilitadores de la PBP es numerosa y sus resultados muestran una elevada consistencia entre los diferentes escenarios de la práctica enfermera<sup>72</sup>, por el contrario, las pruebas científicas disponibles sobre la efectividad de las estrategias de implementación de la PBP aún son débiles, en especial las que analizan la efectividad de las estructuras organizativas<sup>60</sup>. Por ello, es necesario generar más investigación sobre el diseño y la evaluación de estrategias de implementación que

reduzcan las barreras y faciliten la integración de los resultados de la investigación en la práctica habitual de las enfermeras. Sin embargo, a pesar de ser un tema de investigación relevante, existe un desequilibrio importante entre la inversión realizada en la producción y síntesis de las pruebas científicas y la dirigida a la implementación de la PBP<sup>63</sup>.

El cambio de práctica es más factible si se diseñan estrategias de implementación dirigidas específicamente a las barreras existentes, por ello es necesario utilizar métodos y herramientas que permitan identificarlas y evaluarlas de manera fiable y válida<sup>66</sup>. El cuestionario DEBP adaptado al entorno de la práctica de la enfermería de salud comunitaria en España, puede representar una buena herramienta para incluir en futuras investigaciones sobre implementación de la PBP. La utilización de este cuestionario puede aportar información sobre la adopción, la aceptabilidad, la penetración y la sostenibilidad de la PBP entre las enfermeras de nuestro entorno y por tanto contribuir a evaluar el efecto de las estrategias de implementación realizadas.

Sin embargo, el proceso de validación de un cuestionario es un proceso continuo en el que se van acumulando pruebas que demuestran su importancia e idoneidad como instrumento de medida. Por ello, estas pruebas se van desarrollando en el tiempo y en diferentes estudios, y es más válido un instrumento cuanto más se haya investigado sobre él. Este estudio inicia el proceso de validación del cuestionario DEBP adaptado a una población de enfermeras españolas y aumenta el bagaje de pruebas científicas acerca del cuestionario DEBP original. Pero, es necesario continuar con la generación de nuevas pruebas que contribuyan a poner de manifiesto su relevancia y su representatividad como instrumento de medida de la PBP entre las enfermeras de salud comunitaria. Es fundamental acumular más pruebas científicas sobre la validez de este instrumento para determinar su comportamiento en otras poblaciones de enfermeras y en otros contextos



sanitarios. En especial, es necesario conocer más a fondo la sensibilidad al cambio de sus puntuaciones y más en concreto, determinar si estas son sensibles a cambios organizativos dirigidos al impulso de la PBP.

## **CONCLUSIONES GENERALES**

El cuestionario DEBP adaptado al escenario de la práctica de la enfermería de salud comunitaria en el ámbito de la APS en España presenta unas propiedades psicométricas satisfactorias, por lo que puede ser una herramienta útil para la planificación y evaluación del desarrollo de la PBP en este contexto. Las pruebas científicas disponibles sobre la efectividad de las estrategias de implementación de la PBP aún son escasas por lo que es especialmente relevante generar conocimiento al respecto. Por otra parte, los estudios realizados muestran que las estrategias para implementar la PBP son más eficaces si se identifican las barreras para el cambio de práctica de manera adecuada<sup>66</sup>. El cuestionario DEBP adaptado puede ayudar a identificar y monitorizar la evolución de estas barreras, especialmente las relacionadas con las habilidades para la PBP.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Satterfield JM, Spring B, Brownson RC, Mullen EJ, Newhouse RP, Walker BB, et al. Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *Milbank Q.* 2009 ;87(2):368–90.
2. Hyrkas K, Rhudy JP. Promoting excellence - Evidence-based Practice at the Bedside and Beyond. *J Nurs Manag.* 2013;21(1):1–4.
3. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med.* 2003;348(26):2635–45.
4. Grol R, Grimshaw J. Research into practice I From best evidence to best practice : effective implementation of change in patients ' care. *Lancet.* 2003;362:1225–30.
5. Rycroft-Malone J, Bucknall T. Using theory and frameworks to facilitate the implementation of evidence into practice. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2010;7(2):57–8.
6. Dicenso A, Guyatt G, Ciliska D. *Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice.* St. Louis, MO (EE. UU.): Mosby; 2004.
7. Cowell JM. Evidence for practice at your fingertips. *J Sch Nurs.* 2013;29(1):8–9.
8. World Health Organization (WHO). Bridging the “ Know – Do ” Gap Meeting on Knowledge Translation in Global Health. Ginebra: WHO; 2006.
9. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, et al. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ.* 2005;5(1):1.
10. McDonald L. Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing. *Evid Based Nurs.* 2001;4(3):68–9.
11. Cochrane A. *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services.* Londres: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1972.
12. The Cochrane Collaboration [Internet]. Oxford: The Cochrane Collaboration; 2014 [citado el 28 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.cochrane.org>
13. Kitson A. The state of the art and science of evidence-based nursing in UK and Europe. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2004;1(1):6–8.
14. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996;312(7023):71–2.
15. DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evid Based Nurs.* 1998;1(2):38–9.
16. Scott K, McSherry R. Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *J Clin Nurs.* 2009;18(8):1085–95.

17. Lavin MA, Meyer G, Krieger M, McNary P, Carlson J, Perry A, et al. Essential differences between evidence-based nursing and evidence-based medicine. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2002;13(3):101–6.
18. Del Mar C, Glasziou P, Mayer D. Teaching evidence based medicine. *BMJ.* 2004;329:989–90.
19. Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Schultz A. Transforming health care from the inside out: advancing evidence-based practice in the 21st century. *J Prof Nurs.* 2005;21(6):335–44.
20. Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Long LE, Fineout-Overholt E. The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2014;11(1):5–15.
21. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376(9756):1923–58.
22. Heater BS, Becker AM, Olson RK. Nursing interventions and patient outcomes: a meta-analysis of studies. *Nurs Res.* 1988;37(5):303–7.
23. Bolton LB, Donaldson NE, Rutledge DN, Bennett C, Brown DS. The impact of nursing interventions: overview of effective interventions, outcomes, measures, and priorities for future research. *Med Care Res Rev.* 2007;64(2 Supl):123S–43S.
24. Khadilkar A, Whitehead J, Taljaard M, Manuel D. Quality of diabetes care in the canadian forces. *Can J diabetes.* 2014;38(1):11–6.
25. Westbrook J, Gosling S, Coiera E. Do clinicians use online evidence to support patient care? A study of 55,000 clinicians. *J Am Med Informatics Assoc.* 2004;11(2):113–21.
26. Chiu Y, Weng Y, Lo H. Comparison of evidence- based practice between physicians and nurses: A national survey of regional hospitals in Taiwan. *J Contin Educ Health Prof.* 2010;30(2):132–8.
27. Ulvenes LV, Aasland O, Nylenna M, Kristiansen IS. Norwegian physicians' knowledge of and opinions about evidence-based medicine: cross-sectional study. *PLoS One.* 2009 Jan;4(11):e7828.
28. Ubbink DT, Guyatt GH, Vermeulen H. Framework of policy recommendations for implementation of evidence-based practice: a systematic scoping review. *BMJ Open.* 2013;1–12.
29. Rycroft-Malone J. The PARIHS framework--a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *J Nurs Care Qual.* 2004;19(4):297–304.
30. Welcome to the Joanna Briggs Institute [Internet]. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute; 2013 [citado el 27 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.joannabriggs.edu.au>

31. McCaughan D, Thompson C, Cullum N, Sheldon T, Raynor P. Nurse practitioner and practice nurses' use of research information in clinical decision making: findings from an exploratory study. *Fam Pract.* 2005;22(5):490–7.
32. Pravikoff DS, Tanner AB, Pierce ST. Readiness of U.S. nurses for evidence-based practice. *Am J Nurs.* 2005;105(9):40–51.
33. Sandström B, Borglin G, Nilsson R, Willman A. Promoting the implementation of evidence-based practice: a literature review focusing on the role of nursing leadership. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2011;8(4):212–23.
34. Stokke K, Olsen NR, Espehaug B, Nortvedt MW. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2014;13(1):8.
35. Patelarou AE, Patelarou E, Brokalaki H, Dafermos V, Thiel L, Melas CD, et al. Current evidence on the attitudes, knowledge and perceptions of nurses regarding evidence-based practice implementation in European community settings: a systematic review. *J Community Health Nurs.* 2013;30(4):230–44.
36. Berland A, Gundersen D, Bentsen SB. Evidence-based practice in primary care: an explorative study of nurse practitioners in Norway. *Nurse Educ Pract.* 2012;12(6):361–5.
37. Dalheim A, Harthug S, Nilsen RM, Nortvedt MW. Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:367.
38. Boström A-M, Ehrenberg A, Gustavsson JP, Wallin L. Registered nurses' application of evidence-based practice: a national survey. *J Eval Clin Pract.* 2009;15(6):1159–63.
39. Boström A-M, Rudman A, Ehrenberg A, Gustavsson JP, Wallin L. Factors associated with evidence-based practice among registered nurses in Sweden: a national cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:165.
40. Nilsson Kajermo K, Alinaghizadeh H, Falk U, Wändell P, Törnkvist L. Psychometric evaluation of a questionnaire and primary healthcare nurses' attitudes towards research and use of research findings. *Scand J Caring Sci.* 2014;28(1):173–85.
41. Institute of Medicine (IOM). *Leadership Commitments to Improve Value in Health Care: Finding Common Ground: Workshop Summary.* Washington, DC: The National Academies Press; 2009.
42. Rycroft-Malone J, Harvey G, Seers K, Kitson A, McCormack B, Titchen A. An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *J Clin Nurs.* 2004;13(8):913–24.
43. Brown CE, Ecoff L, Kim SC, Wickline MA, Rose B, Klimpel K, et al. Multi-institutional study of barriers to research utilisation and evidence-based practice among hospital nurses. *J Clin Nurs.* 2010;19(13-14):1944–51.
44. Hutchinson AM, Johnston L. Bridging the divide: a survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting. *J Clin Nurs.* 2004;13(3):304–15.

45. Martinez-Riera JR. Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. *Enferm Clin*. 2003;13(5):303–5.
46. Brownson RC, Jacobs JA, Tabak RG, Hoehner CM, Stamatakis KA. Designing for dissemination among public health researchers: findings from a national survey in the United States. *Am J Public Health*. 2013;103(9):1693–9.
47. Koehn ML, Lehman K. Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *J Adv Nurs*. 2008;62(2):209–15.
48. Eizenberg MM. Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors? *J Adv Nurs*. 2011;67(1):33–42.
49. Lizarondo L, Grimmer-Somers K, Kumar S. A systematic review of the individual determinants of research evidence use in allied health. *J Multidiscip Healthc*. 2011;4:261–72.
50. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Gallagher-Ford L, Kaplan L. The state of evidence-based practice in US nurses: critical implications for nurse leaders and educators. *J Nurs Adm*. 2012;42(9):410–7.
51. Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J. Developing evidence-based practice: experiences of senior and junior clinical nurses. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):62–73.
52. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Giggelman M, Cruz R. Correlates among cognitive beliefs, EBP implementation, organizational culture, cohesion and job satisfaction in evidence-based practice mentors from a community hospital system. *Nurs Outlook*. 2010;58(6):301–8.
53. Stetler CB, Ritchie JA, Rycroft-Malone J, Schultz AA, Charns MP. Institutionalizing evidence-based practice: an organizational case study using a model of strategic change. *Implement Sci*. 2009;4:78.
54. Scott-Findlay S, Golden-Biddle K. Understanding how organizational culture shapes research use. *J Nurs Adm*. 2005;35(7-8):359–65.
55. Gifford W, Davies B, Edwards N, Griffin P, Lybanon V. Managerial Leadership for Nurses' Use of Research Evidence: An Integrative Review of the Literature. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2007;4(3):126–45.
56. Udod SA, Care WD. Setting the climate for evidence-based nursing practice: what is the leader's role? *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2004;17(4):64–75.
57. Mantzoukas S. The research evidence published in high impact nursing journals between 2000 and 2006: a quantitative content analysis. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(4):479–89.
58. Cantrell SW, Ward KS, Van Wicklin SA. Translating research on venous thromboembolism into practice. *AORN J*. 2007;86(4):590–606.
59. Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, MacLennan G, Ramsay C, Fraser C, et al. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of

- guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J Gen Intern Med.* 2006 ;21 Supl 2:S14–20.
60. Flodgren G, Rojas-Reyes MX, Cole N, Foxcroft DR. Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidence-based nursing practice. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2:CD002212.
  61. Ilic D, Maloney S. Methods of teaching medical trainees evidence-based medicine: a systematic review. *Med Educ.* 2014;48(2):124–35.
  62. Young T, Rohwer A, Volmink J, Clarke M. What are the effects of teaching evidence-based health care (EBHC)? Overview of systematic reviews. Phillips RS, editor. *PLoS One. Public Library of Science;* 2014;9(1):e86706.
  63. Rycroft-Malone J, Bucknall T. *Models and Frameworks for Implementing Evidence-Based Practice: Linking Evidence to Action.* Reino Unido: Wiley-Blackwell and Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing; 2010.
  64. Stetler CB, Marram G. Evaluating research findings for applicability in practice. *Nurs Outlook.* 1976;24(9):559–63.
  65. Graham K, Logan J. Using the Ottawa Model of Research Use to implement a skin care program. *J Nurs Care Qual.* 2004;19(1):18–24.
  66. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane database Syst Rev.* 2010;(3):CD005470.
  67. Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Qual Health Care.* 1998;7(3):149–58.
  68. Helfrich CD, Damschroder LJ, Hagedorn HJ, Daggett GS, Sahay A, Ritchie M, et al. A critical synthesis of literature on the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework. *Implement Sci.* 2010;5:82.
  69. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc.* 2005;3(8):207–15.
  70. Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs. Evidencia en cuidados [Internet]. Madrid: Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs; 2014 [citado el 27 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.evidenciaencuidados.es>
  71. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health.* 2011;38(2):65–76.
  72. Frasure J. Analysis of instruments measuring nurses' attitudes towards research utilization: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2008;61(1):5–18.
  73. Oude Rengerink K, Zwolsman SE, Ubbink DT, Mol BWJ, van Dijk N, Vermeulen H. Tools to assess Evidence-Based Practice behaviour among healthcare professionals. *Evid Based Med.* 2013; 18 (4):129-38.

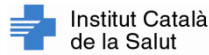


74. Estabrooks CA. Will evidence-based nursing practice make practice perfect? *Can J Nurs Res.* 1998;30(1):15–36.
75. Funk SG, Champagne MT, Wiese RA, Tornquist EM. BARRIERS: the barriers to research utilization scale. *Appl Nurs Res.* 1991;4(1):39–45.
76. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *J Adv Nurs.* 2006;53(4):454–8.
77. Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, de Miguel AG, González-María E, Clarke SP. Spanish nurses' attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilisation: a comparative survey of nurses with and without experience as principal investigators. *J Clin Nurs.* 2011;20(13-14):1936–47.
78. Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E, Gil de Miguel A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enferm Clin.*; 2010;20(3):153–64.
79. De Pedro Gómez J, Morales-Asencio JM, Abad AS, Veny MB, Roman MJR, Ronda FM. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. *Rev Esp Salud Publica.* 2009;83(4):577–86.
80. Ruzafa-Martínez M, López-Iborra L, Madrigal-Torres M. Attitude towards Evidence-Based Nursing Questionnaire: development and psychometric testing in Spanish community nurses. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(4):664–70.
81. Ruzafa-Martínez M, Lopez-Iborra L, Moreno-Casbas T, Madrigal-Torres M. Development and validation of the competence in evidence based practice questionnaire (EBP-COQ) among nursing students. *BMC Med Educ.* 2013;13:19.
82. Kajermo KN, Boström A-M, Thompson DS, Hutchinson AM, Estabrooks C a, Wallin L. The BARRIERS scale -- the barriers to research utilization scale: A systematic review. *Implement Sci.* 2010;5:32.
83. Upton D, Upton P, Scurlock-Evans L. The Reach, Transferability, and Impact of the Evidence-Based Practice Questionnaire: A Methodological and Narrative Literature Review. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2014;11 (1):46-54.
84. Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J, Cooke J, Kendall S, et al. Factors influencing the development of evidence-based practice: a research tool. *J Adv Nurs.* 2007 ;57(3):328–38.
85. DeVellis RF. Classical test theory. *Med Care.* 2006;44(11 Supl 3):S50–9.
86. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000;25(24):3186–91.
87. Valderas JM, Ferrer M, Alonso J, María J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clin (Barc).* 2005;125 Supl:56–60.

88. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. 2005;8(2):94–104.
89. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. 3<sup>a</sup> ed. EE. UU.: Oxford University Press; 2003.
90. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt D a WM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(1):34–42.
91. Ware JE, Gandek B. Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: the IQOLA Project approach. *International Quality of Life Assessment*. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):945–52.
92. Gaskin CJ, Happell B. On exploratory factor analysis: A review of recent evidence, an assessment of current practice, and recommendations for future use. *Int J Nurs Stud*. 2014 ;51(3):511–21.
93. Kaiser H. A second generation Little Jiffy. *Psychometrika*. 1970;35(4):401–15.
94. Hayton JC, Allen DG, Scarpello V. Factor Retention Decisions in Exploratory Factor Analysis: a Tutorial on Parallel Analysis. *Organ Res Methods*. 2004;7(2):191–205.
95. Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. *Making Sense of Factor Analysis: The Use of Factor Analysis for Instrument Development in Health Care Research*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.; 2003.
96. Rattray J, Jones MC. Essential elements of questionnaire design and development. *J Clin Nurs*. 2007;16(2):234–43.
97. Alcolea Cosín MT, Oter Quintana C, Martín García A. Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. *NURE Investig*. 2011;52:1–7.
98. Yadav BL, Fealy GM. Irish psychiatric nurses' self-reported barriers, facilitators and skills for developing evidence-based practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012 ;19(2):116–22.
99. Mills J, Field J, Cant R. Rural and remote Australian general practice nurses' sources of evidence for knowledge translation: a cross-sectional survey. *Int J Evid Based Healthc*. 2011;9(3):246–51.
100. Mills J, Field J, Cant R. The place of knowledge and evidence in the context of Australian general practice nursing. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2009;6(4):219–28.
101. Mills J, Field J, Cant R. Factors affecting evidence translation for general practice nurses. *Int J Nurs Pract*. 2011;17(5):455–63.
102. Van Mullem C, Burke LJ, Dohmeyer K, Farrell M, Harvey S, John L, et al. Strategic planning for research use in nursing practice. *J Nurs Adm*. 1999;29(12):38–45.

103. Hicks C. A study of nurses' attitudes towards research: a factor analytic approach. *J Adv Nurs*. 1996;23(2):373–9.
104. Hogan TP, Benjamin A, Brezinski KL. Reliability Methods: A Note on the Frequency of Use of Various Types. *Educ Psychol Meas*. 2000;60(4):523–31.
105. Gerrish K, Guillaume L, Kirshbaum M, McDonnell A, Tod A, Nolan M. Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidence-based practice among front-line nurses: findings from a cross-sectional survey. *J Adv Nurs*. 2011;67(5):1079–90.
106. Björkström ME, Johansson IS, Athlin EE. An attempt to improve nurses' interest in and use of research in clinical practice by means of network support to “facilitator nurses.” *J Nurs Educ Pract*. 2013;4(3):58–68.
107. Caine C, Kenrick M. The role of clinical directorate managers in facilitating evidence-based practice: a report of an exploratory study. *J Nurs Manag*. 1997;5(3):157–65.
108. De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Perelló Campaner C. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. *Gac Sanit*. 2011;25(3):191–7.
109. Squires JE, Estabrooks C a, Gustavsson P, Wallin L. Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *Implement Sci*. 2011;6(1):1.

# ANEXO A: CUESTIONARIO «DEVELOPING EVIDENCE-BASED PRACTICE»<sup>1</sup> ADAPTADO



## Encuesta sobre los factores que influyen en el desarrollo de la práctica basada en la evidencia entre las enfermeras de salud comunitaria

Esta encuesta forma parte de un proyecto de investigación financiado por el Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Ciencia e Innovación) y se lleva a cabo en colaboración con el “Institut d’Investigació en Atenció Primària (IDIAP)” Jordi Gol y el “Institut Català de la Salut”. En ella, participan enfermeras y enfermeros de salud comunitaria que trabajan en los diferentes equipos y servicios de Atención Primaria de Cataluña.

Se tarda unos 15 minutos en completar el cuestionario. Es importante que lo complete en su totalidad, no obstante, si alguna pregunta le resulta difícil o complicada de responder, óbviela.

Más información: <http://sites.google.com/site/questionaridebp>

ID.

<sup>1</sup>Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J, Cooke J, Kendall S, et al. Factors influencing the development of evidence-based practice: a research tool. J Adv Nurs. 2007;57(3):328–38.

Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Para empezar, queremos preguntarle sobre las diferentes fuentes de conocimiento que usa en su práctica profesional. Por favor, marque con una cruz la casilla que mejor describa su experiencia.

El conocimiento que uso en mi práctica se basa en:		Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	Casi siempre	Siempre
1	la información que adquiero de mi relación con cada paciente/cliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	mi intuición acerca de lo que parece ser lo más adecuado para el paciente/cliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	mi experiencia personal en el cuidado de los pacientes/clientes a lo largo del tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	lo que me ha funcionado durante años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	la manera cómo siempre lo he hecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	la información que mis compañeros/as de profesión comparten conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	la información que enfermeros/as expertos/as comparten conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	lo que los médicos/as comentan conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	lo que aprendo con los nuevos tratamientos y medicamentos cuando los médicos los prescriben a los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	los medicamentos y los tratamientos que consigo de representantes de compañías farmacéuticas o de equipamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	la información que obtengo de la documentación de los productos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	la información que he adquirido durante mi formación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	la información que adquiero mediante formación en servicio o en congresos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	la información que obtengo de las políticas y protocolos locales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	la información que obtengo de las iniciativas y directrices nacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	la información que obtengo de las auditorías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	los artículos publicados en revistas médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	los artículos publicados en revistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El conocimiento que uso en mi práctica se basa en:		Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	Casi siempre	Siempre
	enfermeras					
19	los artículos publicados en revistas de investigación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	la información de los libros de texto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	la información que obtengo de Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	la información que obtengo de los medios de comunicación (p. ej. prensa, televisión...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En la sección anterior ha podido ver que hay diferentes fuentes de conocimiento o “evidencia” que se pueden usar para apoyar la práctica. Éstas incluyen:

- El juicio profesional o la opinión experta (propios o ajenos)
- La perspectiva del paciente/cliente
- El desarrollo profesional y la formación
- La información de organizaciones e instituciones como directrices, procedimientos, auditorías, etc.
- La literatura científica e informes de investigación publicados

Las preguntas siguientes exploran su punto de vista sobre lo seguro/a que se siente a la hora de superar obstáculos para conseguir una práctica basada en la evidencia. El primer conjunto de obstáculos se refiere al tema de encontrar y evaluar la literatura científica y la información de organizaciones e instituciones como directrices, guías y protocolos.

Por favor, marque la casilla que mejor indique su grado de acuerdo con las afirmaciones siguientes en relación a su situación actual.

Obstáculos para encontrar y evaluar la literatura científica y la información de las organizaciones e instituciones.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
23 No sé cómo encontrar literatura científica adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 No sé cómo encontrar información de organizaciones e instituciones (guías, protocolos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 No tengo tiempo suficiente para	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Obstáculos para encontrar y evaluar la literatura científica y la información de las organizaciones e instituciones.</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Bastante de acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>Bastante en desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
	encontrar literatura científica					
26	No tengo tiempo suficiente para encontrar información de organizaciones e instituciones (guías, protocolos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	La literatura científica no es fácil de encontrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	La información de organizaciones e instituciones (guías, protocolos, etc.) no es fácil de encontrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	No soy capaz de leer un texto en lengua inglesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Me cuesta comprender la literatura científica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	No me siento seguro/a a la hora de juzgar la calidad de la literatura científica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Me cuesta identificar la repercusión de los hallazgos científicos en mi propia práctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Me cuesta identificar la repercusión de la información de organizaciones e instituciones en mi propia práctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El segundo conjunto de obstáculos se refiere al cambio de práctica en base a las evidencias disponibles.

Por favor, marque la casilla que mejor indique su grado de acuerdo con las afirmaciones siguientes en relación a su situación actual.

<b>Obstáculos para cambiar la práctica en base a la “mejor” evidencia disponible</b>		<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Bastante de acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>Bastante en desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>34</b>	No me siento seguro/a en cuanto a comenzar a cambiar mi práctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>35</b>	Mi equipo es reticente a cambiar la práctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>36</b>	No tengo suficiente autoridad en mi puesto de trabajo para cambiar la práctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>37</b>	No hay suficientes recursos (p. ej. equipamientos, material,...) para cambiar la práctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>38</b>	No hay tiempo suficiente en el trabajo para implantar cambios en la práctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las preguntas siguientes exploran la medida en la que sus compañeros/as le apoyan en el cambio de la práctica profesional.

<b>Elementos que favorecen el cambio de la práctica en base a la “mejor” evidencia disponible</b>		<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>De vez en cuando</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Nunca</b>
<b>39</b>	Los compañeros/as enfermeros/as apoyan el cambio de mi práctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>40</b>	Los/as enfermeros/as con responsabilidad directiva apoyan el cambio de mi práctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



41	Los/as médicos/as con los que trabajo apoyan el cambio de mi práctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Los/as directores/as apoyan el cambio de mi práctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Indique cualquier obstáculo adicional que le dificulte la realización de la práctica basada en la evidencia

.....

.....

.....

.....

44. Identifique tres factores que piense que le podrían facilitar la práctica basada en la evidencia

1.....

.....

.....

2.....

.....

.....

3.....

.....

.....

A continuación, nos gustaría que calificara sus habilidades a la hora de encontrar, evaluar y utilizar las diferentes fuentes de evidencia. Por favor, marque la casilla que mejor indique cómo califica sus habilidades actuales.

Autoevaluación de habilidades		Principiante	Principiante avanzado	Competente	Aventajado	Experto
45	Comprensión lectora de la lengua inglesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Encontrar evidencia científica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47	Encontrar información de organizaciones e instituciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Usar la biblioteca para encontrar información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Usar Internet para buscar información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Evaluar la evidencia científica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Evaluar la información de organizaciones e instituciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Utilizar la evidencia científica para cambiar la práctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Utilizar la información de organizaciones e instituciones (directrices, guías, etc.) para cambiar la práctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Si hay algo más que le gustaría añadir en relación con cualquiera de las preguntas o si desea hacer comentarios, por favor utilice el siguiente espacio.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gracias por su cooperación y emplear su tiempo en completar el cuestionario.

Por favor envíe el cuestionario una vez completado mediante el sobre franqueado adjunto, por correo convencional o por valija interna, en un **plazo de 15 días** desde su recepción a:

Sra. Edurne Zabaleta del Olmo

IDIAP Jordi Gol

Gran Via Corts Catalanes, 587 àtic. 08007 Barcelona



## ANEXO B: FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS

ID.

Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:** «Adaptación, desarrollo y validación de un cuestionario para medir el desarrollo de la práctica enfermera basada en pruebas en el contexto de la Atención Primaria de Salud»

El objetivo del estudio es adaptar y validar un instrumento de medida de la situación de la práctica basada en pruebas elaborado en otro país (Reino Unido) a nuestro contexto, con el propósito de disponer de una herramienta válida y fiable que mide su grado de implantación así como, las barreras más frecuentes y los elementos facilitadores de su desarrollo, facilitando así la identificación de las estrategias y las intervenciones más óptimas para favorecerla.

Necesitamos la participación de un mínimo de 500 enfermeras. La participación consiste en responder un cuestionario y aportar información sobre datos sociodemográficos y curriculares. Algunos de los participantes tendrán que responder al cuestionario en más de una ocasión, este proceso es imprescindible para poder realizar determinadas pruebas de validez y fiabilidad. Los investigadores adquieren el sólido compromiso de velar por la confidencialidad de la información que informen los participantes. Las bases de datos serán anonimizadas (identificación personal mediante código).

Entre los participantes que completen el estudio se sortearán 40 inscripciones gratuitas para un taller de 8 horas de duración sobre práctica basada en pruebas.

Encontraréis información actualizada sobre el proyecto en la web <http://sites.google.com/site/questionaridebp>

## DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_ Centro de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección postal\*: \_\_\_\_\_

Población\*: \_\_\_\_\_ Código postal\*: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección electrónica: \_\_\_\_\_

\*Esta es la dirección postal donde le enviaremos el cuestionario

1. Sexo:

Hombre

Mujer

2. Año de nacimiento (aaaa): \_\_\_\_\_

3. En general, ¿cuáles de las siguientes funciones desarrolla **PREFERENTEMENTE** en la actualidad, dentro del ámbito de la Atención Primaria? *Indique únicamente una opción*

Enfermero/a (población de 14 o MENOS años)

Enfermero/a (población de 15 o MÁS años)

Enfermero/a (población de cualquier edad)

Enfermero/a (atención urgente)

Enfermero/a (atención domiciliaria)

Gestor/a de casos o Enfermero/a de enlace

Gestión y dirección de equipos y personas

Otras. Especificar: \_\_\_\_\_

4. Aproximadamente, ¿en que año obtuvo la titulación para ejercer como enfermero/a (si ha realizado la convalidación de ATS a diplomatura indique el año cuando consiguió la titulación de ATS)?

Año(aaaa): \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es la titulación académica **MÁS ELEVADA** que ha conseguido en la actualidad? Indique sólo una opción

ATS

Diplomatura

Licenciatura

Diplomatura de postgrado

Máster (oficial o no oficial)

Doctorado

6. Aproximadamente, ¿en qué año obtuvo la titulación académica que ha indicado en la pregunta anterior?

Año(aaaa): \_\_\_\_\_

7. Actualmente, ¿posee alguna titulación en alguna especialidad enfermera?

- Sí. ¿Cuál?, especifique: \_\_\_\_\_  
 No

8. Aproximadamente, ¿desde qué año comenzó a trabajar en el ámbito de la Atención Primaria, en total y como enfermero/a?

Año(aaaa)inicio trabajo en Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Año(aaaa)inicio trabajo en Atención Primaria como enfermero/a: \_\_\_\_\_

9. Durante el último año, ¿ha llevado a cabo actividades de docente en formación de pregrado o postgrado tanto en su trabajo habitual como fuera del mismo?

- Sí  
 No

10. Durante el último año, aproximadamente ¿cuál es el número de congresos o jornadas a las que ha asistido?

Número de congresos/jornadas: \_\_\_\_\_

11. Durante los últimos tres meses, aproximadamente ¿Cuántas sesiones bibliográficas, monográficas o de actualización se han realizado en su lugar de trabajo?

Número de sesiones realizadas: \_\_\_\_\_

12. En relación con la pregunta anterior y de manera aproximada, ¿a cuantas de estas sesiones ha podido asistir? Responda esta pregunta únicamente si ha indicado una cifra superior a «0» en la pregunta anterior

Número de sesiones a las que ha podido asistir: \_\_\_\_\_

13. ¿Ha recibido formación sobre búsqueda bibliográfica y documental?

- Sí  
 No

14. ¿Sabe cómo acceder a los fondos documentales (revistas, bases de datos bibliográficas,...) del centro documental del Institut Català de la Salut?

- Sí  
 No

15. Durante el último mes, aproximadamente ¿Cuántos artículos científicos ha leído?

Número de artículos: \_\_\_\_\_

16. Durante la última semana, aproximadamente ¿Cuántas horas ha dedicado a leer literatura científica (artículos, monografías, informes, revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica,...)?

Número de horas/semana: \_\_\_\_\_

17. ¿Tiene acceso a Internet en su lugar de trabajo?

- Sí  
 No

18. ¿Tiene acceso a Internet en su domicilio?

- Sí  
 No

19. Aproximadamente, durante la última semana, ¿Cuántas horas ha dedicado a buscar en Internet información científica (artículos, monografías, informes, revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica,...), tanto en su lugar de trabajo como en su domicilio?

Número de horas/semana en su lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Número de horas/semana en su domicilio : \_\_\_\_\_

20. ¿Ha participado en los últimos dos años como investigador en algún proyecto de investigación?


- Sí.  
 No

21. ¿Cuál es su nivel de comprensión lectora de la lengua inglesa?

- Alto (La comprendo perfectamente)  
 Medio (Aunque mayoritariamente la comprendo, algunos términos y expresiones me resultan difíciles de comprender)  
 Bajo (Tengo muchas dificultades para comprender un texto en lengua inglesa)

22. ¿Cómo calificaría la calidad de vida laboral que tiene en su lugar de trabajo actual? (Marque con una cruz la casilla con la puntuación que considere más adecuada)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ninguna  Mucha

Puede retornar este formulario una vez completado mediante correo electrónico a la dirección [questionari.ibe@gmail.com](mailto:questionari.ibe@gmail.com) o valija interna, dirigida a:

Eduarne Zabaleta del Olmo.  
IDIAP Jordi Gol. Gran Via Corts Catalanes, 587 Àtic  
08007 Barcelona

Puede realizar cualquier consulta sobre el formulario y el proyecto, en el mismo correo electrónico o llamando al teléfono 93 482 41 05 (Eduarne Zabaleta). Próximamente contactaremos con usted. Gracias por su interés y cooperación.

## **ANEXO C: MODELO DE CARTA DIRIGIDA A LOS DIRECTIVOS**



Apreciado/a.....:

Estamos llevando a cabo un estudio de validación de una herramienta que permita medir el grado de implementación de la práctica enfermera basada en pruebas (PBP) así como las barreras y los elementos facilitadores para su desarrollo, con el fin de poder identificar cuáles pueden ser las estrategias y las intervenciones más óptimas para su impulso. Para que los resultados del estudio sean válidos necesitamos que participen un mínimo de 500 enfermeros y enfermeras del ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS).

La participación consiste en responder un cuestionario y aportar información sobre datos sociodemográficos y curriculares. Algunos de los participantes tendrán que responder el cuestionario en más de una ocasión, este proceso es imprescindible para poder determinar su fiabilidad y validez. El equipo investigador adquiere el sólido compromiso de velar por la confidencialidad de la información que aporten los/las participantes. Las bases de datos que utilizará el equipo investigador estarán anonimizadas. Entre los/las participantes que completen el estudio se sortearán 40 inscripciones gratuitas en un taller de 8 horas de duración sobre PBP.



El estudio está financiado por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Ciencia e Innovación. Encontrarán información actualizada sobre el proyecto en la página web <http://sites.google.com/site/questionaridebp>

Por favor, le solicitamos que haga la máxima difusión de esta información. Las/os enfermeras/os que estén interesados en participar han de completar y hacernos llegar el formulario que acompaña esta carta.

Agradecemos su cooperación y quedamos a su disposición si necesita más información.

Atentamente,

Edurne Zabaleta del Olmo  
Investigadora principal  
IDIAP Jordi Gol  
ezabaleta@idiapjgol.org  
Tel. 934 824 105

Investigadores colaboradores: Asunción Aguas, Ana Ara, Rafaela Blanco, Lourdes Carrés, Joan Carles Contel, Bibiana Escuredo, M<sup>a</sup> Antònia Ferriz, Rosa M<sup>a</sup> García, Glòria Jodar, Yolanda Lejardi, Núria Nuix, Àngels Ondiviela, Ángeles Ríos, Mireia Subirana.

## **ANEXO D: MODELO DE LA CARTA DE PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO**



Apreciado/a.....:

Como ya sabes, estamos llevando a cabo un estudio de validación de una herramienta que nos permita medir el grado de implementación de la práctica enfermera basada en pruebas (PBP) así como las barreras y los elementos facilitadores para su desarrollo, con el fin de poder identificar cuáles pueden ser las estrategias y las intervenciones más óptimas para su impulso.

La herramienta que queremos adaptar y validar se trata de un cuestionario desarrollado en el Reino Unido. Con el envío que acompaña esta carta has recibido su adaptación al español. Tu participación consiste en responder este cuestionario y retornarlo en el sobre autofranqueado que lo acompaña. Tal vez tengas que responder el cuestionario en más de una ocasión, este proceso es imprescindible para poder determinar su fiabilidad y validez. El equipo investigador adquiere el sólido compromiso de velar por la confidencialidad de la información que aporten los/las participantes. Las bases de datos que utilizará el equipo investigador estarán anonimizadas. Entre los/las participantes que completen el estudio se sortearán 40 inscripciones gratuitas en un taller de 8 horas de duración sobre PBP.

El estudio está financiado por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Ciencia e Innovación. Encontrarán información actualizada sobre el proyecto en la página web <http://sites.google.com/site/questionaridebp>

Agradecemos su cooperación y quedamos a su disposición si necesitas más información.

Atentamente,

Eduarne Zabaleta del Olmo  
Investigadora principal  
IDIAP Jordi Gol  
ezabaleta@idiapjgol.org  
Tel. 934 824 105

Investigadores colaboradores: Asunción Aguas, Ana Ara, Rafaela Blanco, Lourdes Carrés, Joan Carles Contel, Bibiana Escuredo, M<sup>a</sup> Antònia Ferriz, Rosa M<sup>a</sup> García, Glòria Jodar, Yolanda Lejardi, Núria Nuix, Àngels Ondiviela, Ángeles Ríos, Mireia Subirana.

