







UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ ELCHE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA

CATEDRA DE MEDICINA DE FAMILIA Y ATENCIÓN PRIMARIA

# “Utilización por parte de Enfermería de Atención Primaria de la evidencia científica en la práctica clínica diaria”

Tesis doctoral realizada por: **D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Jesús Chorén Freire**

---

**Dirigida por: Prof<sup>a</sup> D<sup>a</sup> Concepción Carratala Munuera**

**Prof<sup>a</sup> D<sup>a</sup> Pilar Isla Pera**

San Juan, Mayo 2017



**TESIS DOCTORAL**

**Autora: M<sup>a</sup> Jesús Chorén Freire**

**Lugar de trabajo: ICS. Atención Primaria Barcelona Ciudad**

**Localidad: Barcelona**

**Móvil: 619184330**

**Email: chuschf@hotmail.com**



**Título:**

**Utilización por parte de Enfermería de Atención Primaria de la evidencia científica en la práctica clínica diaria**



Dña. Concepción Carratala Munuera y  
Dña. Pilar Isla Pera, como Directoras de Tesis Doctoral

## CERTIFICAN:

Que el trabajo "Utilización por parte de Enfermería de Atención Primaria de la evidencia científica en la práctica clínica diaria" realizado por Dña. M<sup>a</sup> Jesús Chorén Freire ha sido llevado a cabo bajo nuestra dirección y se encuentra en condiciones de ser leído y defendido como Tesis Doctoral en la Universidad Miguel Hernández.

Lo que firmamos para los oportunos efectos en San Juan de Alicante a 31 de julio de 2017.

Fdo. Dra. Dña. Concepción Carratala Munuera  
Directora  
Tesis Doctoral

Fdo. Dra. Dña. Pilar Isla Pera  
Directora  
Tesis Doctoral



**DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLINICA**

Campus de San Juan. Ctra. de Valencia (N-332), Km. 87 – 03550 San Juan de Alicante  
Telf.: 96 5919449 – Fax: 96 5919450  
c.electrónico: med.psiqui@umh.es





D. JAVIER FERNANDEZ SÁNCHEZ, Director del  
Departamento de Medicina Clínica de la Universidad  
Miguel Hernández

## AUTORIZA:

La presentación y defensa como Tesis Doctoral del trabajo  
“Utilización por parte de Enfermería de Atención Primaria de la  
evidencia científica en la práctica clínica diaria” presentado por  
Dña. M<sup>a</sup> Jesús Chorén Freire bajo la dirección de la Dra. Dña.  
Concepción Carratala Munuera y de la Dra. Dña. Pilar Isla Pera.

Lo que firmo en San Juan de Alicante a 31 de julio de 2017

Prof. J. Fernández  
Director  
Dpto. Medicina Clínica



**DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLINICA**

Campus de San Juan. Ctra. de Valencia (N-332), Km. 87 – 03550 San Juan de Alicante  
Telf.: 96 5919449 – Fax: 96 5919450  
c.electrónico: med.psiqui@umh.es



## **AGRADECIMIENTOS**

Hoy puedo decir que he llegado al final de este camino a pesar de haber dejado marcadas huellas profundas en el recorrido.

No es fácil llegar, se necesita voluntad y tesón, lucha y deseo, pero sobre todo apoyo como el que he recibido durante este tiempo. Ahora más que nunca se confirma mi cariño, admiración y respeto. Gracias por ayudarme a conseguirlo.

A mis padres, ya que me dieron la vida y gracias a ellos soy quien soy.

A Antonio y Carmen, que siempre me han animado a continuar y gracias a su apoyo incondicional e incluso sus renunciadas a sus tiempos de ocio han hecho posible mi desarrollo tanto académico como profesional.

A mis amigos y compañeros de trabajo, que me alentaron siempre a seguir adelante en todo momento, a no tirar la toalla, y me ayudaron de una manera u otra a que este trabajo viera la luz.

A Cristina, que en la última etapa ha significado la inspiración que necesitaba para mi carrera profesional. Y en contra de todo augurio ha hecho fácil mi reincorporación permitiéndome, compartiendo objetivos comunes, crecer personal y profesionalmente.

A mis compañeros enfermeras y enfermeros de Atención Primaria ICS Barcelona Ciudad, ya que sin su colaboración no se hubiese podido realizar el estudio, y éste trabajo no se hubiera podido desarrollar.

A mis directoras Concepción y Pilar que hicieron de mi trabajo esta tesis doctoral y a José Antonio, el estadístico, que convirtió mi base de datos en información oportuna y apropiada. A ellos por el tiempo dedicado.

Y a todas las personas que en general por algún motivo hayan tenido que ver con el desarrollo de esta tesis.



**GRACIAS**

# ÍNDICE

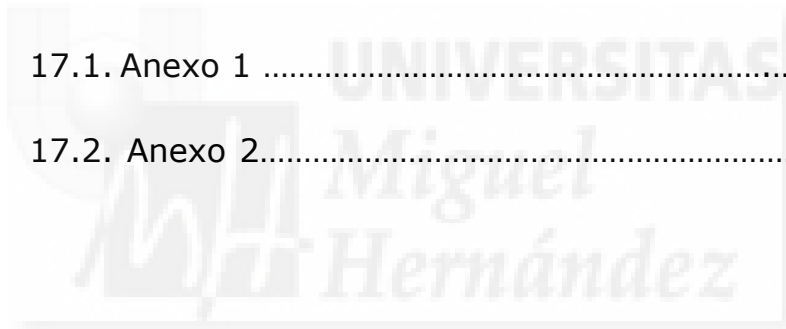


## ÍNDICE

1. Índice de siglas y abreviaturas.....	Página 1
2. Resumen.....	Página 6
3. Introducción y antecedentes .....	Página 10
3.1. Niveles de evidencia científica y grados de recomendación.....	Página 43
3.2. Situación de la utilización de la evidencia científica en la práctica diaria por parte de la enfermería de Atención Primaria.....	Página 68
3.3. Cuestionarios de práctica basada en la evidencia.....	Página 75
3.4. El sistema de salud en Cataluña.....	Página 100
3.5. Ámbito asistencial .....	Página 106
3.6. Misión, visión y valores del Instituto Catalán de la Salud.....	Página 112
3.7. Configuración del ámbito.....	Página 115
4. Justificación .....	Página 128
5. Hipótesis y objetivos .....	Página 132
5.1. Hipótesis.....	Página 132
5.2. Objetivo General.....	Página 132
5.3. Objetivos Específicos.....	Página 132
6. Aplicabilidad y utilidad de los datos .....	Página 134

7. Material y métodos .....	Página 136
7.1. Tipo de diseño.....	Página 136
7.2. Muestreo del estudio .....	Página 136
7.2.1 Población diana.....	Página 136
7.2.2 Población de estudio.....	Página 136
7.2.3 Muestra.....	Página 137
7.2.4 Criterios de inclusión.....	Página 138
7.2.5 Criterios de exclusión.....	Página 138
7.3. Ámbito del estudio .....	Página 139
7.4. Período del estudio .....	Página 139
7.5. Recogida de datos y variables de interés: definición.....	Página 139
7.5.1. Variables dependientes.....	Página 141
7.5.2. Variables independientes.....	Página 143
7.6. Operacionalización de las variables.....	Página 145
7.6.1. Sociodemográficas.....	Página 145
7.6.2. Académicas.....	Página 146
7.6.3. Laborales.....	Página 153
7.7. Estrategias y descripción de la búsqueda bibliográfica.....	Página 157
7.8. Análisis estadístico de los datos .....	Página 158
8. Resultados .....	Página 162

8.1. Análisis univariante.....	Página 162
8.2. Análisis bivariante.....	Página 172
8.3. Análisis multivariante.....	Página 200
9. Discusión.....	Página 220
10. Conclusiones.....	Página 242
11. Bibliografía/Webgrafía.....	Página 246
12. Índice de tablas.....	Página 276
13. Índice de figuras.....	Página 282
14. Anexos.....	Página 287
17.1. Anexo 1 .....	Página 284
17.2. Anexo 2.....	Página 289





## 1. ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

**ICS** Instituto Catalán de la Salud

**AANC** American Association Nursing College

**AATM** Agencia de Evaluación de Tecnología Médica / Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica

**ABS** Área Básica de Salud

**ACE** Academic Center for Evidence-based Practice

**ACUT** Atención Continuada Urgencias Territoriales

**AHRQ** Agency for Healthcare Research and Quality

**ANA** American Nursing Association

**AP** Atención Primaria

**ASBE** Atención Sanitaria Basada en la Evidencia

**ASSIR** Atención a la Salud Sexual y Reproductiva

**B C** Barcelona Ciudad

**CAI** Context Assessment Index

**CAP** Centro de Atención Primaria

**CAP II** Atención especializada. Centros de atención primaria donde se prestan servicios especializados de soporte a la atención primaria de salud.

**CPBE** Cuestionario de Efectividad Clínica y Práctica Basada en la Evidencia

**CTFPHC** Canadian Task Force on Preventive Health Care

**CUAP** Centros de Urgencias de Atención Primaria

**DPO** Directrices por Objetivos

**EAP** Equipo de Atención Primaria

**EBE** Enfermería Basada en la Evidencia

**EBEP** Estatuto Básico del Empleado Público

**EBM** Evidence Based Medicine

**EBMWG** Evidence- Based Medicine Working Group. Grupo de trabajo en Medicina Basada en la Evidencia

**EBN** Evidence Based Nursing

**EBP** Enfermería Basada en Pruebas

**EBPQ** Evidence-Based Practice Questionnaire

**ECA** Ensayos Controlados Aleatorios/ Aleatorizados

**EIR** Enfermera Interna Residente

**EPD** Estudios de pruebas diagnósticas

**GPC** Guías de Práctica Clínica

**GRADE** Grado de Recomendaciones, Asesoramiento, Desarrollo y Evaluación

**IJB / JBI** Instituto Joanna Briggs

**ISCIII** Instituto de Salud Carlos III

**LOSC** Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya

**MBE** Medicina Basada en la Evidencia

**MBP** Medicina Basada en Pruebas

**MeSH** Medical Subject Headings

**NHS** National Health Service

**NICE** National Institute for Clinical Excellence

**OCEBM** Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford

**OMS** Organización Mundial de la Salud

**OTATM** Oficina Técnica de Evaluación de Tecnología Médica

**PAC** Punto de Atención Continuada

**PADES** Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte

**PARIHS** Promoting Action on Research Implementation in Health Services

**PBE** Práctica Basada en la Evidencia

**PBP** Práctica Basada en Pruebas

**PORH** Plan de Ordenación de Recursos Humanos

**PCBE** Práctica Clínica Basada en la Evidencia

**SAP** Servicio de Atención Primaria

**SIGN** Scottish Intercollegiate Guidelines Network

**TFM** Trabajo de Fin de Máster

**UAU** Unidad de atención al Usuario

**USPSTF** US Preventive Services Task Force

**XB** Ics (X en catalán) Barcelona





# RESUMEN

## 2. RESUMEN

Se ha definido la práctica basada en evidencia (PBE) en enfermería como el uso consciente, explícito, y juicioso de la información derivada de la teoría, y basada en la investigación para la toma de decisiones sobre la gestión del cuidado a los individuos o a los grupos de pacientes, considerando sus necesidades y preferencias individuales. También ha sido definida como la toma de decisiones que combina la mejor evidencia científica disponible, con el juicio profesional y las preferencias de los pacientes.

Entre sus limitaciones se han descrito la escasa investigación, las barreras de tipo organizacional, la falta de financiación, la dificultad en el acceso a fuentes y el idioma, así como, las bajas posibilidades de desarrollo profesional y la falta de reconocimiento.

El objetivo de este estudio es explorar la competencia del personal de enfermería en la aplicación práctica de la evidencia e identificar áreas de mejora en las que intervenir.

Para ello se ha utilizado el cuestionario de efectividad clínica y práctica basado en la evidencia, (CPBE- 19), validado en España. (Anexo 1). Además se ha tenido en cuenta variables sociodemográficas, académicas y laborales, participando 1.170 profesionales de enfermería de Barcelona Ciudad que presta servicio asistencial en la Atención Primaria, como personal estatuario del Instituto Catalán de la Salud (ICS), para identificar la integración de la PBE en la práctica clínica, la actitud del profesional ante la PBE, y los conocimientos y habilidades en la integración de la PBE.

Se valora el buen uso de la práctica basada en la evidencia mediante los resultados obtenidos en los factores de práctica, actitud y conocimientos/habilidades, abordados en el cuestionario. Y en el profesional encuestado, valorando la atención prestada al paciente en el último año, no se han obtenido las respuestas requeridas para poder otorgar valores de cumplimiento, ya que las respuestas mayoritariamente han quedado catalogadas en escalas inferiores a las deseadas.

Se concluye con el estudio, que el personal de enfermería que presta servicios asistenciales en la Atención Primaria de la gerencia territorial de Barcelona Ciudad del ICS, no realiza en su práctica clínica diaria una utilización de la práctica basada en la evidencia.









# **INTRODUCCIÓN**

### 3. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Evidence Based Medicine, (EBM) debería traducirse al castellano como Medicina Basada en Pruebas (MBP), y no Medicina Basada en Evidencias (MBE), que es como se utiliza generalmente, en trabajos, artículos y conferencias científicas en idioma español, cometiendo un anglicismo léxico.<sup>(1)</sup>

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española<sup>(2)</sup>, el vocablo evidencia enuncia "certeza clara, manifiesta y tan perceptible que nadie puede racionalmente dudar de ella".

Según el diccionario Webster<sup>(3)</sup> en inglés evidence simboliza: "Aquello que hace evidente o da indicios de algo; aquello que muestra o establece la verdad o la falsedad de algo; prueba; indicios; hechos; testimonio; declaración; deposición; o también aquello que se somete legalmente a un tribunal competente como medio de determinar la verdad de algo que investiga".

Así, se podría afirmar que realizando una interpretación fiel al término en inglés, evidencia es algo que se comprueba, demuestra o verifica. Y por ello, en la PBE la expresión evidencia se utiliza para hacer alusión a la evidencia científica o la aportada por la investigación.

La certeza la proporcionan las pruebas científicas obtenidas a partir de la investigación realizada sobre la base de criterios metodológicos rigurosos.

Para Sackett,<sup>(4)</sup> evidencia se considera aquella investigación clínica relevante, y dado que existen diferentes aceptaciones, Gray,<sup>(5,6)</sup> cree que además se han de incorporar las opiniones de expertos y los datos aportados por la clínica.

De la aplicación de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia, en el mundo sanitario se debe destacar, tal como afirman autores como Bravo<sup>(7)</sup> e Icart<sup>(8)</sup> la evidencia científica y la toma de decisiones.<sup>(9)</sup>

En relación a la toma de decisiones, dependerá de quien las realice. Por ello cuando los profesionales asistenciales toman decisiones acerca del cuidado individual de sus pacientes, y en virtud de la PBE, deberán tener en cuenta las preferencias y valores de los pacientes, es decir, incluyendo su participación a la hora de esa toma de decisiones.

Para poder tomar decisiones se deberá elegir entre varias opciones, y en ocasiones, las decisiones tomadas, no están basadas justamente en evidencias científicas, ya que como afirma Mulrow,<sup>(10)</sup> tras una consulta de la información disponible, la experiencia profesional y personal, las preferencias de los pacientes, y la persona que decida, es complicado acertar en la decisión clínica.

Se propone la enfermería basada en la evidencia como un modelo en el que se plantean preguntas de investigación procedentes de problemas cotidianos de la práctica y cuya respuesta se evalúa sistemáticamente a partir de resultados de una investigación rigurosa que oriente a las mejores decisiones en beneficio del usuario.<sup>(11)</sup>

La competencia profesional, se define en la Ley de cohesión y calidad,<sup>(12)</sup> como la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a una buena práctica.

Es un elemento indispensable para el desarrollo de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), y ésta se adquiere con el paso del tiempo concebido según Benner<sup>(13)</sup> como la valoración de nociones y postulados teóricos mediante la confrontación con muchos casos prácticos reales que añaden matices o leves precisiones a la teoría.

Ésta experiencia que será la que proporcione al profesional el conocimiento de la situación, junto a la evidencia científica disponible serán determinantes para un desarrollo de la EBE exitoso.

La pericia profesional facilitará la interpretación de las situaciones clínicas y los conocimientos inherentes a la competencia profesional, que serán determinantes para la mejora de la función asistencial y el progreso de la ciencia enfermera.<sup>(13)</sup>

El nacimiento de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) se podría ubicar en 1972 con la publicación de la obra del médico inglés Archie L. Cochrane "Efectividad y eficiencia: Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios"<sup>(14)</sup> en la que critica a la práctica tradicional realizada, por no utilizar los resultados de la investigación en la práctica clínica, y tomar decisiones sin tener en cuenta los hallazgos obtenidos en la investigación.

Sugería que, dado que los recursos siempre serían limitados, deberían utilizarse para proporcionar de un modo igualitario aquellos modelos de atención sanitaria que habían mostrado en evaluaciones propiamente diseñadas ser efectivos. Concretamente, destacaba la importancia de utilizar los resultados o conclusiones obtenidas de la realización de ensayos controlados aleatorios (ECA) ya que este tipo de estudios que cuentan con más probabilidades de proporcionar información mucho más fiable y mayor credibilidad que otras fuentes de datos.<sup>(15)</sup>

Se podría definir la PCBE, como el método para resolver problemas de la práctica clínica que integra la aplicación de resultados de investigación, la experiencia clínica, las preferencias y valores de los pacientes y los recursos disponibles.<sup>(16,17,18)</sup>

La PCBE se realiza en cinco etapas:

1. Formulación de la pregunta clínica, convirtiendo las necesidades de información en una pregunta que pueda ser respondida.
2. Realización de la búsqueda, rastreando las mejores evidencias para responder esa pregunta clínica concreta.

3. Lectura crítica de lo encontrado, evaluar de forma crítica la evidencia de lo encontrado y su aplicación a la práctica clínica.

4. Aplicación a la práctica clínica, integrando nuestra evaluación de la literatura con nuestra especialización clínica y con los datos concretos de nuestro paciente o nuestra situación de salud planteada.

5. Evaluación de la práctica clínica y de nuestra capacidad para realizar las primeras cuatro etapas y buscar maneras para mejorar ambas.



La Medicina Basada en Evidencia (MBE) tiene sus orígenes a comienzos del siglo XIX en París, donde surgió básicamente como respuesta al concepto de la medicina como arte que visualizaba a los médicos como artistas que debían confiar en sus sentimientos para abordar a los pacientes.<sup>(19)</sup>

Formalmente, el término se forjó en América del Norte, concretamente en Canadá.

La MBE, entendida como actualmente, nació en los años 90 en la Universidad canadiense de McMaster, bajo el liderazgo de Gordon Guyatt<sup>(20)</sup> y la colaboración de David Sackett, Brian Haynes y Deborah Cook.<sup>(21,22)</sup>

Este grupo de trabajo afirma que los resultados de las investigaciones, lo que podríamos llamar evidencias, son la mejor forma de tomar decisiones en lo respectivo a temas de salud.

Intentaban desde la disciplina de la epidemiología clínica incorporar la investigación clínica en la toma de decisiones para los pacientes.<sup>(23,24)</sup>

Resulta ser una corriente filosófica o de pensamiento, tal como expone Guyatt<sup>(20)</sup> que de alguna manera intenta rescatar lo que debe ser la práctica médica ideal, estableciendo como eje principal de actuación y como razón de ser el paciente, y preconiza el uso juicioso de la mejor evidencia disponible en la investigación clínica, la que debe integrarse con la experiencia clínica del médico y esto conjugarse con los valores y preferencias que sobre el punto tiene los pacientes para tomar decisiones adecuadas relacionadas al cuidado de la salud.

La MBE, se empleó por primera vez en el año 1991 a través de una editorial en la American College of Physicians Journal Club<sup>(25)</sup>, primera revista que empezó a publicar resúmenes estructurados de estudios relevantes procedentes de otras revistas.

Y fue acuñado como término, en 1992 en la Facultad de Medicina de la Universidad canadiense de Mc Master.

En noviembre de 1992 el "Evidence- Based Medicine Working Group" (EBMWG), Grupo de Trabajo en Medicina Basada en la Evidencia, de la Universidad Mc Master en Ontario (Canadá), publicaba en la revista JAMA<sup>(26)</sup>, el artículo titulado: Evidence - based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. En el que se potencia un nuevo paradigma para la práctica de la medicina, haciendo hincapié en el análisis de las pruebas aportadas por la investigación frente al fisiopatológico, basado en la intuición de la experiencia clínica no sistemática y/o el razonamiento fisiopatológico.<sup>(27)</sup>

Se iniciaba así, según afirma Santillán A.<sup>(28)</sup> la difusión de un nuevo enfoque para la práctica de las profesiones sanitarias.

Es el descriptor utilizado en la base de datos de Medline<sup>(29)</sup>, aunque no fue incluido como término MeSH (Medical Subject Headings)<sup>(30)</sup>, hasta 1997.

Sackett,<sup>(31,32)</sup> la define como "la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado individual de cada paciente".

Así, la MBE se presenta como la alternativa al modelo tradicional, que se basa únicamente en la comprensión de los mecanismos básicos de la enfermedad y en la experiencia clínica. Es cierto que la opinión de expertos ha sido durante muchos años y en muchas ocasiones incluidas en la actualidad por determinados profesionales la fuente principal de conocimiento del ámbito sanitario.

La MBE se usa como un referente de excelencia para guiar las decisiones clínicas, integra la propia experiencia con la de los demás y con las preferencias de los pacientes, es una manera de mejorar la práctica médica, disminuir la variabilidad y errores surgidos de la



práctica sin evidencia e identifica el mejor estándar diferenciándolo del resto de alternativa disponibles, por último es un enfoque totalmente válido para las intervenciones médicas.<sup>(33)</sup>

Las Prácticas Basadas en Evidencias se definen por Sackett<sup>(21)</sup> en 1996, como "el uso consciente, explícito y prudente de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones acerca de la atención y cuidado de pacientes individuales". O en otra publicación de 1997 como "la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado individual de cada paciente"<sup>(4)</sup>.

La habitual terminología de MBE fue cambiada en su origen, cuando se aplica a poblaciones o grupos se emplea el término de Gestión basada en la evidencia, o Atención Sanitaria Basada en la Evidencia (ASBE), que trata de combinar la evidencia científica, con la experiencia clínica y los valores y expectativas de los pacientes para tomar decisiones que pueden ser aplicadas a pacientes individuales, grupos de pacientes o de personas.<sup>(33,34)</sup>

La ASBE se define por Sackett <sup>(21,31)</sup> y colaboradores en 1996 como una estrategia que permite el uso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones clínicas dentro de un ámbito asistencial real. Permite plantearse preguntas sobre problemas clínicos concretos, buscar información y aplicar los resultados relevantes, una vez analizados y sintetizados, en nuestra práctica diaria.<sup>(35)</sup>

Así, en esta misma línea, se define la Enfermería Basada en Pruebas (EBP) por Dicenso et al,<sup>(36,37)</sup> en Inglaterra, como un "proceso mediante el cual las enfermeras toman decisiones clínicas utilizando las mejores pruebas científicas disponibles, sustentadas en la

investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente en el contexto de los recursos disponibles".

La diferencia entre EBE y ASBE radica en quien realiza la toma de decisiones, para la primera se identifica la disciplina enfermera, y cuando se tienen en cuenta distintas profesiones sanitarias, nos encontramos ante la segunda.

Será importante, a la hora de realizar un análisis de la atención sanitaria como expone Bonfill,<sup>(38)</sup> evaluar ambos conceptos en las implicaciones en la asistencia sanitaria, en la organización de los servicios sanitarios y en la formación y docencia de los profesionales de la salud.

Entre otras definiciones a destacar, encontramos la defendida por Scott y McSherry<sup>(39)</sup>, como 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".

En 1995, Mulhall<sup>(40)</sup>, definió el término EBE, como “la incorporación de la evidencia procedente de la investigación, la maestría clínica y las preferencias del paciente en la toma de decisiones sobre el cuidado de salud de los pacientes desde una perspectiva individualizada”.

Y en este sentido Mulhall<sup>(41)</sup> especifica, y otorga a la enfermería aquel cuidado concerniente a la incorporación de la evidencia de la investigación, expertez clínica y la preferencia de los pacientes dentro de las decisiones sobre el cuidado de salud de los pacientes en forma individual. Obteniendo así su precisión en el ámbito de enfermería la EBE.

La EBE constituye el marco de referencia en el que conseguir la evidencia científica indispensable para guiar la práctica diaria, y en caso de no existir ésta, debe poder promocionarse y desarrollar una investigación de calidad, ya que es el único camino que permite aumentar la doctrina enfermera, siendo a la vez el elemento clave que permitirá desarrollar la enfermería basada en la evidencia.<sup>(42,43)</sup>

No obstante, Amezcua<sup>(44)</sup> afirma que la EBE no es sólo un cambio semántico de la MBE, sino que en su aplicación a la enfermería la evidencia científica ha sido redefinida y enriquecida con un nuevo planteamiento que considera como prueba no sólo la aportada por la investigación experimental, lo cual reduciría mucho el campo de la enfermería, sino también los abordajes cualitativos siempre que se realicen con el rigor necesario.

Se incorporan elementos como la disponibilidad, gracias a la investigación de la evidencia, la incorporación del juicio propio derivado de la experiencia del profesional, las preferencias y valores de los pacientes y los recursos disponibles.

Y así, la EBE, como afirma Walker,<sup>(45)</sup> constituye el marco de referencia en el que conseguir la evidencia científica indispensable para guiar la práctica diaria.

El Instituto Joanna Briggs (JBI)<sup>(46)</sup>, fue creado en el año 1996 con sede en la Universidad de Adelaida (Australia).

Es una organización destacada en el avance de la EBE, comprometida con la práctica de cuidados basados en la mejor evidencia a nivel mundial, a través de la búsqueda y valoración de la evidencia científica, divulgación de la mejor evidencia disponible, su integración en la práctica clínica y evaluación del impacto de su utilización. La Colaboración Joanna Briggs está formada por el Instituto Joanna Briggs (IJB) y 23 centros colaboradores distribuidos a lo largo de todo el mundo.

El Centro Colaborador Español se estableció en el año 2004, por iniciativa de la Unidad de coordinación y desarrollo de la investigación en enfermería, Investén-isciii. Se firmó un convenio entre el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y el IJB y, paralelamente, otro convenio entre el ISCIII y las Comunidades Autónomas.<sup>(47)</sup>

Las etapas del proceso de la práctica clínica basada en evidencias descritos por Alan Pearson et al<sup>(48)</sup> en el JBI son:

1. La generación de evidencias mediante investigación, experiencia clínica y opinión experta sobre cuidados de salud.
2. La evaluación y el análisis de las evidencias sobre un tema determinado para ayudar a la toma de decisiones sobre cuidados de salud.
3. La transferencia de las evidencias y del conocimiento mediante formación, divulgación de la información y los resultados a

grupos seleccionados y la transmisión a organizaciones y sistemas de salud.

4. La utilización de las evidencias en la práctica clínica, mediante la aplicación de cambios en la práctica habitual, introduciendo la evidencia en la cultura de la organización y evaluando el impacto que los cambios han generado en los resultados de salud.

Ese mismo año, 1996, y con motivo de la celebración en Albacete, del Seminario de la Red de Unidades de Investigación (REUNI), el Instituto de Salud Carlos III creó un Grupo de Trabajo con el fin de elaborar una ponencia sobre la situación de la investigación en enfermería en el Estado Español, que posteriormente se consolidó bajo el nombre de Investén-isciii<sup>®(47)</sup> con el objetivo de elaborar las pautas nacionales del Programa de Investigación en Enfermería y, con ello, se ha convertido en pionero en este campo.

Su misión es procurar el desarrollo de una estrategia a nivel estatal para fomentar y coordinar la investigación traslacional o también llamada práctica, para estrechar lazos entre la investigación básica y la clínica, y multidisciplinar en cuidados, potenciando su integración en la práctica clínica diaria, con la finalidad de que los cuidados de salud sean seguros, de la mejor calidad y basados en resultados válidos y fiables provenientes de una investigación rigurosa.

Para la consecución de este objetivo impulsará la cualificación de las profesiones en cuidados, fortalecerá la base científica de enfermería y de la provisión de cuidados. Asimismo favorecerá la vinculación entre el sector universitario, clínico y empresarial.

En 1997 se celebran en Reino Unido, concretamente en Londres, las primeras Conferencias Nacionales e Internacionales de Enfermería Basada en la Evidencia, con la finalidad de promover la utilización de

los resultados de la investigación en la práctica clínica, y facilitar la inclusión de la evidencia científica en las decisiones clínicas y de salud.<sup>(49)</sup>

En 1998, se da un paso más y se produce la publicación de las revistas "Evidence Based Nursing" (EBN),<sup>(50,51)</sup> y "Outcome Management for Nursing Practice"<sup>(52)</sup>, y se origina la creación de los centros de "Evidence Based Nursing".

En el mundo anglosajón, la EBE se reconoce como una parte de la enfermería práctica, y por ello se incluye dentro de los indicadores esenciales a la hora de conformar los programas curriculares. Tanto por parte de la American Nursing Association (ANA),<sup>(53)</sup> como por la American Association Nursing College (AANC).<sup>(54)</sup>

La Enfermería Basada en Evidencias (EBE) se define por Ingersoll<sup>(55)</sup> en el año 2000 como el *"uso consciente, explícito y juicioso (crítico) de información derivada de la teoría y basada en la investigación para la toma de decisiones sobre prestación de cuidados a sujetos/individuos o grupos de pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y necesidades individuales"*, y actualmente se concibe como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible a la hora de tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, procedente de investigación válida y fiable.

Si asumimos la teoría de Haynes<sup>(34)</sup> deberemos incorporar en las decisiones clínicas basadas en evidencias un elemento más, el estado clínico del paciente.

Inicialmente se trasladó el significado de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) a Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), pero entre ambas disciplinas existen grandes diferencias.

La EBE según expone Alcolea Cosín<sup>(56)</sup> se conforma adoptando del modelo médico aspectos que le pueden aportar una mejor práctica a la persona y a sus cuidados, que requieren de otros enfoques teóricos, situándose así en el paradigma postpositivista.

En 2001 Gálvez A,<sup>(57)</sup> la define como un movimiento de naturaleza académica que pretende integrar la investigación y necesidades de la práctica, que busca mediante el estudio y análisis de investigaciones primarias y originales, localizar hallazgos útiles para la práctica de la enfermería y pretende ser punto de encuentro entre la investigación de calidad y las necesidades reales de las enfermeras y pacientes en el área de los cuidados a la salud y en las distintas dimensiones de la práctica de enfermería.

Orellana<sup>(58)</sup>, la define como el “proceso por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas usando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos disponibles”.

En 2002 se celebraron en Granada las VII Jornadas de la Fundación Index y la primera Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia celebrada en España en las que se amplía el concepto abarcando el paradigma cualitativo<sup>(59)</sup>.

Allí, se adoptó una definición propia de Enfermería basada en la evidencia: *"Uso consciente y explícito, desde el mundo del pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la Medicina Basada en la Evidencia, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal que haga visible perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico"*.

Y de las postulaciones del primer congreso de enfermería basada en la evidencia, celebrado en noviembre de 2002, en Granada, se desprende que la práctica de los profesionales de enfermería se basa principalmente en cubrir la necesidad del paciente, usuario y familia proporcionando una atención integral e individualizada. Esta actuación, deberá estar fundamentada en la metodología de la enfermería basada en la evidencia, para a posteriori poder emitir tras realizar la valoración, unos juicios más certeros, y poder planificar objetivos y realizar los cuidados, que deberán ser evaluados más tarde, tanto en su efectividad como en su aplicación<sup>(60)</sup>.

Así, se concluye en este evento que la EBE se construye sobre una base de elementos como son los resultados que arroja la revisión bibliográfica, el consenso profesional y la experiencia sistematizada de grupos de profesionales de la enfermería conocedores de la metodología, para hacer lo que debe hacerse, a quien debe hacerse y de la mejor manera posible, mejorando la efectividad y la eficiencia de los cuidados de enfermería<sup>(60)</sup>.

Por ello puede considerarse a la EBE como una estrategia para que la investigación apoye la práctica asistencial de los profesionales. Ya que contribuye, por un lado, a la mejora en la toma de decisiones a la hora de proporcionar el cuidado a los pacientes y por el otro a la vez presentándose como la mejor herramienta disponible para generar



conocimiento válido y relevante que desarrollará la enfermería profesional en su práctica diaria<sup>(60)</sup>.

La Enfermería Basada en la Evidencia proporciona considerables oportunidades para cambiar la práctica profesional y para aumentar en conocimientos propios, además de garantizar que los cuidados que dispensamos a los pacientes sean más efectivos y eficientes. Ya que como afirman Pearson et al<sup>(41)</sup>, la efectividad clínica, conseguida a través del acercamiento a la práctica basada en la evidencia, es esencial para ofrecer cuidados rigurosos y avanzados.

Morales<sup>(61)</sup> afirma que la evidencia científica puede aportar a la práctica clínica de los cuidados una notable reducción en la variabilidad de la misma, sirve como vehículo de transmisión de los resultados de la investigación o también como foro de discusión entre profesionales y usuarios sobre la toma de decisiones en materia de salud, además de proporcionar definiciones sobre la calidad de los cuidados e intervenciones sanitarias y, constituir un referente para la toma de decisiones a la hora de realizar una planificación de los recursos sanitarios.

Tal como afirma García-Fernández,<sup>(62)</sup> las cosas pueden hacerse mejor, y ese será el punto clave de la enfermería basada en la evidencia. Su objetivo versa en poder dar al paciente y al cuidador la información necesaria concluida de la evidencia de nuestras experiencias previas y de los recursos que disponemos para ponerlos en disposición a optar por los cuidados que se estimen propiamente como más adecuados a su circunstancia particular.

De los estudios y publicaciones de Alberdi<sup>(63)</sup> y Morán<sup>(64)</sup> se puede afirmar que el personal de enfermería, acepta que en su profesión la tarea fundamental es el cuidado. Y la metodología enfermera solo puede desarrollarse y evolucionar de manera adecuada mediante métodos de investigación que generen conocimientos acordes con la

visión holística del cuidado y que apoyen la comprensión de la disciplina enfermera como una ciencia humana.

González<sup>(65)</sup> afirma que "la EBE nos propone un cambio de modelo de una Enfermería basada en la obediencia (inscrita en el modelo biomédico) a una Enfermería basada en la (con)ciencia (modelo de cuidados)".

Por ello, Alonso Coello et al<sup>(66)</sup>, difunden que la definición de EBE debería incluir las palabras cuidado, pacientes, valores y preferencias de los pacientes, toma de decisiones y conocimiento enfermero, y que debería garantizar un modelo de enfermería cuyo eje central versara sobre los cuidados de calidad asentados en un modelo de investigación centrado en los aspectos cualitativos y cuantitativos.

Fargues y Subirana<sup>(67)</sup> definen la EBE como *"la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones"*.

De ella se desprende como debe ser la aplicación; consecuente, clara y evidente, que se trata de una intervención holística, que requiere de una aportación de la investigación cuantitativa y cualitativa a la hora de implementar el cuidado, y que contribuirá al desarrollo del conocimiento enfermero. Que, en consonancia con Icart<sup>(8)</sup>, incluye una toma de decisiones para conseguir el objetivo, bien para el individuo o la comunidad garantizando su inclusión en el cuidado, ya que se tiene en cuenta sus preferencias y valores. Y utilizando el juicio crítico, la experiencia, las habilidades y la empatía de los profesionales que la empleen.

La EBE, en el contexto sanitario actual, tal como afirma Icart <sup>(8)</sup>, se postula como uno de los enfoques más adecuados ofreciendo una respuesta óptima a las necesidades planteadas, para constituyéndose como una pieza clave, garantizar que la práctica enfermera sea efectiva y eficiente.

Entre los beneficios de su aplicación se encuentran (Tabla 1):<sup>(4,8)</sup>

Tabla 1. Beneficios de aplicación de la EBE  
Elaboración propia

Favorece la atención individualizada.
Ofrece a los pacientes el cuidado más efectivo.
Asegura la práctica apoyada en la investigación por parte de los profesionales.
Favorece el trabajo en equipo.
Incrementa la satisfacción laboral.
Favorece una visión multidisciplinar de la situación.
Favorece la realización de un trabajo más efectivo.
Cubre de manera más efectiva las necesidades de los pacientes.
Los profesionales se sienten más satisfechos dado que son conocedores de la investigación que se desarrolla y sus resultados.
Produce mejoras en las habilidades necesarias para encontrar y valorar críticamente los estudios de investigación.
Aumenta el interés de los profesionales.
Fomenta la educación continuada.
Produce mejoras en las habilidades necesarias para encontrar y valorar críticamente los estudios de investigación.
Aumenta el interés de los profesionales.
Fomenta la educación continuada.

Se utiliza, según expone Alcolea Cosín<sup>(56)</sup>, Práctica Basada en la Evidencia (PBE), para referirse a disciplinas relacionadas con la salud que han adaptado su práctica profesional a los conocimientos generados por la investigación científica de calidad, incorporando la experiencia profesional, las demandas y valores de los pacientes/usuarios y los recursos existentes.

Existen multitud de definiciones de PBE, pero todas ellas comparten que las decisiones para el cuidado individual de cada paciente deben ser tomadas en base a la mejor evidencia disponible, y se acompañaran del juicio clínico y las habilidades del profesional sanitario que ejerza dicho cuidado, y tendrá en cuenta tanto las preferencias del propio paciente como los recursos de que se disponga. Estos últimos, según afirman Carper<sup>(68)</sup> y Leininger<sup>(69)</sup> no podrán establecerse si no se tiene en cuenta la cultura y sociedad de cada persona, es decir sus propios valores.

Existen cuatro modelos de PBE. Todos supusieron una gran novedad cuando fueron planteados, y toman los cuidados como eje central sobre el que se construye la práctica enfermera<sup>(70,71)</sup>.

Por ello, el considerar válido el conocimiento derivado de la aplicación de los paradigmas ya sean cuantitativos y/o cualitativos, garantiza el acercamiento holístico de la práctica de la EBE.

Además, todos ellos garantizan la realización y continuidad de todas las fases de la EBE.

Todos giran en torno a la asunción de que la investigación garantiza el acercamiento integral de la práctica de la EBE.

✓ El modelo de Iowa<sup>(65,66,67,70)</sup>, que fue desarrollado en 1994 por la Universidad de Iowa, los hospitales y las clínicas de la Universidad de Iowa y el Colegio de Enfermería conjuntamente.

En este modelo, se utiliza la expresión *trigger* para designar los términos de alerta que describen los síntomas que indican que existe un problema o que existe la necesidad de responder a una pregunta. Será el desencadenante que identifique el problema o necesidad de responder a una pregunta.

Una vez se tiene conocimiento de la existencia, se realiza una búsqueda bibliográfica centrada en hallar una respuesta. En caso de no identificarse ésta, se plantea el diseño de un nuevo estudio y los resultados obtenidos se combinan con el conocimiento previo. Cuando no hay tiempo para conducir un estudio, se consideran los estudios de casos, los juicios de expertos y los principios científicos, para desarrollar una guía de PBE. La guía una vez elaborada, es probada, evaluada y revisada.

✓ El modelo de Stetler<sup>(65,66,67,70)</sup>, que también fue definido en 1994. Parte de la realización de un estudio para responder a una pregunta. Este modelo se desarrolla en seis fases:

- Preparación; fase en la que en respuesta al problema se identifica un estudio
- Validación; se analizará la validez del estudio
- Evaluación comparativa
- Toma de decisión
- Traducción y aplicación; fase en la que se deberán contemplar todos los detalles específicos de la aplicación práctica.
- Evaluación; fase en la que se mide y determinan los resultados.

Se han establecido varios criterios para llevar a cabo las fases de evaluación comparativa y toma de decisión, y determinar así la viabilidad y la congruencia con la filosofía de la organización. Se deberá tener en cuenta en caso de aparecer cualquier otra evidencia para confirmar su valor.

Incluye también otras evidencias existentes sobre el tema.

✓ El modelo de Rogers<sup>(65,66,67,70)</sup>, que fue desarrollado en 1995.

El proceso se inicia a partir de una inquietud que presenta el profesional de enfermería por una duda generada en la práctica clínica, la lectura de un artículo o cualquier otra situación que le haga plantearse su trabajo o conocimiento y la posibilidad de cambiar lo que hace.

Este, describe cinco etapas: conocimiento, persuasión, decisión, puesta en práctica y confirmación.

La etapa del conocimiento sucede en el momento en que los profesionales de enfermería realizan o aprenden a partir de una propuesta novedosa de investigación.

Este planteamiento puede surgir en cualquier momento, bien generado desde la práctica clínica o la lectura de publicaciones o bien por noticias o notificaciones o intercambios entre colegas.

La segunda etapa, se verá afectada por la velocidad de aplicación de la nueva propuesta que dependerá de: la ventaja relativa de la innovación sobre la situación anterior; la compatibilidad con valores, experiencias y la prioridad actual de necesidades; la capacidad de llevarlo a cabo y la observación de si la nueva práctica tenía ventajas considerables.

La etapa de decisión implica adoptar o llevar a cabo, o por el contrario excluir la novedad propuesta.

La fase de la puesta en práctica deberá incluir un plan detallado para llevar a cabo su aplicación.

Y la última etapa, la de confirmación, comparará un período en el que se lleve a cabo la evaluación y el reajuste o bien el de exclusión de la práctica.

✓ El modelo de ACE *Star*<sup>(65,66,67,70,72)</sup>, es el modelo más reciente, data de 2004, y ha sido desarrollado por el *Academic Center for Evidence-based Practice* (ACE) de la Universidad de Texas.

Dicho modelo, se especifica para organizar los procesos de PBE dentro de un marco que define las relaciones entre funciones. El modelo muestra cómo el conocimiento se mueve, y abarca desde la identificación o descubrimiento del conocimiento hasta la evaluación de su aplicación en la práctica clínica.

El modelo se representa por una estrella cuyas puntas indican las cinco etapas de la transformación del conocimiento:

- Descubrimiento del conocimiento (investigación original)
- Síntesis o resumen de la evidencia
- Traducción en recomendaciones clínicas
- Puesta en práctica
- Evaluación

La segunda punta, será la que diferencia este modelo de los tres anteriores, ya que el resumen de la evidencia, representa el espacio donde la síntesis de varios estudios se convierte en una única afirmación sobre el estado del conocimiento en un tema concreto.

Para la tercera punta, las recomendaciones para la práctica clínica se desarrollan a partir de guías.

Estas recomendaciones, según la punta cuarta, son aplicadas a la práctica, y comportarán así el cambio de prácticas individuales e institucionales.

El punto cinco está relacionado con la evaluación de los efectos de los cambios en la práctica, en términos de eficacia, de resultados en salud y del impacto sobre el estado de salud, la satisfacción y la economía. Este modelo es el más tolerante y visionario para la EBE, ya que impulsa el proceso continuo para el cambio en la práctica del cuidado a los pacientes. Y gracias a ello, es el modelo que más se aproxima a las tendencias actuales.

La Enfermería Basada en Evidencia requiere el desarrollo de habilidades en la búsqueda de información y la utilización de los centros de información así como una capacidad lectora y destreza crítica para juzgar los contenidos de los hallazgos.

No obstante, en el día a día existen barreras y dificultades para aplicar en la práctica enfermera dicha evidencia, tal como afirman de las exploraciones realizadas entre otros Rycroft-Malone<sup>(73)</sup> y Abad-Corpa.<sup>(74)</sup> Entre las barreras a la aplicación de la Práctica Basada en la Evidencia, tal como indica Llorente-Parrado<sup>(75)</sup> se encuentran dificultades tanto en la identificación de la evidencia científica como en su utilización por parte de los profesionales, así como en las limitaciones por parte de los sistemas de información y los análisis de costes sanitarios.

Entre las causas de dichas barreras encontramos provenientes de diferentes sectores, ya sean institucionales, de los propios centros o de los propios profesionales.

Según analiza Ansoain<sup>(76)</sup> en su trabajo de fin de Máster (TFM) "La evidencia científica en los cuidados de enfermería como mejora de la calidad" defendido en la Universidad de Navarra, del estudio realizado por Llorente - Parrado et al.<sup>(75)</sup> mediante la pregunta ¿A qué puede deberse esta falta de cumplimiento en la práctica de recomendaciones que están sobradamente avaladas por la evidencia científica?, se desprenden las barreras de limitaciones metodológicas en la identificación de la evidencia científica debido a un exceso de literatura científica que dificulta mantenerse al día, dificultades para pasar de la teoría a la práctica, y limitaciones de los sistemas de información y análisis de datos.



También, tal como se recoge en el estudio cualitativo llevado a cabo por Sánchez et al,<sup>(77)</sup> en el que se realizan entrevistas a profesionales de enfermería, seleccionadas intencionalmente, de hospitales y centros de salud públicos de las provincias de Jaén y Córdoba, para explorar los obstáculos percibidos para la práctica basada en evidencias, se identifican como prácticas ancladas en la rutina, actitudes reacias e inmovilistas y carencias formativas en la práctica clínica basada en evidencias, aquellos relacionados con los propios profesionales. Como conductas de oposición de otros profesionales, pacientes y/o familiares, los obstáculos relacionados con el contexto social. Y a modo de culturas obsoletas que no fomentan la innovación en los cuidados enfermeros, los obstáculos relacionados con el contexto organizacional.

En resumen, existen resistencias, tanto a nivel institucional como de las personas que integran las instituciones, ya que es otro modo de desestructurar la profesión. En palabras de González M,<sup>(78)</sup> "desmontar todo lo que la profesión tiene interiorizado".

Utilizando los tipos en que clasifica Parrado<sup>(75)</sup> las barreras, mencionados en el artículo de Martínez JR,<sup>(79)</sup> obtenemos causas relacionadas con la propia investigación, ya sea en el marco en el que se desarrolla, o con su presentación, y causas relacionadas con el propio profesional de enfermería; como sería el conocimiento insatisfactorio del personal enfermero sobre los hallazgos de la investigación, y la inexistente orientación y concienciación hacia la investigación, también compartida por Orellana<sup>(58)</sup> en su artículo donde menciona las barreras halladas en el estudio de Martínez<sup>(79)</sup> realizado en 2003, haciendo también referencia a la escasa lectura de artículos en inglés, la escasez de replicación, la falta de financiación, la dificultad en el acceso a las fuentes y el aumento de la investigación cualitativa, de poco interés en las organizaciones<sup>(80)</sup>.

En la revisión realizada por Rodríguez y Paravic<sup>(81)</sup> exponen que a pesar de los estudios realizados en diversos países sobre los beneficios de la EBE, surgen barreras que impiden implementarla en la enfermería clínica, entre las cuales mencionan insuficiente tiempo de las enfermeras para leer las investigaciones, organizaciones que no entregan o facilitan las estructuras necesarias para aplicar las evidencias, dificultad de las enfermeras para comprender las estadísticas, sensación de aislamiento entre enfermeras para discutir los hallazgos, la falta de colaboración de los médicos, el idioma en el que se escriben las principales investigaciones, una escasa motivación en el estudio, bajas posibilidades de desarrollo profesional, falta de reconocimiento del trabajo de la enfermera y la falta de fuerza que ha tenido enfermería para defender e implementar en los campos clínicos sus propios descubrimientos provenientes de las múltiples investigaciones realizadas, muchas de ellas con un gran esfuerzo, y cuyos resultados solo se han quedado en las tesis o revistas<sup>(82,83,84)</sup>.

Funk,<sup>(83,85,86,87)</sup> clasifica las barreras en cuatro grupos; características de la organización, características del profesional, calidad de la investigación, y presentación-accesibilidad de ésta.

Dijkstra<sup>(88)</sup> sintetizó algunas barreras y facilitadores, así como intervenciones, para mejorar la implementación de nuevos conocimientos, identificando que dependen, básicamente, de factores asociados a los profesionales.

Hunt<sup>(87)</sup> expone como factores que alejan tanto de la investigación como de la evidencia al personal de enfermería la no comprensión, no creencia y desconocimiento de cómo utilizarlas. Así como la no permisividad por parte de las instituciones de aplicar los resultados hallados en la investigación.

La grave problemática que planteó Hunt<sup>(89)</sup> ya en 1996, para la falta de implementación de los resultados de la investigación en la práctica es debida a que el profesional de enfermería desconoce los resultados de investigación, no los entiende, o no se los cree. Y en caso de conocerlos, entenderlos y creer en ellos, bien desconoce cómo debe utilizarlos, o no le está permitida su aplicación.

Fernández S,<sup>(90)</sup> en su análisis de barreras para la implementación de la EBE manifiesta que la difusión de la producción científica es vital para la EBE y para cualquier práctica basada en la evidencia. Así como que es fundamental la formación en investigación, aunque sea a nivel básico, pero de manera que evite esa desconfianza y esa falta de interés, que nos hace manifestar para qué sirve la producción científica si se queda en las bibliotecas, de qué sirve la investigación si no la entendemos y de qué nos sirve si no nos lo creemos. Y apuesta por la enfermería 2.0, ya que facilita la difusión del conocimiento y por lo tanto facilitaría la difusión de la producción científica y la formación en investigación.

Y por último, cuando implementar prácticas basadas en la evidencia supone cambios, estos pueden generar oposición o rechazo. Pero estas barreras se pueden superar haciendo partícipe al equipo del cambio, facilitándolo con formación en investigación y bajo la premisa de que buscamos cuidados de calidad.

Subirana y Fargues<sup>(67)</sup> afirman que si el personal de enfermería incorpora a la práctica diaria la EBE se puede neutralizar ésta situación, ya que ofrece la posibilidad de informar al profesional sobre el potencial de aplicación de la evidencia en la práctica clínica y permite encontrar un sistema para tener acceso al conocimiento junto con una valoración crítica de los estudios encontrados.

Así, Hunt<sup>(89)</sup> al estilo de Funk,<sup>(85)</sup> alude a cinco dominios para abarcar las barreras; la calidad de la investigación, el acceso a la investigación, el proceso de utilización de la investigación, la actitud y el conocimiento que presentan y poseen las enfermeras, y la organización en la que se llegaron a aplicar los resultados de investigación.

El estudio efectuado en Australia por Retsas,<sup>(82)</sup> revela que las barreras más significativas a la hora de no utilizar la evidencia científica fueron por parte de los profesionales; la falta de tiempo para leer investigaciones, la dificultad para implementar nuevas ideas en el trabajo de enfermería, la dificultad para entender las estadísticas, la sensación de aislamiento de sus colegas para poder discutir los hallazgos o descubrimientos, así como la falta de colaboración de otros profesionales del equipo multidisciplinar, sobre todo los médicos. Y por parte de las organizaciones; la no disponibilidad o entrega de las estructuras para aplicar las evidencias encontradas.

Fernández S,<sup>(90)</sup> en su análisis de barreras para la implementación de la EBE manifiesta también que la poca disponibilidad por parte de la enfermería para leer informes de investigación, se encuentra relacionada directamente por las condiciones laborales.

El miedo y/o rechazo al cambio se podrá solucionar mediante formación e información.

Los factores barrera o dificultades para el uso en la práctica diaria del cuidado de los resultados obtenidos de la investigación realizada se relaciona desprendido de varios estudios realizados con características personales, profesionales e institucionales; la organización, la forma de presentarse la investigación y la disponibilidad de la información de los resultados de las investigaciones realizadas<sup>(91)</sup>.

Así, de la revisión realizada por Urra et al <sup>(92)</sup> se afirma que por parte de la propia población sanitaria existen críticas y dilemas que tienden a ver la evidencia generada mediante la investigación como poco práctica, y por ello, algo irrelevante en la aplicación diaria de la profesión.

Entre ellas destacan; la resistencia por antonomasia de la EBE que tiene la tendencia de privilegiar los ensayos clínicos aleatorios como el diseño más apropiado para evaluar la efectividad de una intervención de enfermería y no tienen en cuenta o desecha los estudios cualitativos que engloban un gran valor, la desvalorización de las habilidades y experiencias individuales de los profesionales de enfermería al usar EBE y la inhibición de la práctica clínica innovadora, la falta de recursos y habilidades en investigación debido al poco tiempo que le queda a enfermería para la realización de búsquedas, la escasa oportunidad de acceso a la literatura, la falta de entrenamiento en la búsqueda de información y habilidades de análisis crítico, y la visión de la EBE como un método a seguir por pasos abandonando la individualización del paciente y que por encima de todo, la experiencia clínica es la clave para el equilibrio riesgo/beneficio de los tratamientos aplicados en la práctica asistencial diaria.

Galindo<sup>(93)</sup> lo resume afirmando que la EBE es una realidad institucional y un modelo de exigibilidad política pero que se encuentra en deuda con los cambios en las relaciones de cuidado de los sujetos.

Como afirma Campos I,<sup>(94)</sup> de los resultados de sus revisiones bibliográficas, para implementar el uso de la EBE en la práctica clínica es necesario tener una adecuada actitud, unos conocimientos y habilidades excelentes y lo más relevante, ambos ítems relacionados con destreza en la investigación, tecnologías de información, conversión de necesidades en preguntas, capacidad de análisis crítico

de la evidencia, capacidad de determinar la utilidad del material encontrado y capacidad de aplicar la información en casos concretos.

Entre las dificultades para su aplicación en el día a día de la profesión Martínez<sup>(79)</sup> afirma que se encuentra, el escaso apoyo organizacional y financiero a la investigación de enfermería, y en este sentido, Orellana<sup>(58)</sup> también indica que añadirá la dificultad en la comprensión de las estadísticas y del inglés por parte de enfermería, así como la necesidad de tiempo y experiencia en el manejo de la información, compartida éstas con Ochoa,<sup>(95)</sup> que añade también como dificultad, las barreras de tipo administrativo que se encuentran en las instituciones del área de la salud.

De todas ellas, Passalenli<sup>(96)</sup> concluye que la escasa motivación en el estudio, las bajas posibilidades de desarrollo profesional y la falta de reconocimientos hacen más visible la falta de actualización en la disciplina enfermera menoscabando así tanto los conocimientos como la práctica clínica.

Las organizaciones sanitarias, presentan en la actualidad aun mucha dificultad para trasladar a la práctica diaria las evidencias científicas. Por ello será importante valorar el conocimiento y competencia que sobre la aplicación de evidencia presenta el profesional.<sup>(11,74,97)</sup>

Entre las limitaciones, de la aplicación de la evidencia al cuidado realizado por enfermería, afirma Ochoa<sup>(95)</sup> que se encuentran la falta de desarrollo de habilidades de evaluación crítica, ya que para ella se precisa tiempo, práctica, conocimientos y entrenamiento en el uso de la tecnología de la información, dominio del idioma inglés para la búsqueda en bases de datos, y revisiones bibliográficas, disciplina de lectura, capacidad analítica y de trabajo en equipo, todos ellos aspectos que no siempre desarrolla el colectivo enfermero, y quizá

por ello su producción y participación en la discusión y elaboración de guías de evidencia sean mínimos logrando una carencia de reflexión y debate sobre su contribución en el cuidado y la práctica profesional en general.

No obstante, si se implican todos los actores, instituciones, pacientes y profesionales, se podrá lograr tanto en los cuidados como en las acciones enfermeras, una aplicación efectiva de la evidencia científica.

Tal como establece Llorente-Parrado<sup>(75)</sup>, dependiendo de las causas identificadas podrán proponerse diferentes actividades de mejora, ya que como afirma Orellana<sup>(58)</sup> las barreras podrán ser superadas, estimulando a las enfermeras tanto a formarse en investigación, estadística y lectura crítica; idea compartida también por Morán, tal como cita Orellana<sup>(58)</sup>, como en la realización de investigación.

Fargues y Subirana<sup>(67)</sup> suscriben a Romero<sup>(98)</sup> que afirma que "la propuesta de trabajar con evidencias nos ha de llevar a las enfermeras y enfermeros a asumir con responsabilidad la producción de conocimiento propio... porque nos convoca a investigar a partir de nuestras propias necesidades y recursos para que generemos una ciencia y una tecnología ligada a las raíces y al entorno cultural".

La Enfermería Basada en la Evidencia, cuenta entre su objetivo principal integrar los resultados obtenidos de la investigación en la práctica clínica diaria.

Pretende que enfermería cuide aplicando la mejor evidencia existente, la mejor información científica disponible obtenida a partir de los estudios de investigación, pero, sin dejar de tener en cuenta los valores provenientes tanto de la formación, sentido común y experiencia propia de cada profesional, así como del derecho a la autonomía y valores con los que cuenta el paciente que es atendido, y los recursos de que disponemos para llevar a cabo nuestra labor asistencial.

Pero, ¿aplica enfermería en su práctica diaria la evidencia científica? ¿Cómo lo hace?, y si no la aplica, ¿cuáles son los motivos que le conducen a ello? Y ¿cuáles las limitaciones y barreras encontradas en su tarea asistencial para impedir su puesta en práctica?

Tal como afirma Ochoa Marín<sup>(95)</sup> en su trabajo presentado a la convocatoria de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia para ingresar como docente. "A propósito de la enfermería basada en la evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación", la enfermería basada en la evidencia, conduce a la toma de decisiones con base en la evidencia emanada de la investigación, en la experiencia clínica sistematizada y en la preferencia del usuario como persona única y singular.

En la actualidad y desde la gestión se exigen evidencias como base para las decisiones en salud, y por ello, el profesional de enfermería, en calidad de trabajador debe demostrar que influye positiva y significativamente sobre la calidad del cuidado, los costos y los resultados, con la finalidad de producir impacto en las políticas, finanzas y las prácticas en salud.



Como afirman Ochoa,<sup>(95)</sup> Orellana<sup>(58)</sup> y Martínez Riera<sup>(79)</sup> entre las limitaciones de su uso encontramos la necesidad de un desarrollo de habilidades de evaluación crítica y las limitaciones con el idioma.

También se encuentran entre las barreras para llevar a cabo aplicaciones prácticas de la evidencia encontrada, la falta de tiempo y la falta de recursos.<sup>(99,100,101)</sup>

Por otro lado, se encuentran entre los problemas para su aplicación, el requerimiento de un aprendizaje previo, la existencia de diferentes interpretaciones y la falta de confianza en autores que realizan investigación e incluso poca autoconfianza, así como la incapacidad para aplicar cambios en la práctica. Los resultados de las investigaciones han de ver la luz y poder ser aplicados en la práctica, ayudando así al personal de enfermería en la toma de decisión en el momento de ejercer los cuidados a los usuarios.<sup>(102)</sup>

Así, entre las recomendaciones o posibles soluciones para lograr potenciar su aplicación, los autores Ochoa,<sup>(95)</sup> Orellana<sup>(58)</sup> y Martínez Riera<sup>(79)</sup> en sus artículos nos sugieren realizar una búsqueda de información fiable, una lectura crítica y apoyada en instrumentos de evaluación y valorar nuevamente los resultados tras la aplicación de la evidencia en la práctica diaria.

Estas barreras pueden ser superadas, según establecen los autores, por un lado fomentando el estímulo del personal de enfermería a formarse en investigación, estadística y lectura crítica, así como instándoles a realizar investigación con apoyo de investigadores con experiencia, para posteriormente demostrar a las instituciones de salud que se puede mejorar la atención en salud a través de la EBE.

Así, debido a que como afirman Solomons, N.M., & Spross, J. A.<sup>(103)</sup> para que la EBE se aplique de forma real en las organizaciones es necesario que se establezca como una prioridad institucional

explícita, y en este sentido, como profesionales, deberemos buscar el apoyo y la facilitación del acceso a la evidencia de las instituciones en las que prestamos servicios.

Como afirma Sherrif<sup>(104)</sup>, la percepción que manifiestan las enfermeras de apoyo por parte de las organizaciones así como, la confianza en su capacidad para encontrar y evaluar evidencia mejoró de manera considerable después de participar en un programa formativo sobre PBE.

Actualmente, para utilizar tanto los elementos compartidos, sus propios paradigmas y objetivos principales, sus actuaciones acordes a sus competencias, así como las diferencias esenciales existentes entre MBE y EBE y conseguir una visión multidisciplinar Satterfield et al <sup>(105)</sup> proponen utilizar la Práctica Basada en Pruebas (PBP); proceso que comprende las etapas de formulación de la pregunta clínica, búsqueda de información, valoración crítica de la información encontrada, implementación de las pruebas científicas y valoración de los resultados.

Así, gracias a la utilización de la PBP, se lleva a cabo un proceso de toma de decisiones en el marco de un entorno y contexto organizativos, que integrará las mejores pruebas científicas disponibles, las características, estado, necesidades, valores y preferencias de las personas, y los recursos disponibles acoplados a la experiencia del profesional.

Mediante la adopción de la PBP, por parte de los profesionales de enfermería, se consigue una mejora en la calidad de los servicios prestados y una reducción de costes, y si su implementación se registra o monitoriza de una manera estándar, contribuirá a la visibilidad y reconocimiento de este colectivo en el sistema sanitario.

### **3.1. Niveles de evidencia científica y grados de recomendación**

Los niveles de evidencia indicarán el grado de solidez del resultado obtenido tras la aplicación de una intervención.

Así, a los estudios de intervención que reúnen un mínimo de criterios de calidad se les asigna un nivel de evidencia que será útil para conocer el tipo de evidencia en que se ha basado la recomendación en caso de ser indicado por ejemplo en una guía de práctica clínica.

En la actualidad existen más de 100 sistemas de clasificación para valorar la calidad de la evidencia, donde generalmente para señalar niveles de evidencia y grados de recomendaciones tienen en cuenta estudios sobre intervenciones terapéuticas<sup>(106)</sup>.

Cuanto mayor sea el control que se tiene en el estudio por parte de los investigadores, y mayor sea el beneficio en relación al riesgo o deterioro ocasionado por la intervención, mayor será el grado con que se recomiende esa intervención.

Los grados de recomendación se establecen a partir de la calidad de la evidencia y del beneficio neto (beneficios menos perjuicios) de la medida evaluada.

Las clasificaciones propuestas por Sackett, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), GRADE (Grado de Recomendaciones, Asesoramiento, Desarrollo y Evaluación) y el Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM), consideran otras áreas de la investigación clínica además de la concerniente a tratamiento<sup>(106,107)</sup>.

Precisamente, Sackett<sup>(108)</sup> realizó la primera propuesta considerando otros escenarios clínicos o ámbitos de la práctica clínica diferentes de la prevención, incorporando los análisis económicos, el diagnóstico y el pronóstico. Considera cuatro grandes grupos temáticos: terapia, prevención, etiología y daño; pronóstico e historia natural; diagnóstico; y estudios económicos.

Jerarquiza la evidencia en niveles que van del 1 a 5; siendo el nivel 1 la "mejor evidencia" y el nivel 5 la "peor, la más mala o la menos buena", según como se quiera leer.



Las propuestas de jerarquización de la evidencia más conocidas y utilizadas en nuestro medio son:

- **Canadian Task Force on Preventive Health Care**  
(CTFPHC)<sup>(109,110,111,112)</sup>

La táctica de separar los niveles de evidencia y los grados de recomendación tuvo su origen en la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)

La CTFPHC fue creada a partir de una conferencia de los Ministros de Sanidad de las 10 provincias de Canadá realizada en el año 1976.

Ésta, en el desarrollo de su metodología, tuvo en cuenta el peso de la evidencia científica a la hora de hacer recomendaciones, bien a favor o en contra de la inclusión de intervenciones en prevenciones en personas asintomáticas.<sup>(113)</sup>

Esta propuesta de clasificación de la evidencia busca generar recomendaciones de una manera práctica, en el ámbito de la prevención adoptando una posición binaria, "hágalo o no".

Su metodología hace énfasis en el tipo de diseño utilizado y la calidad de los estudios publicados, basándose finalmente en tres elementos claves:

- Un orden para los grados de recomendación, establecido por letras del abecedario donde, las letra A y B indican que existe evidencia para ejercer una acción (se recomienda hacer); D y E indican que no debe llevarse a cabo una maniobra o acción determinada (se recomienda no hacer); la letra C, indica que la evidencia es "conflictiva", o sea, que existe contradicción. Y la

letra I que indica insuficiencia en calidad y cantidad de evidencia para establecer una recomendación.

- Niveles de evidencia clasificados según diseño de estudio de I a III, disminuyendo en calidad según se acrecienta numéricamente. Para el número II se subdivide en números arábigos del 1 al 3
- Niveles de evidencia clasificados según la validez interna o la calidad metodológica del estudio, en buena, moderada e insuficiente.

En esta metodología se introduce la noción de que la evidencia científica se presenta de manera jerárquica, y que algunos diseños de estudio están más sujetos a sesgos que otros, y por ello justifican en menos medida las decisiones clínicas.<sup>(114)</sup>

Posteriormente, diferentes instituciones y sociedades científicas han contemplado estas diferencias en la apreciación de la calidad de las evidencias y han ido desarrollando diversos sistemas de clasificación para evaluar y estructurar la evidencia y establecer grados de recomendación.

◆ *GRADOS DE RECOMENDACIÓN:*

- A: Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
- B: Existe moderada evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
- C: La evidencia disponible es conflictiva y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; otros factores pueden determinar la elección.
- D: Existe moderada evidencia para recomendar en contra de la intervención clínica de prevención.
- E: Existe buena evidencia para recomendar en contra la intervención clínica de prevención. Existe insuficiente información para recomendar a favor o en contra de la intervención; sin embargo, otros factores pueden mediar en la decisión.
- I: Existe evidencia insuficiente (en cantidad y en calidad) para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.

◆ *NIVELES DE EVIDENCIA-GRADUACIÓN DE LOS DISEÑOS DE ESTUDIO:*

- I: Evidencia a partir de ensayos clínicos aleatorizados.
- II-1: Evidencia a partir de ensayos clínicos sin aleatorización.
- II-2: Evidencia a partir de estudios de cohortes y casos y controles, preferiblemente realizados por más de un centro o grupo de investigación.
- II-3: Evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención; podrían incluirse resultados espectaculares provenientes de estudios no aleatorizados.
- III: Opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informes de comités de expertos.



- **US Preventive Services Task Force (USPSTF)**<sup>(112,115)</sup>

Fue adaptada en 1984 de la formulada en 1979 por la Canadian Task Force on the Periodic Health Examination para la evaluación de medidas preventivas.

Actualmente integrada en la Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ.<sup>(116,117)</sup>

Jerarquizaron y establecieron la fuerza de sus recomendaciones a partir de la calidad de la evidencia y del beneficio neto; es decir, beneficios menos perjuicios de la medida evaluada para su aplicación en “exámenes periódicos de salud”. Y analizan además el coste-efectividad de las intervenciones.

La fuerza de las recomendaciones va desde la letra A hasta la E, otorgándose una A cuando existe buena evidencia que respalda la recomendación; y una E, que indica que existe buena evidencia que sustenta la recomendación de evitar la intervención.

La calidad de la evidencia es valorada en buena, justa o insuficiente en la fuerza de las recomendaciones y se basa en la consideración sistemática de tres criterios: el concepto de “costo de sufrimiento de la condición estudiada”, las “características de la intervención” y la “efectividad de la intervención” demostrada en investigaciones clínicas publicadas; recibiendo un especial énfasis la efectividad de la intervención.

Para jerarquizar la calidad de la evidencia, se otorga mayor peso a aquellos diseños que metodológicamente ofrecen menor riesgo de sesgos y errores aleatorios.

◆ *JERARQUÍA DE LOS ESTUDIOS POR EL TIPO DE DISEÑO. NIVEL DE EVIDENCIA:*

- I: Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma apropiada.
- II-1: Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados.
- II-2: Estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferentemente multicéntricos.
- II-3: Múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas.
- III: Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos.

◆ *ESTABLECIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES (Tabla 2):*

Tabla 2. Establecimiento de las recomendaciones  
Elaboración propia

Calidad de la evidencia	Beneficio neto sustancial	Beneficio neto moderado	Beneficio neto pequeño	Beneficio neto nulo o negativo
Buena	A	B	C	D
Moderada	B	B	C	D
Mala	E	E	E	E

◆ *GRADOS DE RECOMENDACIÓN:*

- A: Extremadamente recomendable (buena evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan ampliamente a los perjuicios).
- B: Recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan a los perjuicios).
- C: Ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general).
- D: Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios).
- I: Evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria, y el balance entre beneficios y perjuicios no puede ser determinado.

- **US Agency for Health Care Policy and Research**<sup>(118)</sup>

Actualmente denominada AHRQ

◆ *GRADOS DE RECOMENDACIÓN:*

- A: Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación. Recoge los niveles de evidencia científica Ia y Ib
- B: Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación. Recoge los niveles de evidencia científica IIa, IIb y III.
- C: La recomendación de basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso. Recoge el nivel de evidencia IV.
- X: Existe evidencia de riesgo para esta intervención.

◆ *NIVELES DE EVIDENCIA:*

- Ia: La evidencia científica procede a partir de meta – análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
- Ib: La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado.
- IIa: La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado bien diseñado y sin aleatorizar.
- IIb: La evidencia científica procede de al menos un estudio casi experimental, bien diseñado.
- III: La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñado como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles.
- IV: La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.

- **Centro de Medicina Basada en la evidencia de Oxford**  
(OCEBM)<sup>(119)</sup>

La clasificación que utiliza se justifica por la necesidad de evaluar además de las intervenciones terapéuticas y preventivas aquellas ligadas al diagnóstico, pronóstico, factores de riesgo y evaluación económica.

Valora la evidencia según el área temática o escenario clínico y el tipo de estudio que involucra al problema clínico en cuestión.

Es una modificación “complementaria” de la clasificación de Sackett<sup>(108)</sup>, incluye terapia, prevención, etiología y daño en un subgrupo; pronóstico e historia natural en otro; diagnóstico en el siguiente; diagnóstico diferencial y estudios de prevalencia en otro; y estudios económicos y análisis de decisión en otro.

Gradúa la evidencia de acuerdo al mejor diseño para cada escenario clínico.

◆ *NIVELES DE EVIDENCIA:*

Se debe añadir un signo menos (-) para indicar que el nivel de evidencia no es concluyente si:

Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza amplio y no estadísticamente significativo.

Revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa.

- 1a: Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, con homogeneidad.
- 1b: Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho.
- 1c: Práctica clínica.
- 2a: Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad.
- 2b: Estudio de cohortes o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad.
- 2c: Out comes Research. (estudios de cohortes de pacientes con el mismo diagnóstico en los que se relacionan los eventos que suceden con las medidas terapéuticas que reciben).
- 3a: Revisión sistemática de estudios caso control, con homogeneidad.
- 3b: Estudio caso-control.

- 4: Serie de casos o estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
- 5: Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, o basados en la fisiología, "bench research" o "first principles" (adopción de determinada práctica clínica basada en principios fisiopatológicos).

◆ *Grados de recomendación*

- A: Estudios de nivel 1.
- B: Estudios de nivel 2-3, o extrapolación (cuando el escenario clínico tiene diferencias importantes respecto a la situación original del estudio) de estudios de nivel 1.
- C: Estudios de nivel 4, o extrapolación de estudios de nivel 2-3.
- D: Estudios de nivel 5, o estudios no concluyentes de cualquier nivel

◆ *Significado de los grados de recomendación:*

- A: Extremadamente recomendable.
- B: Recomendación favorable.
- C: Recomendación favorable pero no concluyente.
- D: Ni se recomienda ni se desaprueba.



- **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)**<sup>(120,121)</sup>

Presenta como foco de interés la temática del tratamiento.

Pone un particular énfasis en el análisis cuantitativo.

◆ *Niveles de evidencia:*

- 1++: Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
- 1+: Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.
- 1-: Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos.
- 2++: Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles, o estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
- 2+: Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
- 2-: Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una significativa probabilidad de que la relación no sea causal.

- 3: Estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos).
- 4: Opiniones de expertos.

◆ *Grados de recomendación:*

- A: Al menos un meta-análisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado calificado como 1++ y directamente aplicable a la población objeto, o una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados.
- B: Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.
- C: Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++.
- D: Niveles de evidencia 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+.

- **National Institute for Clinical Excellence (NICE)**<sup>(122,123,124)</sup>

Se trata de una iniciativa que nace del National Health Service del Reino Unido (NHS), abarcando la temática de la terapia y el diagnóstico.

Ésta clasificación opta por adoptar la clasificación de SIGN para estudios de intervención y clasificación de Oxford para estudios de pruebas diagnósticas.

Adiciona evaluación de la evidencia para diagnóstico.

Su relación tan directa realizada entre calidad de la evidencia y grado de recomendación, puede generar confusión sobre esos constructos.

◆ *Niveles de evidencia para estudios de terapia :*

- 1++: Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
- 1+: Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.
- 1-: Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos. (Los – no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación).

- 2++: Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles, o estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
  
- 2+: Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
  
- 2-: Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
  
- 3: Estudios no analíticos como informe de casos y series de casos.
  
- 4: Opinión de expertos.

◆ *Niveles de evidencia para estudios diagnóstico :*

- Ia: Revisiones Sistemáticas con homogeneidad de estudios de nivel 1+.
- Ib: Estudios de nivel 1+.
- II: Estudios de nivel 2 Revisiones Sistemáticas de estudios de nivel 2.
- III: Estudios de nivel 3. Revisiones Sistemáticas de estudios de nivel 3.
- IV: Consenso, informes de comités de expertos u opiniones y/o experiencia clínica sin valoración crítica o explícita, o en base a la psicología, difusión de la investigación o principios básicos.

◆ *Grados de recomendación para estudios de terapia :*

- A: Al menos un meta-análisis, o un ensayo clínico aleatorizado calificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana, o una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o un volumen de evidencia con estudios calificados como 1+ directamente aplicables a la población diana y que demuestren globalmente consistencia de los resultados. Evidencia a partir de la apreciación de NICE.
- B: Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.
- C: Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++.
- D: Niveles de evidencia 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+ o consenso formal.

◆ *Grados de recomendación para estudios diagnóstico :*

- A Estudios de pruebas diagnósticas (EPD) : Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
- B (EPD): Estudios con un nivel de evidencia II
- C (EPD): Estudios con un nivel de evidencia III
- D (EPD): Estudios con un nivel de evidencia IV



- **Esquema de gradación propuesto por la Agencia de evaluación de Tecnología Médica** (Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica) (AATM) **de la Generalitat de Catalunya.**<sup>(125,126)</sup>

Empresa pública sin ánimo de lucro, adscrita al Servicio Catalán de la Salud, creada en mayo de 1994, por Acuerdo del Gobierno de la Generalitat de Catalunya.<sup>(127)</sup>

La AATM inició sus actividades como empresa el día 1 de enero de 1995, tomando el relevo de la anterior Oficina Técnica de Evaluación de Tecnología Médica (OTATM) del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

Asimismo, la AATM es centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la evaluación de tecnología médica.

En el año 1999 se lleva a cabo la ampliación del objeto social de la AATM, por la que se añaden como competencias el centralizar y coordinar las actividades de investigación sanitaria, así como ejercer el liderazgo sobre las actividades de diseño e implementación de una estrategia de investigación sanitaria para Cataluña.

La misión de la AATM es, actualmente, promover la producción y la utilización del conocimiento científico para mejorar la prevención de las enfermedades, así como mejorar la salud y la calidad de vida de la población de Cataluña.

Entre los principales peticionarios de productos y servicios de la AATM en la actualidad, se encuentra el Instituto Catalán de la Salud.

Los informes de evaluación de la AATRM son documentos resultantes del proceso de evaluación fundamentados en revisiones sistemáticas de la evidencia científica, que valoran aspectos como la eficacia, la



seguridad, la efectividad y la eficiencia de las tecnologías médicas, adaptando la evaluación al contexto sanitario analizado y en función de las necesidades del peticionario. Cuando es necesario, si la evidencia no es suficiente o bien no hay datos, se llevan a cabo proyectos de investigación primaria para poder iniciar el proceso de evaluación.

Ésta clasificación tiene en cuenta, además del diseño de los estudios, una valoración específica de su calidad.

◆ *Niveles de calidad y fuerza de la evidencia científica (Tabla 3)*

Tabla 3. Niveles de calidad y fuerza de la evidencia científica  
Elaboración propia

NIVEL	FUERZA
I	Adecuada
II	Adecuada
III	Buena a regular
IV	Buena a regular
V	Regular
VI	Regular
VII	Regular
VIII	Pobre
IX	Pobre

- **GRADE** (Grado de Recomendaciones, Asesoramiento, Desarrollo y Evaluación)<sup>(128,129)</sup>

La iniciativa GRADE propone realizar juicios secuenciales sobre la calidad de la evidencia en los diferentes estudios para cada uno de los resultados importantes, los resultados clave para una decisión, la calidad global de la evidencia para estos resultados claves, el balance entre beneficios y riesgos y la fuerza de las recomendaciones.

Las recomendaciones tendrán en cuenta consideraciones sobre todas las variables de resultado claves, la calidad de la evidencia, el balance entre beneficios y riesgos, la contextualización de la evidencia a las circunstancias específicas, es decir, los valores y las preferencias, la incertidumbre sobre el riesgo basal, y la consideración de los costes, es decir, la utilización de los recursos.<sup>(130)</sup>

◆ *Criterios para valorar la calidad de la evidencia*

- Alta: Confianza alta en que el estimador del efecto disponible en la literatura científica se encuentra muy cercano al efecto real.  
Diseño de estudio ECA.  
Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que tenemos en el resultado estimado.
- Moderada: Es probable que el estimador del efecto se encuentre cercano al efecto real, aunque podrían existir diferencias sustanciales.

Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos en el resultado estimado y que puedan modificar el resultado.

- Baja: El estimador del efecto puede ser sustancialmente diferente al efecto real. Diseño de estudio; Estudio observacional. Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos en el resultado estimado y que puedan modificar el resultado.
- Muy baja: Es muy probable que el estimador del efecto sea sustancialmente diferente al efecto real. Diseño de estudio cualquier otra evidencia.  
Cualquier resultado estimado es muy incierto.

En el Instituto Catalán de la Salud, para las Guías de Práctica Clínica (GPC) utilizan la clasificación de la AHQR y el sistema GRADE.

### 3.2. Situación de la utilización de la evidencia científica en la práctica diaria por parte de la enfermería de Atención Primaria

La evidencia llevada a la práctica clínica requiere la realización de cinco etapas integradas en un proceso dinámico y continuo que surgen de la interacción usuario/profesional <sup>(28,131)</sup> que permite finalmente lograr la evidencia.

#### 1. Formulación de la pregunta clínica

La pregunta que se desea resolver o el problema de investigación surgen de la práctica clínica diaria, de la gestión y de la docencia, para intentar responder a la incertidumbre cuestionada. <sup>(132)</sup>

Para lograr una buena concreción de la pregunta de investigación, existen según resume Santillán <sup>(28)</sup> diferentes metodologías o esquemas como **SPICE** (Setting: Ámbito/enclave/lugar, Perspective: Perspectiva, Intervention/exposure/phenomenon of interest: Intervención, Comparison: Comparación, Evaluation: Evaluación)

Desarrollado por Booth <sup>(133)</sup> y adoptado por el Instituto Joanna Briggs <sup>(46)</sup> como el marco adecuado para guiar la elaboración de las preguntas de revisión en las Revisiones Sistemáticas (RS) cualitativas.

**ECLIPSE** (Expectation: Expectativas, Client group: Clientes, Location: Localización, Impact: Impacto, Professionals: Profesionales implicados, Service: Servicio).

Desarrollado por Wildridge y Bell <sup>(134)</sup> y dirigida específicamente a la formulación de preguntas relacionadas con la gestión y las políticas de salud Y otros, para la formulación de preguntas.

Pero el esquema más habitual es el denominado **PICO** (paciente/problema, intervención, comparador y resultado).

## 2. Búsqueda bibliográfica

Deberá brindar gracias a distintas fuentes de información la mejor respuesta a la pregunta planteada.<sup>(135)</sup>

Se realizará de manera analítica, determinando la calidad de información contenida en las diversas fuentes.

## 3. Lectura crítica

Se conceptualiza como la capacidad consciente de adoptar una postura frente a lo expresado en artículos de investigación, se apoya en grados variables de conocimiento, reflexión y elaboración. Requiere tiempo para pensar, buscar, revisar, valorar y juzgar a partir de mínimos conocimientos en documentación, metodología de la investigación, estadística y epidemiología. Además, conocimiento sobre la práctica habitual y sus fundamentos como disciplina.

Con la finalidad de evaluar la validez y utilidad de los hallazgos, se clasificarán las fuentes de información en niveles y subclasificaciones.<sup>(136)</sup>

## 4. Aplicación a la práctica clínica

Se realizará la implementación en la práctica de las evidencias científicas encontradas.

El objetivo principal será mejorar el cuidado hacia el usuario, la familia y la comunidad.

En la EBE es importante la opinión del usuario y en el acto de cuidar se debe tener en consideración las preferencias de las personas a las que vaya dirigido.

Será indispensable desarrollar estrategias, identificar posibles barreras y conocer las causas más frecuentes de fracaso para hacerles frente.<sup>(58,67,98,137,138)</sup>

Para poder instaurar las prácticas basadas en evidencias contamos con herramientas como las GPC o los protocolos basados en evidencias.

5. Evaluación de la práctica clínica y de nuestra capacidad para realizar las primeras cuatro etapas y buscar maneras para mejorar ambas.

Determina la retroalimentación entre la investigación y la clínica.

Se evaluará la repercusión de los cambios introducidos en la práctica, identificando si han sido o no efectivos.

La evaluación ideal debería llevarse a cabo analizando resultados sensibles a las intervenciones de enfermería, con la finalidad de estimar los beneficios, daños y costes de las intervenciones.<sup>(67,98)</sup>

Según afirman Rodríguez y Paravic en su trabajo,<sup>(81)</sup> se considera el método científico como la mejor herramienta de que disponemos para conocer la realidad y expresarla de forma inteligible y sintética y reconoce la investigación científica como la actividad capaz de generar conocimiento válido y relevante para la moderna práctica profesional.

Por lo tanto, se pone de manifiesto la contribución de la EBE a aumentar el cuerpo de conocimientos propio, lo que garantiza el desarrollo de la profesión enfermera.

Para incorporar la evidencia a la práctica clínica, no es imprescindible que los profesionales realicen las cinco etapas ni que dispongan de competencias para ello; pero sí se requiere las mínimas para poder formular adecuadamente las preguntas clínicas, saber acceder a bases de datos específicas y comprender unos buenos resúmenes de evidencia.<sup>(139)</sup>

Tal como argumentan Fleming<sup>(140)</sup> y Sackett<sup>(141)</sup> una formulación adecuada de la pregunta nos garantizará evitar una pérdida de tiempo en la búsqueda de la evidencia.

Una vez identificada la disponibilidad de la evidencia, para valorar la calidad de los estudios, se deberá proceder a una lectura crítica.

Como dispone la declaración de Sicilia;<sup>(139,142)</sup> todos los profesionales de la salud deberían conocer los principios de la práctica clínica basada en la evidencia y ser críticos con su propia práctica y lo que ésta aporta a la evidencia. Ya que las decisiones sobre cuidados de salud deben basarse en el mejor conocimiento disponible. Sin estos mínimos, será muy difícil, conseguir una organización sanitaria en la que los profesionales proporcionen a los usuarios la mejor práctica posible.

No obstante enfermería es uno de los colectivos que continúa realizando intervenciones a pesar de no haberse demostrado su efectividad, es decir, la capacidad de lograr un efecto deseado o esperado, así como es el personal que incorpora con menos frecuencia a su práctica las pruebas científicas ya que el conocimiento empírico es relegado por la intuición y la propia experiencia' así como la de otros compañeros.<sup>(143,144)</sup>

Para que los resultados de la investigación puedan ser aplicados en la práctica clínica diaria deberán cumplir los criterios de método científico, importancia y utilidad para el ámbito de la práctica y la pertinencia del resultado para su aplicación en la práctica.<sup>(145)</sup>

Estudios en otros ámbitos internacionales han demostrado que la fuente de información más utilizada por el personal de enfermería es el conocimiento propio.<sup>(146)</sup>

Las barreras o limitaciones más frecuentemente identificadas son la falta de tiempo y entrenamiento, así como poseer conocimientos insuficientes, tanto de métodos estadísticos y diseño de investigación, que dificultan poder discernir la calidad metodológica de la investigación publicada, como de lengua inglesa, la utilizada en la mayoría del conocimiento científico y estudios publicados.<sup>(39,75,143,144)</sup>

También se manifiesta la falta de autoridad para poder cambiar la práctica y la falta de competencia y normativa en cuanto a las implicaciones de la aplicación práctica de la investigación desarrollada.<sup>(83,147,148)</sup>

Se requieren unas mínimas habilidades en lectura científica, así como conocimientos tanto de metodología de la investigación, estadística y epidemiología como a nivel informático y nuevas tecnologías, de idiomas (sobretudo inglés), como de lectura crítica junto con motivaciones personales.<sup>(142)</sup>

La enfermería basada en evidencias en su fase de lectura crítica requiere de formación básica en estadística práctica tal como expone Santillán<sup>(28)</sup> autora del blog Enfermería Basada en la Evidencia<sup>(149)</sup> en su presentación "Aplicabilidad de la Enfermería Basada en la Evidencia".



Y en estudios como el realizado por Pravikoff et al<sup>(150)</sup> revela que una escasa representación de las enfermeras encuestadas, (el 27% de 1097) manifiesta un manejo en el uso de bases de datos bibliográficas electrónicas.

Por todo ello, se puede afirmar que a pesar del esfuerzo por parte de los gestores promoviendo iniciativas para fomentar el uso de la evidencia científica en la práctica, contribuyendo así a unos cuidados enfermeros de alta calidad, satisfaciendo al cliente, y en lo posible eliminando los riesgos para la salud, la implementación de la práctica basada en la evidencia en los cuidados enfermeros se desarrolla lentamente y lejos de los objetivos de instituciones prestigiosas. <sup>(151)</sup>



Entre las últimas aportaciones en cuanto a análisis de utilización en la práctica diaria por parte del personal de enfermería encontramos a JC Casas,<sup>(152)</sup> que evalúa el nivel de práctica clínica basada en la evidencia adquirida por los profesionales de enfermería que trabajan en el ámbito asistencial de la comarca de Osona (Barcelona), a través del uso de la plataforma EviCur.

Ha utilizado una traducción en lengua catalana de la versión española (disponible por petición a los autores), realizada por filólogos del servicio de lenguas de la Universidad de Vic (Barcelona), considerándose, en palabras del propio Casas<sup>(153)</sup> en su tesis, la traducción un método de validación transcultural, dado que es un único entorno social bilingüe.

Rus et al<sup>(154)</sup> estudian las causas de la discontinuidad entre la evidencia científica enfermera y la aplicación en la práctica diaria de manera específica en el departamento de la Plana.

Romera et al<sup>(155)</sup> plantean conocer la opinión, formación y experiencia de los mandos intermedios de la Gerencia de Guadalajara sobre investigación en cuidados y su competencia en práctica basada en evidencias.

Tíscar<sup>(156)</sup> estudia la percepción de la práctica de enfermería basada en la evidencia de estudiantes de un master de investigación. En el que concluye que la investigación en enfermería y la aplicación de sus resultados en la práctica diaria continúan presentando una serie de obstáculos a salvar.

### 3.3. Cuestionarios de evidencia científica en la práctica enfermera

Una evaluación de la preparación para identificar y medir las variables que pueden facilitar la enfermería basada en la evidencia es importante.

Con el fin de diagnosticar los diferentes elementos que influyen en el impacto del clima organizacional en la práctica de enfermería, Gershon et al. en el año 2004 identificaron una serie de instrumentos.<sup>(157,158)</sup>

Sin embargo, Zabaleta<sup>(159)</sup> afirma en su Tesis que los cuestionarios que miden exclusivamente la actitud hacia la EBE no existen en los contextos de habla hispana. Ya que la mayoría de los cuestionarios validados para medir la evidencia y las pruebas basadas en evidencia científica de la práctica enfermera, se encuentran desarrollados en lengua inglesa.

Los instrumentos manejados para medir la utilización de la investigación en enfermería, en general carecen de base teórica, propiedades psicométricas y en ocasiones presentan fallos de conceptualización.<sup>(160,161)</sup>

Estabrooks et al.<sup>(160,162,163)</sup> desarrollaron en 1999 una nueva herramienta para medir el grado y nivel de utilización de la investigación por parte de enfermería, **Research Utilization in Nursing Survey**, que quiere medir las actitudes de las enfermeras hacia el uso de la investigación en la práctica clínica, e intenta resolver los problemas identificados en las herramientas utilizadas hasta el momento.<sup>(160,164,165)</sup>

Fue validado al castellano previo a la recogida de datos en el estudio realizado por Escobar et al <sup>(166)</sup>

Este instrumento consta de 22 ítems y 90 subítems, que se encuentran divididos en tres secciones: "utilización de la investigación", "fuentes y tipos de conocimiento para la práctica" y "características organizativas".

Con el permiso de Estabrooks, Keny<sup>(167)</sup> adecuó el cuestionario dotándolo de propiedades psicométricas fuertes, para que clínicamente fuese factible, para medir las actitudes de las enfermeras hacia la utilización de los resultados de la investigación.

Y Frasure<sup>(168)</sup> indicó que el cuestionario contaba con el suficiente rigor metodológico.

El campo de las habilidades profesionales para la PCBE ha sido menos estudiado y, como resultado, los instrumentos existentes han sido más escasos.<sup>(169,170)</sup> Y en ocasiones validados con muy poco esmero y cuidado.<sup>(171)</sup>

El **Evidence-Based Practice Questionnaire, Cuestionario de Práctica Basada en la Evidencia (EBPQ)**, fue publicado en 2006 por el Profesor Dominic y el Dr. Penney Upton.<sup>(172)</sup>

Se diseñó y validó por Upton y Upton<sup>(172)</sup> en 2006, entre el colectivo de profesionales de Enfermería en el Reino Unido.

Se ideó en un principio como un cuestionario necesario para evaluar los factores que influyen en la adopción de evidencia científica y su aplicación en la práctica.

Sus autores lo catalogan como una autovaloración de las enfermeras sobre el uso de la evidencia científica en su día a día.

Fue diseñado para medir la actitud, los conocimientos y las habilidades de los profesionales sanitarios hacia la práctica basada en pruebas.

Así valorará tres áreas en relación con la Enfermería basada en la Evidencia.

Mide la opinión de la persona encuestada, es decir, el grado subjetivo que percibe el profesional en cuanto a la aplicación de la evidencia científica en la práctica de su trabajo diario.

También ha sido definido, por sus propios autores, como una herramienta útil para desarrollar y evaluar programas educativos, políticas de desarrollo y manejo de iniciativas para enfermería y en programas de cuidados en salud.

Ha sido utilizado mayoritariamente con personal de enfermería, en numerosos países como Estados Unidos, Noruega, Gran Bretaña, Australia y España.<sup>(173,174,175,176,177,178)</sup> Ya que ha demostrado ser útil, rápido y una herramienta válida para medir la implementación.

Y se han realizado validaciones concretas para cada uno de los países.<sup>(177,178,179,180,181,182)</sup>

Se trata de una medida auto administrada de 24 ítems evaluados a través de una escala de diferencial semántico, que comprende tres subescalas:

- Práctica (uso), evaluando mediante una escala tipo Likert que va de 0 (nunca) a 10 (siempre), las prácticas en cuanto a la utilización de la EBE
- Actitud (hacia EBP), valorada a través del posicionamiento de proximidad adoptado para cada par de preguntas realizadas
- Conocimiento (conocimiento y habilidad en EBP).

Cuenta con utilidad a la hora de realizar mediciones de competencias en la práctica clínica basada en la evidencia, que presentan los profesionales.

Ha sido adaptado, debido a contar con ítems bastante dignos para serlo, al contexto español y ha sido utilizado por enfermeras de todos los ámbitos sanitarios.

Fue Pedro et al.<sup>(182)</sup> quienes llevaron a cabo un estudio de adaptación y validación del cuestionario en el contexto de la práctica enfermera, de cara a su utilización en procesos de implementación de evidencias en la práctica y en actividades encaminadas a la mejora de la competencia profesional en esta materia.

Se ha utilizado con buenos resultados a la hora de explorar competencias en el uso de evidencia científica en actividades formativas sobre esta temática, en fases de implementación en procesos de mejora de efectividad, así como cuando se trataba de averiguar el perfil de los profesionales que deben tomar decisiones basándose en el mejor conocimiento existente o demostrado.<sup>(182)</sup>

Del cuestionario, Pedro et al<sup>(182)</sup> obtuvieron en la adaptación un modelo trifactorial con suficiente evidencia empírica para su utilización, tanto desde el punto de vista de la validez de constructo como desde el análisis de la fiabilidad de las variables latentes.

La elección de este cuestionario, tal como expone Ansoain<sup>(76)</sup> parte de la necesidad de introducir en el análisis de los entornos de práctica, la opinión que tienen las enfermeras sobre sus competencias (actitud, destreza y conocimientos) hacia la PBE. Además guarda mayor coherencia de contenido con la PBE ya que sus ítems exploran conocimientos y habilidades a lo largo de todo el ciclo de la misma (formulación de la pregunta, búsqueda de la información, evaluación crítica e implementación), además de explorar posibles barreras para esta última fase.

En este caso, el Cuestionario EBPQ-19, distribuye los ítems en tres factores "actitud", "práctica" y "conocimientos y habilidades".

El Cuestionario consta de 19 ítems, que se encuentran estructurados en tres factores: "práctica", valorada mediante 6 ítems, "actitud", valorada con 3 ítems y "conocimientos y habilidades", valorados a través de 10 ítems, de los profesionales ante una PBE.

Cada ítem se puntúa de 1 a 7, siendo 1 el valor menos favorable y 7 el valor más favorable en términos de competencia en aplicación de PBE. El rango de la escala oscila entre 19 y 133 puntos.

Con posterioridad se utilizó el modelo de 19 ítems, para adecuar la versión en español del Cuestionario de Práctica Basada en Evidencia (EBPQ) y se pasaron ambos, el de 24 y el de 19 ítems, en una muestra de 1.673 enfermeras registradas a tiempo completo en 10 hospitales Y 57 Centros de Atención Primaria en el Servicio de Salud Pública de España<sup>(181)</sup>.

El modelo de 19 ítems fue mejor en las cuatro submuestras que el de 24.

Por tanto servirá para conocer la competencia de los profesionales en la toma de decisiones basadas en la evidencia e identificar áreas de mejora en las que intervenir con estrategias elaboradas para ese propósito en el ámbito de atención primaria de España.





El **Practice Environment Scale - Nursing Work Index** (PES-NWI) de Lake<sup>(183)</sup>, **Escala de Entorno de la Práctica Enfermera del NWI** (PES-NWI).

Este instrumento fue diseñado inicialmente por Kramer y Hafner<sup>(184)</sup> en 1989 y desde su versión inicial, se ha refinado sucesivamente. Las versiones más diseminadas son la de Aiken et al.<sup>(185)</sup> en el año 2000, y la **PESNWI**, validada por Lake<sup>(183)</sup> en el año 2002, que ha mostrado la mayor parsimonia explicativa.

Es una escala de 31 ítems, que mide el entorno de la práctica de enfermería en el ámbito hospitalario.

El objetivo del instrumento es detectar aquellas partes débiles del entorno en la práctica enfermera para posteriormente modificarlos y así, obtener mejores resultados en la clínica.

Lake<sup>(183)</sup> afirma que debe ser utilizado por los investigadores para generar evidencias consistentes y comparables, que refleje todos los ámbitos conceptuales. Para promover un avance en el desarrollo de los instrumentos, deberá probarse en diferentes ámbitos de atención y ampliar la evidencia de la influencia del entorno de práctica en los resultados del paciente, diseñando intervenciones que prueben las mejoras.

Para su adaptación al español se concluyó que aportó evidencias empíricas suficientes que denotaron un buen comportamiento psicométrico con relación a la fiabilidad y al modelo de medida del test.<sup>(182,186)</sup>

Ha sido utilizado en varias ocasiones para conocer las percepciones de los profesionales de enfermería en relación a la presencia de la organización en su ámbito de trabajo<sup>(187)</sup>.

El **NWI** consta de 65 ítems agrupados en cinco subcategorías; "la participación de las enfermeras en los proyectos del centro hospitalario"; "el fundamento de la calidad de los cuidados"; "la capacidad, el liderazgo y el apoyo a las enfermeras por parte de los gestores"; "la dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos", y por último "las relaciones entre médicos y enfermeras".

Se ha utilizado en varios países, como Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Alemania con distintas modificaciones, adaptando los ítems de cada una de las subcategorías, e incluso utilizando únicamente una o algunas de las subcategorías y obviando el resto.<sup>(174,183,188,189,190)</sup>

De los resultados obtenidos en los diferentes estudios realizados, se concluye que son necesarias herramientas de evaluación continuas que obliguen a las organizaciones a verificar si cumplen los estándares de calidad mínimos recomendados.<sup>(189,190)</sup>

En el estudio llevado a cabo en Estados Unidos, pero con enfermeras asiáticas, se determina como las organizaciones influyen en el entorno de las enfermeras<sup>(191)</sup>.

En 2002 fue desarrollado por Lake,<sup>(183)</sup> adaptando los instrumentos **NWI** elaborado en 1989 por Kramer & Hafner<sup>(184)</sup> ideado para evaluar factores relativos a la satisfacción de las enfermeras con su trabajo, la calidad de los cuidados prestados y las características organizacionales de los hospitales, el **Nursing Work Index-Revised (NWI-R)** de Aiken y cols.<sup>(185)</sup> publicado en el año 2000, y la **escala The Practice Environment Index (PEI) PEI-NWI** de Estabrooks et al.<sup>(192)</sup> También llamada en otros estudios **Practice Environment Scale, Cuestionario de Entorno de la Práctica Clínica.**

Y en España, De Pedro et al.<sup>(193,194,195)</sup> determinaron la validez y fiabilidad de una versión adaptada culturalmente al entorno español de la escala de entorno de práctica enfermera del **Nursing Work Index** para su uso en Atención Primaria y hospitalaria.

Su objetivo es que sea utilizado para estudiar cómo puede influir el entorno laboral en la práctica de los profesionales de enfermería, y en los resultados de los pacientes.

El **Practice Environment Scale** ha sido validado en español para el ámbito hospitalario en el proyecto RN-4CAST-España, tal como exponen Escobar – Aguilar et al en su estudio.<sup>(166)</sup>

Este instrumento es una subsescala del Nursing Work Index-Revised, que trabajaron Aiken and Patrician,<sup>(185)</sup> en el año 2000 para identificar entornos de trabajo que apoyan la práctica de enfermería.

El cuestionario consta de 31 ítems puntuados en una escala tipo Likert de 4 puntos, correspondidos con: 1= "totalmente en desacuerdo"; 2= "de alguna manera en desacuerdo"; 3="de alguna manera de acuerdo"; y 4="totalmente de acuerdo".

Se encuentran agrupados en cinco factores: "La enfermería participa en los asuntos de la institución"; "Bases para ofrecer un cuidado enfermero de calidad", "Supervisión de enfermería que apoya y

reconoce a los profesionales enfermeros"; "Adecuación de recursos materiales y humanos"; y "Relaciones entre médicos y enfermeras".

En 2009, se realizó un estudio en que se encuestó con los instrumentos **Evidence Based Practice Questionnaire: (EBPQ)** y **Nursing Work Index: (PES-NWI)**, para diagnosticar los factores que, los profesionales de enfermería, de las islas baleares, perciben como facilitadores para una práctica clínica basada en la evidencia. Entre los objetivos del estudio se encontraban describir los patrones de PCBE en enfermeras de atención primaria, el análisis de las posibles diferencias relacionadas con características del personal, género, edad, experiencia y práctica principal (ya sea en manejo o en clínica), y la influencia potencial del entorno de práctica donde trabajan<sup>(193,194)</sup>.

El estudio mostró diferencias significativas al analizar el entorno de atención hospitalaria y el de atención primaria, relevantes sobre todo al comparar la categoría y la experiencia profesional. Coincidiendo en esta última variable de experiencia profesional con el estudio que nos ocupa.

Utilizaron el cuestionario **NWI** validado en España<sup>(193)</sup>.

El instrumento contiene 31 ítems, agrupados en 5 factores:

- 1) "Participación enfermera en temas relacionados con atención hospitalaria"
- 2) "Fundación de Calidad de la atención de enfermería"
- 3)"Capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por los administradores de enfermería"
- 4) "Dimensión de enfermería personal y adecuación de los recursos humanos"
- 5) "Relación entre médicos y enfermeras"

Y utilizaron además el cuestionario EBPQ, también validado en España.<sup>(195)</sup>

Este instrumento se compone de 24 elementos estructurados en tres factores:

- 1) "Práctica"
- 2) "Actitud y conocimiento"
- 3) "Habilidades de profesionales en Práctica Clínica Basada en la Evidencia"

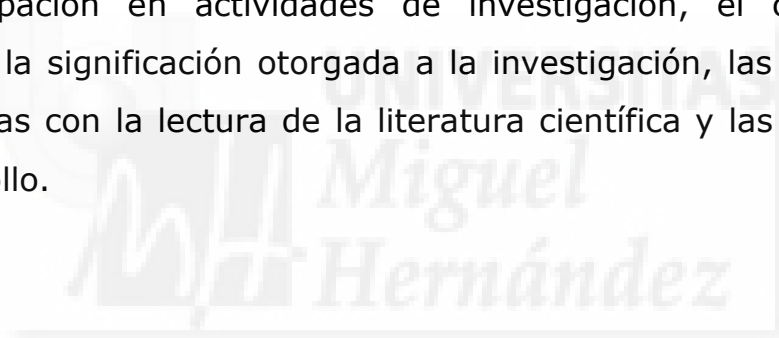
En nuestro medio se ha utilizado en varias ocasiones el **NWI-R** sin proceso previo de validación, a diferencia del PES-NWI, que sí ha sido sometido a un proceso de validación a nuestro ámbito.<sup>(186,187,189,190)</sup>



La escala de actitud ante la investigación, denominada escala de **“Actitudes y concienciación de los profesionales de enfermería hacia la investigación y desarrollo en cuidados de salud”** de Björkström y Hamrin,<sup>(196)</sup> del año 2001, fue validada al contexto español por Moreno-Casbas et al. en el año 2006.<sup>(197)</sup>

Está dividida en 35 ítems, donde cada uno de ellos presenta cinco posibles respuestas: "En desacuerdo", "Parcialmente de acuerdo", "Moderadamente de acuerdo", "De acuerdo" y "Totalmente de acuerdo".

La escala se divide en siete factores: el lenguaje de las publicaciones científicas, la necesidad percibida del conocimiento científico, el grado de participación en actividades de investigación, el concepto de profesión, la significación otorgada a la investigación, las necesidades relacionadas con la lectura de la literatura científica y las necesidades de desarrollo.



En 1987, el equipo de investigación de Funk, Champagne, Tornquist y Wiese<sup>(83)</sup> desarrolló la **BARRIERS Scale**<sup>(198)</sup> para evaluar la percepción de los clínicos, administradores y académicos de las barreras a la utilización de los hallazgos de la investigación en la práctica.

La escala, está compuesta por 29 ítems, repartidos en cuatro factores que cuentan con 8, 8, 6 y 6 ítems respectivamente:

FACTOR 1. CHARACTERISTICS OF THE ADOPTER: The nurse's research values, skills, and awareness. Cuenta con 8 ítems.

FACTOR 2. CHARACTERISTICS OF THE ORGANIZATION: Setting, barriers and limitations. Cuenta con 8 ítems.

FACTOR 3. CHARACTERISTICS OF THE INNOVATION: Qualities of the Research. Cuenta con 6 ítems.

FACTOR 4. CHARACTERISTICS OF THE COMMUNICATION: Presentation and accessibility of the Research. Cuenta con 6 ítems.

El elemento 27, no se puntúa ya que no se carga en ninguno de los cuatro factores.

Fue probada con una muestra de enfermeras registradas (n = 1.948) que trabajaban a tiempo completo en enfermería, de las cuales 924 ocupaban cargos clínicos.

La **Barriers to Research Utilization Scale**, fue descrita por S. Funk et al.<sup>(83,85,198)</sup> en 1991, y publicada en Applied Nursing Research, para identificar las barreras percibidas por los profesionales de Enfermería respecto a la utilización de los resultados de la investigación, y a partir de ahí, servirá para identificar las barreras para la utilización de la investigación en la práctica enfermera proporcionando sus percepciones generales directamente el personal encuestado.

Además, la **escala THE BARRIERS to Research Utilization Scale** de S. Funk<sup>(86,87)</sup> proporciona tres ítems más de valoración libre:

1. ¿Hay otras circunstancias que usted piensa que son barreras para la utilización de la investigación? Si es así, por favor enumere y califique cada una en la escala: (1) "Nunca", (2) "En menor grado", (3) "En grado moderado", (4) "En gran parte".
2. ¿Cuál de los elementos anteriores cree que son las tres mayores barreras para el uso de la investigación por las enfermeras?
3. ¿Cuáles son las circunstancias que usted piensa que facilitan la utilización de la investigación?

Existen dos versiones de la escala disponibles: (Anexo 4) la versión a; que corresponde a la escala original OBSTÁCULOS obtenida en la investigación de enfermería aplicada (Applied Nursing Research) en 1991, que pide a los encuestados que proporcionen sus percepciones generales de las barreras para la utilización de la investigación.<sup>(87,89)</sup>

Este cuestionario está formado por 29 ítems, de los cuales 28 están clasificados en cuatro factores: "Características del profesional", "Características de la organización"; "Características de los resultados o calidad de la investigación"; y "Características relacionadas con la presentación y accesibilidad de los resultados de investigación".

El ítem 27; "La cantidad de información es aplastante" es independiente, es decir, no se encuentra clasificado en ninguno de cualquiera de estos factores.

Cada ítem se puntúa del 1 al 4 reflejando el grado en el cual el ítem es percibido como una barrera; siendo 1. "Nunca", 2. "En menor grado", 3. "En grado moderado", y 4. "En gran parte".



Existe una quinta opción que no tiene asignada ningún valor, por lo tanto no puntúa, que se corresponde con la opción 5. "No tengo opinión".

La suma máxima de los ítems de cada factor máxima es de 32 para los dos primeros y de 24 para los dos últimos.

Y la versión b, que personaliza las instrucciones para que las respuestas se proporcionen en relación con el propio entorno de trabajo del individuo.

La escala, se encuentra también adaptada al contexto español y se utiliza de manera genérica en enfermeras de cualquier ámbito sanitario.

En una revisión realizada en 2007 para analizar los instrumentos que miden los factores relacionados con la utilización de la investigación en el ámbito de la enfermería, Moreno-Casbas et al<sup>(197)</sup> afirman que se concluye que, la escala The BARRIERS ha sido el instrumento más utilizado a lo largo de diferentes países, culturas y situaciones profesionales.

Ha sido utilizado por Moreno-Casbas et al<sup>(197)</sup> para conocer las barreras para la utilización de la investigación en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos, entendiendo como tal, aquellos que han sido investigadores principales de, al menos, un proyecto de investigación financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria entre 1998 y 2004, en centros hospitalarios, en centros de atención primaria y en escuelas de enfermería de las 17 comunidades autónomas del territorio español.

Para ello tradujeron y llevaron a cabo la adaptación cultural, mediante una revisión realizada por expertos hasta que obtuvieron la equivalencia semántica, idiomática y conceptual.

En primer lugar utilizaron dos traductores independientes bilingües, cuya primera lengua era el castellano, que sintetizaron por consenso las dos versiones en una sola y posteriormente su retrotraducción por dos traductores bilingües cuya primera lengua era el inglés americano y canadiense, para evaluar si realmente existía concordancia con la versión original del cuestionario.

Tras conciliar las discrepancias, redactaron el cuestionario definitivo.

Para su adaptación cultural, se envió a 10 expertos; profesionales de enfermería españoles y bilingües en inglés con conocimientos en la materia.

A continuación, llevaron a cabo una prueba piloto, con 15 profesionales, para valorar la comprensión de los ítems, la aceptabilidad y la factibilidad del cuestionario.

Y para estudiar la fiabilidad test-retest se administraron los cuestionarios a los mismos profesionales de enfermería (prueba pre-test) transcurridos 15 días desde la primera evaluación, para conocer así el grado de acuerdo.

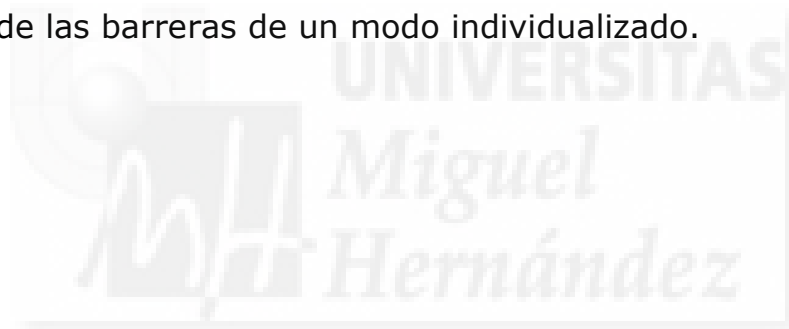
Y analizaron la consistencia interna con el total de los cuestionarios cumplimentados.

De las 854 respuestas válidas las barreras que se identifican con mayor puntuación son: «No hay tiempo suficiente en el trabajo para implementar nuevas ideas», y «La enfermería desconoce las investigaciones».

Guadarrama <sup>(199)</sup> lo utilizó en un estudio descriptivo realizado en 2014, a los profesionales de Enfermería que trabajaban en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, hospital del sudoeste de Madrid, para conocer las barreras para la utilización de la investigación.

No obstante, Solís M,<sup>(200)</sup> en su Tesis doctoral titulada "Competencias en práctica clínica basada en la evidencia de las enfermeras en España" expone que a pesar de ser un instrumento ampliamente utilizado, recientemente han surgido autores que indicaban que aunque la escala parece ser útil para la identificación de algunos tipos de barreras para la utilización de la investigación, los factores que identifican las enfermeras son de carácter general, lo que dificulta el diseño de intervenciones específicas.<sup>(201,202)</sup>

De la revisión sistemática publicada por Kajermo et al<sup>(203)</sup> se puede afirmar que no existe evidencia de que sea una herramienta útil para la planificación de intervenciones de implementación, y se recomienda realizar para cada contexto específico en que se deba implementar una medición de las barreras de un modo individualizado.



### **El Cuestionario de Competencia de Evaluación de la Práctica Basada en la Evidencia (EBP-COQ).**

Fue diseñado por Ruzafa-Martínez, López-Iborra, Moreno-Casbas y Madrigal-Torres en 2013<sup>(204)</sup>.

Fue validado por Ruzafa-Martinez et al<sup>(204,205)</sup> en una cohorte de estudiantes de enfermería de pregrado de la Universidad de Murcia.

Consta de 25 ítems de respuesta tipo Likert desde el 1 que indica "Muy en desacuerdo" hasta el 5 que indicará "Totalmente de acuerdo".

Los ítems se encuentran agrupados en las tres categorías que definen la competencia relacionada con la EBP: "Actitud"; medida con 13 ítems, "Conocimiento", medido con 6 ítems y "Habilidades"; medida también con 6 ítems.

El rango de posibles respuestas oscila entre 25 para el inferior y 125 para el valor más alto.

Es un instrumento rápido para difundir y que presenta una fácil puntuación.

El **Cuestionario Evidence-Based Nursing Attitude Questionnaire (EBNAQ)** fue validado al español por Ruzafa-Martinez<sup>(205)</sup> en una muestra de 219 enfermeras como herramienta de evaluación; **cuestionario de actitud de enfermería basada en la evidencia (EBNAQ)**.

Se compone de 15 ítems agrupados en los tres factores que conforman el concepto de actitud: "Cognitiva", "Afectiva" y "Conductual".



Gerris et al<sup>(206)</sup> basándose en otros instrumentos ya existentes, desarrollaron un instrumento, **Developing Evidence - Based Practice Questionnaire (DEBP)**, basado en la escala de Estabrooks con una versión para la esfera comunitaria que ayudaba a medir aspectos relacionados con las barreras y los elementos facilitadores para la implementación de la práctica basada en pruebas, es decir la evidencia en la práctica.<sup>(192)</sup>

En función de la versión utilizada será de valoración en el ámbito hospitalario o bien el comunitario.

Este cuestionario que valora cinco dimensiones, explora esferas compartidas con el EBPQ, y otras adicionales.

Evalúa acerca de:

- Las bases del conocimiento sobre la práctica clínica
- Barreras para encontrar y revisar la evidencia
- Barreras para cambiar la práctica sobre la base de las evidencias
- Facilitadores y apoyos para cambiar la práctica
- Habilidades para encontrar y revisar la evidencia.

Por otro lado encontramos el **Context Assessment Index (CAI), o índice de evaluación del contexto.**

Es un instrumento, tal como expone Abad<sup>(74)</sup> en su estudio, creado para la evaluación de la disposición de las organizaciones de salud a la hora de implementar la evidencia en la práctica clínica, mediante el examen de factores contextuales de una organización.

Este cuestionario, tal como se expone, en la IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, fue diseñado a partir del marco PARIHS<sup>(207)</sup> (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) "Acción para la promoción de la investigación en servicios de salud", el cual propone que la práctica basada en la evidencia depende de la fuerza y relación mutua entre la evidencia, el contexto y la facilitación.

El marco PARIHS pone de relieve la cultura, el liderazgo y la evaluación como elementos centrales para la construcción del contexto.

Es uno de los tres modelos existentes de implementación de la PBE en las organizaciones:<sup>(207)</sup>

- Modelo IOWA<sup>(66)</sup> (Desarrollo de investigación hacia la práctica)
- Modelo ARCC<sup>(208)</sup> (Advanced Research and Clinical Practice)
- Modelo PARIHS<sup>(207)</sup> (Naturaleza de las evidencias, contexto en el que ocurren los cambios, facilitadores de este cambio)

Tal como expone McCormack et al,<sup>(209)</sup> presentará más probabilidad de tener éxito su implementación cuando se cumplan los criterios de: evidencia de alta calidad y científicamente robusta, coincidencia entre el consenso profesional y las necesidades del paciente, la presencia de

un contexto receptivo así como la representación de un liderazgo fuerte y la presencia de apropiados sistemas de monitorización y retroalimentación y por último la existencia o posibilidad de medios precisos de cambiar, con el aporte de un experto externo y facilitadores internos.

Estos autores, describieron el contexto como una fusión compleja de componentes que está influido por la economía, la sociedad, la política y los factores psicosociales e históricos.

Otros autores, sugieren, en este mismo sentido, que el contexto tiene un efecto significativo sobre la absorción y la utilización de la evidencia en la práctica<sup>(209,210,211,212,213)</sup>.

Rycroft-Malone et al.<sup>(214)</sup> describen los componentes precisos para el cambio en la práctica enfermera desarrollando el marco PARIHS y el cuestionario CAI.

McCormack et al.<sup>(215)</sup> desarrollaron y validaron el cuestionario CAI en Irlanda aceptando el modelo de 37 ítems y encontrando 5 dimensiones.

En 2012 Kajermo et al.<sup>(216)</sup> tradujeron el CAI al sueco y realizaron un estudio de adaptación y evaluación psicométrica favorable de los 37 ítems originales, con una única dimensión.

En España, concretamente en la Universidad de Ciencias de la Salud de Jaén, se ha trabajado en la adaptación del cuestionario.

Así el **Índice de evaluación de contexto** es un instrumento para la evaluación del contexto de la práctica enfermera (medio ambiente o entorno en el que las personas reciben los servicios de salud).



Consta de 37 ítems que valoran tres dimensiones; "Cultura", "Liderazgo" y "Evaluación", mediante una escala tipo Likert de cuatro opciones: 4: "Fuertemente de acuerdo", 3: "De acuerdo", 2: "En desacuerdo" y 1: "Fuertemente en desacuerdo".

En él encontramos 7 ítems que incluyen la participación del paciente como parte del contexto.

La evaluación del contexto de práctica clínica de profesional, en palabras de Alonso et al.,<sup>(207)</sup> puede llevar a la instauración de mejoras en éste, de manera que pueda llegar a implantarse una práctica basada en evidencias sólida y válida.

El CAI, como concluye el estudio de Alonso et al.,<sup>(207)</sup> permite a los clínicos acceder y entender el contexto en el que trabajan, así como el efecto que tiene en el uso de la práctica basada en evidencias.

En este sentido, hay estudios como el de Abad<sup>(74)</sup> que valoran la implantación de la práctica basada en la evidencia en la práctica cotidiana de enfermería. Aunque tal como afirma De Pedro Gómez,<sup>(217)</sup> no podemos obtener evidencias debido a la falta de transferencia. Que según el propio autor, se define transferencia como "el intercambio, síntesis y aplicación terapéutica éticamente racional de conocimientos dentro de un sistema complejo de interacciones entre investigadores y usuarios, para acelerar la captura de los beneficios de la investigación para una mejor salud, a través de servicios más eficaces, fortaleciendo el sistema de salud".

La mayoría de los estudios realizados sobre la aplicación o utilización de la PCBE se han centrado en el área de Atención Hospitalaria,<sup>(185,192,218,219,220,221,222,223,224)</sup> y con frecuencia en unidades altamente especializadas, como las unidades de vigilancia intensiva.

Pero hay una escasez de estudios que analizan factores que promueven o previenen la práctica basada en la evidencia en el contexto de la Atención Primaria de Salud, a pesar de la creciente preocupación acerca de la difusión de conocimientos en este entorno.<sup>(147,157,184)</sup>

Aunque se han publicado varios instrumentos para conocer las competencias de los profesionales sanitarios, o concretamente la competencia del personal de enfermería en la práctica basada en la evidencia, muchos no cuentan con el estudio de la aplicación de dicha evidencia en la práctica diaria.<sup>(169,170)</sup>

Algunos que estudian la aplicación en la práctica diaria han sido validados al español con escaso rigor psicométrico, tal como se desprende de la revisión sistemática realizada por Shaneyfelt et al.<sup>(171)</sup>

Dado que en el ámbito de la enfermería, en el contexto de salud comunitaria, no se dispone de materiales redactados en lengua española para medir el desarrollo, las barreras y los elementos facilitadores de la práctica basada en pruebas ni evidencia. Podría validarse al español y adaptarse a la enfermería comunitaria en España, para, según afirma Zabaleta<sup>(159)</sup> en su tesis doctoral "Adaptación del cuestionario Developing Evidence- Based Practice al contexto de enfermería de salud comunitaria en España y evaluación de sus propiedades psicométricas" poder medir tanto el desarrollo de la práctica basada en evidencias, y poder identificar así las intervenciones prioritarias para su impulso, como para medir su impacto.

Aunque como afirma de Pedro,<sup>(217)</sup> los profesionales de enfermería tienen conciencia de la distancia existente entre práctica clínica y evidencia. Así, de Pedro et al<sup>(224)</sup>, han analizado, los factores determinantes en la evidencia de Práctica clínica entre el personal de enfermería hospitalaria y el de atención primaria, por ello se realizan

estudios mediante la aplicación de diferentes cuestionarios para valorar las variables que afectan e intentar aplicar los resultados tanto en las organizaciones como en los profesionales. Pero lo importante será transferir todo lo encontrado para generar evidencia, que es en última instancia lo buscado para aplicar el mejor conocimiento disponible a los cuidados profesionales.



### **3.4. El sistema de salud en Cataluña**

El modelo sanitario catalán se concreta el año 1990 con la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya (LOSC)<sup>(225)</sup>, que establece la regulación de todas las actuaciones para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 43 de la Constitución española<sup>(226)</sup>, dentro del territorio de Cataluña y en el marco de las competencias que el Estatuto de autonomía<sup>(227)</sup> había conferido a la Generalidad.

El modelo sanitario catalán se caracteriza, básicamente, por la separación de la función de financiación y compra de servicios, de la provisión; y por la diversificación de proveedores; para la existencia de un mercado mixto de competencia planificada y regulada; y por la diversidad de fórmulas de gestión. Se trata de un modelo sanitario mixto, donde el peso principal no reside en la propiedad de las instituciones y dispositivos, sino en la financiación pública para cubrir las necesidades de la población, que integra en una sola red de utilización pública todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública, y que recoge una tradición de entidades (mutuas, fundaciones, consorcios, centros de la Iglesia) históricamente dedicadas a la atención de la salud. Los centros y entidades son propiedad pública, de instituciones benéficas o de instituciones privadas<sup>(228)</sup>.

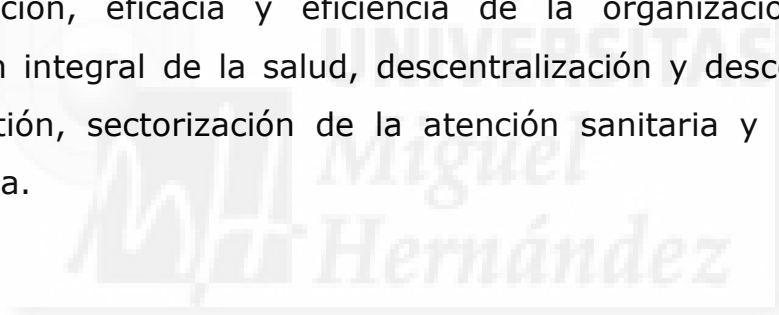
La diversidad de fórmulas de propiedad permite una adaptación rápida y flexible a las innovaciones permanentes que registra el sector salud.

La provisión de servicios de salud recae en las diferentes instituciones y sus órganos de gobierno. Este hecho implica una gran autonomía de gestión interna de cada una de las instituciones de acuerdo con su misión, objetivos y estrategias.

La financiación recae en la administración sanitaria que mediante contrato con los diferentes proveedores de servicios de salud, realiza la contraprestación económica de acuerdo con los servicios prestados por cada una de ellas.

El contrato de servicios es el principal instrumento de relación entre los dos agentes. En él se fija la actividad y la calidad que la administración sanitaria espera y exige de cada organización.

Este modelo consolida un sistema sanitario con financiación pública, al que toda la ciudadanía de Cataluña tiene acceso, basado en los principios de universalización, integración de servicios, simplificación, racionalización, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, concepción integral de la salud, descentralización y desconcentración de la gestión, sectorización de la atención sanitaria y participación comunitaria.



El Departamento de Salud<sup>(229)</sup> tiene como función principal la planificación sanitaria, es decir, la asignación de objetivos en el marco de la política sanitaria del Gobierno de la Generalidad de Cataluña.

Este Departamento tiene la responsabilidad de elaborar las políticas de salud, asegurar la sostenibilidad del sistema y velar por su calidad, planificar y evaluar resultados. Del Departamento de Salud dependen el Servicio Catalán de la Salud<sup>(230)</sup> y el Instituto Catalán de la Salud.<sup>(231)</sup>

El Servicio Catalán de la Salud se ordena en demarcaciones territoriales denominadas regiones sanitarias, que equivalen a las áreas de salud previstas en la Ley General de Sanidad.<sup>(232)</sup>

Estas se delimitan atendiendo a factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climáticos y de vías y medios de comunicación homogéneos, así como instalaciones sanitarias existentes, teniendo en cuenta la ordenación territorial de Cataluña.

Las regiones sanitarias, deberán contar con una dotación de recursos sanitarios de atención primaria integral de la salud y la de atención especializada y hospitalaria suficiente y adecuada para atender las necesidades de la población comprendida dentro de su respectivo territorio, sin perjuicio de la existencia de centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos o de cobertura pública que, debido a su alto nivel de especialización tengan asignado un ámbito de influencia suprarregional.<sup>(233)</sup>

Constituirán órganos desconcentrados de gestión del sistema sanitario público de Cataluña, y les corresponderá el desarrollo de las funciones atribuidas como propias o las que les sean delegadas por los órganos centrales del servicio Catalán de la Salud.

La región sanitaria se ordenará en subunidades territoriales integradas, que serán conformadas por un conjunto de áreas básicas de salud, y

que contarán con una estructura desconcentrada de dirección, gestión y participación comunitaria, denominadas sectores sanitarios<sup>(233,234)</sup>.

En el ámbito del sector sanitario se desarrollarán y se coordinarán las actividades de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y salud pública, la asistencia sanitaria y sociosanitaria en su nivel de atención primaria, y las especialidades médicas de apoyo y referencia de ésta.

Cada sector sanitario tendrá asignado un hospital de referencia de entre los incluidos en la red hospitalaria de utilización pública.

La región sanitaria, mediante la estructura de dirección y gestión del sector sanitario, gestionará directamente los equipos de atención primaria de las áreas básicas de salud correspondientes, y los servicios jerarquizados de especialidades médicas de apoyo y referencia de aquellos.

Coordinará las actividades de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y salud pública y los recursos sanitarios, hospitalarios y extrahospitalarios y socio sanitarios públicos y de cobertura pública situados en el ámbito territorial específico del sector.

Según la orden de 6 de mayo de 1990<sup>(235)</sup>, de aprobación del Reglamento Marco de funcionamiento de los equipos de atención primaria, con la aprobación del Decreto 84/1985<sup>(236)</sup>, de 21 de marzo, de medidas para la reforma de la atención primaria de salud en Cataluña, se establece un nuevo modelo de asistencia primaria, basado en los criterios de accesibilidad y continuidad de los servicios y de coordinación con los restantes niveles de atención, como también de integración de las actividades curativas, preventivas y de promoción de la salud dirigidas tanto al individuo como a la comunidad.

La Atención Primaria de salud, es la puerta de entrada al sistema sanitario, en la que se integran de forma equilibrada la atención preventiva, la atención curativa, la atención rehabilitadora y la promoción de la salud de la comunidad, en la que la accesibilidad es un atributo propio y esencial de calidad.

La red de Atención Primaria en Cataluña, se ajustará a los criterios de sectorización de:

- El area de salud, como unidad territorial elemental de la Atención Primaria de salud de acceso directo a la población, que tendrá como núcleo fundamental de su actividad el centro de Asistencia Primaria (CAP).
- El sector, como conjunto de Áreas Básicas de Salud, que integrará las especialidades médicas de soporte y referencia de aquellas, y se localizarán, con carácter general, en el CAP del sector.

El nuevo modelo de atención primaria de salud se fundamenta en la consideración del primer nivel asistencial como núcleo central de nuestro sistema sanitario, pasando de una relación individual entre profesionales y usuarios a una consideración del trabajo en equipo multidisciplinario, el equipo de atención primaria, que asume la responsabilidad de la atención respecto al área básica de salud (ABS). Entendida como demarcación geográfica y poblacional que constituye la unidad territorial elemental de la atención primaria.

El área básica de salud, será la unidad territorial elemental donde se prestará la atención primaria de salud de acceso directo a la población y que constituirá el eje vertebrador del sistema sanitario en el ámbito de la cual desarrollará sus actividades el equipo de atención primaria.

El equipo de atención primaria (EAP) será el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en el área básica de salud, que



desarrollará de manera integrada mediante el trabajo en equipo actuaciones relativas a la salud pública y la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud individual y colectiva en las diferentes etapas y estados de la vida, de la población del área básica.

Estas actividades se realizarán principalmente en el marco de una estructura física y funcional denominada centro de atención primaria.



### **3.5. Ámbito asistencial**

El Instituto Catalán de la Salud (ICS), es un organismo institucional público. Una entidad proveedora pública de servicios y prestaciones sanitarias de la Generalidad de Cataluña.

Dispone, entre personal sanitario y no sanitario, de una plantilla de 45.677 profesionales, que comparten valores inherentes a su condición de servicio público como son: Competencia, respeto, responsabilidad y transparencia, confidencialidad, integridad, trabajo en equipo, equidad y calidad.

Cuenta con autonomía funcional y de gestión y se encuentra adscrito al Departamento de Salud, y actúa bajo las directrices generales del Servei Català de la Salut, prestando atención sanitaria a casi seis millones de usuarios. Siendo la mejora constante de la calidad y la efectividad de los servicios que se dan, los objetivos troncales de la organización.

Es una entidad de derecho público de la Generalidad, que actúa sujeto al derecho privado, sin perjuicio de los ámbitos en los que ha de actuar sujeto al derecho público de conformidad con la Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud,<sup>(237)</sup> con personalidad jurídica propia y plena capacidad de actuar para el cumplimiento de las funciones y la consecución de los objetivos establecidos en los artículos 3 y 4 de esta Ley.

Se ajusta a los principios de desconcentración y de descentralización territorial y de gestión, de acuerdo con el modelo sanitario de Cataluña y con el marco organizativo territorial aprobado por el Gobierno.

Su actividad se ha de sustentar en los valores de la simplicidad organizativa, la autonomía de los centros, la desconcentración y la descentralización territorial, el rigor presupuestario y los procedimientos de evaluación de la gestión, la transparencia en la

gestión y los resultados, la sostenibilidad, el diálogo con los usuarios y los profesionales y la participación de estos en la gestión.

Los centros, servicios y establecimientos atenderán a los criterios de necesidades asistenciales de la población, optimización de recursos disponibles y despliegue territorial.

Funcionarán bajo los principios de autonomía económico-financiera y de gestión, siempre en el marco de los programas anuales aprobados por el ICS y siguiendo las directrices de los órganos de dirección del ICS y de los servicios corporativos centrales.



El Instituto Catalán de la Salud fue creado por la Ley 12/1983, de 14 de julio, de administración institucional de la sanidad, la asistencia y los servicios sociales de Cataluña como entidad gestora de los servicios y las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social en Cataluña para desarrollar las competencias que la Constitución española y el Estatuto de Autonomía le atribuyen y para ejecutar los servicios y funciones que le habían sido traspasados.

En el momento de la creación del Instituto Catalán de la Salud, la regulación básica sobre la gestión institucional de la Seguridad Social era establecida por el Real decreto ley 36/1978,<sup>(238)</sup> de 16 de noviembre, una norma que rompía las estructuras corporativas heredadas del pasado y reestructuraba radicalmente el sistema de entidades gestoras.

Desde sus inicios, el ICS asumió las funciones del antiguo INSALUD, a través del CatSalut o Servicio Catalán de Salud, que con el traspaso de transferencias, fue el organismo encargado de prestar los servicios del INSALUD en Cataluña.

Entre las funciones se incluyen la gestión de los hospitales y centros de atención primaria y de atención extrahospitalaria de la Seguridad Social. También asumió la concertación de servicios sanitarios con las entidades que no eran propiedad de la Administración.

Desde entonces, la configuración del sistema de la Seguridad Social ha evolucionado normativamente hacia un redimensionamiento progresivo del ámbito propio y hacia el carácter instrumental o adicional de la condición de entidad gestora.

Se ha producido, también, la distinción entre la integración en el sistema y las prestaciones, la gestión diferenciada de las prestaciones económicas y las prestaciones sanitarias y la atribución progresiva de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas.

A lo largo de esta evolución normativa, destacan la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, que creó el Sistema Nacional de Salud, y la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña, que creó el Servei Català de la Salut, responsable de garantizar la atención sanitaria pública y una cobertura pública de calidad de los ciudadanos de Cataluña mediante una adaptación adecuada de la oferta sanitaria a sus necesidades.

La Ley de ordenación sanitaria de Cataluña, permitió que el ICS empezara a adaptar progresivamente su marco de gestión para poder operar como el resto de proveedores del sistema sanitario. Por ello, mediante el Decreto 138/1993, de 7 de mayo,<sup>(239)</sup> y posteriormente los decretos 276/2001,<sup>(240)</sup> 277/2001,<sup>(241)</sup> 53/2006<sup>(242)</sup> y 258/2007<sup>(243)</sup>, se hicieron nuevas reestructuraciones del ICS, con el objetivo de mejorar la eficacia, la eficiencia y la calidad de los servicios.

Con la voluntad de adaptar el marco normativo y la naturaleza jurídica del ICS al modelo sanitario catalán, el Parlamento de Cataluña aprueba con el consenso de todos los grupos parlamentarios la Ley 8/2007 de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud. Esta Ley transforma el ICS en empresa pública y dota a sus centros y servicios de más autonomía en la gestión económica y de los recursos.

El hecho de convertir el ICS en empresa pública implicará disponer de una organización menos burocrática ya que las decisiones que se puedan acordar tendrán una ejecución mucho más rápida. En definitiva, se trata de ganar agilidad, lo que supone incrementar el grado de eficacia y eficiencia de los servicios que se presten.

Así, el ICS se crea mediante la Ley 8/2007 de 30 de julio como entidad de derecho público de la Generalidad, que actúa sujeto al derecho privado, con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus funciones.

De conformidad al artículo 2 de la Ley 8/2007 de 30 de julio se crea la norma reguladora de la estructura y funcionamiento del ICS aprobada por el Gobierno de la Generalidad. Y mediante el Decreto 13/2009<sup>(244)</sup> de 3 de febrero, por el que se aprueban los Estatutos del ICS, se regulará su organización y régimen de funcionamiento.

Los Estatutos desarrollan los órganos de gobierno y de dirección, de participación y de gestión de la institución. Según el nuevo reglamento, la estructura orgánica del ICS se fundamenta en el Consejo de Administración y la figura del director gerente. El Consejo de Administración es el órgano superior de gobierno y de dirección del ICS y se encarga de llevar a cabo la planificación estratégica de los medios adscritos a esta entidad, dirige las actuaciones y ejerce el control de la gestión.

En referencia a la organización y funcionamiento de los centros, los Estatutos apuestan por la autonomía de gestión, enmarcada dentro de los acuerdos del Consejo de Administración. El objetivo es que los centros, servicios y establecimientos del ICS puedan definir su propia estructura y organización. La autonomía de gestión y economicofinanciera se podrá concretar en los ámbitos organizativos, de gestión económica, de gestión de personal y de gestión asistencial, mediante los acuerdos de gestión. Supondrá dar capacidad a los profesionales para elaborar y aplicar sus propias normas de funcionamiento interno y el desarrollo y la gestión de sus planes de calidad. El grado de autonomía y los ámbitos en qué se deberá concretar este nuevo sistema organizativo serán propuestos en cada caso por las gerencias territoriales y los equipos directivos de cada

unidad de gestión, y serán aprobados por el Consejo de Administración.

Finalmente, los Estatutos también marcan los principios ordenadores de la gestión de recursos humanos de la organización (la ordenación del personal, la provisión de plazas y la selección) y de carácter económico.



### **3.6. Misión, visión y valores del Instituto Catalán de la Salud**

La misión, la visión y los valores es aquello que identifica al ICS como organización<sup>(245)</sup>:

#### **Misión**

Desarrollar una organización sanitaria pública de la Generalitat que sea un referente y un modelo de provisión de servicios de Salud en Cataluña.

Dar una atención de excelencia a la población y desarrollar también la docencia y la investigación en el ámbito de la Salud en Cataluña.

#### **Visión**

Ser la organización de referencia y líder en el sistema de salud catalán, tanto en la asistencia, como en la docencia y la investigación.

#### **Valores**

El comportamiento de las personas que trabajan en el ICS ha de regirse por unos valores compartidos por todos y coherentes con la misión de la empresa.

Entre los valores éticos que han de guiar las actuaciones del ICS destacan el posicionamiento del ciudadano como eje central del sistema sanitario, mientras que los profesionales constituyen el eje central de la organización; el compromiso con la sostenibilidad económica y social; la simplificación organizativa; el diálogo y la transparencia; la atención integral a las personas, y la integración activa, respetuosa y corresponsable en el sistema sanitario de Cataluña.



### ***Competencia***

Compromiso a mantener el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas a la actividad desarrollada, aspirando a mejorar constantemente el trabajo cotidiano.

### ***Respeto***

Reconociendo la dignidad de la persona, escuchando y aceptando aquello que los otros son y quieren transmitir, teniendo en cuenta en todo momento sus derechos.

### ***Responsabilidad y transparencia***

Respondiendo de nuestras decisiones y actos y de sus consecuencias, asumiéndolas y siendo capaces de darnos cuenta.

### ***Confidencialidad***

Compromiso a hacer un uso adecuado de la información (que podamos ver, oír o intuir) de las personas, de los datos personales y de los datos de la empresa. Así mismo, compromiso a proteger la intimidad que define cada persona y sus derechos.

### ***Trabajo en equipo***

Compromiso a mantener un espíritu de colaboración y solidaridad con los compañeros de trabajo, teniendo en cuenta el objetivo común de servicio al ciudadano y a la comunidad.

***Integridad***

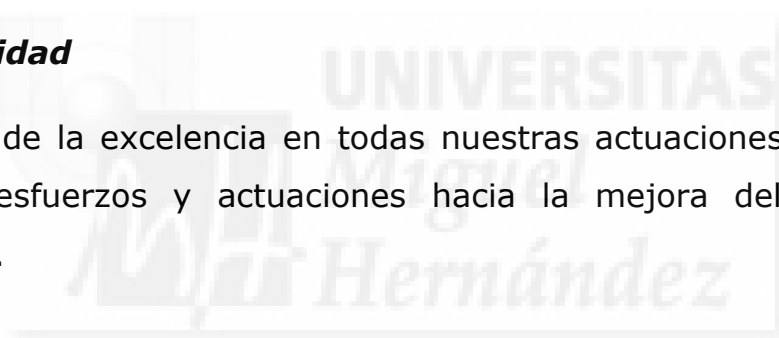
Trabajo con honestidad y coherencia, teniendo en cuenta los valores de la institución y pensando en el interés y las necesidades de los ciudadanos.

***Equidad***

Atender las necesidades de salud y servicios de las personas sin discriminar a nadie, individualizando las actuaciones según la persona, sus circunstancias y expectativas.

***Calidad***

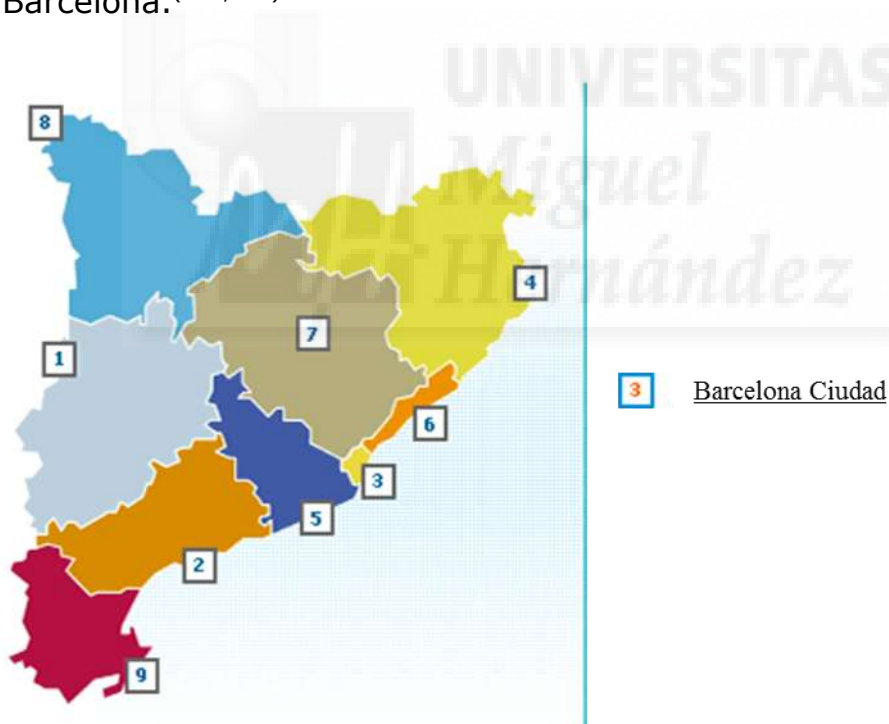
Búsqueda de la excelencia en todas nuestras actuaciones, orientando nuestros esfuerzos y actuaciones hacia la mejora del servicio al ciudadano.



### 3.7. Configuración del ámbito

El ICS se organiza, en el territorio de Cataluña, en nueve gerencias territoriales, que concentran 9 ámbitos de Atención Primaria y 8 hospitales de referencia, que constituyen los máximos órganos de dirección y gestión del conjunto de centros, servicios e instituciones sanitarias en la delimitación territorial correspondiente.<sup>(246)</sup>

Una de ellas es el Ámbito de Atención Primaria Barcelona Ciudad, (Figura 1) que gestiona con una plantilla de 4.779 profesionales, entre personal sanitario y no sanitario, centros de atención primaria y otras unidades en diferentes áreas de actuación: asistencia, prevención, educación sanitaria, docencia, investigación y formación, en la ciudad de Barcelona.<sup>(247,248)</sup>



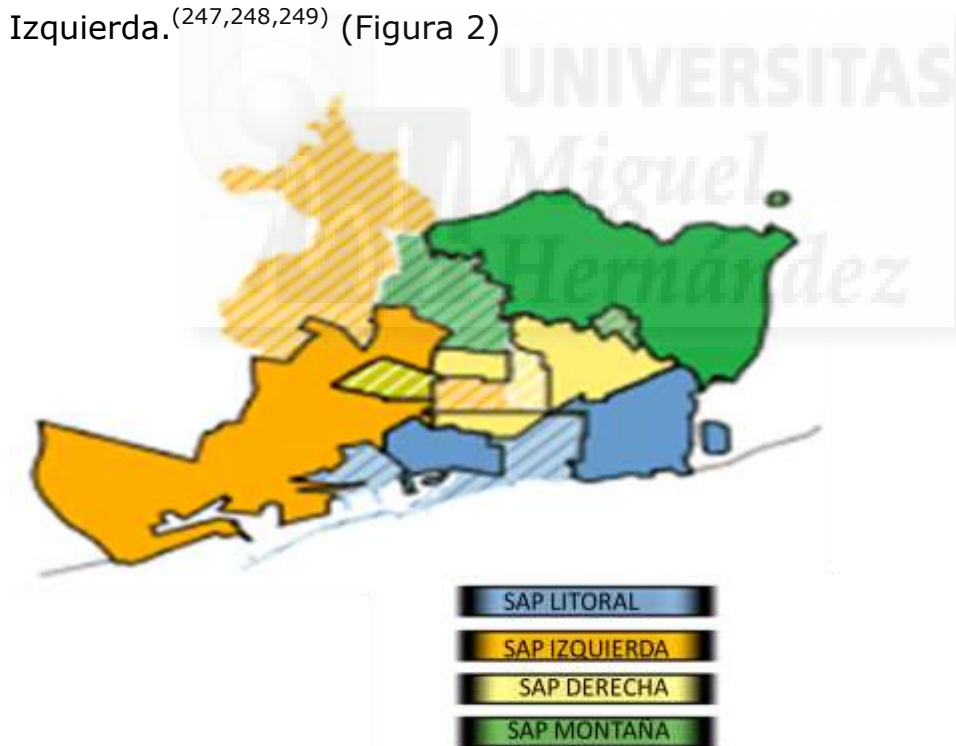
**Figura 1.**  
Distribución de gerencias del ICS  
Recuperado de [www.gencat.cat/ics](http://www.gencat.cat/ics) en marzo de 2012

Los centros, los servicios y los establecimientos sanitarios de atención primaria gestionados por el Instituto Catalán de la Salud se configuran en unidades productivas de provisión de servicios agrupadas en direcciones de Servicios de Atención Primaria.

Las Direcciones de Atención Primaria concentran los servicios de soporte en los ámbitos de recursos humanos, económico financiero, de infraestructuras y de sistemas.

Gracias al Decreto 53/2006, de 28 de marzo, el ICS contempla la posibilidad de otros modelos de estructura organizativa y de gestión.

La ciudad de Barcelona se organiza en cuatro Servicios de Atención Primaria (SAP); SAP Montaña, SAP Derecha, SAP Litoral y SAP Izquierda.<sup>(247,248,249)</sup> (Figura 2)



**Figura 2.**  
Distribución de SAPs Barcelona Ciudad  
Recuperado de [www.gencat.cat/ics](http://www.gencat.cat/ics) en marzo de 2012

El modelo organizativo de los Servicios de Atención Primaria impulsa la gestión asistencial del territorio, y tienen la flexibilidad necesaria para abordar las necesidades de todas las unidades asistenciales constituidas en su ámbito territorial para adaptarse a las diferentes realidades territoriales.

La adecuada prestación de los servicios sanitarios de la Atención Primaria de salud recomienda concentrar en los SAPs las funciones de ordenación y de dirección asistencial territorial e impulsar las áreas de enfermería y de atención al ciudadano.

Los SAP, están formados por un conjunto de Áreas Básicas de Salud (ABS), unidades territoriales elementales, que coordinan y dan soporte a la tarea diaria de los Centros de Atención Primaria (CAP), o centros de salud (CS), y unidades del territorio.

Los Centros de Atención Primaria, son la estructura física donde se desarrollan las actividades del Equipo de Atención Primaria (EAP).

Cada CAP está formado por uno o más equipos de atención primaria (EAP), conjunto de profesionales; facultativos, sanitarios y de soporte, que atienden a la ciudadanía en un núcleo determinado de población. Dirigen y desarrollan sus actividades de atención al conjunto de la población del ABS.

Ofrecen una atención integral, que incluirá la atención y la prevención de enfermedades, la educación en los hábitos saludables y la orientación en la atención social.

El equipo de profesionales se encuentra al servicio de la población y su trabajo cotidiano está basado en los elementos básicos que caracterizan la Atención Primaria: Integral-Integrada, Continuada-Permanente, Accesible-Activa, Comunitaria-Participativa, Programada-Evaluable, Docente-Investigadora, fundamentados en el trabajo en equipo.

Sus objetivos generales son facilitar la accesibilidad, facilitar la acogida y la información, ofrecer un buen trato y asegurar la continuidad de los servicios asistenciales aplicando los procesos de calidad asistencial.

Los EAP pueden tener el mismo nombre que el CAP o puede ser diferente.

Cuenta también distribuidos por los SAPs, con el SAP Soporte al Diagnóstico y al Tratamiento que organiza la actividad de los seis puntos responsables de pruebas diagnósticas de servicios de diagnóstico por la imagen, las dos unidades de laboratorio y las dos unidades de rehabilitación que el ICS tiene en la ciudad de Barcelona.

Y además, presenta también formando parte de los SAPs, la unidad territorial elemental de prestación de la atención continuada y urgente a la población, el denominado SAP Atención Continuada y Urgente Territorial (ACUT); que dispone de centros de urgencias de atención primaria (CUAP), que dan soporte a las demandas de asistencia sanitaria urgente como alternativa a los servicios hospitalarios. Están dotados con los profesionales y la tecnología necesaria para las urgencias de complejidad moderada, ofrecen asistencia médica los 365 días del año, las 24 horas del día.<sup>(250,251)</sup>

El CUAP presenta un área de influencia de entre 6 y 12 ABS, y cuentan con una capacidad de resolución de urgencias de los niveles III, IV y V de la escala canadiense.

Y de puntos de atención continuada; PAC I abiertos en horario de 20 a 24 horas de lunes a viernes, de 17 a 24 los sábados y de 08 a 24 horas los domingos y festivos y PAC II abiertos de lunes a viernes de 20 a 8 horas del día siguiente y las 24 horas los sábados, domingos y festivos.

Los PAC presentan un área de influencia de entre 1 y 6 ABS, y cuentan con una capacidad de resolución de urgencias de los niveles IV y V de la escala canadiense.

El SAP Montaña cuenta con 13 centros propios, que conforman 19 EAP. Entre ellos, hay seis que cuentan con la acreditación de docencia.

Además hay personal estatutario del ICS que presta servicios en dos centros de entidades ajenas.

También encontramos en este SAP; 1 CUAP, 2 PAC I y 5 PAC II, tres centros que prestan servicios de atención especializada, uno que presta servicio de PADES (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte), un servicio de diagnóstico por la imagen, uno de laboratorio y uno de rehabilitación.

El SAP Derecha cuenta con 6 centros propios, que conforman 11 EAP.

Entre ellos, hay dos que cuentan con la acreditación de docencia.

Además hay personal estatutario del ICS que presta servicios en tres centros de entidades ajenas.

También encontramos en este SAP; dos centros que prestan servicios de atención especializada y un servicio de diagnóstico por la imagen.

El SAP Izquierda cuenta con 7 centros propios, que conforman 15 EAP.

Entre ellos, hay uno que cuenta con la acreditación de docencia.

Además hay personal estatutario del ICS que presta servicios en tres centros de entidades ajenas.

También encontramos en este SAP; 1 CUAP y 2 PAC II, dos centros que prestan servicios de atención especializada, dos servicios de diagnóstico por la imagen y uno de laboratorio.

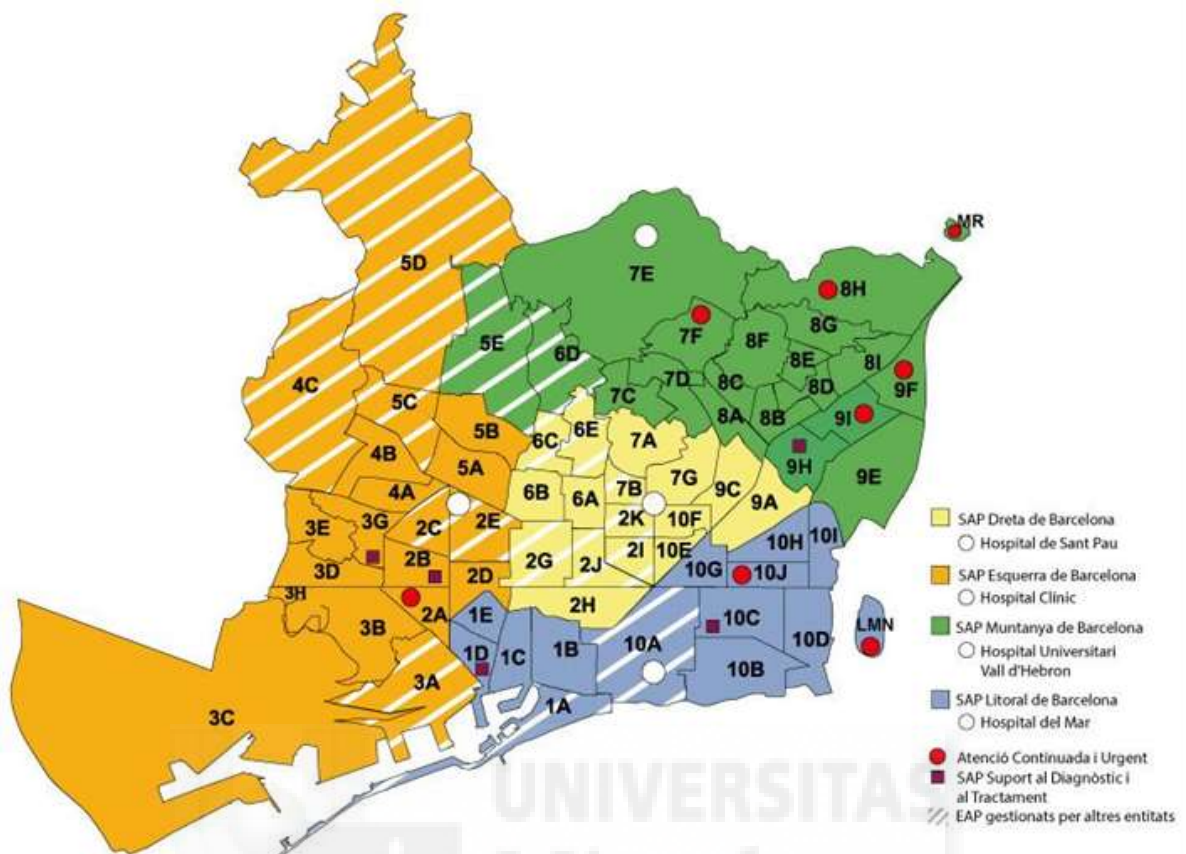
El SAP Litoral cuenta con 10 centros propios, que conforman 11 EAP.

Entre ellos, hay siete que cuentan con la acreditación de docencia.

Además hay personal estatutario del ICS que presta servicios en un centro de entidad ajena.

También encontramos en este SAP; 1 PAC I y 2 PAC II, dos centros que prestan servicios de atención especializada, dos servicios de diagnóstico por la imagen y uno de rehabilitación.





**Figura 3.**  
 Organización de Barcelona Ciudad  
 Recuperado de [www.gencat.cat/ics](http://www.gencat.cat/ics) en marzo de 2012

Todo el personal del ICS y, por tanto, del *Ámbito de Atención Primaria de Barcelona Ciudad* se rige por la Ley 7/2007, de 12 de abril, que aprueba el Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP),<sup>(252,253)</sup> la Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud, y por la normativa propia de cada tipo de personal.

La ordenación del personal estatutario del ICS se establece, en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos (PORH), en virtud del Pacto de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad sobre la ordenación y clasificación del personal estatutario del ICS, así como de su contenido funcional, de acuerdo a los criterios de ordenación unitaria de funciones, competencias y aptitudes profesionales, titulaciones y contenido específico.<sup>(254,255)</sup>

De acuerdo a estos criterios se establecen diferentes grupos, subgrupos y agrupaciones profesionales, así como las categorías profesionales, que conforman el sistema de clasificación profesional del personal estatutario del ICS.

El personal estatutario del ICS se clasifica según la función desarrollada, el nivel de titulación exigida para el ingreso y el tipo de nombramiento.

De acuerdo a la función desarrollada, el personal estatutario del ICS se clasifica en personal estatutario sanitario, que ostenta esta condición en virtud de un nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión o especialidad sanitaria, y en personal estatutario de gestión y servicios, que ostenta esta condición en virtud de un nombramiento para el ejercicio de profesiones u oficios que no tengan carácter sanitario.

La clasificación profesional del personal estatutario del ICS se estructura en base a los conceptos de áreas funcionales (área funcional sanitaria y área funcional de gestión y servicios), grupo profesional y categoría profesional.

Mediante el área funcional sanitaria y el área funcional de gestión y servicios se lleva a cabo la adscripción a diferentes categorías profesionales en los diversos grupos profesionales.

El grupo profesional agrupa, de forma unitaria, las aptitudes profesionales, las titulaciones y el contenido general de la prestación de servicios y puede incluir tanto áreas funcionales, diversas categorías profesionales, así como funciones distintas o especialidades profesionales.

La pertenencia a un grupo profesional capacita para la realización de todas las tareas y funciones propias de cada una de ellas sin más limitaciones que las derivadas de la exigencia de las titulaciones específicas y de los otros requisitos de carácter profesionales que puedan estar previstos, si es necesario, en sus normativas específicas.

La categoría profesional se define por la pertenencia a un grupo profesional y área funcional, y engloba las actividades propias de cada profesión, de acuerdo con la organización y ordenación de los procesos de trabajo.

Para determinar la pertenencia a un determinado grupo profesional se tendrá en consideración entre otros los siguientes factores: conocimientos, formación y experiencia, los cuales requerirán para su desarrollo, niveles diferentes de iniciativa, autonomía, responsabilidad, mando y complejidad.

Dentro del grupo profesional, el personal de enfermería, se incluye en el grupo profesional 2; ya que se incluye en este grupo aquel personal que realiza funciones consistentes en la realización de actividades complejas con objetivos definidos; tareas consistentes en establecer o desarrollar programas o aplicar técnicas siguiendo instrucciones generales; funciones de integrar, coordinar y supervisar la ejecución de tareas heterogéneas y puede tener también la responsabilidad de ordenar el trabajo de un conjunto de colaboradores.

El personal integrado en este grupo profesional, deberá disponer del título de diplomado universitario.

Y atendiendo a la categoría profesional, el personal de enfermería, se incluirá en la categoría profesional del área sanitaria, y en el grupo profesional 2. Diplomada Sanitaria.

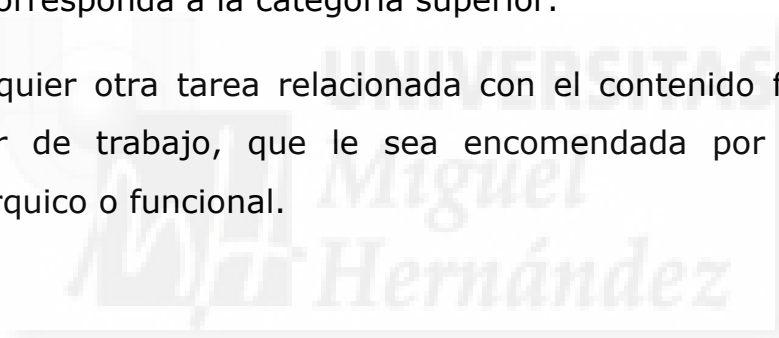
Para el acceso a esta categoría, se exigirá la posesión de uno de los títulos que se establece en el segundo punto del apartado grupos profesionales en concordancia con el artículo 7 de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.<sup>(256)</sup>

Son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel Diplomado las siguientes:

Para Enfermeros: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

Bajo la dirección de su jefe inmediato tendrá las funciones de:

- Realizar las tareas propias en la unidad de trabajo para las que esté habilitado por la titulación de acceso a su grupo profesional.
- Realizar tareas sanitarias, de estudio y propuestas, que se tengan que considerar en relación a su grupo profesional.
- Colaborar en las tareas sanitarias, de gestión, de inspección, de ejecución, de control o similares que no correspondan a tareas de nivel superior.
- Elaborar, recoger y tratar la información requerida por la unidad de trabajo donde presta servicios u otros departamentos y que no corresponda a la categoría superior.
- Cualquier otra tarea relacionada con el contenido funcional del lugar de trabajo, que le sea encomendada por su superior jerárquico o funcional.



El personal del Instituto Catalán de la Salud se agrupa además en categorías u otras agrupaciones profesionales en función del régimen jurídico de su vinculación y de las competencias, capacidades y conocimientos comunes acreditados en un proceso selectivo.

El personal que integrará el ICS será: Personal laboral, que se rige por la normativa básica laboral y por el convenio propio del sector sanitario en el que se incluye el Instituto Catalán de la Salud. Personal funcionario, que se rige por la normativa de la función pública propia de la Administración de la Generalidad <sup>(257)</sup>, Real Decreto Legislativo 781/1986, de 18 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes en materia de régimen local <sup>(258)</sup>. Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública.<sup>(259)</sup> El Decreto 56/2012,<sup>(260)</sup> de 29 de mayo, que establece la jornada y horarios de trabajo del personal funcionario al servicio de la Administración de la Generalitat de Catalunya . Decreto modificado por el Decreto 48/2014,<sup>(261)</sup> de 8 de abril.

Y personal estatutario de los servicios de salud, que constituye la muestra del estudio, que se rige por la Ley 55/2003,<sup>(262)</sup> de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, y por la normativa de desarrollo que apruebe la Generalidad.



# **JUSTIFICACIÓN**

## 4. JUSTIFICACIÓN

Debido a las dificultades del día a día asistencial de los profesionales de la enfermería a la hora de intentar o modificar un protocolo o guía de actuación, y la variabilidad existente a la hora de la puesta en práctica de las actuaciones diarias es interesante el cuestionamiento de la utilización de la evidencia científica por parte del colectivo enfermero.

Entre las limitaciones que presenta la aplicación de la evidencia científica en la práctica enfermera se encuentran principalmente la dificultad a la hora de utilizar las herramientas para encontrar por parte del colectivo la contestación a la pregunta clínica, de ahí que debamos plantear como profesionales la utilización de la respuesta científica en aquellas áreas que presenten más incertidumbre.

Existen impedimentos a la hora de aplicar los resultados en el cuidado diario del paciente, también en parte desde los mismos profesionales por la dificultad presentada a la hora de realizar cambios en la práctica clínica habitual, y si no modificamos lo que hemos hecho siempre, una vez leídos informes de investigación concluyentes, y gracias a la formación en investigación, comprendidos sus resultados, y valorados sus beneficios, y no conseguimos un apoyo desde la gestión así como la dotación de recursos bien sean humanos o materiales necesarios, no podremos favorecer la investigación que genere evidencia en la práctica enfermera.

Deberemos también superar las barreras financieras, promocionando y demostrando la eficacia de la aplicación de la evidencia científica en la calidad de los cuidados enfermeros.



El personal de enfermería debe velar por que la asistencia prestada sea efectiva, eficaz y eficiente. En resumen, aplicando el mejor de los cuidados, definiéndolo previamente para cada situación para que sea entendido por igual por todos los implicados: pacientes y profesionales, teniendo en cuenta; el juicio clínico, las habilidades de los profesionales sanitarios, la mejor evidencia científica disponible y la opinión de los pacientes/usuarios.

No obstante, debido a la gran distancia existente entre los cuidados que enfermería presta en su labor en el día a día asistencial y la investigación, se podría concluir que no ofrecemos a nuestros ciudadanos ni a la Comunidad en general, los cuidados de mayor calidad, ya que la excelencia en éstos se obtiene a partir de la investigación.

Para ello deberemos, en nuestra práctica diaria, apoyarnos en los resultados obtenidos de una investigación con nivel de evidencia y grado de recomendación, al igual que saber interpretar los resultados que ésta nos ofrece.

Así, en aras de la excelencia de los cuidados enfermeros, y para favorecer el avance de la profesión, deberemos potenciar como colectivo la Enfermería Basada en la Evidencia.

Por todo ello, se pretende mediante la aplicación del cuestionario (Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ) (Upton y Upton, 2006),<sup>(173)</sup> validado en versión española por Joan de Pedro Gómez,<sup>(182)</sup> (Cuestionario de Efectividad Clínica y Práctica Basada en la Evidencia (CPBE-19) (Anexo1)), sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería, determinar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales de enfermería, que prestan servicios asistenciales, como personal estatutario del ICS, en la Atención Primaria de Barcelona Ciudad, en la toma de decisiones basadas en la evidencia e identificar áreas de mejora, señalando mediante líneas estratégicas, las intervenciones necesarias para que, de manera acorde a los recursos disponibles, las barreras y las carencias detectadas, nos ayude a conseguir una realización de la práctica basada en la evidencia por parte del personal de Enfermería, logrando con ella aplicar los mejores cuidados, en el momento adecuado y de una forma correcta, demostrando así a la institución que se puede mejorar la atención en salud en beneficio del paciente.



# **HIPÓTESIS**

**Y**

# **OBJETIVOS**

## **5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **5.1. Hipótesis**

En la práctica diaria de la enfermería asistencial de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud de la gerencia territorial de Barcelona Ciudad, no se utiliza la evidencia científica.

### **5.2. Objetivo General**

Explorar la competencia del personal de enfermería en la aplicación práctica de la evidencia científica e identificar áreas de mejora en las que intervenir.

### **5.3. Objetivos Específicos**

1. Determinar la práctica del personal de enfermería en la aplicación práctica de la evidencia científica.
2. Determinar la actitud del personal de enfermería en la aplicación práctica de la evidencia científica.
3. Determinar los conocimientos y habilidades del personal de enfermería en la aplicación práctica de la evidencia científica.



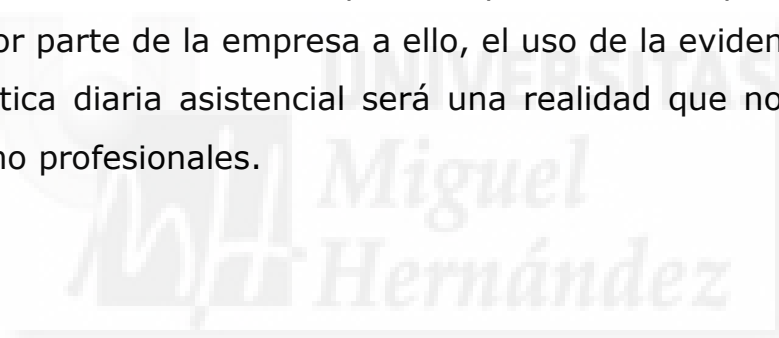
# **APLICABILIDAD**

## **6. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS DATOS**

Se pretende que el personal de enfermería aplique en los cuidados diarios los resultados obtenidos de la investigación en la práctica clínica diaria.

Si se conocen los problemas y limitaciones que generan su no uso, se podrá incidir y lograr una corrección obteniendo la aplicación de la mejor evidencia existente en nuestra labor asistencial. Del mismo modo, si se conocen las barreras, se podrán buscar las estrategias para implementar su uso.

Si el personal de enfermería conoce los resultados de investigación, los entiende, sabe utilizarlos, es capaz de aplicarlos en la práctica, y se le autoriza por parte de la empresa a ello, el uso de la evidencia científica en la práctica diaria asistencial será una realidad que nos ayudará a crecer como profesionales.





**MATERIAL**

**Y**

**MÉTODOS**

## **7. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **7.1. Tipo de diseño**

Diseño Observacional y tipo de Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. En el ámbito de la atención primaria en la población de Barcelona

Se basa en el estudio de la aplicación práctica de la evidencia (variable respuesta) analizando las barreras y limitaciones detectadas.

### **7.2. Muestreo del estudio**

#### **7.2.1 Población diana**

A la que se desea generalizar los resultados. Y que se encuentra formada por los profesionales de enfermería que componen la plantilla como personal estatutario de los centros y servicios de Atención Primaria de Barcelona Ciudad.

Dado que conocemos su número oficial, hablamos de una muestra finita, que en este caso son 1500.

#### **7.2.2 Población de estudio**

Aquella que cumple los criterios de selección de inclusión y accesibles para el investigador, es en este caso de 1328 personas, ya que es la formada por los profesionales de enfermería que realizan funciones asistenciales en Atención Primaria de Barcelona Ciudad como personal estatutario en centros y servicios del Instituto Catalán de la Salud.



### **7.2.3. Tamaño de la Muestra**

La población que finalmente participo en el estudio, en este caso fue de una N= 1171 personas, que constituyen el total de los profesionales de enfermería que trabaja realizando funciones asistenciales en los centros y servicios de Atención Primaria de Barcelona Ciudad como personal estatutario del Instituto Catalán de la Salud, y se encuentra presente el día que se pasa el cuestionario y hace entrega de él debidamente cumplimentado. Y cumplían los criterios de inclusión.

#### **Reclutamiento de la muestra:**

Partiendo de una N= 1328 personas que configuran la población de estudio. Y en relación al reclutamiento de los profesionales aplicando los criterios de inclusión observamos:

Que el absentismo del personal de enfermería en el momento de la realización de la encuesta era de un 7,09%, representado por 105 profesionales), la no recepción del cuestionario el día de la recogida, representa el 0,97%, constituido por 13 profesionales, la no entrega del cuestionario cumplimentado manifestando un rechazo a la colaboración, representa el 1,28%, constituido por 17 profesionales y aquellos profesionales que no cumplimentaron en su totalidad el cuestionario, que constituyen un 1,65% formado por 22 profesionales.

Por tanto la tasa de respuesta corresponde al 88% de la población de estudio.

#### **7.2.4. Criterios de inclusión**

Personal de enfermería que compone la plantilla de Atención Primaria de Barcelona Ciudad como personal estatutario en el Instituto Catalán de la Salud que realiza funciones de enfermería asistencial y que se encuentre presente el día que se haga entrega del cuestionario y quiera cumplimentarlo.

#### **7.2.5. Criterios de exclusión**

Personal de enfermería que presta servicios en centros de Atención Primaria de Barcelona Ciudad como personal no estatutario del Instituto Catalán de la Salud.

Personal de enfermería que presta servicios en Atención Primaria de Barcelona Ciudad sin contratación en el Instituto Catalán de la Salud.

Personal de enfermería que compone la plantilla de Atención Primaria de Barcelona Ciudad como personal estatutario en el Instituto Catalán de la Salud que no realice funciones de enfermería asistencial.

Personal de enfermería que presta servicios en Atención Primaria de Barcelona Ciudad como personal estatutario en el Instituto Catalán de la Salud pero que no esté presente el día que se pase el cuestionario.

Personal de enfermería que presta servicios en Atención Primaria de Barcelona Ciudad como personal estatutario en el Instituto Catalán de la Salud que no quiera cumplimentar el cuestionario.

### **7.3. Ámbito del estudio**

Centros y servicios adscritos a la Atención Primaria de Barcelona Ciudad en los que personal de enfermería estatuario del Instituto Catalán de la Salud presta sus servicios. ( Ver anexo 2)

### **7.4. Período del estudio**

De enero a diciembre del 2012.

### **7.5. Recogida de datos y variables de interés: definición**

Mediante la entrega y recogida personalmente del cuestionario a los profesionales de enfermería que cumplían los criterios de inclusión se estudia la práctica, actitud y conocimientos y habilidades del personal de enfermería en la aplicación práctica de la evidencia.

Y también con un Cuaderno de recogida de datos ad-Hoc,(Ver anexo 2) que consta de variables sociodemográficas, académicas y laborales, dichas variables eran categóricas de respuesta múltiple, y el cuestionario de efectividad clínica y práctica basado en la evidencia, CPBE 19, validado en España<sup>(182)</sup>, herramienta válida y fiable para medir la competencia en Práctica Clínica Basada en la Evidencia, que identifica la práctica, actitud y los conocimientos y habilidades, de los profesionales de enfermería del Instituto Catalán de la Salud, de Atención Primaria de Barcelona Ciudad, en la toma de decisiones basadas en la evidencia, ya que cuestiona acerca de la concepción del uso de la evidencia y las habilidades en investigación, y tecnologías de la información, así como las capacidades para su aplicación.

El cuestionario CPBE -19,(ver anexo 2) consta de 19 preguntas, de 7 posibles respuestas tipo Likert, englobadas en tres apartados; el primero valora, mediante respuestas múltiples categóricas, la integración de la PBE en la práctica clínica en la atención prestada a pacientes en el último año, mediante la respuesta a la utilización de alguna de las 6 cuestiones planteadas para responder a alguna posible laguna surgida en el conocimiento; **“Formulé una pregunta de búsqueda claramente definida, como el principio del proceso para cubrir esta laguna”, “Indagué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta”, “Evalué críticamente, mediante criterios explícitos, cualquier referencia bibliográfica hallada”, “Integré la evidencia encontrada con mi experiencia”, “Evalué los resultados de mi práctica” y “Compartí esta información con mis colegas”**. Las opciones de respuesta se corresponden en valores de 1 a 7.

Un segundo apartado que mide la actitud del profesional ante la PBE, y cuenta con tres preguntas en las que se deberá señalar la situación en que se encuentra el personal encuestado midiendo en una escala los enunciados equidistantes; **(“Me sienta mal que cuestionen mi práctica clínica”/ “Recibo de buen agrado preguntas sobre mi práctica”, “La práctica basada en la evidencia es una pérdida de tiempo”/“La práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica profesional. Y “Me aferro a métodos probados y fiables más que cambiar a cualquier cosa nueva”/ “He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencia al respecto.”)** Se valoran en una escala de 1 a 7.

El tercer apartado, cuenta con 10 cuestiones **(“Habilidades para la investigación”, “Habilidades con las tecnologías de la información”” Monitorización y revisión de habilidades prácticas” “Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación” “Estar al día en los principales**

**tipos de información y sus fuentes” “Conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes” “Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos” “Capacidad de determinar la validez del material encontrado” “Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicabilidad clínica)” “Capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos”.**) Valoran los conocimientos y habilidades en la integración de la PBE, en una escala de 1 a 7.

### **7.5.1 Variable dependiente**

Uso de la práctica basada en la evidencia.

Se define como la adaptación a la práctica profesional enfermera de los conocimientos generados por la investigación científica de calidad, incorporando la experiencia profesional, las demandas y valores de los pacientes/usuarios y los recursos existentes.

Se valora mediante los resultados obtenidos en las competencias de práctica clínica, actitud y conocimientos y habilidades abordados en el cuestionario CPBE -19, validado en España (ver anexo 2).

Se confirmará que el profesional realiza un buen uso de la práctica basada en la evidencia si se obtienen resultados de "5", "6" o "7", en las tres dimensiones evaluadas.

El cuestionario se compone de 3 dimensiones. La primera dimensión mide la integración de la PBE en la práctica clínica, se compone de 6 ítems (1-6). La segunda dimensión mide la actitud del profesional ante la PBE, se compone de 3 ítems (7-9). La tercera dimensión mide los conocimientos y habilidades en la integración de la PBE, tiene 10 ítems (10-19).

Para el análisis del cuestionario se ha tomado cada ítem como una variable cuantitativa, con valores entre 1 y 7. La puntuación de cada dimensión se construye como la suma de los ítems correspondientes.

Se han construido 4 variables respuesta: la primera para la puntuación de la dimensión 1 (Práctica) que tiene un posible rango de 6 a 42. La segunda para la dimensión 2 (Actitud) que tiene un posible rango de 3 a 21. La tercera para la dimensión 3 (Conocimientos/Habilidades) que tiene un posible rango de 10 a 70. La cuarta variable respuesta es la puntuación total del cuestionario, con un posible rango de 19 a 133. En las cuatro variables, valores altos indican mayor PBE.

Para poder comparar las puntuaciones de cada dimensión entre sí, se han estandarizado todas las puntuaciones a una escala de 0 a 100, siendo 100 el valor con mayor PBE.

### 7.5.2 Variables independientes (Tabla 4)

Tabla 4. Características de las variables independientes  
Elaboración propia

VARIABLE	CARACTERÍSTICAS
Edad	Cuantitativa Contínua De razón
Sexo	Cualitativa Dicotómica Nominal
Año de finalización de estudios de enfermería	Cuantitativa Contínua Ordinal
Nivel de formación reglada	Cualitativa Politómica Ordinal
Temática de Formación continuada realizada el último año	Cualitativa Politómica Nominal
Horas de formación continuada realizadas	Cuantitativa Contínua De razón
Modalidad de formación realizada el último año	Cualitativa Nominal
Nivel de inglés	Cualitativa Ordinal
Nivel de informática	Cualitativa Ordinal
Participación en eventos/ científicos el último año	Cualitativa Nominal
Papel sujeto en las presentaciones científicas	Cualitativa Nominal
Participación en estudios de investigación el último año	Cualitativa Nominal
Publicaciones el último año	Cualitativa Nominal
Lugar de las publicaciones el último año	Cualitativa Nominal
Docencia realizada el último año	Cualitativa Nominal
Años de profesión	Cuantitativa Contínua De razón
Años de antigüedad en el ICS como enfermera/o	Cuantitativa Contínua De razón

Forma de ocupación	Cualitativa Nominal
Plaza ocupada	Cualitativa Nominal
Horario de trabajo	Cualitativa Nominal
Formulación de preguntas	Cualitativa Ordinal
Indagación en evidencia	Cualitativa Ordinal
Evaluación crítica	Cualitativa Ordinal
Integración de evidencia	Cualitativa Ordinal
Evaluación de resultados en práctica	Cualitativa Ordinal
Compartir información con compañeros	Cualitativa Ordinal
Habilidades en investigación	Cualitativa Ordinal
Habilidades en tecnología de la información	Cualitativa Ordinal
Monitorización y revisión de habilidades prácticas	Cualitativa Ordinal
Conversión de necesidades en pregunta de investigación	Cualitativa Ordinal
Actualización en información	Cualitativa Ordinal
Conocimientos de recuperación de evidencia	Cualitativa Ordinal
Capacidad de autoanálisis crítico de evidencia	Cualitativa Ordinal
Capacidad de determinar la validez del material encontrado	Cualitativa Ordinal
Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado	Cualitativa Ordinal
Capacidad para aplicar los hallazgos a la práctica concreta	Cualitativa Ordinal



## 7.6. Operacionalización de las variables

### 7.6.1. Sociodemográficas

\*\* Sexo (Tabla 5)

**Definición operacional** Características fenotípicas.

Tabla 5. Operacionalización de la variable sexo  
Elaboración propia

VALOR	CÓDIGO
Hombre	1
Mujer	2

\*\* Edad / Fecha de Nacimiento

**Definición operacional** Edad cronológica representada en años cumplidos desde la fecha de nacimiento.

### 7.6.2. Académicas

\*\* Nivel de formación reglada (Tabla 6)

**Definición conceptual:** Se consideran estudios reglados los que pertenecen al sistema oficial de enseñanza o tienen algún reconocimiento oficial (por parte del Ministerio de Educación o de las Universidades), estando regulados oficialmente los requisitos académicos para acceder a ellos, su duración y sus programas, de forma que el título se obtiene con unas enseñanzas definidas, estables y comunes en lo fundamental, para todo tipo de centros que impartan esos estudios.

Tabla 6. Operacionalización de la variable nivel de formación reglada  
Elaboración propia

VALOR	CÓDIGO
Diplomatura	1
Postgrado	2
Master	3
Licenciatura	4
Doctorado	5

\*\* Nivel de ingles (Tabla 7)

**Definición operacional** Conocimiento de la lengua según lo establecido en el Marco común europeo de referencia para medir el nivel de comprensión y expresión orales y escritas en una lengua.

Tabla 7. Operacionalización de la variable nivel de ingles  
Elaboración propia

VALOR	CÓDIGO
Nulo	1
A	A
B	B
C	C

\*\* Nivel de conocimientos informáticos (Tabla 8)

**Definición operacional** Conocimiento medido mediante la escala: Nulo, usuario, usuario avanzado, profesional y experto.

Tabla 8. Operacionalización de la variable nivel de conocimientos informáticos  
Elaboración propia

VALOR	CÓDIGO
Nulo	1
Usuario	2
Usuario avanzado	3
Profesional	4
Experto	5

\*\* Formación continuada (Tabla 9)

**Definición operacional:** Cursos realizados el último año clasificados por temática y teniendo en cuenta su modalidad de realización bien sea on line, a distancia o presencial y su duración en horas agrupadas en tres categorías: Menos de 100 horas, entre 100 y 200 horas y más de 200 horas.

Tabla 9. Operacionalización de las variables nivel de formación reglada, modalidad y horas

Elaboración propia

VALOR	CÓDIGO
Asistencial	a
Investigación	b
Idiomas	c
Desarrollo profesional	d
Ética	e
Dirección	f
Tecnologías de la información	g
Calidad	h
Salud laboral	i
Presencial	P
A distancia	D
On line	OL
Menos de 100 horas	1
Entre 100 y 200 horas	2
Más de 200 horas	3

\*\* Participación en eventos científicos (Tabla 10)

**Definición operacional** Calidad de participación en eventos científicos según las categorías de: Asistente, Comunicación Oral, Comunicación Poster, Ponente Mesa, Moderador, Comité Científico, Comité Organizador, teniendo en cuenta el papel sujeto en las presentaciones según las categorías de autor principal, coautor, defensa de poster o presentador de comunicación oral.

Tabla 10. Operacionalización de la variable participación en eventos científicos

Elaboración propia

VALOR	CÓDIGO
Asistente	1
Comunicación Oral	2
Comunicación Poster	3
Ponente Mesa	4
Moderador	5
Comité Científico	6
Comité Organizador	7
Autor Principal	a
Coautor	b
Defensa de poster	c
Presentación de comunicación	

\*\* Participación en Estudios de investigación (Tabla 11)

**Definición operacional:** Calidad de participación en estudios de investigación según las categorías de: Investigador Principal, Investigador Colaborador y Participante.

Tabla 11. Operacionalización de la variable  
participación en estudios de investigación  
Elaboración propia

VALOR	CÓDIGO
Investigador Principal	1
Investigador Colaborador	2
Participante	3



\*\* Publicaciones realizadas el último año (Tabla 12)

**Definición operacional:** Texto publicado según las categorías de: Carta al Director en revista científica, Documento de sociedad científica, Artículo de revisión, Artículo original Capítulo de libro. Y los medios de publicación según las categorías de: Revista nacional, Revista internacional, Revista online y Libro.

Tabla 12. Operacionalización de la variable publicaciones  
Elaboración propia

VALOR	CÓDIGO
Carta al Director en revista científica	1
Documento de sociedad científica	2
Artículo de revisión	3
Artículo original	4
Capítulo de libro	5
Revista nacional	a
Revista internacional	b
Revista online	c
Libro	d

\*\* Docencia realizada el último año (Tabla 13)

**Definición operacional:** Docencia realizada el último año clasificada por tipo de actividad y teniendo en cuenta el personal a quien va dirigida.

Tabla 13. Operacionalización de la variable docencia  
Elaboración propia

VALOR	CÓDIGO
Colaboración en prácticas	1
Curso	2
Tema de curso	3
Seminario	4
Taller	5
Sesión Clínica	6
Profesor asociado	7
Estudiante de enfermería	a
Auxiliar de enfermería	b
Personal no sanitario	c
Enfermería	d
EAP	e



### 7.6.3. Laborales

\*\* Años de profesión

**Definición operacional:** Tiempo representado en años cumplidos que ha ejercido la profesión de enfermera.

\*\* Antigüedad como enfermera/o en el ICS

**Definición operacional:** Tiempo representado en años cumplidos que ha ejercido en el ICS la profesión de enfermera.



\*\* Forma de ocupación (Tabla 14)

**Definición operacional:** Relación contractual suscrita entre el profesional de enfermería y la entidad contratante, según lo establecido en la bolsa de contratación o en el Régimen de Carrera.

Tabla 14. Operacionalización de la variable relación contractual  
Elaboración propia

VALOR	CÓDIGO		DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Definitiva / Fijo	ON	Fijo	El profesional ocupa una plaza de propiedad
Interinidad por vacante	I	Interino	El profesional ocupa una plaza sin propietario, es decir ,vacante, en categoría de interino
Interinidad por ausencia	IA	Interino	El profesional ocupa una plaza con propietario, en categoría de interino
Sustitución Directa	SD	Interino	El profesional ocupa la misma plaza que el propietario o interino que no presta servicios en ella, en categoría de interino
Sustitución temporal	S	Eventual Temporal	El profesional ocupa una plaza con o sin propietario, en categoría de interino sustituto
Eventual	E	Eventual Temporal	El profesional ocupa una plaza no estructural, a jornada completa en categoría de interino
Refuerzo	RF	Eventual Temporal	El profesional ocupa una plaza , estructural o no, a jornada parcial en categoría de interino
Comisión de servicios	CS	Fijo	El profesional , que ha de ser propietario, ocupa una plaza con propietario o vacante, en categoría de propietario
Categoría superior 9/90	LC	Fijo	El profesional, que ha de ser propietario, ocupa una plaza con propietario o vacante, en categoría de interino
En Funciones	EF	En funciones	El profesional ocupa una plaza designada por convocatoria interna en categoría de propietario o interino
Reingreso Provisional	OP	Fijo	El profesional, que ha de ser propietario, ocupa una plaza con propietario o vacante, en categoría de propietario

\*\* Plaza Ocupada (Tabla 15)

**Definición operacional:** Unidad productiva en la que el profesional presta servicios.

Tabla 15. Operacionalización de la variable plaza ocupada  
Elaboración propia

VALOR	CÓDIGO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
EAP (A)	EAP	Equipo de Atención Primaria Adultos
CAP II	CAP II	Atención Especializada
ACUT	ACUT	Atención Continuada Urgencia Territorial
Pediatría	LP	Pediatría
Dirección	D	Director/a – Adjunto/a
Servicio Especial	SE	Rayos X , Laboratorio, Enfermedades de transmisión sexual, Enfermedades tropicales, Tuberculosis, Salud Laboral, Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte(PADES), Atención a la salud sexual y reproductiva(ASSIR), Salud mental, drogodependencias, Mozos de escuadra
Zona	Z	Personal de contingente y cupo
Otros	O	Gestión de casos, entidades ajenas, enfermería de enlace, enfermería domiciliaria

\*\* Horario de trabajo (Tabla 16)

**Definición operacional:** Horario en el que el profesional presta sus servicios.

Tabla 16. Operacionalización de la variable horario  
Elaboración propia

VALOR	CÓDIGO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Mañana	1	Únicamente de Mañana
Tarde	2	Únicamente de Tarde
Noche	3	Únicamente de Noche
Deslizante	4	Combinación de mañana y tarde
Mixto	5	Combinación de día y noche

### **7.7. Estrategia y descripción de la búsqueda bibliográfica**

La búsqueda bibliográfica ha sido realizada en la base de datos Medline/PubMed, con las palabras clave:

- ✓ Enfermería de Atención Primaria; Primary care nursing.
- ✓ Evidencia científica; Scientific evidence.
- ✓ Enfermería basada en la evidencia; Nursery based on evidence.
- ✓ EBPQ

Y con los descriptores o Mesh:

- ✓ Attitude of Health Personnel
- ✓ Evidence-Based Nursing\*/methods
- ✓ Evidence-Based Nursing\*/organization & Administration
- ✓ Health Knowledge, Attitudes, Practice\*

Se ha utilizado el truncamiento nurs\* y AND como operador booleano entre los términos. Y se ha acotado la búsqueda a los 5 últimos años.

### **7.8. Análisis estadístico de los datos**

Se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables, calculando número y porcentaje para las cualitativas, y valores mínimo, máximo, medio y desviación estándar para las cuantitativas.

Se ha comparado las puntuaciones medias de cada dimensión, así como la puntuación total media del cuestionario en cada variable explicativa mediante el test no paramétrico U de Mann-Whiney o el test Kuskal-Wallis, según sea el caso, al no cumplirse normalidad de ninguna de las dimensiones.

Para ajustar un modelo multivariante a cada dimensión con el objeto de detectar asociaciones de variables explicativas que puedan explicar la mayor o menor puntuación, se ha optado por categorizar las dimensiones y la puntuación total en variables dicotómicas, al no cumplir ninguna de las variables el requisito de normalidad ni homocedasticidad para poder ajustar modelos lineales.

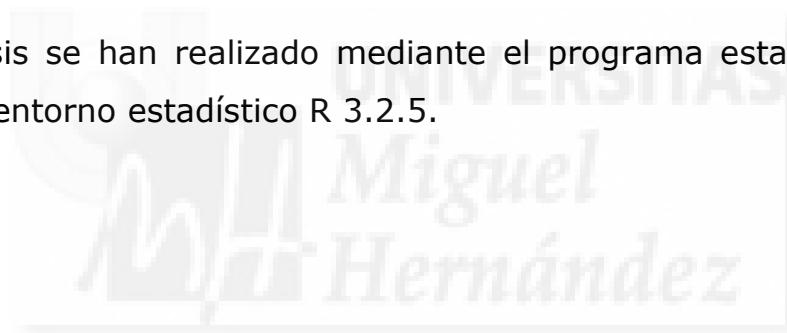
Se propone categorizar las variables para aplicar modelos logísticos multivariantes. El punto de corte para cada variable será el percentil 25 (P25), de forma que las nuevas variables toman el valor 1 si la variable es menor o igual al P15, y 0 si es mayor que P25.

De esta forma, se ajustaran modelos logísticos que expliquen la ocurrencia de que la variable tome valores menores o iguales que el P25, o sea, se identificará a las variables explicativas que se asocian con un peor resultado de la aplicación de la evidencia científica en cada

dimensión del cuestionario, y de esta forma identificar las áreas de mejora en las que intervenir, según el objetivo general de este trabajo.

Mediante estos modelos logísticos multivariantes se estiman Odds Ratios (OR) de asociación de cada variable explicativa con el peor resultado de cada dimensión, así como intervalos de confianza al 95% (IC 95%). También se muestran indicadores de bondad de ajuste del modelo e indicadores predictivos con el área y la curva ROC correspondiente.

Los análisis se han realizado mediante el programa estadístico SPSS v.18 y el entorno estadístico R 3.2.5.









# RESULTADOS

## 8. RESULTADOS

### 8.1. ANÁLISIS UNIVARIANTE

Se han analizado un total de 1171 sujetos, de los cuales el 89,9% eran mujeres. La edad media fue de 51,2 años con un rango entre 25 y 65 años. La antigüedad media fue de 20,3 años (entre 0 y 44 años), los años de profesión medios fueron de 26,1 años (entre 1 y 46 años), y los años medios desde que terminaron la carrera fue de 30,1 años (entre 2 y 47 años). El tipo de plaza más frecuente fue EAP con el 58,3%, seguido de CAP II con el 10,5%. La modalidad más frecuente fueron los fijos con el 55,6%, seguido de los interinos con el 38,2%.(Ver tablas 17 y 18).

Tabla 17. Descriptivos para las variables explicativas cuantitativas

	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
<b>Edad</b>	1171	25,0	65,0	51,2	10,2
<b>Antigüedad</b>	1171	0,0	44,0	20,3	11,9
<b>Años de Profesión</b>	1171	1,0	46,0	26,1	11,3
<b>Años desde fin de carrera</b>	1171	2,0	47,0	30,1	11,2

Tabla 18. Número y frecuencia de las variables explicativas sociodemográficas

		n	%
<b>Sexo</b>	Hombre	118	10,1%
	Mujer	1053	89,9%
<b>Edad</b>	< 35 años	94	8,0%
	35-44 años	239	20,4%
	45-54 años	255	21,8%
	55-65 años	583	49,8%
<b>Antigüedad</b>	< 5 años	115	9,8%
	5-9 años	188	16,1%
	10-19 años	264	22,5%
	20-29 años	256	21,9%
	>= 30 años	348	29,7%
<b>Años de Profesión</b>	< 5 años	23	2,0%
	5-9 años	76	6,5%
	10-19 años	263	22,5%
	20-29 años	271	23,1%
	>= 30 años	538	45,9%
<b>Años desde fin de carrera</b>	< 10 años	41	3,5
	10-19 años	247	21,1
	20-29 años	159	13,6
	>= 30 años	724	61,8
<b>Turno</b>	Mañana	364	31,1%
	Tarde	186	15,9%
	Noche	0	0,0%
	Deslizante	597	51,0%
	Mixto	24	2,0%
<b>Plaza ocupada</b>	EAP	683	58,3%
	CAP II	123	10,5%
	Servicio Especial	100	8,5%
	Pediatría	94	8,0%
	Dirección	49	4,2%
	Zona	31	2,6%
	ACUT	41	3,5%
	Otros	50	4,3%
<b>Modalidad</b>	Fijo	651	55,6%
	Interino	447	38,2%
	Eventual-temporal	48	4,1%
	En funciones	25	2,1%

Tabla 19. Número y frecuencia de las variables explicativas de formación

		n	%
Inglés	A	25	9,5%
	B	185	70,3%
	C	53	20,2%
Informática	Nulo	254	21,7%
	Usuario	634	54,1%
	Avanzado	177	15,1%
	Profesional-experto	106	9,1%
Formación académica	Diplomado	256	43,2%
	Licenciado	37	6,2%
	Postgrado-master-doctorado	300	50,6%
Asistencial	No	648	55,3%
	Si	523	44,7%
Investigación	No	966	82,5%
	Si	205	17,5%
Idioma	No	959	81,9%
	Si	212	18,1%
Desarrollo	No	935	79,8%
	Si	236	20,2%
Ética	No	1115	95,2%
	Si	56	4,8%
Dirección	No	1074	91,7%
	Si	97	8,3%
TIC	No	917	78,3%
	Si	254	21,7%
Calidad	No	995	85,0%
	Si	176	15,0%
Salud Laboral	No	422	36,0%
	Si	749	64,0%
Horas	Ninguna	112	9,6%
	< 100h	420	35,9%
	100-200h	351	30,0%
	>= 200h	288	24,6%
Online	No	395	33,7%
	Si	776	66,3%
Presencial	No	565	48,2%
	Si	606	51,8%
Distancia	No	1020	87,1%
	Si	151	12,9%

Tabla 20. Número y frecuencia de las variables explicativas sobre docencia

		n	%
<b>Curso Enfermería</b>	No	1122	95,8%
	Si	49	4,2%
<b>Curso Personal sanitario</b>	No	1167	99,7%
	Si	4	0,3%
<b>Curso personal no sanitario</b>	No	1167	99,7%
	Si	4	0,3%
<b>Taller Personal sanitario</b>	No	1149	98,1%
	Si	22	1,9%
<b>Taller Personal no sanitario</b>	No	1156	98,7%
	Si	15	1,3%
<b>Taller Estudiantes de enfermería</b>	No	1138	97,2%
	Si	33	2,8%
<b>Taller Enfermería</b>	No	1099	93,9%
	Si	72	6,1%
<b>Tema Curso de Enfermería</b>	No	1107	94,5%
	Si	64	5,5%
<b>Tema Curso personal Sanitario</b>	No	1171	100,0%
	Si	0	0,0%
<b>Tema Curso personal no sanitario</b>	No	1171	100,0%
	Si	0	0,0%
<b>Taller para EAP</b>	No	1129	96,4%
	Si	42	3,6%
<b>Profesor Asociado</b>	No	1166	99,6%
	Si	5	0,4%
<b>Seminario para Estudiantes de enfermería</b>	No	1165	99,5%
	Si	6	0,5%
<b>Sesiones de Enfermería</b>	No	815	69,6%
	Si	356	30,4%
<b>Sesiones personal sanitarios</b>	No	1159	99,0%
	Si	12	1,0%
<b>Sesiones para el EAP</b>	No	1135	96,9%
	Si	36	3,1%
<b>Sesiones para personal no sanitario</b>	No	1158	98,9%
	Si	13	1,1%
<b>Colaborador en prácticas de Enfermería</b>	No	912	77,9%
	Si	259	22,1%

Tabla 21. Número y frecuencia de las variables explicativas sobre participación en eventos científicos

		n	%
<b>Asistente</b>	No	1005	85,8%
	Si	166	14,2%
<b>Poster</b>	No	983	83,9%
	Si	188	16,1%
<b>Comunicación</b>	No	1056	90,2%
	Si	115	9,8%
<b>Ponente</b>	No	1153	98,5%
	Si	18	1,5%
<b>Moderador</b>	No	1167	99,7%
	Si	4	,3%
<b>Comité Científico</b>	No	1153	98,5%
	Si	18	1,5%
<b>Comité Organizador</b>	No	1136	97,0%
	Si	35	3,0%
<b>Investigador Principal</b>	No	1095	93,5%
	Si	76	6,5%
<b>Investigador Colaborador</b>	No	1014	86,6%
	Si	157	13,4%
<b>Participante</b>	No	1162	99,2%
	Si	9	,8%
<b>Defensa Poster</b>	No	983	83,9%
	Si	188	16,1%
<b>Autor</b>	No	1135	96,9%
	Si	36	3,1%
<b>Coautor</b>	No	993	84,8%
	Si	178	15,2%
<b>Presentación Comunicación</b>	No	1056	90,2%
	Si	115	9,8%
<b>Autor</b>	No	1143	97,6%
	Si	28	2,4%
<b>Coautor</b>	No	1063	90,8%
	Si	108	9,2%
<b>Carta Director</b>	No	1160	99,1%
	Si	11	,9%
<b>Sociedad Científica</b>	No	1132	96,7%
	Si	39	3,3%
<b>Artículo de Revisión</b>	No	1169	99,8%
	Si	2	,2%
<b>Artículo Original</b>	No	1126	96,2%
	Si	45	3,8%
<b>Capítulo de libro</b>	No	1150	98,2%
	Si	21	1,8%
<b>Revista Nacional</b>	No	1126	96,2%
	Si	45	3,8%
<b>Revista Internacional</b>	No	1168	99,7%
	Si	3	,3%
<b>Revista online</b>	No	1161	99,1%
	Si	10	,9%
<b>Libro</b>	No	1150	98,2%
	Si	21	1,8%

Tabla 22. Valor medio e intervalo de confianza al 95% (IC 95%) para cada ítem del cuestionario CPBE-19

		Media	IC 95%
<b>Práctica</b>	P1. Formulé una pregunta de búsqueda claramente definida, como el principio del proceso para cubrir esta laguna	1,78	(1,73-1,83)
	P2. Indagué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta	1,78	(1,73-1,83)
	P3. Evalué críticamente, estableciendo criterios, cualquier referencia bibliográfica hallada	1,00	(1,00-1,00)
	P4. Integré la evidencia encontrada a mi experiencia	1,02	(1,01-1,03)
	P5. Evalué los resultados tras aplicar la evidencia hallada a mi práctica	1,00	(1,00-1,00)
	P6. Compartí esta información con mis colegas	1,33	(1,28-1,37)
<b>Actitud</b>	P7. Recibo de buen agrado que cuestionen mis intervenciones en el curso de mi práctica clínica	3,33	(3,29-3,36)
	P8. El conocimiento que aporta la evidencia es fundamental para la práctica profesional	1,91	(1,85-1,96)
	P9. He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencias al respecto	3,02	(2,97-3,08)
<b>Conocimientos</b>	P10. Habilidades para la investigación	1,34	(1,29-1,39)
<b>Habilidades</b>	P11. Habilidades con las tecnologías de la información	1,37	(1,33-1,42)
	P12. Monitorización y revisión de habilidades prácticas	1,64	(1,58-1,70)
	P13. Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación	1,85	(1,78-1,92)
	P14. Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes documentales	2,38	(2,32-2,44)
	P15. Conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes	1,34	(1,31-1,38)
	P16. Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos	1,13	(1,11-1,16)
	P17. Capacidad de determinar la validez del material encontrado	1,06	(1,04-1,08)
	P18. Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicabilidad clínica)	1,28	(1,24-1,33)
	P19. Capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos	1,28	(1,24-1,32)

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

Se observa en la tabla 22 que los valores son muy bajos y los únicos más altos están relacionados con la dimensión Actitud en la P7 (Recibo de buen agrado que cuestionen mis intervenciones en el curso de mi práctica clínica) y P9 (He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencias al respecto) con unos resultados medios de 3,3 y 3,02 respectivamente.



Figura 4. Valor medio e intervalo de confianza al 95% para cada ítem del cuestionario CPBE-19.



- Se observa en la figura 4, donde la línea vertical indica el valor medio del rango 1 a 7, que los 4 puntos (punto medio de la escala 1-7) no se alcanzan en ninguna de las preguntas del cuestionario.

- Para la **dimensión de práctica** (ítems de 1-6), las preguntas que peor se comportan son la **3** (Evalué críticamente, estableciendo criterios, cualquier referencia bibliográfica hallada), la **4** (Integré la evidencia encontrada a mi experiencia) y la **5** (Evalué los resultados tras aplicar la evidencia hallada a mi práctica). (Ver tabla 22)

- Para la **dimensión de actitud** (ítems 7-9), la pregunta que peor se comporta es la **8** (El conocimiento que aporta la evidencia es fundamental para la práctica profesional. (Ver tabla 22)

- Para la **dimensión de conocimientos/habilidades** (ítems 10-19), las preguntas que peor se comportan son la **16** (Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos) y la **17** (Capacidad de determinar la validez del material encontrado). (Ver tabla 22)

- De todo el cuestionario, las preguntas con mayor puntuación media son la **7** (Recibo de buen agrado que cuestionen mis intervenciones en el curso de mi práctica clínica), la **9** (He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencias al respecto) y la **14** (Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes documentales), aunque ninguna alcanza el punto medio de 4. (Ver tabla 22).

Tabla 23. Descriptivos de cada dimensión y de la puntuación total originales del cuestionario CPBE-19

<b>Puntuaciones originales</b>	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Dimensión práctica</b>	1171	6,00	18,00	7,91	(7,78-8,04)
<b>Dimensión actitud</b>	1171	6,00	19,00	8,26	(7,15-8,38)
<b>Dimensión conocimientos/habilidades</b>	1171	10,00	47,00	14,68	(14,31-15,07)
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	1171	22,00	77,00	30,84	(30,24-31,49)

Tabla 24. Descriptivos de cada dimensión y de la puntuación total estandarizadas a la escala 0-100 del cuestionario CPBE-19

<b>Puntuaciones estandarizadas 0-100</b>	<b>n</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Media</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Dimensión práctica</b>	1171	0,0	33,3	5,3	(4,9-5,6)
<b>Dimensión actitud</b>	1171	16,7	88,9	29,2	(28,5-29,8)
<b>Dimensión conocimientos/habilidades</b>	1171	0,0	61,7	7,7	(7,2-8,4)
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	1171	2,6	50,9	10,39	(9,86-10,95)

- En ninguna dimensión la puntuación media alcanza el punto medio de 50 puntos.
- De las tres dimensiones, la de actitud es la que mayor puntuación media recibe (29,2), seguido de la de conocimientos y habilidades (7,7) y por último la práctica (5,3). (Ver tabla 24).
- La puntuación total media estandarizada (sobre 100) es de 10,39 con un IC 95% de (9,86-10,95). (Ver tabla 24).



## 8.2. ANÁLISIS BIVARIANTE

### DIMENSIÓN DE PRÁCTICA

Tabla 25. Descriptivos de la dimensión 'práctica' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas sociodemográficas. Test de Kuskall-Wallis.

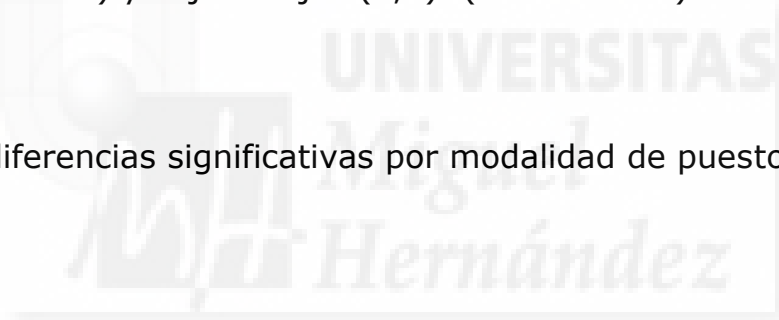
		n	Min	Max	Media	DE	p-valor
<b>Sexo</b>	Hombre	118	0,0	30,6	3,8	5,2	0,009*
	Mujer	1053	0,0	33,3	5,5	6,5	
<b>Edad</b>	< 35 años	94	0,0	30,6	6,5	7,9	0,008*
	35-44 años	239	0,0	33,3	6,6	7,6	
	45-54 años	255	0,0	33,3	5,6	6,6	
	55-65 años	583	0,0	33,3	4,5	5,3	
<b>Antigüedad</b>	< 5 años	115	0,0	30,6	5,0	6,4	0,009*
	5-9 años	188	0,0	33,3	7,4	8,2	
	10-19 años	264	0,0	33,3	5,3	6,7	
	20-29 años	256	0,0	33,3	4,7	5,8	
	>= 30 años	348	0,0	33,3	4,7	5,2	
<b>Años de Profesión</b>	< 5 años	23	0,0	16,7	4,1	5,6	0,023*
	5-9 años	76	0,0	30,6	6,7	7,7	
	10-19 años	263	0,0	33,3	6,6	7,6	
	20-29 años	271	0,0	33,3	5,2	6,5	
	>= 30 años	538	0,0	33,3	4,6	5,4	
<b>Años desde fin de la carrera</b>	< 10 años	41	0,0	27,8	5,5	6,9	0,009*
	10-19 años	247	0,0	33,3	6,9	7,9	
	20-29 años	159	0,0	33,3	5,8	7,1	
	>= 30 años	724	0,0	33,3	4,6	5,5	
<b>Turno</b>	Mañana	364	0,0	27,8	3,6	5,5	<0,001*
	Tarde	186	0,0	33,3	3,7	6,3	
	Deslizante	597	0,0	33,3	7,0	6,6	
	Mixto	24	0,0	16,7	1,7	4,8	
<b>Plaza ocupada</b>	EAP	683	0,0	33,3	6,7	6,5	<0,001*
	CAP II	123	0,0	16,7	0,4	2,2	
	Servicio Especial	100	0,0	33,3	2,6	7,0	
	Pediatría	94	0,0	22,2	6,2	5,6	
	Dirección	49	0,0	30,6	7,5	7,4	
	Zona	31	0,0	8,3	4,6	2,6	
	ACUT	41	0,0	16,7	1,7	4,6	
	Otros	50	0,0	22,2	3,1	5,7	
<b>Modalidad</b>	Fijo	651	0,0	33,3	5,0	6,0	0,382
	Interino	447	0,0	33,3	5,6	7,1	
	Eventual-temporal	48	0,0	27,8	5,2	6,2	
	En funciones	25	0,0	16,7	7,0	6,0	

DE: desviación estándar

Tabla 25. Continuación

		n	Mín.	Máx	Media	DE	p-valor
<b>Inglés</b>	A	25	6,0	14,0	8,8	2,5	0,671
	B	185	6,0	18,0	8,6	2,9	
	C	53	6,0	18,0	8,7	3,4	
<b>Informática</b>	Nulo	254	6,0	18,0	7,7	1,8	0,105
	Usuario	634	6,0	18,0	7,8	2,2	
	Avanzado	177	6,0	18,0	8,4	2,8	
	Profesional experto	106	6,0	18,0	8,2	2,8	
<b>Formación académica</b>	Diplomado	256	6,0	18,0	7,3	2,0	<0,001*
	Licenciado	37	6,0	12,0	7,4	1,5	
	Postgrado- master doctorado	300	6,0	18,0	9,3	3,2	
<b>Asistencial</b>	No	648	6,0	18,0	7,4	1,6	<0,001*
	Si	523	6,0	18,0	8,5	2,9	
<b>Investigación</b>	No	966	6,0	18,0	7,9	2,2	0,915
	Si	205	6,0	18,0	8,0	2,6	
<b>Idioma</b>	No	959	6,0	18,0	7,8	2,2	0,004*
	Si	212	6,0	18,0	8,4	2,8	
<b>Desarrollo profesional</b>	No	935	6,0	18,0	7,9	2,3	0,477
	Si	236	6,0	18,0	7,9	2,4	
<b>Ética</b>	No	1115	6,0	18,0	7,9	2,3	0,674
	Si	56	6,0	14,0	8,1	2,4	
<b>Dirección</b>	No	1074	6,0	18,0	7,8	2,2	0,025*
	Si	97	6,0	18,0	8,7	3,0	
<b>Tecnologías de la información</b>	No	917	6,0	18,0	7,9	2,3	0,217
	Si	254	6,0	18,0	8,0	2,3	
<b>Calidad</b>	No	995	6,0	18,0	7,9	2,3	0,346
	Si	176	6,0	18,0	8,1	2,5	
<b>Salud Laboral</b>	No	422	6,0	18,0	7,7	2,0	0,040*
	Si	749	6,0	18,0	8,0	2,5	
<b>Horas</b>	Ninguna	112	6,0	16,0	7,4	1,6	0,171
	< 100	420	6,0	18,0	7,7	1,9	
	100-200	351	6,0	18,0	8,2	2,6	
	>= 200	288	6,0	18,0	8,1	2,7	
<b>Online</b>	No	395	6,0	18,0	7,7	2,0	0,108
	Si	776	6,0	18,0	8,0	2,4	
<b>Presencial</b>	No	565	6,0	18,0	7,4	1,7	<0,001*
	Si	606	6,0	18,0	8,3	2,7	
<b>Distancia</b>	No	1020	6,0	18,0	7,9	2,2	0,346
	Si	151	6,0	18,0	8,3	2,9	

- De las variables sociodemográficas, las que se asocian con la dimensión de práctica son el sexo, la edad, la antigüedad, los años de profesión, los años de finalización de carrera, el turno de trabajo y la plaza ocupada. (Ver tabla 25)
- Las menores puntuaciones medias de la dimensión de práctica aparecen en hombres (3,8), en sujetos de mayor edad (4,5), sujetos con mayor antigüedad (4,7), sujetos con pocos o muchos años de profesión (4,1 y 4,6 respectivamente), sujetos con pocos o muchos años desde fin de carrera (5,5 y 4,6 respectivamente), sujetos con turnos mixtos (1,7), sujetos con plaza en CAP II o ACUT (0,4 y 1,7 respectivamente) y sujetos fijos (5,0). (Ver tabla 25)
- No hay diferencias significativas por modalidad de puesto de trabajo.



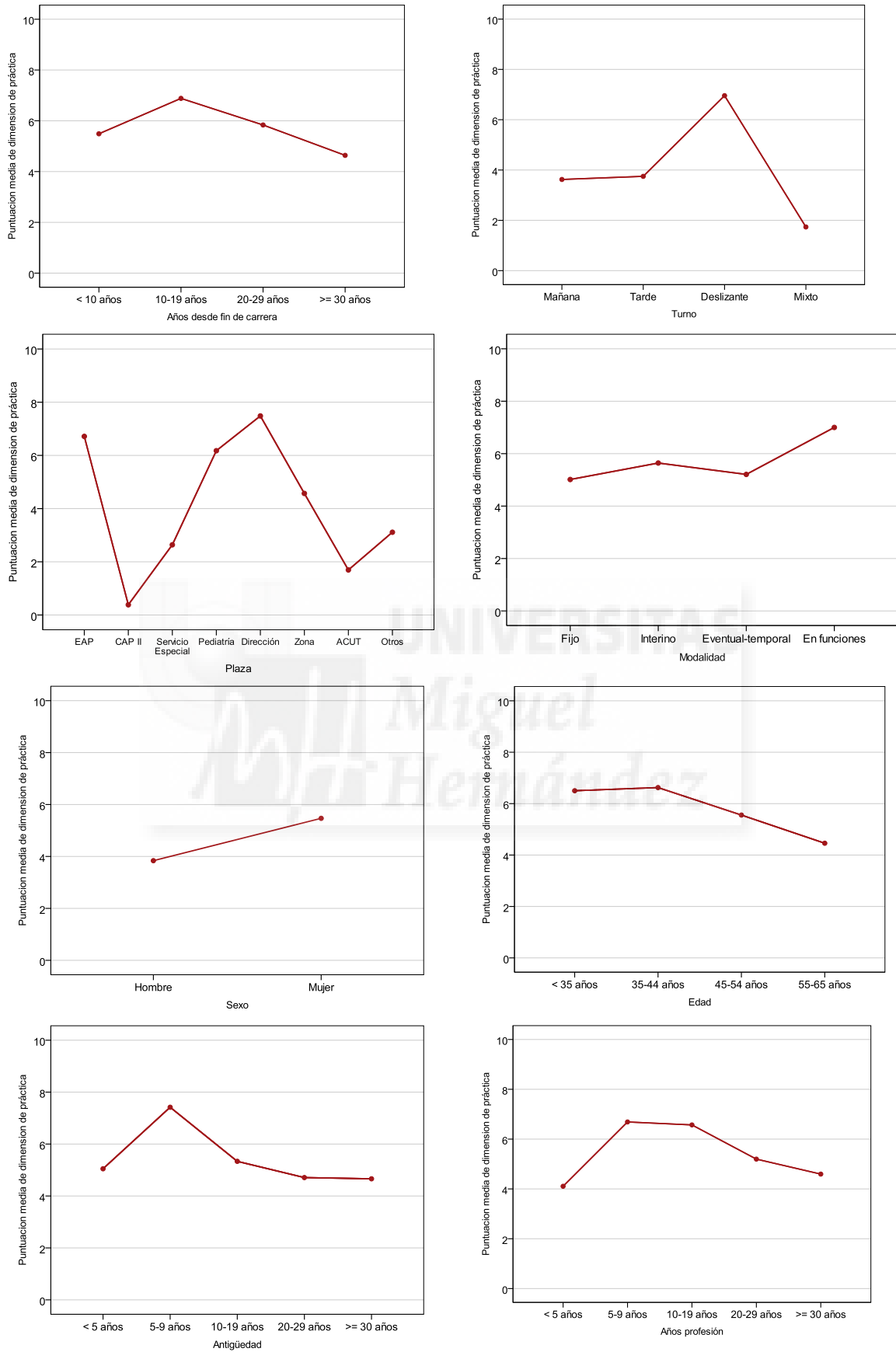


Figura 5. Valores medios de la dimensión 'práctica' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas sociodemográficas

Tabla 26. Descriptivos de la dimensión 'práctica' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas de docencia. Test U de Mann-Whitney

		n	Min	Max	Media	DE	p-valor
<b>Curso Enfermería</b>	No	1122	0,0	33,3	5,2	6,3	0,019*
	Si	49	0,0	33,3	8,2	8,9	
<b>Curso personal sanitario</b>	No	1167	0,0	33,3	5,3	6,3	0,036*
	Si	4	0,0	33,3	19,4	14,0	
<b>Curso personal no sanitario</b>	No	1167	0,0	33,3	5,2	6,3	0,004*
	Si	4	5,6	33,3	22,9	12,5	
<b>Taller personal sanitario</b>	No	1149	0,0	33,3	5,3	6,3	0,826
	Si	22	0,0	33,3	7,8	11,6	
<b>Taller personal no sanitario</b>	No	1156	0,0	33,3	5,2	6,3	0,323
	Si	15	0,0	33,3	10,0	12,4	
<b>Taller Estudiantes de enfermería</b>	No	1138	0,0	33,3	5,3	6,4	0,269
	Si	33	0,0	22,2	5,3	8,0	
<b>Taller personal de Enfermería</b>	No	1099	0,0	33,3	5,0	6,1	<0,001*
	Si	72	0,0	33,3	9,3	9,4	
<b>Tema Curso para Enfermería</b>	No	1107	0,0	33,3	5,0	6,1	<0,001*
	Si	64	0,0	33,3	10,0	9,5	
<b>Tema Curso Personal Sanitario</b>	No	1171	0,0	33,3	5,3	6,4	-
	Si	0	-	-	-	-	
<b>Tema Curso personal no sanitario</b>	No	1171	0,0	33,3	5,3	6,4	-
	Si	0	-	-	-	-	
<b>Taller para el EAP</b>	No	1129	0,0	33,3	5,2	6,4	0,003*
	Si	42	0,0	27,8	7,5	6,5	
<b>Profesor Asociado</b>	No	1166	0,0	33,3	5,3	6,4	0,219
	Si	5	0,0	22,2	11,7	11,2	
<b>Seminario para Estudiantes de enfermería</b>	No	1165	0,0	33,3	5,3	6,4	0,078
	Si	6	0,0	22,2	13,0	10,9	
<b>Sesión para Enfermería</b>	No	815	0,0	33,3	4,6	6,0	<0,001*
	Si	356	0,0	33,3	6,9	7,0	
<b>Sesión para personal sanitario</b>	No	1159	0,0	33,3	5,3	6,4	0,019*
	Si	12	0,0	16,7	7,9	5,3	
<b>Sesión para el EAP</b>	No	1135	0,0	33,3	5,2	6,4	0,024*
	Si	36	0,0	33,3	7,6	8,1	
<b>Sesión personal no sanitario</b>	No	1158	0,0	33,3	5,3	6,4	0,112
	Si	13	0,0	30,6	8,1	8,4	
<b>Colaborador en prácticas de Enfermería</b>	No	912	6,0	18,0	7,6	2,1	<0,001*
	Si	259	6,0	18,0	8,9	2,8	



- Los profesionales que han realizado como docentes cursos para enfermería, cursos para personal sanitario, cursos para personal no sanitario, talleres para enfermería, temas de cursos de enfermería, talleres para el EAP, sesiones para enfermería, sesiones para personal sanitario y sesiones para el EAP presentan mayores puntuaciones medias significativas de la dimensión de práctica. Siendo la mayor media para la docencia realizada en cursos para personal no sanitario con un 22,9. (Ver tabla 26).
- No hay diferencias significativas en la docencia realizada en talleres para personal sanitario, talleres para personal no sanitario, talleres para estudiantes, como profesor asociado, realizada en seminarios para estudiantes de enfermería y la realizada en sesiones para personal no sanitario. (Ver tabla 26).

Tabla 27. Descriptivos de la dimensión 'practica' estandarizada en cada nivel de participación en eventos científicos y publicaciones. Test de Kuskall-Wallis

		n	Mín	Máx	Media	DE	p-valor
<b>Asistente</b>	No	1005	6,0	18,0	7,6	1,9	<0,001*
	Si	166	6,0	18,0	9,7	3,4	
<b>Poster</b>	No	983	6,0	18,0	7,6	1,9	<0,001*
	Si	188	6,0	18,0	9,6	3,4	
<b>Comunicación</b>	No	1056	6,0	18,0	7,6	1,9	<0,001*
	Si	115	6,0	18,0	10,4	3,9	
<b>Ponente</b>	No	1153	6,0	18,0	7,9	2,3	<0,001*
	Si	18	6,0	14,0	10,6	2,6	
<b>Moderador</b>	No	1167	6,0	18,0	7,9	2,3	0,218
	Si	4	6,0	14,0	9,8	3,5	
<b>Comité Científico</b>	No	1153	6,0	18,0	7,9	2,3	0,098
	Si	18	6,0	16,0	8,9	2,9	
<b>Comité Organizador</b>	No	1136	6,0	18,0	7,9	2,2	<0,001*
	Si	35	6,0	18,0	9,7	3,5	
<b>Investigador Principal</b>	No	1095	6,0	18,0	7,7	2,0	<0,001*
	Si	76	6,0	18,0	10,6	4,4	
<b>Investigador Colaborador</b>	No	1014	6,0	18,0	7,7	2,2	<0,001*
	Si	157	6,0	18,0	9,2	2,8	
<b>Participante</b>	No	1162	6,0	18,0	7,9	2,3	0,250
	Si	9	6,0	14,0	8,9	2,8	
<b>Defensa Poster</b>	No	983	6,0	18,0	7,6	1,9	<0,001*
	Si	188	6,0	18,0	9,6	3,4	
<b>Autor</b>	No	1135	6,0	18,0	7,9	2,3	0,054
	Si	36	6,0	18,0	9,1	3,2	
<b>Coautor</b>	No	993	6,0	18,0	7,6	1,9	<0,001*
	Si	178	6,0	18,0	9,7	3,4	
<b>Presentación Comunicación</b>	No	1056	6,0	18,0	7,6	1,9	<0,001*
	Si	115	6,0	18,0	10,4	3,9	
<b>Autor</b>	No	1143	6,0	18,0	7,9	2,3	0,015*
	Si	28	6,0	16,0	9,6	3,4	
<b>Coautor</b>	No	1063	6,0	18,0	7,7	1,9	<0,001*
	Si	108	6,0	18,0	10,4	3,9	
<b>Carta Director</b>	No	1160	6,0	18,0	7,9	2,3	0,080
	Si	11	6,0	12,0	8,6	1,7	
<b>Sociedad Científica</b>	No	1132	6,0	18,0	7,8	2,2	<0,001*
	Si	39	6,0	18,0	10,7	3,7	
<b>Artículo Revisión</b>	No	1169	6,0	18,0	7,9	2,3	0,036*
	Si	2	11,0	11,0	11,0	,0	
<b>Artículo Original</b>	No	1126	6,0	18,0	7,8	2,2	<0,001*
	Si	45	6,0	18,0	10,3	3,6	
<b>Capítulo de libro</b>	No	1150	6,0	18,0	7,9	2,3	0,010*
	Si	21	6,0	14,0	9,2	2,8	
<b>Revista Nacional</b>	No	1126	6,0	18,0	7,8	2,2	<0,001*
	Si	45	6,0	18,0	10,3	3,6	
<b>Revista Internacional</b>	No	1168	6,0	18,0	7,9	2,3	0,056
	Si	3	8,0	11,0	10,0	1,7	
<b>Revista online</b>	No	1161	6,0	18,0	7,9	2,3	<0,001*
	Si	10	8,0	18,0	12,7	3,5	
<b>Libro</b>	No	1150	6,0	18,0	7,9	2,3	0,010*
	Si	21	6,0	14,0	9,2	2,8	

## DIMENSIÓN DE ACTITUD

Tabla 28. Descriptivos de la dimensión 'actitud' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas sociodemográficas. Test de Kuskall-Wallis

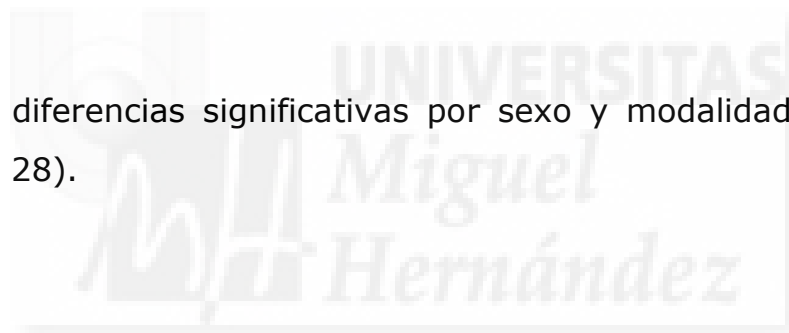
		n	Min	Max	Media	DE	p-valor
<b>Sexo</b>	Hombre	118	16,7	88,9	27,6	9,9	0,269
	Mujer	1053	16,7	88,9	29,4	12,0	
<b>Edad</b>	< 35 años	94	16,7	77,8	30,6	13,0	0,001*
	35-44 años	239	16,7	77,8	31,5	13,6	
	45-54 años	255	16,7	88,9	30,0	13,1	
	55-65 años	583	16,7	83,3	27,7	9,9	
<b>Antigüedad</b>	< 5 años	115	16,7	77,8	28,2	10,4	0,004*
	5-9 años	188	16,7	77,8	32,4	14,1	
	10-19 años	264	16,7	88,9	30,4	13,8	
	20-29 años	256	16,7	88,9	28,1	11,0	
	>= 30 años	348	16,7	83,3	27,8	9,2	
<b>Años de Profesión</b>	< 5 años	23	16,7	50,0	27,5	9,2	0,010*
	5-9 años	76	16,7	77,8	30,3	12,4	
	10-19 años	263	16,7	77,8	31,4	13,6	
	20-29 años	271	16,7	88,9	29,5	12,9	
	>= 30 años	538	16,7	88,9	27,9	10,1	
<b>Años desde fin de la carrera</b>	< 10 años	41	16,7	72,2	29,9	11,1	0,012*
	10-19 años	247	16,7	77,8	31,4	14,0	
	20-29 años	159	16,7	88,9	30,4	13,6	
	>= 30 años	724	16,7	88,9	28,2	10,5	
<b>Turno</b>	Mañana	364	16,7	83,3	26,7	9,8	<0,001*
	Tarde	186	16,7	77,8	26,6	11,4	
	Deslizante	597	16,7	88,9	31,7	12,4	
	Mixto	24	16,7	88,9	26,9	15,6	
<b>Plaza ocupada</b>	EAP	683	16,7	88,9	31,3	12,3	<0,001*
	CAP II	123	16,7	50,0	21,8	5,9	
	Servicio Especial	100	16,7	83,3	26,0	12,8	
	Pediatría	94	16,7	55,6	30,0	9,3	
	Dirección	49	16,7	77,8	32,9	12,2	
	Zona	31	16,7	33,3	28,7	3,2	
	ACUT	41	16,7	88,9	25,6	13,8	
	Otros	50	16,7	55,6	24,3	9,2	
<b>Modalidad</b>	Fijo	651	16,7	88,9	28,8	11,2	0,241
	Interino	447	16,7	88,9	29,8	12,9	
	Eventual-temporal	48	16,7	72,2	28,4	10,1	
	En funciones	25	16,7	55,6	31,6	10,2	

DE: desviación estándar

Tabla 28. Continuación

		n	Mín	Máx	Media	DE	p-valor
<b>Inglés</b>	A	25	16,7	88,9	36,7	18,0	0,270
	B	185	16,7	83,3	32,1	13,9	
	C	53	16,7	77,8	31,4	16,0	
<b>Informática</b>	Nulo	254	16,7	77,8	27,7	8,8	0,029*
	Usuario	634	16,7	88,9	28,8	11,7	
	Avanzado	177	16,7	77,8	31,6	13,7	
	Profesional-experto	106	16,7	83,3	31,7	14,5	
<b>Formación académica</b>	Diplomado	256	16,7	83,3	26,4	10,2	<0,001*
	Licenciado	37	16,7	38,9	26,7	6,0	
	Postgrado-master-doctorado	300	16,7	88,9	36,0	16,5	
<b>Asistencial</b>	No	648	16,7	83,3	26,7	8,5	<0,001*
	Si	523	16,7	88,9	32,3	14,4	
<b>Investigación</b>	No	966	16,7	88,9	29,0	11,4	0,574
	Si	205	16,7	88,9	30,4	13,7	
<b>Idioma</b>	No	959	16,7	88,9	28,5	10,9	0,002*
	Si	212	16,7	88,9	32,3	15,0	
<b>Desarrollo profesional</b>	No	935	16,7	88,9	29,3	12,1	0,698
	Si	236	16,7	77,8	29,1	10,7	
<b>Ética</b>	No	1115	16,7	88,9	29,1	11,8	0,150
	Si	56	16,7	88,9	30,9	11,9	
<b>Dirección</b>	No	1074	16,7	88,9	28,9	11,3	0,024*
	Si	97	16,7	88,9	33,3	15,8	
<b>Tecnologías de la información</b>	No	917	16,7	83,3	28,8	11,3	0,048*
	Si	254	16,7	88,9	30,8	13,4	
<b>Calidad</b>	No	995	16,7	88,9	29,0	11,7	0,155
	Si	176	16,7	88,9	30,4	12,5	
<b>Salud Laboral</b>	No	422	16,7	88,9	27,9	10,8	0,008*
	Si	749	16,7	88,9	30,0	12,3	
<b>Horas</b>	Ninguna	112	16,7	66,7	25,2	7,8	0,002*
	< 100	420	16,7	83,3	28,0	9,4	
	100-200	351	16,7	88,9	30,6	13,5	
	>= 200	288	16,7	88,9	30,8	13,6	
<b>Online</b>	No	395	16,7	88,9	27,8	10,4	0,019*
	Si	776	16,7	88,9	29,9	12,4	
<b>Presencial</b>	No	565	16,7	83,3	26,6	8,6	<0,001*
	Si	606	16,7	88,9	31,6	13,8	
<b>Distancia</b>	No	1020	16,7	88,9	29,0	11,4	0,285
	Si	151	16,7	88,9	31,0	14,1	

- De las variables sociodemográficas, las que se asocian con la dimensión de actitud son la edad, antigüedad, años de profesión, años desde fin de carrera, turno y plaza ocupada. (Ver tabla 28).
- Las menores puntuaciones medias de la dimensión de práctica aparecen en sujetos de mayor edad (27,7), sujetos con una antigüedad entre 20 y 29 años (28,1), sujetos con pocos o muchos años de profesión (27,5 y 27,9 respectivamente), sujetos con muchos años desde la finalización de la carrera (28,2), sujetos con turno de tarde (26,6), sujetos que ocupan una plaza en CAP II y sujetos eventuales- temporales (28,4). (21,8). (Ver tabla 28).
- No hay diferencias significativas por sexo y modalidad de trabajo. (Ver tabla 28).



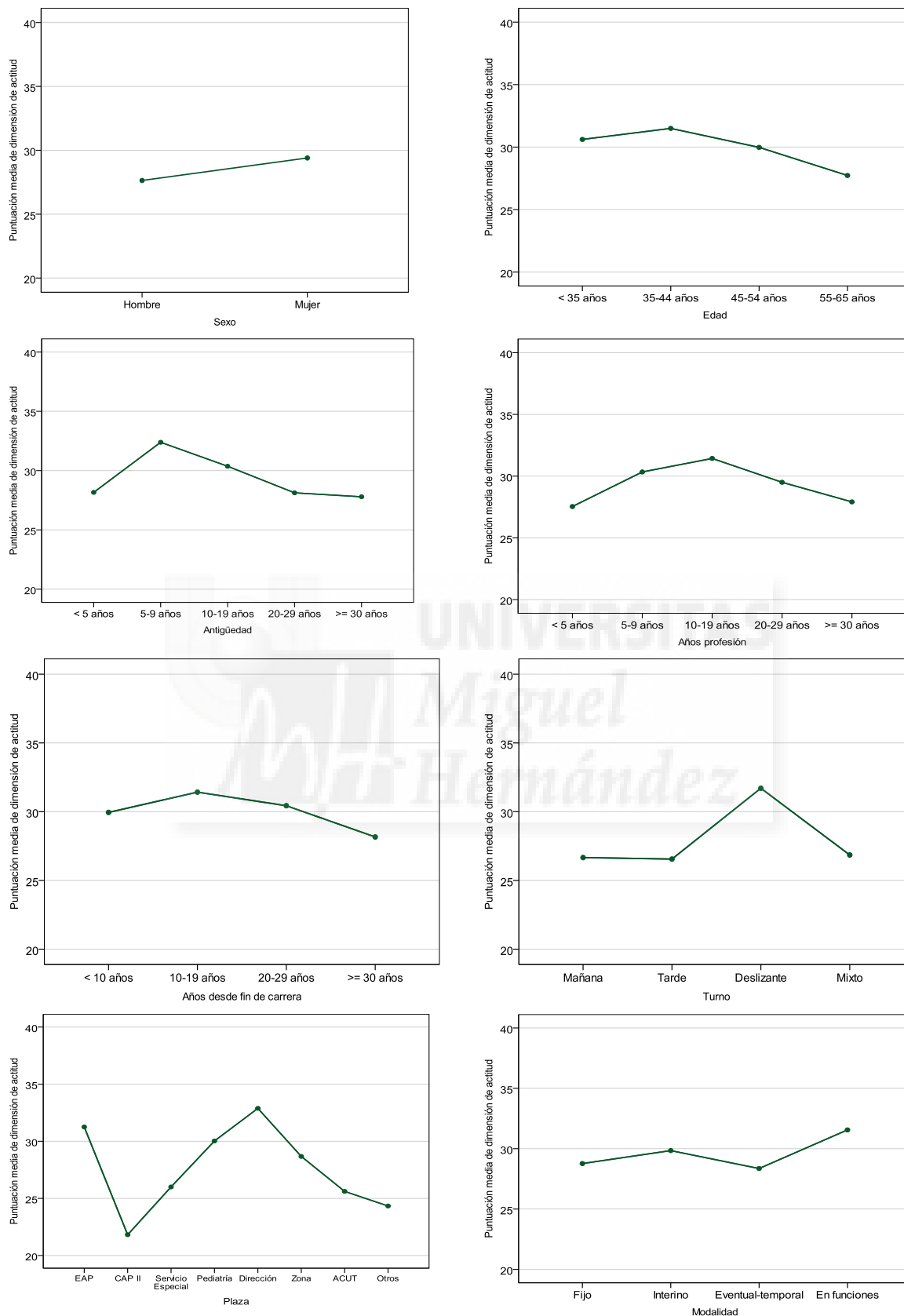


Figura 6. Valores medios de la dimensión 'actitud' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas sociodemográfica

Tabla 29. Descriptivos de la dimensión 'actitud' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas de docencia. Test U de Mann-Whitney

		n	Min	Max	Media	DE	p-valor
Curso Enfermería	No	1122	16,7	88,9	29,0	11,6	0,049*
	Si	49	16,7	77,8	33,8	15,8	
Curso personal sanitario	No	1167	16,7	88,9	29,2	11,7	0,090
	Si	4	16,7	77,8	47,2	25,1	
Curso personal no sanitario	No	1167	16,7	88,9	29,1	11,7	0,012*
	Si	4	27,8	77,8	56,9	25,0	
Taller personal sanitario	No	1149	16,7	88,9	29,2	11,6	0,682
	Si	22	16,7	77,8	32,8	20,8	
Taller personal no sanitario	No	1156	16,7	88,9	29,1	11,6	0,615
	Si	15	16,7	77,8	36,7	23,6	
Taller Estudiantes de enfermería	No	1138	16,7	88,9	29,2	11,8	0,825
	Si	33	16,7	55,6	30,5	12,4	
Taller personal de Enfermería	No	1099	16,7	88,9	28,8	11,5	0,001*
	Si	72	16,7	77,8	34,9	15,0	
Tema Curso de Enfermería	No	1107	16,7	88,9	28,6	11,1	<0,001*
	Si	64	16,7	83,3	39,4	17,8	
Tema Curso personal sanitario	No	1171	16,7	88,9	29,2	11,8	-
	Si	0	-	-	-	-	
Tema Curso personal no sanitario	No	1171	16,7	88,9	29,2	11,8	-
	Si	0	-	-	-	-	
Taller para el EAP	No	1129	16,7	88,9	29,1	11,8	0,008*
	Si	42	16,7	77,8	32,5	11,9	
Profesor Asociado	No	1166	16,7	88,9	29,2	11,8	0,153
	Si	5	16,7	55,6	37,8	15,4	
Seminario para Estudiantes de enfermería	No	1165	16,7	88,9	29,2	11,8	0,212
	Si	6	16,7	50,0	35,2	14,8	
Sesión de Enfermería	No	815	16,7	83,3	27,8	10,7	<0,001*
	Si	356	16,7	88,9	32,5	13,5	
Sesión personal sanitario	No	1159	16,7	88,9	29,2	11,9	0,075
	Si	12	22,2	50,0	31,5	6,8	
Sesión para el EAP	No	1135	16,7	88,9	29,1	11,7	0,014*
	Si	36	16,7	77,8	34,6	15,7	
Sesión personal no sanitario	No	1158	16,7	88,9	29,1	11,8	0,073
	Si	13	22,2	77,8	35,5	15,0	
Colaborador de prácticas de Enfermería	No	912	16,7	88,9	28,1	11,0	<0,001*
	Si	259	16,7	83,3	33,1	13,8	

- Los profesionales que han realizado docencia en cursos de enfermería, cursos para personal sanitario, talleres de enfermería, temas para cursos de enfermería, talleres para el EAP, sesiones de enfermería y sesiones para el EAP presentan mayores puntuaciones medias significativas de la dimensión de actitud. Siendo la mayor media para la docencia realizada en cursos para personal no sanitario con un 56,9. (Ver tabla 29).

- No hay diferencias significativas en la realización de docencia de cursos para personal sanitario, talleres para personal sanitario, talleres para personal no sanitario, talleres para estudiantes de enfermería, como profesor asociado, seminarios para estudiantes, seminarios para personal sanitario y sesiones para personal no sanitario. (Ver tabla 29).

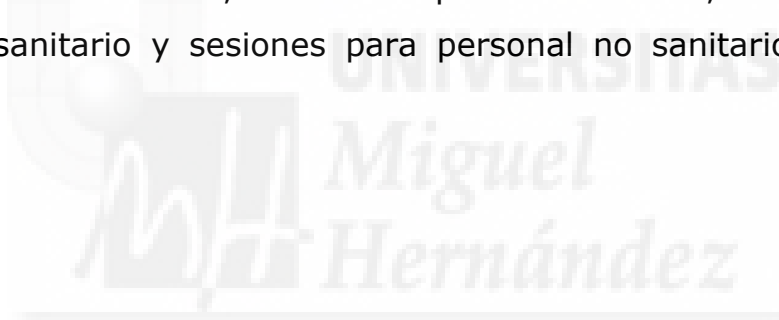




Tabla 30. Descriptivos de la dimensión 'actitud' estandarizada en cada nivel de participación en eventos científicos y publicaciones. Test de Kuskall-Wallis

		n	Mín	Máx	Media	DE	p-valor
Asistente	No	1005	16,7	88,9	27,6	9,6	<0,001*
	Si	166	16,7	88,9	38,9	17,9	
Poster	No	983	16,7	88,9	27,5	9,5	<0,001*
	Si	188	16,7	88,9	38,1	17,6	
Comunicación	No	1056	16,7	88,9	27,7	9,4	<0,001*
	Si	115	16,7	88,9	42,9	20,2	
Ponente	No	1153	16,7	88,9	29,1	11,8	0,001*
	Si	18	16,7	55,6	38,9	12,6	
Moderador	No	1167	16,7	88,9	29,2	11,8	0,290
	Si	4	22,2	50,0	36,1	13,2	
Comité Científico	No	1153	16,7	88,9	29,1	11,8	0,002*
	Si	18	16,7	61,1	36,4	12,2	
Comité Organizador	No	1136	16,7	88,9	28,9	11,5	<0,001*
	Si	35	22,2	88,9	39,0	17,8	
Investigador Principal	No	1095	16,7	88,9	28,2	10,1	<0,001*
	Si	76	16,7	88,9	43,3	22,3	
Investigador Colaborador	No	1014	16,7	88,9	28,2	10,9	<0,001*
	Si	157	16,7	88,9	35,7	15,3	
Participante	No	1162	16,7	88,9	29,1	11,6	0,032*
	Si	9	16,7	83,3	43,8	23,6	
Defensa Poster	No	983	16,7	88,9	27,5	9,5	<0,001*
	Si	188	16,7	88,9	38,1	17,6	
Autor	No	1135	16,7	88,9	29,0	11,4	0,018*
	Si	36	16,7	88,9	36,9	20,0	
Coautor	No	993	16,7	88,9	27,7	9,8	<0,001*
	Si	178	16,7	88,9	37,9	17,1	
Comunicación	No	1056	16,7	88,9	27,7	9,4	<0,001*
	Si	115	16,7	88,9	42,9	20,2	
Autor	No	1143	16,7	88,9	29,0	11,5	0,013*
	Si	28	16,7	83,3	37,9	19,2	
Coautor	No	1063	16,7	88,9	27,9	9,7	<0,001*
	Si	108	16,7	88,9	42,5	20,0	
Carta Director	No	1160	16,7	88,9	29,2	11,8	0,076
	Si	11	16,7	83,3	34,3	17,0	
Sociedad Científica	No	1132	16,7	88,9	28,7	11,0	<0,001*
	Si	39	16,7	88,9	45,4	20,7	
Artículo de Revisión	No	1169	16,7	88,9	29,1	11,6	0,010*
	Si	2	83,3	88,9	86,1	3,9	
Artículo Original	No	1126	16,7	88,9	28,7	11,0	<0,001*
	Si	45	16,7	88,9	42,6	21,1	
Capítulo de libro	No	1150	16,7	88,9	29,1	11,7	<0,001*
	Si	21	22,2	77,8	38,1	13,3	
Revista Nacional	No	1126	16,7	88,9	28,7	11,0	<0,001*
	Si	45	16,7	88,9	42,6	21,1	
Revista Internacional	No	1168	16,7	88,9	29,1	11,6	0,006*
	Si	3	33,3	88,9	68,5	30,6	
Revista online	No	1161	16,7	88,9	29,0	11,4	<0,001*
	Si	10	33,3	83,3	58,9	18,6	
Libro	No	1150	16,7	88,9	29,1	11,7	<0,001*
	Si	21	22,2	77,8	38,1	13,3	

## DIMENSIÓN DE CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES

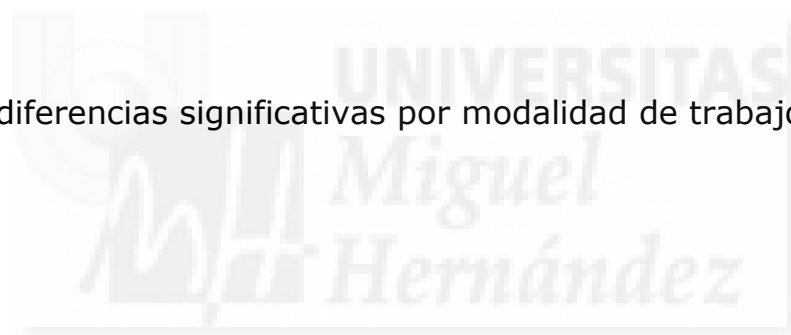
Tabla 31. Descriptivos de la dimensión 'conocimientos/habilidades' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas sociodemográficas. Test de Kuskall-Wallis

		n	Min	Max	Media	DE	p-valor
<b>Sexo</b>	Hombre	118	,0	61,7	5,8	8,8	0,025*
	Mujer	1053	,0	61,7	8,0	11,3	
<b>Edad</b>	< 35 años	94	1,7	55,0	9,9	13,0	0,002*
	35-44 años	239	,0	60,0	10,0	13,0	
	45-54 años	255	,0	61,7	8,8	12,4	
	55-65 años	583	,0	61,7	6,1	8,8	
<b>Antigüedad</b>	< 5 años	115	,0	51,7	7,5	9,9	0,016*
	5-9 años	188	1,7	56,7	11,1	13,9	
	10-19 años	264	,0	61,7	9,0	13,1	
	20-29 años	256	,0	61,7	6,8	9,6	
	>= 30 años	348	,0	61,7	5,9	8,3	
<b>Años de Profesión</b>	< 5 años	23	1,7	28,3	6,7	8,8	0,015*
	5-9 años	76	,0	55,0	10,0	12,5	
	10-19 años	263	,0	60,0	9,9	13,0	
	20-29 años	271	,0	61,7	8,4	12,3	
	>= 30 años	538	,0	61,7	6,2	8,9	
<b>Años desde fin de la carrera</b>	< 10 años	41	1,7	50,0	8,8	11,4	0,006*
	10-19 años	247	,0	60,0	10,4	13,5	
	20-29 años	159	,0	61,7	9,0	12,6	
	>= 30 años	724	,0	61,7	6,6	9,5	
<b>Turno</b>	Mañana	364	,0	61,7	5,8	8,6	<0,001*
	Tarde	186	,0	60,0	6,0	9,9	
	Deslizante	597	,0	61,7	9,7	12,3	
	Mixto	24	,0	60,0	6,0	12,9	
<b>Plaza ocupada</b>	EAP	683	,0	61,7	9,1	12,1	<0,001*
	CAP II	123	,0	25,0	2,5	3,5	
	Servicio Especial	100	,0	61,7	6,3	11,5	
	Pediatría	94	,0	31,7	7,8	8,4	
	Dirección	49	1,7	53,3	11,7	12,7	
	Zona	31	1,7	6,7	4,3	1,9	
	ACUT	41	,0	60,0	5,6	11,3	
	Otros	50	1,7	31,7	5,6	8,2	
<b>Modalidad</b>	Fijo	651	0,0	61,7	7,0	10,3	0,385
	Interino	447	0,0	61,7	8,8	12,2	
	Eventual-temporal	48	1,7	53,3	7,5	10,3	
	En funciones	25	1,7	31,7	11,2	10,6	

Tabla 31. Continuación

		n	Mínimo	Máximo	Media	DE	p-valor
<b>Inglés</b>	A	25	1,7	61,7	15,1	17,7	0,774
	B	185	,0	61,7	10,8	13,5	
	C	53	1,7	53,3	11,2	14,9	
<b>Informática</b>	Nulo	254	,0	56,7	6,1	8,2	0,208
	Usuario	634	,0	61,7	7,5	10,6	
	Avanzado	177	,0	56,7	10,3	13,2	
	Profesional-experto	106	,0	61,7	9,7	14,7	
<b>Formación académica</b>	Diplomado	256	,0	61,7	5,7	8,7	<0,001*
	Licenciado	37	1,7	28,3	5,0	5,5	
	Postgrado-master-doctorado	300	1,7	61,7	14,9	16,1	
<b>Asistencial</b>	No	648	,0	61,7	5,2	7,1	<0,001*
	Si	523	,0	61,7	11,0	14,0	
<b>Investigación</b>	No	966	,0	61,7	7,5	10,6	0,818
	Si	205	,0	61,7	9,2	13,2	
<b>Idioma</b>	No	959	,0	61,7	7,3	10,2	0,148
	Si	212	,0	61,7	10,3	14,4	
<b>Desarrollo</b>	No	935	,0	61,7	7,8	11,3	0,570
	Si	236	,0	53,3	7,6	10,3	
<b>Ética</b>	No	1115	,0	61,7	7,7	11,0	0,550
	Si	56	,0	61,7	9,3	12,6	
<b>Dirección</b>	No	1074	,0	61,7	7,4	10,5	0,018*
	Si	97	1,7	61,7	12,5	15,8	
<b>Tecnologías de la información</b>	No	917	,0	61,7	7,5	10,6	0,045*
	Si	254	,0	61,7	9,0	12,6	
<b>Calidad</b>	No	995	,0	61,7	7,6	10,9	0,644
	Si	176	,0	61,7	9,1	12,3	
<b>Salud Laboral</b>	No	422	,0	61,7	6,6	9,5	0,129
	Si	749	,0	61,7	8,4	11,8	
<b>Horas</b>	Ninguna	112	,0	53,3	5,1	6,0	0,289
	< 100	420	,0	61,7	6,1	8,2	
	100-200	351	,0	61,7	9,3	13,0	
	>= 200	288	,0	61,7	9,5	13,0	
<b>Online</b>	No	395	,0	61,7	6,5	9,2	0,293
	Si	776	,0	61,7	8,4	11,9	
<b>Presencial</b>	No	565	,0	61,7	5,4	7,3	<0,001*
	Si	606	,0	61,7	10,1	13,3	
<b>Distancia</b>	No	1020	,0	61,7	7,5	10,7	0,317
	Si	151	1,7	61,7	9,6	13,1	

- De las variables sociodemográficas, las que se asocian con la dimensión de conocimientos/habilidad son el sexo, la edad, antigüedad, años de profesión, años desde fin de carrera, turno y la plaza ocupada. (Ver tabla 31).
- Las menores puntuaciones medias de la dimensión de práctica aparecen en hombres (5,8), sujetos de mayor edad (6,1), sujetos con mucha antigüedad (5,9), sujetos con muchos años de profesión (6,2), sujetos con muchos años desde fin de carrera (6,6), sujetos con turnos de mañana (5,8) , sujetos con plaza CAP II (2,5) y sujetos fijos (7,0). (Ver tabla 31).
- No hay diferencias significativas por modalidad de trabajo.



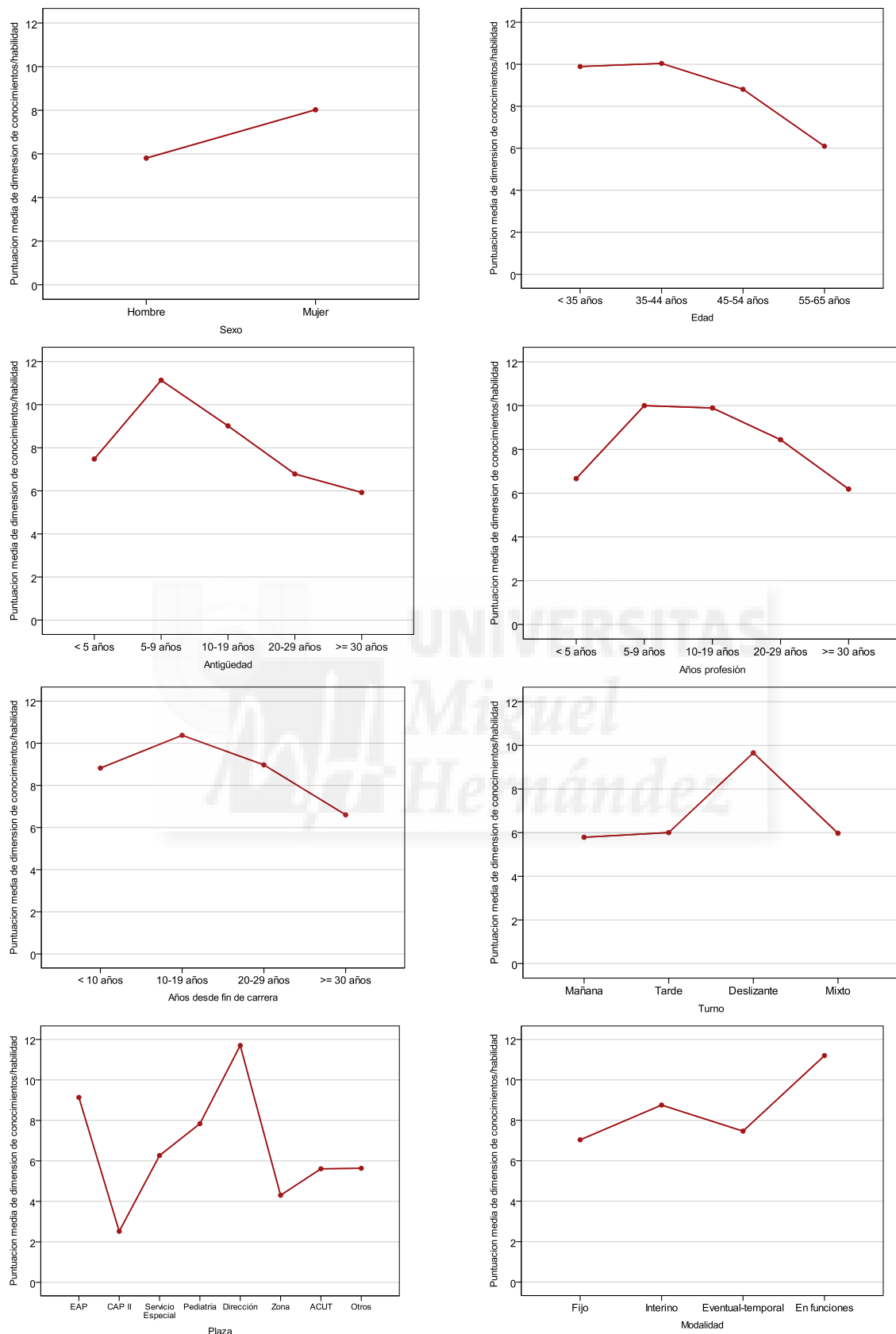


Figura 7. Valores medios de la dimensión 'conocimientos/habilidades' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas sociodemográficas.

Tabla 32. Descriptivos de la dimensión 'conocimientos/habilidades' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas de docencia  
Test U de Mann-Whitney

		<b>n</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>p-valor</b>
<b>Curso Enfermería</b>	No	1122	16,7	88,9	29,0	11,6	0,049*
	Si	49	16,7	77,8	33,8	15,8	
<b>Curso personal sanitario</b>	No	1167	16,7	88,9	29,2	11,7	0,090
	Si	4	16,7	77,8	47,2	25,1	
<b>Curso personal no sanitario</b>	No	1167	16,7	88,9	29,1	11,7	0,012*
	Si	4	27,8	77,8	56,9	25,0	
<b>Taller personal sanitario</b>	No	1149	16,7	88,9	29,2	11,6	0,682
	Si	22	16,7	77,8	32,8	20,8	
<b>Taller personal no sanitario</b>	No	1156	16,7	88,9	29,1	11,6	0,615
	Si	15	16,7	77,8	36,7	23,6	
<b>Taller Estudiantes de enfermería</b>	No	1138	16,7	88,9	29,2	11,8	0,825
	Si	33	16,7	55,6	30,5	12,4	
<b>Taller personal de Enfermería</b>	No	1099	16,7	88,9	28,8	11,5	0,001*
	Si	72	16,7	77,8	34,9	15,0	
<b>Tema Curso de Enfermería</b>	No	1107	16,7	88,9	28,6	11,1	<0,001*
	Si	64	16,7	83,3	39,4	17,8	
<b>Tema Curso personal sanitario</b>	No	1171	16,7	88,9	29,2	11,8	-
	Si	0	-	-	-	-	
<b>Tema Curso personal no sanitario</b>	No	1171	16,7	88,9	29,2	11,8	-
	Si	0	-	-	-	-	
<b>Taller para el EAP</b>	No	1129	16,7	88,9	29,1	11,8	0,008*
	Si	42	16,7	77,8	32,5	11,9	
<b>Profesor Asociado</b>	No	1166	16,7	88,9	29,2	11,8	0,153
	Si	5	16,7	55,6	37,8	15,4	
<b>Seminario para Estudiantes de enfermería</b>	No	1165	16,7	88,9	29,2	11,8	0,212
	Si	6	16,7	50,0	35,2	14,8	
<b>Sesión de Enfermería</b>	No	815	16,7	83,3	27,8	10,7	<0,001*
	Si	356	16,7	88,9	32,5	13,5	
<b>Sesión personal sanitario</b>	No	1159	16,7	88,9	29,2	11,9	0,075
	Si	12	22,2	50,0	31,5	6,8	
<b>Sesión para el EAP</b>	No	1135	16,7	88,9	29,1	11,7	0,014*
	Si	36	16,7	77,8	34,6	15,7	
<b>Sesión personal no sanitario</b>	No	1158	16,7	88,9	29,1	11,8	0,073
	Si	13	22,2	77,8	35,5	15,0	
<b>Colaboración en prácticas de Enfermería</b>	No	912	,0	61,7	6,6	9,9	<0,001*
	Si	259	,0	61,7	11,9	13,8	

- Los profesionales que han realizado docencia en cursos de enfermería, cursos para personal sanitario, talleres de enfermería, temas para cursos de enfermería, talleres para el EAP, sesiones de enfermería y sesiones para el EAP presentan mayores puntuaciones medias significativas de la dimensión de actitud. Siendo la mayor media para la docencia realizada en cursos para personal no sanitario con un 56,9. (Ver tabla 32).
- No hay diferencias significativas en la docencia realizada en cursos para personal sanitario, talleres para personal sanitario, talleres para personal no sanitario, talleres para estudiantes de enfermería, como profesor asociado, seminario para estudiantes, seminario para personal sanitario y sesión para personal no sanitario.

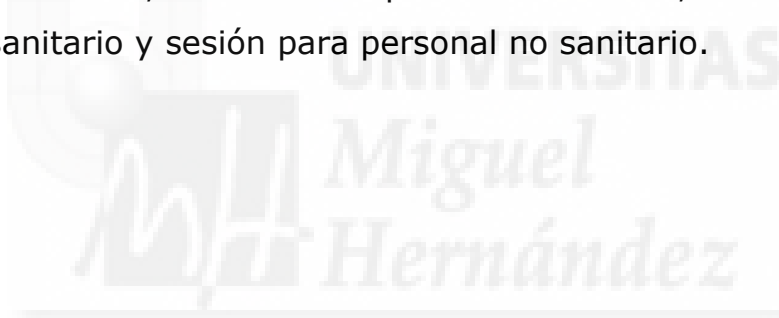


Tabla 33. Descriptivos de la dimensión 'conocimientos/habilidades' estandarizada en cada nivel de participación en eventos científicos y publicaciones. Test de Kuskall-Wallis

		n	Mínimo	Máximo	Media	DE	p-valor
<b>Asistente</b>	No	1005	,0	61,7	6,3	8,7	<0,001*
	Si	166	1,7	61,7	17,1	17,6	
<b>Poster</b>	No	983	,0	61,7	6,1	8,5	<0,001*
	Si	188	1,7	61,7	16,6	17,3	
<b>Comunicación</b>	No	1056	,0	61,7	6,3	8,5	<0,001*
	Si	115	1,7	61,7	21,5	19,4	
<b>Ponente</b>	No	1153	,0	61,7	7,6	11,0	<0,001*
	Si	18	1,7	31,7	18,7	11,3	
<b>Moderador</b>	No	1167	,0	61,7	7,8	11,1	0,251
	Si	4	1,7	30,0	15,8	14,6	
<b>Comité Científico</b>	No	1153	,0	61,7	7,7	11,0	0,061
	Si	18	1,7	48,3	13,6	13,7	
<b>Comité Organizador</b>	No	1136	,0	61,7	7,5	10,7	0,002*
	Si	35	1,7	61,7	17,4	18,0	
<b>Investigador Principal</b>	No	1095	,0	61,7	6,7	9,2	<0,001*
	Si	76	1,7	61,7	22,9	21,0	
<b>Investigador Colaborador</b>	No	1014	,0	61,7	6,8	9,9	<0,001*
	Si	157	1,7	61,7	14,3	15,2	
<b>Participante</b>	No	1162	,0	61,7	7,7	10,9	0,038*
	Si	9	1,7	61,7	22,4	24,3	
<b>Defensa Poster</b>	No	983	,0	61,7	6,1	8,5	<0,001*
	Si	188	1,7	61,7	16,6	17,3	
<b>Autor</b>	No	1135	,0	61,7	7,5	10,6	0,020*
	Si	36	1,7	61,7	17,0	18,7	
<b>Coautor</b>	No	993	,0	61,7	6,2	8,9	<0,001*
	Si	178	1,7	61,7	16,5	16,9	
<b>Defensa Comunicación</b>	No	1056	,0	61,7	6,3	8,5	<0,001*
	Si	115	1,7	61,7	21,5	19,4	
<b>Autor</b>	No	1143	,0	61,7	7,5	10,7	0,004*
	Si	28	1,7	61,7	19,1	18,1	
<b>Coautor</b>	No	1063	,0	61,7	6,4	8,8	<0,001*
	Si	108	1,7	61,7	21,2	19,2	
<b>Carta Director</b>	No	1160	,0	61,7	7,7	11,0	0,014*
	Si	11	1,7	61,7	13,6	17,3	
<b>Sociedad Científica</b>	No	1132	,0	61,7	7,3	10,3	<0,001*
	Si	39	1,7	61,7	23,4	19,9	
<b>Artículo de Revisión</b>	No	1169	,0	61,7	7,7	10,9	0,012*
	Si	2	61,7	61,7	61,7	,0	
<b>Artículo Original</b>	No	1126	,0	61,7	7,3	10,2	<0,001*
	Si	45	1,7	61,7	21,2	20,1	
<b>Capítulo de libro</b>	No	1150	,0	61,7	7,7	11,0	0,007*
	Si	21	1,7	60,0	14,9	15,4	
<b>Revista Nacional</b>	No	1126	,0	61,7	7,3	10,2	<0,001*
	Si	45	1,7	61,7	21,2	20,1	
<b>Revista Internacional</b>	No	1168	,0	61,7	7,7	10,9	0,006*
	Si	3	8,3	61,7	43,9	30,8	
<b>Revista online</b>	No	1161	,0	61,7	7,5	10,7	<0,001*
	Si	10	6,7	61,7	37,0	20,2	
<b>Libro</b>	No	1150	,0	61,7	7,7	11,0	0,007*
	Si	21	1,7	60,0	14,9	15,4	



## PUNTUACIÓN TOTAL DEL CUESTIONARIO

Tabla 34. Descriptivos en cada nivel de las variables explicativas sociodemográficas en la puntuación total. Test de Kuskall-Wallis

		n	Min	Max	Media	DE	p-valor
Sexo	Hombre	118	2,6	50,9	8,6	7,5	0,078
	Mujer	1053	2,6	50,9	10,6	9,6	
Edad	< 35 años	94	3,5	50,0	12,1	11,1	0,004*
	35-44 años	239	2,6	50,9	12,4	11,1	
	45-54 años	255	2,6	50,9	11,1	10,3	
	55-65 años	583	2,6	50,9	9,0	7,5	
Antigüedad	< 5 años	115	2,6	49,1	10,0	8,6	0,018*
	5-9 años	188	3,5	50,9	13,3	11,9	
	10-19 años	264	2,6	50,9	11,2	10,7	
	20-29 años	256	2,6	50,9	9,5	8,3	
	>= 30 años	348	2,6	50,9	9,0	7,2	
Años de Profesión	< 5 años	23	3,5	27,2	9,2	7,6	0,025*
	5-9 años	76	2,6	49,1	12,2	10,7	
	10-19 años	263	2,6	50,9	12,2	11,1	
	20-29 años	271	2,6	50,9	10,7	10,2	
	>= 30 años	538	2,6	50,9	9,1	7,7	
Años desde fin de la carrera	< 10 años	41	3,5	46,5	11,1	9,7	0,020*
	10-19 años	247	2,6	50,9	12,6	11,5	
	20-29 años	159	2,6	50,9	11,4	10,7	
	>= 30 años	724	2,6	50,9	9,4	8,1	
Turno	Mañana	364	2,6	50,0	8,4	7,4	<0,001*
	Tarde	186	2,6	50,9	8,5	8,7	
	Deslizante	597	2,6	50,9	12,3	10,2	
	Mixto	24	2,6	49,1	7,9	10,3	
Plaza ocupada	EAP	683	2,6	50,9	11,9	10,0	<0,001*
	CAP II	123	2,6	26,3	4,9	3,0	
	Servicio Especial	100	2,6	50,0	8,2	10,0	
	Pediatría	94	2,6	32,5	10,8	7,4	
	Dirección	49	3,5	50,0	13,7	10,7	
	Zona	31	3,5	10,5	8,2	2,0	
	ACUT	41	2,6	49,1	7,5	9,2	
	Otros	50	3,5	29,8	7,8	7,3	
Modalidad	Fijo	651	2,6	50,9	9,8	8,8	0,329
	Interino	447	2,6	50,9	11,1	10,3	
	Eventual-temporal	48	3,5	48,2	10,1	8,7	
	En funciones	25	3,5	29,8	13,1	8,7	

DE: desviación estándar

Tabla 34. Continuación

		n	Mínimo	Máximo	Media	DE	p-valor
<b>Inglés</b>	A	25	3,5	50,9	16,1	13,7	0,392
	B	185	2,6	50,9	13,0	11,5	
	C	53	3,5	50,9	13,2	13,2	
<b>Informática</b>	Nulo	254	2,6	50,9	9,1	6,9	0,188
	Usuario	634	2,6	50,9	10,0	9,0	
	Avanzado	177	2,6	50,9	12,5	11,3	
	Profesional-experto	106	2,6	50,9	12,1	12,1	
<b>Formación académica</b>	Diplomado	256	2,6	50,9	8,3	7,6	<0,001*
	Licenciado	37	3,5	25,4	8,1	4,7	
	Postgrado-master-doctorado	300	3,5	50,9	16,4	13,6	
<b>Asistencial</b>	No	648	2,6	50,0	8,2	6,1	<0,001*
	Si	523	2,6	50,9	13,1	11,8	
<b>Investigación</b>	No	966	2,6	50,9	10,2	9,0	0,837
	Si	205	2,6	50,9	11,4	11,0	
<b>Idioma</b>	No	959	2,6	50,9	9,9	8,6	0,008*
	Si	212	2,6	50,9	12,6	12,0	
<b>Desarrollo</b>	No	935	2,6	50,9	10,4	9,5	0,879
	Si	236	2,6	50,9	10,3	8,9	
<b>Ética</b>	No	1115	2,6	50,9	10,3	9,4	0,622
	Si	56	2,6	50,9	11,6	10,2	
<b>Dirección</b>	No	1074	2,6	50,9	10,1	8,9	0,014*
	Si	97	3,5	50,9	14,2	13,0	
<b>Tecnologías de la información</b>	No	917	2,6	50,9	10,1	9,1	0,015*
	Si	254	2,6	50,9	11,3	10,3	
<b>Calidad</b>	No	995	2,6	50,9	10,2	9,2	0,286
	Si	176	2,6	50,9	11,4	10,3	
<b>Salud Laboral</b>	No	422	2,6	50,9	9,4	8,1	0,056
	Si	749	2,6	50,9	11,0	10,0	
<b>Horas</b>	Ninguna	112	2,6	47,4	7,9	5,3	0,119
	< 100	420	2,6	50,9	9,2	7,2	
	100-200	351	2,6	50,9	11,6	11,0	
	>= 200	288	2,6	50,9	11,7	11,0	
<b>Online</b>	No	395	2,6	50,9	9,3	7,9	0,157
	Si	776	2,6	50,9	10,9	10,0	
<b>Presencial</b>	No	565	2,6	50,0	8,3	6,3	<0,001*
	Si	606	2,6	50,9	12,4	11,2	
<b>Distancia</b>	No	1020	2,6	50,9	10,2	9,1	0,178
	Si	151	3,5	50,9	11,9	11,3	

- De las variables sociodemográficas, las que se asocian con la puntuación total del cuestionario son la edad, antigüedad, años de profesión, años desde fin de carrera, turno y plaza ocupada. (Ver tabla 34).
- Las menores puntuaciones medias de la dimensión de practica aparecen en sujetos de mayor edad (9,0), sujetos con mucha antigüedad (9,0), sujetos con muchos o pocos años de profesión, (9,1 y 9,2 respectivamente) sujetos con muchos años desde fin de carrera, (9,4), sujetos con turnos mixtos, (7,9), sujetos con plaza CAP II (4,9) y sujetos fijos (9,8). (Ver tabla 34).
- Sin llegar a ser significativo, la puntuación total media es inferior en hombres que en mujeres.
- No hay diferencias significativas por modalidad de trabajo.

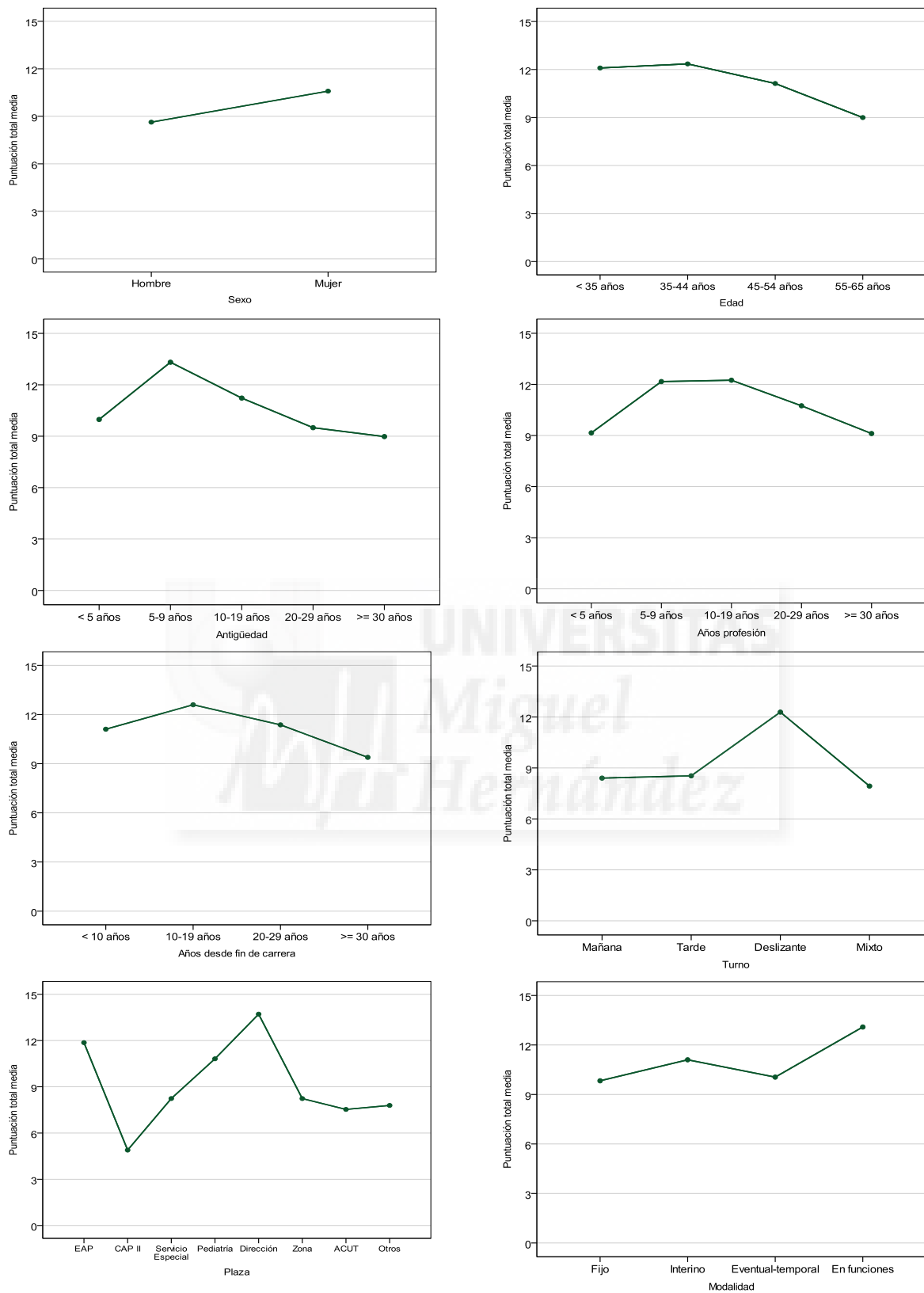


Figura 8. Valores medios en cada nivel de las variables explicativas sociodemográficas en la puntuación total

Tabla 35. Descriptivos en cada nivel de las variables explicativas de docencia en la puntuación total. Test U de Mann-Whitney

		n	Min	Max	Media	DE	p-valor
<b>Curso de Enfermería</b>	No	1122	2,6	50,9	10,2	9,2	0,010*
	Si	49	3,5	50,9	15,2	12,8	
<b>Curso personal sanitario</b>	No	1167	2,6	50,9	10,3	9,3	0,085
	Si	4	3,5	50,9	28,7	19,4	
<b>Curso personal no sanitario</b>	No	1167	2,6	50,9	10,3	9,3	0,005*
	Si	4	9,6	50,9	34,9	19,3	
<b>Taller personal sanitario</b>	No	1149	2,6	50,9	10,3	9,2	0,688
	Si	22	3,5	50,0	14,3	16,4	
<b>Taller personal no sanitario</b>	No	1156	2,6	50,9	10,3	9,2	0,613
	Si	15	2,6	50,0	17,0	18,4	
<b>Taller Estudiantes de enfermería</b>	No	1138	2,6	50,9	10,4	9,4	0,769
	Si	33	2,6	32,5	11,8	10,7	
<b>Taller para Enfermería</b>	No	1099	2,6	50,9	10,1	9,0	<0,001*
	Si	72	2,6	50,9	15,5	13,3	
<b>Tema Curso de Enfermería</b>	No	1107	2,6	50,9	9,9	8,8	<0,001*
	Si	64	3,5	50,9	18,3	15,2	
<b>Tema Curso personal sanitario</b>	No	1171	2,6	50,9	10,4	9,4	-
	Si	0	-	-	-	-	
<b>Tema Curso personal no sanitario</b>	No	1171	2,6	50,9	10,4	9,4	-
	Si	0	-	-	-	-	
<b>Taller para el EAP</b>	No	1129	2,6	50,9	10,3	9,3	0,001*
	Si	42	2,6	47,4	13,2	10,6	
<b>Profesor Asociado</b>	No	1166	2,6	50,9	10,4	9,4	0,242
	Si	5	3,5	29,8	19,6	13,9	
<b>Seminario Estudiantes de enfermería</b>	No	1165	2,6	50,9	10,3	9,4	0,196
	Si	6	3,5	32,5	20,2	13,4	
<b>sesión para Enfermería</b>	No	815	2,6	50,9	9,5	8,5	<0,001*
	Si	356	2,6	50,9	12,4	10,9	
<b>Sesión personal sanitario</b>	No	1159	2,6	50,9	10,4	9,4	0,023*
	Si	12	5,3	26,3	11,7	6,1	
<b>Sesión para el EAP</b>	No	1135	2,6	50,9	10,3	9,3	0,027*
	Si	36	3,5	50,9	13,9	13,0	
<b>Sesión personal no sanitario</b>	No	1158	2,6	50,9	10,3	9,4	0,069
	Si	13	5,3	49,1	14,3	12,6	
<b>Colaboración en prácticas de Enfermería</b>	No	912	2,6	50,9	9,4	8,4	<0,001*
	Si	259	2,6	50,9	14,0	11,6	

Tabla 36. Descriptivos en cada nivel de las variables explicativas participación en eventos científicos en la puntuación total. Test de Kuskall-Wallis

		n	Mínimo	Máximo	Media	DE	p-valor
<b>Asistente</b>	No	1005	2,6	50,9	9,1	7,4	<0,001*
	Si	166	3,5	50,9	18,4	14,7	
<b>Poster</b>	No	983	2,6	50,9	8,9	7,2	<0,001*
	Si	188	3,5	50,9	18,0	14,5	
<b>Comunicación</b>	No	1056	2,6	50,9	9,1	7,2	<0,001*
	Si	115	3,5	50,9	22,0	16,5	
<b>Ponente</b>	No	1153	2,6	50,9	10,2	9,3	<0,001*
	Si	18	3,5	32,5	20,0	10,0	
<b>Moderador</b>	No	1167	2,6	50,9	10,4	9,4	0,296
	Si	4	4,4	29,8	17,3	12,6	
<b>Comité Científico</b>	No	1153	2,6	50,9	10,3	9,3	0,022*
	Si	18	3,5	43,9	15,5	11,5	
<b>Comité Organizador</b>	No	1136	2,6	50,9	10,1	9,1	<0,001*
	Si	35	4,4	50,9	18,6	14,9	
<b>Investigador Principal</b>	No	1095	2,6	50,9	9,5	7,8	<0,001*
	Si	76	3,5	50,9	22,9	18,0	
<b>Investigador Colaborador</b>	No	1014	2,6	50,9	9,5	8,5	<0,001*
	Si	157	3,5	50,9	16,0	12,4	
<b>Participante</b>	No	1162	2,6	50,9	10,3	9,3	0,044*
	Si	9	4,4	50,0	21,2	18,2	
<b>Defensa Poster</b>	No	983	2,6	50,9	8,9	7,2	<0,001*
	Si	188	3,5	50,9	18,0	14,5	
<b>Autor</b>	No	1135	2,6	50,9	10,2	9,1	0,042*
	Si	36	3,5	50,9	17,4	15,1	
<b>Coautor</b>	No	993	2,6	50,9	9,1	7,5	<0,001*
	Si	178	3,5	50,9	17,9	14,3	
<b>Presentación Comunicación</b>	No	1056	2,6	50,9	9,1	7,2	<0,001*
	Si	115	3,5	50,9	22,0	16,5	
<b>Autor</b>	No	1143	2,6	50,9	10,2	9,1	0,018*
	Si	28	3,5	50,0	19,2	14,9	
<b>Coautor</b>	No	1063	2,6	50,9	9,2	7,5	<0,001*
	Si	108	3,5	50,9	21,7	16,4	
<b>Carta Director</b>	No	1160	2,6	50,9	10,4	9,4	0,035*
	Si	11	3,5	50,0	14,9	12,8	
<b>Sociedad Científica</b>	No	1132	2,6	50,9	9,9	8,7	<0,001*
	Si	39	3,5	50,9	23,6	16,4	
<b>Artículo de Revisión</b>	No	1169	2,6	50,9	10,3	9,3	0,015*
	Si	2	50,0	50,9	50,4	,6	
<b>Original</b>	No	1126	2,6	50,9	9,9	8,7	<0,001*
	Si	45	3,5	50,9	21,7	16,6	
<b>Capítulo</b>	No	1150	2,6	50,9	10,3	9,3	0,001*
	Si	21	4,4	47,4	16,7	12,0	
<b>Revista Nacional</b>	No	1126	2,6	50,9	9,9	8,7	<0,001*
	Si	45	3,5	50,9	21,7	16,6	
<b>Revista Internacional</b>	No	1168	2,6	50,9	10,3	9,3	0,007*
	Si	3	11,4	50,9	37,4	22,5	
<b>Revista online</b>	No	1161	2,6	50,9	10,2	9,1	<0,001*
	Si	10	10,5	50,0	34,6	15,2	
<b>Libro</b>	No	1150	2,6	50,9	10,3	9,3	0,001*
	Si	21	4,4	47,4	16,7	12,0	

- Los profesionales que han realizado docencia en cursos para enfermería, cursos para personal no sanitario, talleres para enfermería, temas para cursos de enfermería, talleres para el EAP, sesiones para enfermería, sesiones para personal sanitario y sesiones para el EAP presentan mayores puntuaciones medias significativas de la puntuación total.
- No hay diferencias significativas en la realización de docencia de cursos para personal sanitario, talleres para personal sanitario, talleres para auxiliares de enfermería, talleres para estudiantes de enfermería, profesor asociado, seminario para estudiantes de enfermería y sesión para personal no sanitario.



### 8.3. ANÁLISIS MULTIVARIANTE

La distribución de cada dimensión estandarizada y la puntuación total de cuestionario es la siguiente:

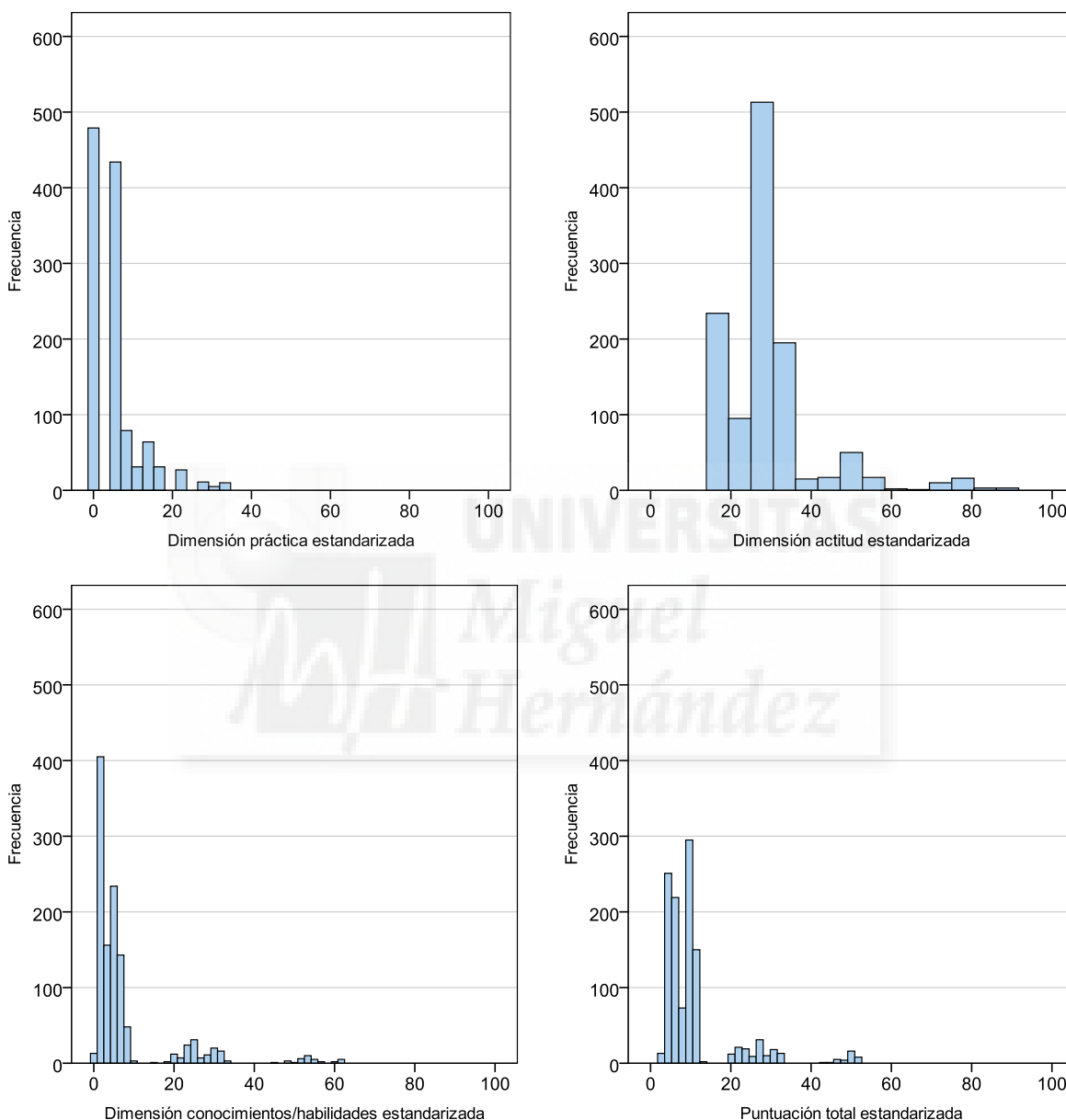


Figura 9. Histogramas de frecuencias para cada dimensión y para la puntuación total estandarizadas.

Se aprecia que ninguna de las variables respuesta sigue una distribución normal, por lo que los modelos lineales multivariantes no son adecuados.



## TRANSFORMACIÓN DE LAS VARIABLES RESPUESTA

Se propone categorizar las variables para aplicar modelos logísticos multivariantes. El punto de corte para cada variable será el percentil 25 (P25), de forma que las nuevas variables toman el valor 1 si la variable es menor o igual al P25, y 0 si es mayor que P25.

Tabla 37. Percentiles de cada dimensión estandarizadas

VARIABLES ESTANDARIZADAS	PERCENTIL 25	Y=1 (peor)	Y=0 (mejor)
Dimensión practica	0,00	$\leq 0,00$	$> 0,00$
Dimensión actitud	22,22	$\leq 22,22$	$> 22,22$
Dimensión conocimientos/habilidades	1,67	$\leq 1,67$	$> 1,67$
Puntuación total	5,26	$\leq 5,26$	$> 5,26$

Tabla 38. Número y frecuencias de las nuevas variables respuesta

		n	%
Práctica	Mejor resultado	692	59,1%
	Peor resultado	479	40,9%
Actitud	Mejor resultado	937	80,0%
	Peor resultado	234	20,0%
Conocimientos/habilidades	Mejor resultado	753	64,3%
	Peor resultado	418	35,7%
Puntuación total	Mejor resultado	907	77,5%
	Peor resultado	264	22,5%

## DIMENSIÓN DE PRÁCTICA

Tabla 39. Modelo multivariante para la dimensión práctica

	OR	IC 95%	p-valor
Edad < 35 años	1		
Edad 35-44 años	1,295	(0,696-2,411)	0,415
Edad 45-54 años	1,417	(0,759-2,646)	0,274
Edad 55-65 años	1,155	(0,637-2,093)	0,635
Sesión de Enfermería No	1		
Sesión de Enfermería Si	0,533	(0,380-0,747)	<0,001
Salud Laboral No	1		
Salud Laboral Si	1,557	(1,105-2,195)	0,011
Ponente No	1		
Ponente SI	0,053	(0,008-0,361)	0,003
Investigador Colaborador No	1		
Investigador Colaborador SI	0,356	(0,208-0,609)	<0,001
Autor No	1		
Autor Si	6,071	(2,244-16,424)	<0,001
Plaza ocupada EAP	1		
Plaza ocupada CAP II	93,539	(33,453-261,547)	<0,001
Plaza ocupada Servicio Especial	25,630	(13,735-47,828)	<0,001
Plaza ocupada Pediatría	1,178	(0,706-1,963)	0,531
Plaza ocupada Dirección	1,821	(0,945-3,507)	0,073
Plaza ocupada Zona	0,954	(0,394-2,309)	0,916
Plaza ocupada ACUT	36,296	(12,961-101,643)	<0,001
Plaza ocupada Otros	9,112	(4,686-17,720)	<0,001

\* p &lt; 0,05

- Haber hecho docencia en sesiones de Enfermería, haber participado en eventos científicos el último año como ponente de mesa y ser investigador colaborador se asocia con mejor resultado en la dimensión de práctica del cuestionario CPBE-19. (Ver tabla 39).
- Las plazas ocupadas en CAP II, servicio especial (Rayos X, Laboratorio, Enfermedades de transmisión sexual, Enfermedades tropicales, Tuberculosis, Salud Laboral, Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES), Atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR), Salud mental, Drogodependencias y Mozos de escuadra), ACUT y otros (Gestión de casos, entidades ajenas, enfermería de enlace y enfermería domiciliaria) se asocian con peor resultado en la dimensión práctica que las plazas de EAP. Las restantes plazas no son significativas. (Ver tabla 39).

Tabla 40. Indicadores modelo para la dimensión práctica

n	n peor resultado	Chi <sup>2</sup>	p-valor	area ROC	IC 95%
1171	479	493,3521	<0,001	0,8258	(0,8005-0,8512)

- El modelo ajusta bien a los datos, y presenta buena capacidad predictiva.



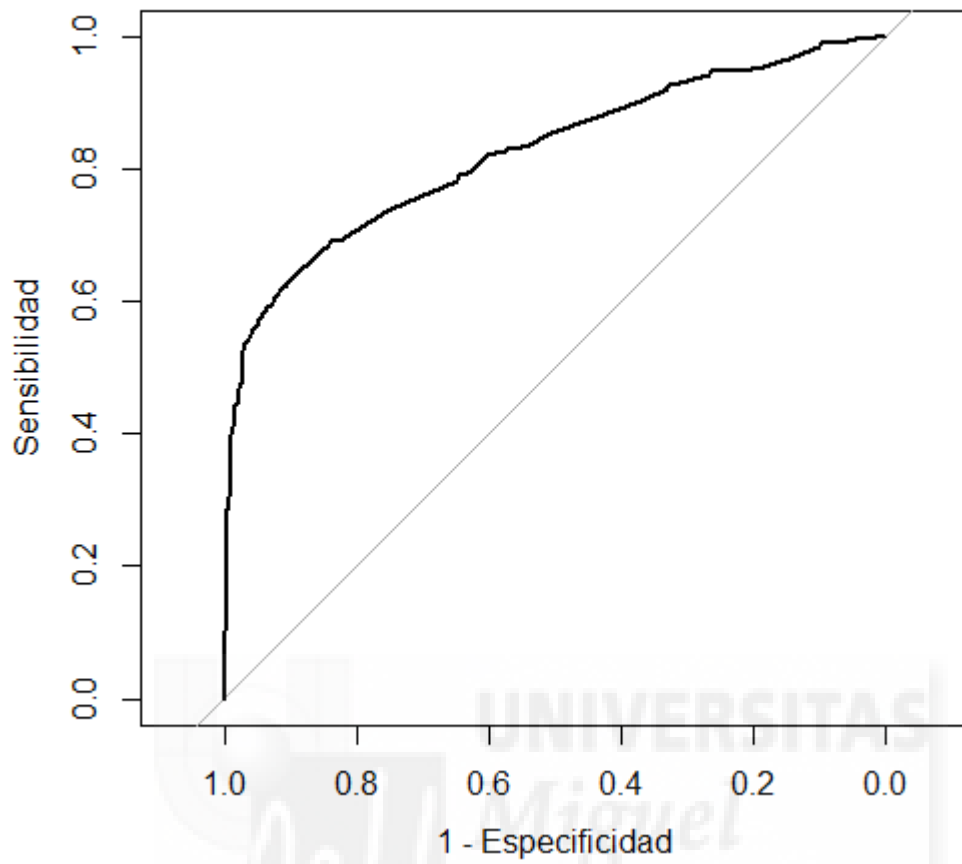


Figura 10. Curva ROC para la dimensión práctica

## DIMENSIÓN ACTITUD

Tabla 41. Modelo logístico multivariante para la dimensión actitud

	OR	IC 95%	p-valor
Tema Curso de Enfermería No	1		
Tema Curso de Enfermería Si	0,095	(0,02-0,447)	0,003
Sesión de Enfermería No	1		
Sesión de Enfermería Si	0,429	(0,279-0,66)	<0,001
Años fin de carrera < 10	1		
Años fin de carrera 10-19	3,942	(1,416-10,977)	0,009
Años fin de carrera 20-29	2,953	(1,02-8,548)	0,046
Años fin de carrera >= 30	2,247	(0,835-6,047)	0,109
Turno Mañana	1		
Turno Tarde	1,180	(0,758-1,836)	0,463
Turno Deslizante	0,591	(0,37-0,943)	0,027
Turno Mixto	0,423	(0,108-1,653)	0,216
Plaza ocupada EAP	1		
Plaza ocupada CAP II	4,344	(2,601-7,256)	<0,001
Plaza ocupada Servicio Especial	4,562	(2,612-7,967)	<0,001
Plaza ocupada Pediatría	1,151	(0,584-2,269)	0,685
Plaza ocupada Dirección	0,974	(0,327-2,897)	0,962
Plaza ocupada Zona	0,161	(0,021-1,237)	0,079
Plaza ocupada ACUT	11,398	(3,696-35,145)	<0,001
Plaza ocupada Otros	4,545	(2,238-9,23)	<0,001
Ninguna	1		
Horas < 100	0,500	(0,295-0,847)	0,010
Horas 100-200	0,440	(0,253-0,764)	0,004
Horas >= 200	0,363	(0,200-0,658)	0,001
Ponente No	1		
Ponente Si	0,103	(0,011-0,963)	0,046
Autor No	1		
Autor Si	8,710	(2,758-27,499)	<0,001

\* p &lt; 0,05

- Haber realizado temas para cursos de enfermería, sesiones para enfermería, más horas de cursos de formación continuada y ser ponente en eventos científicos, se asocia con mejor resultado en la dimensión actitud del cuestionario CPBE-19. (Ver tabla 41).
- Tener entre 10 y 29 años desde que se finalizó la carrera se asocia a peor resultado en la dimensión actitud, respecto a menos de 10 años. (Ver tabla 41).
- El turno deslizante se asocia con mejor resultado en la dimensión actitud, respecto al turno de mañana. Los otros dos turnos no son significativos. (Ver tabla 41).
- Las plazas de CAP II, servicio especial, ACUT y otros se asocian con peor resultado en la dimensión actitud que las de EAP. Las restantes plazas no son significativas. (Ver tabla 41).
- Ser Autor en actividades científicas se asocia con mejor resultado en la dimensión actitud. (Ver tabla 41).

Tabla 42. Indicadores modelo para la dimensión actitud

n	n peor resultado	Chi2	p-valor	area ROC	IC 95%
1171	234	217,8197	<0,001	0,7811	(0,7471-0,8152)

- El modelo ajusta bien a los datos, y presenta capacidad predictiva moderada.





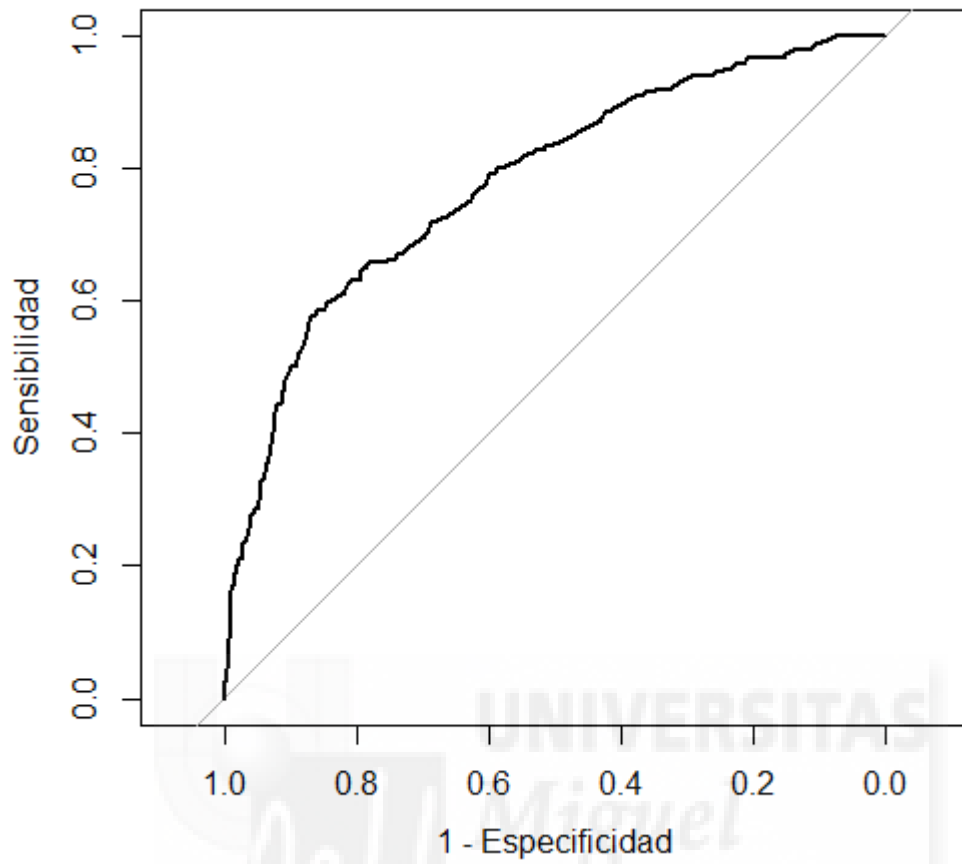


Figura 11. Curva ROC del modelo multivariante dimensión actitud

## DIMENSIÓN DE CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES

Tabla 43. Modelo multivariante para dimensión conocimientos/habilidades

	OR	IC 95%	p-valor
Plaza ocupada EAP	1		
Plaza ocupada CAP II	10,711	(6,789-16,898)	<0,001
Plaza ocupada Servicio Especial	7,956	(4,979-12,715)	<0,001
Plaza ocupada Pediatría	1,022	(0,607-1,722)	0,934
Plaza ocupada Dirección	1,481	(0,769-2,851)	0,240
Plaza ocupada Zona	1,335	(0,601-2,967)	0,478
Plaza ocupada ACUT	9,577	(4,652-19,715)	<0,001
Plaza ocupada Otros	3,562	(1,973-6,431)	<0,001
Investigador Principal No	1		
Investigador Principal Si	2,420	(1,255-4,668)	0,008
Ponente No	1		
Ponente Si	0,177	(0,035-0,888)	0,035
Coautor No	1		
Coautor Si	0,529	(0,322-0,868)	0,012

\* p &lt; 0,05

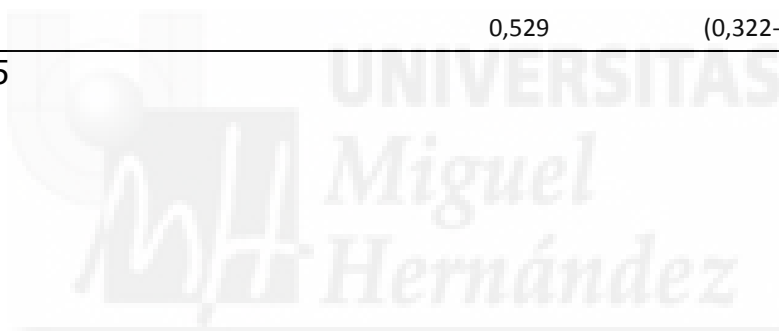


Tabla 44. Indicadores modelo para dimensión conocimientos/habilidades

<b>n</b>	<b>n peor resultado</b>	<b>Chi<sup>2</sup></b>	<b>p-valor</b>	<b>area ROC</b>	<b>IC 95%</b>
1171	418	239,9	<0,001	0,7293	(0,6996-0,7589)

- El modelo ajusta bien a los datos, y presenta capacidad predictiva moderada.



- Las variables que se asocian con un mal resultado en la dimensión conocimientos/habilidades del cuestionario CPBE-19 son el tipo de plaza ocupada, y no haber participado en eventos científicos como Investigador Principal, ponente y coautor. (Ver tabla 43).
- Haber participado como ponente de mesa en eventos científicos, o ser coautor se asocia con un mejor resultado en la dimensión conocimientos/habilidades del cuestionario CPBE-19 (Ver tabla 43).
- El personal de plazas de CAP II, servicio especial, ACUT y otros se asocia con peor resultado en la dimensión actitud que el de EAP. Las restantes plazas no son significativas. (Ver tabla 43).

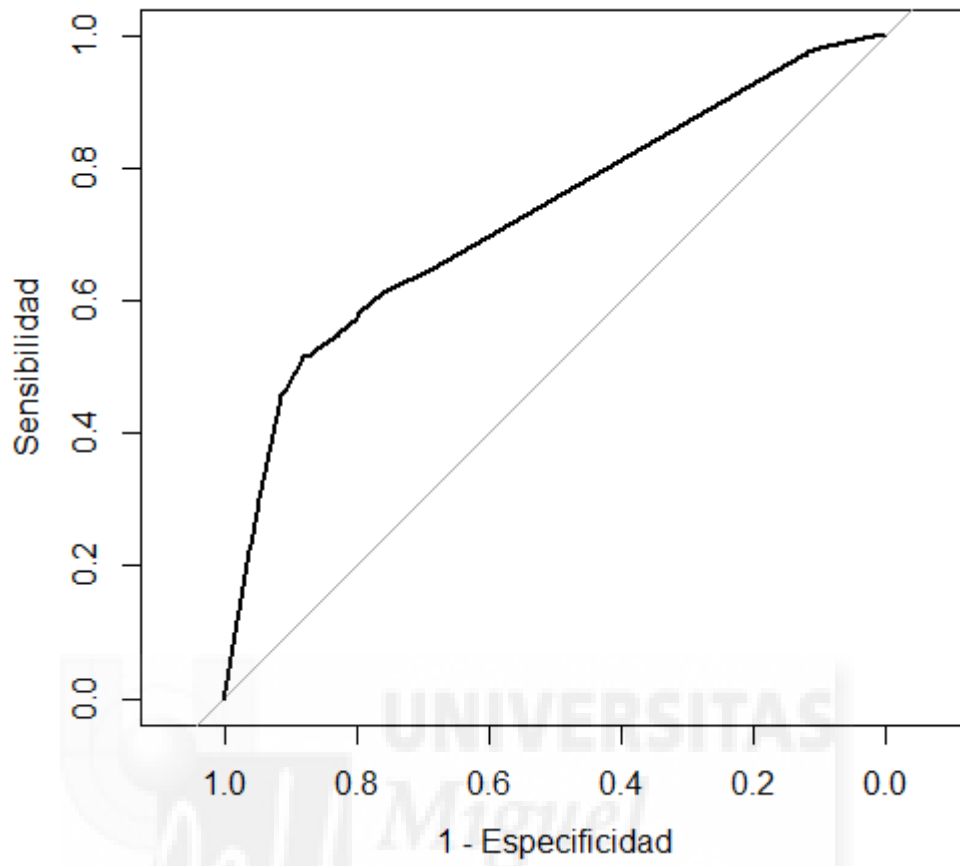


Figura 12. Curva ROC del modelo multivariante dimensión conocimientos y habilidades

## PUNTUACIÓN TOTAL DEL CUESTIONARIO

Tabla 45. Modelo multivariante para puntuación total

	OR	IC 95%	p-valor
Taller Auxiliares de enfermería No	1		
Taller Auxiliares de enfermería Si	3,341	(1,308-8,532)	0,012*
Tema Curso de Enfermería No	1		
Tema Curso de Enfermería Si	0,317	(0,119-0,841)	0,021*
Sesión para Enfermería No	1		
Sesión para Enfermería Si	0,453	(0,303-0,676)	<0,001*
Edad < 35 años			
Edad 35-44 años	1,401	(0,724-2,713)	0,317
Edad 45-54 años	1,505	(0,786-2,882)	0,217
Edad 55-65 años	1,240	(0,680-2,261)	0,483
Plaza ocupada EAP	1		
Plaza ocupada CAP II	7,161	(4,602-11,144)	<0,001*
Plaza ocupada Servicio Especial	6,843	(4,268-10,971)	<0,001*
Plaza ocupada Pediatría	0,961	(0,500-1,847)	0,905
Plaza ocupada Dirección	0,637	(0,221-1,833)	0,403
Plaza ocupada Zona	0,209	(0,028-1,558)	0,126
Plaza ocupada ACUT	7,381	(3,764-14,476)	<0,001*
Plaza ocupada Otros	5,369	(2,907-9,916)	<0,001*

\* p &lt; 0,05

- Las variables que se asocian con un mejor resultado en la puntuación global del cuestionario CPBE-19 son haber realizado docencia en talleres para auxiliares de enfermería, haber sido docente de temas de cursos de enfermería, haber impartido como docente sesiones para enfermería. (Ver tabla 45).
  
- La edad actúa como variable confusora de ajuste en el modelo de regresión logística.
  
- Haber realizado como docente algún tema en cursos para enfermería se asocia con mejor resultado en la puntuación total. (Ver tabla 45).
  
- Haber hecho sesiones para enfermería en calidad de personal docente, se asocia con mejor resultado en la puntuación total. (Ver tabla 45).
  
- En relación al tipo de plaza ocupada, las de CAP II, servicio especial, ACUT y otros se asocian con peor resultado en la puntuación total que las de EAP. Las restantes plazas no son significativas. (Ver tabla 45).

Tabla 46. Indicadores modelo para puntuación total

n	n peor resultado	Chi <sup>2</sup>	p-valor	area ROC	IC 95%
1171	264	216	0	0,777	(0,745-0,8092)

- El modelo ajusta bien a los datos, y presenta capacidad predictiva moderada.





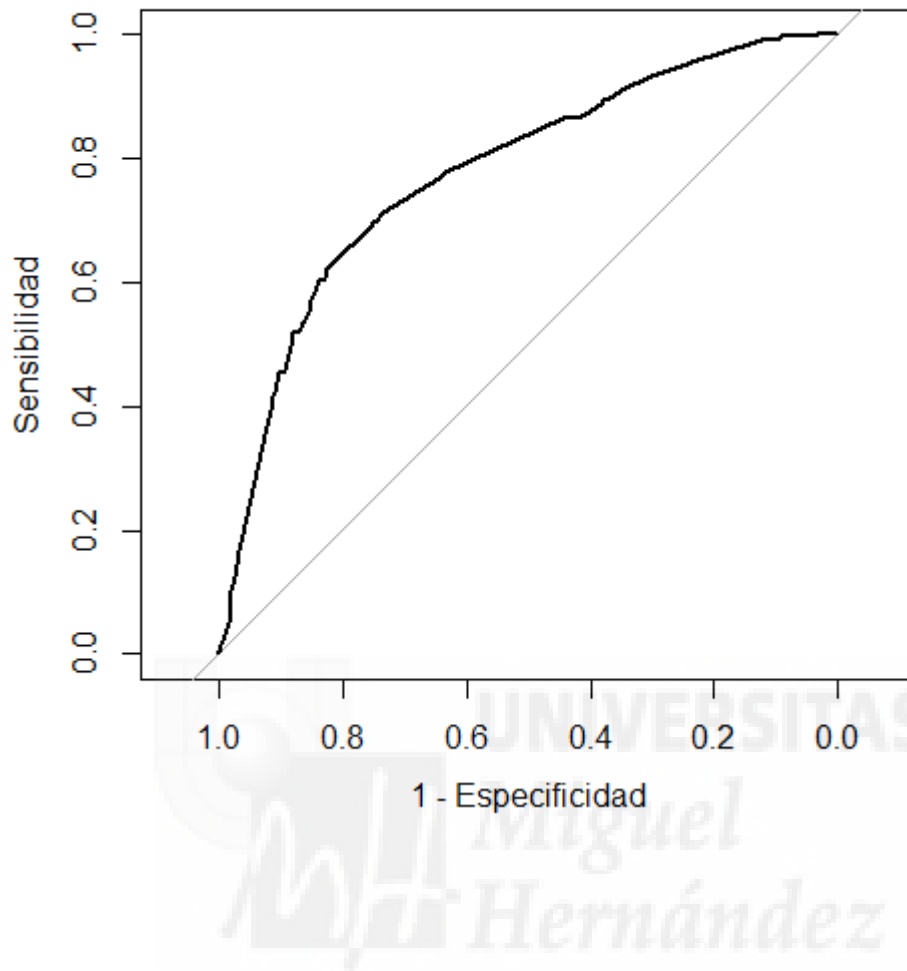


Figura 13. Curva ROC del modelo multivariante para puntuación total





# **DISCUSIÓN**

## 9. DISCUSIÓN

En relación al objetivo de estudio, que consiste en explorar la competencia del personal de enfermería en la aplicación de la evidencia científica, se interpretan los resultados obtenidos de la determinación de la práctica, actitud y conocimientos y habilidades de los profesionales de enfermería de la atención primaria de Barcelona Ciudad ante la PBE.

La tasa de respuesta obtenida en el estudio ha sido del 78%, superior a la de otros estudios como <sup>(175,178,263)</sup> en los que no se consiguió llegar al 61%, o superar el 40% e incluso menor.

Destaca una mayor representación del sexo femenino, al igual que en otras investigaciones.<sup>(197)</sup> (Ver tabla 18). Todo y que también existen estudios en los que la variable género no influye sobre la utilización de la investigación en la práctica clínica.<sup>(160,162,164,264)</sup>

La edad media es de 51,2 años con un rango entre 25 y 65 años, similar a otros estudios a nivel internacional donde prevalece la mediana edad.<sup>(173,263)</sup> Y al igual que ocurre también a nivel nacional.<sup>(178,193,200)</sup> (Ver tabla 17).

Encontramos también una diferencia con otras experiencias, que cuentan con edades inferiores para ambos sexos.<sup>(263,264)</sup>

Al igual que en otras experiencias, manifestaciones de mayor uso de EBE a nivel individual, corresponden a personas encuestadas que cuentan con más años de profesión aunque no necesariamente en el ICS, es decir más experiencia profesional, siendo en esta los años de profesional medios 26,1 (entre 1 y 46 años), y los años medios desde la finalización de la carrera de 30,1 años (entre 2 y 47 años), aquellas que ostentan una formación académica superior aunque tampoco necesariamente relacionada con la profesión y aquellas que están en el

EAP y ocupando en la empresa puestos de dirección.<sup>(177,264,265)</sup> (Ver tablas 14,17 y 18).

En estudios en los que se ha aplicado el EBPQ, se obtuvieron resultados concordantes ascendientes entre años de experiencia y uso de evidencias en los cuidados.<sup>(263,266)</sup>

Y en otros estudios, se concluye que el uso de búsquedas basadas en la evidencia se incrementa con la edad y los años de experiencia de los profesionales <sup>(174,266)</sup>.

Así como en el estudio de Guadarrama,<sup>(199)</sup> que se obtuvieron valores más altos en la suma de la escala THE BARRIERS en función de la experiencia como enfermera.

Y también en el de Gerrish<sup>(176)</sup> en el que se ha encontrado diferencias a favor del segmento de mayor antigüedad en función de la experiencia profesional y como confirma el estudio de Forsman<sup>(267)</sup> realizado en profesionales de enfermería entre 1 y 3 años de experiencia.

Se afirma de los resultados de diferentes estudios que la experiencia profesional suele consolidar el rol profesional de la enfermera en relación a varias variables entre las que destaca el centro de trabajo, como en el estudio llevado a cabo, la atención primaria, y concretamente ocupando una plaza de EAP, con el 58,3 % de los encuestados, presentando niveles más altos de competencias para aplicar PCBE <sup>(173,187,263,268,269)</sup>.

Así, los profesionales que acumulan periodos largos en un mismo puesto, como el presente, en el que la antigüedad, la media es de 20,3 años (ver tabla 17), lo que les ha permitido adquirir un nivel de conocimiento y práctica en su rol, favoreciendo la seguridad, la autonomía y la confianza, consolidando los conocimientos adquiridos a través de ese nivel de experiencia.<sup>(270,271,272)</sup>

Un estudio realizado en Suecia por Boström et al<sup>(201)</sup> con profesionales de enfermería de menos de 2 años de experiencia laboral, es decir, recién egresados de la universidad, halló importantes diferencias en las habilidades y conocimientos para la PCBE en función de los entornos, valoradas con dimensiones parecidas a las exploradas por el EBPQ siendo los de atención primaria los que obtuvieron menor puntuación en cuatro de las seis encuestadas.<sup>(273,274)</sup> Al igual que en los resultados del estudio en cuanto a habilidades y conocimiento (ver tablas 23 y 24).

Se concluyó, según expone Seguí<sup>(275)</sup> en su tesis, que la implementación de la PBE supone para las organizaciones un proceso lento y complejo en que mucho tiene que ver los factores contextuales y el rol de las enfermeras dentro de la organización.

De manera similar, haber realizado estudios superiores, se asocia con mejores resultados, a pesar de que en ninguna dimensión la puntuación media alcanza el punto medio de 50 puntos. En estudios se asocian significativamente las titulaciones superiores con la utilización de la investigación en la práctica clínica, justificándolo ya que en las titulaciones de Máster y Doctorado se otorgan competencias en Investigación que favorecen la aplicación de PCBE<sup>(103,173,178)</sup>.

En otros estudios, como el de Hundley<sup>(276)</sup> y Moreno – Casbas<sup>(197)</sup> también se coincide parcialmente en los resultados obtenidos, ya que afirman que los profesionales que se dedican a la investigación cuentan con mayor formación académica reglada. (ver tabla 19).

Al igual que los estudios realizados en Estados Unidos mediante una encuesta realizada a 422 enfermeras, en la que se manifiesta una relación significativa entre la aplicación de PBE y las enfermeras mejor formadas<sup>(263)</sup>.

Así como en el estudio de Guadarrama,<sup>(199)</sup> que se obtuvieron valores más altos en la suma de la escala THE BARRIERS en profesionales con formación de postgrado. (Ver tablas 19, 25, 28 y 31).

Y en concordancia, también se encontró una diferencia significativa mantenida en los tres factores del EBPQ, a favor de los profesionales de enfermería con funciones de gestión (supervisión y coordinación) sobre los clínicos<sup>(187)</sup>. (Ver tabla 18).

Y todo que la experiencia ha sido realizado en servicios especiales, concretamente UCI, se ha obtenido resultados justamente lo contrario, es decir, en el trabajo de Tesis presentada como requisito para optar al título de Magister en Enfermería con Profundización en cuidado Crítico "La Evidencia: una herramienta para el cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidado intensivo" de Campos I<sup>(94)</sup> se obtuvo un promedio inferior a seis en los profesionales que acreditaban más de 22 años de experiencia.

También en una experiencia compartida entre hospital y atención primaria, en cuanto al grado de competencia profesional percibido por los profesionales de enfermería para desarrollar una práctica clínica basada en la evidencia (PCBE), medido con el cuestionario EBPQ, se encontraron diferencias significativas en la puntuación global en función de los años de experiencia, con mejores puntuaciones los profesionales con menos experiencia frente al resto.<sup>(187)</sup>

Por otro lado, coincidiendo con el trabajo realizado por González, S.<sup>(265)</sup> "Factores que influyen en la incorporación de la evidencia científica a la práctica diaria de las enfermeras de Atención Primaria", para el acceso a la Tesis doctoral de la Universitat de les Illes Balears, España. Se ha concluido que a más años de experiencia se ha

correspondido una respuesta al menor dominio de tecnologías e idiomas, puntos clave para desarrollar competencias en EBE como se afirma también en otros estudios las enfermeras obtienen una puntuación más alta<sup>(263)</sup>.

Algunos estudios consideran una proximidad de la formación universitaria como un determinante de una actitud favorable hacia el manejo y aplicación de una EBE, en la práctica clínica. En comparación con este estudio, centrándonos únicamente en la formación de la profesión no guarda relación, no obstante si analizamos los resultados teniendo en cuenta el tiempo de finalización de estudios universitarios cualesquiera si se constata la misma relación.<sup>(175)</sup> (Ver tabla 17).

En el estudio de Gerrish et al<sup>(175)</sup> en el que se investiga sobre las herramientas utilizadas por las enfermeras de práctica avanzada para promover el uso de la EBE en profesionales de Atención Primaria y hospitales, se concluye que los factores que mejoran de una manera más rápida los procesos de implantación de EBE y facilitan su aplicación son la administración del conocimiento, una mayor utilización de internet, y redes formales o informales, y la capacidad de generar conocimiento.

Y que, a pesar de que las enfermeras de práctica avanzada manifestaban estar mejor formadas en aspectos de liderazgo para la implantación de la EBE es necesario el apoyo organizacional e interpersonal para que éste se pueda llevar a cabo de forma satisfactoria. Y las más avanzadas, a diferencia del estudio realizado, utilizan menos en la práctica diaria la EBE.

Alonso RM et al<sup>(207)</sup> en su comunicación oral titulada "Índice de valoración del contexto de práctica enfermera en un hospital universitario" presentada en "Cuidados y tecnología: una relación necesaria" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, en noviembre de 2013 en Granada, concluye



que el liderazgo es un factor que la organización debe tener en cuenta como un elemento a trabajar , ya que se valora como uno de los factores de mayor impacto en la disminución del valor del contexto, para una política de transferencia de conocimiento y de práctica enfermera basada en la evidencia.

En esta misma línea, se observa como conclusión del estudio realizado en Irán, para evaluar la percepción de 21 enfermeras sobre la PBE a través de entrevistas semiestructuradas, que las enfermeras mostraban una actitud favorable hacia la PBE pero, a sensu contrario, la evidencia disponible tenía poco que ver con su práctica asistencial diaria, y, por lo tanto para que ésta pudiese ser implantada se percibía la necesidad de un mayor apoyo organizacional y educacional.<sup>(270)</sup>

En este sentido, diversos estudios han demostrado que la formación en EBE durante la carrera universitaria enfermera influirá de manera positiva a la hora de su utilización en la vida profesional.  
(269,271,272,273,274,275,276)

Bonfill<sup>(38)</sup> también relaciona en su obra el mayor desarrollo de la PBE si existe un mayor conocimiento científico, ya que la práctica clínica será más efectiva si se basa en las decisiones adecuadas. En el estudio se obtienen menores puntuaciones en las tres dimensiones a mayor nivel académico (Ver tablas 25, 28 y 31).

Se requiere que la práctica clínica de los profesionales de enfermería sea a la vez efectiva y eficiente, así se ha de beneficiar tanto al usuario en las condiciones reales de la práctica habitual, como a los recursos humanos materiales y de costes utilizados a la hora de brindar cuidados de salud.<sup>(38)</sup>

Así, al igual que en el estudio de Moreno – Casbas <sup>(197)</sup> los profesionales han realizado pocas horas de formación continuada en la temática de investigación en general. Concretamente un total de 205

sujetos y no superando las 100 horas. Aunque no supone una diferencia a la hora de aplicar EBE en la práctica diaria. (Ver tablas 39 y 41).

Pero, se observan similitudes a la hora de haber realizado formación continuada en investigación con uso de EBE en la práctica, al igual que expone Solís<sup>(200)</sup> en su tesis, que existen diferencias estadísticamente significativas entre los que han recibido formación en PCBE y los que no, profundizando más en su estudio, en cuanto a utilización de más recursos y usados estos con más frecuencia. (Ver tablas 39 y 41).

También se ha obtenido una asociación entre uso de EBE y haber realizado investigaciones previas, así como en el estudio de Guadarrama,<sup>(199)</sup> que se obtuvieron valores más altos en la suma de la escala THE BARRIERS en aquellos profesionales que habían realizado previamente alguna investigación. (Ver tablas 39, 41 y 43).

Al igual que en los resultados obtenidos en este estudio, existen otros artículos que establecen que existe una separación entre la investigación en enfermería y la práctica, es decir, a pesar de realizar investigación, los resultados obtenidos no se aplican en el día a día, por lo que se puede afirmar que no existe una adaptación a la práctica profesional enfermera de los conocimientos generados por la investigación, lo que impide que se contribuya a la mejora asistencial.<sup>(202,275,276,277)</sup>

También afirman que se hace prioritario incorporar metodología de evidencia científica e investigación en los currículos de enfermería para que los futuros profesionales puedan ejercer su rol con pensamiento crítico para mejorar el cuidado ofrecido y asegurar una práctica de enfermería basada en la evidencia<sup>(11,197)</sup>.

Se observan concordancias a la hora de las respuestas obtenidas en la valoración de conocimientos y habilidades relacionada con la utilización de evidencias en la práctica de implementación de la EBE. En este sentido los resultados coinciden con otros estudios que encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la utilización de evidencias en la práctica y los conocimientos/habilidades que presentaban los profesionales en la implementación de la EBE, referentes a estas dimensiones <sup>(95,269,278,279)</sup> (Ver tabla 31).

De ahí la importancia que expone Campos I <sup>(94)</sup> de que se promueva la utilización de la EBE, en la práctica fortaleciendo las competencias requeridas para su utilización tales como capacidad de análisis crítico de la práctica, asociación de hallazgos científicos con la práctica, encontrar focos de investigación en problemas o situaciones de la práctica, acrecentar los conocimientos en metodología de la investigación y la habilidad para implementar y evaluar los cambios en el cuidado derivados la EBE.

Así como la necesidad que concluye el estudio realizado por Sánchez et al <sup>(77)</sup> de cambiar la cultura de las organizaciones sanitarias para poder motivar a los profesionales y romper con las actitudes de resistencia que impiden la implementación de evidencias. Ya que en trabajos realizados como el De Pedro et al <sup>(186)</sup> se manifiesta que el factor con mayor influencia sobre la PCBE es el apoyo de los gestores de enfermería.

Utilizando otros instrumentos de medida, a la hora de evaluar la actitud para la utilización de la EBE, hay estudios publicados que confirman que las enfermeras mantienen una actitud positiva hacia al uso de la evidencia como arma para guiar su práctica. <sup>(173,178)</sup>

En la literatura encontramos, estudios que afirman que en las decisiones clínicas las creencias y tradiciones en muchas ocasiones, pesan más que la investigación. Por ello, se plantea que para poder

aportar cuidados enfermeros de máxima calidad sea preciso una actitud equilibrada entre la aplicación del juicio clínico y los medios disponibles, y la mejor evidencia y lo aprendido por la experiencia<sup>(268,276,278)</sup>

Y entre otros, el estudio de De Pedro et al<sup>(194)</sup> concluye que el entorno de atención primaria facilita un mayor acercamiento a la práctica clínica basada en la evidencia. La práctica profesional en hospitales es más propensa a perpetuar roles de enfermería tradicionales, y si cabe con menos autonomía a la hora de aplicar decisiones, quizá por encontrarse más jerarquizado que la atención primaria que presenta más autonomía en la toma de decisiones.

A sensu contrario, existen otras investigaciones que concluyen que la cultura y el ambiente de trabajo de las profesionales con más experiencia pueden absorber a las enfermeras más noveles incluso evitando que se sientan independientes para aplicar sus conocimientos la práctica diaria<sup>(280,281,282,283,284)</sup>.

La vinculación laboral según afirman determinados autores como expone Solís<sup>(200)</sup> en su tesis, no influye en las competencias en EBE, aunque en el estudio se observan, valores más altos en el personal con vinculación fija con el 55,6%, seguidos de los interinos con el 38,2% , similares al estudio de Wallin<sup>(213)</sup> y que difieren del de Butler.<sup>(285)</sup> (Ver tabla 18).

Podemos resumir englobando estas características estudiadas, y coincidiendo con otros estudios, que el perfil predominante en este estudio fue mujer, con 26 años de experiencia profesional y vinculación laboral con plaza en propiedad, con titulación de Diplomado en Enfermería, que no ha recibido ni ha realizado formación adicional en investigación y que realiza tareas en una plaza de EAP.<sup>(197,199,284)</sup> (Ver tablas 17 y 18).

Relacionando las competencias en EBE para la aplicación en la práctica clínica, con las dimensiones de integración en la práctica, actitud y conocimientos y habilidades, se encontró que dentro de la poca aplicación, ésta es mayoritariamente en presencia de un mayor nivel de conocimiento, a excepción de idiomas y nuevas tecnologías, así como mayor habilidad y actitud. Coincidiendo parcialmente con otros estudios que desprenden resultados demostrando una óptima utilización de la EBE en la práctica igualada a unas habilidades y conocimientos también óptimos.<sup>(163,176)</sup> (Ver tablas 25,28 y 31).

Al igual que afirma Martínez ML<sup>(286)</sup> se manifiesta que los profesionales que han recibido formación en PBE, adquieren más competencias en PCBE.

De igual forma, Shaneyfelt T,<sup>(287)</sup> et al revela que los profesionales que desean consolidar competencias en PCBE mejorarán sus conocimientos y habilidades, consultando revistas científicas, realizando de manera productiva búsquedas en Internet leyendo artículos en inglés, para conseguir implementar resultados de investigación.

Se valora el buen uso de la práctica basada en la evidencia mediante los resultados obtenidos en los apartados de práctica, actitud y conocimientos y habilidades, abordados en el cuestionario de efectividad clínica y práctica basada en la evidencia, (CPBE- 19) (Anexo 1) mediante los tres apartados.

Al igual parcialmente que en el estudio de González-Torrente et al<sup>(173)</sup> los profesionales con menor experiencia obtuvieron el mejor resultado para las tres variables; Práctica, Actitudes y Conocimientos/Habilidades. (Ver tablas 17, 22, 23 y 24).

Las puntuaciones obtenidas en este estudio se asemejan al de otras investigaciones, como la de Brown et al<sup>(282)</sup> y el de Solís<sup>(200)</sup> donde destacó como primero la actitud. (Ver tabla 17, 23 y 24). Y se obtuvo una mejor valoración los ítems del factor práctica "Integré la evidencia encontrada con mi experiencia" y "Compartí esta información con mis colegas". (Ver tabla 22).

Que a diferencia del que nos ocupa, los valores más altos están relacionados con la dimensión Actitud en las preguntas "Recibo de buen agrado que cuestionen mis intervenciones en el curso de mi práctica clínica" y "He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencias al respecto" con unos resultados medios de 3,3 y 3,02 respectivamente. Y en la dimensión práctica se obtuvo una mejor valoración en "Formulé una pregunta de búsqueda claramente definida, como el principio del proceso para cubrir esta laguna" y en "Indagué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta", con unos resultados medios de 1,78. (Ver tabla 22).

Al igual que en el estudio de Moreno – Casbas<sup>(197)</sup> donde la barrera de mayor porcentaje en investigadores activos fue "la enfermería no se siente capaz de evaluar la calidad de la investigación", en este estudio ha sido "Evalué críticamente, mediante criterios explícitos, cualquier

referencia bibliográfica hallada" y "Evalué los resultados tras aplicar la evidencia hallada a mi práctica" on una media de 1. (Ver tabla 22).

En el factor Actitud "Recibo de buen agrado preguntas sobre mi práctica" en este estudio ha sido valorada con la puntuación máxima y "He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencia al respecto" a diferencia de otros estudios, ha sido valorada como la de menor puntuación.<sup>(177,178,186,193)</sup> Y la pregunta que peor se comporta es "El conocimiento que aporta la evidencia es fundamental para la práctica profesional."(Ver tabla 22).

Y en el factor Conocimientos/Habilidades "Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes" coincide en ser la más valorada con una media de 2,38.(Ver tabla 22).

Al igual que en otros estudios un mayor nivel académico establece una diferencia en competencias en EBE, así del personal encuestado, aquel que posee en relación con la profesión título de Postgrado, Máster o Doctorado, y aún sin relación titulación de diplomatura o licenciatura es el que ostenta puntuaciones más altas en los tres factores del cuestionario<sup>(144,178,193,263)</sup>. (Ver tablas 25,28 y 31).

Similar ocurre a nivel internacional, como en el estudio de Koehn et al<sup>(263)</sup> que se evidencian diferencias en las competencias en relación a una mayor titulación académica.

A diferencia de otros estudios, en todas las dimensiones se obtuvo una mejor puntuación en los profesionales que ocupaban plazas de EAP con el 58,3%, seguidas del CAP II con el 10,5%, y no en aquellas enfermeras que contaban con cargos de gestión versus a las enfermeras puramente clínicas<sup>(178)</sup>. (Ver tabla 18).

Squires y col.<sup>(264)</sup> en una revisión realizada en 2011 concluye que, en todos los estudios examinados, la actitud de las enfermeras hacia la investigación es la única característica individual que se relaciona

positivamente con el uso de la investigación en el trabajo.<sup>(268,270,279,280,281,282,283,284)</sup>.

Al igual que en el estudio de Martínez JD et al<sup>(288)</sup> existe una falta de correlación entre la actitud positiva y las puntuaciones medias más bajas de las dimensiones Conocimientos y Habilidades.

En la mayoría de estudios, en los que se ha evaluado la dimensión actitud, se concluye que el personal de enfermería mantiene una actitud positiva referente al uso de la evidencia como herramienta para guiar su práctica no obstante, esa cualidad no queda reflejada sobre la asistencia clínica diaria.<sup>(289,290,291,292)</sup>

Al igual que en el estudio actual, que se obtienen resultados positivos a los cambios pero sin encontrarlos fundamentales en la práctica profesional y por tanto no aplicándolos en el día a día asistencial.

A la hora de analizar la búsqueda de evidencia tal como el estudio de Garq y Turtle<sup>(293)</sup> donde los profesionales de mayor edad tienen más dificultad en encontrar la evidencia, y si la encuentran, tienen mayor dificultad para establecer su calidad, del estudio se desprende que los profesionales de mayor edad no cuentan con conocimientos a la hora de recuperar evidencia de distintas fuentes, ni es capaz de analizar la evidencia encontrada de una manera crítica.

En concordancia parcial con el estudio de Martínez JD et al<sup>(288)</sup> las personas que poseían otro título universitario obtuvieron diferencias significativas, aunque en el estudio de comparación exclusivamente en la dimensión Conocimientos. Ya que se han obtenido puntuaciones más elevadas en las personas que ostentan titulaciones superiores. (Ver tabla 31).

Investigaciones efectuadas por Brown et al<sup>(282)</sup> y Koehn et al,<sup>(263)</sup> presentan puntuaciones medias más altas para las dimensiones conocimientos y habilidades. Y similares aparecen en el estudio de



Martínez JD et al.<sup>(288)</sup> Y en el estudio actual la dimensión menos puntuada también corresponde al apartado de actitudes. (Ver tabla 28).

A pesar de haberse demostrado en otros estudios que la práctica de la enfermería basada en la investigación ofrece mejores resultados que la práctica de cuidados basada en la intuición, coincidimos en los resultados y afirmamos que en el personal encuestado sólo una pequeña parte de la práctica enfermera se basa en la investigación.<sup>(283,284,285,294)</sup>

García JM et al.<sup>(295)</sup> afirman de la revisión sistemática realizada que en España el personal de enfermería desconoce y no maneja de modo adecuado las fuentes de información que proceden de internet, no leen habitualmente revistas científicas y en lengua inglesa mucho menos, y no realizan lectura crítica por desconocimiento de la misma.

El estudio de Garq y Turtle<sup>(293)</sup> concluye que el profesional cualificado, y con formación en búsqueda y valoración crítica, es capaz de encontrar y valorar mejor la evidencia; los profesionales que no han recibido en su formación habilidades de búsqueda y valoración crítica, manifiestan tener dificultades para encontrar y valorar la evidencia. En resumen, se puede afirmar que la formación en búsquedas y valoración de la evidencia mejora las habilidades profesionales, y ayuda a conseguir un mayor uso por parte del profesional de la evidencia en la práctica clínica.

Todo y que Tizón<sup>(296)</sup> afirma que los profesionales sanitarios requieren actualizar sus conocimientos para cubrir adecuadamente las necesidades de atención a la salud y a la enfermedad de la población que atiende, de manera efectiva y segura.

Para poder contribuir al desarrollo de la enfermería basada en la evidencia se deberá, tal como se afirma entre otros en el artículo de

García Fernández<sup>(62)</sup>, como profesionales seguir investigando y generar con sus resultados evidencias que llevaremos a posteriori a la práctica, es decir, generar, consumir e implementar la evidencia científica ofreciendo así cuidados excelentes al paciente que contribuirá eligiendo la que considere más adecuada de las opciones planteadas en su situación y momento personal fomentado la excelencia profesional.

Se realizó una revisión sistemática por Patelarou AE et al.<sup>(294)</sup> bajo el título "Evidencia actual sobre las actitudes, el conocimiento y las percepciones de las enfermeras en relación con la práctica basada en la evidencia Implementación en los entornos de la Comunidad Europea", en que se incluyeron estudios cuantitativos que utilizaron instrumentos para investigar la actitud o las percepciones o el conocimiento del personal de enfermería con respecto a la implementación de EBP, de los cuales 4 fueron realizados en Atención Primaria.

El objetivo de esta revisión sistemática fue resumir los estudios descriptivos que examinan las actitudes, percepciones y conocimientos existentes hacia la práctica basada en la evidencia entre las enfermeras que trabajan en entornos de la Comunidad Europea.

Del estudio de Seija Alanen et al<sup>(297)</sup>, que describe las actitudes de las enfermeras de atención primaria respecto a las directrices entre las enfermeras finlandesas de atención primaria y las asociaciones entre las actitudes, las intervenciones de implementación y el uso de las guías, en el que se obtuvo una respuesta de 327 enfermeras, se concluye que se aceptaron como una fuente fiable de asesoramiento en la atención al paciente en la atención primaria de Finlandia las directrices basadas en la evidencia. Así como que las intervenciones de implementación mejoran las actitudes hacia las directrices y consecuentemente mejoran el uso de las guías.

En el estudio se han obtenido puntuaciones medias muy bajas en todas las dimensiones, no llegando en ningún supuesto a superar el 4, pero se ha obtenido la mayor puntuación en el factor actitud (una media de 29,2). (Ver tablas 23 y 24).

Así, en el estudio, en una escala de 0 a 100 y por dimensiones se han obtenido unas puntuaciones medias de 5,3, 29,2 y 7,7 para los factores de integración de la PBE en la práctica clínica, la actitud del profesional ante la PBE y los conocimientos y habilidades en la integración de la PBE respectivamente. (Ver tabla 24).



## **Aspectos éticos**

La investigación llevada a cabo no supone ni representa un riesgo para las personas que participaron en ella, se establece el consentimiento informado, que se considera así ya que lo otorga una persona que entiende el propósito y la naturaleza del estudio, lo que debe hacer y qué riesgos debe afrontar al participar en el estudio y qué beneficios se desea lograr como resultado del estudio, y se garantiza el manejo confidencial de la información.

En todo momento existe el compromiso de cumplir las normas de buena práctica investigadora y garantizar los principios de anonimidad y confidencialidad de la información.

Se ha garantizado la participación voluntaria e informada mediante la información ofrecida por la investigadora.

Los participantes, bien accedieron de manera voluntaria a colaborar con el estudio otorgando su consentimiento informado de forma verbal, o bien manifestaron su decisión voluntaria de no realizarlo.

Se ha conservado y garantizado en todo momento, la confidencialidad de los datos así como la información obtenida, ya que al registrar datos personales se ha asegurado que sólo la investigadora conoce a quién pertenecen los datos recogidos.

Las notas de registro obtenidas de la investigación se tratarán con la máxima reserva y confidencialidad posible, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/199, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal <sup>(298)</sup> y el Real Decreto 1720/2007, <sup>(299)</sup> de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento para el desarrollo de dicha Ley Orgánica, en cuanto al procesamiento de los datos y su facilitación a terceros.

Se contempla la garantía de guardar la privacidad de los participantes, y el respeto a su autonomía, al aceptar o no la participación en la investigación, el uso de datos con fines para el proyecto y el compromiso de la devolución de los resultados a las personas participantes.

Para preservar el anonimato de las encuestas, estas se han codificado, así como los centros y servicios, mediante un código alfanumérico, y en un listado paralelo se ha identificado de manera nominal el código de la encuesta realizada, de manera que únicamente la investigadora principal conoce su procedencia.

Y se ha realizado un tratamiento agregado y codificado de los datos, generalizando los resultados en función de las modalidades de las plazas ocupadas por el personal entrevistado y generalizando los servicios, aunándolos bajo la categoría de otros, para aquellas plazas susceptibles de ser identificadas las personas individualmente por alguna característica del cuestionario, garantizando así la confidencialidad de la información.

El resultado de la aplicación del instrumento será utilizado únicamente con fines investigativos y académicos; únicamente la persona investigadora será quien tendrá acceso a la información recolectada y se garantizará que no será modificada.

Se han tenido en cuenta los principios de:

**Veracidad:** Los datos obtenidos de las entrevistas de los profesionales no han sido manipulados.

**Fidelidad:** Los datos obtenidos de las entrevistas serán confidenciales, ya que se utilizarán códigos de identificación y no se darán a conocer de manera tácita ni expresa los nombres de los participantes.

**No maleficencia:** El presente estudio no presenta ningún riesgo, ya que no se realiza ninguna intervención en los profesionales.

No se afecta el medio ambiente.

El desarrollo de la investigación no ocasiona daños a los participantes, sino que pretende aportar beneficios al ejercicio de la profesión, ya que permitirá describir la utilización de la EBE como instrumento en la práctica diaria asistencial.

**Autonomía:** Los profesionales, tendrán la capacidad de decidir su participación o no en el estudio, pudiendo incluso sin manifestarlo previamente, no hacer entrega llegado el momento del cuestionario cumplimentado.

**Reciprocidad:** Una vez finalizado el estudio de investigación se garantizará que sus resultados se darán a conocer de manera global a los participantes.

## **Limitaciones y ventajas**

Entre las limitaciones y posibles sesgos, encontramos las generadas por las encuestas como la fiabilidad y la tasa de respuesta certera. Que en este estudio la tasa de respuesta ha sido alta.

Las personas que no contestaron, eran similares a las que sí lo han hecho, por lo que el sesgo debido a la no respuesta, se encuentra controlado aunque en nuestro estudio no se ha dado el caso.

El cuestionario autoadministrado está validado para evaluar práctica, actitud y conocimientos y habilidades, puede generar una puntuación sobrevalorada, aunque en este estudio no se ha dado el caso.

Ha sido administrado en profesionales de enfermería que realizan funciones asistenciales en Atención Primaria de Barcelona Ciudad como personal estatutario en centros y servicios del Instituto Catalán de la Salud, y que cumplían los criterios de inclusión para el objetivo de este trabajo.

La muestra estudiada es representativa de la población de estudio. Siendo esto una ventaja para la extrapolación de los resultados.

Este estudio es un primer paso en la realización de estudios prospectivos donde se analice causa-efecto. También podrá servir a la planificación en este caso, de los servicios sanitarios para realizar un plan de mejora para que los profesionales del ámbito de la AP, implemente en su práctica clínica la EBE.

## **Futuras líneas de investigación**

Sería de utilidad para avanzar en este campo, continuar investigando para evaluar el conocimiento de las enfermeras de Atención Primaria, así como analizar qué factores influyen o pueden influir en el impedimento de la utilización de pruebas en la práctica de la enfermería, así como la aplicación de la evidencia científica en la práctica asistencial y cómo pueden prevenirse.

Como futuras líneas de investigación se proponen:

- Conocer las barreras que se presentan en la búsqueda y aplicación de la evidencia que apoye la práctica enfermera.
- Definir las principales barreras que pueden limitar la adecuación de la atención sanitaria a la evidencia científica.
- Identificar áreas deficitarias o de desarrollo complejo en la aplicación de la evidencia en la práctica.
- Analizar las necesidades detectadas.
- Describir propuestas de mejora para potenciar la Práctica Basada en la Evidencia.
- Diseñar líneas estratégicas como propuesta de soluciones acorde con los recursos disponibles.
- Implementar un plan de mejora y una vez implantado evaluar nuevamente los conocimientos, actitudes y habilidades del personal de enfermería en la aplicación práctica de la evidencia.



# **CONCLUSIONES**



## 10. CONCLUSIONES

En relación al **objetivo general**, el profesional de enfermería que presta servicios como personal estatutario en la Atención Primaria de la gerencia territorial de Barcelona Ciudad del ICS, no realiza en su práctica diaria una utilización de la evidencia científica. Ya que presenta muy bajas puntuaciones medias en todos los ítems del cuestionario CPBE-19, ningún ítem analizado llega a la puntuación media de 'aprobado', situado en 4 puntos sobre 7.

La puntuación media total del cuestionario se sitúa en 10,3 puntos, sobre 100, lo que indica que no se utiliza la evidencia científica en la práctica clínica.

Para el **objetivo específico 1**, en una escala de 0 a 100, la práctica del personal de enfermería en la aplicación práctica de la evidencia científica, llega a 5,3 puntos, muy lejos del 'aprobado' situado en 50 puntos.

Los factores que se asocian en el modelo multivariante, a una puntuación baja en la dimensión práctica son no haber realizado como docente sesiones para el personal de enfermería, tener turno de mañana, y tener plaza de CAP II, servicio especial, ACUT u Otros.

Para el **objetivo específico 2**, en una escala de 0 a 100, la actitud del personal de enfermería en la aplicación práctica de la evidencia científica, llega a 29,2 puntos, muy lejos del 'aprobado' situado en 50 puntos.

Los factores que se asocian a una puntuación baja son no haber realizado Temas para Cursos de Enfermería, no haber realizado Sesiones para Enfermería, tener entre 10-19 años desde la finalización de la carrera, tener turno de mañana, y tener plaza en CAP II, servicio especial, ACUT u Otros.

Para el **objetivo específico 3**, en una escala de 0 a 100, los conocimientos y habilidades del personal de enfermería en la aplicación práctica de la evidencia científica, llega a 7,7 puntos, muy lejos del 'aprobado' situado en 50 puntos.

No se han encontrado factores significativos asociados.







# **BIBLIOGRAFÍA**

## 11. BIBLIOGRAFÍA/ WEBGRAFÍA

1. Boucourt Rivera Larissa. Su excelencia: la medicina basada en evidencias. ACIMED [Internet]. 2003 Jun [Consulta: 2 mayo 2017]; 11(3):3-4. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352003000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352003000300002&lng=es).
2. Diccionario de la lengua española, de la Real Academia Española. <http://dle.rae.es/?id=H9WZ6YF> [Consulta: 2 mayo 2017].
3. Websters New Collegiate Dictionary. [http://lecture.ecc.u-tokyo.ac.jp/~cwpgally/references/2012W\\_Lex\\_group\\_definitions.pdf](http://lecture.ecc.u-tokyo.ac.jp/~cwpgally/references/2012W_Lex_group_definitions.pdf) [Consulta: 2 mayo 2017].
4. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W et al. Evidence-based Medicine. How to practice & teach EBM. New York: Churchill Livingstone; 1997.
5. Muir Gray J.A. Atención sanitaria Basada en la Evidencia. Como tomar decisiones en gestión y en política sanitaria. España. Madrid. Churchill Livingstone,1997.
6. Gray JAM. Evidence-based Health Care: how to make health policy and management decisions. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.
7. Bravo R, Campos C. Medicina basada en pruebas. JANO 1997; LIII (1218): 71-72.
8. Icart MT. La evidencia científica: estrategia para la práctica enfermera. Rev. ROL Enf 1999; 22 (3): 185-190.
9. Evidence-based health care. An open learning resources for health care professionals. Unit 1: What is evidence-based health care? Critical Skills Appraisal Programme and Health Care Libraries Unit. Luton: Chiltern Press; 1999.
10. Mulrow CD, Cook DJ, Davidoff F. Systematic reviews: critical links in the great chain of evidence. Ann Intern Med 1999; 126 (5): 389-391.

11. Cañón Montañez, Wilson; Durán Niño, Erika Yurley; Hernández Beltrán, Jairo Andrés. Enfermería Basada en la Evidencia: Un Pilar Esencial en el Currículo. *Revista CUIDARTE*, v. 1, n. 1, dic. 2010.
12. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003, páginas 20567 a 20588. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf> [Consulta: 2 mayo 2017].
13. Benner P. *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional*. Barcelona: Ed. Grijalbo; 1987.
14. Cochrane AL. *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972. Versión en español: Cochrane AL. *Efectividad y eficiencia: reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios*. 2ª edición. Asociación Colaboración Cochrane Española: Barcelona; 2000.
15. Cochrane. <http://es.cochrane.org/es/%C2%BFpor-qu%C3%A9-cochrane>. [Consulta: 2 mayo 2017].
16. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Rapid critical appraisal of randomized clinical trials (RCTs): An essential skill for evidence-based practice. *Pediatric Nursing*. 2005; 31(1): 50-52.
17. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence- Based Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practice* Lippincott: Williams & Wilkins; 2005.
18. Gálvez Toro A. La legitimidad del valor de la producción científica enfermera. *Index de Enfermería (edición digital)*. 2007; Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/57/0708.php>. [Consulta: 2 mayo 2017].
19. Maestre Uhía JM, Del Carmen Ocampo Ospino C, Useche Amarís NS, Trout Guardiola GO. Medicina basada en la evidencia: revisión del concepto. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. Duazary. 2012. Vol. 9. N°2: 159-166.
20. Guyatt GH. Evidence-based medicine. *ACP J Club*. 1991; 114: A-16.
21. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996; 312:71-72.

22. R. Brian Haynes; David L. Sackett; J. A. Muir Gray; Deborah L. Cook; Gordon H. Guyatt. Transferring evidence from research into practice: 2. Getting the evidence straight. *ACP J Club* 1997;126(1):A14.[Consulta: 2 mayo 2017].
23. Mafialich J. Medicina basada en evidencias. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2002; 13(2):51-57.
24. Letelier L, Moore R. La medicina basada en evidencia. Visión después de una década. *Revista Médica de Chile*. 2003; 131, 939-946.
25. American College of Physicians Journal Club. <http://www.acpjc.org/>[Consulta: 2 mayo 2017].
26. Evidence- Based Medicine Working Group (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 268 (17).
27. González de Dios J, Ortega Páez E, Molina arias M. Análisis DAFO de la Medicina basada en pruebas y nuevas tribus urbanas. *Rev. Pediatr. Aten Primaria*. 2014;16:347-59.
28. Santillán García A. Enfermería Basada en la Evidencia: Aplicabilidad a la práctica profesional. Disponible en: <http://es.slideshare.net/EnfermeraEnEvidencias/aplicabilidad-ebe>. [Consulta: 2 mayo 2017].
29. Base de datos de Medline. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDLINE&lang=e&form=F> [Consulta: 2 mayo 2017].
30. MeSH. Medical Subject Headings. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>. [Consulta: 2 mayo 2017].
31. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM, 2nd ed. Edinburgh & New York: Churchill Livingstone, 2000.
32. Sackett D.L. Haynes R.B.; Guyatt G.H.; Tugwell P. Epidemiología Clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 1994.
33. Freddi G., Romàn-Pumar JL. Evidence-based medicine: what it can and cannot do. *Ann Ist Super Sanita* 2011. Vol. 47. Nº 1: 22-25.
34. Haynes RB. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ* 2002; 324: 1350.



35. Muir Gray J.A. Atención sanitaria Basada en la Evidencia. Como tomar decisiones en gestión y en política sanitaria. Churchill Livingstone España. Madrid. 1997.
36. DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence – based nursing: some misconceptions. *Evid Based Nurs.* 1998; 1(2):38-9.
37. Dicenso A, Cullum N, Ciliska D, Marks S. Evidence-Based Nursing: past, present, and future. *Evid Based Nurs* 2000;3:7-8.
38. Bonfill X. Justificación de la iniciativa: algunos problemas relevantes de la atención sanitaria actual. *Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia.* Madrid: SANED; 2000.
39. Scott K, McSherry R. Evidence – based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *J Clin Nurs.* 2009; 18(8):1085-95.
40. Mulhall, A. (1998) Nursing, research, and the evidence. *Evidence Based Nursing* 1: 1, 4-6.
41. Mulhall , A. (1995). Nursing research: what difference does it make? *J Adv Nurs.*, 21(3), 576-83.
42. Wallen, G. R., Mitchell, S. A., Melnyk, B. Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *J Adv Nurs.*, 66(12), 2761-71.
43. Upton D.T. Plow can we achieve evidence-based practice if we have a theory-practice gap in nursing today. *JAdv Nurs.* 1999; 29(3): 549-55.
44. Amezcua M. Mitos, retos y falacias de la investigación enfermera. *Rev ROL Enf* 2003; 26 (9): 608-615.
45. Walker PH, Redmond R. Theory-guided, evidence-based reflective practice. *Nursing Science Quarterly* 1999; 29: 549-555.
46. Instituto Joanna Briggs. <http://es.connect.jbiconnectplus.org/>. [Consulta: 2 mayo 2017].
47. Investén-isciii. Disponible en <http://www.isciii.es/ISCIII/es>. [Consulta: 2 mayo 2017].
48. Pearson, A., Field, J., & Jordan, Z. Jiménez Aspízu B, Joanna Briggs Institute. *Práctica clínica basada en la evidencia en enfermería y cuidados de la salud: integrando la investigación, la experiencia y la excelencia.* Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2008.

49. Smith JP. Exploring evidence based practice: international conference organized by the University of Southampton School of Nursing and Midwifery at the Chilworth Manor Conference Centre, Southampton, England, 12-14 September 1997. *J Adv Nurs* 1998; 27 (1): 227-229
50. Evidence Based Nursing:  
<http://evidence.ahc.umn.edu/ebn.html>. [Consulta: 2 mayo 2017].
51. About Evidence-Based Nursing and EBN Online.  
<http://ebn.bmjournals.com/misc/about.shtml>. [Consulta: 2 mayo 2017].
52. McPheeters M, Lohr KN. Evidence-Based Practice and Nursing: Commentary. *Outcome Management for Nursing Practice* 1999; 3 (3): 99-101.
53. American Nursing Association. *Nursing: scope and standards of practice*. Washington: American Nurses Publishing; 2004.
54. American Association Nursing College. Estándares para la Licenciatura y postgrado de enfermería. Disponible en: <http://www.aacn.nche.edu/Education/pdf/BaccEssentials08.pdf>. [Consulta: 2 mayo 2017].
55. Ingersoll GL. Evidence-based nursing: what it is and what it isn't. *Nurs Outlook* 2000; 48(4):151-152.
56. Ma<sup>a</sup> Teresa Alcolea Cosín. *Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia*. *Nure Investigación*, nº 52, Mayo – Junio 11
57. Gálvez Toro, A. *Enfermería Basada en la Evidencia. Como incorporar la investigación a la práctica de los cuidados*. 1<sup>a</sup> ed. Granada: Fundación Index; 2001.
58. Orellana A, Paravic T. *Enfermería Basada en Evidencia. Barreras y Estrategias para su Implementación*. *Rev. Ciencia y Enfermería* 2007; 13(1):17-24.
59. VII Jornadas de la Fundación Index y I Reunión sobre enfermería basada en la evidencia. Disponible en: <http://www.index-f.com/EBE%20conclusiones.php>. [Consulta: 2 mayo 2017].
60. *Enfermería basada en la evidencia: conclusiones del primer congreso de enfermería basada en la evidencia*. 2002. Nov. Granada -España, [sitio de internet] index. Disponible en: <http://www.index-f.com/>. [Consulta: 2 mayo 2017].

61. Morales Asencio JM. ¿Qué aporta el concepto de evidencia científica a la práctica clínica de los cuidados? *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital). 2003;40-411. Disponible en <[http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41\\_articulo\\_35-40.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41_articulo_35-40.php)>. [Consulta: 2 mayo 2017].
62. García-Fernández, Francisco Pedro. Enfermería basada en la evidencia ¿realidad o ficción? *Evidentia*. 2012 jul-sep; 9(39). Disponible en: <http://www.indexf.com/evidentia/n39/ev3901.php>. [Consulta: 2 mayo 2017].
63. Alberdi R. La identidad profesional de la enfermera. *Rev. ROL Enferm* 1992; 170: 39-44.
64. Morán L. Práctica de enfermería basada en evidencias. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* .2001; 9 (1-4): 24-30.
65. González M. Interioriza la EBE; asumir la práctica basada en evidencia. *Evidentia* 2005;2(4). Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n4/101articulo.php>. [Consulta: 2 mayo 2017].
66. Pablo Alonso Coello, Olga Ezquerro Rodríguez, Isabel Fargues García, Josep M<sup>a</sup> García Alamino, Merce Marzo Castillejo, Monserrat Navarra Llorens et al. *Enfermería basada en la evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados*. Ediciones DAE. 2004.
67. Alonso P, Ezquerro O, Fargues IGJ, Marzo M, Navarra M, Subirana M, et al. *Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados*. DAE ed. Madrid,España. 2004.
68. Carper BA. Some philosophical considerations in nursing's response to social forces. *NLN publications* 1979; (15) 1774: 1-8.
69. Leininger MM. *Transcultural nursing: an imperative for nursing practice*. Imprint 1999; 46 (5): 50-52.
70. Carrascosa M, García P, Bellido J, Guevara J, Morcillo M. Tendiendo puentes entre la evidencia y la práctica: estrategias de difusión para mejorar el impacto de la evidencia en la práctica enfermera. *Evidentia* 2004; 1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n1/11articulo.php>. [Consulta: 2 mayo 2017].
71. Pape TM. Evidence-based nursing practice: to infinity and beyond. *Journal of Continuing Education in Nursing* 2003; 34 (4): 154-161.

72. Stevens KR. ACE Star model of EBP: The cycle of knowledge transformation. Disponible en: [www.acestar.uthscsa.edu/Goals/model/1325.html](http://www.acestar.uthscsa.edu/Goals/model/1325.html) [Consulta: 2 mayo 2017].
73. Rycroft-Malone J., Harvey G., Seers K., Kitson A., McCormack B, y Titchen A. Una exploración de los factores que influyen en la aplicación de las pruebas en la práctica. *Revista de Enfermería Clínica*, 13 (8), 913 -924.
74. Eva Abad Corpa. La implantación de la práctica basada en la evidencia en la práctica cotidiana de enfermería: seguimos explorando. *Enfermería Clínica*. 2006; 16(2):103.
75. Llorente-Parrado C., Grande-Arnesto M. Práctica basada en la evidencia: un reto en tiempo de crisis. *Apuntes de ciencia - Boletín científico HGUCR*. 2011. Vol. 1. Nº3: 6-15
76. Rebeca Ansoain Cilveti. Trabajo de fin de Máster (TFM) "La evidencia científica en los cuidados de enfermería como mejora de la calidad" defendido en la Universidad Pública de Navarra.
77. Inmaculada Sánchez García, Isabel María López Medina, Pedro Luis Pancorbo Hidalgo. Obstáculos percibidos por las enfermeras para la práctica basada en evidencias un estudio cualitativo. *Enfermería clínica*, ISSN 1130-8621, Vol. 23, Nº. 6, 2013, págs. 279-283.
78. González M. Interiorizar la EBE, asumir la práctica basada en evidencias. *Evidentia*. 2005; 2(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/101articulo.php>. [Consulta: 2 mayo 2017].
79. José Ramón Martínez Riera. Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia *Enferm. Clin*. 2003; 13:303-8. - vol. 13 núm. 05.
80. Pedro Gómez Joan Ernest de, Morales Asencio José Miguel. Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index Enferm*. 2004 Jun; 13(44-45): 26-31.
81. Rodríguez Campo, V.A., Paravic Klijn, T.M. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enferm. glob*. vol. 10 nº 24 Murcia oct. 2011.
82. Retsas A. Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal Advance Nursing*. 2000; 31(3), 599-606.
83. Funk SG, Champagne MT, Wiese RA, Tornquist EM. BARRIERS: the barriers to Research utilization scale. *Appl Nurs Res*. 1991;4(1):39-45.

84. Yagüe J. Enfermería basada en la evidencia: una visión desde la práctica clínica. *Evidentia* 2008;5(22). Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n22/e6802.php>. [Consulta: 2 mayo 2017].
85. Funk, S. G., Champagne, M. T., Wiese, R. A., & Tornquist, E. M. (1991). Barriers to using research findings in practice: The clinician's perspective. *Applied Nursing Research*, 4 (2), 90-95.
86. Funk, S. G., Tornquist, E. M., & Champagne, M. T. (1995). Barriers and Facilitators of research utilization: An integrative review. *Nursing Clinics of North America*, 30, 395-407.
87. Funk, S. G., Champagne, M. T., Tornquist, E. M., & Wiese, R. A. (1995). Administrators' views on barriers to research utilization. *Applied Nursing Research*, 8, 44-49.
88. Dijkstra R, Wensing M, Thomas R, Akkermans R, Braspenning J. Characteristics and the effects of clinical guidelines on medical performance in hospitals, a meta-analysis. *BMC Health Serv Res* 2006, 6(1):53.
89. Hunt JM. Barriers to research utilization. *J Adv Nurs*. England; 1996;23(3):423-5.
90. Serafín Fernández Salazar. Blog la factoría cuidando. Disponible en [www.lafactoriacuidando.com](http://www.lafactoriacuidando.com). [Consulta: 2 mayo 2017].
91. Gea-Sánchez M. Conocimiento, actitudes y barreras percibidas por las enfermeras para integrar evidencia científica en la práctica clínica en un hospital universitario. *Enferm Clin*. 2010; 20(5): 313-4.
92. Urra Medina E, Retamal Valenzuela C, Tapia Pinto C, Rodríguez Vidal M. Enfermería basada en la evidencia: qué es, sus características y dilemas. *Investigación y educación en enfermería*. 2010 marzo; 28(1): 108-118.
93. Galindo Huertas MS. Enfermería Basada en Evidencias: algunas paradojas. *Evidentia*. 2012 oct-dic; 9(40). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev4000.php>. [Consulta: 2 mayo 2017].
94. Irina Maudith Campos Casarrubia. Trabajo de Tesis presentada como requisito para optar al título de Magister en Enfermería con Profundización en cuidado Critico "La Evidencia: una herramienta para el cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidado intensivo".

95. Sandra Catalina Ochoa Marín A propósito de la enfermería basada en la evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación Investigación y Educación en Enfermería, Vol. 23, No. 2 (2005)
96. Passalenti M. La gran dificultad: aplicar las evidencias a los cuidados cotidianos. Evidentia. 2006;3(7), Cartas al director. Disponible en: <http://www.indexf.com/evidentia/n7/195articulo.php>. [Consulta: 2 mayo 2017].
97. Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. BMJ. 2004; 329:1013
98. Romero MN. Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) ¿Avanzamos para transformar? Index Enferm 2003.
99. Eizenberg MM. Implementation of evidence- based nursing practice. J Adv Nurs. 2008;62(2):209-15
100. Melyn 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
101. Moreno- Casbas T, Fuentesalz – Gallego C, de Miguel AG, González-María E, Clarke SP. Spanish nurses' 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
102. Ribeiro, Juliane Portella; Porto, Adrize Rutz; Thofehrn, Maira Buss. Práctica Basada en Evidencias: tendencias metodológicas en la enfermería. Evidentia. 2012 oct-dic; 9(40). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7856.php>. [Consulta: 2 mayo 2017].
103. Solomons, N. M., & Spross, J. A. (2011). Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. Journal of Nursing Management, 2011; 19(1):109-20.
104. Sherrif, K., Wallis, M., & Chaboyer, W. (2007). Nurses' attitudes to and perceptions of knowledge and skills regarding evidence-based practice. International Journal of Nursing Practice, 13, 363-369.
105. 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.

106. Manterola D Carlos, Zavando M Daniela. Cómo interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos. Rev Chil Cir; 61( 6 ): 582-595.
107. Mella Sousa, Mario; Zamora Navas, Plácido; Mella Laborde, Mario; Ballester Alfaro, Juan José; Uceda Carrascosa, Pilar. Niveles de Evidencia Clínica y Grados de Recomendación Rev. S. And. Traum. y Ort., 2012;29(1/2):59-72
108. Sackett DL, Richardson S, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada em evidências: prática e ensino. 2ª ed. 2003, Porto Alegre: Artmed Editora S.A. 270.
109. Canadian Task Force on Preventive Health Care. History and methods. Disponible en <http://ctfphc.org>. [Consulta: 2 mayo 2017].
110. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2003 ; 169:207-8.
111. Task Force Revitalization Process (CTFPHC). Evidence-Based Clinical Prevention, Updated August 17, 2005. Available from: <http://www.ctfphc.org>. [Consulta: 2 mayo 2017].
112. Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, TeutschSM for the Methods Word Group, third U.S. Preventive Services Task Force: a review of the process. Am J Prev Med 2001;20 (3S):21-35.
113. West S, King V, Carey et al. Systems to Rate the Strength of Scientific Evidence. Evidence Report/Technology Assesment Nº 47 (Prepared by the Research Triangle Institue- University of North Carolina Evidence- based Practice Center under Contract Nº 290- 97-0011) AHRQ Publication Nº 02- E016. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2002.
114. Upshur RE. Are all evidence – based practice alike. Problems in the ranking of evidence. CMAJ 2003;169:672-3.
115. U.S. Preventive Services Task Force Ratings: Strenght of Recommendations and Quality of Evidence. Guide to Clinical Preventive Services. Third Edition: Periodic Updates, 2000-2003. Rockville:Agency for Healthcare Research and Quality.
116. Agency for Healthcare Research and Quality: Advancing Excellence in Health Care. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/index.html>. [Consulta: 2 mayo 2017].

117. Task Force Ratings. Guide to Clinical Preventive Services, Second Edition. Available from: <http://odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/guidecps/PDF/APPA.PDF>. [Consulta: 2 mayo 2017].
118. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). EPC Evidence Reports. Rockville: AHRQ. <http://www.ahrq.gov/topics/informacion-en-espanol/index.html>. [Consulta: 2 mayo 2017].
119. Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford. Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Disponible en [http://www.cebm.net/levels\\_of\\_evidence.asp](http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp). [Consulta: 2 mayo 2017].
120. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A guideline developer's handbook. Edinburgh; February 2001.
121. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50, a guideline developer's handbook, revisited edition 2008. Available from: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf>. [Consulta: 2 mayo 2017].
122. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London NICE; February 2004.
123. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods. Chapter 11 Creating guideline recommendations. London: NICE; February 2004.
124. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The guidelines manual 2009. Available from: [http://www.nice.org.uk/media/5F2/44/The\\_guidelines\\_manual\\_2009\\_-\\_All\\_chapters.pdf](http://www.nice.org.uk/media/5F2/44/The_guidelines_manual_2009_-_All_chapters.pdf). [Consulta: 2 mayo 2017].
125. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-3.
126. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas). (AATM) <http://www.aatm.es/>. [Consulta: 2 mayo 2017].
127. Acuerdo del Gobierno de la Generalitat de Catalunya. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 1016, de 4/794. [http://dogc.gencat.cat/es/pdogc\\_canals\\_interns/pdogc\\_sumari\\_del\\_dogc/?numDOGC=1016&anexos=1](http://dogc.gencat.cat/es/pdogc_canals_interns/pdogc_sumari_del_dogc/?numDOGC=1016&anexos=1). [Consulta: 2 mayo 2017].



128. The GRADE Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: Critical appraisal of existing approaches. *BMC Health Serv Res* 2004;4:38.
129. Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations. GRADE working group. Disponible en <http://www.gradeworkinggroup.org>. [Consulta: 2 mayo 2017].
130. Marzo-Castillejo M y Alonso-Coello P. Clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones. *Aten Primaria*. 2006; 37(1):40-50.
131. Closs SJ, Cheater FM. Evidence for nursing practice: Aclarification of the issues. *J Adv Nurs*. 1993;30(1):10-17.
132. Santos C, Pimenta C, Nobre M. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007;15(3):508-11.
133. Booth A. Clear and present questions: Formulating questions for evidence based practice. *Library Hi Tech* 2006; 24(3): 355-68.
134. Wiltridge V, Bell L. How CLIP became ECLIPSE: a mnemonic to assist in searching for health policy/management information. *Health Info Libr J* 2002; 19 (2): 113-115.
135. Barderas A, Escobar G. Fuentes de información en Enfermería: buscando la evidencia. *Rev. Enfermería Anestesia- Reanimación y Terapia del Dolor* 2004;(12):44-7.
136. Marqués S. La Lectura Crítica. Fundamental en Enfermería y para las enfermeras. *Evidentia* 2009;6(27). Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n27/ev2779.php>. [Consulta: 2 mayo 2017].
137. Limón E. Investigación en enfermería. La enfermería basada en la evidencia. *Rev. Investigación En Enfermería* 1999;(7):35-8.
138. Méndez M, Muñoz M, Sevilla L. Enfermería basada en la evidencia. *Boletín de Enfermería de Atención Primaria* 2007;4(3).
139. 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.
140. Fleming K. Asking answerable questions. *Evid. Based. Nurs*. 1998; 1 (2): 36-37.
141. Sackett DL, Wennberg JE. Choosing the best research design for the question. *BMJ* 1997; 315: 1636.

142. Guyatt G, Meade MO, Jaeschke RZ, Cook D, Haynes B. Practitioners of evidence based care. *BMJ* (2000); 320: 954-5.
143. 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):132-138.
144. 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.
145. Stokke K, Olsen NR, Espehaug B, Nortvedt MW. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses. *BMC Nurs.* 2014;13(1):8.
146. 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):361-365.
147. McKenna HP, Ashton S, Keeney, S. Barriers to evidence-based practice in primary care. *J Adv Nursing.* 2004;45: 178-189.
148. Bryar R, Closs S, Baum G, Cooke J, Griffiths J, Hostick T, Kelly S, Knight S, Marshall K, Thompson D. The Yorkshire BARRIERS Project: diagnostic analysis of barriers to Research utilisation. *Int J Nurs Studies.* 2003;40:73-85.
149. Blog Enfermería Basada en la Evidencia. <http://ebevidencia.com/>. [Consulta: 2 mayo 2017].
150. Pravikoff DS, Tanner AB, Pierce ST. Readiness of US nurses for evidence – based practice. *Am J Nurs.* 2005; 105(9):40-51.
151. Lacasaña P. ¿Y después de la investigación qué? Reflexión sobre la implementación de la evidencia en la práctica clínica enfermera. *Evidentia* 2006;3(10). Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n10/236articulo.php>. [Consulta: 2 mayo 2017].
152. JC Casas Baroy Universidad de Vic, Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar. EVICUR, una herramienta para acercar el conocimiento científico a la práctica clínica enfermera. Disponible en <http://evicur-salut.blogspot.com.es/>. [Consulta: 2 mayo 2017].
153. Joan Carles Casas i Baroy Tesis Doctoral "Acercando la evidencia científica a la práctica clínica enfermera. EviCur, una aplicación TIC para la actualización en competencias informacionales" de la Universidad Rovira i Virgili. 2015.

154. Rus Mata, Sara; López Peñarroja, Eloína; Pino Bonet, Irene; Torregrosa Verdejo, María. El uso de la evidencia científica enfermera en el Departamento del Hospital de la Plana. *Rev Paraninfo Digital*, 2013; 19. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/127d.php>. [Consulta: 2 mayo 2017].
155. Romera Rufián, Pedro Francisco; de los Mozos Vázquez, Félix José; Castro Correro, Aurora; Diestro Martín, Palma; Melero Molinero, Paloma; Galán, Manuela. Cultura de investigación en los mandos intermedios de Enfermería. *Tesela [Rev Tesela]* 2014; 16. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts16/ts9996.php>. [Consulta: 2 mayo 2017].
156. Verónica Tíscar González. Percepción de la práctica de enfermería basada en la evidencia de estudiantes de un master de investigación ENE, *Revista de Enfermería*; Vol. 9, No 2 (2015)
157. Gershon RR, Stone PW, Bakken S, Larson E: Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *J Nurs Adm* 2004, 34(1):33–40.
158. Gershon RRM, Stone PW, Zeltser M, Faucett J, Macdavit K, Chou S-S: Organizational Climate and Nurse Health Outcomes in the United States: A Systematic Review. *Ind Health* 2007, 45(5):622–636.
159. Zabaleta del Olmo, Edurne. (2014). Adaptación del cuestionario "Developing Evidence-Based Practice" al contexto de la enfermería de salud comunitaria en España y evaluación de sus propiedades psicométricas. Tesis doctoral. Universitat de Girona.
160. Estabrooks CA. The conceptual structure of research utilization. *Res Nurs Health*. 1999 Jun;22(3):203–16.
161. Squires JE, Estabrooks CA, O'Rourke HM, Gustavsson P, Newburn-Cook C V, Wallin L. A systematic review of the psychometric properties of self-report research utilization measures used in healthcare. *Implement Sci*. 2011;6:83.
162. Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Wallin L. Predicting research use in nursing organizations: a multilevel analysis. *Nurs Res*. 2007;56(4Suppl):S7–23.
163. Estabrooks CA. Modeling the individual determinants of research utilization. *West J Nurs Res*. 1999; 21(6):758-72.
164. Estabrooks CA. Will evidence -based nursing practice make practice perfect? *Csn J Nurs Res* 1998;30 (1):15-36.

165. Estabrooks CA, Scott S, Squires JE, Stevens B, O'Brien-Pallas L, Watt-Watson J, et al. Patterns of research utilization on patient care units. *Implement Sci.* 2008;3:31.
166. Gema Escobar-Aguilar, Lara Martínez-Gimeno, Margarita Medina-Torres, Elena Martín de Castro, M<sup>a</sup> del Ara Murillo-Pérez, Saray Blanco-Abril, en nombre del grupo CUIDAEBE. Patrones de utilización de la investigación por los profesionales de enfermería de los hospitales de Madrid. 2015; *Rev. Nure Inv.* 12(78):1-10.
167. Kenny DJ. Nurses' use of research in practice at three US Army hospitals. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2005; 18(3):45-67.
168. Frasure J. Analysis of instruments measuring nurses' attitudes towards Research utilization: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2008; 61(1):5-18.
169. Fritsche L, Greenhalgh T, Flack-Ytter Y, Neumayer HH, Kunz R. Do short courses in evidence based medicine improve knowledge and skills? Validation of Berlin questionnaire and before and after study of courses in evidence based medicine. *BMJ.* 2002; 325:1338-1341.
170. Ramos KD, Schafer S, Tracz SM. Validation of the Fresno test of competence in evidence based medicine. *BMJ.* 2003; 326: 319-321.
171. Shaneyfelt T, Baum KD, Bell D, Feldstein D, Houston TK, Kaatz S et al. Instruments for evaluating education in evidence-based practice. A systematic review. *JAMA.* 2006; 296: 1116-1127.
172. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *J Adv Nursing.* 2006;54(4):454-458.
173. Brown, C. E., Wickline, M. A., Ecoff, L., & Glaser, D.. Nursing practice, Knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *J Adv Nurs.* 2009;65(2): 371-381.
174. Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, R. M., & Nortvedt, M. W. (2012). Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a selfreport survey. *BMC Health Services Research*, 12, 367. doi: 10.1186/1472-6963-12-367.
175. Gerrish, K., Guillaume, L., Kirshbaum, M., McDonnell, A., Tod, A., & Nolan M. (2011). 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.*, 67(5), 1079-90.

176. Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, et al. Developing evidence-based practice experiences of senior and junior clinical nurses. *J Adv Nurs*. 2008; 62:62-73.
177. Leach, M. J. González & Gillham, D. (2008). Evaluation of the Evidence-Based practice Attitude and utilization Survey for complementary and alternative medicine practitioners. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 792-798.
178. Gonzalez-Torrente S, Pericas-Beltrán J, Bennasar-Veny M, Adrover-Barceló R, Morales-Asencio JM, De Pedro-Gómez J. Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2012; 12:227.
179. Rice, K., Hwang, J., Abrefa, T., & Powell, K. (2010). Evidence - Based Practice Questionnaire: A Confirmatory Factor Analysis in a Social Work Sample. *Advances in Social Work*, 11(2), 158 - 173.
180. Weston, M. J. (2009). Validity of instruments for measuring autonomy and control over nursing practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(1), 87-94.
181. Sesé-Abad A1, De Pedro-Gómez J, Bennasar-Veny M, Sastre P, Fernandez-Dominguez JC, Morales-Asencio JM. A multisample model validation of the evidence-based practice questionnaire. *Res Nurs Health*. 2014 Oct;37(5):437-46. doi: 10.1002/nur.21609. Epub 2014 Jul 7.
182. Pedro Gómez Joan E de, Morales Asencio José Miguel, Sesé Abad Albert, Bennasar Veny Miquel, Ruiz Roman María José, Muñoz Ronda Francisco. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2009; 83: 577-586
183. Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health*. 2002; 25(3):176-88
184. Kramer M, Hafner LP. Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nurs Research*. 1989; 38(3):172-77.
185. Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nurs Res*. 2000; 49(3):146-53.

186. De Pedro Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, et al. Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas Enferm.* 2009; 12:65-73.
187. Havens DS, Labov TG, Faura T, et al. The clinical environment of hospital nursing. *Enferm Clínica.* 2002; 12:13-21.
188. Carolina Rivero Sánchez. Is the Spanish adaptation of the Nursing Work Index for Primary Health Care in the Nursing Environment Scale valid? *Index de Enfermeria* 23(3):188-190 · September 2014.
189. Juvé Udina M, Farrero Muñoz S, Monterde Prat D, et al. Analysis of an organisational context in nursing practice. The Nursing Work Index in public hospitals. *Metas Enferm.* 2007; 10:67-73.
190. López Alonso S. Pilot study for the validation of a nursing practice environment scale at the San Cecilio Hospital. *Enferm. Clínica.* 2005; 15:8-16.
191. Liou, S. R., & Cheng, C. Y. (2009). Using the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index on Asian nurses. *Nursing Research*, 58(3), 218-225.
192. Estabrooks CA, Tourangeau AE, Humphrey CK, Hesketh KL, Giovannetti P, Thomson D, et al. Measuring the Hospital Practice Environment: a Canadian context. *Res. Nurs. Health.* 2002; 25(4):256-68.
193. De Pedro Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, Bannasar Veny M, Artigues Vives G, Pericàs Beltrán J. Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas Enferm.* 2009; 12(7):65-73.
194. De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé-Abad A, Bannasar-Veny M, Pericàs-Beltrán J, Miguélez-Chamorro A. Psychometric testing of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index in a primary healthcare context. *J Adv Nus.* 2012; 68(1):212-21.
195. Pedro-Gómez Joan de, Morales-Asencio José Miguel, Sesé Abad Albert, Bannasar Veny Miquel, Artigues Vives Guillem, Perelló Campaner Catalina. 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 [Internet].* 2011 Jun; 25(3): 191-197.

- Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112011000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000300004&lng=es). [Consulta: 2 mayo 2017].
196. Björkström ME1, Hamrin EK. Swedish nurses' attitudes towards research and development within nursing. *J. Adv. Nurs.* 2001 Jun;34(5):706-14.
  197. Moreno-Casbas, T., Fuentelsaz-Gallego, C., González-María, E., & Gil-de-Miguel, Á. (2010). 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), 153-164.
  198. The BARRIERS to Research Utilization Scale. Disponible en <http://barriers.web.unc.edu/> [Consulta: 2 mayo 2017].
  199. Guadarrama Ortega, David. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de Enfermería en un hospital del sudoeste de Madrid. *Enfermería Global*. 2016; 43:261-274.
  200. Montserrat Solís Muñoz. Tesis doctoral "Competencias en práctica clínica basada en la evidencia de las enfermeras en España" de la Universidad Complutense de Madrid en 2015.
  201. Boström AM, Kajermo KN, Nordstrom G, Wallin L. Barriers to research utilization and research use among registered nurses working in the care of older people: does the BARRIERS scale discriminate between research users and non-research users on perceptions of barriers? *Implement Sci.* 2008; 3:24. doi: 10.1186/1748-5908-3-24.
  202. Carlson CL, Plonczynski DJ. Has the BARRIERS scale changed nursing practice? an integrative review. *J Adv Nurs.* 2008;63(4):322-33.
  203. Kajermo KN, Boström AM, Thompson DS, Hutchinson AM, Estabrooks CA, Wallin L. The BARRIERS scale - the barriers to research utilization scale: A systematic review. *Implement Sci.* 2010; 5:32. doi: 10.1186/1748-5908-5-32.
  204. Ruzafa-Martinez 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 Medical Education* 13:19-29
  205. Ruzafa-Martinez M, Lopez-Iborra L, Madrigal-Torres M. Attitude towards Evidence-Based Nursing Questionnaire: development and psychometric testing in Spanish community nurses. *J EvalClin Pract.* 2011;17(4):664-70.

206. Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J, Cooke J, Kendall S, McNeilly E. Factors influencing the development of evidence – based practice: a research tool. *J Adv Nursing* 2007; 57(3):328-338.
207. Rosa M<sup>a</sup> Alonso Cuenca, Pedro Luis Pancorbo Hidalgo, Fabiola Pérez Ordóñez. Índice de valoración del contexto de práctica enfermera en un hospital universitario. Comunicación oral presentada en "Cuidados y tecnología: una relación necesaria" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, en noviembre de 2013 en Granada.
208. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. ARCC (Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration): a model for system-wide implementation and sustainability of evidence-based practice. In: RycroftMalone J, Bucknall T, editors. *Models and frameworks for implementing evidence-based practice: linking evidence to action*. Oxford; Ames, IA Wiley-Blackwell; Sigma Theta Tau; 2010. p. 169-84.
209. McCormack B, Kitson A, Harvey G, Rycroft-Malone J, Titchen A, Seers K. Getting evidence into practice: The meaning of context. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 38(1): 94-104.
210. Rycroft-Malone J. Evidence-informed practice: From individual to context. *Journal of Nursing Management*. 2008; 16: 404-408
211. Greenhalg T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*. 2004; 82(4): 581-629.
212. Meijers J, Janssen M, Cummings G, Wallin L, Estabrooks C, Halfens R. Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: Systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 55(5): 622-635.
213. Wallin L, Estabrooks CA, Cummings GG, Midodzi WK. Development and validation of a derived measure of research utilization by nurses. *Nursing Research*. 2006; 55(3):149-60.
214. Rycroft- Malone J, Kitson A, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A, Estabrooks C. Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*. 2002; 11: 174-180.
215. McCormack B, McCarthy G, Wright J, Slater P, Coffey A. Development and testing of the Context Assessment Index (CAI). *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2009; 6(1): 27-35.



216. Kajermo KN, Böe H, Johansson E, Henriksen E, McCormack B, Gustavsson JP, Wallin L. Swedish Translation, Adaptation and Psychometric Evaluation of the Context Assessment Index (CAI). *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2013; 10(1): 41-50.
217. De Pedro Gómez, Joan. Sin transferencia no hay evidencia. *Evidentia*. 2011 jul-sep; 8(35). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n35/ev3506.php>. [Consulta: 2 mayo 2017].
218. Juvé Udina ME, Farrero Muñoz S, Monterde Prat D, Hernández Villen O, Sistac Robles M, Rodríguez Cala A, Quilez Castillo F, Suñer Soler R, Arbués Visús MT, Martín AI: Analysis of an organisational context in nursing practice. *The Nursing Work Index in public hospitals [Spanish]*. *Metas Enferm* 2007, 10(7):67-73.
219. Kramer M, Schmalenberg C: The Practice of Clinical Autonomy in Hospitals: 20 000 Nurses Tell Their Story. *Crit Care Nurse* 2008, 28(6):58-71.
220. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH: Variations in nursing care quality across hospitals. *J Adv Nurs* 2009, 65(11):2299-2310.
221. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K: Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 2002, 346(22):1715-1722.
222. Van Bogaert P, Meulemans H, Clarke S, Vermeyen K, Van de Heyning P: Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *J Adv Nurs* 2009, 65(10):2175-2185.
223. De Pedro-Gomez J, Morales-Asencio JM, Sese Abad A, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Perello Campaner C: Nursing practice settings and competence to incorporate evidence into decisions: analysis of the situation in the Balearic Islands (Spain). *Gac Sanit/SESPAS* 2011, 25(3):191-197.
224. De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Bennasar-Veny M, Artigues-Vives G, Perelló-Campaner C, Gómez-Picard P. Determining factors in evidence-based clinical practice among hospital and primary care nursing staff. *J Adv Nurs*. 2012; 68(2): 452-459.
225. Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña. BOE núm. 5, de 5 de enero de 1996, páginas 271 a 275. <https://www.boe.es/boe/dias/1996/01/05/pdfs/A00271-00275.pdf> [Consulta: 2 mayo 2017].

226. Constitución española: Disponible en <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>. [Consulta: 2 mayo 2017].
227. Estatuto de Autonomía de Cataluña. Disponible en: <http://web.gencat.cat/es/generalitat/estatut/estatut1979/>[Consulta: 2 mayo 2017].
228. Ley 12/1983, del 14 de julio, de administración institucional de la sanidad, y los servicios sociales de Cataluña. (Vigente hasta el 31 de Enero de 2014). DOGC núm. 345, de 15 de julio de 1983, páginas 1756 a 1758.  
<https://www.boe.es/ccaa/dogc/1983/345/f01756-01758.pdf>  
[Consulta: 2 mayo 2017].
229. Departamento de Salud.  
Disponible en: <http://salutweb.gencat.cat/ca/inici/>[Consulta: 2 mayo 2017].
230. Servicio catalán de salud. Disponible en:  
<http://catsalut.gencat.cat/ca/inici/> [Consulta: 2 mayo 2017].
231. Instituto catalán de la Salud. Disponible en:  
<http://ics.gencat.cat/ca/inici/> [Consulta: 2 mayo 2017].
232. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986, páginas 15207 a 15224.  
<https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf> [Consulta: 2 mayo 2017].
233. Decreto 140/1995, de 18 de abril, de Direcciones de Atención Primaria. Disponible en <http://portaljuridic.gencat.cat/ca/>  
[Consulta: 2 mayo 2017].
234. Decreto 129/90, de 28 de mayo, de Medidas Complementarias para la Reforma de la Atención Primaria de Salud en Cataluña. Disponible en <http://portaljuridic.gencat.cat/ca/>[Consulta: 2 mayo 2017].
235. Orden de 6 de mayo de 1990, de aprobación del reglamento marco de funcionamiento de los equipos de Atención Primaria. Disponible en [http://dogc.gencat.cat/es/pdogc\\_canals\\_interns/pdogc\\_sumari\\_del\\_dogc/?numDOGC=1309&anexos=1#](http://dogc.gencat.cat/es/pdogc_canals_interns/pdogc_sumari_del_dogc/?numDOGC=1309&anexos=1#)[Consulta: 2 mayo 2017].
236. Decreto 84/1985, de 21 de marzo, de Medidas para la Reforma de la Atención Primaria de la Salud. Correcció d'errada en el DOGC núm. 552, p. 2001, de 19.6.1985.  
[http://dogc.gencat.cat/es/pdogc\\_canals\\_interns/pdogc\\_sumari\\_del\\_dogc/?numDOGC=552&anexos=1#](http://dogc.gencat.cat/es/pdogc_canals_interns/pdogc_sumari_del_dogc/?numDOGC=552&anexos=1#) [Consulta: 2 mayo 2017].

237. Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud. <http://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/4940/919777.pdf> [Consulta: 2 mayo 2017].
238. Real decreto ley 36/1978, de 16 de noviembre. Disponible en <http://portaljuridic.gencat.cat/ca/> [Consulta: 2 mayo 2017].
239. Decreto 138/1993, de 7 de mayo, de reestructuración del Instituto Catalán de la Salud. Disponible en <http://portaljuridic.gencat.cat/ca/> [Consulta: 2 mayo 2017].
240. Decreto 276/2001 de 23 de octubre, de reestructuración del Instituto Catalán de la Salud. Disponible en <http://portaljuridic.gencat.cat/ca/> [Consulta: 2 mayo 2017].
241. Decreto 277/2001, de 23 de octubre, por el que se regulan las estructuras de dirección, gestión y administración de las instituciones sanitarias en el ámbito de la atención primaria del Instituto Catalán de la Salud. Disponible en <http://portaljuridic.gencat.cat/ca/> [Consulta: 2 mayo 2017].
242. Decreto 53/2006 de 28 de marzo, de medidas de reforma del Instituto Catalán de la Salud. Disponible en <http://portaljuridic.gencat.cat/ca/> [Consulta: 2 mayo 2017].
243. Decreto 258/2007, de 27 de noviembre, por el que se establecen, con carácter provisional hasta que se aprueben los estatutos y normas de despliegue de la Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud, normas organizativas del Instituto Catalán de la Salud. Disponible en <http://portaljuridic.gencat.cat/ca/> [Consulta: 2 mayo 2017].
244. Decreto 13/2009 de 3 de febrero, por el que se aprueban los Estatutos del ICS. [Consulta: 2 mayo 2017].
245. Institut Català de la Salut. Missió, visió i valors. Disponible en: <http://ics.gencat.cat/ca/lics/informacio-corporativa/missio-visio-i-valors/>[Consulta: 2 mayo 2017].
246. Institut Català de la Salut. Organización institucional. Disponible en: <http://gencat.cat/ics/informacio-corporativa/organitzacio-institucional/> [Consulta: 12 marzo 2012].<http://ics.gencat.cat/ca/lics/informacio-corporativa/organitzacio-institucional/>[Reconsulta: 2 mayo 2017].
247. Institut Català de la Salut. Atenció Primària Barcelona Ciutat. Disponible en: <http://gencat.cat/ics/>. [Consulta 5 marzo 2012]. <http://ics.gencat.cat/ca/lics/a-tot-catalunya/#bloc3>. [Reconsulta: 2 mayo 2017].

248. Institut Català de la Salut. L'Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. Disponible en: <http://gencat.cat/ics/ics/catalunya>. [Consulta: 12 marzo 2012] <http://ics.gencat.cat/ca/lics/informacio-corporativa/>. [Reconsulta: 2 mayo 2017].
249. Institut Català de la Salut. Centres i serveis per àmbit territorial. <http://gencat.cat/ics/assistencia/centres-i-serveis>. [Consulta: 12 marzo 2012]. [http://ics.gencat.cat/ca/assistencia/centres-i-serveis/?t\\_id=3](http://ics.gencat.cat/ca/assistencia/centres-i-serveis/?t_id=3). [Reconsulta: 2 mayo 2017].
250. Decreto 157/1994, de 28 de junio, por el que se ordenan los servicios de atención continuada y de urgencia en el ámbito de la atención primaria de salud en la ciudad de Barcelona. Disponible en <http://portaljuridic.gencat.cat/ca/> [Consulta: 2 mayo 2017].
251. Decreto 168/1998, de 8 de julio por el que se establecen los criterios de ordenación y las modalidades de la atención continuada y urgencias en el ámbito de la atención primaria de salud, así como las medidas de adaptación de los servicios de urgencias correspondientes a estos criterios. Disponible en <http://portaljuridic.gencat.cat/ca/> [Consulta: 2 mayo 2017].
252. Ley 7/2007, de 12 de abril, que aprueba el Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP). (Vigente hasta el 01 de Noviembre de 2015) BOE núm. 89, de 13/04/2007. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-7788> [Consulta: 2 mayo 2017].
253. Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. BOE núm. 261, de 31/10/2015. <https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/31/pdfs/BOE-A-2015-11719.pdf> [Consulta: 2 mayo 2017].
254. Pacto de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad sobre la ordenación y clasificación del personal estatutario del ICS, así como de su contenido funcional, adoptado en la sesión de 29 de marzo de 2007. [http://dogc.gencat.cat/es/pdogc\\_canals\\_interns/pdogc\\_sumari\\_del\\_dogc/?anexos=1&language=es\\_ES&numDOGC=4852&seccion=1](http://dogc.gencat.cat/es/pdogc_canals_interns/pdogc_sumari_del_dogc/?anexos=1&language=es_ES&numDOGC=4852&seccion=1) [Consulta: 2 mayo 2017].

255. Pla d'ordenació de recursos humans de l'Institut Català de la Salut (ICS) per al període 2012-2015. DOGC 6060. [http://dogc.gencat.cat/es/pdogc\\_canals\\_interns/pdogc\\_sumari\\_del\\_dogc/?numDOGC=6060&anexos=1](http://dogc.gencat.cat/es/pdogc_canals_interns/pdogc_sumari_del_dogc/?numDOGC=6060&anexos=1) [Consulta: 2 mayo 2017].
256. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>. [Consulta: 2 mayo 2017].
257. Generalitat de Cataluña. Disponible en: [http://sac.gencat.cat/sacgencat/AppJava/servei\\_fitxa.jsp?codi=1379](http://sac.gencat.cat/sacgencat/AppJava/servei_fitxa.jsp?codi=1379). [Consulta: 2 mayo 2017].
258. Real Decreto Legislativo 781/1986, de 18 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes en materia de régimen local. Disponible en <http://portaljuridic.gencat.cat/ca/> [Consulta: 2 mayo 2017].
259. Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública. Disponible en <http://portaljuridic.gencat.cat/ca/>[Consulta: 2 mayo 2017].
260. Decreto 56/2012, de 29 de mayo, que establece la jornada y horarios de trabajo del personal funcionario al servicio de la Administración de la Generalitat de Catalunya. Disponible en <http://portaljuridic.gencat.cat/ca/> [Consulta: 2 mayo 2017].
261. Decreto 48/2014, de 8 de abril, por el que se modifica el Decreto 56/2012, de 29 de mayo, sobre jornada y horarios de trabajo del personal funcionario al servei de la Administración de la Generalitat. Disponible en <http://portaljuridic.gencat.cat/ca/>[Consulta: 2 mayo 2017].
262. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE núm. 301, de 17/12/2003. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-23101> [Consulta: 2 mayo 2017].
263. Koehn, M. L., & Lehman, K. (2008). Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *J Adv Nurs.*, 62(2), 209-15.
264. Squires JE, Estabrooks CA, Gustavsson P, Wallin L: Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *Implement Sci* 2011, 6:1.
265. Susana González Torrente. Factores que influyen en la incorporación de la evidencia científica a la práctica diaria de las enfermeras de Atención Primaria. Tesis doctoral para optar al grado de Doctor por la Universitat de les Illes Balears.

266. González Torrente, Susana; Seguí González, Priscila; Pericás Beltrán, Jordi; de Pedro Gómez, Joan. Dificultades percibidas por enfermeras de Atención Primaria de Mallorca para el uso de evidencia científica. *Rev. Paraninfo Digital*, 2013; 19. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/197o.php>. [Consulta: 2 mayo 2017].
267. Forsman H, Gustavsson P, Ehrenberg A, et al. Research use in clinical practice-extent and patterns among nurses one and three years postgraduation. *J Adv Nurs*. 2009; 65:1195-206.
268. O'Donnell CA. Attitudes and knowledge of primary care professionals towards evidence-based practice: a postal survey. *J Eval Clin Pract*. 2004;10(2):197-205.
269. Melnyk, B. M., Fineout, E., Gallagher, L., & Kaplan, L. (2012). the state of evidence -based practice in US nurses: critical implications for nurses leaders and educators. *J. Nurs Adm*, 42(9), 410-417.
270. Thiel L, Ghosh W. Determining Registered Nurses' Readiness for Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2008; 5(4):182-192.
271. Heater BS, Becker AM, Olson R. Nursing interventions and patients outocmes. A meta-analysys of studies. *Nurs Res* 1988; 37: 303-307.
272. Bostrum J, Suter WN. Research utilization: making the link with practice. *Nurs Staff Dev* 1993; 9: 28-34.
273. Calvo, M. O., & Domínguez, A. C. (2002). Medicina basada en la evidencia: una crítica filosófica sobre su aplicación en atención primaria. *Rev Esp Salud Publica*, 76(2), 115-120.
274. Morales-Asencio, J. M. (2008). ¿Qué hace que las enfermeras utilicen resultados de investigación con sus pacientes? *Evidentia*, 5(19).
275. Priscila Seguí González. Factores que influyen en la transferencia de evidencia científica a la práctica clínica de enfermeras de atención hospitalaria. Tesis doctoral para optar al grado de Doctor por la Universitat de les Illes Balears.
276. Hundley V, Milne J, Leighton Beck L, Graham W, Fitzmaurice A. Raising Research awareness among midwives and nurses: Does it work? *J Adv Nurs*. 2000;31:78-88.
277. Adib-Hajbaghery, M. Evidence-Based Practice: Iranian Nurses' Perceptions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2009;6(2):93-101.

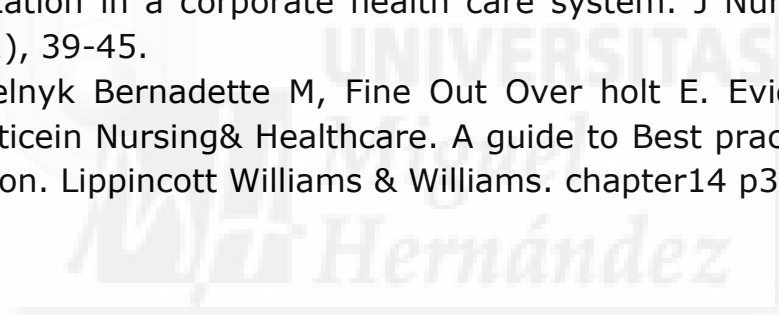
278. Jones C, Fuentelsaz C, Hidalgo R, Moreno T, Hernández E. Situación actual de los recursos para la investigación en Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. *Metas Enferm.* 2004;7:28-32.
279. Serrano-Gallardo S, González-Masid A, Escudero-Gómez C, Martínez-Marcos M, Solís-Muñoz M, González Zapico R. Uso de recursos de información científica accesible a través de internet al inicio y al final de la carrera. *Actas del XV Encuentro internacional de investigación en cuidados.* 2011 nov 15-18; Madrid, España. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2011. p.73-4. Disponible en: [http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-redes-centros-investigacion2/fd-centros-unidades2/fd-investen-isciii-2/docus/2011\\_XV\\_encuentro\\_Investen\\_Madrid.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-redes-centros-investigacion2/fd-centros-unidades2/fd-investen-isciii-2/docus/2011_XV_encuentro_Investen_Madrid.pdf) [Consulta: 2 mayo 2017].
280. Milos P, Larrain A, Simonetti M. Del porqué de la formación exclusiva universitaria de las enfermeras. 2009.
281. Cabrero J, Richat M. Investigar en Enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. Alicante: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alicante; 2001.
282. 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.
283. Pallen N, Timmins F. Research-based practice: myth or reality? A review of the barriers affecting research utilisation in practice. *Nurse Educ Pract.* 2002;2(2):99-108.
284. Estabrooks, C. A. (1998). Will evidence based- nursing practice make perfect? *Can. J Nurs Res.*, 1, 15-36.
285. Butler L. Valuing research in clinical practice: a basis for developing a strategic plan for nursing research. *Can J Nurs Res.* 1995; 27(4):33-49.
286. Martínez ML. Evolución de la formación enfermera. *Metas Enferm.* 2012; 15(6):3.
287. Shaneyfelt T, Baum KD, Bell D, Feldstein D, Houston TK, Kaatz S et al. Instruments for Evaluating Education in Evidence-Based Practice. A Systematic Review. *JAMA.* 2006;296(9):1116-27.

288. Martínez Díaz JD, Jiménez Rodríguez D, Muñoz Ronda FJ, Aguilera Manrique G, López Valverde MA, Rodríguez Salvador MM. Competencia de las enfermeras de cuidados críticos para integrar y aplicar la práctica basada en la evidencia. *Metas Enferm.* 2014; 17(3): 20-26.
289. McSherry , R., Artley , A., & Holloran, J. (2006). Research awareness: An important factor for evidence-based practice? *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(3), 103-115.
290. Thompson, C., McCaughan , D., Cullum, N., Sheldon , T. A., Mulhall, A., & Thompson, D. R. (2001). Research information in nurses' clinical decision-making: what is useful? *J Adv Nurs.*, 36, 376-388.
291. Gerrish, K., McDonnell, A., Nolan, M., Guillaume, L., Kirshbaum, M., & Tod, A. (2011). The role of advanced practice nurses in knowledge brokering.
292. Muñoz-Izquierdo A, Puchades-Simó A, Marco-Gisbert A, Piquer-Bosca C, Ferrer- Casares E, Canela-Ferrer A et al. Acceso a Internet de los profesionales de enfermería y tipo de consultas que realizan. *Enferm Clin.* 2008;18:18-25.
293. Garq A, Turtle KM. Effectiveness of training health professionals in literatura search skills using electronic health databases - a critical appraisal. *Health Info Libr J.* 2003; 20(1):33-41.
294. Patelarou AE , Patelarou E, Brokalaki H, Dafermos V, Thiel L, Melas CD, Koukia E. 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.
295. García JM, Rodríguez Martín JL, Subirana M. Revisiones sistemáticas de la evidencia científica: algunos apuntes prácticos. *Enferm. Clin.* 2003; 13(3):159-63.
296. Tizón Bouza E. Marcos Espino MP. ¿Es posible el uso de la evidencia científica en la formación de especialistas de enfermería familiar y comunitaria? *ENE.Revista de Enfermería.* Ago. 2013; 7(3).
297. Alanen, S., Kaila, M., Välimäki, M. and Study Group, ECCE. 2009. Attitudes toward guidelines in Finnish primary care nursing: a questionnaire survey. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(4): 229-236.



298. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE» núm. 298, de 14 de diciembre de 1999, páginas 43088 a 43099. <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf> [Consulta: 2 mayo 2017].
299. Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE núm. 17, de 19 de enero de 2008, páginas 4103 a 4136. <https://www.boe.es/boe/dias/2008/01/19/pdfs/A04103-04136.pdf> [Consulta: 2 mayo 2017].
300. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Feinstein NF, Li H, Small L, Wilcox L et al. Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills, and needs regarding evidence-based practice: implications for accelerating the paradigm shift. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2004; 1:185-193.
301. Del Llano Señarís JE, Meneu de Guillerna R. Asistencia sanitaria basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)*. 1999; 112:90-6.
302. Foxcroft, D., & Cole, N. (2008). Infraestructuras organizativas para la promoción de la práctica de enfermería basada en la evidencia (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2.
303. Munten, G., Van Den Bogaard, J., Cox, K., Garretsen, H., & Bongers, I. (2010). Implementation of Evidence-Based Practice in Nursing Using Action Research: A Review. *World Evid-Based Nurs*, 7(3), 135-157.
304. Guerra L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 1996; 107:377-382.
305. Rojas-Valenciano, L., Rodríguez-Artavia, A., Monge Blanco, M (Octubre, 2013).Influencia de la capacitación: "Práctica Clínica Basada en la Evidencia" en la práctica diaria de la enfermera(o) *Rev. Enfermería Actual de Costa Rica*, 25,1-16.
306. 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):304-305.
307. Tonelli MR. Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. *J Eval Clin Pract*. 2006;12(3):248-56.

308. Miles A; Grey JE; Polycronis A; Price BA; Melchiorri C. Currente thinking in the evidence-based health care debate. *Journal of evaluation in Clinical Practice* (2003);9: 95-109.
309. Morales Asensio JM. Investigación enfermera en atención primaria (II): la práctica basada en la evidencia. Cap. 21, En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. *Enfermería en Atención Primaria*. Madrid. DAE; 2006.
310. Sackett DL, Richardson WS, Rosembeig W, Haynes RB. *Medicina Basada en la Evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE*. Londres: Churchill Livingstone, 1997.
311. Abad Corpa, E. (2012). La implantación de evidencias en la práctica enfermera: un proceso de cambio mediante una investigación-acción-participativa. Universidad de Alicante. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/84259> [Consulta: 2 mayo 2017].
312. McCloskey , D. J. (2008). Nurses' perceptions of research utilization in a corporate health care system. *J Nurs Scholarsh*, 40(1), 39-45.
313. Melnyk Bernadette M, Fine Out Over holt E. *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare. A guide to Best practice*. Second Edition. Lippincott Williams & Williams. chapter14 p337.





# TABLAS

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Beneficios de aplicación de la EBE.....	Página 27
Tabla 2. Establecimiento de las recomendaciones.....	Página 51
Tabla 3. Nivel de calidad y fuerza de la evidencia científica....	Página 65
Tabla 4. Características de las variables independientes.....	Página 143
Tabla 5. Operacionalización de la variable sexo.....	Página 145
Tabla 6. Operacionalización de la variable nivel de formación reglada.....	Página 146
Tabla 7. Operacionalización de la variable nivel de ingles.....	Página 147
Tabla 8. Operacionalización de la variable nivel de conocimientos informáticos.....	Página 147
Tabla 9. Operacionalización de las variables nivel de formación reglada, modalidad y horas.....	Página 148
Tabla 10. Operacionalización de la variable participación en eventos científicos.....	Página 149
Tabla 11. Operacionalización de la variable participación en estudios de investigación .....	Página 150
Tabla 12. Operacionalización de la variable publicaciones.....	Página 151
Tabla 13. Operacionalización de la variable docencia.....	Página 152
Tabla 14. Operacionalización de la variable relación contractual.....	Página 154
Tabla 15. Operacionalización de la variable plaza ocupada.....	Página 155
Tabla 16. Operacionalización de la variable horario.....	Página 156
Tabla 17. Descriptivos para las variables explicativas cuantitativas.....	Página 162
Tabla 18. Número y frecuencia de las variables explicativas sociodemográficas.....	Página 163

Tabla 19. Número y frecuencia de las variables explicativas de formación.....	Página 164
Tabla 20. Número y frecuencia de las variables explicativas sobre docencia.....	Página 165
Tabla 21. Número y frecuencia de las variables explicativas sobre participación en eventos científicos.....	Página 166
Tabla 22. Valor medio e intervalo de confianza al 95% (IC 95%) para cada ítem del cuestionario CPBE-19.....	Página 167
Tabla 23. Descriptivos de cada dimensión y de la puntuación total originales del cuestionario CPBE-19.....	Página 170
Tabla 24. Descriptivos de cada dimensión y de la puntuación total estandarizadas a la escala 0-100 del cuestionario CPBE-19..	Página 170
Tabla 25. Descriptivos de la dimensión 'práctica' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas sociodemográficas. Test de Kuskall-Wallis.....	Página 172
Tabla 25. Continuación.....	Página 173
Tabla 26. Descriptivos de la dimensión 'practica' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas de docencia. Test U de Mann-Whitney.....	Página 176
Tabla 27. Descriptivos de la dimensión 'practica' estandarizada en cada nivel de participación en eventos científicos y publicaciones. Test de Kuskall-Wallis.....	Página 178
Tabla 28. Descriptivos de la dimensión 'actitud' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas sociodemográficas. Test de Kuskall-Wallis.....	Página 179
Tabla 28. Continuación.....	Página 180
Tabla 29. Descriptivos de la dimensión 'actitud' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas de docencia. Test U de Mann-Whitney.....	Página 183
Tabla 30. Descriptivos de la dimensión 'actitud' estandarizada en cada nivel de participación en eventos científicos y publicaciones. Test de Kuskall-Wallis.....	Página 185

Tabla 31. Descriptivos de la dimensión 'conocimientos/habilidades' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas sociodemográficas. Test de Kuskall-Wallis.....	Página 186
Tabla 31. Continuación.....	Página 187
Tabla 32. Descriptivos de la dimensión 'conocimientos/habilidades' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas de docencia Test U de Mann-Whitney.....	Página 190
Tabla 33. Descriptivos de la dimensión 'conocimientos/habilidades' estandarizada en cada nivel de participación en eventos científicos y publicaciones. Test de Kuskall-Wallis.....	Página 192
Tabla 34. Descriptivos en cada nivel de las variables explicativas sociodemográficas en la puntuación total. Test de Kuskall-Wallis.....	Página 193
Tabla 34. Continuación.....	Página 194
Tabla 35. Descriptivos en cada nivel de las variables explicativas de docencia en la puntuación total. Test U de Mann-Whitney.....	Página 197
Tabla 36. Descriptivos en cada nivel de las variables explicativas participación en eventos científicos en la puntuación total. Test de Kuskall-Wallis.....	Página 198
Tabla 37. Percentiles de cada dimensión estandarizadas.....	Página 201
Tabla 38. Número y frecuencias de las nuevas variables respuesta.....	Página 201
Tabla 39. Modelo multivariante para la dimensión práctica....	Página 202
Tabla 40. Indicadores modelo para la dimensión práctica.....	Página 204
Tabla 41. Modelo logístico multivariante para la dimensión actitud.....	Página 206
Tabla 42. Indicadores modelo para la dimensión actitud.....	Página 208
Tabla 43. Modelo multivariante para dimensión conocimientos/habilidades.....	Página 210
Tabla 44. Indicadores modelo para dimensión conocimientos/habilidades.....	Página 211

Tabla 45. Modelo multivariante para puntuación total.....	Página 214
Tabla 46. Indicadores modelo para puntuación total.....	Página 216
Tabla 47. Centros de Atención Primaria de Barcelona Ciudad.....	Página 289









## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de gerencias del ICS.....	Página 115
Figura 2. Distribución de SAPs Barcelona Ciudad.....	Página 116
Figura 3. Organización de Barcelona Ciudad.....	Página 121
Figura 4. Valor medio e intervalo de confianza al 95% para cada ítem del cuestionario CPBE-19.....	Página 168
Figura 5. Valores medios de la dimensión 'práctica' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas sociodemográficas...	Página 175
Figura 6. Valores medios de la dimensión 'actitud' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas sociodemográfica....	Página 182
Figura 7. Valores medios de la dimensión 'conocimientos/habilidades' estandarizada en cada nivel de las variables explicativas sociodemográficas.....	Página 189
Figura 8. Valores medios en cada nivel de las variables explicativas sociodemográficas en la puntuación total.....	Página 196
Figura 9. Histogramas de frecuencias para cada dimensión y para la puntuación total estandarizadas.....	Página 200
Figura 10. Curva ROC para la dimensión práctica.....	Página 205
Figura 11. Curva ROC del modelo multivariante dimensión actitud.....	Página 209
Figura 12. Curva ROC del modelo multivariante dimensión conocimientos y habilidades.....	Página 213
Figura 13. Curva ROC del modelo multivariante para puntuación total.....	Página 217



# **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

### **ENCUESTA SOBRE EL USO DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN LA PRÁCTICA DIARIA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

Esta encuesta forma parte del estudio de investigación llevado a cabo en el Máster de Investigación en Atención Primaria y que posteriormente servirá para la tesis doctoral.

En ella, participan el personal de enfermería que trabaja como estatutario en los diferentes centros y servicios de Atención Primaria del ICS de Barcelona Ciudad.

Es importante que lo complete en su totalidad, no obstante, si alguna pregunta le resulta difícil o complicada de responder, óbviela.

El investigador garantiza la confidencialidad de la información que proporcione.

**DATOS PERSONALES**

Fecha de Nacimiento

Sexo

- |                          |        |
|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Hombre |
| <input type="checkbox"/> | Mujer  |

**DATOS ACADÉMICOS**

Año de finalización de estudios de enfermería

Nivel superior de formación reglada.

Estudios / Nivel de inglés

- |                          |      |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Nulo |
| <input type="checkbox"/> | A    |
| <input type="checkbox"/> | B    |
| <input type="checkbox"/> | C    |

Estudios / Nivel de informática

- |                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Nulo             |
| <input type="checkbox"/> | Usuario          |
| <input type="checkbox"/> | Usuario Avanzado |
| <input type="checkbox"/> | Profesional      |
| <input type="checkbox"/> | Experto          |

Formación continuada realizada en el último año

Horas realizadas

Modalidad

Participación en eventos científicos en el último año

Papel sujeto en presentaciones en eventos científicos del último año

Participación en estudios de investigación el último año

Que has publicado en el último año

Donde has publicado en el último año

Que Docencia has realizado el último año

**DATOS LABORALES**

Años de profesión

Antigüedad en el ICS como enfermera/o

Forma de ocupación

Plaza ocupada

Horario de trabajo



**Cuestionario de Efectividad Clínica y Práctica Basada en la Evidencia (CPBE-19)**

Este cuestionario está diseñado para recoger información y opiniones sobre el uso de la práctica basada en la evidencia entre profesionales sanitarios. No hay respuestas correctas o erróneas, ya que solo estamos interesados en sus opiniones y el uso que usted hace de la evidencia en su práctica.

1. CON RESPECTO A LA ATENCIÓN PRESTADA A ALGÚN PACIENTE EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE HA HECHO LAS SIGUIENTES CUESTIONES PARA RESPONDER A ALGUNA POSIBLE LAGUNA SURGIDA EN SU CONOCIMIENTO? (SEÑALE V O X):

Formulé una pregunta de búsqueda claramente definida, como el principio del proceso para cubrir esta laguna:										
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente
Indagué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta										
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente
Evalué críticamente, mediante criterios explícitos, cualquier referencia bibliográfica hallada										
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente
Integré la evidencia encontrada con mi experiencia:										
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente
Evalué los resultados de mi práctica:										
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente
Compartí esta información con mis colegas										
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente

2. POR FAVOR, INDIQUE (✓ O X) EN QUÉ LUGAR DE LA ESCALA SE SITUARÍA USTED PARA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES PARES DE ENUNCIADOS:

7. Me sienta mal que cuestionen mi práctica clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recibo de buen agrado preguntas sobre mi práctica sobre mi práctica
8. La práctica basada en la evidencia es una pérdida de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica profesional
9. Me aferro a métodos probados y fiables más que cambiar a cualquier cosa nueva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencia al respecto.

3. EN UNA ESCALA DE 1 A 7 (SIENDO 7 LA MEJOR PUNTUACIÓN) ¿CÓMO SE PUNTUARÍA A SÍ MISMO/A? (Por favor, rodee con un círculo el número elegido para cada enunciado):

	Pobre ← → Excelente						
	1	2	3	4	5	6	7
10. Habilidades para la investigación							
10. Habilidades con las tecnologías de la información							
12. Monitorización y revisión de habilidades prácticas							
13. Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación							
14. Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes							
15. Conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes							
16. Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos							
17. Capacidad de determinar la validez del material encontrado							
18. Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicabilidad clínica)							
19. Capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos							



**ANEXO 2****Centros de Atención Primaria de Barcelona Ciudad (Tabla 47)**

Tabla 47. Centros de Atención Primaria de Barcelona Ciudad  
Elaboración propia

CENTRO	EAP	SAP
El Carmelo	7C El Carmelo	Montaña
Horta	7D Horta	Montaña
Horta	7F Lisboa	Montaña
San Rafael	7E San Rafael	Montaña
Turó	8A Vilapiscina	Montaña
Turó	8C Turó	Montaña
Rio de Janeiro	8B Porta	Montaña
Rio de Janeiro	8D Prosperidad	Montaña
Rio de Janeiro	8E Verdún	Montaña
Guineueta	8F Guineueta	Montaña
Roquetas	8G Roquetas	Montaña
Ciudad Meridiana	8H Ciudad Meridiana	Montaña
Chafarinas	8I Chafarinas	Montaña
San Andrés	9D San Andrés Oeste	Montaña
San Andrés	9G San Andrés Este	Montaña
Buen Pastor	9E Buen Pastor	Montaña
Vía Barcino	9F Vía Barcino	Montaña
Montcada i Reixach	Montcada	Montaña
Montcada i Reixach	Les Indianes	Montaña
Paseo San Juan	2H Paseo San Juan	Derecha
Paseo San Juan	2J Monumental	Derecha

Padre Claret	6A Joanic	Derecha
Padre Claret	6B Vila de Gracia	Derecha
Sanllehy	7A Sanllehy	Derecha
Maragall	7G Guinardó	Derecha
Maragall	9C Congreso	Derecha
Maragall	10E Encantes	Derecha
Maragall	10 F Campo del Arpa	Derecha
La Sagrera	9A La Sagrera	Derecha
El Clot	10G El Clot	Derecha
Manso	2A San Antonio	Izquierda
Manso	2B Vía Roma	Izquierda
Manso	2D Universidad	Izquierda
Manso	3B Pueblo Seco	Izquierda
Bordeta Magoria	3D Bordeta Magoria	Izquierda
Bordeta Magoria	3D Consejo de Ciento	Izquierda
Sants	3E Sants	Izquierda
Sants	3E Carrera Scandi	Izquierda
Numancia	3G Numancia	Izquierda
La Marina	3H La Marina	Izquierda
La Marina	3H Carlos Ribas	Izquierda
Montnegre	4A Montnegre	Izquierda
Montnegre	4B Les Corts	Izquierda
Adriano	5A Marco Aurelio	Izquierda
Adriano	5B San Elías	Izquierda
Casc Antic	1B Casc Antic	Litoral
Gótico	1C Gótico	Litoral
Raval Sur	1D Raval Sur	Litoral

Raval Norte	1E Raval Norte	Litoral
Ramón Turró	10B Ramón Turró	Litoral
Pueblo Nuevo	10C Pueblo Nuevo	Litoral
Besos	10D Besos	Litoral
San Martín	10H Verneda Norte	Litoral
San Martín	10J Verneda Sur	Litoral
La Pau	10I La Pau	Litoral
La Mina	La Mina	Litoral



