



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN  
POR LOS PROFESIONALES DE  
ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LOS  
HOSPITALES DEL SERVICIO  
MADRILEÑO DE SALUD

Gema Escobar Aguilar



Tesis

**Doctorales**

[www.eltallerdigital.com](http://www.eltallerdigital.com)

UNIVERSIDAD de ALICANTE



Departamento de Enfermería  
Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

**TESIS DOCTORAL**

UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN POR LOS PROFESIONALES  
DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LOS HOSPITALES DEL  
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

**Autora:**

GEMA ESCOBAR AGUILAR

**Director:**

Dr. MIGUEL RICHART MARTÍNEZ

Alicante, Diciembre de 2015



**Dr. MIGUEL RICHART MARTINEZ**, Catedrático de Escuela Universitaria en el Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante

CERTIFICA:

Que la tesis doctoral titulada **UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LOS HOSPITALES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD**, realizada por GEMA ESCOBAR AGUILAR, ha sido realizada bajo su dirección

Y para que así conste a los efectos oportunos, firma el presente certificado en Alicante 10 de diciembre de 2015.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a vertical line on the left, a horizontal line extending to the right, and a short horizontal line below it.

Prof. Dr. D. Miguel Richart Martínez



## AGRADECIMIENTOS

A mi familia, en especial a mis padres, por hacerme creer que puedo con todo lo que me proponga y por creer en mi profesionalidad a pesar de haber hecho tan solo “unos cursillos”, vosotros me habéis dado todo lo que soy.

A Jaime, porque contigo llevo a cabo el proyecto más difícil y emocionante de todos. Por estar siempre a mi lado y poner cordura, serenidad y música, mucha música.

A mis hijos, Luis, Marta e Inés, porque me enseñáis cada día cosas nuevas y por creer firmemente que yo, soy la mejor madre del mundo.

A mis amigos, por el apoyo incondicional, la escucha activa, los consejos sabios y por ser tantas veces el oasis en el desierto.

A mi director, Miguel Richart, por aceptar siempre lo que he propuesto con la mente abierta y enseñarme que la investigación es un camino que se recorre más allá del proyecto que la entraña.

A Teresa Moreno, por su tenacidad, empuje y visión de futuro, eres la razón de que yo me embarcara en esta aventura, casi sin quererlo.

A mis compañeros de Investén, los que son y los que han sido, por ser más que compañeros de trabajo, por compartir mi día a día y estar siempre dispuestos a escuchar.

A Cintia e Isabel, por vuestros sabios consejos y correcciones exprés, pero sobre todo por vuestra amistad y gran calidad humana y a Teresa, por hacer de la estadística algo fácil.

A Lara, co-investigadora, compañera y amiga, por tus colores, tu alegría, tu tolerancia y tu enorme empatía y por enseñarme todo lo que puede llegar a ser una enfermera, sabes que parte de esta tesis es tuya.

A mi equipo investigador, las mejores enfermeras que he podido encontrar, gracias por aceptar investigar junto a mí, ha sido un auténtico orgullo y placer poder formar parte de este proyecto junto a vosotras.

Y por último, a todos los profesionales de enfermería, en especial a los que habéis participado en este estudio, porque con vuestro esfuerzo y entrega cuidáis día a día a las personas cuando más lo necesitan.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



“Empieza haciendo lo necesario,  
después lo posible, y de repente te  
encontrarás haciendo lo imposible”.

San Francisco de Asís.

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante





## Índice de contenidos

1.	RESUMEN .....	1
2.	INTRODUCCIÓN .....	5
2.1.	La transferencia del conocimiento a la práctica clínica .....	7
2.2.	Definiciones de utilización de la investigación .....	10
2.3.	Modelos de traslación del conocimiento .....	14
2.3.1.	Modelo Difusión de la Innovación .....	15
2.3.2.	Modelo de la teoría de sistemas para la utilización de la investigación .....	17
2.3.3.	Modelo Stetler de utilización de la investigación para fomentar la Práctica Basada en la Evidencia .....	18
2.3.4.	The Iowa Model of Research in practice.....	21
2.3.5.	Modelo colaborativo de utilización de la investigación .....	22
2.3.6.	Promoting Action on Research Implementation in Health Services: PARISH framework .....	24
2.3.7.	Modelo Ottawa de utilización de la investigación en los cuidados de salud OMRU .....	26
2.3.8.	Modelo de factores individuales de utilización de la investigación (Estabrooks CA, 1999a; b).....	27
2.3.9.	Modelo conceptual de los determinantes de la difusión, diseminación e implantación de la innovación en los servicios de salud.....	29
2.3.10.	Knowledge to action model.....	30
2.4.	Factores que influyen en la utilización de la investigación .....	32
2.4.1.	Factores relativos a las características individuales .....	32
2.4.2.	Factores relativos a las organizaciones .....	38
2.4.3.	Instrumentos para medir el contexto .....	46
2.4.4.	Factores relativos al entorno.....	48
2.4.5.	Factores relativos a la innovación.....	49
2.5.	Estrategias para fomentar la utilización de la investigación .....	52
2.6.	Instrumentos de medida en utilización de la investigación .....	57
2.6.1.	Research utilization Questionnaire (RUQ) .....	58
2.6.2.	Edmonton Research Orientation Survey (EROS) .....	58
2.6.3.	Nursing Practice Questionnaire. NPQ.....	58

2.6.4.	Evidence Based-Practice Questionnaire .....	59
2.6.5.	“Research utilization Scale” .....	59
2.7.	La utilización de la investigación y su impacto en los resultados de los pacientes .....	62
2.8.	Utilización de la investigación en España.....	64
3.	JUSTIFICACIÓN.....	69
4.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	73
4.1.	OBJETIVOS .....	75
4.1.1.	Objetivo General.....	75
4.1.2.	Objetivos específicos .....	75
4.2.	HIPÓTESIS. ....	75
5.	MÉTODOS.....	77
5.1.	Diseño .....	79
5.2.	Ámbito .....	79
5.3.	Sujetos de estudio.....	80
5.3.1.	Tamaño muestral.....	80
5.3.2.	Muestreo .....	80
5.4.	Variables .....	81
5.4.1.	Características socio-demográficas y de formación .....	81
5.4.2.	Variables laborales.....	81
5.4.3.	Relacionadas con la investigación.....	82
5.4.4.	Relacionadas con la organización .....	82
5.4.5.	Características del hospital .....	83
5.4.6.	Creación de nuevas variables .....	83
5.5.	Instrumentos de medida .....	86
5.5.1.	Instrumento “Research utilization survey” .....	86
5.5.2.	Cuestionario de actitudes hacia la investigación.....	87
5.5.3.	Cuestionario Entorno de la práctica clínica .....	88
5.6.	Validación de la encuesta “Research utilization survey” .....	90
5.6.1.	Selección del cuestionario.....	90
5.6.2.	Traducción-retrotraducción.....	90
5.6.3.	Evaluación de las propiedades métricas de la versión definitiva de la escala en castellano: .....	91
5.7.	Recogida de datos.....	94

5.8.	Análisis de datos.....	96
5.8.1.	Propiedades psicométricas de la encuesta “Utilización de la investigación”	96
5.8.2.	Análisis descriptivo de las variables .....	99
5.8.3.	Análisis de la encuesta “Utilización de la investigación.....	99
5.8.4.	Análisis encuesta “Actitudes ante la investigación” .....	100
5.8.5.	Análisis encuesta Entorno laboral PES-NWI .....	100
5.8.6.	Análisis bivalente.....	101
5.9.	Controles de calidad de los datos recogidos .....	103
5.10.	Consideraciones éticas.....	104
6.	RESULTADOS .....	105
6.1.	Adaptación y propiedades psicométricas del cuestionario “Research utilization survey” .....	107
6.1.1.	Adaptación lingüística y cultural del cuestionario .....	107
6.1.2.	Índice de validez de contenido (CVI).....	109
6.1.3.	Fiabilidad del cuestionario.....	113
6.2.	Descripción de la muestra.....	117
6.2.1.	Tasa de respuesta.....	117
6.2.2.	Características sociodemográficas de la población de estudio .....	119
6.2.3.	Características laborales de la población de estudio.....	125
6.2.4.	Actividad investigadora de la población de estudio .....	130
6.3.	Cuestionario de Utilización de la investigación.....	133
6.3.1.	Sección I: Utilización de la investigación .....	133
6.3.2.	Sección II: Tipos y fuentes de conocimiento para la práctica.....	140
6.3.3.	Lectura de revistas científicas .....	144
6.3.4.	Creencias hacia la investigación.....	149
6.3.5.	Sección III: Apoyo de la organización .....	153
6.4.	Cuestionario de Actitudes ante la investigación .....	157
6.5.	Cuestionario de Entorno laboral PES-NWI.....	162
6.6.	Contexto según el modelo de PARISH .....	167
6.7.	Comprobación de hipótesis: Utilización de la investigación y características individuales.....	169
6.7.1.	Lectura de revistas y utilización de la investigación .....	172
6.7.2.	Utilización de la investigación y Actitudes ante la investigación .....	176

6.8.	Comprobación de hipótesis: Utilización de la investigación y características organizativas .....	180
6.8.1.	Utilización de la investigación y Tamaño del hospital.....	180
6.8.2.	Utilización de la investigación y Complejidad del hospital .....	181
6.8.3.	Utilización de la investigación y Tipo de gestión del hospital .....	182
6.8.4.	Utilización de la investigación y Tipo de unidad .....	183
6.8.5.	Utilización de la investigación y características laborales.....	183
6.8.6.	Utilización de la investigación y apoyo de la organización .....	184
6.8.7.	Utilización de la investigación y Entorno laboral.....	186
6.8.8.	Utilización de la investigación y el contexto según PARISH .....	190
6.9.	Resultados de la validez de constructo.....	192
6.9.1.	Análisis Factorial.....	192
6.9.2.	Comprobación de hipótesis para la validación de constructo .....	197
7.	DISCUSIÓN.....	201
7.1.	Validación del cuestionario .....	203
7.2.	Frecuencia de respuesta .....	205
7.3.	Características socio demográficas y profesionales.....	206
7.4.	Utilización de la investigación.....	208
7.4.1.	Tipos y fuentes de conocimiento para la práctica .....	210
7.4.2.	Lectura de revistas .....	212
7.4.3.	Apoyo de la organización .....	212
7.5.	Resultados de entorno laboral medido con el PES-NWI.....	214
7.6.	Resultados cuestionario de Actitudes hacia la investigación .....	215
7.7.	Relación de la utilización de la investigación con los factores individuales .....	217
7.7.1.	Características socio-demográficas y de formación y su relación con la utilización de la investigación .....	217
7.7.2.	Hábitos de lectura y su relación con la utilización de la investigación .....	220
7.7.3.	Creencias hacia la investigación y su relación con la utilización de la investigación.....	221
7.7.4.	Actitudes ante la investigación y su relación con la utilización de la investigación.....	222
7.8.	Relación de la utilización de la investigación con los factores organizativos ....	223
7.8.1.	Características laborales y su relación con la utilización de la investigación .. ..	223

7.8.2.	Apoyo de la organización y su relación con la utilización de la investigación 224	
7.8.3.	Entorno laboral según PES-NWI y su relación con la utilización de la investigación.....	225
7.8.4.	Clasificación del contexto según el modelo PARISH y su relación con la utilización de la investigación .....	226
7.9.	Dificultades y limitaciones del estudio.....	228
8.	CONCLUSIONES .....	231
9.	RECOMENDACIONES .....	237
10.	REFERENCIAS.....	241
11.	LISTA DE TABLAS.....	257
12.	LISTA DE GRÁFICOS .....	263
13.	ANEXOS .....	267
	ANEXO 1. Actitud y concienciación de los profesionales de enfermería ante la investigación y el desarrollo de los cuidados de enfermería (versión II).....	269
	ANEXO II. RESEARCH UTILIZATION SURVEY (version original) .....	273
	ANEXO III. PRACTICE ENVIRONMENT SCALE OF THE NURSING WORK INDEX.....	281
	ANEXO IV. EJEMPLO DE DOCUMENTO ENVIADO A LOS 10 EXPERTOS CON AMBAS VERSIONES DEL CUESTIONARIO .....	284
	ANEXO V. EJEMPLO DE DOCUMENTO PARA VALORACIÓN CVI .....	285
	ANEXO VI. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	288
	ANEXO VII. IMAGEN DE LA PÁGINA WEB DEL PROYECTO.....	291
	ANEXO VIII. INFORME COMITÉ INVESTIGACIÓN .....	292
	ANEXO IX. ENCUESTA UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN. (Versión española).....	293





Universitat d'Alacant **1.RESUMEN**  
Universidad de Alicante





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

Utilizar el conocimiento proveniente de investigación rigurosa en la práctica clínica, produce mejoras en los procesos de cuidados y en los resultados de los pacientes. Por ello la utilización de la investigación se puede definir como el proceso de comunicación y utilización del conocimiento científico con el fin de conseguir un cambio en el sistema de cuidados. La utilización de investigación ocurre cuando las enfermeras incorporan el conocimiento de la investigación en su práctica clínica.

La tesis doctoral que se presenta a continuación tiene el objetivo de identificar los factores individuales y contextuales que se relacionan con la utilización de la investigación por parte de los profesionales de enfermería.

A través de un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico, la tesis desarrolla la validación de un instrumento para medir el constructo de utilización de la investigación en profesionales de enfermería que trabajan en el medio hospitalario y prestan cuidados directos al paciente en unidades médicas, quirúrgicas y de cuidados críticos, tanto de adultos como pediátricas.

Además, se incluyen otras variables que en la literatura se han identificado como relacionadas con la utilización de la investigación, como son las actitudes hacia la investigación y el entorno laboral, ambas medidas con instrumentos validados en el contexto hospitalario español. Para medir las actitudes se ha utilizado el instrumento "Actitudes y concienciación de los profesionales de enfermería hacia la investigación y desarrollo en cuidados de salud" y para medir el entorno laboral el cuestionario "*Practice environmet Scale*". También se ha puesto a prueba el contexto según el modelo PARISH (Cultura, liderazgo y evaluación).

La utilización de la investigación se ha medido con el cuestionario "*Research Utilization Survey*", para el que se ha realizado una validación analizando la fiabilidad test-retest, la validez de contenido y la validez de constructo.

Entre los resultados más relevantes presentados en este trabajo, se pueden destacar:

El Cuestionario muestra una validez de contenido, fiabilidad y validez de constructo aceptables y se puede utilizar en el contexto español.

La media de la utilización general ajustada de la investigación de la muestra fue de 3,04 sobre una escala Likert de 5 puntos. La utilización directa de la investigación obtuvo una media de 3,44, la indirecta 3,33 y la persuasiva 2,82.

Las características individuales que se relacionan con la utilización de la investigación son el género (mujeres vs. hombres), participación en actividades científicas (publicación de artículos con un coeficiente de correlación de Pearson  $r=0,3$ ), la formación continuada, tener titulaciones adicionales nivel máster, hábitos altos de lectura de revistas científicas, las creencias hacia la investigación (actuar contra las propias creencias cuando contradicen algo aprendido antes de la escuela de enfermería, obtuvo un  $r=0,26$  y en la escuela  $r=0,29$ ) y las actitudes hacia la investigación: una mayor puntuación en el cuestionario de actitudes, se relaciona de manera significativa con una mayor puntuación en todos los tipos de utilización de la investigación ( $r=0,33$ ).

Teniendo en cuenta los factores organizativos, el apoyo de los supervisores, de los médicos y de los compañeros enfermeros se mostraron relacionados con una mayor utilización de la investigación ( $r$  entre 0,21-0,26).

Por otro lado, teniendo en cuenta el entorno según el cuestionario "PES-NWI", los hospitales con un entorno desfavorable obtienen menores puntuaciones para la utilización general ajustada que los mixtos y los favorables ( $F= 3,45$ ;  $p=0,027$ ).

Si tenemos en cuenta el contexto según PARISH en general los valores medios obtenidos en todos los tipos de utilización de la investigación son menores en los contextos desfavorables que en los favorables ( $F=3,55$ ;  $p=0,041$  entre contexto adecuados e inadecuados).

El estudio muestra que las creencias y las actitudes hacia la investigación son los aspectos más relacionados a nivel individual con el uso de la investigación. Por otro lado, los profesionales que tienen el apoyo de otros profesionales y que trabajan en contextos positivos utilizan más la investigación.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **2.INTRODUCCIÓN**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## 2.1. La transferencia del conocimiento a la práctica clínica

Desde hace varias décadas se ha venido insistiendo en la necesidad de que la profesión de enfermería demuestre una base científica sólida para su práctica. Esto ha supuesto un aumento en el número de enfermeras formadas en investigación, en los recursos disponibles para investigar y en el número de proyectos de investigación en los que la enfermería puede basar su práctica (Horsley, Crane y Bingle, 1978; Cabrero y Richart, 2001).

En la actualidad nadie pone en duda que todo profesional, independientemente de su disciplina debe estar al día de los nuevos avances de su campo (Cabrero, 1999), ya que el uso del conocimiento proveniente de investigación rigurosa, produce mejoras en los procesos de cuidados y en los resultados de los pacientes (Grimshaw et al., 2006).

De hecho, la implantación del conocimiento basado en la investigación en la práctica clínica se identifica como un indicador de un entorno óptimo en el que las mejoras en los resultados de los pacientes son evidentes (Squires, Adachi y Estabrooks 2008). Implantar cambios, trasladar la investigación a la práctica y mejorar la calidad de los cuidados que recibe el paciente es un proceso complejo, difícil y desafiante (Rycroft-Malone, 2004). Pero aplicar los resultados de la investigación en la práctica clínica es crucial para mejorar los resultados de los pacientes, mejorar el entorno laboral y contener los costes de los cuidados de salud (Titler et al., 1994).

Sin embargo hay estudios que establecen que el conocimiento no se refleja en el cuidado que reciben los pacientes (Dobbins, Ciliska y Mitchel, 1998; Parahoo 2000) y existe una separación entre la investigación en enfermería y la práctica, lo que se traduce en que los resultados de la investigación no están contribuyendo a la mejora asistencial (Horsley et al., 1978; Parahoo, 1998; Pallen y Timmins, 2002; Cabrero y Richart, 2001). Según Estabrooks (1999a) el problema es cubrir

el hueco entre lo que se conoce y lo que se hace. Algunos autores establecen que entre un 30% y un 40% de los pacientes no reciben cuidados basados en la investigación y que un 20% de los cuidados prestados pueden ser innecesarios o dañinos (Schuster, McGlyn y Brook, 1998; Grol, 2001). Lo que provoca una elevada variabilidad en el modo de decidir y aplicar los cuidados más efectivos. Esta falta de consenso en las pautas a seguir conlleva un aumento del riesgo de cometer errores y la utilización inapropiada de los recursos materiales y humanos disponibles (Sackett, 1996; Shaneyfelt, Mayo-Smith y Rothwangl 1999; Forbes y Griffiths, 2002).

De hecho, los resultados de la investigación no producirán cambios en los pacientes a no ser que los sistemas, las organizaciones y los profesionales de la salud los apliquen en la práctica clínica y en las políticas sanitarias. Desafortunadamente uno de los resultados más consistentes en la investigación en servicios de salud es que la transferencia de conocimiento a la práctica es un proceso lento y caótico (Graham et al., 2006).

Por estos motivos, existe desde hace varias décadas un interés creciente en cómo garantizar la eficacia y la eficiencia de los sistemas de salud, así como en generar políticas para involucrar al paciente en los cuidados y el desarrollo del concepto de responsabilidad profesional sobre los resultados (Sackett, 1996, Sackett, Richardson, Rosenberg y Haynes 2000; Kitson, Ahmed, Harvey, Seers Thompson, 1996). Prueba de ello es que en la asamblea mundial de la Salud celebrada en Ginebra en 2005, se desarrolló una resolución para apoyar el uso de la evidencia en el desarrollo de políticas de salud. Así se estableció que los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) deberían “establecer o fortalecer mecanismos para apoyar una salud pública, unos los sistemas de provisión de cuidados y unas políticas de salud basadas en la evidencia” (Lavis, Oxman, Moynihan y Paulsen, 2008).

Al interés en mejorar la calidad de la provisión de cuidados se suma el movimiento de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) propuesto por Sackett (1996) quien la define como “el uso consciente, juicioso y explícito de la mejor evidencia disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes

individuales. La práctica de la MBE conlleva integrar la experiencia clínica individual con la mejor evidencia disponible proveniente de las revisiones sistemáticas”. Posteriormente se añaden las preferencias de los pacientes a la definición (Sackett et al., 2000).

La Medicina Basada en la Evidencia se concibió, en los años ochenta, en la Facultad de Medicina de la Universidad de McMaster en Canadá. Desde entonces tuvo rápida expansión a otras disciplinas de la salud apareciendo la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), la Fisioterapia Basada en la Evidencia (FBE) y el término general para englobar a todas las disciplinas: la Práctica Basada en la Evidencia (PBE). Todas las disciplinas basadas en la evidencia se sustentan en la concepción de la MBE, ya que pretenden prestar la atención a los pacientes aplicando la mayor evidencia clínica disponible obtenida a través de una revisión crítica de la literatura. De esta manera, la EBE surge por la necesidad de adaptar la práctica profesional de enfermería a los conocimientos generados por la investigación científica e integrar, así, los resultados de una investigación rigurosa, la experiencia profesional, las demandas y valores del paciente y los recursos existentes, sin olvidar el compromiso legal y ético que implica toda intervención profesional (Abad-Corpa, Mnistrol Ruano, Altarribas-Bolsa y Paredes-Sidrachde Cardona, 2003).

De acuerdo con Sackett et al. (2000) la PBE es un proceso que se desarrolla en 5 etapas: 1) Traslación de la incertidumbre a preguntas a las que se pueda dar respuesta; 2) Recuperación sistemática de la mejor evidencia disponible; 3) Realizar una lectura crítica de la literatura; 4) Implantar los resultados en la práctica clínica; 5) Evaluación de la práctica clínica.

La clave para aplicar de manera más generalizada la investigación depende del cuarto paso descrito por Sackett: la implantación de los resultados de la investigación en la práctica clínica. (Bero et al., 1998; Estabroks, 1999; Thomson, Estabrooks, Scott-Findlay, Moore y Wallin, 2007). Además para que los resultados de la investigación se puedan aplicar a la práctica clínica deben cumplir los siguientes criterios: a) mérito científico; b) importancia y utilidad para el ámbito de la práctica; y c) la pertinencia del resultado para su aplicación en la práctica. (Brett, 1987).



## 2.2. Definiciones de utilización de la investigación

Según la *Canadian Nurses Association* (1993), La investigación puede considerarse como una indagación sistemática que utiliza diferentes enfoques para perfilar o confirmar el conocimiento existente, para descubrir nuevo conocimiento o para ambos.

La innovación ha sido definida según Scott, 1990 (veáse Dobbins, Ciliska y Mitchell, 1998) como “la adopción de un cambio que es nuevo para el individuo, la organización o para el entorno relevante”. Otra definición la describe como “objetos, procesos, prácticas o conocimientos que son completa o parcialmente nuevos para el que adopta la innovación y/o para el resto del mundo” (Brett, 1987). Según ambas definiciones podemos considerar la evidencia científica como una innovación y los factores que influyen en la adopción de la innovación en otros campos, pueden ser aplicables a la investigación en salud (Dobbins et al., 1998). En esta línea la adopción es hacer un uso completo de la innovación, siempre que sea la mejor opción disponible y conlleva necesariamente un cambio de comportamiento (Logan y Graham, 1998).

Otro concepto a tener en cuenta es la difusión del conocimiento, entendida como el proceso de comunicación de la investigación, la innovación o conocimiento a los individuos, grupos u organizaciones (Thompson et al., 2007).

Podríamos definir, entonces, la utilización de la investigación como un proceso de comunicación y uso del conocimiento generado para conseguir un cambio en el sistema de cuidados, por tanto, la utilización de investigación ocurre cuando las enfermeras incorporan el conocimiento generado de la investigación en su práctica clínica. Según Berggren (2001) “la utilización de la Investigación es todo uso de los resultados de la investigación en uno o todos los aspectos del trabajo que uno realiza como profesional de enfermería”.

Los términos “utilización de la investigación” y “práctica basada en la evidencia” se suelen utilizar de manera indistinta, pero hay que tener en cuenta que no son sinónimos. La Práctica Basada en la Evidencia (PBE), es un concepto mucho más amplio (formulación de una pregunta, búsqueda de evidencia, evaluación crítica, utilización de la investigación y evaluación) que engloba la utilización de la investigación (Estabrooks, 1999a, Pearson, Jordan y Munn, 2012).

La utilización de la investigación es un tipo específico de utilización del conocimiento. Es un proceso complejo en el que el conocimiento (en este caso en forma de investigación) es transformado, desde los resultados de uno o más estudios, en posibles intervenciones de enfermería, cuyo último objetivo es su uso en la práctica clínica. En enfermería podría definirse como “el uso de los resultados de la investigación en cualquier aspecto del trabajo como enfermeras” (Estabrooks, 1999a).

La utilización de la investigación es un proceso que consta de 6 fases (Horsley et al., 1978):

- La primera fase comprende 2 actividades interrelacionadas: identificar los problemas de la práctica clínica que requieren una solución y evaluar la validez de la investigación en torno a los mismos.
- La segunda fase es evaluar la relevancia de los hallazgos de la investigación para la práctica, los valores de la organización y sus políticas y establecer la relación coste/beneficio.
- La tercera fase es diseñar la innovación para la práctica, lo que conlleva también un plan para su implantación.
- La cuarta fase constituye la evaluación de la innovación.
- La quinta fase es la toma de decisiones en función de los resultados de la evaluación.
- La sexta fase es la expansión de la innovación a otras unidades.

En la actualidad, las limitaciones para la traslación del conocimiento a la práctica clínica son muchas e incluyen: problemas con la definición de los términos y falta

de claridad en el uso de marcos conceptuales; teorías o modelos que den forma y pongan los límites a la aplicación del conocimiento; falta de financiación para llevar a cabo programas a largo plazo; y la falta de agentes interesados involucrados en las fases iniciales de la traslación del conocimiento (Kitson y Bisby, 2008).

Los términos utilizados en la literatura en referencia al concepto de llevar el conocimiento a la práctica son variados y se utilizan de forma indistinta, produciendo gran confusión. Algunos de los términos más comunes son: traslación del conocimiento (*Knowledge translation*), transferencia del conocimiento (*Knowledge transfer*), intercambio de conocimiento (*Knowledge Exchange*), utilización de la investigación (*Research utilization*), implantación (*Implementation*), divulgación (*Dissemination*), difusión (*Diffusion*) (Graham ID, 2006). A pesar de la existencia de los numerosos términos, el objetivo siempre es el mismo: el uso de los resultados provenientes de la investigación en la práctica (Scott, Estabrooks, Allen y Pollock 2008a). De todas formas, para que el lector pueda tener una idea más detallada y clara de las diferencias en la Figura 1 se presenta un resumen de los términos y sus principales características.

**Figura 1.** Definiciones de términos en el campo de la traslación del conocimiento. Adaptado de: Graham et al. (2006).

TÉRMINOS	CARACTERÍSTICAS	ELEMENTOS
<b>Traslación del conocimiento</b> ( <i>Knowledge translation</i> )	Se dirige a cubrir el hueco entre lo que se sabe de la investigación y lo que se utiliza en la práctica con el fin último de mejorar los resultados de los pacientes y los procesos de los sistemas de salud.	El conocimiento proviene principalmente de la investigación. Las interacciones se realizan en un sistema social complejo
<b>Transferencia del conocimiento</b> ( <i>Knowledge transfer</i> )	El proceso por el cual el conocimiento se utiliza por los interesados (gestores, profesionales, etc.)	El conocimiento proviene de varias fuentes El término sugiere un proceso de una sola dirección
<b>Intercambio de conocimiento</b> ( <i>Knowledge Exchange</i> )	El proceso por el cual el conocimiento es intercambiado entre investigadores e interesados (gestores, profesionales)	Asegura que el conocimiento generado es relevante y aplicable para los interesados (gestores, profesionales)
<b>Utilización de la investigación</b> ( <i>Research utilization</i> )	Enfocado a llevar los resultados de la investigación a la práctica clínica	El conocimiento proviene de la investigación.
<b>Implantación</b> ( <i>Implementation</i> )	Estudio científico de los métodos para promover el uso de la evidencia en la práctica diaria	Incluye las influencias de la evidencia en los procesos y las intervenciones que fomentan su uso
<b>Divulgación</b> ( <i>Dissemination</i> )	Es la difusión del conocimiento o investigación de manera general	El conocimiento proviene de varias fuentes
<b>Difusión</b> ( <i>Diffusion</i> )	El proceso por el cual la innovación se comunica a través de cierto canales a las personas interesadas	Indica un proceso que tiene en cuenta la naturaleza social del fenómeno

### 2.3. Modelos de traslación del conocimiento

La decisión de un individuo sobre la adopción de una innovación no es una acción que se produzca de forma instantánea, más bien es un proceso que ocurre a lo largo del tiempo y consiste en una serie de acciones (Dobbins et al., 1998). Dada la complejidad del cambio de comportamiento y la multitud de factores que intervienen de forma negativa o positiva, se hace necesario que los esfuerzos por trasladar la investigación a la práctica se basen en modelos conceptuales que de alguna forma expliquen los elementos que intervienen en el proceso de cambio (Graham y Tetroe, 2007).

Los primeros acercamientos para establecer las bases de la diseminación y utilización de los resultados de la investigación en la práctica clínica se producen en los años 70 con los proyectos WICHEN (*Western Interstate Commission for Higher Education in Nursing*) y CURN (*Conduct and Use of Research in Nursing*). Posteriormente varios autores comienzan a definir modelos y marcos conceptuales para explicar los procesos implicados en la adopción de la innovación. Los modelos conceptuales sirven para organizar el pensamiento, la observación y para interpretar lo observado (Graham y Tetroe, 2007).

Los modelos en la traslación del conocimiento se han aplicado y pueden aplicarse con tres fines (Rycroft-Malone, 2007):

- Desarrollar intervenciones para la traslación del conocimiento: permite diseñar modelos evaluables que puedan predecir los cambios en el comportamiento de los profesionales y otros resultados.
- Identificar variables, medidas y resultados apropiados: seleccionar variables identificadas en los modelos permite medir sobre resultados sensibles al problema y evaluar los modelos de forma rigurosa.
- Guiar la evaluación del proceso de traslación del conocimiento: facilita el desarrollo y la evaluación teorías en la traslación del conocimiento.

Solo en la disciplina de enfermería podemos encontrar más de 25 modelos de utilización de la investigación o Práctica Basada en la Evidencia (Cummings, Estabrooks, Midozzi, Wallin y Hayduk, 2007). A continuación se describen algunos de los más relevantes.

### **2.3.1. Modelo Difusión de la Innovación**

Aunque actualmente no existe una teoría unificada acerca de la utilización de la investigación, en enfermería la Teoría de la Difusión de la Innovación de Rogers desarrollada en 1983 ha sido la más influyente (Rogers, 2003; Cabrero y Richart, 2001; Tittler et al., 1994; 2007; Kitson, Harvey y McCormarck, 1998; Kitson et al., 2008; Estabrooks, Wallin y Milner, 2003a; Berggren, 2001; Cummings et al., 2007). El modelo de Rogers toma por innovación cualquier conocimiento nuevo, no necesariamente proveniente de la investigación. Identifica 4 elementos esenciales en el proceso de utilización de la investigación: a) la innovación, entendida como la idea, práctica u objeto que es nuevo para el potencial adoptador; b) el canal de comunicación, que es el medio por el cual un individuo comparte la información con otro; c) el tiempo que le lleva a un individuo desde que conoce la innovación hasta que la adopta o la rechaza; y d) el sistema social, que es el conjunto de unidades interrelacionadas que se involucran en la solución conjunta de problemas para lograr un objetivo común (Alberta Association of Registered Nurses, 1997).

El modelo consiste en la descripción de un proceso de adopción de la innovación (Figura 2) compuesto por 5 etapas (Brett, 1987; Tittler et al., 1994; Davis, Peterson, Helfrich y Cunningham-Sabo, 2007):

Etapa 1 de “*conocimiento*”: en la etapa del conocimiento, los individuos están expuestos a una innovación de la cual van adquiriendo conocimiento de cómo funciona e identifican posibles oportunidades para su uso. El modelo reconoce que la adopción de una innovación se produce por factores relacionados con la difusión, como pueden ser la estrategia de

difusión utilizada, el canal de comunicación y dirigirse a la audiencia apropiada.

Etapa 2 de “*persuasión*”: la etapa de persuasión consiste en un periodo durante el cual se constituyen las actitudes hacia la innovación; Hay que tener en cuenta que las decisiones se realizan dentro del sistema social.

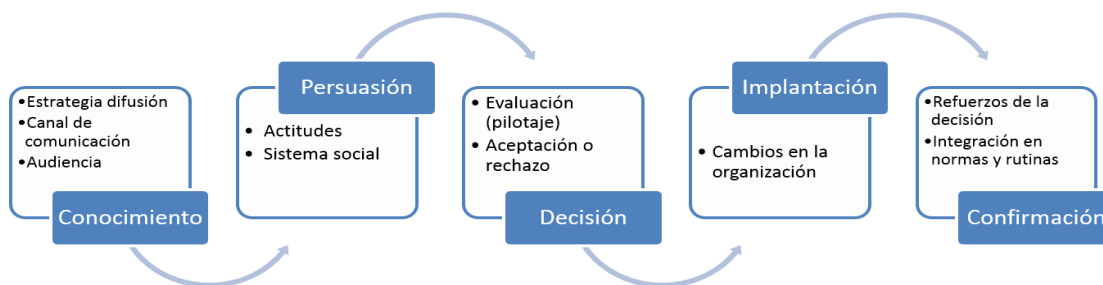
Etapa 3 de “*decisión*”: la etapa de decisión, debe incluir un periodo de ensayo (pilotaje) que sirve para que la información concerniente a la innovación sea evaluada, y o bien aceptada o bien rechazada.

Etapa 4 de “*implantación*”: a través de la etapa de implantación se utiliza la innovación de forma más permanente. En esta etapa se deben producir los cambios en la organización para facilitar la implantación.

Etapa 5 de “*confirmación*”: en la última etapa de confirmación los individuos buscan refuerzos de la decisión de innovación. La innovación queda integrada de la rutina diaria, las prácticas y las normas del sistema social.

El modelo teórico de Rogers es un sistema abierto en el cual el entorno, particularmente el sistema social, puede favorecer o inhibir el proceso de difusión de la innovación.

**Figura 2.** Modelo de Difusión de la innovación de Rogers. De elaboración propia.



Esta teoría ha sido ampliamente utilizada como base para la elaboración de herramientas para medir la utilización de la investigación (Brett JLL, 1987; Kirchoff K T, 1983). El patrón de adopción descrito por Rogers sugiere que el proceso de toma de decisiones acerca de una innovación sigue una secuencia ordenada en el tiempo, lo cual se ha demostrado en el estudio de Brett JLL (1987); sin embargo es una de las mayores críticas realizadas al modelo ya que se argumenta que la utilización de la investigación no es un proceso lineal, sino que las relaciones entre los elementos son mucho más complejas (Kitson A, 2008; Estabrooks CA, 2003a; Tittler MG, 1994; Davis S, 2007).

### 2.3.2. Modelo de la teoría de sistemas para la utilización de la investigación

El modelo de la teoría de sistemas elaborado por Goode, Lovett, Haynes y Butcher (1987), parte de la base de que todos los sistemas interactúan con su entorno en forma de *input*, transformación y retroalimentación (*feedback*). El éxito de la utilización de la investigación reside en la cooperación de la organización y en las habilidades y motivación de los profesionales de enfermería.

El modelo identifica como *inputs* de la organización la información, el conocimiento, la implicación, la planificación, aportar valor y el consenso.

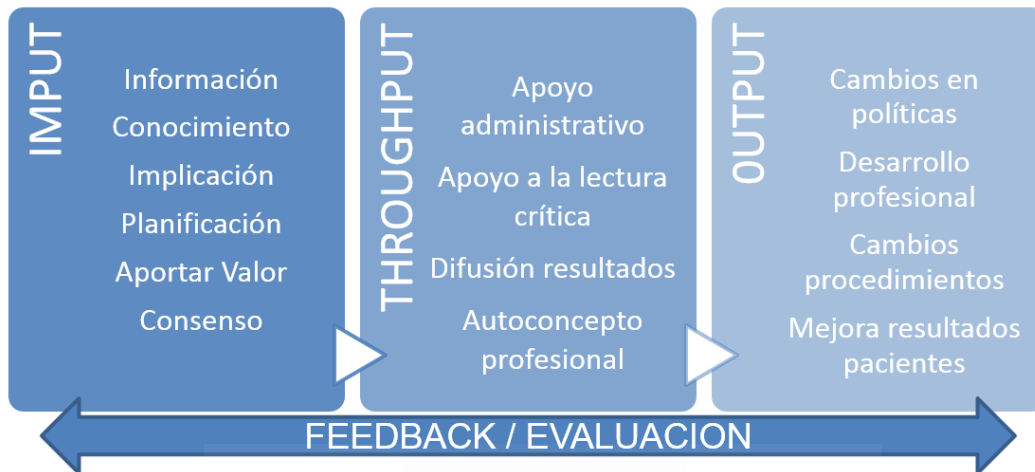
Como elementos facilitadores (*throughput*), apoyo administrativo, apoyo a la lectura crítica de estudios, difusión de los resultados de la investigación y evolución del autoconcepto profesional.

Y como *outputs*, los cambios en las políticas de la institución, desarrollo profesional, cambios en los procedimientos y mejora de los resultados de los pacientes.

La retroalimentación se describe en este modelo como un proceso de evaluación continua para determinar si los cambios mejoran los resultados de los pacientes. En la Figura 3 se muestra un esquema del modelo.



**Figura 3.** Modelo de la teoría de sistemas para la utilización de la investigación. Tomado de: Goode et al. (1987).



### 2.3.3. Modelo Stetler de utilización de la investigación para fomentar la Práctica Basada en la Evidencia

El modelo Stetler se concibió en 1994, pero se han hecho modificaciones y en 2001 se presentó el modelo actualizado (Stetler, 2001).

El modelo se basa en las siguientes asunciones:

1. La organización puede estar o no involucrada en la utilización de la investigación por parte de un individuo.
2. La utilización puede ser instrumental (que se refiere al uso directo de los resultados de la investigación), conceptual (que se refiere al cambio en la forma de pensar, pero no necesariamente de actuar) y/o simbólica (que se refiere a persuadir a otros para que utilicen la investigación).
3. Otros tipos de evidencia que no provengan de la investigación se pueden combinar con la investigación para tomar decisiones o resolver problemas.

4. Factores internos y externos pueden influir al individuo o grupos en el punto de vista o el uso de la investigación.
5. La investigación y la evaluación nos ofrecen información con cierta probabilidad pero no verdades absolutas.
6. La falta de conocimiento y de habilidades que acompañan a la utilización de la investigación y a la práctica basada en la evidencia pueden inhibir el uso apropiado de la investigación.

Stetler divide el proceso de utilización de la investigación para fomentar la práctica basada en la evidencia en 5 fases (Figura 4):

Fase I: *Preparación*, en esta fase se expresa la necesidad de identificar los factores internos y externos que influyen en el uso de la investigación. Como factores externos se entienden aquellos factores del entorno que pueden influir en el uso de la investigación (ej. Políticas, objetivos prioritarios de la organización); como factores internos se entienden los factores personales que juegan un papel importante en el uso de la investigación (ej. creencias).

Fase II: *Validación*, en esta fase lo relevante es valorar críticamente la literatura con un enfoque hacia la utilización de los resultados. Se trata de establecer la utilidad de los resultados para su aplicación.

Fase III: *Evaluación comparativa y toma de decisiones*, en esta fase se comparan los resultados de más de un estudio y se realiza una síntesis de los hallazgos. Esta fase se compone de cuatro criterios de comparabilidad principales: confirmar los hallazgos; encaje de los resultados en la práctica; factibilidad de su aplicación (riesgos, recursos, preparación para el cambio); y práctica actual.

Esta fase concluye con la decisión en cuanto a la aplicación de la investigación: no usar, considerar su uso, o usar.

Fase IV: *Traslación / aplicación*, en esta fase el foco se pone en cómo aplicar la investigación a la práctica. Comienza estableciendo el tipo de conocimiento (instrumental, conceptual o simbólico); el método (formal o informal, directo o indirecto); y el nivel de implantación (individual, grupo, organización).

Se debe establecer la investigación actual con los diferentes niveles de evidencia junto a una serie de acciones. Aquellos aspectos que la investigación no cubra deberán apoyarse en el consenso, información teórica o en el juicio de expertos. El modelo en esta fase propone el desarrollo de planes para promover un cambio formal en la organización.

Fase V: *Evaluación*, en el modelo se diferencian diferentes tipos de evaluación, formal, informal, individual e institucional. Además, se hace diferenciación entre la evaluación que se dirige a la toma de decisiones para considerar extender la aplicación de la investigación a otras unidades, que requiere la realización de estudios piloto (evaluación formal) y la evaluación que se dirige a promover un cambio a nivel institucional (evaluación dinámica). En ambos casos se ha de tener en cuenta dos tipos de información generadas por la evaluación: *Información Formativa*: tiene en cuenta la implantación actual y los objetivos del proceso; *Información Sumativa*: tiene en cuenta los objetivos de resultado.

**Figura 4.** Modelo Stetler de utilización de la investigación. Adaptado de: Stetler (2001).

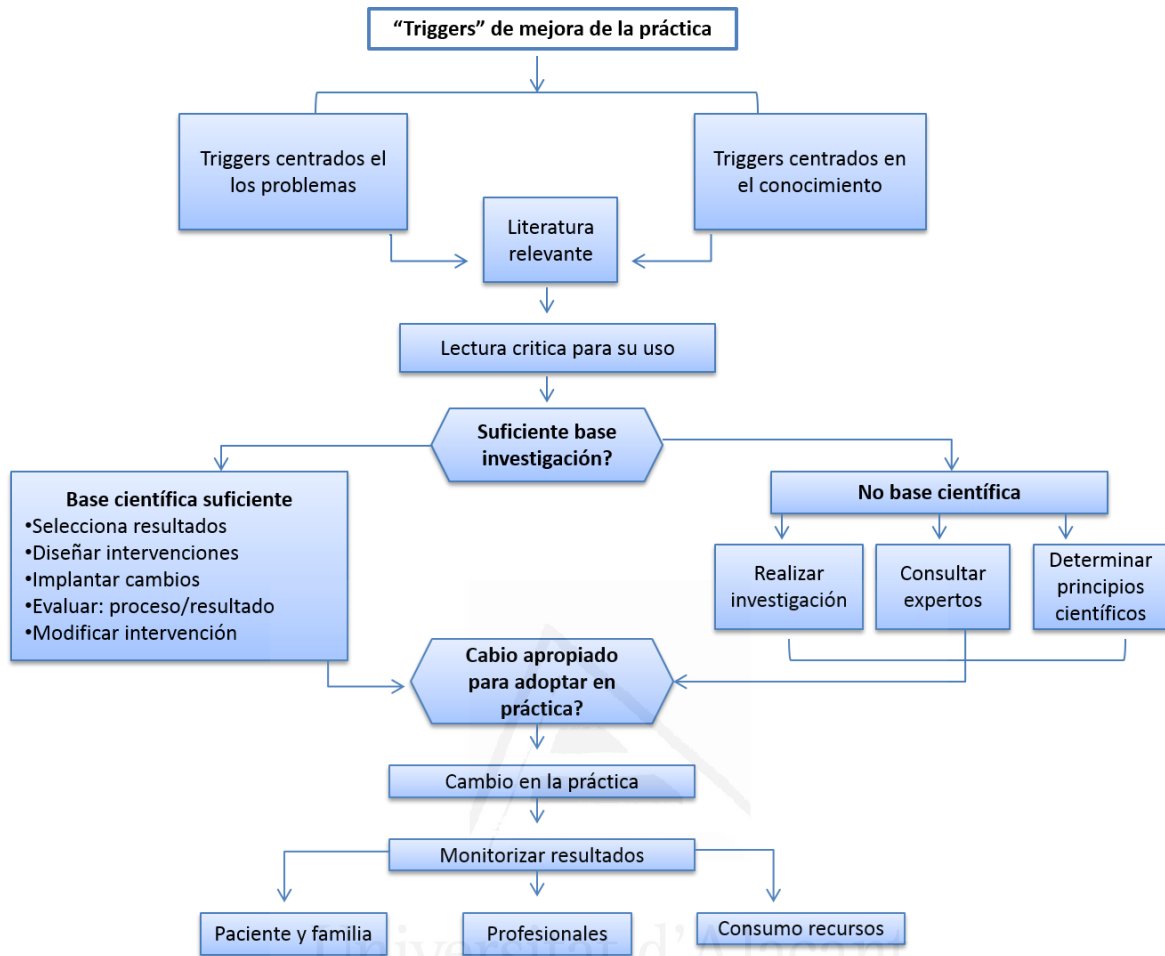


### 2.3.4. The Iowa Model of Research in practice

Este modelo elaborado por Titler et al. (1994) y desarrollado como consecuencia del Quality Assurance Model Using Research (QAMUR), es un modelo heurístico que se ha mostrado efectivo en mejorar la calidad de los cuidados. El modelo parte de la idea que existen factores desencadenantes o motivadores (*triggers*, en inglés) que favorecen el uso de la investigación y mejoran la práctica clínica. Los *triggers* son considerados como una fuerza poderosa que estimula los cambios en la práctica. Para los profesionales de enfermería sirven como catalizadores para la búsqueda de la ciencia de la enfermería y el abandono de los cuidados de enfermería basados en la tradición. Los *triggers* solo son efectivos si se crea un entorno de práctica en el que la indagación y el pensamiento crítico son valorados. Los autores proponen cambios en la organización que apoyen el uso de la investigación: legitimar las actividades de investigación, incluir la investigación en las descripciones de los puestos, reconocimientos, tiempo para realizar investigación, apoyos como comités y expertos, etc. (Titler et al., 1994).

Los *Tiggers* centrados en el conocimiento (por ejemplo, guías de práctica clínica) y los centrados en los problemas (como pueden ser datos de manejo del riesgo de los pacientes) permiten a los profesionales hacerse preguntas acerca de la práctica diaria sobre si los pacientes mejorarán si se utilizan los resultados de la investigación. Si la literatura no ofrece evidencia robusta para guiar las decisiones, entonces los profesionales de enfermería deben considerar llevar a cabo su propia investigación. En este caso las enfermeras de la práctica colaboran con los científicos para diseñar investigaciones que den respuesta al problema. Cuando no es posible llevar a cabo ninguna investigación, entonces la opinión de expertos se tendrá en cuenta junto con la evidencia disponible para guiar la práctica (Titler, 2007b). Un esquema de este modelo se puede consultar en la Figura 5.

**Figura 5.** Modelo Iowa. Tomado de: Titler et al. (1994).



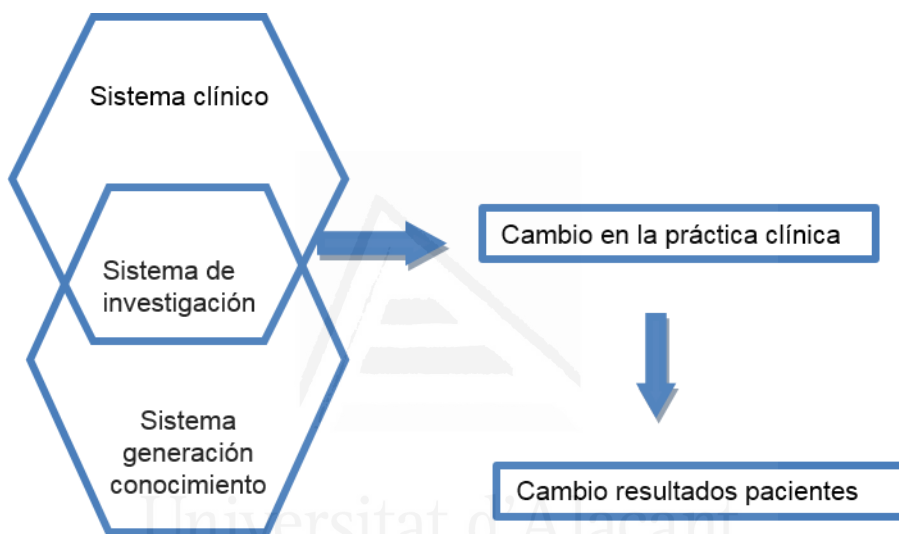
### 2.3.5. Modelo colaborativo de utilización de la investigación

El modelo colaborativo descrito por Dufault (1995) se basa en la colaboración entre los académicos y los clínicos, ofreciéndose apoyo mutuo para el fomento de la investigación clínica y su utilización. El modelo utiliza varios componentes identificados en la literatura como esenciales para la adopción de la innovación.

En el modelo existe una relación recíproca entre los enfermeros clínicos y los académicos en la que unos aprenden de los otros. Esto es posible debido a la existencia del sistema de potenciación de la investigación basado en la

identificación de los siguientes factores: proveer cantidad suficiente de investigación válida; crear un clima organizativo que apoye el espíritu indagador; y disponer de una masa crítica suficiente de profesionales con actitudes positivas y competencias en investigación. Los resultados son cambios en la práctica clínica que producen a su vez cambios en los resultados de los pacientes (Figura 6).

**Figura 6.** Modelo colaborativo de utilización de la investigación. Tomado de: Dufault, (1995).



Un aspecto importante de este modelo es que los resultados se difunden tanto en el ámbito clínico como en el académico y los hallazgos son más aptos para ser utilizados en la práctica clínica dado que las enfermeras clínicas participan en el proceso.

### 2.3.6. Promoting Action on Research Implementation in Health Services: PARISH framework

Kitson et al, 1998 propusieron un nuevo modelo (Promoting Action on Research Implementation in Health Services: PARISH framework) que pretende representar las complejidades de la implantación de la evidencia en la práctica. La implantación exitosa es una función de la relación entre la *evidencia*, entendida como investigación, experiencia clínica y preferencias de los pacientes; el *contexto*, entendido como el ambiente o el lugar en el que el cambio va a ser implantado; y los *recursos disponibles*, refiriéndose al tipo de apoyo requerido para posibilitar el cambio (Kitson et al., 1998; Kitson y Bisby, 2008; Rycroft-Malone et al., 2002). El modelo considera que estos elementos poseen una relación dinámica simultánea y se posicionan en un *continuum* de “fuerte” a “débil”. De tal manera que la implantación efectiva ocurre cuando: 1) existe *evidencia* sólida que tiene en cuenta la experiencia profesional y las preferencias de los pacientes (evidencia “alta”); 2) existe un *contexto* propicio para el cambio con una cultura empática, un liderazgo sólido y sistemas de monitorización y *feedback* adecuados (contexto “alto”); y 3) existen recursos (*facilitadores*) que posibilitan el cambio (Rycroft-Malone et al., 2002).

La *evidencia* en el modelo PARISH surge de varias fuentes: la investigación, la experiencia clínica, los pacientes y el contexto local. La mezcla de estos ingredientes de la evidencia ocurre en un contexto complejo y multifacético (Cummings et al., 2007; Kitson y Bisby, 2008).

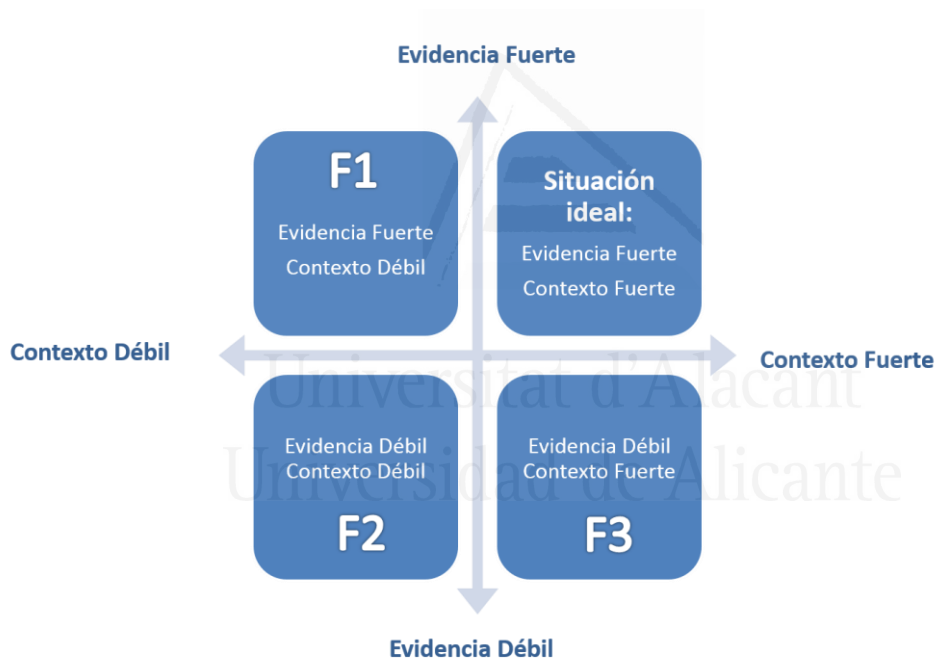
El *contexto* está compuesto por tres elementos (Rycroft-Malone et al., 2002; Estabrooks, Midodzi, Cummings, y Wallin, 2007b; Helfrich, Sharp y Sales, 2009):

- Cultura: orientada al cambio y formada por los valores, creencias y actitudes compartidas por los miembros un grupo (la organización).
- Liderazgo: claro, abierto al cambio y que apoya el trabajo en equipo y la toma de decisiones de los profesionales.

- Evaluación: formas en que la organización mide su actuación e incluye mecanismos efectivos de *feedback* y evaluación del cambio.

El modelo PARISH se basa en la asunción de que cuanto más favorable sea el contexto, mejores son las condiciones para una implantación efectiva de la evidencia (Wallin, Estabrooks, Midodzi y Cummings, 2006). En la Figura 7 se puede ver un esquema de la relación entre el contexto, la evidencia y los facilitadores.

**Figura 7.** Modelo PARISH. Tomado de: Kitson et al. (2008).



F1= facilitador para transformar un contexto débil con evidencia fuerte; F2= facilitador para transformar un contexto débil con evidencia débil; F3= facilitador para transformar un contexto fuerte con evidencia débil

El concepto de *facilitador en el Modelo PARISH* se refiere “una técnica por la cual una persona hace las cosas más fáciles para otros” y que se consigue mediante “recursos para ayudar a las personas a cambiar sus actitudes, hábitos, habilidades, formas de pensar y trabajar”. El concepto se basa en realidad en una



serie de roles descritos en la literatura que han resultado efectivos para aumentar la utilización de la investigación (formación, *feedback*, difusión, etc.), que pretende demostrar que la implantación del conocimiento en la práctica es un proceso con muchas facetas, que requiere flexibilidad, y tiene más que ver con la habilidad de combinar diferentes técnicas que con la prescripción de una intervención concreta (Kitson et al., 1998; Kitson y Bisby, 2008).

El modelo propone una evaluación del contexto para identificar el tipo de “facilitación” necesaria para una implantación efectiva de la evidencia. De manera que según la unidad se sitúe en el *continuum* “fuerte-débil” respecto a los elementos de la evidencia y el contexto se necesitará un tipo u otro de “facilitador”.

Este modelo, junto con el de Rogers, es uno de los más utilizados por los investigadores en el campo de la traslación del conocimiento. De hecho, en una revisión sistemática se incluyeron 17 estudios empíricos que utilizaron este modelo para evaluar el contexto de una organización como factor influyente en la utilización de la investigación (Helfrich et al., 2010).

El presente trabajo utiliza la conceptualización de Kitson para medir el contexto en el que se desarrolla la práctica clínica en este trabajo.

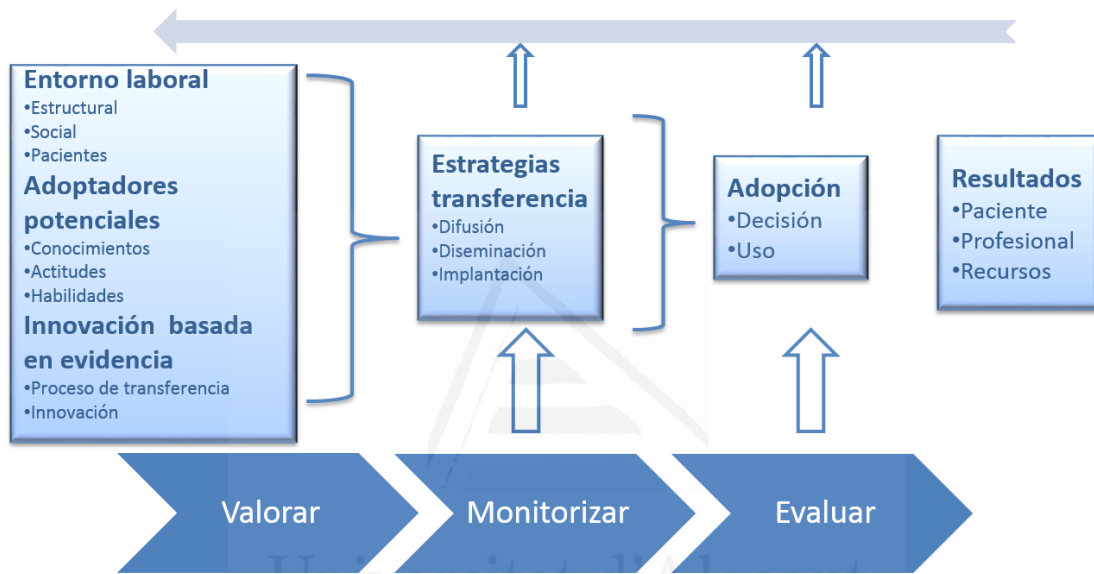
### **2.3.7. Modelo Ottawa de utilización de la investigación en los cuidados de salud OMRU.**

El modelo OMRU fue concebido por Logan y Graham (1998) para su uso por los gestores que buscan que los clínicos utilicen la investigación y para aquellos investigadores interesados en el proceso por el que la investigación se integra en la práctica.

El modelo consta de seis elementos conectados entre sí (Figura 8): el entorno laboral, adoptadores potenciales, la innovación, las estrategias para transferir la investigación en la práctica clínica, el uso de la evidencia y los procesos y

resultados relacionados con la salud. El modelo integra, además, un seguimiento que consta de valoración sistemática, monitorización y evaluación de todos los elementos contemplados en el mismo.

**Figura 8.** Modelo Ottawa de utilización de la investigación la atención sanitaria. Tomado de: Logan y Graham (1998).

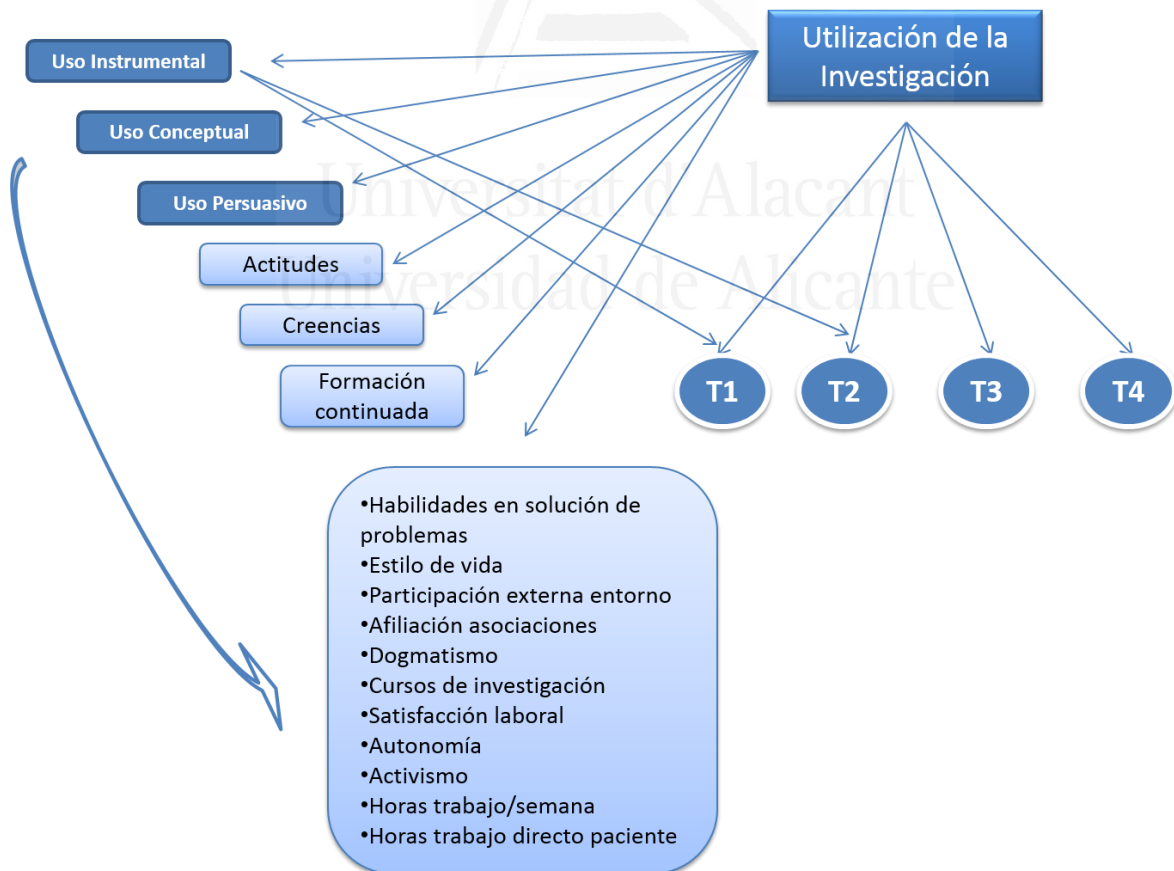


### 2.3.8. Modelo de factores individuales de utilización de la investigación (Estabrooks CA, 1999a; b)

Estabrooks parte de las conceptualizaciones de Larsen (1980) y Stetler (1985) (véase Estabrooks, 1999a; b) para plantear un modelo de utilización de la investigación por profesionales de enfermería (Figura 9) en el que se propone que la utilización de la investigación se compone de tres aspectos (Estabrooks, 1999a; 1999b; Estabrooks et al2003a):

- Uso instrumental (también llamado utilización directa), que es la aplicación concreta de los resultados de la investigación en la práctica clínica. La investigación se traduce normalmente en algo material para ser utilizado (p.e. protocolo).
- Uso conceptual (también llamado utilización indirecta), que tiene más que ver con la forma de pensar que con lo que se hace. En esta forma de utilización de la investigación el individuo puede cambiar la forma de pensar pero no necesariamente sus acciones.
- Uso simbólico (también llamado utilización persuasiva) de la investigación, que incluye el uso de la investigación como herramienta persuasiva o política para legitimar una postura o una práctica.

**Figura 9.** Modelo de los factores individuales de utilización de la investigación. Tomado de: Estabrooks (1999b).



T1, T2, T3, T4: momentos en el tiempo en que se mide utilización general de la investigación

Este modelo va un paso más allá de la conceptualización de Rogers, ya que considera que el modelo propuesto por Rogers no ayuda a la utilización de la investigación en la práctica clínica, ya que toma por innovación “una idea, práctica u objeto que es nueva para el que la adopta” pero no necesariamente algo que provenga de un estudio de investigación (Estabrooks, 1999a).

El modelo de Estabrooks establece que la utilización instrumental, conceptual y persuasiva de la investigación son fuertes predictores de utilización de la investigación (Estabrooks, 1999b). Por lo que se deben utilizar diferentes estrategias para el uso de la investigación dirigidas a cada tipo de utilización de la investigación. Según las circunstancias, los profesionales y la población a la que nos queramos dirigir, se utilizará más un tipo u otro de utilización de la investigación (Estabrooks, 1999a). El modelo, además, establece que se puede medir utilización de la investigación con preguntas simples.

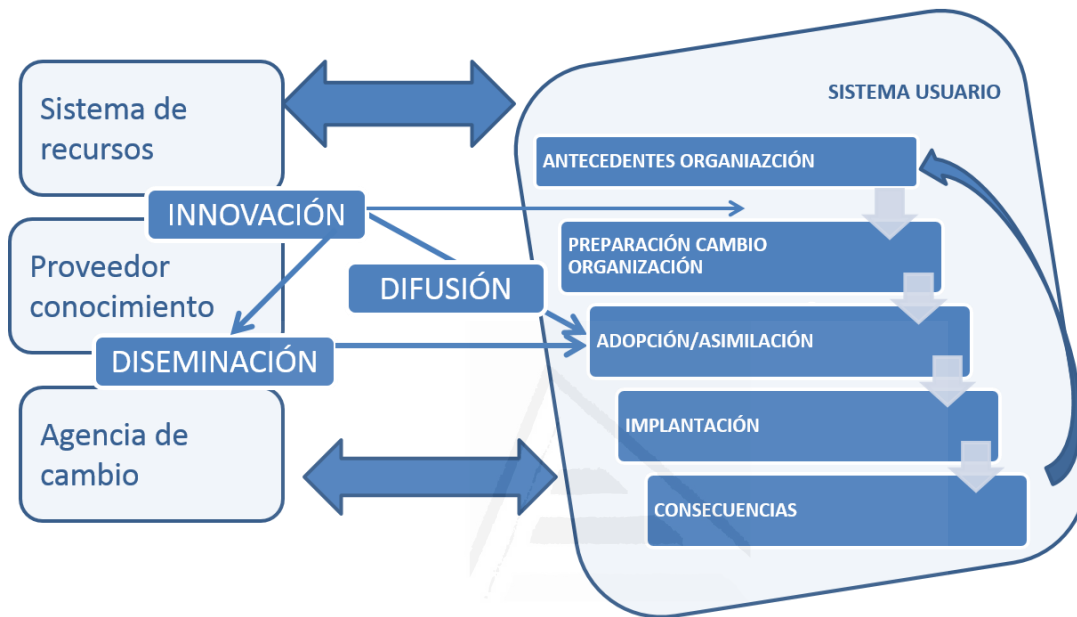
El presente trabajo utiliza este modelo como base para medir utilización de la investigación y sus determinantes individuales.

### **2.3.9. Modelo conceptual de los determinantes de la difusión, diseminación e implantación de la innovación en los servicios de salud**

Greenhalgh, Robert, McFarlane, Bate y Kyruakidou (2004), elaboraron un modelo a través de una revisión sistemática muy completa con la intención de servir como un recordatorio de los factores que influyen en la implantación de la innovación. Este modelo amplía el modelo propuesto por Rogers.

Según Greenhalgh la implantación es un proceso complejo estructurado en seis constructos: la innovación; la persona que adopta; comunicación e influencia; antecedentes de la organización y preparación para el cambio; contexto externo; y proceso de implantación (Figura 10).

**Figura 10.** Modelo conceptual de los determinantes de la difusión, diseminación e implantación de la innovación en los servicios de salud. Adaptado de: Greenhalgh et al, (2004).



Universitat d'Alacant  
 Universidad de Alicante

### 2.3.10. Knowledge to action model

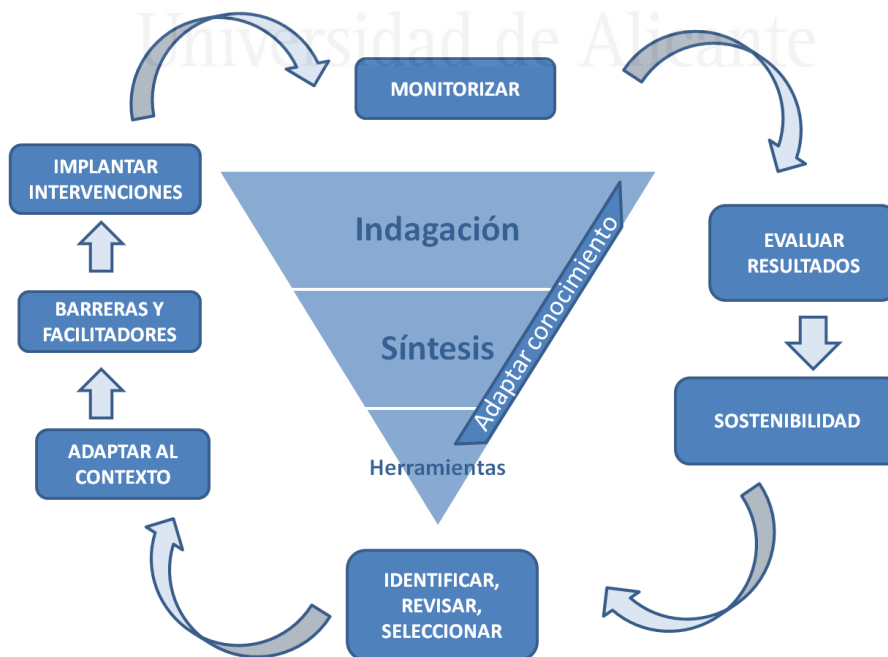
El modelo propuesto por Graham et al (2006), define la traslación del conocimiento a la acción (*Knowledge to Action*) como un proceso iterativo, dinámico, complejo que comprende desde la generación de conocimiento hasta su aplicación (ciclo de acción). Al utilizar este proceso es necesario que los usuarios finales se impliquen en el mismo desde el principio. De esta forma se asegura que el conocimiento obtenido y su implantación son relevantes para sus necesidades (Straus SE, 2011).

La generación de conocimiento se compone de tres fases (Figura 11): indagación del conocimiento, síntesis del conocimiento y creación de herramientas de

conocimiento (guías de práctica clínica, herramientas para la toma de decisiones, etc.). El ciclo de acción está compuesto por siete fases que pueden ocurrir de forma simultánea (Straus SE, 2011). Las fases describen el proceso necesario para implantar el conocimiento en la práctica que se compone de (Graham et al., 2006):

- Identificación del problema: identificar conocimiento relevante, revisarlo y seleccionar el conocimiento para su implantación.
- Adaptar el conocimiento al contexto local.
- Valorar los determinantes del uso de conocimiento. Barreras y facilitadores del uso del conocimiento en la práctica clínica.
- Seleccionar, adaptar e implantar intervenciones para la traslación del conocimiento.
- Monitorizar intervenciones para la traslación del conocimiento.
- Evaluar los resultados y el impacto del uso del conocimiento.
- Determinar estrategias para la sostenibilidad del cambio.

**Figura 10.** Knowledge to action model. Tomado de: Graham et al. (2006)



## **2.4. Factores que influyen en la utilización de la investigación**

Los modelos y teorías, ya sean de enfermería u otras disciplinas, subrayan que la utilización de la investigación es un proceso complejo en el que los factores, las características y atributos de los individuos, de las organizaciones y de la propia innovación influyen el uso de la investigación (Estabrooks, 1999a; 1999b).

Las barreras identificadas para el uso de la investigación incluyen, entre otras, la forma en la que la investigación es difundida, la accesibilidad a los resultados de la investigación, la calidad y relevancia de la investigación, los valores y habilidades en investigación de los profesionales, el tiempo para leer y para implantar investigación y las limitaciones organizativas y del lugar de trabajo (AARN, 1997).

Los factores que han demostrado tener una influencia en la adopción de la innovación pueden clasificarse en: factores individuales, organizativos, ambientales y de la propia innovación (Dobbins et al., 1998)

### **2.4.1. Factores relativos a las características individuales**

En la literatura se han identificado algunas características individuales que tienen influencia en la adopción de la innovación. Entre las identificadas con más frecuencia encontramos: las actitudes, la formación académica, acudir a conferencias, lectura de revistas científicas, realizar cursos de formación en investigación, características profesionales, factores socioeconómicos y la resistencia al cambio. (Dobbins et al., 1998; Estabrooks, Floyd, Scott-Findlay, O'Leary, Gushta, 2003b)

El desconocimiento de los resultados de la investigación es una de las características identificadas como barrera para que las enfermeras utilicen la investigación en su práctica diaria. De hecho las actividades que llevan a cabo los

profesionales de enfermería (o que deberían llevar a cabo) tienen un soporte documental escaso (MacGuire, 1990). Esto se confirma en un estudio en el que se ha evaluado las fuentes de conocimiento para informar la práctica, en el que se establece que el conocimiento que proviene de la literatura científica y de revistas específicas de enfermería es poco utilizado por los profesionales de enfermería (Squires, Moralejo y LeFort, 2007). Por ejemplo en una revisión sistemática acerca de las barreras para el uso de la investigación se identificó el ítem “los análisis estadísticos no son comprensibles” como una de las principales barreras (40 de los 53 estudios incluidos identificaron esta barrera entre las 10 principales) (Nilsson-Kajermo et al., 2010). Sin embargo, en una revisión sistemática reciente que evaluó los factores individuales que influyen en el uso de la investigación, se estableció que de los estudios que evaluaban los hábitos lectura de revistas por los profesionales de enfermería, los efectos no eran consistentes por lo que no se podían sacar conclusiones acerca de la relación entre la lectura de las revistas y la utilización de la investigación. Pero sí fue concluyente la relación entre la asistencia a conferencias o la formación continuada con el uso de la investigación (Squires, Estabrooks, Gustavsson y Wallin, 2011c). También se ha identificado el tiempo personal empleado en investigación, y el tiempo empleado en internet como predictores de la utilización de la investigación (Estabrooks, Kenny, Adewale, Cummings y Mallidou, 2007a; Estabrooks et al., 2007b).

Por otro lado también se ha señalado que en general los profesionales de enfermería no están lo suficientemente formados en el proceso de investigación, por ejemplo poseen pocas habilidades en lectura crítica, lo que resulta, entre otras cosas, en una mayor dificultad para el uso de la investigación en su práctica clínica (AARN, 1997; Dobbins et al., 1998). De hecho se ha identificado la falta de conocimientos y de formación como barreras importantes para los profesionales de enfermería. Los conocimientos son un prerrequisito de la utilización de la investigación y están directamente relacionados con la comprensión de los resultados de la investigación (Pallen y Timmins, 2002).

En un estudio realizado en el área de pediatría en el que se evaluaba la utilización de la investigación por diferentes tipos de profesionales se concluyó que los



especialistas utilizaban más la investigación tanto de forma instrumental, conceptual como de forma general (Hutchinson, Kong, Adachi, Estabrooks y Satevens, 2008). Lo que confirma que a mayor nivel educativo mayor utilización de la investigación. De hecho la revisión sistemática elaborada por Squires et al (2011c) encontró una relación positiva entre la utilización de la investigación y mayores niveles de educación formal (máster y doctorado) comparado con niveles menores (diplomatura, licenciatura). El resultado también fue consistente con los especialistas, las enfermeras que trabajan en unidades especializadas (cuidados críticos, diabéticos) utilizaban más la investigación que aquellas que trabajaban en unidades generales (médicas o quirúrgicas).

En otro estudio en el que se exploraron las variables implicadas en el uso de la investigación por los monitores clínicos (una figura que no existe en España y que se conoce como “clinical nurse educator”), se concluyó que los monitores clínicos utilizaban más la investigación que los gestores o los enfermeros clínicos debido a una mejor actitud ante la investigación, su conocimiento basado en la investigación y la participación en actividades científicas. Además, los profesionales clínicos y los gestores no identificaban la utilización de la investigación como un rol de su práctica clínica (Milner, Estabrooks y Humphrey, 2005; Milner, Estabrooks y Myrick, 2006). De hecho, se ha sugerido que las enfermeras con niveles de educación más altos poseen más habilidades para la lectura crítica (Milner et al., 2006).

También se han identificado características profesionales y su influencia en la utilización de la investigación. Así, el rol profesional influye en el uso de la investigación, de manera que los profesionales en roles de práctica avanzada o en puestos de liderazgo utilizan más la investigación que los profesionales de la práctica clínica, aunque esto puede deberse a que los profesionales que ocupan estos roles suelen tener mayor nivel de formación formal (Squires et al., 2011c). Además, se ha identificado que a mayor agotamiento emocional disminuye en un 35% la probabilidad de utilizar la investigación (Estabrooks et al., 2007b). De hecho, la satisfacción laboral está relacionada de forma significativa con el uso de la investigación (Squires et al., 2011c). En esta misma línea, otro estudio encontró

que los profesionales que no sentían su trabajo como un reto positivo utilizaban menos la investigación (Forsman, Rudman, Gustavsson, Ehrenberg y Wallin 2012) y además también se ha encontrado que la eficacia en el trabajo está relacionada con el uso de la investigación, tanto conceptual como instrumental (Estabrooks et al., 2015).

Aunque en estudios anteriores los años de experiencia aparecían como predictores de la utilización de la investigación (Estabrooks et al. 2007a; 2007b), en la revisión de Squires et al (2011c) no se encuentra esta relación de manera estadísticamente significativa en la mayoría de los estudios revisados.

Por otro lado, los profesionales no suelen recibir bien los cambios en su práctica diaria. Un cambio exitoso en la práctica clínica requiere el uso de un proceso de cambio planificado. La resistencia al cambio puede provenir de estar desinformado sobre la base de la investigación, percibir el cambio como una interferencia en los patrones individuales de la práctica y percibir amenazas a la propia autonomía (Titler et al, 1994).

### [Actitudes hacia la investigación](#)

Rokeach (1968), afirma que la actitud es “una organización de creencias interrelacionadas, relativamente duradera, que describe, evalúa y recomienda una determinada acción con respecto a un objeto o situación, siendo así que cada creencia tiene componentes cognitivos, afectivos y de conducta”.

La actitud respecto a la investigación puede ser definida entonces como “una predisposición organizada para pensar acerca del proceso de investigación científica, que incluye el conjunto de creencias, valores y conocimientos que el investigador tiene sobre los procesos metodológicos, los sentimientos positivos o negativos que estos generan y la tendencia o intención conductual de aceptación o rechazo del proceso” (Blanco y Albarado, 2005).

Según Rogers (2003), el 15% del personal tendrá una actitud positiva frente a la innovación, la misma proporción la tendrá negativa y el resto se mostrará indiferente. Sin embargo existen muchos estudios que identifican las actitudes y creencias como determinantes de la utilización de la investigación (Estabrooks, 1999b, Estabrooks et al., 2003b; Milner et al., 2006). Una innovación no se utilizará en la práctica clínica al no ser que sea percibida como relevante y consistente con las actitudes, tanto de los individuos como de las organizaciones en las que prestan sus cuidados (Dobbins et al., 2002).

Rodgers (2000), realiza un estudio para conocer utilización de la investigación por parte de los profesionales de enfermería. En este estudio se plantean una serie de prácticas concretas basadas en la investigación y se indaga sobre su uso en la práctica. Una de las barreras identificadas por los profesionales de enfermería es la creencia en torno a las prácticas planteadas de que las enfermeras no pueden usarlas. Además se han identificado otras variables relacionadas con las creencias hacia la investigación y su influencia en la utilización de la investigación. Así, la confianza en que los investigadores producen investigación relevante, práctica y segura para ser utilizada y la disponibilidad para actuar en contra de las propias creencias se han relacionado de manera significativa con el uso de la investigación (Estabrooks et al., 2007a; Estabrooks et al., 2015).

En una revisión sistemática realizada para identificar los factores individuales que influyen en el uso de la investigación, se identificaron las creencias y actitudes, la participación en investigación, la búsqueda de información, las características profesionales, la formación y otros factores socio-económicos, como potenciales determinantes del uso de la investigación. Siendo la actitud positiva la característica con un efecto más consistente (Estabrooks et al., 2003b;). En esta misma línea, Milner et al (2005, 2006) realizaron una revisión con el objetivo de conocer los determinantes que influyen en la utilización de la investigación en el caso de los monitores clínicos ("*clinical nurse educator*"). En ella se concluye que existe una relación positiva entre la utilización de la investigación y las actitudes de estos profesionales con respecto a la investigación. Otro estudio que incluyó 27 revisiones sistemáticas también identificó las creencias y las actitudes como

las características de los profesionales que más se relacionan con la utilización de la investigación (Stergiou-Kita, 2010).

En un estudio realizado por Olade (2003), se establece una fuerte correlación entre un alto nivel educativo y las actitudes respecto a la investigación, reforzando así la idea de que una buena base de conocimiento en investigación sigue siendo un factor importante para el desarrollo de actitudes investigadoras positivas.

Una actitud positiva hacia la investigación, independientemente del cual sea el ámbito de la práctica, es el indicador individual que está asociado de manera más sólida al uso de la investigación. Sin embargo, la actitud por sí sola no parece suficiente (Pallen y Timmins, 2002).

#### [Instrumento para medir actitudes hacia la investigación](#)

La escala de “Nurses’ attitudes and awareness of research and development within nursing”, traducida al castellano como escala de “Actitudes y concienciación de los profesionales de enfermería respecto a la investigación y el desarrollo de los cuidados de enfermería”, fue desarrollada por Björkström y Hamrin (2001) en Suecia.

Está formada por 35 ítems; cada uno de ellos tiene cinco posibles respuestas: en desacuerdo, parcialmente de acuerdo, moderadamente de acuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo. Fue evaluada en una muestra aleatoria de 407 profesionales de enfermería suecos. Con un porcentaje de respuesta del 71%, obtuvo una validez y fiabilidad aceptables. Todos los ítem alcanzan suficiente poder discriminatorio y el valor total del instrumento tiene buena consistencia interna. Según Björkkström, Johansson, Hamrin y Athin (2003), la consistencia interna de los siete factores de los que consta es aceptable ( $\alpha$  de Cronbach entre 0,60 y 0,84).

Los ítems del cuestionario abordan los siguientes aspectos:

1. Lenguaje de las publicaciones científicas
2. La necesidad percibida del conocimiento científico
3. El grado de participación en actividades de investigación
4. El concepto de profesión
5. Significación otorgada a la investigación
6. Necesidades relacionadas con la lectura de la literatura científica
7. Necesidades de desarrollo

Esta escala ha sido validada al español en profesionales de enfermería de todos los ámbitos de la práctica clínica (Moreno-Casbas, 2007), y es una de las escalas que se han utilizado en este trabajo para medir las actitudes de los profesionales hacia la investigación.

#### **2.4.2. Factores relativos a las organizaciones**

Aunque se han descrito muchas características individuales y su influencia en la adopción de la innovación, las decisiones de adoptar o no, rara vez dependen únicamente de los individuos (Royle y Blythe, 1998, Dobbins et al., 1998). La influencia de los factores contextuales en la utilización de la investigación ha sido sugerida por varios autores (Dobbins et al, 1998; Cabrero y Richart, 2001; Beggren, 2001; Kitson et al., 1996; Estabrooks et al., 2003b; Parahoo, 2000), de hecho es uno de los aspectos que cobran importancia en el modelo PARISH (Kitson et al., 1996).

El contexto ha sido definido como la configuración de fuerzas sociales, multifacéticas y multidimensionales (ej. estructura y organización del cuidado, relaciones profesionales, pertenencia a grupos, etc.) que interaccionan de forma compleja y en muchos casos involuntaria. (Dopson, 2007; Scott et al., 2008a).

Según el modelo PARISH el contexto es el entorno o ámbito en el que la práctica tiene lugar, e incluye (Kitson et al., 1998; Rycrof-Malone, 2002):

- 1) Fronteras claras y definidas.
- 2) Claridad sobre el proceso de toma de decisiones.
- 3) Claridad sobre los patrones de poder y autoridad.
- 4) Recursos.
- 5) Sistemas de información.
- 6) Sistemas de *feedback*.

A esta conceptualización del contexto, Scott et al. (2008a) añadieron la incertidumbre en la que la enfermera presta los cuidados en su día a día. Como fuentes de incertidumbre identificaron:

- *Las condiciones del paciente*, que puede cambiar de forma rápida e impredecible.
- *Las inconsistencias en la gestión*, entre las diferentes supervisoras y médicos que tienen comportamientos diferentes.
- *Las características inherentes del trabajo de enfermería*, que es impredecible por todos los agentes externos (ingresos, altas) e internos (bajas de compañeros) al contexto que pueden influir.
- *La complejidad del trabajo interdisciplinar*, muchas responsabilidades y profesiones diferentes implicadas e interactuando.

Según los autores el contexto es algo que cambia constantemente por lo que se hace más difícil y necesario entender el papel que juega en la utilización de la investigación (Dopson, 2007; Scott et al., 2008a).

Los responsables en la toma de decisiones, en todos los niveles de la organización, contribuyen a la cultura de la misma, que será más o menos idónea para el uso de la investigación. De hecho las estructuras y procesos de la organización contribuyen a la capacidad de los individuos a llevar a cabo actividades basadas en la investigación (Kothari, Edwards, Hamel, y Judd, 2009).

Según Royle y Blythe (1998) en una revisión sistemática encontraron que los factores organizativos explican entre el 80 y el 90% del uso de la investigación, los factores ambientales entre el 5 y el 10%, y, por último, los factores individuales entre el 1 y el 3%. Funk, Champagne, Wiese y Tourquist (1991), encontraron en

su estudio que los clínicos identifican las características organizativas como las barreras más importantes para el uso de la investigación en su práctica. Al igual Squires et. al. (2007) realizaron una evaluación sobre las políticas y procedimientos de la organización que influían en la utilización investigación, y encontraron que las enfermeras valoran las barreras de la organización como las más problemáticas. En otro estudio realizado en 2001 para valorar los factores que influyen en la utilización de la investigación proveniente de revisiones sistemáticas se identificaron también las características organizativas como las más relacionadas con el uso de las revisiones sistemáticas para la toma de decisiones (Dobbins, Cockerill, Barnsley y Ciliska, 2001). Sin embargo, en estudios en los que se evaluaron tanto factores individuales como de la organización se concluyó que los primeros eran mejores predictores de utilización de la investigación. Aunque analizando los factores organizativos de forma separada, éstos se relacionaron de manera significativa con la utilización de investigación (Estabrooks et al., 2007b; Estabrooks et al., 2015).

Estabrooks et al. (2007a), realizaron un estudio en el que se comparaba la utilización de la investigación, entre enfermeras civiles y militares, argumentando la diferencia existente entre ambos contextos de práctica clínica. En el estudio se concluyó que el contexto estaba relacionado con el uso de la investigación, una vez se ajustaba por variables predictoras.

Entre las características de las organizaciones que han demostrado tener una influencia en el uso de la investigación podemos destacar: tamaño de la organización, localización (urbano vs. rural), complejidad, diferenciación funcional, la proporción entre gestores y profesionales, disponibilidad de recursos (p.e. acceso a la literatura de investigación, cursos), entornos laborales que apoyan el uso de la investigación, canales de comunicación (internos y externos), cultura, tiempo, rol, y los procesos de toma de decisiones. Nilsson-Kajermo et al (2010) realizaron una revisión sistemática acerca de las barreras para el uso de la investigación y en ella se identificaron, el tiempo para implantar nuevas ideas, el tiempo disponible para la lectura revistas y el acceso a literatura científica, entre las barreras más importantes.

Además, también hay estudios que establecen que la importancia que la organización le dé a la investigación es otro factor relevante (Dobbins et al., 1998, Dobbins, Ciliska, Cockerill, Barnley y doCenso, 2002; Meijers et al., 2006). De hecho se ha identificado que las fuentes más utilizadas por los profesionales de enfermería para informar su práctica son aquellas que están integradas en los procesos de la organización como la educación continuada y los manuales de normas y procedimientos (Squires et al., 2007). Por eso una de las estrategias recomendadas para el uso de la investigación es revisar y actualizar los manuales y procedimientos en base a la evidencia científica (Coyle y Sokkop, 1990).

Meijers et al (2006) realizaron una revisión sistemática en la que identificaron 6 factores contextuales relacionados de manera estadísticamente significativa con la utilización de la investigación. Los factores identificados fueron: rol de enfermería, acceso a recursos, clima organizativo, apoyo, tiempo para actividades de investigación y posibilidades de formación. También Tolson, McAloon, Hotchkiss y Schofield (2005), realizaron un estudio en el que se evaluaban las experiencias de profesionales de enfermería que habían participado en un proyecto de práctica basada en la evidencia. Como barreras principales identificaron el acceso a dispositivos informáticos y la percepción por parte de otros de que la búsqueda online de artículos no era parte de su trabajo. Además identificaron la resistencia de otros (individuos, grupos o cultura de la unidad) como una barrera importante. Similar a Rodgers (2000) que identificó la necesidad cooperar con otros colegas como una barrera para la utilización de la investigación. De hecho, Estabrooks et al. (2008b), realizaron un estudio en el que midieron el contexto y la utilización de la investigación en diferentes grupos de profesionales y concluyeron que las interacciones de intercambio de conocimiento fueron una de las características que se relacionaban con todas las formas de utilización de la investigación (instrumental, conceptual y persuasiva). El mismo estudio fue replicado en pediatría con las mismas conclusiones (Hutchinson et al., 2008).

En esta misma línea, los estudios de Wallin et al. (2006) y Cummings et al (2007) establecieron que las enfermeras que trabajan en contextos positivos



(caracterizados por una cultura positiva, un buen liderazgo y un buen sistema de evaluación) utilizan más la investigación (con una relación estadísticamente significativa) e informan de un mayor desarrollo profesional y menos efectos adversos, tanto en los profesionales como en los pacientes (Cummings et al., 2007). De hecho varios estudios sugieren que las organizaciones interesadas en promover la utilización de la investigación deben crear un clima en el que el uso de la investigación sea una actividad esperada, valorada y reconocida (Titler et al., 1994; Funk, Tornquist y Champagne, 1995; Dobbinset al., 2001) y que las implicaciones de la investigación sean congruentes con la ideología particular que domina el contexto, ya sea a nivel de grupo (unidad, profesión) o de institución (Jacobson, Butterill y Goering, 2003).

Más recientemente, un estudio que analiza 27 revisiones sistemáticas (Stergiou-Kita, 2010) señala como factores relevantes la cultura de la organización, disponibilidad de recursos, apoyo de otros profesionales, sistemas de refuerzo y recompensa, comunicación y toma de decisiones colaborativa, entre otros.

Además, las organizaciones que tienen redes de comunicación externas (más interacción con otras instituciones de otros ámbitos), son más propensas a utilizar la investigación. De hecho, la adopción de un nuevo comportamiento en la práctica (ej. una innovación) es más probable cuando se recibe refuerzo social como resultado de la participación en una red, aunque no se tengan contactos personales (Parchman, Scoglio y Schumm, 2011). Esto también es aplicable a las relaciones personales, cuanto más contacto se tenga con otros profesionales de otros ámbitos, existen más posibilidad de adoptar la innovación (Dobbins et al., 1998). Otros estudios encontraron también que las buenas relaciones con los médicos y otros compañeros y tener tiempo para discutir con otras enfermeras acerca de los problemas de los pacientes se relacionaban directamente con el uso de la investigación. (Estabrooks et al., 2007b; Cummings et al., 2007).

Según Brett (1998), el sistema social puede facilitar o impedir la innovación, por ejemplo las normas y el tamaño de la institución se han visto relacionadas con la adopción de innovación. En su estudio Brett no encontró relaciones significativas entre la adopción de la investigación y el uso de mecanismos integradores

(conferencias y presentaciones; realización de investigación; formación y pertenencia a comités; publicaciones; e incentivos) en las organizaciones de mediano y gran tamaño, encontrando dicha relación en las organizaciones pequeñas. Por otro lado hay estudios que establecen que de las características estructurales estudiadas solo el tamaño de la organización se relaciona de manera significativa con el uso de la investigación (Estabrooks et al., 2007b; Cummings et al., 2007). Sin embargo Rodgers (2000), no encontró diferencias en el uso de la investigación en función del tamaño de la organización.

Se han encontrado también otras características estructurales relacionadas con el uso de la investigación como son los recursos para la organización de personal y el tiempo en las unidades (*“organizational slack”* en inglés) y los recursos existentes que facilitan el uso de la investigación (Estabrooks et al., 2015).

Por otro lado Forsman et al. (2012), realizaron un estudio en el que evaluaron la utilización de la investigación por parte de los profesionales de enfermería dos años después de graduarse, y encontraron que el ámbito de trabajo (atención especializada, atención primaria, residencias y psiquiatría) influía en la utilización de la investigación, siendo las enfermeras que trabajan en psiquiatría las que presentaban valores más bajos de utilización de la investigación. En esta misma línea Estabrooks et al. (2015) encontraron que el tipo de unidad en la que se prestaban los cuidados se relacionaba con el uso de la investigación.

Según Titler et al. (1994), implantar cambios en la práctica clínica es más fácil cuando se involucra de forma temprana a los profesionales de enfermería en el proceso de cambio y son reconocidos como promotores del cambio en sus unidades. En esta misma línea, Milner et al. (2006), indican que la autoridad para la toma de decisiones tiene un efecto significativo en la utilización de la investigación, lo que puede ser indicativo de la importancia que la descentralización de la toma de decisiones tiene en las organizaciones innovadoras. Por otro lado, una revisión sistemática acerca de las barreras para el uso de la investigación identificó “las enfermeras no se sienten con suficiente autoridad para tomar decisiones sobre el cuidado de sus pacientes” como una de

las principales barreras (43 de los 53 estudios incluidos identificaron esta barrera entre las 10 principales) para el uso de la investigación (Nilsson-Kajermo, 2010).

El proceso de cambio para la utilización de los resultados de la investigación en la práctica clínica es un proceso complejo y más aún en organizaciones de gran tamaño, en las que no se trata solo de modificar actitudes y comportamientos de personas individuales (McGuire, 1990), sino más bien de modificar características estructurales, como pueden ser políticas y procedimientos, que parece poseen una mayor influencia en la adopción de la innovación (Brett, 1998). En esta misma línea se han identificado factores estructurales con influencia en el uso de la investigación, como son: el proceso de toma de decisiones en las unidades; reglas, normas y políticas oficiales; estructura física; carga de trabajo; recursos disponibles y apoyos; y los sistemas de incentivos (Logan y Graham, 1998; Estabrooks, Squires, Adachi, Kong y Norton, 2008b; Hutchinson et al., 2008).

Por otro lado las organizaciones con estabilidad son más propensas tener grupos de profesionales que utilizan la investigación. La inestabilidad reduce la efectividad de la traslación del conocimiento (Jacobson et al., 2003).

Además hay dos características que se han identificado con impacto en utilización de la investigación por una organización: capacidad de la organización de absorber innovación y un contexto receptivo al cambio. La primera característica se refiere a la habilidad de adquirir, asimilar, transformar y explotar el conocimiento y ajustarlo al conocimiento existente. Por un contexto receptivo al cambio se entiende la habilidad de la organización de asimilar las innovaciones a través de un liderazgo fuerte, una visión estratégica clara y la posibilidad de experimentar (Kothari et al., 2009).

Los estudios que evalúan el contexto en el que el profesional de enfermería desarrolla su práctica establecen que la autonomía de la enfermera, el control sobre los recursos y las relaciones con los médicos son variable predictoras de un buen contexto laboral. Un contexto laboral que facilite la práctica de los profesionales aumentará la calidad de los cuidados y mejorará los resultados en los pacientes. (Lake y Friese, 2006).

En este sentido, las organizaciones pueden estar dispuestas a implantar la investigación pero puede que no estén preparadas para ello. Varios autores indican que este aspecto es relevante y lo denominan “preparación para el cambio” de una organización (Titler, 2007b; Kothari et al., 2009; Helfrich et al., 2009; Weiner, 2009).

Los factores que determinan que una institución está preparada promover un cambio son (Titler, 2007b):

- “*Tensión de cambio*”, referido a que los profesionales perciben la situación como intolerable. La adopción de una innovación es posible si puede resolver el problema y por tanto reducir la tensión.
- “*Encaje*” entre la innovación y el sistema. Asegurar y evaluar un sistema de trabajo adecuado a la innovación potencial es importante para fomentar su adopción.
- “*Valoración de implicaciones*”. Toda planificación, anticipación y valoración de los efectos de la innovación aumenta la probabilidad de la adopción.
- “*Respaldo y defensa*” del cambio. Cuando los que apoyan la innovación son más numerosos y están en puestos más influyentes, que los que no la apoyan, aumenta la probabilidad de la adopción.
- Dedicar “*Tiempo y recursos*”.
- “*Evaluación*”. Capacidad de evaluar los efectos de la implantación del cambio durante antes y después de que se produzca.

El tema de la “preparación para el cambio” ha suscitado gran interés. Hasta el punto que se ha llegado a elaborar un instrumento (“Organizational readiness to change assessment-ORCA), basado en los elementos del modelo PARISH (evidencia, contexto y facilitación) que pretende medir la preparación para el cambio de las organizaciones. Sin embargo, la fiabilidad del instrumento no ha sido buena para todas sus escalas y no se ha evaluado su validez, por lo que precisa de un mayor desarrollo (Helfrich et al., 2009).

Los investigadores deben reconocer la necesidad de evaluar, no solo los resultados de los pacientes, sino que también deben realizar evaluaciones para

valorar el grado en que la implantación de la evidencia es efectiva en un contexto específico, en que se puede prolongar en el tiempo y la capacidad de extenderse a otros contextos (Damschoroder et al., 2009).

### 2.4.3. Instrumentos para medir el contexto

Como se ha señalado, son muchos los autores que argumentan la influencia del contexto en la utilización de la investigación. La medición del contexto es difícil porque el entorno en el que las enfermeras trabajan es complejo, multifacético y muy variado (Meijers et al 2006), pero disponer herramientas bien validadas para evaluar el contexto es importante para identificar los factores modificables dentro de las organizaciones, lo que ha llevado a elaborar herramientas para medir el contexto en el que las enfermeras realizan su práctica clínica.

#### Practice Environment Scale (PES-NWI)

El cuestionario “*Practice Environment Scale del Nursing Work Index (PES-NWI)*” es una escala utilizada para medir el entorno laboral de los profesionales de enfermería que trabajan en hospitales. Fue desarrollado por Lake E, en 2002 como una subescala del instrumento Nursing Work Index desarrollado por Kramer y Hafner en 1989 y posteriormente revisado por Aiken y Patrician (2000), que es uno de los instrumentos más utilizados para medir el entorno laboral de los profesionales de enfermería (Aiken y Patrician, 2000; Lake, 2002; Fuentelsaz-Gallego, Moereno-Casbas, González-María, 2013; Orts-Cortés et al., 2013).

La escala PES-NWI parece ser uno de los instrumentos más adecuados para medir el entorno laboral de los profesionales de enfermería, debido a sus propiedades psicométricas, tanto por la validez de contenido, validez de constructo y discriminante, como por la asociación con los resultados de salud demostrada en varios estudios (Lake, 2002; Fuentelsaz- Gallego et al., 2013).

La escala consta de 31 ítems integrados en subescalas que abordan los siguientes aspectos (Lake, 2002):

- Dotación y adecuación de recursos.
- Relaciones laborales entre las enfermeras y los médicos.
- Habilidad liderazgo y apoyo de las enfermeras por parte de su responsable.
- Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad.
- Participación de la enfermería en cuestiones del hospital.

La escala original tiene una consistencia interna y fiabilidad adecuadas para todas las subescalas:  $\alpha$  Cronbach entre 0,71-0,84; y el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) entre 0,86-0,97. La validez de constructo de la escala está respaldada por las diferencias significativas entre las enfermeras que trabajan en hospitales “magnéticos” (llamados así por promover un buen clima de trabajo y conseguir una mayor satisfacción laboral por parte de sus empleados) y las que no, siendo las primeras las que presentan entornos más favorables (Lake, 2002).

Esta escala se ha validado en varios idiomas dentro del proyecto RN4CAST (Aiken et al., 2012). En España el proceso de validación indica que la versión española de PES-NWI es válida y fiable y se puede utilizar para el contexto hospitalario de Sistema Nacional de Salud (Fuentelsaz-Gallego et al., 2013; Orts-Cortés et al., 2013). Por este motivo se ha elegido esta herramienta para valorar la relación entre la utilización de la investigación y el contexto laboral en el presente trabajo

### [Alberta Context Tool](#)

El instrumento “*Alberta Context Tool (ACT)*” fue diseñado para medir el contexto de la práctica clínica en todos los profesionales implicados, tanto la enfermería y las profesionales asociadas, como los médicos y gestores (Estabrooks et al, 2008b)

La herramienta se constituyó teniendo como referencia el modelo PARISH entendiendo el contexto como: el “entorno o ámbito en el que se va a utilizar la

investigación” y puede ser entendido como un *continuum* de “bajo” a “alto” en los aspectos de cultura, liderazgo y evaluación. Además se añadieron otros elementos identificados en la literatura como relevantes en la evaluación del contexto.

Los elementos que explora la herramienta ACT son:

- Entorno laboral: liderazgo, cultura y evaluación (del modelo PARISH).
- Intercambio e información: interacciones, actividades y procesos sociales.
- Procesos organizativos y recursos: recursos estructurales y electrónicos, recursos humanos, espacio y tiempo.
- Relacionados con el trabajo: conocimiento adecuado, orientación adecuada, satisfacción laboral, satisfacción con la profesión.

El cuestionario está agrupado en 8 dimensiones que poseen una consistencia interna aceptable ( $\alpha$  Cronbach entre 0,65-0,92).

Aunque esta herramienta se ha utilizado para valorar la relación entre el contexto y la utilización de la investigación y posee una base conceptual buena y unas propiedades psicométricas que lo disponen para su uso, no se ha validado en el contexto español y no es específico de la profesión de enfermería por eso no se ha seleccionado para el presente trabajo.

#### **2.4.4. Factores relativos al entorno**

Los factores del entorno también se han identificado en su influencia en el uso de la investigación e incluyen: normas y legislaciones, urbanización, recursos económicos, colaboración en redes comunitarias (*network embeddedness*), presión de los pares, relaciones entre la dirección y el gobierno local de salud, competición entre instituciones y prestigio, entre otros. Sin embargo es un tema poco estudiado en enfermería. (Dobbins et al., 1998; 2002).

### 2.4.5. Factores relativos a la innovación

Aunque las características de la innovación parecen no ser tan importantes al compararlas con otras características que influyen en el uso de la investigación (individuales y de la organización), es innegable que la utilización de la investigación no podría ocurrir si hay poca investigación o si la existente no es aplicable. Sin embargo resulta paradójico, que cuando se evalúan las barreras para el uso de la investigación, las características de la investigación en sí misma, son percibidas como barreras menos influyentes que las organizativas o individuales (Pallen y Timmins, 2002).

En enfermería no disponer de investigación relevante que valide los cambios en la práctica clínica y la ausencia de síntesis de los resultados de la investigación en formatos apropiados para su uso clínico, se han identificado como barreras que dificultan la utilización de la investigación (MacGuire, 1990).

Según el modelo de Rogers (Tittler et al., 1994; Titler, 2007b; Kitson et al., 1998; Kitson y Bisby, 2008; Estabrooks et al., 2003a; Dobbins et al., 2001; Scott, Plotnikoff, Karunnamunni, Bize y Rodgers, 2008b), la innovación debe cumplir 5 atributos que fomentan su uso en la práctica clínica:

1. Ventaja relativa, definida como el grado en que una innovación se percibe como mejor a lo que sustituye ya sea en términos económicos, de prestigio social, de satisfacción o de ahorro en tiempo y esfuerzo.
2. Comparable, definido como el grado en que una innovación es percibida como consistente con los valores existentes, las necesidades y las experiencias pasadas de los posibles adoptadores.
3. Complejidad, representa el grado en que una innovación es percibida como difícil de entender y usar.
4. Capacidad de prueba, el grado en que una innovación se puede pilotar para valorar sus ventajas y desventajas.
5. Observable, el grado en el que se pueden ver los efectos del uso de una innovación.



Scott et al. (2008b), realizaron un estudio con médicos acerca de la intención que tenían en el uso de un “kit” de prevención de enfermedad cardiovascular basado en la evidencia. En el estudio valoraban los atributos de la evidencia según Rogers y encontraron que aquellos que más se relacionaban con la intención de usar la evidencia por parte de los médicos eran “*la ventaja relativa*” y que fuera “*observable*”, recomendando así que la difusión de la evidencia debía incluir información clara de la ventaja de la innovación sobre lo existente.

Según Titler, (2007b), las características de la innovación que afectan a su adopción en la práctica son: la complejidad del proceso de PBE; la posible ventaja a conseguir; y la compatibilidad con los valores, normas y necesidades percibidas por los que la usan. Dicho de otro modo, la combinación de las características de la innovación, los usuarios a los que se dirige y el contexto en el que se produce, determina el grado y el alcance de la adopción.

Ningún estudio por si solo puede proveer de evidencia científica válida y suficiente para justificar, éticamente, su uso en el cuidado de los pacientes. Para ser utilizada en la práctica clínica, la evidencia, debe provenir del conjunto de varios estudios replicados (Horsley et al., 1978). Sin embargo, los estudios de investigación en enfermería son en su mayoría estudios descriptivos, que poseen limitada validez para informar la práctica clínica. La evidencia disponible suele provenir de estudios pequeños que tienen poca aplicabilidad y son poco generalizables (MacGuire, 1990, Funk et al., 1995). Según Dopson (2007), la base de la evidencia en la que sustenta la traslación del conocimiento debe sustentarse en meta-análisis de ensayos clínicos bien diseñados que demuestren una eficacia consistente. Sin embargo, para algunas disciplinas como la enfermería y las profesiones aliadas, los ensayos clínicos no son en muchos casos la mejor fuente de conocimiento para informar la práctica. Así, Pearson et al. (2012), establecen que la evidencia para los cuidados de salud debe responder no solo a la efectividad de las intervenciones, sino también a su factibilidad, pertinencia y significado para los contextos y los pacientes a los que se aplican. Por eso, reconocen todas las formas de investigación, tanto cuantitativa como cualitativa, como válidas para informar la práctica y en ausencia de evidencia

proveniente de la investigación, otras formas de “evidencia” (opinión de expertos, experiencia) se pueden considerar para la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes.

Realizar una gran difusión de resultados de investigación relevantes y listos para su utilización en la práctica clínica, utilizando formatos comprensibles y con sugerencias para la implantación, es uno de los pasos cruciales para aumentar el uso de la investigación por parte de los profesionales de enfermería (Funket al., 1991; AARN, 1997; Dobbins et al., 2001).

Un estudio que analiza 27 revisiones sistemáticas sobre el uso de Guías de Práctica Clínica (Stergiou-Kita, 2010) señala como factor más relevante las características de la propia guía. Aquellas poco complejas, con material educativo, con algoritmos y claridad en las recomendaciones tienen mayor probabilidad de ser utilizadas.

Además existe una falta de credibilidad entre los investigadores y los profesionales de la práctica clínica, que probablemente se deba que los investigadores no suelen trabajar en la práctica y que mantener ambos roles es difícil (MacGuire, 1990). La utilidad de la investigación para los profesionales de la práctica clínica viene determinada por la calidad percibida de la información, la relevancia en cuanto a los objetivos buscados y la congruencia con la expectativa y acciones a llevar a cabo (Jacobson et al., 2003).

La utilización de la investigación no es por tanto una mera cuestión individual, sino más bien una cuestión contextual: es un proceso complejo de componentes políticos, organizativos, socioeconómicos y actitudinales (Kitson et al., 1996).

## 2.5. Estrategias para fomentar la utilización de la investigación

Las estrategias para fomentar el uso de la investigación en la práctica clínica son variadas. Podemos encontrar estrategias pasivas, como puede ser la difusión, publicación de guías de práctica clínica, artículos, etc. Y estrategias activas que de forma sistemática estimulan el uso de la investigación (Logan y Graham, 1998; Bero et al. 1998).

Estas estrategias parece que consiguen una media de un 10% en el cambio de actuación de los profesionales (Grimshaw et al., 2004).

Entre las estrategias evaluadas en los estudios para transferir el conocimiento a la práctica clínica podemos encontrar (Grol y Grimshaw, 2003; Grimshaw et al., 2004; Thompson, Chau y Lopez, 2006):

- Disponer de materiales educativos.
- Estrategias de marketing (p.e. posters, anuncios, etc.).
- Actividades formativas (p.e. formación continuada, talleres, conferencias, etc.).
- Entrenamiento individual o grupal.
- Uso de líderes de opinión.
- Auditoria y *feedback* individual y como grupo.
- Sistemas de recuerdo.
- Distribución de tareas.
- Colaboración multiprofesional.
- Estrategias mediadas por el paciente.
- Uso de incentivos y sanciones.

Las estrategias activas surgen del reconocimiento de que la difusión por sí sola (difusión pasiva) no es efectiva para aumentar la utilización de la investigación ni en modificar el comportamiento de los profesionales (Thompson et al., 2006). De hecho una revisión de revisiones sistemáticas acerca de intervenciones para una implantación efectiva de la de evidencia, indica que las intervenciones activas

tales como líderes de opinión, recordatorios y *feedback*, son más eficaces que las pasivas como pueden ser la campañas informativas (Boaz, Baeza, Fraser, 2011).

Hay autores que establecen que la difusión de la innovación es sobre todo un proceso social, en el que el contacto interpersonal juega un papel importante en la difusión y utilización del conocimiento (Brett, 1998; Thompson et al., 2004). En este sentido se han realizado estudios que utilizan personas influyentes o grupos de personas para fomentar un cambio en la práctica clínica. Así Grimshaw, Shirran, Thomas. (2001) realizaron una revisión sistemática en la que concluyeron que el uso de líderes de opinión (evaluado en 15 artículos incluidos en la revisión) influía en el cambio de comportamiento en los profesionales de la salud. De la misma manera Titler (2007b) establece que la formación e involucrar a líderes de opinión, impulsores de cambio y asesores expertos, son esenciales para promover la adopción de la innovación.

Por otro lado, Dobbins et al. (2009) realizaron un ensayo clínico en el que comparaban tres estrategias para aumentar el uso de la investigación por los profesionales en la promoción de un peso saludable en niños. En el estudio se comparaban: una intervención no interactiva (el acceso online a revisiones sistemáticas y resúmenes; una intervención semi-interactiva (envío de revisiones sistemáticas y resúmenes con mensajes adaptados y dirigidos a los profesionales y recordatorios a lo largo del estudio por correo electrónico); una intervención interactiva que incluía las otras dos más un agente de conocimiento (*Knowledge broker*). De las tres estrategias la que resultó tener más efectos fue la semi-interactiva, demostrando que los mensajes adaptados y dirigidos pueden ser efectivos en el cambio de comportamiento de los profesionales.

Leeman, Baernholdt y Sandelowski (2006) proponen clasificar las estrategias de implantación según las teorías más relevantes en la transferencia del conocimiento en profesionales de enfermería. Así seleccionan tres teorías, la teoría de la contingencia, la teoría de la difusión de innovación de Rogers y la teoría del cambio de comportamiento.

Según la teoría de la contingencia, es necesario encajar las características del cuidado con las estructuras disponibles para organizar el cuidado. Esta teoría clasifica las estrategias de implantación a nivel de la organización. Entre las estrategias organizativas que han demostrado ser más efectivas para el uso de la investigación se incluyen los cambios estructurales que facilitan la coordinación, como pueden ser la gestión de casos, equipos de trabajo y los sistemas clínicos de registro.

Según la teoría de la difusión de innovación de Rogers, podemos clasificar las estrategias según la etapa de del proceso de adopción. Durante la etapa de conocimiento las estrategias de implantación recomendadas son canales de comunicación como los medios de comunicación (reuniones, distribución de material impreso u online, etc.); en las etapas de persuasión y adopción, se recomiendan las estrategias de comunicación interpersonal, como los líderes de opinión (Grimshaw et al., 2001).

Según la teoría del cambio de comportamiento, la intención de una persona de realizar un comportamiento o no, es un determinante fundamental para que se realice tal comportamiento ya que la intención refleja el nivel de motivación que una persona tiene para cambiar (Scott et al., 2008b). Según esta teoría se deben considerar las actitudes hacia el comportamiento, las normas subjetivas y la percepción de control del comportamiento. Con respecto a la actitud, se recomiendan estrategias que incluyan la auditoría, *feedback* (Grimshaw et al., 2004) e incentivos económicos. Respecto al control del comportamiento los sistemas de recuerdo son los que más influyen en el comportamiento del profesional y se ha establecido que mejoran el comportamiento entre un 10-20% (Grimshaw et al., 2004).

Grol et al. (2001), realizaron una revisión sobre la introducción de Guías de Práctica Clínica (GPC) en la práctica diaria. Entre las estrategias identificadas para la difusión de estas guías se encontraron: formación continuada, campañas de medios de comunicación, boletines, videos, etc.

Una revisión sistemática que incluyó 91 estudios que analizaron la evidencia sobre el uso de GPC y su influencia en la modificación del comportamiento de los profesionales de la salud, estableció que las GPC eran más efectivas si tenían en cuenta las circunstancias locales, se difundían de forma activa a través de una acción formativa y se implantaban utilizando recordatorios específicos en la historia de los pacientes dirigidos directamente a la actividad del profesional (NHS Center for reviews and dissemination, 1994).

Por otro lado Grimshaw y Russell (1993) realizaron una revisión sistemática sobre la implantación de GPC en médicos y Thomas et al. (1999) estudiaron la implantación de las GPC en profesionales de enfermería y otras profesiones relacionadas. Ambas revisiones concluyeron que la atención basada en GPC bien desarrolladas podía cambiar el comportamiento de los profesionales y modificar los resultados de los pacientes.

Boaz et al. (2011) establecen que las intervenciones que combinan varias estrategias (multifacéticas) son más efectivas que cualquier estrategia de forma individual. Sin embargo, no todo los profesionales reaccionan de la misma manera a las mismas estrategias (p.e., las estrategias formativas influyen más en enfermeras que en los médicos). Lo que indica que es más efectiva la implantación de estrategias adaptadas al usuario final, e integradas en los procesos de la provisión de cuidados, que probar la efectividad de la combinación de varias estrategias por si solas. De hecho, la evidencia de revisiones sistemáticas sugiere que las estrategias de implantación funcionan durante un tiempo pero ninguna se mantiene a lo largo del tiempo. La combinación de varias estrategias ha demostrado ser más eficaz que el uso de las mismas de forma individual (Grimshaw et al., 2004; Wesing, Wollersheim y Grol, 2006).

En una revisión sistemática que evaluaba las estrategias organizativas que producían mejoras en la práctica y en los pacientes, se encontró que potenciar los roles de los profesionales de enfermería y el uso sistemas informáticos de recuerdo y apoyo a las decisiones producían mejoras en la actuación de los profesionales. Por otro lado los equipos multidisciplinares para el cuidado de los pacientes, servicios de cuidados integrados y sistemas informáticos de apoyo a

las decisiones producían mejoras en los resultados de los pacientes (Wesing et al., 2006).

Breimaier, Halfens y Lohrmann (2015) realizaron un estudio para valorar la efectividad de la aplicación de estrategias implantación multifacéticas y adaptadas dirigidas a enfermeras sobre la prevención y manejo de las caídas. En su estudio encontraron una mejora significativa en los conocimientos sobre la prevención de caídas, en cómo acceder a las GPC sobre caídas y en conocimientos sobre la guía en sí y mejoras en las actitudes hacia las GPC.

Un estudio que evaluó la mejora en el manejo del dolor de los pacientes pediátricos mediante la aplicación un programa basado en la evidencia más el apoyo de impulsores locales, estableció que se obtuvieron mejoras en el uso de escalas de valoración y en la valoración del dolor de los pacientes, pero fue menos efectivo en mejorar el proceso del manejo y registro del dolor. (Ellis et al., 2007)

Por otro lado hay estudios que establecen que la identificación de las barreras para el uso de la investigación en cada contexto y la reducción o eliminación de las mismas hará que las enfermeras utilicen más la investigación (Funk et al., 1991; Boström, Nilsson-Kajermo, Nordström, Wallin, 2008; Nilsson-Kajermo et al., 2010). De hecho, un estudio que evaluó la utilización de la investigación y su relación con las barreras, encontró que los profesionales que utilizaban más la investigación identificaban de forma significativa menos barreras que aquellos que utilizaban menos la investigación (Boström et al., 2008).

## **2.6. Instrumentos de medida en utilización de la investigación**

Las investigaciones en el campo de la utilización de la investigación presentan grandes problemas a la hora de medir la utilización. Este problema de medición se debe en parte a que los estudios carecen de base teórica o definiciones operativas de utilización de la investigación. En ocasiones se utilizan instrumentos de los que se desconoce su método de desarrollo o que no se justifican en la población en la que se utilizan. Por el contrario otros estudios no utilizan de forma explícita ningún instrumento de medición (Estabrooks et al, 2003a).

Aunque existen algunos instrumentos bien desarrollados de utilización de la investigación (Nursing Practice Questionnaire- NPQ- de Brett, 1987), en general solo incluyen el uso instrumental de la investigación (sin tener en cuenta el uso conceptual y simbólico) y han sido poco utilizados en otros estudios, dificultando las comparaciones (Estabrooks et al., 2003a). De hecho, en una revisión bibliométrica de la literatura en el campo de la utilización de la investigación se encontró que solo un 2% de los artículos que se citaban eran artículos de trabajos de investigación (Estabrooks, Winther y Derksen, 2004a). Esto supone un problema ya que la evidencia sobre la implantación de la investigación en la práctica carece en general de base empírica.

Squires et al. (2011a) realizaron una revisión de la literatura para identificar las propiedades psicométricas de los instrumentos de utilización de la investigación para la práctica clínica. En esta revisión se identificaron 60 medidas auto-administradas para medir utilización de la investigación. Muchas de ellas son ítems sueltos y otras, a pesar de ser concebidas para medir utilización de la investigación los autores de la revisión establecen que miden otros constructos.

Se describen a continuación algunos de los instrumentos más utilizados en la literatura para medir la utilización de la investigación:



### **2.6.1. Research utilization Questionnaire (RUQ)**

Este instrumento elaborado por Champion and Leach en 1989, mide utilización de la investigación por profesionales de enfermería y se ha utilizado más de 15 artículos (Squires et al., 2011a). Consiste en 42 ítems con 4 subescalas de las cuales una es la utilización de la investigación. Esta escala consta de 10 ítems, puntuados en una escala likert de 5 puntos (totalmente en desacuerdo-totalmente de acuerdo), que miden el grado en que un individuo siente que incorpora los resultados de la investigación en la práctica clínica. (Squires et al. 2011a; Estabrooks et al., 2003a).

### **2.6.2. Edmonton Research Orientation Survey (EROS)**

Desarrollado en el contexto de las especialidades de rehabilitación, consta de 4 subescalas de las cuales una es utilización de la investigación con 10 ítems, puntuados en una escala likert de 5 puntos (totalmente en desacuerdo-totalmente de acuerdo). Este instrumento está basado una conceptualización de utilización de la investigación poco clara y no operativa (Squires et al., 2011a).

### **2.6.3. Nursing Practice Questionnaire. NPQ**

Este instrumento fue desarrollado para profesionales de enfermería y consta de 14 descripciones breves de prácticas innovadoras. Está basado en el modelo de la difusión de Rogers. Las primeras seis preguntas miden la etapa del individuo en la adopción de la innovación, según Rogers. Las restante siete preguntas miden la percepción del individuo de la existencia de políticas relacionadas con la innovación (Brett , 1987). Este cuestionario se ha utilizado en más de 10 estudios, aunque en algunos casos con grandes modificaciones (Squires et al., 2011a) y

presenta el problema de que las prácticas, con el paso del tiempo, se quedan obsoletas y dejan de ser innovación.

#### **2.6.4. Evidence Based-Practice Questionnaire**

El cuestionario de Práctica Basada en la Evidencia (PBE), se desarrolló para medir el uso de la práctica basada en la evidencia por los profesionales de enfermería en su día a día. Es un cuestionario que consta de 24 ítems, que exploran 3 conceptos: 1) Uso de la PBE; 2) Actitudes hacia la PBE; y 3) Conocimientos y habilidades en PBE. (Upton y Upton, 2006)

En la validación del cuestionario se encontró una consistencia interna con un  $\alpha$  Chrobach 0,87 para toda la escala y de 0,85; 0,79; y 0,91 para las subescalas 1,2 y 3 respectivamente.

A pesar de la buena consistencia interna del cuestionario y de presentar una validez de constructo aceptable, este cuestionario no mide utilización de la investigación como tal sino las competencias de los profesionales de enfermería en Práctica Basada en la Evidencia, pero es un cuestionario que se ha utilizado en muchos estudios de PBE y ha sido validado al español por varios autores (Leung, Trevena, Waters, 2014; de Pedro-Gómez et al., 2009). Por este motivo se ha considerado necesario mencionarlo en el presente trabajo.

#### **2.6.5. “Research utilization Scale”**

Dado que los instrumentos utilizados en enfermería carecen en general de base teórica, propiedades psicométricas o poseen fallos de conceptualización, (Estabrooks, 1999a; 1999b; Estabrooks et al. 2003a; 2008a; Estabrooks, Scott-Findlay, Rutakunwa, Duan, Rozanova, 2004b). Estabrooks ha desarrollado una nueva herramienta para medir la utilización de la investigación “The research

utilization survey” (Estabrooks et al., 2008a; Kenny, 2005), que intenta resolver los problemas identificados en las herramientas utilizadas hasta el momento.

Este instrumento fue desarrollado por Estabrooks (1999a; 1999b) para medir la utilización de la investigación teniendo en cuenta que la utilización de la investigación se define como “la aplicación del conocimiento basado en la evidencia para mejorar los resultados”, además se basa en las conceptualizaciones de Larsen (1980) y Stetler (1985) que establecen que la utilización de la investigación se compone de (Estabrooks, 1999a; 1999b; Squires et al., 2008):

*Utilización instrumental de la investigación*, es la aplicación *directa* de los resultados de la investigación y resulta en una acción observable (el profesional puede ser consciente o no de que la acción está basada en la evidencia).

*Utilización conceptual de la investigación*, es la aplicación *indirecta* y se entiende como reflexión y aplicación del conocimiento basado en la investigación en la forma de pensar de cada uno (algunos aspectos pueden ser observables).

*Utilización simbólica de la investigación*, es la aplicación *persuasiva* y se define como es el uso de la investigación como herramienta persuasiva o política para legitimar una postura o una práctica.

Estabrooks considera que se puede medir la utilización de la investigación realizando preguntas sencillas junto a definiciones y ejemplos por cada tipo de utilización de la investigación (directa, indirecta y persuasiva).

El instrumento se compone de 22 preguntas agrupadas en tres secciones (Estabrooks et al, 2004b; 2008a):

Sección I: “Utilización de la investigación”, hace referencia al uso de la investigación por los profesionales en su práctica clínica. El cuestionario incluye junto a las preguntas, definiciones y ejemplos de utilización de la investigación y aborda los conceptos de Utilización de la investigación directa (instrumental) que

es la aplicación concreta de los resultados de la investigación; indirecta (conceptual), que tiene que ver con las opiniones y las forma de pensar; y persuasiva (simbólica), que tiene que ver con la influencia en los que toman las decisiones.

Sección II: Fuentes y tipos de conocimiento para la práctica que incluye las fuentes de conocimiento, lectura de revistas y la disposición para actuar en contra de las propias creencias hacia la investigación.

Sección III: “Tu organización” que aborda la opinión de los profesionales acerca del apoyo de los compañeros y la organización y la importancia de las características organizativas en la utilización de la investigación.

Los valores  $\alpha$  Cronbach de este cuestionario se encuentran entre 0.85 y 0.89 en los valores agregados por unidades. El CCI general en las unidades para la utilización de la investigación es de 0,83, lo que indica una buena fiabilidad. En el análisis de la validez a través de los Componentes Principales, las preguntas del cuestionario explican más del 70% ( $R^2 > 0.70$ ) de la varianza encontrada, lo que sugiere una buena validez de constructo (Estabrooks, 1999a; 1999b; Squires et al, 2008).

Este cuestionario se ha validado al contexto español en este trabajo y es el que se ha utilizado para medir utilización de la investigación.

## 2.7. La utilización de la investigación y su impacto en los resultados de los pacientes

El auge de la utilización de la investigación o de la práctica basada en la evidencia se basa en la asunción de que la integración de los resultados de la investigación en la práctica clínica aumentará la calidad de los cuidados y mejorará por tanto los resultados en los pacientes (Nilsson-Kajermo, 2010). A pesar de ello los efectos de las estrategias para la transferencia del conocimiento han sido más explorados en el cambio de los procesos de salud que en los resultados de los pacientes. De hecho en una revisión sistemática sobre el uso de la investigación (medido de forma directa) por parte de los profesionales de enfermería no se encontró ningún estudio que evaluase los efectos de diferentes niveles de utilización de la investigación en los resultados de los pacientes (Squires et al., 2011d).

Titler et al (1994) aplicaron un modelo basado en motivadores para el uso de la investigación (*Triggers*, en inglés) unido a un entorno favorecedor hacia la investigación (cambios organizativos) y encontraron mejora tanto en los procesos como en los resultados de los pacientes. Como ejemplo, consiguieron mantener normalizados los patrones de funcionamiento intestinal en un 95 % de los pacientes ingresados para cirugía vascular (frente al 40% en la medición basal) y disminuyó la petición de laxantes y enemas por parte de los mismos del 59% al 0%.

Aunque la literatura sobre el efecto de la implantación de la evidencia en los resultados de los pacientes es escasa sí se han encontrado estudios que evalúan las estrategias de implantación y sus efectos sobre los resultados de los pacientes, en concreto la implantación de Guías de Práctica Clínica:

Grimshaw et al (1993), realizaron una revisión sobre la implantación de GPC para el personal médico y Thomas et al. (1999) sobre la implantación de guías para

profesionales de enfermería y otras profesiones relacionadas. En ambas revisiones se concluye que la atención basada en las guías de práctica clínica, adecuadamente elaboradas, puede cambiar la práctica clínica y producir cambios en los resultados de los pacientes, aunque se requieren estudios de mayor calidad metodológica que evalúen las diferentes estrategias de difusión e implantación de las recomendaciones de dichas guías. En la misma línea Shamian-Ellen (2007), realizó otra revisión sistemática de la implantación de GPC y halló una reducción en el tiempo de estancia media de los pacientes hospitalizados que atribuyó a la utilización de las GPC. También Cummings et al (2007) encontraron que la utilización de la investigación se relacionaba con la disminución de los eventos adversos en los pacientes.

Davies, Edwards, Ploeg y Virani (2008) es su estudio de implantación de GPC encontraron gran variabilidad en los resultados obtenidos dependiendo de los indicadores y las guías implantadas. De manera general encontraron una mejora de cerca del 50% de los indicadores evaluados: se detectó mejora en el 52,4% de los indicadores sobre el asma, el 82,6% sobre el cuidado del pie diabético y el 60% de úlceras venosas en miembros inferiores. Barr, Hecht, Flavin, Khorana y Gould (2004) realizaron un estudio en el que se evaluó la aplicación de un protocolo basado en la evidencia de manejo nutricional, los resultados del estudio indican que la aplicación de un protocolo basado en la evidencia aumentó el uso de la nutrición enteral en los pacientes del grupo intervención (78% vs 68%, respectivamente;  $p = 0.08$ ), y la media de días de duración de la ventilación mecánica fue menor en este grupo también ( $17.9 \pm 31.3$  vs  $11.2 \pm 19.5$  días respectivamente;  $p = 0.03$ ).

## 2.8. Utilización de la investigación en España

Aunque la utilización de la investigación y la Práctica Basada en la Evidencia han suscitado un gran interés en las últimas décadas en España, según Martínez-Riera (2003), las organizaciones del Sistema Nacional de Salud y los profesionales de enfermería que trabajan en ellas, no tienen una cultura investigadora ya que no trabajan orientados a la investigación, ni la consideran importante en la provisión de los cuidados de salud.

Las barreras que dificultan la utilización de la investigación en España coinciden con las identificadas a nivel internacional. En un estudio realizado en profesionales de enfermería de todos los ámbitos de la práctica profesional que abordó las barreras y actitudes de los mismos hacia la investigación (Moreno-Casbas et al., 2011), se encontraron como barreras más importantes, a nivel individual, “La enfermería desconoce las investigaciones” y “La enfermería no se siente con suficiente autoridad como para cambiar los cuidados al paciente”. También García-Pozo (2013) encontró como una de las barreras individuales más frecuentes la escasa formación en investigación: en su estudio realizado en profesionales de la Comunidad de Madrid tan solo un 26% de los encuestados recibió formación en investigación en los últimos tres años. Por otro lado las principales barreras detectadas por los profesionales de enfermería a nivel de la organización son “No hay tiempo suficiente en el trabajo para implementar nuevas ideas” y “Los médicos no colaboran en la implantación” (Moreno-Casbas et al., 2011).

Aunque en los últimos años ha aumentado considerablemente la capacidad investigadora de los profesionales de enfermería en España, la utilización de revisiones sistemáticas aún es escasa y los es también la comprensión del impacto que los resultados de estudios individuales tienen sobre la práctica clínica. Además hay que añadir la reducida referencia a la lectura de artículos y

más aún de literatura en inglés, lo que provoca un importante nivel de aislamiento de la producción científica de la enfermería española en el contexto de la enfermería mundial (Martínez-Riera, 2003). Esto se corrobora en el estudio Moreno-Casbas, Fuentelsaz-Gallego, Gil de Miguel y González-María (2010), ya que respecto a los hábitos de lectura el 75% de los profesionales clínicos encuestados leía una o ninguna revista al mes. Datos parecidos encontró García-Pozo (2013) en su estudio en el que tan solo un 12% de los encuestados leía revistas de forma frecuente. Sin embargo, en este estudio llama la atención las frecuencias obtenidas en las actividades de investigación, ya que un 40% presentaron algún trabajo a algún congreso nacional e internacional, un 23% habían participado/dirigido algún estudio de investigación y un 17% había realizado alguna publicación, cifras que aunque mejorables, superan la lectura de revistas científicas.

Si tenemos en cuenta las actitudes hacia la investigación de los profesionales de enfermería, según el estudio de Moreno-Casbas et al, (2010) los profesionales en general presentaban una buena actitud hacia la investigación aunque aquellos que eran investigadores activos tenían mejores actitudes que los profesionales clínicos. Similar a García-Pozo (2013), que encontró que un 70% declaró estar interesado en participar o en dirigir un proyecto de investigación.

Respecto a la utilización de la investigación, en el estudio de Moreno-Casbas et al, (2010) un 21% respondió que aplicaba los resultados de la investigación “a menudo” o “muy a menudo”.

En España, se han realizado estudios para medir la utilización de la práctica basada en la evidencia mediante el cuestionario “*Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ)*” desarrollado por Upton y Upton, (2006) y validado al contexto español por de Pedro-Gómez J et al (2009). Los estudios que han utilizado este cuestionario lo han hecho para medir la relación entre la competencia en la utilización de la investigación y en entorno laboral percibido por los profesionales de enfermería en el contexto español.



Así, en España se han identificado el apoyo de los gestores (liderazgo) como el factor del contexto que influye de manera más positiva con el uso de PBE (de Pedro-Gómez et al., 2011; González-Torrente, PericasBeltrán, Bennasar-Veny, Morales-Asencio y de Pedro-Gómez, 2012). Además, según de Pedro-Gómez et al (2011), el ámbito de trabajo guarda una relación significativa con el uso de la PBE, siendo los profesionales de Atención Primaria los que más utilizan la PBE. Respecto a los factores individuales se han encontrado relaciones con el uso de la PBE según los años de ejercicio (a menor número de años de ejercicio mayor uso) y la categoría profesional (los gestores utilizaban más la PBE que los clínicos) (de Pedro-Gómez et al., 2011; González-Torrente et al., 2012).

Otro estudio que evaluó las competencias en Práctica basada en la Evidencia (PBE), relacionadas con el contexto (medido con el *Practice Environment Scale PES-NWI*) en profesionales de enfermería activos en foros de Internet e hispanohablantes, encontró que respecto a las competencias de PBE, la categoría profesional (especialistas vs. enfermeras clínicas), el país de trabajo (Latino América vs España) y el nivel académico (Doctorado/Máster vs. Diplomatura) se relacionaban todos con unas mejores competencias de la PBE en todas las dimensiones del cuestionario (aplicación, actitud y conocimientos de PBE), siendo las enfermeras especialistas, Latino-América y tener un mayor nivel académico las variables relacionadas de manera significativa con mayores puntuaciones en PBE. En este estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la valoración del entorno y el uso de PBE por parte de las enfermeras (Pérez-Campos, S´nchez-García y Pancorbo-Hidalgo, 2014).

Dado el interés creciente en España en mejorar la calidad de los cuidados a través de la evidencia, se están llevando a cabo estrategias a nivel nacional para aumentar el uso de los resultados de la investigación en la práctica clínica.

Según la Ley de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud se establece que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas. Y se concretan los elementos que configuran la que se denomina infraestructura de la calidad, que

comprende normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos. Además se establece la necesidad de crear un registro de buenas prácticas (BBPP), que recoja información sobre aquellas prácticas que ofrezcan una innovación o una forma de prestar un servicio mejor a la actual. Fruto de esta ley surge en 2008, el proyecto para la recogida de Buenas Prácticas con el objetivo de identificar las actuaciones más efectivas en materia de prevención, detección precoz y actuación sanitaria. Se considera una Buena Práctica aquella intervención o experiencia realizada que responde a las líneas estratégicas del SNS, basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva, pueda ser transferible y represente un elemento innovador para el sistema sanitario (Subdirección General de Calidad y Cohesión, 2015).

Además, en el año 2011 surge el Programa de Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados (Ruzafa-Martínez et al., 2011) del acuerdo entre tres instituciones comprometidas con la Práctica Basada en la Evidencia: la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), el Centro Colaborador Español JBI para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia y la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO).

El objetivo de esta acción es fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento, en cualquier entorno de la práctica enfermera, de buenas prácticas en cuidados, basadas en las Guías de RNAO. Con ello se pretende crear una red nacional de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados que fidelice el uso de prácticas basadas en los mejores resultados de la investigación en cuidados. Un Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC), es un Centro reconocido por las instituciones convocantes como una institución implicada en la aplicación, evaluación y mantenimiento de Guías de buenas prácticas.

Estas iniciativas junto con otras existentes en España, pretenden impulsar una medida global que facilite la transferencia del conocimiento a la práctica clínica llegando al mayor número de centros e instituciones relacionadas con la salud y a los profesionales que prestan sus servicios en él.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

### **3.JUSTIFICACIÓN**



En la actualidad nadie pone en duda que todo profesional, independientemente de su disciplina, debe estar al día de los nuevos avances de su campo (Cabrero J, 1999), ya que el uso del conocimiento proveniente de investigación rigurosa, produce mejoras en los procesos de cuidados y en los resultados de los pacientes (Grimshaw et al., 2006). De hecho, la implantación en la práctica clínica del conocimiento basado en la investigación se identifica como un indicador de un entorno óptimo en el que las mejoras en los resultados de los pacientes son evidentes (Squires et al., 2008).

Sin embargo hay estudios que establecen que el conocimiento no se refleja en el cuidado que reciben los pacientes (Dobbins et al., 1998; Parahoo 2000) y existe una separación entre la investigación en enfermería y la práctica, lo que se traduce en que los resultados de la investigación no están contribuyendo a la mejora asistencial (Horsley et al., 1978; Parahoo, 1998; Pallen y Timmins, 2002; Cabrero y Richart, 2001). Pero aplicar los resultados de la investigación en la práctica clínica es crucial para mejorar los resultados de los pacientes, mejorar el entorno laboral y contener los costes de los cuidados de salud (Titler et al., 1994). Los resultados de la investigación no producirán cambios en los pacientes a no ser que los sistemas, las organizaciones y los profesionales de la salud los apliquen en la práctica clínica y en las políticas sanitarias (Graham et al., 2006).

La utilización de los hallazgos de la investigación en la práctica clínica es un tema que ha suscitado gran interés, hasta tal punto que ha generado una teoría al respecto o un nuevo campo de investigación: La transferencia del conocimiento (Kitson et al., 1998; Pallen y Timmins, 2002; Pearson et al., 2012).

La utilización de la investigación es un proceso complejo en el que los factores, las características y atributos de los individuos, de las organizaciones y de la propia innovación influyen el uso de la investigación (Cummings et al., 2007; Squires et al., 2011d). La utilización de la investigación no es por tanto una mera cuestión individual, sino más bien una cuestión contextual: es un proceso complejo de componentes políticos, organizativos, socioeconómicos y actitudinales (Kitson et al, 1998, Cummings et al., 2007; Estabrooks et al., 2007b).

En España, la transferencia del conocimiento también es un tema que suscita gran interés. Esto puede verse reflejado en los estudios llevados a cabo en los últimos años. De este modo se han evaluado las barreras y actitudes hacia la investigación de los profesionales de enfermería, encontrando como principales barreras para la utilización de la investigación las relacionadas con la organización como la falta de tiempo en el trabajo. (Moreno-Casbas et al., 2010; Pérez-Campos et al., 2014). Por otro lado se realizó un estudio en las Islas Baleares en el que se comparó el entorno laboral con la capacidad de los profesionales de enfermería para el uso de la evidencia en la práctica clínica, encontrando que el apoyo de los gestores es un facilitador de la Práctica Basada en la evidencia. (de Pedro-Gómez et al., 2011)

Sin embargo, no se han realizado estudios que midan de forma directa la utilización de la investigación por parte de la enfermería y cómo influyen en ella los determinantes individuales y de las organizaciones en las que desarrollan su profesión.

Por este motivo y tomando como base la conceptualización de Estabrooks(1999a; 1999b) sobre la utilización de la investigación y los determinantes individuales que influyen en ella, así como la influencia del contexto según el modelo PARISH (Kitson et al., 1998; Kitson y Bisby, 2008), se ha planteado este trabajo con el objetivo de conocer la influencia de las características individuales y del contexto en la utilización de la investigación por los profesionales que trabajan en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud.



## **4.OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **4.1. OBJETIVOS**

### **4.1.1. Objetivo General**

Identificar los factores individuales y de las organizaciones que se relacionan con la utilización de la investigación por parte de los profesionales de enfermería que trabajan en los centros de hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud durante el periodo de estudio 2013-2015.

### **4.1.2. Objetivos específicos**

- Evaluar la fiabilidad y validez de la adaptación al castellano del instrumento "Research Utilization survey" desarrollado por Estabrooks (1999a y 1999b)
- Evaluar la relación entre un contexto adecuado (según el modelo PARISH) y la utilización de la investigación por parte de los profesionales de enfermería.

## **4.2. HIPÓTESIS.**

Las características de la organización y de los profesionales, se relacionan con la utilización de los resultados de la investigación por parte de los enfermeros que trabajan en los centros hospitalarios del servicio madrileño de salud.





Universitat d'Alacant **5.MÉTODOS**  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## 5.1. Diseño

Estudio multicéntrico que se ha realizado en hospitales pertenecientes al Servicio Madrileño de Salud.

Se planteó un estudio observacional descriptivo y transversal para establecer las características del entorno laboral, la organización de la provisión de cuidados y la utilización de la investigación por los profesionales de enfermería de los hospitales participantes.

## 5.2. Ámbito

En el estudio han participado 15 hospitales del Servicio Madrileño de Salud:

- Hospital Universitario de Móstoles,
- Hospital Universitario La Paz,
- Hospital Universitario Infanta Sofía,
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón,
- Hospital Universitario Ramón y Cajal,
- Hospital Universitario Fundación de Alcorcón,
- Hospital Universitario de Fuenlabrada,
- Hospital Universitario 12 de octubre,
- Hospital Universitario San Carlos,
- Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda
- Hospital Universitario Infanta Elena
- Hospital Universitario de Getafe
- Hospital Universitario del Escorial
- Hospital Universitario Príncipe de Asturias
- Hospital Central de la Cruz Roja san José y Santa Adela

### **5.3. Sujetos de estudio.**

Los sujetos de estudio fueron Profesionales de enfermería que cumplían las siguientes características: Diplomados/Graduados en enfermería que trabajasen en los hospitales mencionados, que prestasen cuidados directos al paciente hospitalizado en unidades de adultos y pediátricas médicas, quirúrgicas, mixtas (médicas y quirúrgicas) y de cuidados críticos. Se incluyeron los profesionales de enfermería con cualquier tipo de relación contractual con el hospital. Quedaron excluidos los profesionales de enfermería que durante el periodo de recogida de datos se encontrasen ausentes del hospital por permisos, vacaciones o bajas laborales.

#### **5.3.1. Tamaño muestral**

Teniendo en cuenta una población finita de 44.188 enfermeros colegiados en la Comunidad de Madrid a 31 de diciembre de 2012, con una confianza del 95%, para una precisión del 4% en un contraste bilateral y una proporción estimada del 50%, se precisó una muestra aleatoria poblacional de 850 (842) sujetos, estimando una tasa de reposición del 30%.

#### **5.3.2. Muestreo**

Los hospitales se seleccionaron por muestreo de conveniencia, según se presentasen voluntarios a participar en el estudio.

Para la selección de los profesionales de enfermería se realizó un muestreo estratificado por unidades (médicas, quirúrgicas, mixtas y de cuidados críticos, tanto de adultos como pediátricas), de manera proporcional según el número de profesionales de enfermería en cada unidad de los hospitales participantes, para poder explorar la relación indicada en la hipótesis planteada con un tamaño muestral suficiente y para paliar el efecto del diseño.

## 5.4. Variables

### 5.4.1. Características socio-demográficas y de formación

- Edad: fecha de nacimiento
- Sexo: hombre, mujer.
- Estado civil: casado, soltero, separado, divorciado, viudo.
- Estudios de enfermería: país y año.
- Otras titulaciones (doctorado, máster, especialidad, otras Licenciaturas/máster, otras diplomaturas/grado, otras).
- Formación continuada en horas (se refiere a la formación no reglada, entendiéndose como tal toda la formación no acreditada por un centro Universitario).

### 5.4.2. Variables laborales

- Hospital en el que trabaja.
- Tipo de unidad: Adultos o pediátrica; Médica, quirúrgica, mixta (médica y quirúrgica) o de cuidados intensivos.
- Años trabajados como profesional de enfermería.
- Años en la institución actual.
- Tipo de contrato: fijo, indefinido, interino, temporal.
- Turno: fijo de mañanas, tardes o noches, turno de 12 horas, turno rotatorio (M/N, T/N, correturnos).



### 5.4.3. Relacionadas con la investigación

- Actitud hacia la investigación: mediante la escala de actitudes de Björkström y Hamrin (2001), traducida al castellano y validada por Moreno-Casbas (2007).
- Utilización de la investigación: medida a través de la validación/adaptación al castellano de “Research Utilization Scale” Estabrooks (1999a; 1999b).
- Lectura de revistas (frecuencia) en el último año.
- Formación en investigación (número de horas) en los últimos 3 años.
- Asistencia a congresos científicos (número) en los últimos 3 años.
- Ponencias/pósteres (número) en los últimos 3 años.
- Publicaciones (número) en los últimos 3 años.

### 5.4.4. Relacionadas con la organización

- Entorno laboral: medido a través de la versión traducida y validada al español por Fuentelsaz-Gallego C et al. (2013) del “Practice Environment Scale (PES)” (Lake, 2002; 2007).
- Además se analizará el contexto según el modelo PARISH a través de la elección de los siguientes ítems (Cummings et al., 2007):
  - o Cultura: “Libertad para tomar decisiones importantes sobre el trabajo y el cuidado de los pacientes” (añadido al PES).
  - o Liderazgo: “La supervisora es una buena gestora y líder” (tomado del PES).
  - o Evaluación: “Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho” (tomado del PES).

#### 5.4.5. Características del hospital

- Tamaño del hospital: medido mediante el número de camas, <200 camas; 200-500 Camas; 501-1000 Camas; >1000 camas.
- Complejidad: baja, media, alta (según clasificación del Servicio Madrileño de Salud).
- Tipo de gestión: directa (integrada propia y ente instrumental propio con varias formas jurídicas) o indirecta (agentes externos).

#### 5.4.6. Creación de nuevas variables

A partir de los datos recogidos, y para facilitar el análisis estadístico y la comprensión de los resultados, se han creado nuevas variables o categorizado alguna de las existentes.

#### Variables nuevas del cuestionario Utilización de la investigación

A partir de las preguntas de utilización general de la investigación, que se repiten en tres ocasiones en el texto se ha creado una nueva variable de utilización general de la investigación:

- Utilización general ajustada (media ponderada de las tres preguntas anteriores dando un valor diferente según el momento de la pregunta en el cuestionario: T1 1/6; T2 2/6; T3 3/6).

Además se clasificará a los hospitales según las respuestas a las preguntas de utilización de la investigación general, indirecta, directa y persuasiva, en diferentes grupos poniendo el punto de corte en 3 (a veces): <3 baja utilización de la investigación; =3 utilización media; >3 utilización alta.

### Variables nuevas relacionadas con la lectura de revistas

La lectura de revistas de investigación se incluye en una de las preguntas de la encuesta “*Research utilization survey*”, en una escala de 6 ítems que miden la frecuencia anual de lectura: nunca, una vez, 2-4 veces, 5-7 veces, 8-9 veces y >10 veces.

A partir de estas respuestas se han creado categorías según el hábito de lectura, para facilitar las comparaciones, así tenemos:

- Hábito bajo de lectura: respuestas nunca y una vez
- Hábito medio de lectura: respuestas 2-4 veces y 5-7 veces
- Hábito alto de lectura: respuestas 8-9 veces y > 10 veces.

### Variables nuevas del cuestionario de Actitudes hacia la investigación

A partir de los ítems de la escala de Actitudes, se han creado 7 nuevas variables que corresponden a los factores que contempla la escala:

- Factor 1: suma de los valores de las preguntas 9 y 21.
- Factor 2: suma de los valores de las preguntas 3, 5, 6, 12 y 15.
- Factor 3: suma de los valores de las preguntas 11, 22, 24, 25, 27 y 35.
- Factor 4: suma de los valores de las preguntas 7, 19, 20, 23 y 28.
- Factor 5: suma de los valores de las preguntas 2, 10, 17, 26 y 32.
- Factor 6: suma de los valores de las preguntas 1, 4, 8, 13, 29 y 33.
- Factor 7: suma de los valores de las preguntas 16, 18, 30, 31 y 34.

También, a partir de dichos valores, se ha creado una nueva variable que es la puntuación total de la escala de actitudes y corresponde a la suma de todos los ítems. Nótese que en los factores mencionados, no se incluye la pregunta 14: “*En los estudios de enfermería existen demasiados contenidos científicos*”.

### Variables nuevas de cuestionario PES-NWI

A partir de los ítems del cuestionario PES-NWI se han creado 5 nuevas variables que se corresponde con los factores de la escala:

- Factor 1: Dotación y adecuación de recursos;
- Factor 2: Relaciones laborales enfermera-médico;
- Factor 3: Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de su responsable;
- Factor 4: Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad;
- Factor 5: Participación de la enfermería en cuestiones del hospital.

Además con la media de las puntuaciones en cada una de las 5 escalas se han establecido 3 nuevas variables que se corresponden con las categorías de hospital según la clasificación del entorno:

- Hospital favorable: si al menos 4 de las 5 subescalas obtiene una puntuación media por encima de 2,5.
- Hospital mixto: si 2 ó 3 subescalas obtienen una puntuación media por encima de 2,5
- Hospital desfavorable: si una o ninguna subescala obtiene una puntuación media por encima de 2,5

Por otro lado se realizará una clasificación del contexto con las puntuaciones en tres ítems de la encuesta al igual que Cummings et al (2007): Cultura, “Libertad para tomar decisiones importantes sobre el trabajo y el cuidado de los pacientes” (ítem añadido al PES-NWI); Liderazgo, “La supervisora es una buena gestora y líder”, y Evaluación: “Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho”: De tal manera que se clasificará como contexto adecuado, cuando las puntuaciones en los tres ítems sean 3 ó 4; contexto moderadamente adecuado, si un ítem tiene puntuación 1 ó 2; contexto moderadamente inadecuado, si dos de los ítems obtienen puntuaciones 1 ó 2; y contexto inadecuado, si todos los ítems obtienen puntuaciones 1 ó 2.

## 5.5. Instrumentos de medida

### 5.5.1. Instrumento “Research utilization survey”

Para medir la utilización de la investigación se ha validado y adaptado en este estudio el instrumento elaborado por Estabrooks (1999a y 1999b) “Research utilization survey” (Anexo II) que consta de 22 ítems divididos en tres secciones. Los valores  $\alpha$  Cronbach se encuentran entre 0.85 y 0.89 en los valores agregados por unidades. El CCI general en las unidades para la utilización de la investigación es de 0,83, lo que indica una buena fiabilidad. En el análisis de la validez a través de los Componentes Principales, las preguntas del cuestionario explican más del 70% ( $R^2 > 0.70$ ) de la varianza encontrada, lo que sugiere una buena validez de constructo.

Las secciones del cuestionario son:

- Sección I: “Utilización de la investigación”, hace referencia al uso de la investigación por los profesionales en su práctica clínica. La encuesta incluye junto a las preguntas, definiciones y ejemplos de utilización de la investigación y aborda los conceptos de Utilización de la investigación directa (instrumental) que es la aplicación concreta de los resultados de la investigación; indirecta (conceptual), que tienen que ver con las opiniones y las formas de pensar; y persuasiva (simbólica), que tiene que ver con la influencia en los que toman las decisiones. La sección I está formada por las primeras 13 preguntas.
- Sección II: Fuentes y tipos de conocimiento para la práctica; está formada por las siguientes 5 preguntas e incluye las fuentes de conocimiento, lectura de revistas y creencias hacia la investigación.
- Sección III: “Tu organización” que aborda la opinión de los profesionales acerca del apoyo de los compañeros y la organización y la importancia

de las características organizativas en la utilización de la investigación. Esta sección está constituida por las tres últimas preguntas.

### 5.5.2. Cuestionario de actitudes hacia la investigación

Se ha utilizado la escala “Actitudes y concienciación de los profesionales de enfermería hacia la investigación y desarrollo en cuidados de salud” (Anexo I) de Björkström y Hamrin (2001), validada al contexto español por Moreno-Casbas (2007). Está dividida en 35 ítems, puntuados en una escala Likert de cinco posibles respuestas: 1= en desacuerdo, 2= parcialmente de acuerdo, 3= moderadamente de acuerdo, 4= de acuerdo y 5=totalmente de acuerdo. La consistencia interna del cuestionario para el conjunto de los ítems es elevada ( $\alpha$  de Cronbach's 0.93). La escala se divide en siete factores: el lenguaje de las publicaciones científicas (2 ítems  $\alpha$  de Cronbach 0.75), la necesidad percibida del conocimiento científico (5 ítems  $\alpha$  de Cronbach 0.65), el grado de participación en actividades de investigación (6 ítems  $\alpha$  de Cronbach 0.78), el concepto de profesión (5 ítems  $\alpha$  de Cronbach 0.65), significación otorgada a la investigación (5 ítems  $\alpha$  de Cronbach 0.58), necesidades relacionadas con la lectura de la literatura científica (6 ítems  $\alpha$  de Cronbach 0.68) y necesidades de desarrollo (5 ítems  $\alpha$  de Cronbach 0.62).

De los 35 ítems de la escala, 34 aparecen agrupados en siete factores. Nótese que no se incluye la pregunta 14: “En los estudios de enfermería existen demasiados contenidos científicos”.

- El factor 1: “Lenguaje de las publicaciones científicas”, hace referencia al lenguaje que se utiliza en las publicaciones científicas en el campo de la investigación en enfermería y lo forman las preguntas 9 y 21.
- El factor 2: “Necesidad percibida del conocimiento científico”, hace referencia a la necesidad de la investigación y de enfermeras investigadoras en la práctica profesional y lo forman las preguntas 3, 5, 6, 12 y 15.
- El factor 3: “Grado de participación en actividades de investigación”, hace referencia a la investigación en cuidados como parte de la

- actividad diaria profesional y lo forman las preguntas 11, 22, 24, 25, 27 y 35.
- El factor 4: “Concepto de profesión”, hace referencia al concepto de profesional de enfermería y a la capacitación que deben tener sus profesionales, distinguiendo entre si la profesión debe tener carácter vocacional o académico y lo forman las preguntas 7, 19, 20, 23 y 28.
  - El factor 5: “Significación otorgada a la investigación”, hace referencia a la dedicación a la investigación y a su uso en el ámbito de los cuidados y lo forman las preguntas 2, 10, 17, 26 y 32.
  - El factor 6: “Necesidades relacionadas con la lectura de la literatura científica”, hace referencia a la necesidad sentida por los profesionales de enfermería de leer literatura científica como método de actualizar sus conocimientos y lo forman las preguntas 1, 4, 8, 13, 29 y 33.
  - El factor 7: “Necesidades de desarrollo profesional y recursos” hace referencia a la percepción que tienen los profesionales de la importancia de avanzar científicamente en su carrera profesional (incluyendo nuevas ideas basadas en la experiencia y en la ciencia así como la importancia de personas de referencia en el lugar de trabajo) y lo forman las preguntas 16, 18, 30, 31 y 34.

### 5.5.3. Cuestionario Entorno de la práctica clínica

El cuestionario de “Entorno de la práctica clínica” (Anexo III) ha sido validado en español para el ámbito hospitalario en el proyecto RN4CAST-España (Fuentalsaz-Gallego et al., 2013). La validez de contenido global para la versión española es de 0,82 (coeficiente kappa modificado), la consistencia interna obtiene un  $\alpha$  Cronbach de 0,9 (IC95% 0,87-0,93) y en el análisis test-retest un CCI de 0,87 (IC 95% 0,87-0,93). En el análisis factorial el índice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) es 0,92. Lo cual demuestra una buena fiabilidad y validez de la versión española. Este instrumento es una subescala del Nursing Work Index-Revised (Aiken y Patrician, 2000) para identificar entornos de trabajo que apoyan la práctica de enfermería. Consta de 31 ítems puntuados en una escala

tipo Likert de 4 puntos (1= totalmente en desacuerdo; 2= de alguna manera en desacuerdo; 3=de alguna manera de acuerdo; 4=totalmente de acuerdo), que se agrupan en cinco factores:

- Factor 1: Dotación y adecuación de recursos;
- Factor 2: Relaciones laborales enfermera-médico;
- Factor 3: Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de su responsable;
- Factor 4: Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad;
- Factor 5: Participación de la enfermería en cuestiones del hospital.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



## **5.6. Validación de la encuesta “Research utilization survey”**

### **5.6.1. Selección del cuestionario**

Aunque en España existe algún instrumento validado que mide aspectos relacionados con la Práctica Basada en la Evidencia, una búsqueda de la literatura evidenció que no se disponía de instrumentos que midiesen el constructo de utilización de la investigación en el contexto español. Por otro lado, muchos de los instrumentos utilizados en enfermería a nivel internacional para medir utilización de la investigación carecen en general de base teórica (Squires et al, 2011c), propiedades psicométricas o poseen fallos de conceptualización. Por este motivo Estabrooks (1999a y b), desarrolló una nueva herramienta para medir la utilización de la investigación “The research utilization survey”, que intenta resolver los problemas identificados en las herramientas utilizadas hasta el momento y es la que se ha elegido para este trabajo.

### **5.6.2. Traducción-retrotraducción.**

El idioma de la versión original de la encuesta es el inglés canadiense por lo que se realizaron dos traducciones de la versión original, de forma independiente por dos traductores bilingües en inglés, cuya primera lengua fuera el castellano. Una vez obtenidas las traducciones se resolvieron las discrepancias y se sintetizaron las versiones en una sola, construida por consenso de los traductores. Posteriormente se realizó una retrotraducción al idioma original por un traductor bilingüe en español cuya primera lengua fuera el inglés canadiense, para evaluar si realmente concordaba con la versión original del cuestionario. Después, se realizó una conciliación de las posibles discrepancias entre el original y la versión retrotraducida.

Para la adaptación cultural del cuestionario, ambas versiones se enviaron a 10 expertos con las siguientes características: profesionales de enfermería españoles y bilingües en inglés con conocimientos en la materia. Se les pidió que evaluaran si la versión española del cuestionario era fácil de entender, si estaba adaptada al contexto español y si podía ser utilizada en España para el mismo constructo que la versión original. Para ello se enviaron los cuestionarios en ambas versiones en un mismo documento en el que se podía realizar comparaciones del texto e insertar comentarios en caso de ser necesario (Anexo IV). Esta técnica nos permitió asegurar la equivalencia semántica, idiomática y conceptual. El equipo investigador se reunió tras las aportaciones de los traductores y de los expertos y elaboró el cuestionario definitivo.

### **5.6.3. Evaluación de las propiedades métricas de la versión definitiva de la escala en castellano:**

Se han evaluado las propiedades métricas de la versión traducida mediante la evaluación de la validez de contenido, la consistencia interna la fiabilidad test-retest y la validez de constructo. La consistencia interna mide las relaciones de todos los ítems de forma simultánea y la fiabilidad test-retest se evaluó la concordancia entre dos mediciones del cuestionario a los mismos profesionales en dos momentos diferentes, lo que permite comprobar la estabilidad temporal del cuestionario

#### Validez de contenido

La validez de contenido se analizó calculando el Índice de Validez de Contenido (ICV). La metodología utilizada para evaluar la validez de contenido se ha basado en el consenso de expertos (Lynn, 1986; Polit y Beck, 2006; Polit, Beck y Owen, 2007). Para el cálculo de CVI se ha aplicado la corrección para el acuerdo por azar según Polit et al. (2007).

El CVI se basa en el acuerdo alcanzado por un grupo de expertos en la relevancia de los ítems de una escala para el constructo que se quiere medir (en lugar de medir el acuerdo alcanzado de forma global, ya sea para valorar la escala como relevante o como no relevante). Mide tanto el acuerdo alcanzado en la relevancia de cada ítem de la escala como en la relevancia de la escala en su conjunto. Asimismo se aplica una corrección para el acuerdo por azar a través de un índice kappa modificado (ya que se basa solo en un tipo de acuerdo, el acuerdo de la relevancia).

Para calcular la validez de contenido el cuestionario se envió a 9 profesionales de enfermería que hubieran trabajado en hospitales españoles en los últimos 5 años. A los profesionales se les pidió que evaluaran la relevancia de los ítems de la encuesta otorgando una puntuación de 1-4 (1= no relevante, 2= algo relevante, 3= bastante relevante, y 4= muy relevante) a cada ítem (Anexo V)

#### Fiabilidad Test–retest

Para estudiar la fiabilidad test-retest se administraron los cuestionarios dos veces a los mismos profesionales de enfermería. Tras la primera administración (prueba pretest) se aplicó de nuevo el cuestionario trascurridos 15 días desde la primera evaluación, para conocer el grado de acuerdo (estos profesionales de enfermería no forman parte de la muestra del estudio). Para garantizar que el cuestionario pertenecía a la misma persona, se aseguró que los profesionales utilizaban un código único e igual para ambas mediciones.

Para el cálculo de la muestra se tuvo en cuenta la literatura internacional que establece una muestra mínima de 3 sujetos por ítem (ratio sujetos-ítem 3:1 Barrett y Kline, 1981). Se calculó un tamaño muestral de 270 profesionales de enfermería, seleccionados por muestreo aleatorio simple y de forma estratificada según su unidad de trabajo: médica, quirúrgica, mixta (médica y quirúrgica) o cuidados intensivos, tanto de adultos como pediátricas.

Se realizó un análisis de la fiabilidad test-retest mediante el Índice de Correlación Intraclase por secciones del cuestionario y el coeficiente Kappa

ponderado por pregunta. Se calculó además la consistencia interna de todo el cuestionario y por secciones mediante el  $\alpha$  Cronbach.

### Validez de constructo

Para la validez de constructo se ha realizado un análisis factorial con toda la muestra de estudio. El Análisis Factorial hace referencia a las pautas de exploración de las relaciones entre variables; estas pautas se representan por los denominados componentes principales o, más comúnmente, factores. Sólo con el examen de las ponderaciones de las variables sobre los factores se identifica el carácter de la dimensión subyacente.

Si un concepto está medido de forma válida, es de esperar que dicha medida se relacione de la forma prevista por la teoría con otras variables que constituyen medidas alternativas del mismo concepto o bien que mantienen una relación conocida con este concepto. En consecuencia, las pruebas de validez que aquí aplicamos, no son más que casos concretos de contraste de hipótesis científicas de relaciones entre variables. Las pruebas que desarrollamos en este ámbito tratan de demostrar que nuestra medida no está influida por procesos irrelevantes y que tiene mucho que ver con los procesos relevantes.

Universitat d'Alicant  
Universidad de Alicante

## 5.7. Recogida de datos

Los datos de los profesionales de enfermería se han recogido en un cuestionario online elaborado por los investigadores en el que se han incluido las variables y escalas antes mencionadas.

Para la selección de la muestra los investigadores de cada hospital contactaron con los supervisores de las unidades seleccionadas y solicitaron un listado de personal. Una vez obtenidos los listados se realizó una selección aleatoria de los profesionales, manteniendo la misma proporción según el tipo de unidad hasta completar el tamaño muestral. Cada investigador contactó personalmente con los sujetos y les explicó el objetivo del proyecto, por qué habían sido seleccionados para el mismo, y las acciones que deberían realizar si accedían a participar. A su vez, se entregó una hoja informativa con instrucciones claras de cómo acceder y cumplimentar la encuesta indicando la confidencialidad de los datos y la importancia de la colaboración, así como una persona y teléfono de contacto y si accedían a participar se solicitaba que firmasen el consentimiento informado (Anexo VI).

Para la cumplimentación de la encuesta se elaboró una página Web con la información del proyecto con un enlace al cuestionario (Anexo VII).

El cuestionario se ha desarrollado en el software libre Limesurvey, que es una aplicación informática inteligente para la realización de encuestas profesionales en línea y que permite el diseño de la encuesta, la gestión de la misma, el envío de recordatorios a los destinatarios y la explotación de la base de datos resultante. Dicho software permite mantener el anonimato de los participantes separando la identidad de los mismos de los datos que proporcionan.

La encuesta permaneció abierta los meses de recogida de datos, durante los cuales se enviaron recordatorios online cada 7 días para maximizar la tasa de respuesta. Además los investigadores realizaron recordatorios personales por teléfono o en persona, transcurridos 15 días de la aceptación a participar en el proyecto. Los investigadores facilitaron también la encuesta en papel para

aquellos participantes que no disponían de acceso a equipos informáticos o así lo requerían, realizando los mismos recordatorios. Por otro lado y para aumentar la tasa de respuesta, se informó a los profesionales que tras la cumplimentación de encuesta se sortearía un Ipad mini entre todos los participantes.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## 5.8. Análisis de datos

### 5.8.1. Propiedades psicométricas de la encuesta “Utilización de la investigación”

#### Validez de contenido

Para el análisis de la Validez de contenido se ha calculado el Índice de Validez de Contenido (CVI) que se calcula dividiendo el número de expertos que otorgan una puntuación entre 3 y 4 al ítem, por el total de expertos participantes.

$$I - CVI = \frac{\text{n}^\circ \text{ de expertos con ítems puntuados 3 ó 4}}{\text{Total de expertos}}$$

El cálculo de la validez de contenido de los ítems (I-CVI) del cuestionario se realizó según la metodología propuesta por Lynn (1986), Polit & Beck (2006) y Polit et al. (2007), en la que se establece la validez de contenido de cada uno de los ítems con la corrección de probabilidad debida al azar. La probabilidad de acuerdo por azar (pc) se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$pc = \left[ \frac{[ N! ]}{[A! (N - A)!]} \right] x 0,5^N$$

Dónde: N= número de expertos; A=número de acuerdos de buena relevancia (puntuaciones 3 y 4)

Coeficiente Kappa modificado ( $K^*$ ) designa la proporción de acuerdo sobre la relevancia del ítem. se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$k^* = \frac{I - CVI - pc}{1 - pc}$$

Los criterios de evaluación para los valores de  $K^*$  se han tomado de Streiner y Norman, (2008) y son los siguientes:

Valor Kappa	Grado de concordancia
0.81-1.00	Excelente
0.61-0.80	Bueno
0.41-0.60	Moderado
0.21-0.40	Ligero
< 0.20	Malo

Se ha calculado la validez de contenido a nivel de ítem I-CVI y a nivel de toda la escala S-CVI y por secciones del cuestionario. El S-CVI es la media de las puntuaciones de todos los I-CVI y refleja la importancia global del instrumento. Se obtuvieron todos los I-CVI, S-CVI y K, de todos los ítems y agrupados por las secciones que componen el cuestionario. Se consideraron ítems potencialmente problemáticos aquellos que obtuvieron un coeficiente kappa menor 0,60.

Se utilizó el programa Excel 2007 para recoger todas las valoraciones de los expertos y posteriormente realizar los cálculos de: número de acuerdos, I-CVI, Pc, K de cada uno de los ítems del instrumento y el S-CVI.

#### Fiabilidad de la encuesta

Se realizó un análisis de la fiabilidad test-retest mediante el Índice de Correlación Intraclase por secciones del cuestionario y el coeficiente Kappa ponderado por pregunta. Se calculó además la consistencia interna de todo el cuestionario y por secciones mediante el  $\alpha$  Chronbach.



Los criterios para establecer la fuerza de la concordancia se han tomado de Fleiss (1986).

Valor de CCI	Fuerza de la concordancia
> 0.90	Muy buena
0.71-0.90	Buena
0.51-0.70	Moderada
0.31-0.50	Mediocre
< 0.30	Mala o nula

### Validez de constructo

Para la validez de constructo se ha realizado un análisis factorial utilizando los criterios KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) utilizando la rotación Varimax. Los factores se han extraído mediante el método de componentes principales y se ha utilizado el método Varimax para la rotación de la solución inicial. Además se ha calculado se han puesto a prueba las siguientes hipótesis:

- Todos los tipos de utilización de la investigación se correlacionan de forma positiva y significativa entre sí.
- Una mejor actitud hacia la investigación, medida a través del cuestionario de actitudes, se relaciona con una mayor utilización de la investigación.
- Una mejor valoración del entorno, a través el PES-NWI, se asocia con una mayor utilización de la investigación.
- Una mejor valoración del contexto, según el modelo PARISH, se relaciona con una mayor utilización de la investigación.

### **5.8.2. Análisis descriptivo de las variables**

Se ha utilizado una estadística descriptiva para resumir los datos de cada variable: las variables cuantitativas se han descrito con la media y desviación estándar. Las cualitativas se han descrito con las frecuencias absolutas de cada una de sus categorías y los porcentajes. Dado el tamaño de la muestra se ha asumido normalidad para todas las variables y todas las respuestas “no se” de las preguntas que contemplaban dicha opción se han considerado como valores perdidos.

Para facilitar la lectura de los resultados, se ha utilizado el análisis gráfico a través de gráficos de barras y cajas, que también se han utilizado para la comparación de variables.

Para todo el análisis se ha tenido en cuenta un nivel de confianza del 95%. El programa estadístico utilizado ha sido el software SPSS v. 20.0

### **5.8.3. Análisis de la encuesta “Utilización de la investigación**

Para en análisis de la encuesta de utilización de la investigación se han obtenido las medias y desviaciones estándar de todas los ítems con escala likert de 1-5.

Además se ha realizado un análisis de utilización general e la investigación ajustada, obteniendo la variable de la media de las tres mediciones que se repiten en el cuestionario otorgando un peso específico a cada pregunta. 1/6 a la primera pregunta, 2/6 a la segunda pregunta y 3/6 a la tercera.

Las variables categóricas del cuestionario se presentan con valores absolutos y sus frecuencias.

#### **5.8.4. Análisis encuesta “Actitudes hacia la investigación”**

Para el análisis de la encuesta de Actitudes hacia la investigación se han obtenido las puntuaciones medias de cada ítem con su desviación estándar.

En el análisis de la escala de actitudes se han invertido los valores de aquellas preguntas expresadas en forma negativa (preguntas número: 2, 3, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 28, 29, 32). Además se presentan los resultados por los 7 factores que componen la encuesta, realizando la suma de las medias que componen cada factor

- F1: Lenguaje de las publicaciones científicas
- F2: Necesidad percibida de conocimiento científico
- F3: Grado de participación en las actividades de investigación
- F4: Concepto de profesión
- F5: Significado otorgado a la investigación
- F6: Necesidades relacionadas con la lectura científica
- F7: Necesidades de desarrollo profesional y recursos

También se ha obtenido la puntuación global con la media de las sumas de las puntuaciones del cuestionario.

#### **5.8.5. Análisis encuesta Entorno laboral PES-NWI**

Para analizar los valores de toda la escala se obtuvieron las medias y sus desviaciones estándar, tanto de los ítems por separado como agrupados por los 5 factores de la encuesta:

- Factor 1: Dotación y adecuación de recursos;
- Factor 2: Relaciones laborales enfermera-médico;
- Factor 3: Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de su responsable;

- Factor 4: Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad;
- Factor 5: Participación de la enfermería en cuestiones del hospital.

Para analizar los resultados obtenidos de la encuesta PES-NWI, se obtuvo la media de las 5 subescalas y se categorizó a los hospitales según su entorno laboral siendo:

- Hospital de entorno favorable, si en al menos 4 de las 5 subescalas el valor medio era superior a 2,5.
- Hospital de entorno Mixto, si 2 o 3 subescalas obtenía un valor medio superior a 2,5.
- Hospital de entorno desfavorable si una o ninguna subescala obtenía una puntuación superior a 2,5.

#### **5.8.6. Análisis bivariante**

Para el análisis bivariante o cuando se ha realizado un contraste de hipótesis paramétrico se comprobó previamente la igualdad de varianzas.

Para la comparación de las medias con una variable dicotómica se ha utilizado la prueba estadística t de Student. En los casos en que la variable cualitativa tenía más de 2 categorías, se utilizó el análisis de la variancia (ANOVA) y se obtuvieron las relaciones con la prueba post hoc de Bonferroni de comparaciones múltiples.

Se ha calculado el coeficiente de correlación de Pearson entre variables cuantitativas para conocer el grado de asociación lineal entre ellas.

Además, para describir las posibles relaciones entre las características de la organización (contexto) y la utilización de la investigación por parte de enfermería, se ha realizado también mediante un análisis bivariante.

Las hipótesis que se han puesto a prueba son:

- “La utilización de la investigación se relaciona con las características individuales de los profesionales y con sus actitudes hacia la investigación”, y
- “La utilización de la investigación se relaciona con las características de la organización”

Además se ha realizado un análisis de relación según el concepto de contexto descrito en modelo “PARISH *framework*”, así como en la literatura consultada. Al igual que Cummings et al (2007), se han establecido diferentes niveles de contexto, según los resultados obtenidos en los ítems relativos a cultura, liderazgo y evaluación:

- Cultura: “Existe libertad para tomar decisiones importantes sobre el trabajo y el cuidado de los pacientes”
- Liderazgo: “La supervisora es una buena gestora y líder”
- Evaluación: “Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho”

Así una organización cuya puntuación en estos tres aspectos era elevada, fue clasificada como contexto adecuado; si uno de los tres aspectos mencionados era bajo, el contexto fue moderadamente adecuado; en el caso de una puntuación baja en dos de los aspectos de cultura, liderazgo o evaluación, el contexto se clasificó como moderadamente inadecuado; y en el caso de que los tres aspectos obtuvieran una baja puntuación, se clasificó el contexto como inadecuado. En este modelo la hipótesis que se ha pues a prueba es: “Existe una relación positiva entre las puntuaciones de utilización de la investigación genera, directa, indirecta y persuasiva y el contexto descrito según el modelo PARISH (cultura, liderazgo y evaluación)”

## 5.9. Controles de calidad de los datos recogidos

Además de los sesgos inherentes a utilizar cuestionarios como instrumentos de medida, como son la subjetividad y el sesgo de no respuesta, las características de las variables a medir en los profesionales de enfermería pueden aumentar el riesgo de que se produzcan estos sesgos. Para evitarlo, se insistió en el anonimato y confidencialidad de los datos y en el interés de su participación.

La correcta interpretación de los datos obtenidos en los distintos cuestionarios precisa del control previo de los distintos errores que pueden haber coincidido en la realización del cuestionario, deteriorando su calidad y limitando el alcance de sus resultados. La calidad de la información recogida depende de las personas que realizan tal actividad y todo el proceso de análisis puede ser erróneo si los datos no son recogidos correctamente, por ello se realizaron las siguientes acciones:

- La plataforma de recogida de datos permite el desarrollo mecanismos de control de calidad para garantizar en todo momento que la información se recogió de acuerdo a lo establecido en el protocolo del estudio y que se siguieron, en todos los procesos, las normas establecidas.
- Para los cuestionarios recogidos en formato papel, una vez finalizado el trabajo de campo y recogidas las encuestas, se procedió a la revisión y corrección de errores e inconsistencias subsanables de todas y cada una de las encuestas.
- Se realizó un control de la información obtenida realizada como parte integrante y previa al análisis estadístico de los datos cuantitativos. El tratamiento de los datos obtenidos implicó:
  - la introducción de datos en ordenador o volcado de los datos según la procedencia de la encuesta (papel/online)
  - la depuración y transformación de los datos.
  - el análisis exploratorio o análisis preliminar de los datos.
  - el análisis estadístico de datos propiamente dicho.

### 5.10. Consideraciones éticas

La presente investigación se ha realizado bajo el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para poder llevar a cabo este tipo de estudios. En todo momento se ha respetado la normativa vigente que garantiza la confidencialidad de los datos de carácter personal facilitados por los usuarios y su tratamiento automatizado de acuerdo a la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, así como toda la normativa aplicable a esta materia).

Asimismo se ha respetado escrupulosamente el cumplimiento de los códigos deontológicos relacionados con la metodología de encuestas como son:

- - Protección del participante en una investigación.
- - Prácticas no éticas.
- - Código de conducta de la APA (American Psychological Association).
- - Código de conducta del Instituto Internacional de Estadística.

En concreto, se ha llevado especial cuidado en el cumplimiento de los siguientes aspectos éticos:

- Información del estudio y solicitud de consentimiento por escrito
- Voluntariedad en la decisión a participar en la investigación.
- Confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio.
- Anonimato de las personas participantes.

Asimismo se ha obtenido la aprobación del comité de ética y de investigación del Hospital de Móstoles (ANEXO VIII), como hospital de referencia y de los comités éticos y de investigación de los hospitales participantes que así lo requirieron.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## 6.RESULTADOS





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## 6.1. Adaptación y propiedades psicométricas del cuestionario “Research utilization survey”

### 6.1.1. Adaptación lingüística y cultural del cuestionario

En la traducción directa e inversa de la versión original del cuestionario no se encontraron grandes discrepancias entre la versión inglesa y las españolas. En el proceso de adaptación lingüística y cultural, los 10 expertos establecieron que la traducción era entendible en el contexto hospitalario español y que en su opinión medía el constructo que se quería medir. Sin embargo sí se realizaron modificaciones en algunas de las preguntas, que se señalan en la Tabla 1.

Los expertos eran españoles, bilingües en inglés, 8 eran mujeres, 9 eran diplomados en enfermería, 1 fisioterapeuta y todos habían trabajado en hospitales españoles en los últimos 5 años.

**Tabla 1.** Adaptación cultural del cuestionario tras la revisión de expertos

Versión original en inglés	Versión tras traducción directa e inversa	Versión modificada tras revisión de expertos
<b>Sección I. Preguntas 1, 3, 7, 9, 10, 12 y13 (opciones de respuesta)</b>		
1= Never	1= Nunca	1= Nunca
2= on 1 or 2 shifts	2= En 1 o 2 turnos	2= Casi nunca
3=	3=	3= A veces
4=	4=	4= Con frecuencia
5= on about half the shifts	5= Aproximadamente en la mitad de los turnos	5= Siempre
6=	6=	
7= nearly every shift	7= En casi todos los turnos	
8= do not know	8= No lo sé	
<b>Sección I. Pregunta 6*</b>		
What is the one most common source from wich you learn about research findings? Be a specific as possible	¿Cuál es la fuente más común (sólo una) de la que obtienes los resultados de la investigación? Sé lo más específica posible.	¿Cuál es la fuente más habitual (sólo una) de la que obtienes los resultados de la investigación?*: <input type="checkbox"/> Guías de práctica clínica/protocolos <input type="checkbox"/> Bases de datos y/o artículos científicos <input type="checkbox"/> Libros <input type="checkbox"/> Páginas web <input type="checkbox"/> Sesiones/cursos/congresos <input type="checkbox"/> Compañeros/otros profesionales <input type="checkbox"/> Ninguna

\*ítem modificado en la consulta a expertos tras los resultados del test-retest.

**Tabla 1 (cont.).** Adaptación cultural del cuestionario tras la revisión de expertos

Versión original en inglés	Versión tras traducción directa e inversa	Versión modificada tras revisión de expertos
<b>Sección I. Pregunta 7. Definiciones de utilización directa de la investigación</b>		
Internally rotating the femur during injection into the dorsogluteal site, in either the prone or side-lying position to reduce discomfort	Rotar el fémur hacia el interior durante las inyecciones en la zona dorsoglútea, tanto en de cúbito prono como lateral, para disminuir molestias.	Se elimina este ejemplo ya que no se entiende bien y se considera que con los ejemplos anteriores es suficiente para clarificar el concepto. También con la idea de hacer el cuestionario más corto.
<b>Sección I. Pregunta 10. Definiciones de utilización indirecta de la investigación</b>		
Whenever possible, you schedule night routines with an awareness of the normal sleep cycle (e.g. 90 minutes), so as not to interfere with patients 'sleep and rest.	En la medida de lo posible, estableces tus rutinas nocturnas teniendo en cuenta el ciclo normal de sueño (ej. 90 minutos), para no interferir con el sueño y el descanso de los pacientes.	Se elimina este ejemplo ya que no se entiende bien y se considera que con los ejemplos anteriores es suficiente para clarificar el concepto. También con la idea de hacer el cuestionario más corto.
<b>Sección I. Pregunta 11. Definiciones de utilización persuasiva de la investigación</b>		
You use your knowledge of the adverse effects of irregular shift rotations on employee performance and health to persuade your supervisors to improve your shift rotation in your unit.	Utilizas tus conocimientos sobre los efectos adversos que las rotaciones irregulares de turnos producen en el rendimiento y la salud de los empleados, para persuadir a tus supervisores de que mejoren la rotación de turnos en tu unidad.	Se elimina este ejemplo ya que no se entiende bien y se considera que con los ejemplos anteriores es suficiente para clarificar el concepto. También con la idea de hacer el cuestionario más corto.
<b>Sección II. Pregunta 2</b>		
How often have you read the following nursing journals in the past year? (times per year) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Provincial Association Newsletter/journal</li> <li>- Provincial Union Newsletter (UNA, ONA)</li> <li>- Hospital site (Manuals, newsletters)</li> <li>- Canadian Nurse</li> <li>- American Journal of Nursing</li> <li>- RN</li> <li>- Nursing research journals (any type)</li> <li>- Specialized Clinical Journals (ortho, peds, Urology, diabetes, oncology, etc)</li> </ul>	¿Cuántas veces has leído las siguientes revistas de enfermería en el último año? (nº de veces por año) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revista/Boletín del colegio</li> <li>- Boletín del Sindicato</li> <li>- Del Hospital (Manuales, Boletines)</li> <li>- Revista del Consejo General (Enfermería Facultativa)</li> <li>- American Journal of Nursing</li> <li>- RN</li> <li>- Revistas de investigación en enfermería (de cualquier tipo)</li> <li>- Revistas clínicas especializadas (ortopedia, pediatría, urología, diabetes, oncología, etc)</li> </ul>	¿Cuántas veces has leído las siguientes revistas de enfermería en el último año? (nº de veces por año) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revista/Boletín del colegio</li> <li>- Del Hospital (Manuales, Boletines)</li> <li>- Revista del Consejo General (Enfermería Facultativa)</li> <li>- Revistas españolas de investigación en enfermería (de cualquier tipo)</li> <li>- Revistas internacionales de investigación en enfermería (de cualquier tipo)</li> <li>- Revistas clínicas especializadas españolas (ortopedia, pediatría, urología, diabetes, oncología)</li> <li>- Revistas clínicas especializadas internacionales (ortopedia, pediatría, urología, diabetes, oncología)</li> </ul>

\*ítem modificado en la consulta a expertos tras los resultados del test-retest.

### 6.1.2. Índice de validez de contenido (CVI)

Se recibieron un total de 8 encuestas (de las 9 enviadas) para valorar la validez de contenido, lo que supone una tasa de respuesta del 89%. Los 8 expertos eran españoles, diplomados en enfermería, con una edad media de 33,25 (DE 8,89), 7 eran mujeres y trabajaban en los hospitales participantes en este estudio desde hace más de 5 años.

La validez de contenido de la encuesta general según el Índice de Validez de Contenido (CVI) fue de 0,86. El CVI por secciones fue de 0,86 para la Sección I “Utilización de la investigación”; 0,83 Sección II “Tipos y fuentes de conocimiento para la práctica” y de 0,90 para la sección III “Apoyo de la organización”. La media del coeficiente kappa modificado para toda la escala fue de 0,83; y de 0,84; 0,80 y 0,88 para las secciones I, II y III, respectivamente (Tabla 2).

**Tabla 2.** Índice de Validez de Contenido para la encuesta global y por secciones.

Secciones cuestionario	S-CVI	Kappa *	Criterios evaluación K**a
Sección I: Utilización investigación	0,86	0,84	Excelente
Sección II: Tipos y Fuentes de conocimiento para la práctica	0,83	0,8	Bueno
Sección III: Apoyo de la organización	0,9	0,88	Excelente
Encuesta global	0,86	0,83	Excelente

S-CVI: puntuación media de los valores del Índice de Validez de Contenido (CVI); pc: probabilidad de acuerdo por azar; k\*: coeficiente kappa modificado obtenido por los acuerdos de relevancia; a: Criterios de evaluación de K\*, siendo >0,81 excelente; 0,61-0,8 bueno; 0,41-0,60 moderado; <0,41 ligero/malo.

En las tablas 3a, 3b y 3c, se muestran los resultados del CVI por cada ítem según las secciones del cuestionario. El cuestionario original constaba de 22 preguntas con 89 ítems. Para toda la encuesta 2 de los ítems obtuvieron una valoración ligera ( $K^* < 0,41$ ) según el kappa modificado, 10 obtuvieron una valoración de moderada ( $K^* 0,41-0,60$ ) y el resto bueno (20 ítems con  $K^* 0,61-0,8$ ) o excelente (57 ítems con un  $K^* > 0,81$ ).

**Tabla 3a.** Índice de Validez de Contenido Sección I.

SECCIÓN I: UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN													
Ítem	Puntuación Expertos								I-CVI	pc	k*	Criterios evaluación K <sup>*a</sup>	
	nº1	nº2	nº3	nº4	nº5	nº6	nº7	nº8					
1		4	3	3	4	4	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
2	2a	4	4	4	2	4	4	2	3	0,75	0,027	0,74	Bueno
	2b	3	4	4	3	4	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	2c	4	3	3	3	4	4	4	3	1	0,001	1,00	Excelente
	2d	4	4	4	3	4	4	4	3	1	0,001	1,00	Excelente
	2e	4	4	4	3	4	4	3	1	0,88	0,008	0,87	Excelente
	2f	3	3	4	3	4	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	2g	4	4	3	3	4	4	4	1	0,88	0,008	0,87	Excelente
	2h	4	3	3	3	4	4	4	3	1	0,001	1,00	Excelente
	2i	4	3	3	3	4	4	4	3	1	0,001	1,00	Excelente
	2j	4	4	4	3	4	4	3	1	0,88	0,008	0,87	Excelente
	2k	4	3	4	3	4	4	2	1	0,75	0,027	0,74	Bueno
	2l	4	3	4	3	4	4	2	1	0,75	0,027	0,74	Bueno
	2m	4	4	4	4	4	4	2	1	0,75	0,027	0,74	Bueno
	2n	4	4	3	4	4	4	2	1	0,75	0,027	0,74	Bueno
	2o	4			3			2	1	0,25	0,027	0,23	Ligero
3		4	4	3	4	4	4	4	3	1	0,001	1,00	Excelente
4		4	4	3	4	4	3	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
5		4	4	3	4	4	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
6		4	4		3	4		4	4	0,75	0,027	0,74	Bueno
7		4	4	3	4	4	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
8		4	4	3	4	4	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
9	9a	4	4	4	3	4	4	4	3	1	0,001	1,00	Excelente
	9b	4	4	3	3	4	4	4	3	1	0,001	1,00	Excelente
	9c	4	4	3	4	4	4	4	3	1	0,001	1,00	Excelente
	9d	4	3	2	4	4	4	4	3	0,88	0,008	0,87	Excelente
10		4	4	2	3	4	4	4	4	0,88	0,008	0,87	Excelente
11	11a	4	4	4	4	4	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	11b	4	4	3	4	4	4	4	3	1	0,001	1,00	Excelente
	11c	4	3	2	3	4		4	3	0,75	0,027	0,74	Bueno
	11d	4	4	3	3	4	4	4	2	0,88	0,008	0,87	Excelente
	11e	4	3	2	3	2	4	4	1	0,63	0,055	0,60	Moderado
	11f	4	3	1	3	2	4	4	1	0,63	0,055	0,60	Moderado
	11g	4	3	1	3	2	4	4	1	0,63	0,055	0,60	Moderado
	11h	4	4	2	3	4	4	4	2	0,75	0,027	0,74	Bueno
	11i	4			3			2	4	1	0,38	0,055	0,34
12		4	3	3	4	4	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
13		4	4	4	4	4	4	3	4	1	0,001	1,00	Excelente
14		4	4	4	4	4	4	3	4	1	0,001	1,00	Excelente

I-CVI: Índice de Validez de Contenido (CVI) para los ítems; pc: probabilidad de acuerdo por azar; k\*: coeficiente kappa modificado obtenido por los acuerdos de relevancia; <sup>a</sup>: Criterios de evaluación de K\*, siendo >0,81 excelente; 0,61-0,8 bueno; 0,41-0,60 moderado; <0,41 ligero/malo.

**Tabla 3b.** Índice de validez de contenido sección II.

SECCIÓN II: TIPOS Y FUENTES DE CONOCIMIENTO PARA LA PRÁCTICA													
Ítem		Puntuación Expertos								I-CVI	pc	k*	Criterios evaluación K <sup>a</sup>
		nº1	nº2	nº3	nº4	nº5	nº6	nº7	nº8				
1	1a	3	4	2	3	3	4	4	4	0,875	0,008	0,87	Excelente
	1b	4	3	2	2	2	4	4	2	0,5	0,068	0,46	Moderado
	1c	4	4	3	3	3	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	1d	4	3	3	2	2	4	4	4	0,75	0,027	0,74	Bueno
	1e	4	3	3	2	2	4	4	3	0,75	0,027	0,74	Bueno
	1f	4	4	3	3	2	4	4	3	0,875	0,008	0,87	Excelente
	1g	4	3	2	3	3	4	4	4	0,875	0,008	0,87	Excelente
	1h	4	4	3	3	3	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	1i	4	4	4	4	4	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	1j	4	4	2	3	4	4	4	4	0,875	0,008	0,87	Excelente
	1k	4	3	2	3	2	4	4	3	0,75	0,027	0,74	Bueno
	1l	4	3	2	3	2	4	4	3	0,75	0,027	0,74	Bueno
	1m	4	3	3	3	2	4	4	3	0,875	0,008	0,87	Excelente
	1n	4	4	3	3	3	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
1o	4	4	3	4	2	4	4	4	0,875	0,008	0,87	Excelente	
1p	2	3	3	3	1	2	4	4	0,625	0,055	0,60	Moderado	
2	2a	4	2	4	3	2	4	3	4	0,75	0,027	0,74	Bueno
	2b	4	1	4	3	2	2	3	1	0,5	0,068	0,46	Moderado
	2c	4	3	3	3	2	4	4	4	0,875	0,008	0,87	Excelente
	2d	4	3	1	3	2	4	3	4	0,75	0,027	0,74	Bueno
	2e	4	4	2	3	4	4	4	2	0,75	0,027	0,74	Bueno
	2f		4	2	3	3	4		2	0,5	0,068	0,46	Moderado
	2g	4	4	3	3	4	4	4	3	1	0,001	1,00	Excelente
	2h	4	3	2	3	4	4	4	2	0,75	0,027	0,74	Bueno
3	3a	4	4	3	4	4	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	3b	4	4	3	4	4	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	3c	4	4	4	4	4	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
4	4a	4	4	3	4	1	2	4	4	0,75	0,027	0,74	Bueno
	4b	4	4	3	4	2	4	4	4	0,875	0,008	0,87	Excelente
	4c	4	4	3	4	3	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
5	5a	4	4	2	4	1	2	4	4	0,625	0,055	0,60	Moderado
	5b	4	4	3	4	2	4	4	4	0,875	0,008	0,87	Excelente
	5c	4	4	4	4	3	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente

I-CVI: Índice de Validez de Contenido (CVI) para los ítems; pc: probabilidad de acuerdo por azar; k\*: coeficiente kappa modificado obtenido por los acuerdo de relevancia; a: Criterios de evaluación de K\*, siendo >0,81 excelente; 0,61-0,8 bueno; 0,41-0,60 moderado; <0,41 ligero/malo

**Tabla 3c.** Índice de validez de contenido Sección III.

SECCIÓN III: TU ORGANIZACIÓN													
Ítem	Puntuación Expertos								I-CVI	pc	K*	Criterios evaluación K*	
	nº1	nº2	nº3	nº4	nº5	nº6	nº7	nº8					
1	1a	4	4	3	4	3	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	1b	4	4	3	4	3	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	1c	4	4	3	4	3	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	1d	4	4	2	4	2	4	4	4	0,75	0,027	0,74	Bueno
	1e	4	4	2	4	2	4	4	3	0,75	0,027	0,74	Bueno
	1f	4	4	1	4	1	4	4	1	0,63	0,055	0,60	Moderado
	1g	4	3		4		3	4	1	0,63	0,055	0,60	Moderado
2	2a	4	4	3	4	4	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	2b	4	4	2	4	4	4	4	4	0,88	0,008	0,87	Excelente
	2c	4	4	3	4	4	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	2d	4	4	3	4	4	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	2e	4	4	1	4	2	4	4	4	0,75	0,027	0,74	Bueno
3	3a	4	4	4	4	3	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	3b	4	4	4	4	3	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	3c	4	4	4	4	3	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	3d	4	4	3	4	3	4	4	4	1	0,001	1,00	Excelente
	3e	4	4	3	4	2	4	4	4	0,88	0,008	0,87	Excelente

I-CVI: Índice de Validez de Contenido (CVI) para los ítems; pc: probabilidad de acuerdo por azar; k\*: coeficiente kappa modificado obtenido por los acuerdo de relevancia; a: Criterios de evaluación de K\*, siendo >0,81 excelente; 0,61-0,8 bueno; 0,41-0,60 moderado; <0,41 ligero/malo

Una vez valorados los ítems y las respuestas de los expertos se eliminaron 5 ítems y se modificaron 2, quedando la versión final del cuestionario al castellano con 22 preguntas y 83 ítems (ANEXO IX).

### 6.1.3. Fiabilidad del cuestionario

De las 270 encuestas entregadas para el test-retest, 264 contestaron el test y el retest, lo que supone una tasa de respuesta de 97,78%. Pudiéndose relacionar 139 parejas de cuestionarios para la totalidad de la escala, 241 para la sección I, 227 para la sección II y 169 para la sección III.

El coeficiente de Correlación Intraclase (ICC) para toda la encuesta fue de 0,95 (IC 95% 0,93-0,96) y de 0,92 (IC 95% 0,91-0,94), 0,92 (IC 95% 0,90-0,93), 0,90 (IC 95% 0,87-0,92) para las secciones I, II y III respectivamente. (Tabla 4).

**Tabla 4.** Coeficiente de correlación Intraclase para la encuesta y por secciones.

SECCIONES CUESTIONARIO	CCI (IC 95%)	FUERZA DE LA CONCORDANCIA
Sección I: Utilización de la Investigación	0,92 (0,91-0,94)	Muy buena
Sección II: Tipos y fuentes de conocimiento para la práctica	0,92 (0,90-0,93)	Muy buena
Sección III: Apoyo de la Organización	0,90 (0,87-0,92)	Buena
<b>TOTAL</b>	<b>0,95 (0,93-0,96)</b>	Muy buena

CCI: Coeficiente de correlación Intraclase; IC: intervalo de confianza; Fuerza de la concordancia: >0,9 muy buena; 0,71-0,9 buena; 0,51-0,70 moderada; 0,31-0,50 mediocre; <0,3 mala o nula

El coeficiente kappa ponderado (K) obtenido para cada uno de los ítems del cuestionario osciló entre 0,32 y 0,63 (Tablas 5a, 5b y 5c).

Los ítems con un valor Kappa más bajo fueron los relacionados con la utilización persuasiva de la investigación para persuadir a los líderes de la comunidad<sup>(1)</sup> o a los representante gubernamentales<sup>(2)</sup> a que realicen algún cambio ( $K^{(1)}=0,32$  y  $K^{(2)}= 0,36$ , respectivamente). El ítem para la utilización general de la investigación obtuvo un Kappa= 0,6. (Nótese que se han excluido las preguntas nº 2, nº 4, nº 6 y nº 14 de este análisis por no ser preguntas de respuestas cuantitativas).



**Tabla 5a.** Valores Kappa ponderado para los ítems de la Sección I: utilización de la investigación.

<b>SECCIÓN I: UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</b>				
	<b>Ítems</b>	<b>Nº subpreguntas</b>	<b>Nº categorías</b>	<b>Kappa ponderado</b>
<b>1</b>	Utilización General de la investigación (T1)	1	5	<b>0,40</b>
<b>3</b>	Utilización General de la investigación (T2)	1	5	<b>0,56</b>
<b>5</b>	Actitud hacia la investigación	1	5	<b>0,53</b>
<b>7</b>	Utilización directa de la investigación	1	5	<b>0,51</b>
<b>8</b>	Autorizad para utilizar la investigación	1	5	<b>0,54</b>
<b>9</b>	Niveles de utilización directa			
	Implantado completamente	1	5	<b>0,60</b>
	Implantado parcialmente	2	5	<b>0,45</b>
	Modificado e implantado	3	5	<b>0,41</b>
	No hacer nada	4	5	<b>0,42</b>
<b>10</b>	Utilización indirecta de la investigación	1	5	<b>0,43</b>
<b>11</b>	Persuadir a otros			
	Compañeras enfermeras	1	5	<b>0,46</b>
	Médicos	2	5	<b>0,57</b>
	Otros profesionales sanitarios	3	5	<b>0,44</b>
	Gestores de enfermería	4	5	<b>0,53</b>
	Gestores (no enfermería)	5	5	<b>0,45</b>
	Líderes de la comunidad	6	5	<b>0,32</b>
	Representantes gubernamentales	7	5	<b>0,36</b>
	Población general	8	5	<b>0,46</b>
<b>12</b>	Utilización persuasiva de la investigación	1	5	<b>0,46</b>
<b>13</b>	Utilización general de la investigación (T3)			<b>0,60</b>
	Máximo			<b>0,60</b>
	Mínimo			<b>0,32</b>

T1, T2, T3: momentos en la encuesta en los que se repite la pregunta de utilización general de la investigación

Los ítems con un valor Kappa más elevado fueron los relacionados con la lectura de revistas: “Cuántas veces has leído las siguientes revistas de enfermería” (K=0,60-0,63).

Las respuestas “no se” de los ítems que contemplaban esta opción se han tratado para todos los análisis como valores perdidos.

RESULTADOS

**Tabla 5b.** Valores de Kappa ponderado para los ítems de la sección II: Tipos y fuentes de conocimiento para la práctica.

SECCIÓN II: TIPOS Y FUENTES DE CONOCIMIENTO PARA LA PRÁCTICA			
Ítems	Nº preguntas	Nº categorías	Kappa ponderado
<b>1 Los conocimientos que uso en la práctica se basan en:</b>			
Información del paciente	1	5	0,46
Mis intuiciones	2	5	0,47
Experiencia personal	3	5	0,44
Aprendizaje en estudios enfermería	4	5	0,52
Los médicos hablan conmigo	5	5	0,45
Lo que aprendo de nuevas terapias	6	5	0,45
Artículos en revistas médicas	7	5	0,54
Artículos en revistas enfermería	8	5	0,58
Artículos en revistas investigación enfermería	9	5	0,54
Libros de texto	10	5	0,46
Lo que me ha funcionado durante años	11	5	0,47
Como siempre lo he hecho	12	5	0,43
Información que comparten compañeras enfermeras	13	5	0,45
Sesiones de formación y/o congresos	14	5	0,47
Protocolos y manuales de procedimientos	15	5	0,51
Medios de comunicación	16	5	0,49
<b>2 Lectura de revistas</b>			
Revista/Boletín del colegio	1	6	0,60
Del Hospital (Manuales, Boletines)	2	6	0,55
Revista del Consejo General (Enfermería Facultativa)	3	6	0,63
Revistas españolas de investigación en enfermería (de cualquier tipo)	4	6	0,60
Revistas internacionales de investigación en enfermería (de cualquier tipo)	5	6	0,61
Revistas clínicas especializadas españolas	6	6	0,60
Revistas clínicas especializadas internacionales	7	6	0,61
<b>3 Confianza en las investigaciones</b>			
Sean relevantes	1	5	0,55
Se puedan utilizar fácilmente	2	5	0,52
Se puedan utilizar de forma segura	3	5	0,54
<b>4 Intención actuar contra las propias creencias cuando contradice</b>			
Lo que aprendiste antes de estudiar enfermería	1	5	0,49
Lo que aprendiste en la escuela	2	5	0,47
Lo que aprendiste en el trabajo	3	5	0,41
<b>5 Actuar en contra de las propias creencias cuando contradice</b>			
Lo que aprendiste antes de estudiar enfermería	1	5	0,54
Lo que aprendiste en la escuela	2	5	0,52
Lo que aprendiste en el trabajo	3	5	0,42
		Máximo	<b>0,63</b>
		Mínimo	<b>0,41</b>

## RESULTADOS

**Tabla 5c.** Valores de Kappa ponderado para los ítems de la sección III. Apoyo de la organización.

SECCIÓN III: APOYO DE LA ORGANIZACIÓN			
Ítems	Nº subpreguntas	Nº categorías	Kappa ponderado
<b>1 Apoyo de los profesionales</b>			
Compañeras enfermeras	1	5	0,46
Supervisora	2	5	0,54
Dirección enfermería	3	5	0,58
Dirección (general)	4	5	0,53
Médicos	5	5	0,54
Otros profesionales	6	5	0,49
<b>2 Apoyo de la organización</b>			
Enfermeros con conocimientos en investigación	1	5	0,45
Tiempo remunerado para investigación	2	5	0,49
Asistencia a conferencias	3	5	0,50
Comisión investigación	4	5	0,51
Financiación	5	5	0,48
<b>3 Valoración factores organizativos</b>			
Enfermeros con conocimientos en investigación	1	5	0,48
Tiempo remunerado para investigación	2	5	0,43
Asistencia a conferencias	3	5	0,45
Comisión investigación	4	5	0,48
Financiación	5	5	0,50
	Máximo		<b>0,58</b>
	Mínimo		<b>0,43</b>

La consistencia interna según el alfa de Cronbach para toda la encuesta fue de 0,90 (IC 95% 0,87-0,92). Y de 0,85 (IC 95% 0,82-0,88) para la sección I; de 0,84 (IC 95% 0,80-0,87) para la sección II; y 0,81 (IC 95% 0,76-0,85) para la sección III (Tabla 6).

**Tabla 6.** Consistencia interna para el cuestionario y por secciones

Secciones cuestionario	CI (IC95%)	Fuerza
Sección I: Utilización de la Investigación	0,85 (0,82-0,88)	Buena
Sección II: Tipos y fuentes de conocimiento para la práctica	0,84 (0,80-0,87)	Buena
Sección III: Apoyo de la Organización	0,81 (0,76-0,85)	Buena
<b>TOTAL</b>	<b>0,90 (0,87-0,92)</b>	<b>Excelente</b>

CI: consistencia interna medida con el alfa de Cronbach; IC: intervalo de confianza. Fuerza de la consistencia:  $\geq 0,9$  excelente;  $<0,9-0,8$  bueno;  $<0,8-0,7$  aceptable;  $<0,7-0,6$  dudoso;  $<0,6-0,5$  pobre;  $<0,5$  inaceptable.

## 6.2. Descripción de la muestra

### 6.2.1. Tasa de respuesta

De un total de 905 profesionales de enfermería contactados respondieron al cuestionario 726, lo que supone una tasa de respuesta del 80,22%. Si tenemos en cuenta los profesionales que contestaron a través del cuestionario online, de los contactados por este medio (594 profesionales), se obtuvieron 445 respuestas online (lo que supone una tasa de respuesta online del 74,92%). Tras la comprobación de la calidad de las respuestas se desecharon 17 cuestionarios por tener páginas incompletas, por lo que la muestra final fue de 709 profesionales. La distribución de los cuestionarios por hospitales se puede encontrar en las Tablas 7 y 8.

**Tabla 7.** Distribución de la muestra por hospital y clasificación hospitales según tamaño, complejidad y tipo de gestión.

HOSPITAL	N (%)	Tamaño (nº camas)	Complejidad	Tipo Gestión
H. Central de la Cruz Roja	12 (1,7)	<200	Baja	Directa
H. U. del Escorial	7 (1,0)	<200	Baja	Directa
H. U. Infanta Elena	11 (1,6)	<200	Baja	Indirecta
H. U. de Fuenlabrada	15 (2,1)	200-500	Media	Directa
H. U. de Móstoles	37 (5,2)	200-500	Media	Directa
H. U. Fundación de Alcorcón	24 (3,4)	200-500	Media	Directa
H. U. Infanta Sofía	30 (4,2)	200-500	Media	Indirecta
H. U. de Getafe	39 (5,5)	501-1000	Media	Directa
H. U. Príncipe de Asturias	28 (3,9)	501-1000	Media	Directa
H. U. Clínico San Carlos	62 (8,7)	501-1000	Alta	Directa
H. U. Puerta de Hierro- Majadahonda	49 (6,9)	501-1000	Alta	Indirecta
H. U. Ramón y Cajal	60 (8,5)	501-1000	Alta	Directa
H. General U. Gregorio Marañón	115 (16,2)	>1000	Alta	Directa
H. U. 12 de Octubre	104 (14,7)	>1000	Alta	Directa
H. U. La Paz	116 (16,4)	>1000	Alta	Directa

H.: hospital; U.: Universitario.

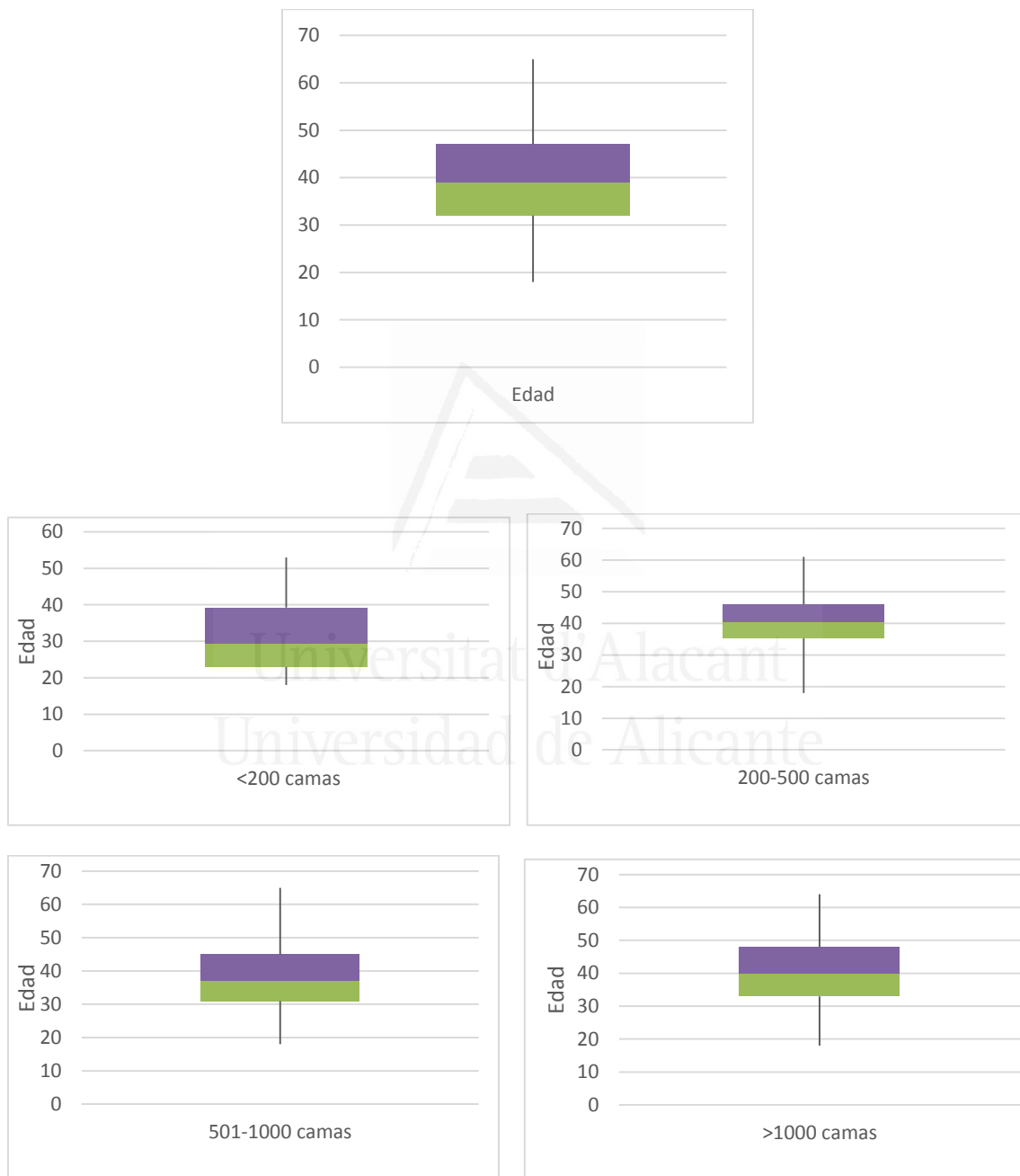
De los cuestionarios entregados en papel, los datos de los que no respondieron, se recogieron de forma irregular por los hospitales ya que tan solo 8 de los 15 hospitales entregaron datos de los profesionales que rechazaron participar en el estudio. Los profesionales que rechazaron participar eran en su mayoría mujeres, con una edad media de 45,18 años y el motivo principal de rechazo fue la falta de tiempo.

**Tabla 8.** Distribución de la muestra por clasificación de los hospitales según tamaño, complejidad y tipo de gestión.

CLASIFICACIÓN HOSPITALES	N (%)
<b>Tamaño Hospital</b>	
<200 camas	30 (4,2)
200-500 camas	106 (15,0)
501-1000 camas	238 (33,6)
>1000 camas	335 (47,2)
<b>Complejidad</b>	
Baja	30 (4,2)
Media	173 (24,4)
Alta	506 (71,4)
<b>Tipos de Gestión</b>	
Indirecta	90 (12,7)
Directa	619 (87,3)

### 6.2.2. Características sociodemográficas de la población de estudio

**Gráfico 1.** Distribución de la edad en la muestra general y por tamaño de hospital.

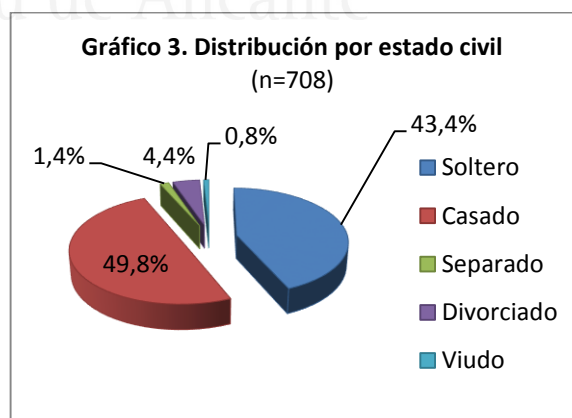
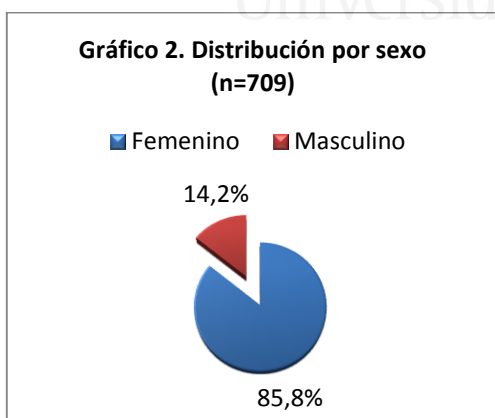


La muestra de estudio presentó una edad media de 40,07 (DE 9,70) con una edad mínima de 18 y una edad máxima de 65. En el gráfico 1 se puede ver la

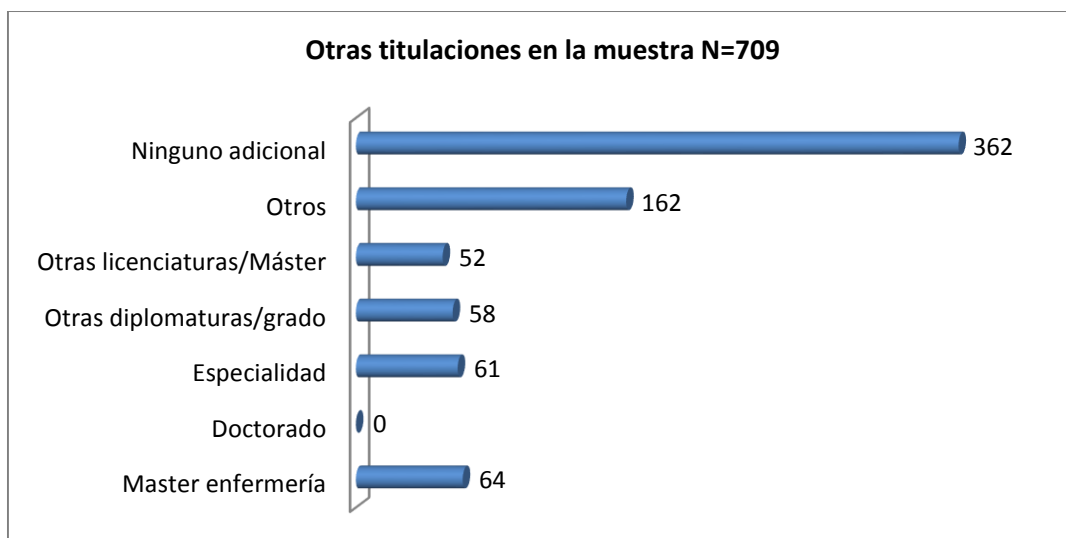
distribución de la edad en la muestra general y desglosada por la clasificación de los hospitales según su tamaño. La diferencia de medias de edad (mediante ANOVA de un factor y aplicando el estadístico post hoc de comparaciones múltiples de Bonferroni) entre los hospitales de 501-1000 camas y los de >1000 camas fue estadísticamente significativa ( $F= 3,09$ ;  $p=0,043$ ), siendo mayores para los que trabajaban en hospitales de >1000 camas (Tabla 9).

También se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la media de edad según el tipo de gestión directa o indirecta ( $t= 4,29$ ;  $p<0,001$ ) y aunque las diferencias entre unidades de adultos y pediátricas no fueron estadísticamente significativas ( $t=-1,055$ ;  $p=0,293$ ), sí lo fueron las diferencias entre las unidades de UCI pediátricas y las unidades pediátricas médicas, y mixtas ( $F= 3,42$ ;  $p=0,005$  y  $F=3,42$ ;  $p=0,009$ , respectivamente), cuando se realizaron comparaciones entre todos los tipos de unidades de adultos y pediátricas (según estadístico post hoc de Bonferroni). Estos datos se pueden consultar en las Tablas 9b y 9c.

El 85,8% (608) de muestra eran mujeres y el 49,8% (353) estaba casado. Y el 43,4% (308) soltero (Gráficos 2 y 3)



Es de destacar que el 51,1% (362) no tiene otra titulación además de la diplomatura/grado de enfermería y que ninguno de los encuestados posee el título de Doctor (Gráfico 4)



No se han encontrado diferencias significativas en cuanto al sexo y la clasificación del hospital en función del tamaño, complejidad o tipo de gestión (Tabla 9b). Tampoco existen diferencias en cuanto al tipo de unidad de trabajo (Tabla 9c). En cuanto a poseer otra titulación se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las unidades de adultos y las unidades pediátricas ( $\chi^2=6,10$ ;  $p=0,014$ ), siendo estas últimas las que contestan con mayor frecuencia que no tienen otra titulación a parte de la diplomado/graduado en enfermería (Tabla 9c).

En cuanto al lugar donde cursaron los estudios el 88,9% (701) lo hizo en España, un 0,4% (3) en otro país de Europa y un 0,6% (4) en América.

En las tablas 9a, 9b y 9c se puede ver el detalle de los datos socio-demográficos de la muestra por las clasificaciones de los hospitales en: tamaño (Tabla 9a), complejidad y tipo de gestión (Tabla 10b) y por unidades de trabajo (Tabla 9c).



RESULTADOS

**Tabla 9a.** Características sociodemográficas de la muestra en general y según el tamaño del hospital.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		TAMAÑO HOSPITAL (en camas)			
		<200	200-500	501-1000	>1000
<b>Edad (n=709) Media (DE)</b>		38,37 (9,83)	41,01 (8,29)	38,68 (10,34)*	40,91 (9,70)*
<b>Género (n=709) n (%)</b>	Femenino	26 (86,7)	87 (82,1)	198 (83,2)	297 (88,7)
	Masculino	4 (13,3)	19 (17,9)	40 (16,8)	38 (11,3)
<b>Estado civil (n=708) n (%)</b>	Soltero	12 (40,0)	26 (24,5)	117 (49,2)	153 (45,7)
	Casado	13 (43,3)	67 (63,2)	110 (46,2)	163 (48,7)
	Separado	1 (3,3)	2 (1,9)	2 (0,8)	5 (1,5)
	Divorciado	2 (6,7)	10 (9,4)	9 (3,8)	10 (3,0)
	Viudo	2 (6,7)	0 (0)	0 (0)	4 (1,2)
<b>Lugar titulación (n=708) n (%)</b>	España	30 (100,0)	105 (99,9)	235 (98,7)	331 (98,8)
	Europa (no España)	0 (0)	0 (0)	1 (0,4)	2 (0,6)
	América	0 (0)	0 (0)	2 (0,8)	2 (0,6)
<b>Otros Títulos (n=709) n (%)</b>	Master enfermería	1 (3,3)	9 (8,5)	19 (8,0)	35 (10,4)
	Doctorado	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Especialidad	4 (13,3)	7 (6,6)	26 (10,9)	24 (7,2)
	Otras diplomaturas/grado	4 (13,3)	14 (13,2)	17 (7,1)	23 (6,9)
	Otras licenciaturas/Máster	0 (0)	9 (8,5)	16 (6,7)	27 (8,1)
	Otros	9 (30,0)	23 (21,7)	65 (27,3)	65 (19,4)
	Ninguno adicional	13 (43,3)	52 (49,1)	114 (47,9)	183 (54,6)

DE: Desviación estándar; \*: diferencias estadísticamente significativas (p<0,05).

RESULTADOS

**Tabla 9b.** Características sociodemográficas según la complejidad y el tipo de gestión del hospital.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		COMPLEJIDAD			TIPO DE GESTIÓN	
		Baja	Media	Alta	Directa	Indirecta
<b>Edad (n=709) Media (DE)</b>		38,37 (9,83)	39,91 (8,76)	40,22 (10,01)	40,57 (9,85)*	36,59 (7,86)*
<b>Género (n=709) n (%)</b>	Femenino	26 (86,7)	148 (85,5)	434 (85,8)	529 (85,5)	79 (87,8)
	Masculino	4 (13,3)	25 (14,5)	72 (14,2)	90 (14,5)	11 (12,2)
<b>Estado civil (n=708) n (%)</b>	Soltero	12 (40,0)	56 (32,4)	240 (47,4)	268 (43,3)	40 (44,4)
	Casado	13 (43,3)	104 (60,1)	236 (46,6)	309 (49,9)	44 (48,9)
	Separado	1 (3,3)	2 (1,2)	7 (1,4)	7 (1,1)	3 (3,3)
	Divorciado	2 (6,7)	10 (5,8)	19 (3,8)	28 (4,5)	3 (3,3)
	Viudo	2 (6,7)	0 (0)	4 (0,8)	6 (1,0)	0 (0)
<b>Lugar titulación (n=708) n (%)</b>	España	30 (100,0)	171 (98,8)	500 (98,8)	612 (98,9)	89 (98,9)
	Europa (no España)	0 (0)	0 (0)	3 (0,6)	2 (0,3)	1 (1,1)
	América	0 (0)	1 (0,6)	3 (0,6)	4 (0,6)	0 (0)
<b>Otros Títulos (n=709) n (%)</b>	Master enfermería	1 (3,3)	14 (8,1)	49 (9,7)	60 (9,7)	4 (4,4)
	Doctorado	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Especialidad	4 (13,3)	12 (6,9)	45 (8,9)	52 (8,4)	9 (10,0)
	Otras diplomaturas/grado	4 (13,3)	17 (9,8)	37 (7,3)	50 (8,1)	8 (8,9)
	Otras licenciaturas/Máster	0 (0)	12 (6,9)	40 (7,9)	46 (7,4)	6 (6,7)
	Otros	9 (30,0)	44 (25,4)	109 (21,5)	135 (21,8)	27 (30,0)
Ninguna titulación adicional		13 (43,3)	88 (50,9)	261 (51,6)	321 (51,9)	41 (45,6)

DE: Desviación estándar; \*: diferencias estadísticamente significativas (p<0,05).

Universidad de Alicante

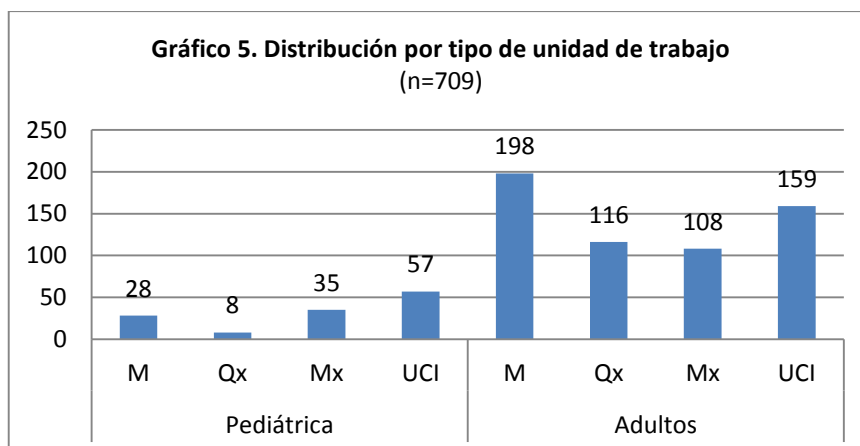
RESULTADOS

**Tabla 9c.** Características sociodemográficas de la muestra según la unidad de trabajo.

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS	TIPO DE UNIDAD							
	ADULTOS				PEDIÁTRICAS			
	M	Qx	Mx	UCI	M	Qx	Mx	UCI
<b>Edad (n=709)</b>	39,56	40,50	40,45	39,39	44,93	44,38	44,03	36,57
<i>Media (DE)</i>	(9,50)	(10,00)	(9,59)	(8,90)	(12,39)*	(13,83)	(10,76)*	(7,76)*
<b>Género (n=709) n (%)</b>								
<b>Femenino</b>	169 (85,4)	100 (86,2)	93 (86,1)	132 (83,0)	26 (92,9)	8 (100,0)	29 (82,9)	51 (89,5)
<b>Masculino</b>	29 (14,6)	16 (13,8)	15 (13,9)	27 (17,0)	2 (7,1)	0 (0)	6 (17,1)	6 (10,5)
<b>Estado civil (n=708) n (%)</b>								
<b>Soltero</b>	81 (40,9)	40 (34,5)	48 (44,4)	75 (47,2)	13 (46,4)	1 (12,5)	13 (37,1)	37 (64,9)
<b>Casado</b>	103 (52,0)	64 (55,2)	51 (47,2)	78 (49,1)	12 (42,9)	6 (75,0)	21 (60,0)	18 (31,6)
<b>Separado</b>	5 (2,5)	2 (1,7)	0 (0)	1 (0,6)	1 (3,6)	0 (0)	1 (2,9)	0 (0)
<b>Divorciado</b>	7 (3,5)	9 (7,8)	7 (6,5)	4 (2,5)	2 (7,1)	0 (0)	0 (0)	2 (3,5)
<b>Viudo</b>	2 (1,0)	0 (0)	2 (1,9)	1 (0,6)	0 (0)	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)
<b>Lugar titulación (n=708) n (%)</b>								
<b>España</b>	198 (100,0)	116 (100,0)	105 (97,2)	156 (98,1)	28 (100,0)	8 (100,0)	35 (100,0)	55 (96,5)
<b>Europa (no España)</b>	0 (0)	0 (0)	3 (2,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>América</b>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (3,5)
<b>Otros Títulos (n=709) n (%)</b>								
<b>Máster enfermería</b>	15 (7,6)	11 (9,5)	8 (7,4)	21 (13,2)	1 (3,6)	0(0)	5 (14,3)	3 (5,3)
<b>Doctorado</b>	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
<b>Especialidad</b>	20 (10,1)	9 (7,8)	9 (8,3)	13 (8,2)	4 (14,3)	0(0)	2 (5,7)	4 (7,0)
<b>Otras diplomaturas/grado</b>	19 (9,6)	6 (5,2)	9 (8,3)	15 (9,4)	2 (7,1)	0(0)	4 (11,4)	3 (5,3)
<b>Otras licenciaturas/Máster</b>	9 (4,5)	8 (6,9)	10 (9,3)	12 (7,5)	2 (7,1)	0(0)	2 (5,7)	9 (15,8)
<b>Otros</b>	45 (22,7)	32 (27,6)	28 (25,9)	42 (26,4)	2 (7,1)	1 (12,5)	3 (8,6)	9 (15,8)
<b>Ninguna titulación adicional*</b>	103 (52,0)	57 (49,1)	51 (47,2)	73 (45,9)	18 (64,3)	7 (87,5)	22 (62,9)	31 (54,4)

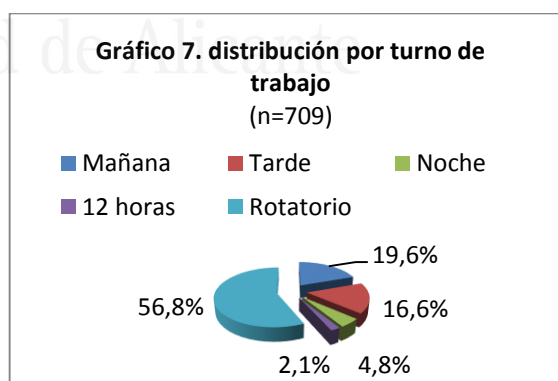
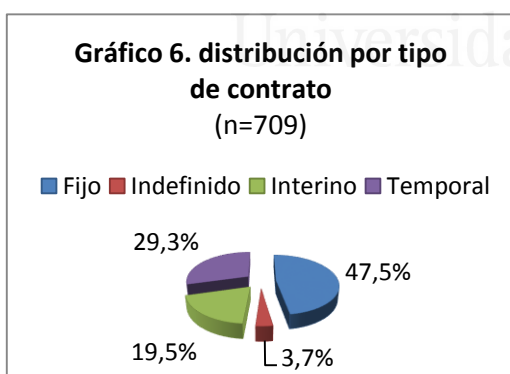
DE: Desviación estándar; M: unidad médicas; Qx: unidad quirúrgica; Mx: unidad mixta (médica y quirúrgica); UCI: unidad de Cuidados Intensivos; \*: diferencias estadísticamente significativas (p<0,05)

### 6.2.3. Características laborales de la población de estudio



M: unidad médicas; Qx: unidad quirúrgica; Mx: unidad mixta (médica y quirúrgica); UCI: unidad de Cuidados Intensivos

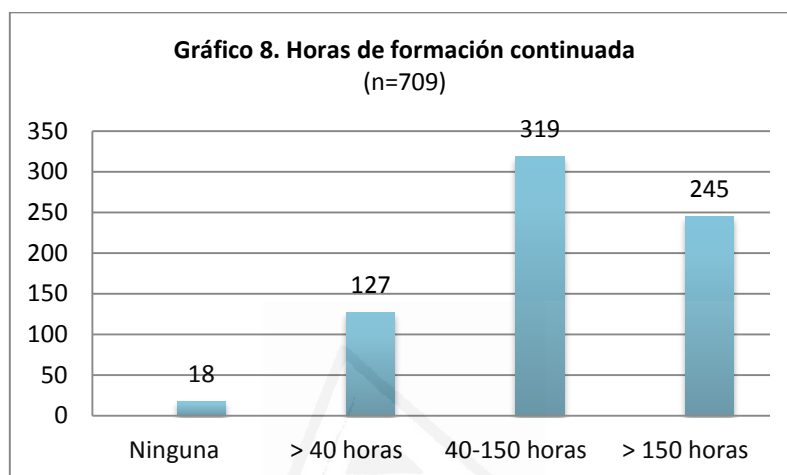
El 81,9% (581) de la muestra trabaja en unidades de adultos y el 18,1 % (128) en unidades pediátricas. En el Gráfico 5 se puede observar la distribución según el tipo de unidad de trabajo. Un 27,9% (198) trabaja en unidades médicas de adultos, un 22,4% (159) en UCI de adultos y el 8% (57) y el 4,9% (35) en unidades de UCI y Mixtas pediátricas respectivamente.



La media de años trabajados como enfermera para toda la muestra es de 16,72 años (DE 8,91) y la media de años trabajados en el centro actual es de 12,59 (DE 8,47). Un 47,5% (337) tiene un contrato fijo y el 29,3% (208) temporal. El 56,8 % (403) trabaja en turnos rotatorios y un 2,1% (15) en turnos de 12 horas.

En los Gráficos 6 y 7 puede verse la distribución de la muestra por tipo de contrato y por turno de trabajo.

En cuanto a la formación continuada el 79,6% (564) ha realizado entre 40-150 ó más de 150 horas de formación continuada en los últimos tres años (Gráfico 8).



Las características laborales de la muestra según la clasificación de los hospitales están descritas en las tablas 10a, 10b y 10c. Si tenemos en cuenta el tamaño del hospital (Tabla 10a) y realizando comparaciones mediante el estadístico post hoc de Bonferroni (ANOVA de un factor), en los hospitales de >1000 camas los profesionales trabajan más años que en los de 501-1000, siendo las diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,036$ ). La media de años trabajados en el centro según el tamaño del hospital también muestra diferencias significativas de los hospitales de >1000 camas con los de 501-1000 camas ( $p=0,007$ ), 200-500 camas ( $p=0,008$ ) y los <200 camas ( $p=0,022$ ).

RESULTADOS

**Tabla 10a.** Características laborales de la muestra en general y según el tamaño del hospital

CARACTERÍSTICAS LABORALES		TAMAÑO HOSPITAL (en camas)				
		<200	200-500	501-1000	>1000	
Unidad de trabajo (n=709) n (%)	Pediátrica	M	2 (6,7)	6 (5,7)	3 (1,3)	17 (5,1)
		Qx	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (2,4)
		Mx	0 (0)	9 (8,5)	7 (2,9)	19 (5,7)
		UCI	2 (6,7)	1 (0,9)	9 (3,8)	45 (13,4)
	Adultos	M	13 (43,3)	28 (26,4)	88 (37,0)	69 (20,6)
		Qx	7 (23,3)	18 (17,0)	43 (18,1)	48 (14,3)
		Mx	3 (10,0)	24 (22,6)	34 (14,3)	47 (14,0)
		UCI	3 (10,0)	20 (18,9)	54 (22,7)	82 (24,5)
Años trabajados como enfermera Media (DE)		14,30 (8,62)	17,54 (8,08)	15,49 (9,33)*	17,56 (8,78)*	
Años en el centro actual Media(DE)		9,37 (7,96)*	11,00 (6,96)*	11,71 (8,18)*	14,02 (8,92)*	
Tipo de contrato* (n=709) n (%)	Fijo	14 (46,7)	62 (58,5)	95 (39,9)	166 (49,6)	
	Indefinido	8 (26,7)	1 (0,9)	2 (0,8)	15 (4,5)	
	Interino	4 (13,3)	36 (34,0)	40 (16,8)	58 (17,3)	
	Temporal	4 (13,3)	7 (6,6)	101 (42,4)	96 (28,7)	
Turno de trabajo* (n=709) n (%)	Mañana	3 (10,0)	17 (16,0)	26 (10,9)	93 (27,8)	
	Tarde	3 (10,0)	11 (10,4)	31 (13,0)	73 (21,8)	
	Noche	2 (6,7)	1 (0,9)	4 (1,7)	27 (8,1)	
	12 horas	5 (16,7)	8 (7,5)	2 (0,8)	0 (0)	
	Rotatorio	17 (56,7)	69 (65,1)	175 (73,5)	142 (42,4)	
Formación continuada en horas (n=709) n (%)	Ninguna	1 (3,3)	4 (3,8)	4 (1,7)	9 (2,7)	
	> 40	5 (16,7)	23 (21,7)	26 (10,9)	73 (21,8)	
	40-150	16 (53,3)	44 (41,5)	110 (46,2)	149 (44,5)	
	> 150	8 (26,7)	35 (33,0)	98 (41,2)	104 (31,0)	

DE: Desviación estándar; M: unidad médica; Qx: unidad quirúrgica; Mx: unidad mixta (médica y quirúrgica); UCI: unidad de Cuidados Intensivos; \*: diferencias estadísticamente significativas (p<0,05)

Además existen diferencias en el tipo de contrato ( $\chi^2= 106,03$ ;  $p<0,001$ ) y el turno de trabajo ( $\chi^2=127,84$ ;  $p<0,001$ ), según el tamaño del hospital.

Teniendo en cuenta la clasificación de los hospitales por su complejidad (Tabla 10b), la media de años trabajados en el centro actual es superior en los de alta complejidad que en los de media ( $F=7,28$ ;  $p= 0,005$ ) o baja ( $F=7,28$ ;  $p=0,037$ )

RESULTADOS

complejidad (ANOVA de un factor, estadístico post hoc de Bonferroni para comparaciones múltiples).

**Tabla 10b.** Características laborales según la complejidad y el tipo de gestión

CARACTERÍSTICAS LABORALES		COMPLEJIDAD			TIPO DE GESTIÓN		
		Baja	Media	Alta	Directa	Indirecta	
Unidad de trabajo (n=709) n (%)	Pediátrica	M	2 (6,7)	8 (4,6)	18 (3,6)	22 (3,6)	6 (6,7)
		Qx	0 (0)	0 (0)	8 (1,6)	8 (1,3)	0 (0)
		Mx	0 (0)	10 (5,8)	25 (4,9)	34 (5,5)	1 (1,1)
		UCI	2 (6,7)	4 (2,3)	51 (10,1)	52 (8,4)	5 (5,6)
	Adultos	M	13 (43,3)	55 (31,8)	130 (25,7)	169 (27,3)	29 (32,2)
		Qx	7 (23,3)	30 (17,3)	79 (15,6)	100 (16,2)	16 (17,8)
		Mx	3 (10,0)	35 (20,2)	70 (13,8)	96 (15,5)	12 (13,3)
		UCI	3 (10,0)	31 (17,9)	125 (24,7)	138 (22,3)	21 (23,3)
Años trabajados como enfermera <i>Media (DE)</i>		14,30 (8,62)	16,66 (8,36)	16,89 (9,12)	17,30 (8,97)	12,77 (7,4)	
Años en el centro actual <i>Media (DE)</i>		9,37 (7,96)	11,00 (7,05)	13,33 (8,83)	13,33 (8,64)	7,57 (4,87)	
Tipo de contrato (n=709) n (%)	Fijo	14 (46,7)	92 (53,2)	231 (45,7)	315 (50,9)	22 (24,4)	
	Indefinido	8 (26,7)	2 (1,2)	16 (3,2)	18 (2,9)	8 (8,9)	
	Interino	4 (13,3)	45 (26,0)	89 (17,6)	112 (18,1)	26 (28,9)	
	Temporal	4 (13,3)	34 (19,7)	170 (33,6)	174 (28,1)	34 (37,8)	
Turno de trabajo n (%)	Mañana	3 (10,0)	28 (16,2)	108 (21,3)	130 (21,0)	9 (10,0)	
	Tarde	3 (10,0)	17 (9,8)	98 (19,4)	105 (17,0)	13 (14,4)	
	Noche	2 (6,7)	1 (0,6)	31 (6,1)	34 (5,5)	6 (6,7)	
	12 horas	5 (16,7)	8 (4,6)	2 (0,4)	9 (1,5)	62 (68,9)	
	Rotatorio	17 (56,7)	119 (68,8)	267 (52,8)	341 (55,1)	9 (10,0)	
formación continuada en horas (n=709) n (%)	Ninguna	1 (3,3)	8 (4,6)	9 (1,8)	339 (54,8)	56 (62,2)	
	> 40	5 (16,7)	31 (17,9)	91 (18,0)	177 (28,69)	22 (24,4)	
	40-150	16 (53,3)	72 (41,6)	231 (45,7)	72 (11,6)	7 (7,8)	
	> 150	8 (26,7)	62 (35,8)	175 (34,6)	30 (4,8)	5 (5,6)	

DE: Desviación estándar; M: unidad médica; Qx: unidad quirúrgica; Mx: unidad mixta (médica y quirúrgica); UCI: unidad de Cuidados Intensivos.

En cuanto al tipo de gestión del hospital (Tabla 10b), las diferencias de medias son estadísticamente significativas tanto para los años trabajados ( $t=-5,27$ ;  $p<0,001$ ) como para los años en el centro actual ( $t= 9,29$ ;  $p<0,001$ ), siendo superior en los de gestión directa. Además existen diferencias en el tipo de contrato tanto según la complejidad del hospital ( $\chi^2=64,73$ ;  $p<0,001$ ) y según

RESULTADOS

el tipo de gestión ( $\chi^2=26,43$ ;  $p<0,001$ ), así como diferencia en el turno de trabajo, según complejidad ( $\chi^2= 67,68$ ;  $p< 0,001$ ) y tipo de gestión ( $\chi^2= 22,82$ ;  $p<0,001$ )

Las características laborales según el tipo de unidad se pueden observar en la tabla 10c. Haciendo una comparación múltiple de todos los tipos de unidad mediante el estadístico post hoc de Bonferroni (ANOVA de un factor) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los años de experiencia entre las unidades de UCI pediátricas y las médicas ( $F=3,59$ ;  $p=0,032$ ), quirúrgicas ( $F=3,59$ ;  $p=0,013$ ) y mixtas pediátricas ( $F=3,59$ ;  $p=0,012$ ).

**Tabla 10c.** Características laborales según el tipo de unidad de trabajo.

CARACTERÍSTICAS LABORALES	TIPO DE UNIDAD							
	ADULTOS			PEDIÁTRICAS				
	M	Qx	Mx	UCI	M	Qx	Mx	UCI
Años como enfermera <i>Media (DE)</i>	15,80 (8,63)*	17,67 (8,88)	16,83 (8,68)	15,90 (8,30)*	21,75 (11,71)*	25,63 (9,02)*	20,63 (10,42)*	14,00 (7,24)*
Años centro actual <i>Media (DE)</i>	11,74 (8,21)*	13,29 (8,83)	13,01 (8,24)	11,69 (7,79)*	15,29 (11,15)	19,88 (8,91)	16,89 (10,61)*	10,88 (6,29)*
<b>Tipo de contrato (n=709) n (%)</b>								
Fijo	85 (42,9)	59 (50,9)	50 (46,3)	77 (48,4)	18 (64,3)	7 (87,5)	22 (62,9)	19 (33,3)
Indefinido	7 (3,5)	3 (2,6)	4 (3,7)	5 (3,1)	2 (7,1)	0 (0)	2 (5,7)	3 (5,3)
Interino	44 (22,2)	22 (19,0)	29 (26,9)	25 (15,7)	2 (7,1)	1 (12,5)	4 (11,4)	11 (19,3)
Temporal	62 (31,3)	32 (27,6)	25 (23,1)	52 (32,7)	6 (21,4)	0 (0)	7 (20,0)	24 (42,1)
<b>Turno de trabajo n (%)</b>								
Mañana	43 (21,7)	26 (22,4)	18 (16,7)	25 (15,7)	7 (25,0)	3 (37,5)	10 (28,6)	7 (12,3)
Tarde	27 (13,6)	21 (18,1)	26 (24,1)	22 (13,8)	5 (17,9)	1 (12,5)	5 (14,3)	11 (19,3)
Noche	10 (5,1)	2 (1,7)	5 (4,6)	6 (3,8)	1 (3,6)	0 (0)	1 (2,9)	9 (15,8)
12 horas	0 (0)	1 (0,9)	0 (0)	11 (6,9)	0 (0)	0 (0)	1 (2,9)	2 (3,5)
Rotatorio	118 (59,6)	66 (56,9)	59 (54,6)	95 (59,7)	15 (53,6)	4 (50,0)	18 (51,4)	28 (49,1)
<b>Formación continuada (n=709) n (%)</b>								
Ninguna	10 (5,1)	1 (0,9)	2 (1,9)	3 (1,9)	1 (3,6)	0 (0)	1 (2,9)	0 (0)
> 40	35 (17,7)	16 (13,8)	20 (18,5)	21 (13,2)	9 (32,1)	3 (37,5)	13 (37,1)	10 (17,5)
40-150	91 (46,0)	56 (48,3)	44 (40,7)	76 (47,8)	12 (42,9)	3 (37,5)	12 (34,3)	25 (43,9)
> 150	62 (31,3)	43 (37,1)	42 (38,9)	59 (37,1)	6 (21,4)	2 (25,0)	9 (25,7)	22 (38,6)

DE: Desviación estándar; M: unidad médica; Qx: unidad quirúrgica; Mx: unidad mixta (médica y quirúrgica); UCI: unidad de Cuidados Intensivos. \*: Diferencias estadísticamente significativas  $p<0,05$  (ANOVA de un factor; estadístico post hoc de Bonferroni)



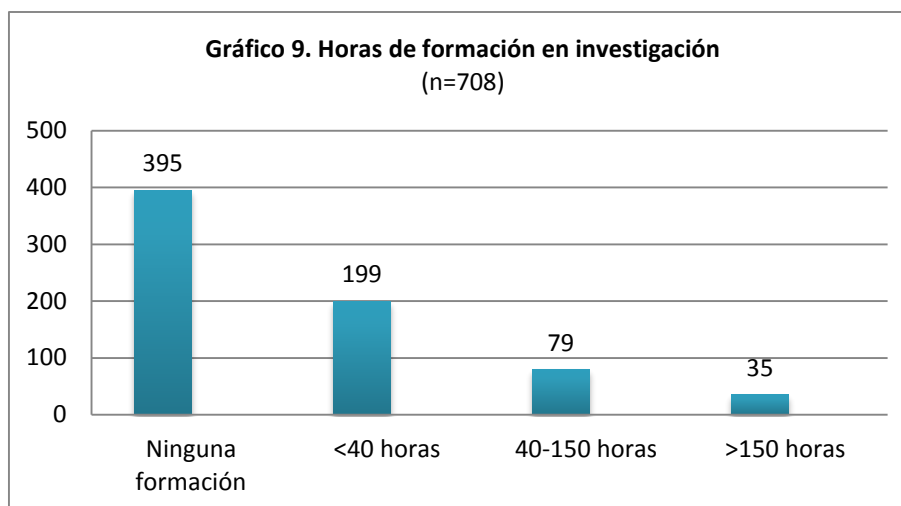
Asimismo, en las comparaciones entre los diferentes tipos de unidad (ANOVA de un factor, estadístico post hoc de Bonferroni) las unidades médicas pediátricas presentan diferencias significativas en cuanto a la experiencia laboral como enfermera con las unidades médicas ( $F=5,001$ ;  $p=0,022$ ) y UCI de adultos ( $F=5,001$ ;  $p=0,004$ ). Respecto a los años en el centro actual existen diferencias significativas entre las unidades mixtas pediátricas con las médicas de adultos ( $F= 3,65$ ;  $p=0,024$ ), UCI de adultos ( $F= 3,65$ ;  $p=0,026$ ) y las UCI pediátricas ( $F= 3,65$ ;  $p=0,024$ ).

#### **6.2.4. Actividad investigadora de la población de estudio**

Respecto a la actividad investigadora, el 32,58% (231) de la muestra ha acudido a algún congreso en los últimos 3 años, con una media de congresos entre los que han acudido de 1,83 (DE 1,17), el 14,67% (104) ha presentado alguna ponencia/poster a un congreso en los últimos 3 años con una media de 1,84 trabajos (DE 1,07) y el 5,36% (38) ha publicado un artículo en una revista en los últimos 3 años, con una media de artículos de 1,32 (DE 0,40). Pero si tenemos en cuenta las cifras en toda la muestra la media del número de congresos a los que han asistido en los últimos 3 años los profesionales encuestados es de 0,6 (DE 1,16), la media de ponencias/pósters presentados a eventos científicos de 0,48 (DE 1,24) y la media de artículos publicados de 0,11 (DE 0,42). Los datos se pueden consultar en la Tabla 11a.

Por otro lado el 55,7% (395) no había realizado ninguna formación en investigación en los últimos tres años (Gráfico 9).

## RESULTADOS



Las características de la muestra respecto a la actividad investigadora y su distribución según la clasificación del hospital se pueden observar en las Tablas 11a, 11b y 11c.

**Tabla 11a.** Actividad investigadora de la muestra en general y según el tamaño del hospital.

ACTIVIDAD INVESTIGADORA	General	TAMAÑO HOSPITAL (en camas)				
		<200	200-500	501-1000	>1000	
<b>Nº de congresos científicos</b>						
<i>Media (DE)</i>	0,60 (1,16)	0,40 (0,62)	0,53 (1,01)	0,55 (1,05)	0,67 (1,31)	
<b>Nº de ponencias/pósteres</b>						
<i>Media (DE)</i>	0,48 (1,24)	0,17 (0,46)	0,51 (1,23)	0,40 (1,10)	0,55 (1,38)	
<b>Nº de artículos publicados</b>						
<i>Media (DE)</i>	0,11 (0,42)	0,07 (0,25)	0,13 (0,50)	0,06 (0,30)	0,13 (0,47)	
<b>Formación en investigación en horas* (n=708) n (%)</b>	Ninguna formación	395 (55,7)	25 (83,3)	56 (52,8)	120 (50,4)	85 (25,4)
	<40	199 (28,1)	4 (13,3)	36 (34,0)	74 (31,1)	34 (10,1)
	40-150	79 (11,1)	0 (0)	12 (11,3)	33 (13,9)	21 (6,3)
	>150	35 (4,9)	1 (3,3)	2 (1,9)	11 (4,6)	85 (25,4)

DE: Desviación estándar; \*: diferencias estadísticamente significativas  $p < 0,05$ .

No se encontraron diferencias según el tamaño del hospital, el tipo de unidad en la que se trabaje, ni la complejidad del hospital respecto a la asistencia a congresos, presentación de comunicaciones y publicaciones. Sin embargo se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el tipo de gestión, directa o indirecta, en el número de congresos científicos a los que se ha

RESULTADOS

asistido ( $t=2,46$ ;  $p=0,015$ ) y en el número de ponencias/pósteres presentados en congresos científicos ( $t=2,45$ ;  $p=0,015$ ), siendo mayores en gestión directa.

**Tabla 11b.** Actividad investigadora según la complejidad y el tipo de gestión del hospital.

ACTIVIDAD INVESTIGADORA	COMPLEJIDAD			TIPO DE GESTIÓN		
	Baja	Media	Alta	Directa	Indirecta	
Nº de congresos científicos <i>Media (DE)</i>	0,40 (0,62)	0,48 (1,00)	0,65 (1,23)	0,62 (1,21)*	0,40 (0,73)*	
Nº de ponencias/pósteres <i>Media (DE)</i>	0,17 (0,46)	0,48 (1,34)	0,50 (1,24)	0,51 (1,30)*	0,29 (0,67)*	
Nº de artículos publicados <i>Media (DE)</i>	0,07 (0,25)	0,09 (0,40)	0,11 (0,44)	0,11 (0,44)	0,08 (0,27)	
Formación en investigación en horas* (n=708) n (%)	Ninguna formación	25 (83,3)	96 (55,5)	274 (54,2)	339 (54,8)	56 (62,2)
	<40	4 (13,3)	53 (30,6)	142 (28,1)	177 (28,6)	22 (24,4)
	40-150	0 (0)	20 (11,6)	59 (11,7)	72 (11,6)	7 (7,8)
	>150	1 (3,3)	4 (2,3)	30 (5,9)	30 (4,8)	5 (5,6)

DE: Desviación estándar; \*: diferencias estadísticamente significativas  $p<0,05$ .

**Tabla 11c.** Actividad investigadora según el tipo de unidad de trabajo.

ACTIVIDAD INVESTIGADORA	TIPO DE UNIDAD							
	ADULTOS				PEDIÁTRICAS			
	M	Qx	Mx	UCI	M	Qx	Mx	UCI
Nº de congresos científicos <i>Media (DE)</i>	0,52 (1,13)	0,6 (1,13)	0,73 (1,11)	0,62 (1,05)	0,29 (0,60)	0,38 (0,52)	0,77 (2,13)	0,63 (1,19)
Nº de ponencias/pósteres <i>Media (DE)</i>	0,46 (1,23)	0,52 (1,25)	0,41 (1,22)	0,50 (1,27)	0,25 (0,52)	0,38 (0,52)	0,71 (2,15)	0,47 (0,79)
Nº de artículos publicados <i>Media (DE)</i>	0,08 (0,35)	0,16 (0,47)	0,08 (0,31)	0,13 (0,47)	0,07 (0,26)	0,00 (0,00)	0,20 (0,83)	0,05 (0,23)
Formación en investigación (n=708) n (%)								
Ninguna formación	113 (57,1)	65 (56,0)	57 (52,8)	81 (50,9)	20 (71,4)	3 (37,5)	18 (51,4)	38 (66,7)
<40	55 (27,8)	30 (25,9)	36 (33,3)	45 (28,3)	5 (17,9)	4 (50,0)	12 (34,3)	12 (21,1)
40-150	21 (10,6)	12 (10,3)	11 (10,2)	22 (13,8)	2 (7,1)	1 (12,5)	4 (11,4)	6 (10,5)
>150	9 (4,5)	9 (7,8)	3 (2,8)	11 (6,9)	1 (3,6)	0 (0)	1 (2,9)	1 (1,8)

DE: Desviación estándar; M: unidad médica; Qx: unidad quirúrgica; Mx: unidad mixta (médica y quirúrgica); UCI: unidad de Cuidados Intensivos.

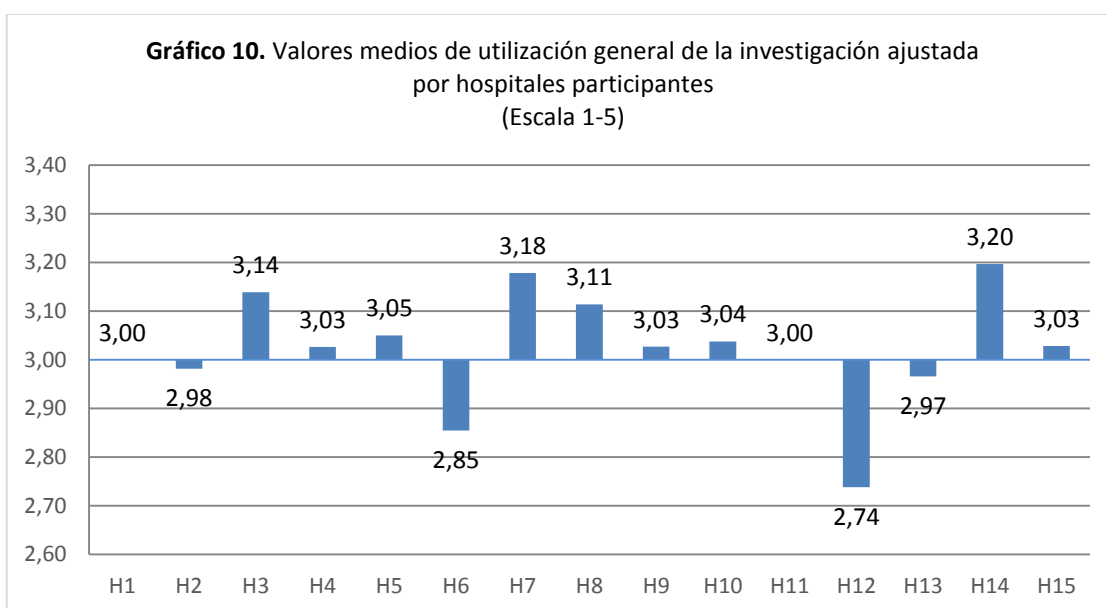
Las diferencias respecto a la formación en investigación fueron significativas para el tamaño del hospital ( $\chi^2= 19,64$ ;  $p=0,020$ ) y respecto a la complejidad del hospital ( $\chi^2= 14,11$ ;  $p=0,028$ ).

### 6.3. Cuestionario de Utilización de la investigación

#### 6.3.1. Sección I: Utilización de la investigación

La utilización general de la investigación fue evaluada utilizando la misma pregunta en tres momentos diferentes de la encuesta: “Durante el año pasado, ¿cuántas veces has utilizado la investigación en algún aspecto de tu práctica clínica?”. Además se ha calculado la utilización general de la investigación ajustada obtenida de la media ponderada de las tres preguntas, otorgando un valor de 1/6 a la primera pregunta, 2/6 a la segunda y 3/6 a la tercera. Se han asignado pesos mayores a las preguntas a medida que aparecían en el cuestionario porque se asume que los profesionales aprenden acerca de la utilización de la investigación cuando van completando el mismo. Por lo que las respuestas reflejarán más el valor real cada vez que se repitan en el cuestionario.

En el Gráfico 10 se puede observar la distribución de los hospitales respecto a los valores de utilización general de la investigación ajustada, tomando como referencia el valor 3 “a veces” de la escala Likert.



RESULTADOS

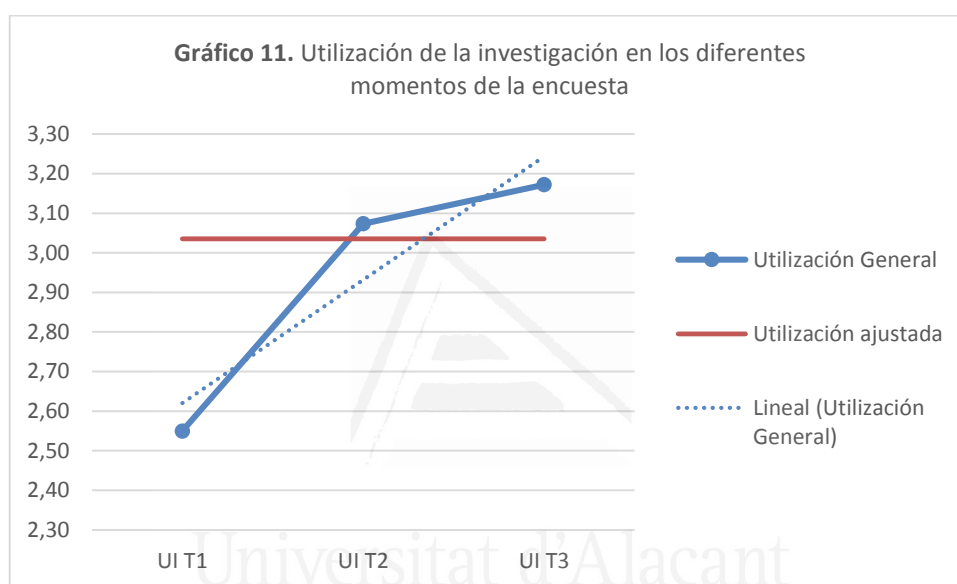
**Tabla 12a.** Utilización de la investigación de la muestra general y según el tamaño del hospital.

UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN (Escala de 1-5)	GENERAL	TAMAÑO HOSPITAL (en camas)			
		<200	200-500	501-1000	>1000
		<i>Media (DE)</i>			
Utilización General Investigación (T <sub>1</sub> ) (N=709)	2,5 (0,96)	2,43 (0,86)	2,52 (1,00)	2,47 (0,94)	2,63 (0,97)
Utilización General Investigación (T <sub>2</sub> ) (N=709)	3,07 (0,87)	3,03 (1,03)	3,07 (0,89)	3,11 (0,83)	3,06 (0,87)
Utilización General Investigación (T <sub>3</sub> ) (N=709)	3,17 (0,80)	3,07 (0,91)	3,18 (0,80)	3,20 (0,78)	3,16 (0,80)
Utilización General ajustada (T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub> , T <sub>3</sub> ) (N=709)	3,04 (0,70)	2,95 (0,79)	3,03 (0,74)	3,05 (0,66)	3,04 (0,70)
Utilización Directa Investigación (N=709)	3,44 (0,95)	3,33 (1,09)	3,40 (0,88)	3,47 (0,94)	3,43 (0,97)
Utilización indirecta (N=709)	3,33 (0,88)	3,23 (0,86)	3,17 (0,91)	3,34 (0,87)	3,38 (0,89)
Utilización persuasiva (N=708)	2,82 (0,78)	2,86 (0,88)	2,84 (0,77)	2,81 (0,76)	2,82 (0,80)
Actitud utilización investigación (N=709)	4,23 (0,84)	4,33 (0,76)	4,16 (0,84)	4,23 (0,83)	4,25 (0,84)
Evitar usar investigación por falta de autoridad (N=707)	2,40 (0,89)	2,43 (0,94)	2,47 (0,94)	2,31 (0,85)	2,45 (0,90)
Cuántas veces has utilizado investigación que hayas...					
Implantado completamente (N=705)	2,65 (1,05)	2,47 (1,19)	2,65 (0,95)	2,64 (1,07)	2,68 (1,07)
Implantado parcialmente (N=706)	2,78 (0,93)	2,73 (1,08)	2,92 (0,91)	2,78 (0,92)	2,73 (0,93)
Modificado e implantado (N=705)	2,69 (0,97)	2,73 (1,14)	2,79 (0,95)	2,77 (0,95)	2,59 (0,97)
No hayas hecho nada (N=706)	2,26 (0,94)	2,23 (0,90)	2,32 (0,98)	2,31 (0,93)	2,21 (0,95)
Cuántas veces utilizas la investigación para persuadir a...					
Compañeras enfermeras (N=703)	3,06 (0,76)	3,2 (0,85)	2,97 (0,78)	3,09 (0,73)	3,05 (0,75)
Médicos (N=706)	2,44 (0,98)	2,33 (0,99)	2,35 (0,97)	2,41 (0,97)	2,50 (0,99)
Otros profesionales salud (N=707)	2,67 (0,93)	2,63 (1,00)	2,61 (0,98)	2,62 (0,88)	2,72 (0,94)
Gestores enfermería (N=706)	1,82 (0,98)	1,87 (0,9)	1,94 (1,02)	1,82 (0,98)	1,78 (0,97)
Gestores (no enfermería) (N=707)	1,39 (0,75)	1,37 (0,56)	1,47 (0,77)	1,41 (0,77)	1,36 (0,75)
Líderes comunidad (N=707)	1,28 (0,65)	1,2 (0,48)	1,34 (0,69)	1,28 (0,59)	1,27 (0,69)
Responsables gobierno (N=706)	1,15 (0,5)	1,13 (0,51)	1,21 (0,53)	1,11 (0,40)	1,17 (0,55)
Población general (N=706)	2,52 (1,09)	2,57 (1,04)	2,57 (1,06)	2,53 (1,10)	2,50 (1,10)

DE: Desviación estándar; T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>: momentos en la encuesta en los que se repite la pregunta de utilización de la investigación.

En la tabla 12a se pueden observar los valores medios obtenidos en las preguntas sobre utilización de la investigación de la muestra en general y

según la clasificación de los hospitales por su tamaño. El valor medio de la utilización general de la investigación ajustada es 3,04 (DE 0,95), produciéndose un aumento de las valoraciones de la utilización general de la investigación a medida que la pregunta aparecía en la encuesta (Gráfico 11). Las diferencias entre la primera pregunta (T1) y la segunda (T2) y la primera y la tercera (T3) son estadísticamente significativas (Coeficiente de correlación de Pearson,  $r=0,5$ ;  $p<0,001$  y  $r=0,4$ ;  $p<0,001$ , respectivamente). Al igual que las diferencias entre T2 y T3 ( $r=0,52$ ;  $p<0,001$ )



UI T1: pregunta utilización de la investigación momento 1; UI T2: pregunta utilización de la investigación momento 2; UI T3: pregunta utilización de la investigación momento 3

La utilización directa de la investigación (medida en una escala Likert de 1-5) obtuvo una media de 3,44 (DE 0,95) en la muestra general, la utilización indirecta 3,33 (DE 0,88) y la persuasiva de 2,82 (DE 0,78). A la pregunta sobre actitud hacia la investigación (*“Indica tu grado de acuerdo con la siguiente afirmación. Si las enfermeras utilizaran más la investigación en la práctica se produciría un cambio positivo en los cuidados de los pacientes y sus resultados”*), la media obtenida fue de 4,23 (DE 0,84). Respecto a la veces que persuaden a otros para que utilicen la investigación, la persuasión de los compañeros enfermeros obtuvo una valoración media de 3,06 (DE 0,76), persuadir a los médicos 2,44 (DE 0,98) y persuadir a los gestores de

---

enfermería y no de enfermería obtuvieron valoraciones medias de 1,82 (DE 0,98) y de 1,39 (DE 0,75) respectivamente.

Respecto al tamaño del hospital, los hospitales de <200 camas obtuvieron la media más baja en los valores de utilización general de la investigación ajustada siendo 2,95 (DE 0,79) y los hospitales de 501-1000 camas la más alta 3,05 (DE 0,66). La tendencia de aumentar los valores de la primera pregunta (T1) a la segunda (T2) y tercera (T3), se mantuvo en todos los grupos según el tamaño. Respecto a la utilización directa la media más alta fue 3,47 (DE 0,94) correspondiente a los hospitales de 501-1000 camas. Los valores de utilización indirecta más altos se produjeron en los de >1000 camas, con una cifra de 3,38 (DE 0,89). Sin embargo respecto a la pregunta sobre la actitud ante la investigación las cifras más elevadas fueron de los hospitales de < 200 camas con un 4,33 (DE 0,76).

En la tabla 12b se muestran las valoraciones medias de la utilización de la investigación por complejidad del hospital y por tipo de gestión. Si tenemos en cuenta la complejidad del hospital, los hospitales de complejidad baja muestran valores más bajos de utilización de la investigación general ajustada que los de complejidad media y alta, con cifras de 2,95 (DE 0,79), 3,04 (DE 0,73) y 3,04 (DE 0,68) respectivamente. Del mismo modo ocurre con la utilización directa e indirecta de la investigación, mostrando los hospitales de baja complejidad los valores más bajos con una media 3,33 (DE 1,09) para la utilización directa y de 3,23 (DE 0,86) para la indirecta. Sin embargo con las cifras de la utilización persuasiva ocurre lo contrario, siendo los hospitales de baja complejidad los que presentan cifras más elevadas con una media de 2,86 (DE 0,88) y lo mismo ocurre con la pregunta respecto a la actitud hacia la investigación que presenta una media de 4,33 (DE 0,76) para los de baja complejidad.

Si consideramos el tipo de gestión, los de gestión directa presentan cifras más bajas en todas las forma de utilización de la investigación, excepto en la utilización persuasiva que presentan una media de 2,83 (DE 0,79) y la actitud con una media 4,24 (DE 0,84) algo más elevadas que los hospitales de gestión indirecta.

RESULTADOS

**Tabla 12b.** Utilización de la investigación según la complejidad y el tipo de gestión del hospital.

UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN (escala 1-5)	COMPLEJIDAD			TIPO GESTIÓN	
	Baja	Media	Alta	Directa	Indirecta
	<i>Media (DE)</i>				
Utilización General Investigación (T <sub>1</sub> ) (N=709)	2,43 (0,86)	2,53 (0,97)	2,57 (0,96)	2,58 (0,98)	2,36 (0,83)
Utilización General Investigación (T <sub>2</sub> ) (N=709)	3,03 (1,03)	3,10 (0,88)	3,07 (0,85)	3,07 (0,88)	3,12 (0,78)
Utilización General Investigación (T <sub>3</sub> ) (N=709)	3,07 (0,91)	3,18 (0,81)	3,18 (0,79)	3,16 (0,81)	3,27 (0,70)
Utilización General (T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub> , T <sub>3</sub> ) (N=709)	2,95 (0,79)	3,04 (0,73)	3,04 (0,68)	3,03 (0,71)	3,07 (0,60)
Utilización Directa Investigación (N=709)	3,33 (1,09)	3,45 (0,88)	3,44 (0,97)	3,43 (0,97)	3,50 (0,86)
Utilización indirecta (N=709)	3,23 (0,86)	3,28 (0,90)	3,35 (0,88)	3,32 (0,89)	3,36 (0,84)
Utilización persuasiva (N=708)	2,86 (0,88)	2,84 (0,77)	2,81 (0,78)	2,83 (0,79)	2,81 (0,72)
Actitud utilización investigación (N=709)	4,33 (0,76)	4,20 (0,85)	4,24 (0,84)	4,24 (0,84)	4,20 (0,80)
Evitar usar investigación por falta de autoridad (N=707)	2,43 (0,94)	2,40 (0,88)	2,40 (0,90)	2,41 (0,89)	2,36 (0,93)
Cuantas veces has utilizado investigación que hayas...					
Implantado completamente (N=705)	2,47 (1,20)	2,75 (0,99)	2,63 (1,07)	2,65 (1,06)	2,67 (1,05)
Implantado parcialmente (N=706)	2,73 (1,08)	2,89 (0,96)	2,74 (0,91)	2,77 (0,93)	2,82 (0,94)
Modificado e implantado (N=705)	2,73 (1,14)	2,79 (0,99)	2,65 (0,95)	2,68 (0,96)	2,71 (1,04)
No hayas hecho nada (N=706)	2,23 (0,90)	2,22 (0,96)	2,28 (0,94)	2,23 (0,94)	2,47 (0,94)
Cuantas veces utilizas la investigación para persuadir a...					
Compañeras enfermeras (N=703)	3,20 (0,85)	3,01 (0,77)	3,06 (0,75)	3,07 (0,74)	3,00 (0,85)
Médicos (N=706)	2,33 (0,99)	2,35 (0,99)	2,47 (0,98)	2,46 (0,98)	2,31 (0,98)
Otros profesionales salud (N=707)	2,63 (1,00)	2,58 (0,98)	2,70 (0,91)	2,67 (0,94)	2,67 (0,89)
Gestores enfermería (N=706)	1,87 (0,90)	1,92 (1,07)	1,78 (0,95)	1,83 (0,99)	1,76 (0,85)
Gestores (no enfermería) (N=707)	1,37 (0,56)	1,47 (0,87)	1,37 (0,72)	1,40 (0,77)	1,34 (0,58)
Líderes comunidad (N=707)	1,20 (0,48)	1,31 (0,66)	1,28 (0,66)	1,27 (0,65)	1,37 (0,68)
Responsables gobierno (N=706)	1,13 (0,51)	1,16 (0,49)	1,15 (0,50)	1,15 (0,51)	1,17 (0,43)
Población general (N=706)	2,57 (1,04)	2,58 (1,07)	2,50 (1,10)	2,51 (1,09)	2,62 (1,11)

DE: Desviación estándar; T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>: momentos en la encuesta en los que se repite la pregunta de utilización de la investigación.

Si tenemos en cuenta las unidades de estudio las unidades de adultos presentan una valoración media de utilización general ajustada de la



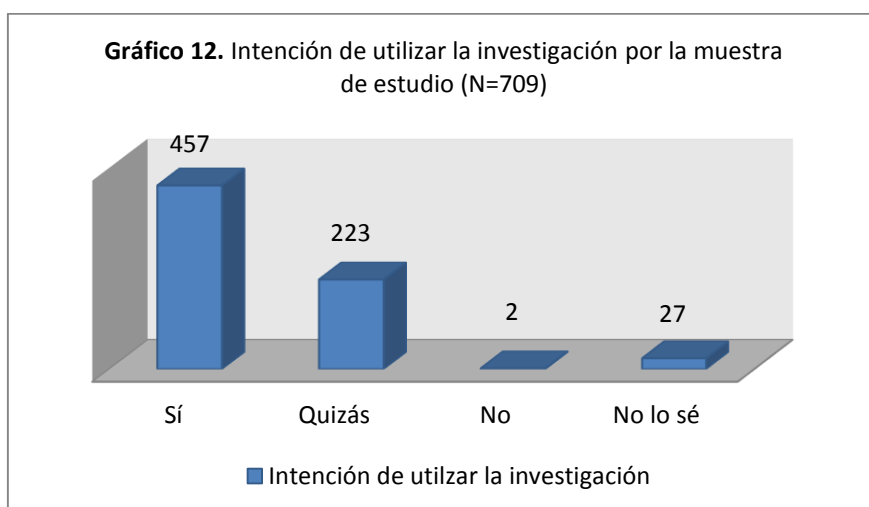
RESULTADOS

investigación de 3,05 (DE 0,69) frente a las pediátricas que presentan una media de 2,99 (DE 0,72). Respecto a la utilización directa presentan 3,44 (DE 0,93) y 3,40 (DE 1,05) respectivamente. En la tabla 12c se muestran los datos por tipo de unidades de trabajo.

**Tabla 12c.** Utilización de la investigación según el tipo de unidad en la que se trabaja.

UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN (Escala de 1-5)	TIPO DE UNIDAD							
	ADULTOS				PEDIÁTRICAS			
	M	Qx	Mx	UCI	M	Qx	Mx	UCI
	<i>Media (DE)</i>							
Utilización General (T <sub>1</sub> ) (N=709)	2,44 (0,92)	2,47 (1,01)	2,44 (0,96)	2,79 (0,96)	2,43 (0,96)	2,38 (0,74)	2,57 (1,09)	2,70 (0,87)
Utilización General (T <sub>2</sub> ) (N=709)	2,97 (0,86)	3,12 (0,92)	3,16 (0,85)	3,18 (0,86)	2,89 (1,10)	2,75 (1,04)	2,97 (0,71)	3,05 (0,79)
Utilización General (T <sub>3</sub> ) (N=709)	3,07 (0,79)	3,24 (0,73)	3,19 (0,80)	3,28 (0,81)	3,14 (0,85)	2,88 (0,99)	3,03 (0,79)	3,19 (0,83)
Utilización General Ajustada (T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub> , T <sub>3</sub> )	2,93 (0,67)	3,07 (0,66)	3,06 (0,69)	3,17 (0,72)	2,94 (0,80)	2,75 (0,92)	2,93 (0,73)	3,06 (0,65)
Utilización Directa Investigación (N=709)	3,27 (0,94)	3,52 (0,96)	3,67 (0,81)	3,46 (0,95)	3,32 (1,06)	3,38 (1,41)	3,40 (1,04)	3,44 (1,02)
Utilización indirecta (N=709)	3,12 (0,90)	3,41 (0,84)	3,39 (0,85)	3,42 (0,86)	3,43 (1,14)	3,63 (0,74)	3,31 (0,72)	3,47 (0,93)
Utilización persuasiva (N=708)	2,81 (0,74)	2,91 (0,70)	2,81 (0,78)	2,79 (0,88)	2,82 (0,95)	2,63 (0,92)	2,86 (0,73)	2,82 (0,78)
Actitud utilización investigación (N=709)	4,22 (0,82)	4,18 (0,83)	4,26 (0,79)	4,32 (0,85)	4,14 (1,18)	3,88 (0,84)	4,03 (0,90)	4,33 (0,69)
Evitar usar investigación por falta de autoridad (N=707)	2,42 (0,88)	2,33 (0,88)	2,29 (0,82)	2,39 (0,93)	2,86 (1,01)	2,75 (1,17)	2,49 (0,82)	2,42 (0,89)
<b>Cuántas veces has utilizado investigación que hayas implantado</b>								
Completamente (N=705)	2,56 (1,04)	2,78 (1,08)	2,73 (1,15)	2,60 (1,00)	2,39 (0,83)	2,25 (1,04)	2,86 (1,03)	2,77 (1,09)
parcialmente (N=706)	2,74 (0,98)	2,84 (0,99)	2,82 (0,91)	2,74 (0,82)	2,75 (1,01)	3,00 (0,76)	2,83 (1,04)	2,74 (0,92)
Modificado (N=705)	2,66 (0,96)	2,81 (0,96)	2,67 (0,89)	2,62 (1,04)	2,68 (1,06)	2,75 (1,28)	2,71 (0,96)	2,75 (0,97)
No hayas hecho nada (N=706)	2,33 (1,05)	2,25 (0,83)	2,36 (0,90)	2,17 (0,86)	2,04 (0,79)	2,63 (0,92)	2,14 (1,03)	2,25 (1,09)
<b>Cuántas veces utilizas la investigación para persuadir a...</b>								
Compañeras enfermeras (N=703)	3,04 (0,72)	3,23 (0,74)	3,03 (0,76)	2,99 (0,75)	3,04 (0,94)	2,63 (0,92)	3,11 (0,72)	3,04 (0,80)
Médicos (N=706)	2,33 (0,95)	2,50 (0,96)	2,40 (1,00)	2,49 (1,00)	2,26 (1,06)	2,50 (0,93)	2,65 (1,10)	2,58 (0,98)
Otros profesionales salud (N=707)	2,59 (0,87)	2,72 (0,90)	2,67 (0,91)	2,67 (0,96)	2,67 (1,21)	2,38 (1,06)	2,74 (0,89)	2,81 (1,01)
Gestores enfermería (N=706)	1,71 (0,91)	1,99 (0,98)	1,76 (0,98)	1,87 (1,05)	1,89 (1,05)	1,38 (0,52)	1,94 (1,06)	1,79 (0,90)
Gestores (no enfermería) (N=707)	1,36 (0,73)	1,52 (0,84)	1,37 (0,72)	1,36 (0,77)	1,22 (0,51)	1,25 (0,46)	1,60 (0,98)	1,35 (0,61)
Líderes comunidad (N=707)	1,29 (0,65)	1,33 (0,69)	1,21 (0,61)	1,28 (0,69)	1,19 (0,48)	1,13 (0,35)	1,34 (0,77)	1,32 (0,60)
Responsables gobierno (N=706)	1,12 (0,47)	1,13 (0,41)	1,10 (0,39)	1,18 (0,57)	1,22 (0,51)	1,13 (0,35)	1,20 (0,63)	1,28 (0,65)
Población general (N=706)	2,54 (1,08)	2,60 (1,10)	2,59 (1,07)	2,39 (1,12)	2,56 (1,09)	2,13 (1,36)	2,49 (1,07)	2,61 (1,08)

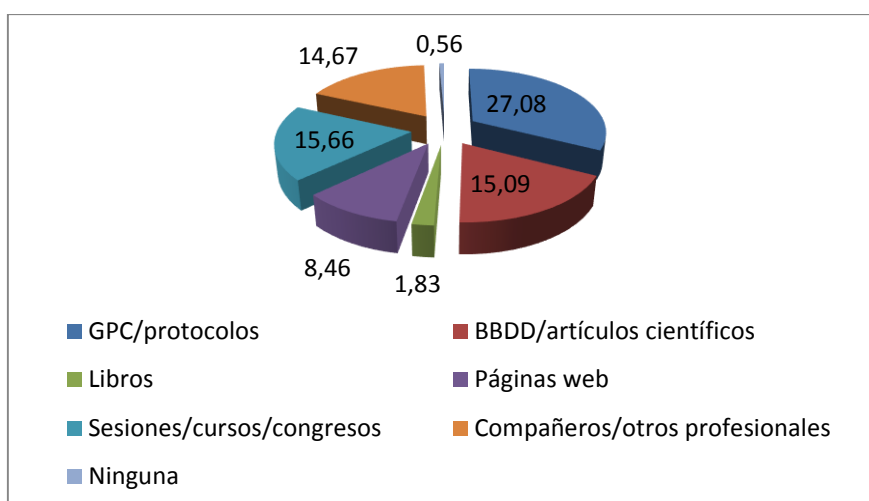
DE: Desviación estándar; M: unidad médica; Qx: unidad quirúrgica; Mx: unidad mixta (médica y quirúrgica); UCI: unidad de Cuidados Intensivos



En el Gráfico 12 se muestran las respuestas a la pregunta del cuestionario “Si pudieses, ¿Utilizarías más la investigación en tu práctica diaria? El 64,5% (457) respondieron que Sí y un 0,3% (2) respondieron que No.

Si tenemos en cuenta la fuente más habitual de la que los profesionales obtienen los resultados de la investigación (Gráfico 13) encontramos que las Guías de práctica Clínica y los protocolos son los más frecuentes con un 27,1% (192), seguido de sesiones/cursos y congresos 15,7% (111) y de Bases de datos y artículos científicos 15,1% (107).

**Gráfico 13.** Fuentes de la que obtienen los resultados de la investigación la muestra de estudio (N=591)\*



\*: Se han perdido muchas respuestas de esta pregunta porque no se han tenido en cuenta aquellos que seleccionaban más de una opción; GPC: Guías de Práctica Clínica; BBDD: Bases de Datos.

**Tabla 13.** Respuestas de la muestra de estudio a la pregunta de considerar los ítems como utilización de la investigación.

Cuando tus acciones se basan en resultados de investigación sólida: ¿Consideras los siguientes ítems como utilización de la investigación?	N	SÍ	NO
		n (%)	
Cambiar algún aspecto de tu práctica clínica personal	707	613 (86,46)	94 (13,26)
Cambiar una práctica o rutina en tu “unidad” o servicio de trabajo	706	609 (85,9)	97 (13,68)
Probar un nuevo procedimiento, técnica u otra intervención de enfermería	706	627 (88,43)	79 (11,14)
Cambiar un procedimiento, técnica u otra intervención de enfermería	706	623 (87,87)	83 (11,71)
Cambiar tu opinión acerca de un enfoque o procedimiento concreto	706	573 (80,82)	133 (18,76)
Educar o informar al paciente	706	503 (70,94)	203 (28,63)
Educar o informar a otra enfermera	706	549 (77,43)	157 (22,14)
Educar o informar a otro profesional sanitario	706	533 (75,18)	173 (24,4)
Educar o informar a una persona de la población general	706	470 (66,29)	236 (33,29)
Convencer a otra enfermera para que realice un cambio	706	430 (60,65)	276 (38,93)
Convencer a otro profesional sanitario para que realice un cambio	706	421 (59,38)	285 (40,2)
Convencer al paciente para que realice un cambio	706	432 (60,93)	274 (38,65)
Convencer a una persona de la población general para que realice un cambio	706	400 (56,42)	306 (43,16)

En la tabla 13 se muestran las respuestas a la pregunta: “Cuando tus acciones se basan en resultados de investigación sólida: ¿Consideras los siguientes ítems como utilización de la investigación?” Lo ítems de convencer a otros para realizar un cambio son los que han obtenido más respuestas negativas.

### 6.3.2. Sección II: Tipos y fuentes de conocimiento para la práctica

Respecto a las fuentes de conocimiento para informar la práctica (Sección II del cuestionario de utilización de la investigación) encontramos que las fuentes de conocimiento más utilizadas en la muestra de estudio son: “Mi experiencia personal en el cuidado de los pacientes a lo largo del tiempo” con una media de 3,98 (DE 0,66) en una escala Likert de 1-5; “La información que obtengo de protocolos y manuales de procedimientos” con una media de 3,92 (DE 0,73); y “lo que aprendo sobre nuevas terapias y tratamientos cuando los médicos se los prescriben a los pacientes” con una media de 3,73 (DE 0,75). Por otro lado, los ítems menos valorados fueron: “artículos publicados en revistas médicas” con una media de 2,50 (DE 0,95); “La información que obtengo de los medios

## RESULTADOS

de comunicación” 2,54 (DE 0,96) y “artículos publicados en revistas de investigación en enfermería” con una media de 2,86 (DE 0,91). En la Tabla 14a se muestran los resultados de las fuentes de conocimiento de la muestra y por tamaño del hospital.

**Tabla 14a.** Fuentes de conocimiento para la práctica de la muestra en general y por tamaño de hospital.

FUENTES DE CONOCIMIENTO PARA LA PRÁCTICA (Escala de 1-5)	GENERAL	TAMAÑO HOSPITAL (en camas)			
		<200	200-500	501-1000	>1000
<i>Media (DE)</i>					
De los Pacientes	3,48 (0,97)	3,23 (0,86)	3,44 (0,92)	3,47 (0,96)	3,53 (0,99)
De mis intuiciones	3,01 (0,87)	2,97 (1,00)	3,01 (0,83)	3,06 (0,86)	2,97 (0,87)
Mi experiencia personal	3,98 (0,66)	4,03 (0,49)	3,96 (0,71)	3,95 (0,64)	4,01 (0,68)
Estudios de enfermería	3,61 (0,83)	3,70 (0,75)	3,69 (0,83)	3,60 (0,76)	3,58 (0,88)
Lo que hablan médicos	3,55 (0,74)	3,67 (0,71)	3,41 (0,76)	3,59 (0,73)	3,56 (0,75)
Prescripciones médicas	3,73 (0,75)	3,87 (0,68)	3,65 (0,80)	3,72 (0,71)	3,76 (0,76)
Revistas médicas	2,50 (0,95)	2,47 (1,04)	2,77 (1,06)*	2,47 (0,89)	2,45 (0,94)*
Revistas enfermería	2,86 (0,91)	2,73 (0,91)	3,06 (0,99)*	2,84 (0,92)	2,83 (0,88)*
Revistas investigación enfermería	2,64 (0,94)	2,40 (1,04)	2,86 (1,00)	2,66 (0,91)	2,58 (0,93)
Libros texto	2,95 (0,89)	2,90 (0,96)	3,07 (0,88)	2,97 (0,83)	2,90 (0,93)
Funcionado durante años	3,36 (0,81)	3,60 (0,72)	3,43 (0,80)	3,33 (0,79)	3,33 (0,83)
Forma en que siempre lo hago	3,19 (0,80)	3,40 (0,68)	3,29 (0,76)	3,21 (0,78)	3,14 (0,82)
Información compañeras enfermeras	3,63 (0,61)	3,70 (0,54)	3,63 (0,70)	3,63 (0,63)	3,63 (0,59)
Formación /congresos	3,51 (0,95)	3,73 (0,91)	3,60 (0,94)	3,51 (0,97)	3,46 (0,93)
Protocolos/manuales	3,92 (0,73)	3,97 (0,62)	3,92 (0,72)	3,97 (0,77)	3,89 (0,71)
Medios de comunicación	2,54 (0,96)	2,87 (0,94)	2,65 (0,95)	2,55 (0,97)	2,47 (0,96)

DE: desviación estándar; \*: diferencias estadísticamente significativas  $p < 0,05$ .

Respecto a las fuentes de conocimiento según el tamaño del hospital (Tabla 14a), comparando las cuatro categorías entre sí mediante ANOVA de un factor (estadístico post hoc de Bonferroni), hay diferencias estadísticamente significativas entre los hospitales de > 1000 camas con los de 200-500 camas en las puntuaciones otorgadas a “artículos publicados en revistas médicas” ( $F=3,12$ ;  $p=0,18$ ) y “artículos publicados en revistas de enfermería” ( $F=3,06$ ;  $p=0,48$ ).

RESULTADOS

**Tabla 14b.** Fuentes de conocimiento para la práctica según la complejidad y el tipo de gestión.

FUENTES DE CONOCIMIENTO PARA LA PRÁCTICA (Escala 1-5)	COMPLEJIDAD			TIPO GESTIÓN	
	Baja	Media	Alta	Directa	Indirecta
	<i>Media (DE)</i>				
De los Pacientes	3,23 (0,86)	3,41 (0,93)	3,52 (0,98)	3,52 (0,96)*	3,24 (0,96)*
De mis intuiciones	2,97 (1,00)	3,00 (0,82)	3,01 (0,88)	3,01 (0,86)	2,98 (0,94)
Mi experiencia personal	4,03 (0,49)	3,94 (0,66)	3,99 (0,67)	3,99 (0,65)	3,92 (0,74)
Estudios de enfermería	3,70 (0,75)	3,69 (0,77)	3,57 (0,85)	3,62 (0,83)	3,51 (0,84)
Lo que hablan médicos	3,67 (0,71)	3,46 (0,76)	3,58 (0,74)	3,55 (0,75)	3,54 (0,69)
Prescripciones médicas	3,87 (0,68)	3,64 (0,76)	3,75 (0,75)	3,74 (0,75)	3,68 (0,72)
Revistas médicas	2,47 (1,04)	2,61 (1,06)	2,47 (0,90)	2,51 (0,97)	2,47 (0,82)
Revistas enfermería	2,73 (0,91)	2,95 (1,05)	2,84 (0,87)	2,88 (0,92)	2,74 (0,84)
Revistas investigación enfermería	2,40 (1,04)	2,75 (1,03)	2,62 (0,91)	2,66 (0,96)	2,50 (0,84)
Libros texto	2,90 (0,96)	3,01 (0,88)	2,93 (0,89)	2,94 (0,90)	3,01 (0,80)
Funcionado durante años	3,60 (0,72)	3,39 (0,77)	3,33 (0,82)	3,37 (0,82)	3,29 (0,75)
Forma en que siempre lo hago	3,40 (0,68)	3,28 (0,75)	3,15 (0,82)	3,20 (0,80)	3,19 (0,81)
Información compañeras enfermeras	3,70 (0,54)	3,63 (0,64)	3,63 (0,61)	3,62 (0,61)	3,72 (0,64)
Formación /congresos	3,73 (0,91)	3,51 (1,02)	3,50 (0,92)	3,47 (0,95)*	3,78 (0,91)*
Protocolos/manuales	3,97 (0,62)	3,96 (0,72)	3,91 (0,74)	3,90 (0,72)*	4,07 (0,78)*
Medios de comunicación	2,87 (0,94)	2,56 (0,93)	2,52 (0,98)	2,54 (0,97)	2,59 (0,91)

DE: desviación estándar; \*: diferencias estadísticamente significativas

En la Tabla 14b se muestran las medias obtenidas en las fuentes de conocimiento para la práctica según la complejidad del hospital y el tipo de gestión. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las fuentes de conocimiento para la práctica según la complejidad del hospital. Si tenemos en cuenta el tipo de gestión, directa o indirecta, existen diferencias significativas en cuanto a: “La información que obtengo de los pacientes” ( $t=2,53$ ;  $p=0,011$ ); “La información que obtengo asistiendo a sesiones formación/congresos” ( $t=-2,89$ ;  $p=0,004$ ); y “la información que obtengo de protocolos y manuales de procedimientos” ( $t=-1,99$ ;  $p=0,046$ ), siendo la primera mayor en los de gestión directa y las otras dos mayores en la gestión indirecta.

RESULTADOS

**Tabla 14c.** Fuentes de conocimiento para la práctica según el tipo de unidad de trabajo.

FUENTES DE CONOCIMIENTO PARA LA PRÁCTICA (Escala 1-5)	TIPO DE UNIDAD							
	ADULTOS				PEDIÁTRICAS			
	M	Qx	Mx	UCI	M	Qx	Mx	UCI
	Media (DE)							
De los Pacientes	3,44 (0,98)	3,65 (0,93)	3,65 (0,9)	3,4 (0,98)	3,44 (1,01)	3,63 (0,92)	3,26 (0,83)	3,37 (1,06)
De mis intuiciones	3,03 (0,82)	3,12 (0,86)	3,09 (0,9)	2,93 (0,92)	2,74 (0,86)	2,88 (0,99)	2,85 (0,82)	3 (0,85)
Mi experiencia personal	4,01 (0,66)	3,98 (0,65)	3,97 (0,65)	3,99 (0,63)	3,96 (0,71)	4 (0,53)	3,94 (0,73)	3,93 (0,78)
Estudios de enfermería	3,66 (0,8)	3,61 (0,81)	3,56 (0,81)	3,63 (0,79)	3,78 (0,93)	3,63 (1,19)	3,51 (1,01)	3,44 (0,87)
Lo que hablan médicos	3,54 (0,8)	3,59 (0,69)	3,54 (0,73)	3,59 (0,65)	3,5 (0,92)	3,25 (0,71)	3,54 (0,82)	3,51 (0,8)
Prescripciones médicas	3,7 (0,78)	3,73 (0,64)	3,77 (0,8)	3,76 (0,71)	3,75 (0,65)	4,25 (0,46)	3,8 (0,76)	3,6 (0,88)
Revistas médicas	2,45 (0,94)	2,44 (0,93)	2,41 (0,95)	2,65 (0,95)	2,37 (0,93)	2,63 (0,74)	2,91 (1,11)	2,4 (0,88)
Revistas enfermería	2,81 (0,9)	2,86 (0,96)	2,79 (0,87)	2,95 (0,89)	2,68 (1,02)	3 (0,76)	3,12 (0,98)	2,81 (0,95)
Revistas investigación enfermería	2,64 (0,96)	2,63 (0,91)	2,57 (0,96)	2,75 (0,91)	2,37 (1,01)	2,63 (0,74)	2,91 (1,08)	2,47 (0,89)
Libros texto	2,94 (0,87)	2,9 (0,94)	2,94 (0,88)	3,03 (0,85)	3 (0,96)	2,63 (0,74)	2,74 (1,04)	2,96 (0,91)
Funcionado durante años	3,38 (0,89)	3,41 (0,8)	3,46 (0,75)	3,26 (0,83)	3,33 (0,62)	3,13 (0,35)	3,34 (0,73)	3,28 (0,77)
Forma en que siempre lo hago	3,18 (0,83)	3,27 (0,77)	3,28 (0,75)	3,15 (0,81)	3,19 (0,56)	3 (0,76)	3,2 (0,76)	3,09 (0,91)
Información compañeras enfermeras	3,61 (0,61)	3,64 (0,63)	3,66 (0,55)	3,69 (0,67)	3,52 (0,51)	3,75 (0,46)	3,49 (0,66)	3,65 (0,58)
Formación /congresos	3,38 (1,04)	3,54 (0,93)	3,41 (0,92)	3,65 (0,87)	3,63 (1,01)	3,75 (0,89)	3,59 (0,82)	3,56 (0,89)
Protocolos/manuales	3,87 (0,76)	3,91 (0,75)	3,84 (0,76)	4,06 (0,66)	4 (0,67)	3,88 (0,83)	3,91 (0,82)	3,88 (0,63)
Medios de comunicación	2,46 (1,01)	2,7 (0,97)	2,58 (0,83)	2,53 (0,97)	2,52 (0,94)	2,75 (1,28)	2,53 (0,99)	2,47 (0,97)

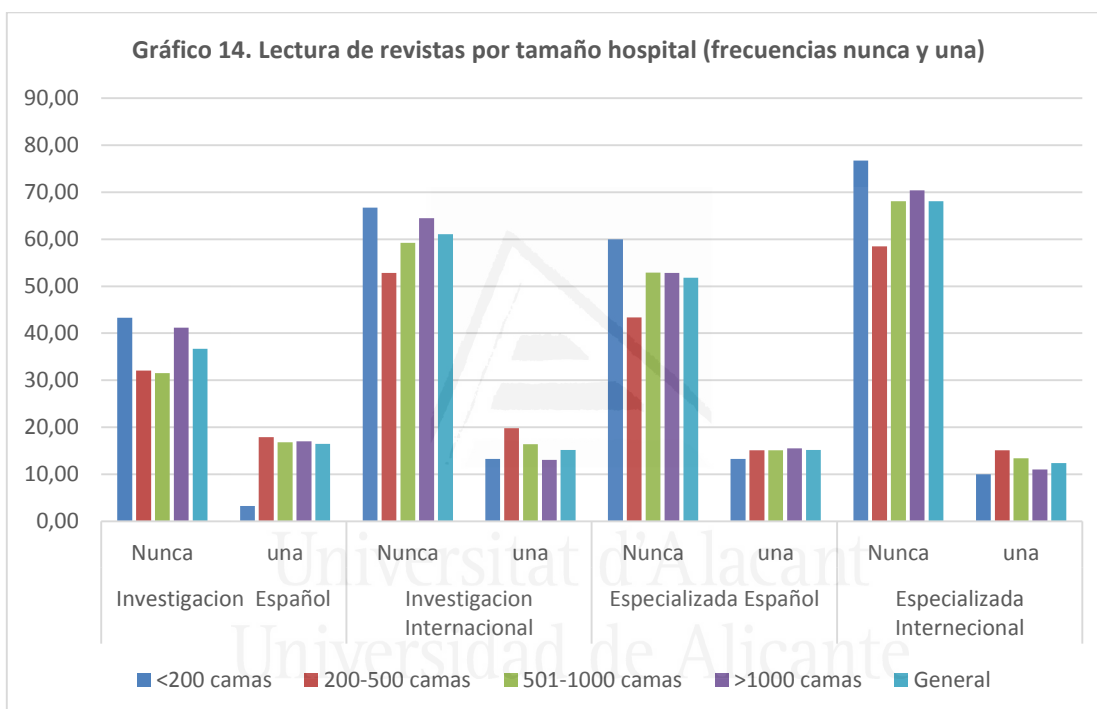
DE: Desviación estándar; M: unidad médicas; Qx: unidad quirúrgica; Mx: unidad mixta (médica y quirúrgica); UCI: unidad de Cuidados Intensivos

En la Tabla 14c se muestran las fuentes de conocimiento según el tipo de unidad de trabajo. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las fuentes de conocimiento para informar la práctica clínica entre las unidades de adultos y las pediátricas.

### 6.3.3. Lectura de revistas científicas

Respecto a la lectura de revistas un 36,7% (260) de la muestra, señala no haber leído una revista de investigación en enfermería en el último año y un 61,1% (433) respecto a revistas internacionales de investigación.

En el Gráfico 14 se muestran las frecuencias en las respuestas “nunca” y “una vez al año” de la lectura de revistas tanto para la muestra general como según la clasificación de los hospitales por su tamaño.



En la tabla 15a se muestran las frecuencias de la lectura de revistas para la muestra general y según el tamaño del hospital. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de lectura de revistas de investigación en enfermería en español según el tamaño del hospital ( $\chi^2=28,56$ ;  $p=0,018$ ).



RESULTADOS

**Tabla 15a.** Lectura de revistas para la muestra general y según el tamaño del hospital.

LECTURA DE REVISTAS		GENERAL	TAMAÑO HOSPITALES (en camas)			
			<200	200-500	501-1000	>1000
		N (%)				
Revista/Boletín del colegio (n=709)	Nunca	25 (3,5)	2 (6,7)	3 (2,8)	8 (3,4)	12 (3,6)
	una	47 (6,6)	1 (3,3)	3 (2,8)	18 (7,6)	25 (7,5)
	2-4	160 (22,6)	7 (23,3)	19 (17,9)	52 (21,8)	82 (24,5)
	5-7	169 (23,8)	5 (16,7)	32 (30,2)	57 (23,9)	75 (22,4)
	8-10	126 (17,8)	4 (13,3)	18 (17,0)	44 (18,5)	60 (17,9)
	>10	182 (25,7)	11 (36,7)	31 (29,2)	59 (24,8)	81 (24,2)
Del Hospital (Manuales, Boletines) (n=705)	Nunca	75 (10,6)	7 (23,3)	10 (9,4)	19 (8,0)	39 (11,6)
	una	107 (15,1)	7 (23,3)	12 (11,3)	33 (13,9)	55 (16,4)
	2-4	196 (27,6)	6 (20,0)	26 (24,5)	74 (31,1)	90 (26,9)
	5-7	157 (22,1)	2 (6,7)	25 (23,6)	59 (24,8)	71 (21,2)
	8-10	108 (15,2)	4 (13,3)	19 (17,9)	33 (13,9)	52 (15,5)
	>10	62 (8,7)	4 (13,3)	13 (12,3)	19 (8,0)	26 (7,8)
Revista del Consejo General (Enfermería Facultativa) (n=706)	Nunca	366 (51,6)	18 (60,0)	44 (41,5)	115 (48,3)	189 (56,4)
	una	69 (9,7)	2 (6,7)	15 (14,2)	21 (8,8)	31 (9,3)
	2-4	115 (16,2)	4 (13,3)	18 (17,0)	41 (17,2)	52 (15,5)
	5-7	75 (10,6)	0 (0)	18 (17,0)	27 (11,3)	30 (9,0)
	8-10	45 (6,3)	5 (16,7)	5 (4,7)	17 (7,1)	18 (5,4)
	>10	36 (5,1)	1 (3,3)	6 (5,7)	16 (6,7)	13 (3,9)
Revistas españolas de investigación en enfermería* (n=706)	Nunca	260 (36,7)	13 (43,3)	34 (32,1)	75 (31,5)	138 (41,2)
	una	117 (16,5)	1 (3,3)	19 (17,9)	40 (16,8)	57 (17,0)
	2-4	179 (25,2)	7 (23,3)	24 (22,6)	65 (27,3)	83 (24,8)
	5-7	79 (11,1)	3 (10,0)	13 (12,3)	32 (13,4)	31 (9,3)
	8-10	35 (4,9)	4 (13,3)	12 (11,3)	10 (4,2)	9 (2,7)
	>10	36 (5,1)	2 (6,7)	4 (3,8)	14 (5,9)	16 (4,8)
Revistas internacionales de investigación en enfermería (n=707)	Nunca	433 (61,1)	20 (66,7)	56 (52,8)	141 (59,2)	216 (64,5)
	una	108 (15,2)	4 (13,3)	21 (19,8)	39 (16,4)	44 (13,1)
	2-4	97 (13,7)	4 (13,3)	15 (14,2)	34 (14,3)	44 (13,1)
	5-7	38 (5,4)	1 (3,3)	8 (7,5)	15 (6,3)	14 (4,2)
	8-10	19 (2,7)	0 (0)	5 (4,7)	6 (2,5)	8 (2,4)
	>10	12 (1,7)	1 (3,3)	1 (0,9)	3 (1,3)	7 (2,1)

\*: Diferencias estadísticamente significativas (p<0,05).



RESULTADOS

**Tabla 15a (Cont.).** Lectura de revistas para la muestra general y según el tamaño del hospital.

LECTURA DE REVISTAS	GENERAL	TAMAÑO HOSPITALES (en camas)				
		<200	200-500	501-1000	>1000	
		N (%)				
Revistas clínicas especializadas españolas (n=708)	Nunca	367 (51,8)	18 (60,0)	46 (43,4)	126 (52,9)	177 (52,8)
	una	108 (15,2)	4 (13,3)	16 (15,1)	36 (15,1)	52 (15,5)
	2-4	128 (18,1)	5 (16,7)	20 (18,9)	42 (17,6)	61 (18,2)
	5-7	52 (7,3)	2 (6,7)	12 (11,3)	16 (6,7)	22 (6,6)
	8-10	32 (4,5)	1 (3,3)	10 (9,4)	10 (4,2)	11 (3,3)
	>10	21 (3,0)	0 (0)	2 (1,9)	8 (3,4)	11 (3,3)
Revistas clínicas especializadas internacionales (n=708)	Nunca	483 (68,1)	23 (76,7)	62 (58,5)	162 (68,1)	236 (70,4)
	una	88 (12,4)	3 (10,0)	16 (15,1)	32 (13,4)	37 (11,0)
	2-4	83 (11,7)	3 (10,0)	16 (15,1)	28 (11,8)	36 (10,7)
	5-7	24 (3,4)	1 (3,3)	5 (4,7)	8 (3,4)	10 (3,0)
	8-10	20 (2,8)	0 (0)	7 (6,6)	5 (2,1)	8 (2,4)
	>10	10 (1,4)	0 (0)	0 (0)	3 (1,3)	7 (2,1)

En las tablas 15b y 15c se muestran las frecuencias de lectura de revistas según la clasificación de los hospitales por complejidad y tipo de gestión (Tabla 15b) y según el tipo de unidad de trabajo (Tabla 15c). Respecto a la complejidad y al tipo de gestión no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia de lectura de revistas.

**Tabla 15b.** Lectura de revistas según la complejidad y el tipo de gestión del hospital.

LECTURA DE REVISTAS	COMPLEJIDAD			TIPO GESTIÓN		
	Baja	Media	Alta	Directa	Indirecta	
		N (%)				
Revista/Boletín del colegio (n=709)	Nunca	2 (6,7)	3 (1,7)	20 (4,0)	19 (3,1)	6 (6,7)
	una	1 (3,3)	9 (5,2)	37 (7,3)	41 (6,6)	6 (6,7)
	2-4	7 (23,3)	32 (18,5)	121 (23,9)	138 (22,3)	22 (24,4)
	5-7	5 (16,7)	45 (26,0)	119 (23,5)	143 (23,1)	26 (28,9)
	8-10	4 (13,3)	29 (16,8)	93 (18,4)	116 (18,7)	10 (11,1)
	>10	11 (36,7)	55 (31,8)	116 (22,9)	162 (26,2)	20 (22,2)
Del Hospital (Manuales, Boletines) (n=705)	Nunca	7 (23,3)	15 (8,7)	53 (10,5)	61 (9,9)	14 (15,6)
	una	7 (23,3)	20 (11,6)	80 (15,8)	89 (14,4)	18 (20,0)
	2-4	6 (20,0)	52 (30,1)	138 (27,3)	172 (27,8)	24 (26,7)
	5-7	2 (6,7)	35 (20,2)	120 (23,7)	142 (22,9)	15 (16,7)
	8-10	4 (13,3)	30 (17,3)	74 (14,6)	95 (15,3)	13 (14,4)
	>10	4 (13,3)	20 (11,6)	38 (7,5)	56 (9,0)	6 (6,7)

RESULTADOS

**Tabla 15b (Cont.).** Lectura de revistas según la complejidad y el tipo de gestión del hospital.

LECTURA DE REVISTAS	COMPLEJIDAD			TIPO GESTIÓN		
	Baja	Media	Alta	Directa	Indirecta	
N (%)						
Revista del Consejo General (Enfermería Facultativa) (n=706)	Nunca	18 (60,0)	87 (50,3)	261 (51,6)	316 (51,1)	50 (55,6)
	una	2 (6,7)	21 (12,1)	46 (9,1)	59 (9,5)	10 (11,1)
	2-4	4 (13,3)	24 (13,9)	87 (17,2)	102 (16,5)	13 (14,4)
	5-7	0 (0)	21 (12,1)	54 (10,7)	65 (10,5)	10 (11,1)
	8-10	5 (16,7)	7 (4,0)	33 (6,5)	43 (6,9)	2 (2,2)
	>10	1 (3,3)	13 (7,5)	22 (4,3)	31 (5,0)	5 (5,6)
Revistas españolas de investigación en enfermería (n=706)	Nunca	13 (43,3)	56 (32,4)	191 (37,7)	225 (36,3)	35 (38,9)
	una	1 (3,3)	29 (16,8)	87 (17,2)	102 (16,5)	15 (16,7)
	2-4	7 (23,3)	39 (22,5)	133 (26,3)	157 (25,4)	22 (24,4)
	5-7	3 (10,0)	25 (14,5)	51 (10,1)	70 (11,3)	9 (10,0)
	8-10	4 (13,3)	14 (8,1)	17 (3,4)	30 (4,8)	5 (5,6)
	>10	2 (6,7)	9 (5,2)	25 (4,9)	32 (5,2)	4 (4,4)
Revistas internacionales de investigación en enfermería (n=707)	Nunca	20 (66,7)	100 (57,8)	313 (61,9)	373 (60,3)	60 (66,7)
	una	4 (13,3)	26 (15,0)	78 (15,4)	91 (14,7)	17 (18,9)
	2-4	4 (13,3)	24 (13,9)	69 (13,6)	86 (13,9)	11 (12,2)
	5-7	1 (83,3)	13 (7,5)	24 (4,7)	36 (5,8)	2 (2,2)
	8-10	0 (0)	8 (4,6)	11 (2,2)	19 (3,1)	0 (0)
	>10	1 (3,3)	2 (1,2)	9 (1,8)	12 (1,9)	0 (0)
9 Revistas clínicas especializadas españolas (n=708)	Nunca	18 (60,0)	82 (47,4)	267 (52,8)	310 (50,1)	57 (63,3)
	una	4 (13,3)	28 (16,2)	76 (15,0)	98 (15,8)	10 (11,1)
	2-4	5 (16,7)	28 (16,2)	95 (18,8)	113 (18,3)	15 (16,7)
	5-7	2 (6,7)	16 (9,2)	34 (6,7)	49 (7,9)	3 (3,3)
	8-10	1 (3,3)	13 (7,5)	1 (3,6)	29 (4,7)	3 (3,3)
	>10	0 (0)	6 (3,5)	15 (3,0)	19 (3,1)	2 (2,2)
Revistas clínicas especializadas internacionales (n=708)	Nunca	23 (76,7)	109 (63,0)	351 (69,4)	412 (66,6)	71 (78,9)
	una	3 (10,0)	24 (13,9)	61 (12,1)	82 (13,2)	6 (6,7)
	2-4	3 (10,0)	22 (12,7)	58 (11,5)	75 (12,1)	8 (8,9)
	5-7	1 (3,3)	7 (4,0)	16 (3,2)	22 (3,6)	2 (2,2)
	8-10	0 (0)	9 (5,2)	11 (2,2)	18 (2,9)	2 (2,2)
	>10	0 (0)	2 (1,2)	8 (1,6)	9 (1,5)	1 (1,1)

Según la unidad de trabajo (Tabla 15c) se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las unidades de adultos y pediátricas para la frecuencia de lectura de revistas españolas de investigación en enfermería ( $\chi^2= 11,84$ ;  $p=0,037$ ) y de revistas españolas clínicas especializadas ( $\chi^2= 11,82$ ;  $p=0,037$ ).

**Tabla 15c.** Lectura de revistas según el tipo de unidad de trabajo.

LECTURA REVISTAS	TIPO DE UNIDAD							
	ADULTOS				PEDIÁTRICAS			
	M	Qx	Mx	UCI	M	Qx	Mx	UCI
<b>N (%)</b>								
<b>Revista/Boletín del colegio (n=709)</b>								
Nunca	5 (2,5)	3 (2,6)	3 (2,8)	9 (5,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (8,8)
una	16 (8,1)	7 (6)	4 (3,7)	13 (8,2)	3 (10,7)	0 (0)	1 (2,9)	3 (5,3)
2-4	46 (23,2)	19 (16,4)	26 (24,1)	44 (27,7)	8 (28,6)	2 (25)	2 (5,7)	13 (22,8)
5-7	42 (21,2)	33 (28,4)	20 (18,5)	38 (23,9)	4 (14,3)	2 (25)	17 (48,6)	13 (22,8)
8-10	46 (23,2)	26 (22,4)	18 (16,7)	20 (12,6)	6 (21,4)	2 (25)	2 (5,7)	6 (10,5)
>10	43 (21,7)	28 (24,1)	37 (34,3)	35 (22)	7 (25)	2 (25)	13 (37,1)	17 (29,8)
<b>Del Hospital (Manuales, boletines) (n=709)</b>								
Nunca	13 (6,6)	15 (12,9)	9 (8,3)	22 (13,8)	6 (21,4)	0 (0)	2 (5,7)	8 (14)
una	31 (15,7)	17 (14,7)	16 (14,8)	25 (15,7)	5 (17,9)	0 (0)	4 (11,4)	9 (15,8)
2-4	60 (30,3)	28 (24,1)	40 (37)	40 (25,2)	6 (21,4)	3 (37,5)	8 (22,9)	11 (19,3)
5-7	44 (22,2)	31 (26,7)	18 (16,7)	37 (23,3)	5 (17,9)	3 (37,5)	8 (22,9)	11 (19,3)
8-10	32 (16,2)	19 (16,4)	15 (13,9)	21 (13,2)	4 (14,3)	1 (12,5)	6 (17,1)	10 (17,5)
>10	18 (9,1)	5 (4,3)	10 (9,3)	13 (8,2)	1 (3,6)	1 (12,5)	6 (17,1)	8 (14)
<b>Revista del Consejo General (Enfermería Facultativa) (n=706)</b>								
Nunca	97 (49)	61 (52,6)	47 (43,5)	87 (54,7)	20 (71,4)	6 (75)	13 (37,1)	35 (61,4)
una	22 (11,1)	5 (4,3)	14 (13)	19 (11,9)	2 (7,1)	0 (0)	2 (5,7)	5 (8,8)
2-4	26 (13,1)	23 (19,8)	21 (19,4)	29 (18,2)	1 (3,6)	1 (12,5)	10 (28,6)	4 (7)
5-7	23 (11,6)	18 (15,5)	12 (11,1)	11 (6,9)	2 (7,1)	0 (0)	4 (11,4)	5 (8,8)
8-10	16 (8,1)	5 (4,3)	5 (4,6)	7 (4,4)	2 (7,1)	1 (12,5)	1 (2,9)	8 (14)
>10	14 (7,1)	3 (2,6)	9 (8,3)	6 (3,8)	0 (0)	0 (0)	4 (11,4)	0 (0)
<b>Revistas españolas de investigación en enfermería (n=706)*</b>								
Nunca	78 (39,4)	47 (40,5)	41 (38)	42 (26,4)	10 (35,7)	1 (12,5)	12 (34,3)	29 (50,9)
una	30 (15,2)	12 (10,3)	16 (14,8)	31 (19,5)	8 (28,6)	5 (62,5)	7 (20)	8 (14)
2-4	45 (22,7)	28 (24,1)	28 (25,9)	45 (28,3)	7 (25)	2 (25)	9 (25,7)	15 (26,3)
5-7	30 (15,2)	17 (14,7)	10 (9,3)	16 (10,1)	0 (0)	0 (0)	4 (11,4)	2 (3,5)
8-10	9 (4,5)	6 (5,2)	3 (2,8)	14 (8,8)	1 (3,6)	0 (0)	0 (0)	2 (3,5)
>10	6 (3)	5 (4,3)	9 (8,3)	11 (6,9)	1 (3,6)	0 (0)	3 (8,6)	1 (1,8)
<b>Revistas internacionales de investigación en enfermería (n=707)</b>								
Nunca	128 (64,6)	67 (57,8)	66 (61,1)	84 (52,8)	19 (67,9)	6 (75)	23 (65,7)	40 (70,2)
una	33 (16,7)	17 (14,7)	21 (19,4)	26 (16,4)	5 (17,9)	1 (12,5)	2 (5,7)	3 (5,3)
2-4	25 (12,6)	18 (15,5)	16 (14,8)	24 (15,1)	1 (3,6)	1 (12,5)	3 (8,6)	9 (15,8)
5-7	7 (3,5)	11 (9,5)	2 (1,9)	11 (6,9)	1 (3,6)	0 (0)	3 (8,6)	3 (5,3)
8-10	3 (1,5)	2 (1,7)	1 (0,9)	9 (5,7)	1 (3,6)	0 (0)	1 (2,9)	2 (3,5)
>10	2 (1)	1 (0,9)	1 (0,9)	5 (3,1)	0 (0)	0 (0)	3 (8,6)	0 (0)

M: unidad médicas; Qx: unidad quirúrgica; Mx: unidad mixta (médica y quirúrgica); UCI: unidad de Cuidados Intensivos; \*: diferencias estadísticamente significativas ( $p<0,05$ ).

**Tabla 15c (Cont.).** Lectura de revistas según el tipo de unidad de trabajo.

LECTURA REVISTAS	TIPO DE UNIDAD							
	ADULTOS				PEDIÁTRICAS			
	M	Qx	Mx	UCI	M	Qx	Mx	UCI
<i>N (%)</i>								
<b>Revistas clínicas especializadas españolas (n=708)*</b>								
Nunca	112 (56,6)	59 (50,9)	62 (57,4)	83 (52,2)	13 (46,4)	3 (37,5)	8 (22,9)	27 (47,4)
una	25 (12,6)	14 (12,1)	12 (11,1)	29 (18,2)	5 (17,9)	2 (25)	9 (25,7)	12 (21,1)
2-4	34 (17,2)	28 (24,1)	19 (17,6)	24 (15,1)	7 (25)	1 (12,5)	7 (20)	8 (14)
5-7	19 (9,6)	8 (6,9)	5 (4,6)	9 (5,7)	1 (3,6)	1 (12,5)	5 (14,3)	4 (7)
8-10	7 (3,5)	3 (2,6)	5 (4,6)	9 (5,7)	0 (0)	1 (12,5)	3 (8,6)	4 (7)
>10	1 (0,5)	4 (3,4)	5 (4,6)	5 (3,1)	1 (3,6)	0 (0)	3 (8,6)	2 (3,5)
<b>Revistas clínicas especializadas internacionales (n=708)</b>								
Nunca	145 (73,2)	78 (67,2)	79 (73,1)	103 (64,8)	18 (64,3)	4 (50)	19 (54,3)	37 (64,9)
una	26 (13,1)	11 (9,5)	16 (14,8)	19 (11,9)	5 (17,9)	2 (25)	3 (8,6)	6 (10,5)
2-4	19 (9,6)	15 (12,9)	10 (9,3)	20 (12,6)	4 (14,3)	1 (12,5)	7 (20)	7 (12,3)
5-7	5 (2,5)	8 (6,9)	1 (0,9)	4 (2,5)	0 (0)	0 (0)	2 (5,7)	4 (7)
8-10	3 (1,5)	2 (1,7)	2 (1,9)	9 (5,7)	0 (0)	1 (12,5)	2 (5,7)	1 (1,8)
>10	0 (0)	2 (1,7)	0 (0)	4 (2,5)	0 (0)	0 (0)	2 (5,7)	2 (3,5)

M: unidad médicas; Qx: unidad quirúrgica; Mx: unidad mixta (médica y quirúrgica); UCI: unidad de Cuidados Intensivos; \*: diferencias estadísticamente significativas  $p < 0,05$ .

### 6.3.4. Creencias hacia la investigación

En cuanto a las preguntas relacionadas con las creencias hacia la investigación las puntuaciones en la intención de actuar contra las creencias cuando contradice algo que aprendieron en el pasado son mayores que las puntuaciones de la actuación en contra de las creencias. Por ejemplo la intención de actuar en contra de lo que aprendieron en la escuela obtuvo una media de 3,83 (DE 0,99), mientras que la actuación en contra de lo que aprendieron en la escuela obtuvo 3,30 (DE 1,14) en la muestra general

En la tabla 16a se muestran las puntuaciones respecto a las creencias entorno a la investigación de la muestra en general y por tamaño de hospital.

**Tabla 16a.** Creencias entorno a la investigación de la muestra en general y por tamaño de hospital.

CREENCIAS EN INVESTIGACIÓN (Escala 1-5)	GENERAL	TAMAÑO HOSPITAL (en camas)			
		<200	200-500	501-1000	>1000
<i>Media(DE)</i>					
<b>Confianza en las investigaciones (n=709)</b>					
Sean relevantes	3,78 (0,88)	4,03 (0,81)	3,72 (0,84)	3,86 (0,86)	3,71 (0,9)
Se puedan utilizar fácilmente	3,57 (0,95)	3,83 (0,91)	3,56 (0,94)	3,66 (0,94)	3,48 (0,96)
Se puedan utilizar de forma segura	3,79 (0,92)	3,93 (1,08)	3,74 (0,88)	3,89 (0,87)	3,72 (0,95)
<b>Intención actuar contra las propias creencias cuando contradice (n=708)</b>					
Lo que aprendiste antes de estudiar enfermería	3,91 (1,17)	3,9 (1,13)	3,85 (1,15)	3,94 (1,18)	3,92 (1,18)
Lo que aprendiste en la escuela	3,83 (0,99)	3,87 (0,94)	3,68 (1,04)	3,87 (0,96)	3,85 (0,99)
Lo que aprendiste en el trabajo	3,78 (0,94)	3,83 (0,87)	3,6 (0,99)*	3,92 (0,88)	3,74 (0,96)*
<b>Actuar en contra de las propias creencias cuando contradice (n=707)</b>					
Lo que aprendiste antes de estudiar enfermería	3,33 (1,35)	3,6 (1,33)	3,1 (1,35)	3,37 (1,38)	3,34 (1,33)
Lo que aprendiste en la escuela	3,30 (1,14)	3,5 (0,97)	3,25 (1,15)	3,39 (1,18)	3,25 (1,12)
Lo que aprendiste en el trabajo	3,24 (1,05)	3,43 (1,01)	3,15 (1,06)	3,4 (1,06)*	3,14 (1,03)*

DE: Desviación estándar; \*: diferencias estadísticamente significativas  $p < 0,05$ .

Cuando se realizaron comparaciones mediante ANOVA de un factor (estadístico post hoc de Bonferroni) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medias otorgadas a la “Intención de actuar en contra de las creencias cuando contradicen lo que aprendiste en el trabajo” entre los hospitales de 200-500 y 501-1000 camas ( $F = 3,31$ ;  $p = 0,023$ ) y para el ítem “Actuar en contra de las creencias cuando contradice los que aprendiste en el trabajo” entre los hospitales de 501-1000 y >1000 camas ( $F = 3,45$ ;  $p = 0,022$ ).

En la tabla 16b se muestran los valores obtenidos en las creencias en torno a la investigación por complejidad del hospital y tipo de gestión. En todos los casos la “Intención de actuar en contra de las creencias” obtiene puntuaciones mayores que la “actuación en contra de las creencias”. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los hospitales por complejidad del hospital ni por tipo de gestión.

**Tabla 16b.** Creencias entorno a la investigación según la complejidad y el tipo de gestión del hospital.

CREENCIAS EN INVESTIGACIÓN (Escala 1-5)	COMPLEJIDAD			TIPO GESTION	
	Baja	Media	Alta	Directa	Indirecta
	<i>Media(DE)</i>				
<b>Confianza en las investigaciones (n=709)</b>					
Sean relevantes	4,03 (0,81)	3,77 (0,84)	3,76 (0,9)	3,03 (0,71)	3,07 (0,6)
Se puedan utilizar fácilmente	3,83 (0,91)	3,59 (0,93)	3,54 (0,96)	3,77 (0,87)	3,82 (0,94)
Se puedan utilizar de forma segura	3,93 (1,08)	3,78 (0,86)	3,78 (0,93)	3,55 (0,94)	3,66 (1,03)
<b>Intención actuar contra las propias creencias cuando contradice (n=708)</b>					
Lo que aprendiste antes de estudiar enfermería	3,9 (1,13)	3,88 (1,19)	3,92 (1,17)	3,77 (0,92)	3,88 (0,95)
Lo que aprendiste en la escuela	3,87 (0,94)	3,72 (0,99)	3,87 (0,99)	3,9 (1,18)	4,02 (1,11)
Lo que aprendiste en el trabajo	3,83 (0,87)	3,74 (0,94)	3,79 (0,95)	3,83 (0,99)	3,84 (0,98)
<b>Actuar en contra de las propias creencias cuando contradice (n=707)</b>					
Lo que aprendiste antes de estudiar enfermería	3,6 (1,33)	3,27 (1,39)	3,33 (1,34)	3,77 (0,95)	3,89 (0,84)
Lo que aprendiste en la escuela	3,5 (0,97)	3,32 (1,14)	3,29 (1,15)	3,31 (1,34)	3,47 (1,43)
Lo que aprendiste en el trabajo	3,43 (1,01)	3,25 (1,05)	3,23 (1,05)	3,29 (1,13)	3,43 (1,23)

DE: Desviación estándar.

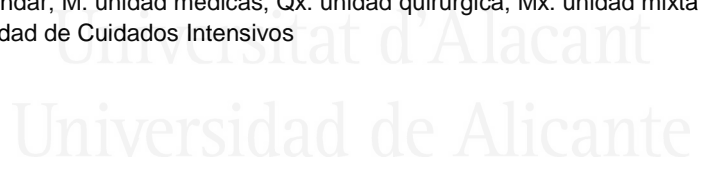
En la tabla 16c se pueden observar los valores obtenidos en las creencias en torno a la investigación por tipo de unidad de trabajo. No se han encontrado diferencias significativas según la unidad sea de adultos o pediátrica.

RESULTADOS

**Tabla 16c.** Creencias entorno a la investigación según el tipo de unidad de trabajo.

CREENCIAS EN INVESTIGACIÓN (Escala 1-5)	TIPO DE UNIDAD							
	ADULTOS				PEDIATRICAS			
	M	Qx	Mx	UCI	M	Qx	Mx	UCI
<i>Media (DE)</i>								
<b>Confianza en las investigaciones (n=709)</b>								
Sean relevantes	3,81 (0,88)	3,85 (0,81)	3,69 (0,84)	3,79 (0,85)	3,71 (1,08)	3,25 (1,04)	3,63 (1,09)	3,84 (0,9)
Se puedan utilizar fácilmente	3,58 (0,97)	3,55 (0,92)	3,55 (0,95)	3,56 (0,9)	3,68 (1,12)	3,25 (1,17)	3,57 (0,95)	3,6 (0,98)
Se puedan utilizar de forma segura	3,84 (0,91)	3,77 (0,91)	3,81 (0,9)	3,75 (0,91)	3,86 (1,08)	3,25 (1,17)	3,6 (0,88)	3,84 (0,98)
<b>Intención actuar contra las propias creencias cuando contradice (n=708)</b>								
Lo que aprendiste antes de estudiar enfermería	3,89 (1,24)	3,84 (1,15)	3,89 (1,19)	3,99 (1,1)	3,75 (1,4)	3,5 (1,31)	4,06 (1,08)	4,02 (1,06)
Lo que aprendiste en la escuela	3,77 (1,03)	3,88 (0,93)	3,72 (0,98)	3,94 (0,94)	3,68 (1,12)	3,63 (0,74)	3,91 (1,1)	3,91 (0,97)
Lo que aprendiste en el trabajo	3,83 (0,94)	3,8 (0,87)	3,69 (0,95)	3,83 (0,92)	3,57 (1)	3,38 (0,92)	3,91 (0,95)	3,72 (1,1)
<b>Actuar en contra de las propias creencias cuando contradice (n=707)</b>								
Lo que aprendiste antes de estudiar enfermería	3,27 (1,38)	3,41 (1,31)	3,31 (1,39)	3,33 (1,29)	3,04 (1,6)	3,38 (1,41)	3,59 (1,26)	3,35 (1,37)
Lo que aprendiste en la escuela	3,25 (1,18)	3,37 (1,06)	3,25 (1,13)	3,38 (1,08)	3,04 (1,29)	3,25 (1,28)	3,44 (1,19)	3,28 (1,26)
Lo que aprendiste en el trabajo	3,2 (1,07)	3,4 (0,95)	3,21 (1,06)	3,26 (0,96)	3,04 (1,2)	3,38 (1,41)	3,24 (1,13)	3,16 (1,19)

DE: Desviación estándar; M: unidad médicas; Qx: unidad quirúrgica; Mx: unidad mixta (médica y quirúrgica); UCI: unidad de Cuidados Intensivos





### 6.3.5. Sección III: Apoyo de la organización

Esta sección del cuestionario constaba de una escala Likert de 5 puntos y la posibilidad de marcar una sexta respuesta “no sé”. Las respuestas “no sé” se han tenido en cuenta como valores perdidos.

En cuanto al apoyo de la organización, los profesionales de la muestra consideran que sus compañeras enfermeras son las que más les apoyan para el uso de la investigación con una media de 3,22 (DE1,09) sobre una escala Likert de 1-5, seguido de la supervisora que obtuvo una media de 3,04 (DE 1,30). Entre los factores organizativos presentes en el trabajo “enfermeras con conocimientos de investigación” obtuvo la mayor puntuación 2,83 (DE 0,92) y de los factores organizativos que se consideraban importantes el que obtuvo una media más alta fue la financiación con un valor de 4,39 (DE 0,88).

En las tablas 17a, 17b y 17c se desglosan los valores obtenidos por la muestra en la valoración de apoyo organizativo.

Si tenemos en cuenta el tamaño del hospital (Tabla 16a), (ANOVA de un factor; post hoc de Bonferroni) los profesionales que trabajan en hospitales de >1000 camas perciben menos apoyo de la dirección de enfermería que los más pequeños, siendo las diferencias estadísticamente significativas con los de <200 camas ( $F=6,25$ ;  $p=0,003$ ) y los de 200-500 camas ( $F=6,25$ ;  $p=0,020$ ) y lo mismo para el apoyo de la dirección general, siendo para <200 camas ( $F=6,82$ ;  $p=0,001$ ) y para los de 200-500 camas ( $F=6,82$ ;  $p=0,028$ ). Por otro lado, respecto a los factores presentes en el lugar de trabajo, también en los hospitales de >1000 camas obtienen medias más bajas, siendo estadísticamente significativas las diferencias en las medias de la existencia de comisión de investigación, con <200 camas ( $F=8,46$ ;  $p=0,031$ ), 200-500 camas ( $F=8,46$ ;  $p<0,001$ ) y de 501-1000 ( $F=8,46$ ;  $p=0,003$ ). También se han encontrado diferencias significativas en las medias otorgadas a la asistencia a congresos siendo los hospitales de <200 camas los que presentan medias más elevadas con respecto a lo de 501-1000 camas ( $F= 5,10$ ;  $p=0,026$ ) y los de >1000 camas ( $F= 5,10$ ;  $p=0,009$ ).



RESULTADOS

**Tabla 17a.** Apoyo de la organización de la muestra general y por tamaño del hospital.

APOYO USO INVESTIGACIÓN (escala de 1-5)	General	TAMAÑO HOSPITAL (en camas)			
		<200	200-500	501-1000	>1000
<i>Media (DE)</i>					
<b>En qué grado te apoyan las siguientes personas para utilizar la investigación:</b>					
Otras enfermeras (n=697)	3,22 (1,09)	3,10 (1,21)	3,38 (1,12)	3,22 (1,04)	3,19 (1,10)
Tu supervisora (n=689)	3,04 (1,30)	3,57 (1,22)	3,21 (1,21)	2,97 (1,24)	2,99 (1,37)*
Dirección enfermería (n=653)	2,28 (1,17)	2,93 (1,28)*	2,55 (1,15)*	2,23 (1,11)	2,16 (1,19)*
Dirección general (n=641)	2,00 (1,08)	2,67 (1,18)*	2,24 (1,11)*	1,95 (1,00)	1,89 (1,08)*
Los médicos (n=672)	2,33 (1,11)	2,87 (1,22)*	2,39 (1,17)	2,23 (1,01)	2,35 (1,15)
Otros profesionales (n=647)	2,26 (1,08)	2,83 (1,12)*	2,47(1,11)	2,14 (1,00)	2,23 (1,11)
<b>Factores organizativos presentes en tu trabajo:</b>					
Enfermeras conocimientos investigación (n=699)	2,83 (0,92)	2,93 (1,14)	2,86 (0,79)	2,88 (0,93)	2,77 (0,94)
Tiempo remunerado (n=681)	1,63 (0,82)	1,76 (0,87)	1,81 (0,92)	1,62 (0,82)	1,57 (0,78)
Asistencia conferencias (n=691)	2,08 (0,98)	2,59 (1,09)*	2,28 (0,99)	1,97 (0,97)*	2,05 (0,96)*
Comisión investigación (n=668)	2,22 (1,12)	2,63 (1,28)*	2,52 (1,11)*	2,34 (1,13)*	2,01 (1,05)*
Financiación (n=630)	1,56 (0,74)	1,56 (0,82)	1,61 (0,71)	1,52 (0,76)	1,56 (0,74)
<b>Importancia de los Factores organizativos:</b>					
Enfermeras conocimientos investigación (n=703)	4,09 (0,92)	4,10 (0,84)	4,05 (0,89)	4,19 (0,93)	4,03 (0,94)
Tiempo remunerado (n=704)	4,31 (0,90)	4,07 (0,83)	4,24 (0,94)	4,36 (0,91)	4,31 (0,90)
Asistencia conferencias (n=704)	4,37 (0,85)	4,17 (0,87)	4,38 (0,80)	4,42 (0,86)	4,35 (0,84)
Comisión investigación (n=699)	4,24 (0,88)	4,23 (0,86)	4,18 (0,94)	4,28 (0,90)	4,23 (0,86)
Financiación (n=696)	4,39 (0,88)	4,31 (0,81)	4,30 (1,04)	4,41 (0,89)	4,42 (0,82)

DE: Desviación estándar; \*: diferencias estadísticamente significativas p<0,05

Teniendo en cuenta el tipo de complejidad alta, media y baja (Tabla 17b), en un análisis de las diferencias entre los tres grupos mediante ANOVA de un Factor (estadístico post hoc de Bonferroni) se encontraron diferencias entre la complejidad baja y la alta (F=7,64; p=0,002) en cuanto al apoyo de la dirección de enfermería; también se encontraron diferencias en cuanto al apoyo de la dirección general entre la complejidad baja-media (F=9,06; p=0,037), baja-alta (F=9,06; p<0,001). El apoyo de los médicos y de otros profesionales también

## RESULTADOS

presentó diferencias estadísticamente significativas entre los hospitales de baja y alta complejidad ( $F=3,68$ ;  $p=0,021$ ) y ( $F=6,10$ ;  $p=0,005$ ). Por otro lado, respecto a los factores presentes en el lugar de trabajo, el fomento de la asistencia a congresos mostró diferencias entre los hospitales de baja y alta complejidad ( $F=4,81$ ;  $p=0,009$ ).

Si tenemos en cuenta el tipo de gestión no se encontraron diferencias entre los de gestión directa e indirecta. Todos estos datos se pueden consultar en la tabla 17b.

**Tabla 17b.** Apoyo de la organización según la complejidad y el tipo de gestión del hospital.

APOYO USO INVESTIGACIÓN (escala de 1-5)	COMPLEJIDAD			TIPO GESTIÓN	
	Baja	Media	Alta	Directa	Indirecta
<i>Media (DE)</i>					
<b>En qué grado te apoyan las siguientes personas para utilizar la investigación:</b>					
Otras enfermeras (n=697)	3,10 (1,21)	3,31 (1,07)	3,20 (1,09)	3,33 (1,07)	3,21 (1,09)
Tu supervisora(n=689)	3,57 (1,22)	3,12 (1,22)	2,99 (1,33)	3,17 (1,20)	3,02 (1,32)
Dirección enfermería (n=653)	2,93 (1,28)*	2,43 (1,14)	2,18 (1,16)*	2,49 (1,19)	2,25 (1,17)
Dirección general (n=641)	2,67 (1,18)*	2,14 (1,07)*	1,91 (1,05)*	2,09 (1,12)	1,99 (1,07)
Los médicos (n=672)	2,87 (1,22)*	2,34 (1,07)	2,30 (1,12)*	2,52 (1,24)	2,31 (1,09)
Otros profesionales(n=647)	2,83 (1,12)*	2,37 (1,09)	2,19 (1,07)*	2,33(1,15)	2,25 (1,07)
<b>Factores organizativos presentes en tu trabajo:</b>					
Enfermeras conocimientos investigación(n=699)	2,93 (1,14)	2,92 (0,89)	2,79 (0,92)	2,84 (0,90)	2,82 (0,93)
Tiempo remunerado (n=681)	1,76 (0,87)	1,76 (0,89)	1,58 (0,79)	1,55 (0,82)	1,64 (0,82)
Asistencia conferencias (n=691)	2,59 (1,09)*	2,14 (1,04)	2,03 (0,95)*	2,14 (1,01)	2,07 (0,98)
Comisión investigación (n=668)	2,63 (1,28)	2,50 (1,13)	2,11 (1,08)	2,45 (1,20)	2,19 (1,10)
Financiación(n=630)	1,56 (0,82)	1,57 (0,72)	1,55 (0,75)	1,61 (0,75)	1,55 (0,74)
<b>Importancia de los Factores organizativos:</b>					
Enfermeras conocimientos investigación (n=703)	4,10 (0,84)	4,09 (0,89)	4,09 (0,94)	4,08 (0,92)	4,09 (0,92)
Tiempo remunerado (n=704)	4,07 (0,83)	4,25 (0,94)	4,34 (0,89)	4,37 (0,91)	4,30 (0,90)
Asistencia conferencias (n=704)	4,17 (0,87)	4,37 (0,82)	4,38 (0,85)	4,42 (0,86)	4,36 (0,84)
Comisión investigación (n=699)	4,23 (0,86)	4,17 (0,91)	4,26 (0,88)	4,15 (1,04)	4,25 (0,86)
Financiación (n=696)	4,31 (0,81)	4,30 (0,99)	4,43 (0,84)	4,40 (0,93)	4,39 (0,87)

DE: Desviación estándar; \*: diferencias estadísticamente significativas  $p<0,05$

Respecto al apoyo de la organización según el tipo de unidad. Los datos pueden consultarse en la tabla 17c. Existen diferencias significativas entre las

RESULTADOS

unidades de adultos y pediátricas en cuanto a la valoración de los profesionales sobre el apoyo de los médicos (t=-2,91; P=0,004) y de otros profesionales (t=-2,10; P=0,37). Por otro lado existen diferencias en cuanto a la importancia otorgada a “enfermeras con conocimientos de investigación” (t= 2,83; P=0,005) y “Tiempo remunerado para realizar investigación” (t= 2,52; P=0,013) entre los dos tipos de unidades.

**Tabla 17c.** Apoyo de la organización según el tipo de unidad de trabajo.

APOYO USO INVESTIGACIÓN (escala de 1-5)	TIPO DE UNIDAD							
	ADULTOS				PEDIÁTRICAS			
	M	Qx	Mx	UCI	M	Qx	Mx	UCI
<i>Media (DE)</i>								
<b>En qué grado te apoyan las siguientes personas para utilizar la investigación:</b>								
Otras enfermeras (n=697)	3,22 (1,07)	3,27 (1,05)	2,84 (1,08)	3,41 (0,93)	3,32 (1,28)	2,50 (1,20)	3,50 (1,14)	3,24 (1,36)
Tu supervisora (n=689)	3,02 (1,20)	3,34 (1,25)	2,99 (1,33)	2,98 (1,39)	3,04 (1,16)	3,38 (1,60)	3,03 (1,40)	2,74 (1,36)
Dirección enfermería (n=653)	2,22 (1,05)	2,46 (1,15)	2,34 (1,24)	2,09 (1,15)	2,50 (1,35)	3,14 (1,35)	2,59 (1,35)	2,15 (1,28)
Dirección general (n=641)	1,95 (0,95)	2,07 (1,01)	2,08 (1,20)	1,86 (1,04)	2,09 (1,24)	2,67 (1,51)	2,39 (1,20)	1,96 (1,24)
Los médicos (n=672)	2,22 (1,03)	2,21 (0,99)	2,04 (0,97)	2,54 (1,19)	2,72 (1,21)	1,67 (0,82)	2,69 (1,31)	2,69 (1,29)
Otros profesionales(n=647)	2,24 (0,97)	2,23 (1,11)	2,07 (1,05)	2,27 (1,05)	2,50 (1,30)	2,57 (1,51)	2,57 (1,37)	2,44 (1,25)
<b>Factores organizativos presentes en tu trabajo:</b>								
Enfermeras conocimientos investigación(n=699)	2,83 (1,00)	2,77 (0,97)	2,59 (0,85)	3,00 (0,86)	2,64 (0,83)	2,63 (1,06)	2,79 (0,69)	3,04 (0,91)
Tiempo remunerado (n=681)	1,52 (0,75)	1,68 (0,80)	1,73 (0,88)	1,57 (0,81)	1,64 (0,95)	2,00 (0,93)	1,82 (0,83)	1,75 (0,93)
Asistencia conferencias (n=691)	2,00 (0,97)	2,17 (1,03)	2,19 (1,03)	2,04 (0,94)	2,00 (0,89)	2,25 (1,16)	2,18 (1,03)	2,04 (0,98)
Comisión investigación (n=668)	2,16 (1,07)	2,31 (1,12)	2,18 (1,19)	2,20 (1,08)	1,92 (1,16)	2,75 (1,58)	2,38 (1,13)	2,44 (1,13)
Financiación(n=630)	1,52 (0,72)	1,65 (0,75)	1,55 (0,71)	1,49 (0,75)	1,48 (0,67)	1,50 (0,84)	1,70 (0,84)	1,62 (0,81)
<b>Importancia de los Factores organizativos:</b>								
Enfermeras conocimientos investigación(n=699)	4,06 (0,91)	4,24 (0,89)	3,98 (0,96)	4,26 (0,83)	3,82 (0,98)	3,50 (1,20)	3,71 (1,12)	4,07 (0,87)
Tiempo remunerado (n=681)	4,32 (0,93)	4,40 (0,81)	4,26 (0,89)	4,41 (0,82)	4,11 (1,07)	3,88 (1,13)	3,79 (1,12)	4,32 (0,88)
Asistencia conferencias (n=691)	4,36 (0,90)	4,45 (0,76)	4,32 (0,81)	4,42 (0,80)	4,30 (0,99)	3,88 (1,13)	4,12 (1,04)	4,43 (0,74)
Comisión investigación (n=668)	4,25 (0,90)	4,29 (0,90)	4,15 (0,91)	4,35 (0,75)	4,00 (1,02)	3,75 (1,04)	4,06 (1,10)	4,23 (0,81)
Financiación(n=630)	4,40 (0,92)	4,48 (0,82)	4,31 (0,93)	4,48 (0,71)	4,36 (0,87)	4,00 (1,31)	3,88 (1,23)	4,48 (0,71)

DE: Desviación estándar; M: unidad médica; Qx: unidad quirúrgica; Mx: unidad mixta (médica y quirúrgica); UCI: unidad de Cuidados Intensivos

## 6.4. Cuestionario de Actitudes hacia la investigación

La suma de las medias de las puntuaciones de la escala de actitudes fue de 134,03 (DE 16,41). La suma máxima posible de todos los ítems de la escala de Actitudes es 170 (excluyendo la pregunta 35, que es una pregunta de opinión sobre las preguntas de la escala).

Respecto a los factores del cuestionario de Actitudes hacia la investigación se pueden observar las puntuaciones de los mismos en la Tabla 18. El factor que más se aleja de su valor máximo es el Factor 6 “*Necesidades relacionadas con la lectura científica*” y los factores que más se acercan a su valor máximo son el Factor 2 “*Necesidad percibida de conocimiento científico*” y el Factor 5 “*Significado otorgado a la investigación*”

**Tabla 18.** Valores medios de los factores del cuestionario de actitudes hacia la investigación.

ACTITUDES HACIA LA INVESTIGACIÓN	N	Media (DE)*	Máx	Mín	Suma (Suma Máx)
Factor 1 Lenguaje de las publicaciones científicas	708	7,09 (1,8)	2	10	5.022 (7.080)
Factor 2 Necesidad percibida de conocimiento científico	708	21,3 (2,84)	9	25	15082 (17700)
Factor 3 Grado de participación en las actividades de investigación	708	24,05 (3,97)	11	30	17027 (21240)
Factor 4 Concepto de profesión	708	19,01 (2,99)	5	25	13461 (17.700)
Factor 5 Significado otorgado a la investigación	708	21,19 (3,09)	5	25	15001 (17.700)
Factor 6 Necesidades relacionadas con la lectura científica	708	22,33 (4,07)	10	30	15809 (21240)
Factor 7 Necesidades de desarrollo profesional y recursos	708	19,29 (3,24)	8	25	13660 (17.700)
<b>Puntuación Total</b>	708	<b>134,03 (16,41)</b>	83	167	94895 (120360)

DE: desviación estándar; \*: Se han realizado calculado la suma de las medias para cada factor para poder comparar los resultados con estudios previos.

En la Tabla 19 se muestran los valores obtenidos para todos los ítems del cuestionario por orden de puntuación obtenida.

**Tabla 19.** Valores medios de los ítems de la escala de Actitudes hacia la investigación

ACTITUDES HACIA LA INVESTIGACIÓN	N	Media (DE)
No tiene sentido dedicarse a trabajar en el desarrollo de los cuidados de enfermería.	707	4,6 (0,69)
La profesión enfermera es fundamentalmente práctica y no necesita incluir la investigación científica.	708	4,45 (0,86)
El profesional de enfermería no necesita conocimientos científicos procedentes de la investigación en el mismo grado que los médicos.	708	4,4 (0,95)
No tiene sentido dedicarme a trabajos de investigación en el campo de los cuidados de enfermería.	707	4,4 (0,79)
La investigación sobre los cuidados de enfermería permite un mayor conocimiento de los mismos.	708	4,39 (0,79)
Es evidente que la profesión enfermera debe asentarse sobre una base científica y sobre la experiencia fiable.	708	4,38 (0,74)
La investigación sobre cuidados sólo complica el trabajo de enfermería.	706	4,36 (0,83)
Los resultados obtenidos de la investigación sobre los cuidados de enfermería, deberían tener más difusión entre los profesionales enfermeros para su uso en la práctica clínica.	707	4,35 (0,75)
En el lugar de trabajo (ej. hospital) se debe disponer de literatura científica actualizada sobre cuidados de enfermería.	708	4,32 (0,87)
La formación continuada en investigación o en práctica clínica basada en la evidencia, no me parece importante para mi futuro.	707	4,31 (0,96)
No necesitamos profesionales de enfermería investigadores para desarrollar los cuidados; esta actividad se puede realizar desde la práctica enfermera habitual.	707	4,3 (0,93)
La investigación en el campo de los cuidados de enfermería no mejorará el estatus de la profesión.	706	4,27 (1,01)
Dentro de la actividad enfermera debería incluirse la participación en el desarrollo de los cuidados.	707	4,2 (0,83)
Es fundamental introducir cambios y probar nuevas ideas dentro de la profesión enfermera.	708	4,13 (0,78)
Opino que las preguntas de este formulario tienen importancia.	708	4,07 (0,89)
El hecho de participar en investigación no contribuye a una mayor eficacia de la profesión enfermera.	706	4,02 (1,04)
Participar en el desarrollo de los cuidados no contribuye a aumentar las habilidades de los profesionales de enfermería.	708	4,02 (1,26)
Poder disponer de docentes de enfermería en el lugar de trabajo es /sería un recurso para estimular el desarrollo de los cuidados.	705	4,02 (0,96)
La investigación sobre los cuidados de enfermería es necesaria para mi desarrollo profesional.	707	4,01 (0,92)
Como personal de enfermería, tengo suficientes posibilidades para influir en los cuidados de enfermería sin necesitar conocimientos de investigación.	706	3,93 (0,95)
Es utópico pensar que se pueden aplicar los resultados de investigación en la práctica clínica.	707	3,92 (0,98)
Se habla y escribe demasiado sobre investigación y desarrollo de los cuidados de enfermería.	708	3,87 (0,97)
Me parece interesante leer artículos científicos sobre cuidados de enfermería.	708	3,86 (0,95)
En los estudios de enfermería existen demasiados contenidos científicos.	706	3,85 (0,96)
La participación en actividades de investigación debería incluirse dentro del trabajo enfermero.	708	3,83 (1,05)
No suelo interesarme en conocer los resultados procedentes de la investigación.	707	3,78 (1,01)
Los profesionales de enfermería deberían reservar una parte de su actividad profesional para leer informes de investigación.	708	3,74 (0,97)
En la práctica clínica deberíamos tener más personal de enfermería con estudios de investigación.	706	3,61 (1,00)
La presencia de estudiantes de enfermería en el lugar de trabajo es /sería un estímulo para el desarrollo de los cuidados de enfermería.	707	3,61 (1,01)

**Tabla 19 (Cont.).** Valores medios de los ítems de la escala de Actitudes hacia la investigación.

ACTITUDES HACIA LA INVESTIGACIÓN	N	Media (DE)
En la investigación sobre los cuidados de enfermería, se emplea un lenguaje demasiado complicado.	707	3,57 (1,04)
Los artículos científicos están escritos en un lenguaje demasiado complicado para mí.	707	3,54 (0,99)
Participaría de buen grado en conferencias científicas internacionales.	705	3,35 (1,23)
Como profesional de enfermería es necesario saber leer literatura en inglés.	708	3,29 (1,19)
El doctorado debería ser la cualificación exigida, al profesional de enfermería, para ciertos puestos de responsabilidad dentro del campo de los cuidados de enfermería.	706	3,18 (1,33)
Las habilidades y destrezas en la profesión enfermera se alcanzan, sobre todo, mediante una larga experiencia práctica.	708	2,33 (0,89)
<b>Puntuación Escala de Actitudes Total</b>	<b>708</b>	<b>134,03 (16,41)</b>

DE: desviación estándar

En el análisis de cada uno de los ítems, la mayor puntuación, según el valor de la media, y teniendo en cuenta que son ítem formulados en negativo y cuyos valores han sido recodificados inversamente, ha sido para la actitud “No tiene sentido dedicarse a trabajar en el desarrollo de los cuidados de enfermería”, con un valor de 4,6 (DE 0,69), seguido de “La profesión enfermera es fundamentalmente práctica y no necesita incluir la investigación científica” con una media de 4,45 (DE 0,86), “No tiene sentido dedicarme a trabajos de investigación en el campo de los cuidados de enfermería” con 4,4 (DE 0,79) y “El profesional de enfermería no necesita conocimientos científicos procedentes de la investigación en el mismo grado que los médicos” con 4,4 (DE 0,95).

El ítem que ha obtenido una puntuación menor es “Las habilidades y destrezas en la profesión enfermera se alcanzan, sobre todo, mediante una larga experiencia práctica” con una media de 2,33 (DE 0,89), también considerado como un ítem negativo.

Respecto a la clasificación de los hospitales, en la Tabla 20 se muestran los valores obtenidos en los factores según el tamaño del hospital, la complejidad, el tipo de gestión y según el tipo de unidad de trabajo.



RESULTADOS

**Tabla 20.** Valores medios de los factores del cuestionario de actitudes hacia la investigación según la clasificación del hospital.

CLASIFICACION HOSPITAL		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	
		Media (DE)							
TAMAÑO HOSPITAL	<200	6,97 (1,47)	21,13 (2,13)	24,27 (3,75)	19,07 (2,21)	21,63 (2,31)	21,53 (4,04)	19,77 (2,89)	
	200-500	7,04 (1,88)	21,01 (3,01)	23,59 (4,35)	18,51 (3,65)	20,87 (3,34)	22,2 (4,12)	19,46 (3,1)	
	501-100	7,19 (1,87)	21,32 (3,02)	24,29 (4,02)	19,22 (2,95)	21,38 (3,1)	22,4 (4,22)	19,49 (3,32)	
	>1000	7,05 (1,75)	21,4 (2,71)	24 (3,83)	19,02 (2,85)	21,11 (3,05)	22,39 (3,96)	19,06 (3,26)	
COMPLEJIDAD	Baja	6,97 (1,47)	21,13 (2,13)	24,27 (3,75)	19,07 (2,21)	21,63 (2,31)	21,53 (4,04)	19,77 (2,88)	
	Media	6,94 (1,81)	21,11 (2,96)	23,84 (4,08)	18,75 (3,30)	20,94 (3,32)	22,11 (4,27)	19,4 (3,06)	
	Alta	7,15 (1,81)	21,38 (2,83)	24,11 (3,95)	19,10 (2,92)	21,25 (3,04)	22,45 (4)	19,23 (3,32)	
TIPO GESTIÓN	Directa	7,06 (1,8)	21,31 (2,82)	24,15 (3,89)	19,04 (2,95)	21,17 (3,04)	22,43 (4,07)	19,34 (3,19)	
	Indirecta	7,29 (1,78)	21,23 (2,97)	23,34 (4,44)	18,83 (3,28)	21,31 (3,37)	21,66 (4,08)	18,99 (3,56)	
TIPO DE UNIDAD	Adultos	M	7,03 (1,67)	21,31 (2,83)	24,29 (4,04)	19,19 (2,86)	21,1 (3,31)	22,17 (4,25)	19,32 (3,31)
		Q	6,93 (1,76)	21,18 (2,94)	23,9 (3,92)	19,06 (3,22)	20,72 (3,04)	22,09 (3,76)	19,59 (3,13)
		Mx	7 (1,78)	21,11 (2,87)	24,06 (3,94)	19,14 (3,19)	20,96 (3,35)	21,94 (4,05)	19,06 (3,12)
		UCI	7,38 (1,99)	21,58 (2,81)	24,16 (3,77)	18,87 (3,01)	21,61 (2,8)	22,92 (3,91)	19,44 (3,11)
	Pediátrica	M	6,71 (1,54)	21,25 (2,69)	23,36 (4,4)	19,25 (2,37)	21,5 (2,89)	21,82 (4,34)	19,54 (3,93)
		Q	5,75 (1,58)	19,25 (2,71)	22,13 (3,31)	18,25 (1,67)	19,75 (1,98)	21,75 (4,03)	18,75 (5,01)
		Mx	7,35 (2,07)	20,68 (3,17)	23,09 (5,05)	17,91 (3,81)	20,79 (3,22)	22,79 (5,23)	18,94 (3,92)
		UCI	7,25 (1,63)	21,79 (2,43)	24,35 (3,54)	19,11 (2,35)	21,96 (2,53)	22,53 (3,63)	18,81 (2,73)

DE: Desviación estándar; M: unidad médicas; Qx: unidad quirúrgica; Mx: unidad mixta (médica y quirúrgica); UCI: unidad de Cuidados Intensivos

En la comparación por tamaño, complejidad y tipo de gestión del hospital no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de los factores de la encuesta de Actitudes hacia la investigación. Tampoco hubo

diferencias en las medias obtenidas en los factores de la encuesta de Actitudes según las unidades fueran de adultos o pediátricas.

**Tabla 21.** Puntuación total del cuestionario de actitudes hacia la investigación según la clasificación del hospital.

CLASIFICACION HOSPITAL		PUNTUACIÓN TOTAL	
		Media (DE)	
TAMAÑO HOSPITAL	<200	133,83 (12,83)	
	200-500	132,50 (17,10)	
	501-100	135,11 (16,95)	
	>1000	133,77 (16,10)	
COMPLEJIDAD	Baja	133,83 (12,83)	
	Media	132,85 (16,75)	
	Alta	134,45 (16,49)	
TIPO GESTIÓN	Directa	134,22 (16,31)	
	Indirecta	132,71 (17,12)	
TIPO DE UNIDAD	Adultos	M	134,01 (16,34)
		Q	133,15 (17,07)
		Mx	133,12 (16,27)
		UCI	135,84 (15,42)
	Pediátrica	M	133,14 (17,09)
		Q	125,88 (12,17)
		Mx	131,44 (21,40)
		UCI	135,72 (15,11)

DE: Desviación estándar; M: unidad médicas; Qx: unidad quirúrgica; Mx: unidad mixta (médica y quirúrgica); UCI: unidad de Cuidados Intensivos

En la Tabla 21 se pueden consultar los valores de la puntuación total de la escala para la clasificación de los hospitales por tamaño, complejidad, tipo de gestión y tipo de unidades de trabajo. En la comparación según las diferentes clasificaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.



## 6.5. Cuestionario de Entorno laboral PES-NWI

**Tabla 22.** Entorno laboral de la muestra, medido con el PES-NWI.

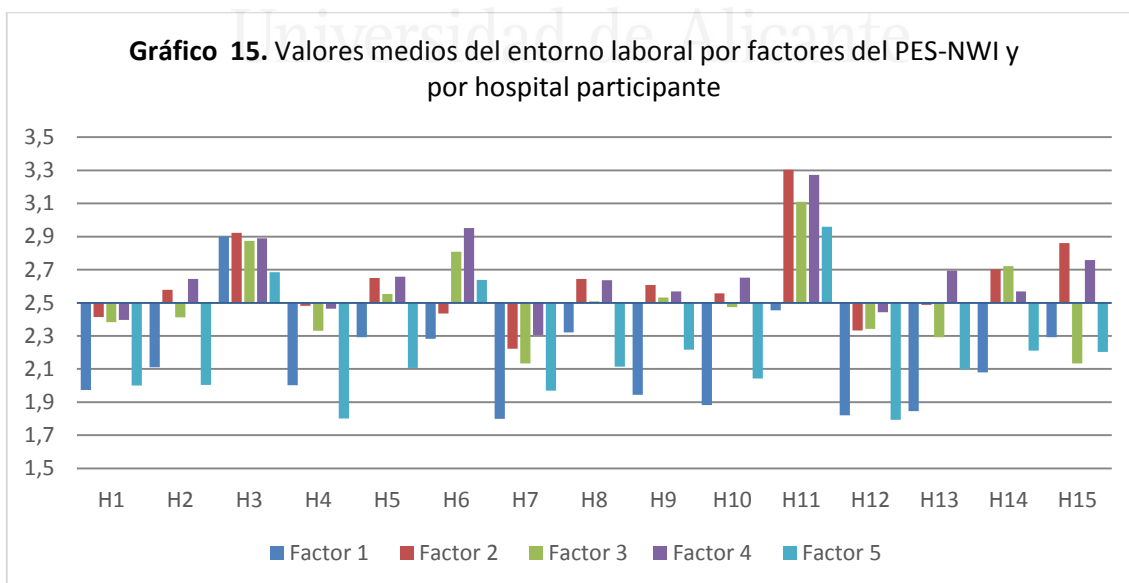
Entorno laboral PES-NWI (Escala 1-4)	N	Media (DE)
<b>Factor 1: Dotación y adecuación de recursos</b>	<b>707</b>	<b>2,12 (0,80)</b>
Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras	706	2,23 (0,95)
Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes	706	2,02 (1,03)
Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo	706	1,98 (0,99)
Existen servicios de apoyo* adecuados que me permiten pasar tiempo con mis pacientes	707	2,26 (1,00)
<b>Factor 2: Relaciones laborales enfermera-médico</b>	<b>707</b>	<b>2,59 (0,71)</b>
Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral	706	2,95 (0,81)
Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos	706	2,37 (0,91)
Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos	707	2,45 (0,85)
<b>Factor 3: Habilidad, liderazgo y apoyo por parte de sus responsables</b>	<b>707</b>	<b>2,48 (0,77)</b>
Las supervisoras apoyan a las enfermeras	706	2,84 (0,91)
La supervisora es una buena gestora y líder	706	2,48 (1,00)
Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho	706	1,97 (0,95)
La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico	707	2,69 (0,93)
Las supervisoras utilizan los errores como oportunidades para aprender, no como crítica	707	2,40 (0,94)
<b>Factor 4: Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad</b>	<b>707</b>	<b>2,62 (0,59)</b>
Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para las enfermeras	706	2,82 (0,88)
La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad	705	2,84 (1,06)
Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente	705	2,52 (0,93)
Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes	707	3,22 (0,72)
Existe un programa activo de garantía de la calidad	705	2,51 (0,88)
Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación	707	2,07 (1,00)
Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en un modelo médico	707	2,82 (0,87)
Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes	707	2,47 (1,05)
Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados (p. ej. la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días)	707	2,66 (0,95)
Se utilizan los diagnósticos de enfermería	707	2,26 (1,02)
<b>Factor 5: Participación de la Enfermería en cuestiones del hospital</b>	<b>707</b>	<b>2,10 (0,67)</b>
Hay oportunidades de promoción a nivel clínico y profesional para las enfermeras	706	2,01 (0,96)
Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital	706	1,69 (0,95)
El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal	706	1,78 (0,93)
El/la directora/a de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución	701	2,27 (0,95)
Hay oportunidades de ascender	707	1,68 (0,87)
La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados	707	1,84 (0,91)
Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.)	707	2,36 (0,85)
Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería	707	2,70 (0,87)
La supervisora consulta al personal sobre los problemas del día a día y los procedimientos	707	2,53 (1,01)

DE: desviación estándar.

El entorno laboral se valoró mediante la versión validada al español del cuestionario “Practice environment Scale del Nursing Work Index (PES-NWI)”. En la Tabla 22 se muestran los valores obtenidos por la muestra del estudio en los ítems del cuestionario y por factores. Los ítems más valorados son “Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes” con una media de 3,22 (DE 0,72), “Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral” con un valor de 2,95 (DE 0,81), “Las supervisoras apoyan a las enfermeras” con 2,84 (DE 0,91) y “La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad” con 2,84 (DE 1,06). Los ítems peor valorados son “Hay oportunidades de ascender” con una media de 1,68 (DE 0,87), “Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital” con 1,69 (DE 0,95) y “El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal” con 1,78 (DE 0,93).

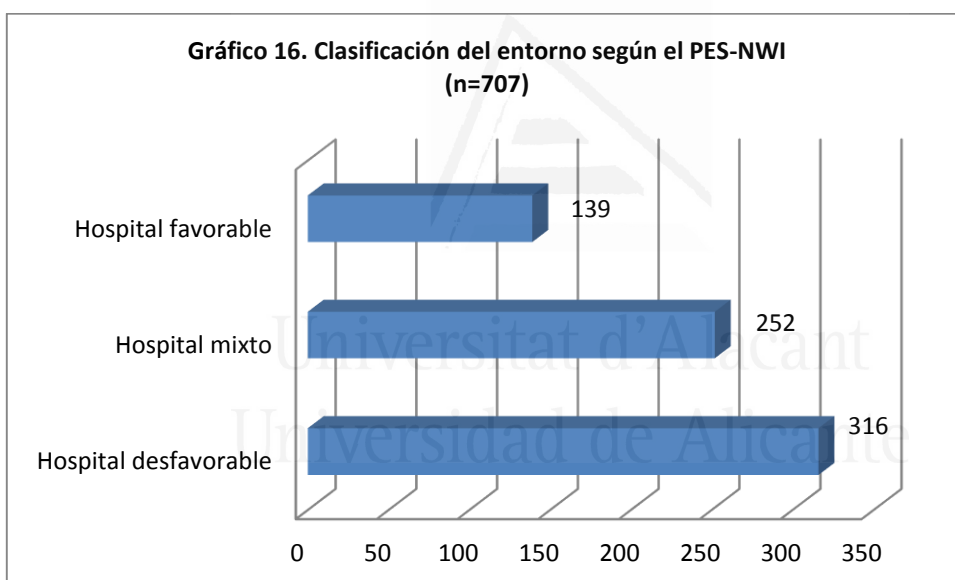
Respecto a los factores del cuestionario, los más valorados son “Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad” con una media de 2,62 (DE 0,59) y “Relaciones laborales enfermera-médico” con 2,59 (DE 0,71). El factor con una peor valoración fue “Participación de la Enfermería en cuestiones del hospital” con 2,10 (DE 0,67).

**Gráfico 15.** Valores medios del entorno laboral por factores del PES-NWI y por hospital participante



En el Gráfico 15 podemos observar las medias obtenidas en los 5 factores por los hospitales participantes. Si tenemos en cuenta las valoraciones medias de los factores de cada hospital participante podemos realizar una clasificación según el entorno laboral. De manera que el hospital tendrá un entorno favorable si al menos 4 de las 5 subescalas obtiene una puntuación media por encima de 2,5. El entorno será mixto si 2 ó 3 subescalas obtienen una puntuación media por encima de 2,5. Y el entorno será desfavorable si una o ninguna subescala obtiene una puntuación media por encima de 2,5.

Según esta clasificación los hospitales H3 y H11 obtuvieron puntuaciones de entorno favorable, los hospitales H2, H5, H6, H8, H9, H10, H14 y H15 se clasificaron como entorno mixto y los hospitales H1, H4, H7, H12 y H13 como entorno desfavorable.



En el Gráfico 16 se puede observar la clasificación del entorno según las puntuaciones otorgadas por los profesionales encuestados en el PES-NWI. Un 44,6% (316) de la muestra evalúa su entorno como desfavorable, un 35,5 (252) mixto y un 19,6% (139) como favorable. Se encontraron diferencias en esta clasificación en función del tamaño del hospital ( $\chi^2= 13,25$ ;  $p=0,039$ ), la complejidad ( $\chi^2= 11,32$ ;  $p=0,023$ ), y el tipo de gestión ( $\chi^2= 14,27$ ;  $p=0,001$ ).

**Tabla 23.** Factores del PES-NWI según la clasificación de los hospitales por tamaño, complejidad, tipo de gestión y según la unidad de trabajo.

CLASIFICACIÓN HOSPITALES	F1	F2	F3	F4	F5
	<i>Media (DE)</i>				
<b>TAMAÑO DEL HOSPITAL</b>					
<200	2,24 (0,63)	2,90 (0,71)	2,54 (0,80)	2,87 (0,58)	2,39 (0,73)*
200-500	2,28 (0,84)	2,54 (0,69)	2,58 (0,71)	2,65 (0,57)	2,33 (0,63)*
501-100	2,02 (0,83)	2,60 (0,73)	2,51 (0,80)	2,63 (0,60)	2,13 (0,71)*
>1000	2,14 (0,76)	2,57 (0,71)	2,42 (0,76)	2,58 (0,59)	1,97 (0,62)*
<b>COMPLEJIDAD</b>					
Baja	2,24 (0,63)	2,90 (0,71)	2,54 (0,80)	2,87 (0,58)	2,39 (0,73)
Media	2,15 (0,84)	2,55 (0,70)	2,54 (0,74)	2,64 (0,58)	2,26 (0,66)
Alta	2,11 (0,79)	2,58 (0,72)	2,45 (0,78)	2,60 (0,59)	2,02 (0,66)
<b>TIPO DE GESTIÓN</b>					
Directa	2,29 (0,93)	2,77 (0,84)	2,68 (0,80)	2,81 (0,62)	2,37 (0,80)
Indirecta	2,10 (0,77)	2,56 (0,69)	2,45 (0,76)	2,59 (0,58)	2,06 (0,64)
<b>TIPO DE UNIDAD DE TRABAJO</b>					
<b>Adultos</b>					
M	2,03 (0,85)	2,62 (0,74)	2,55 (0,75)	2,7 (0,59)	2,18 (0,72)
Q	2,12 (0,76)	2,52 (0,74)	2,61 (0,75)	2,65 (0,56)	2,11 (0,64)
Mx	1,97 (0,75)	2,46 (0,7)	2,59 (0,73)	2,6 (0,61)	2,11 (0,65)
UCI	2,15 (0,79)	2,57 (0,67)	2,24 (0,75)	2,49 (0,55)	1,95 (0,62)
<b>Pediátrica</b>					
M	2,48 (0,76)	2,86 (0,71)	2,69 (0,84)	2,68 (0,68)	2,18 (0,65)
Q	2,66 (0,83)	2,63 (0,92)	2,95 (0,93)	2,86 (0,98)	2,42 (1,01)
Mx	2,51 (0,65)	2,89 (0,66)	2,6 (0,75)	2,74 (0,55)	2,29 (0,67)
UCI	2,19 (0,72)	2,56 (0,67)	2,13 (0,71)	2,54 (0,61)	1,94 (0,63)

DE: Desviación estándar; \*: diferencias estadísticamente significativas  $p < 0,05$ . M: unidad médicas; Qx: unidad quirúrgica; Mx: unidad mixta (médica y quirúrgica); UCI: unidad de Cuidados Intensivos

En la Tabla 23 se detallan los valores medios obtenidos en los factores del cuestionario PES-NWI por la clasificación de los hospitales según su tamaño, complejidad, tipo de gestión y por tipo de unidad de trabajo.

Realizando comparaciones múltiples a través del estadístico post hoc de Bonferroni (ANOVA de un factor) según el tamaño del hospital, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las medias obtenidas en el factor 1 “Dotación y adecuación de recursos” entre los hospitales de 200-500 camas y los de 501-1000 camas ( $F=3,04$ ;  $p=0,029$ ). También se han encontrado diferencias significativas en el factor 5 “Participación de la

*Enfermería en cuestiones del hospital* entre los hospitales de >1000 camas y el resto: < 200 camas (F=10,78; p=0,006); 200-500 camas (F=10,78; p<0,001); y de 501-1000 camas (F=10,78; p=0,020).

Respecto a la complejidad del hospital, las diferencias estadísticamente significativas se encontraron entre los hospitales de baja y media complejidad en el factor F2 *“Relaciones laborales enfermera-médico”* (F=3,12; p=0,042). Por otro lado los hospitales de baja complejidad y los de alta complejidad fueron diferentes en el factor F4 *“Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad”* (F=3,36; p=0,037) y el factor F5 *“Participación de la Enfermería en cuestiones del hospital”* (F=11,14; p=0,011).

Si consideramos el tipo de gestión las diferencias entre la gestión directa y la indirecta son significativas para los factores F2 *“Relaciones laborales enfermera-médico”* (t= 2,26; p=0,026), F3 Habilidad, liderazgo y apoyo por parte de sus responsables, (t= 2,62; p=0,009), F 4 *“Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad”* (t= 3,24; p=0,01) y F 5 *“Participación de la Enfermería en cuestiones del hospital”* (t= 3,55; p=0,001).

Respecto al tipo de unidad de trabajo, las unidades de adultos y las pediátricas se mostraron diferentes de forma significativa en los factores F1 *“Dotación y adecuación de recursos”* (t= 3,92; p<0,001) y F2 *“Relaciones laborales enfermera-médico”* (t= 2,31; p=0,021).

## 6.6. Contexto según el modelo de PARISH

Para crear diferentes niveles de contexto se utilizó el modelo PARISH seleccionando 2 ítems del PES-NWI y añadiendo uno más del NWI. Los ítems seleccionados fueron:

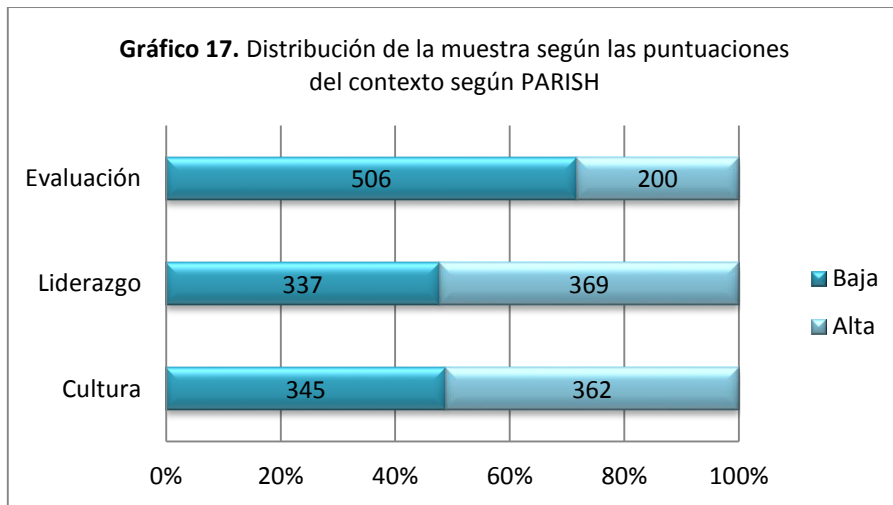
- Cultura: “libertad para toma decisiones importantes sobre el trabajo y el cuidado de los pacientes”;
- Liderazgo “La supervisora es buena gestora y líder”; y
- Evaluación “Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho”.

Estos ítems fueron valorados en una escala Likert de 4 puntos (1=totalmente en desacuerdo; 2= de alguna manera en desacuerdo; 3= de alguna manera de acuerdo; 4= totalmente de acuerdo). Los casos se dividieron agrupados por las respuestas 1 y 2 (contexto bajo) y por las respuestas 3 y 4 (contexto alto), según las puntuaciones de cada uno de los ítems. Posteriormente se elaboraron 4 grupos:

- Contexto adecuado: puntuaciones altas (3 y 4) en todos los ítems
- Contexto moderadamente adecuado: puntuaciones altas (3 y 4) en 2 de los ítems.
- Contexto moderadamente inadecuado: puntuaciones bajas (1 y 2) en 2 de los ítems.
- Contexto inadecuado: puntuaciones baja (1 y 2) en todos los ítems.

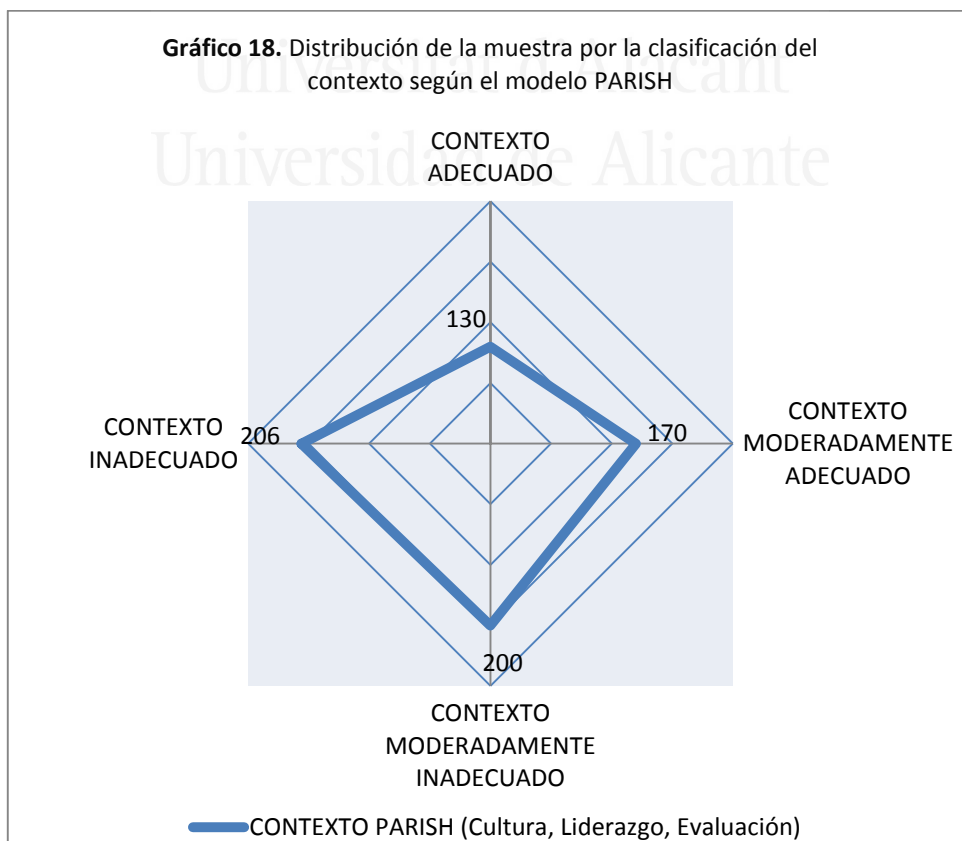
En el Gráfico 17 se muestran las puntuaciones de la muestra según esta clasificación en cada uno de los ítems.

## RESULTADOS



Alta: puntuaciones de los ítems en valores 3 y 4; Baja: puntuaciones de los ítems en valores 1 y 2.

El 29,06% (206) clasifica el contexto como inadecuado, un 28,21% (200) moderadamente inadecuado y un 23,98% (170) y 18,34% (130) lo clasifica como un contexto moderadamente adecuado y adecuado, respectivamente (Gráfico 18)



## 6.7. Comprobación de hipótesis: Utilización de la investigación y características individuales

La hipótesis que se pone a prueba en este análisis es “La utilización de la investigación se relaciona con las características individuales de los profesionales y con sus actitudes hacia la investigación”

**Tabla 24.** Correlaciones entre los factores individuales y la utilización de la investigación.

FACTORES INDIVIDUALES	UTILIZACIÓN DIRECTA	UTILIZACIÓN INDIRECTA	UTILIZACIÓN PERSUASIVA	UTILIZACIÓN AJUSTADA
<i>Coefficiente de correlación de Pearson (p valor)</i>				
Edad	0,079 (0,037)*	-0,054 (0,15)	0,011 (0,775)	-0,011 (0,762)
Años trabajados	0,092 (0,014)*	-0,04 (0,291)	-0,002 (0,966)	-0,018 (0,63)
Años en el centro	0,072 (0,055)	-0,042 (0,265)	-0,008 (0,825)	-0,021 (0,576)
Nº congresos	0,042 (0,262)	0,112 (0,003)*	0,137 (<0,001)*	0,199 (<0,001)*
Nº ponencias/poster	0,055 (0,146)	0,051 (0,174)	0,100 (0,008)*	0,088 (0,019)*
Nº artículos	0,170 (<0,001)*	0,154 (<0,001)*	0,180 (<0,001)*	0,304 (<0,001)*
Actitud	-0,075 (0,046)*	0,031 (0,405)	0,037 (0,326)	-0,024 (0,531)
Autoridad	-0,075 (0,046)*	0,031 (0,405)	0,037 (0,326)	-0,024 (0,531)
<b>Actuar contra Creencias cuando contradice los que aprendiste...</b>				
Antes Escuela	0,179 (<0,001)*	0,184 (<0,001)*	0,180 (<0,001)*	0,258 (<0,001)*
Durante Escuela	0,215 (<0,001)*	0,124 (0,001)*	0,222 (<0,001)*	0,292 (<0,001)*
En el trabajo	0,182 (<0,001)*	0,091 (0,015)*	0,173 (<0,001)*	0,220 (<0,001)*

\*: Correlación estadísticamente significativa  $p < 0,05$

De las características individuales incluidas en este estudio, la edad se relacionó de forma significativa únicamente con la utilización directa de la investigación. El número de congresos se relacionó con todas las formas de



utilización de la investigación excepto con la utilización directa. El número de artículos publicados obtuvo relaciones significativas con todas las formas de utilización de la investigación, siendo la correlación con la utilización general ajustada de 0,30 ( $p < 0,001$ ) medida con el coeficiente  $r$  de Pearson. Por otro lado, actuar en contra de las creencias cuando contradice lo aprendido, tanto antes de la escuela de enfermería, durante, como en el trabajo, se relacionó también con todas las formas de utilización de la investigación con  $r$  Pearson entre 0,22-0,29 ( $p < 0,001$ ). Estos datos pueden consultarse de forma más detallada en la Tabla 24.

**Tabla 25.** Factores individuales relacionados con la utilización ajustada de la investigación.

FACTORES INDIVIDUALES		UTILIZACIÓN GENERAL AJUSTADA	
		Media (DE)	Estadístico (p valor)
Sexo	Femenino	3,06 (0,70)	t=3,181 (0,002)
	Masculino	2,87 (0,66)	
Horas formación continuada	Ninguna <sup>1</sup>	2,48 (0,74) <sup>3,4</sup>	F=14,67 (0,002) <sup>1,3</sup> (<0,001) <sup>1,4</sup> (<0,001) <sup>2,3</sup> (<0,001) <sup>2,4</sup>
	<40 <sup>2</sup>	2,76 (0,73) <sup>3,4</sup>	
	40-150 <sup>3</sup>	3,07 (0,64) <sup>1,2</sup>	
	>150 <sup>4</sup>	3,17 (0,69) <sup>1,2</sup>	

DE: Desviación estándar; t= t Student; F: ANOVA de un factor (post hoc Bonferroni); p valor estadísticamente significativo <0,05

**Tabla 26.** Factores individuales relacionados con la utilización directa de la investigación.

FACTORES INDIVIDUALES		UTILIZACIÓN DIRECTA	
		Media (DE)	Estadístico (p valor)
Sexo	Femenino	3,48 (0,94)	t=3,181 (0,002)
	Masculino	3,16 (0,97)	
Horas formación continuada	Ninguna <sup>1</sup>	2,78 (1,06) <sup>3,4</sup>	F=54,21; (0,013) <sup>1,3</sup> (0,013) <sup>1,4</sup>
	<40 <sup>2</sup>	3,31 (1,01)	
	40-150 <sup>3</sup>	3,48 (0,91) <sup>1</sup>	
	>150 <sup>4</sup>	3,49 (0,95) <sup>1</sup>	

DE: Desviación estándar; t= t Student; F: ANOVA de un factor (post hoc Bonferroni); p valor estadísticamente significativo <0,05

RESULTADOS

El sexo se mostró relacionado de manera significativa con la utilización general ajustada (Tabla 25), la utilización directa (Tabla 26) y la indirecta (Tabla 27). También las horas de formación continuada se han relacionado con el uso general ajustado (Tabla 25), el directo (Tabla 26) y el indirecto (Tabla 27) de la investigación, no siendo así para las horas de formación en investigación.

**Tabla 27.** Factores individuales relacionados con la utilización indirecta de la investigación.

FACTORES INDIVIDUALES		UTILIZACIÓN INDIRECTA	
		Media (DE)	Estadístico (p valor)
Sexo	Femenino	3,37 (0,88)	t=3,331 (0,001)
	Masculino	3,06 (0,88)	
Horas formación continuada	Ninguna <sup>1</sup>	2,89 (0,96)	F=5,25 (0,005) <sup>1,4</sup>
	<40 <sup>2</sup>	3,13 (0,9) <sup>4</sup>	
	40-150 <sup>3</sup>	3,34 (0,86)	
	>150 <sup>4</sup>	3,45 (0,88) <sup>1</sup>	

DE: Desviación estándar; t= t Student; F: ANOVA de un factor (post hoc Bonferroni); p valor estadísticamente significativo <0,05

**Tabla 28.** Titulaciones adicionales y su relación con la utilización de la investigación.

FORMACIÓN ADICIONAL (N=709)		UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN				
		DIRECTA	INDIRECTA	PERSUASIVA	GENERAL AJUSTADA	
		Media (DE)/ t Student (p valor)				
Máster enfermería	SI	3,23 (0,89)	3,44 (0,89)	2,89 (0,72)	3,22 (0,63)	t= 2,3 (0,021)
	NO	3,46 (0,96)	3,32 (0,88)	2,82 (0,79)	3,02 (0,70)	
Otras diplomaturas/g rado	SI	3,05 (1,02)	3,03 (0,99)	2,59 (0,82)	2,87 (0,83)	t= -3,2 (0,001)
	NO	3,47 (0,94)	3,35 (0,87)	2,84 (0,78)	3,05 (0,68)	
Otras licenciaturas/M áster	SI	3,65 (0,81)	3,58 (0,70)	3,10 (0,77)	3,24 (0,70)	t= 2,61 (0,011)
	NO	3,42 (0,96)	3,31 (0,89)	2,80 (0,78)	3,02 (0,69)	
Otros	SI	3,49 (0,94)	3,35 (0,95)	2,9 (0,76)	3,14 (0,73)	t= 2,31 (0,021)
	NO	3,42 (0,96)	3,32 (0,86)	2,8 (0,79)	3,00 (0,68)	
Ninguna adicional	SI	3,46 (0,96)	3,33 (0,86)	2,79 (0,79)	2,98 (0,67)	t= 2,11 (0,035)
	NO	3,41 (0,95)	3,33 (0,9)	2,86 (0,78)	3,09 (0,72)	

DE: Desviación estándar; t: estadístico t Student; Significación estadística p<0,05

En la tabla 28 se pueden observar las titulaciones adicionales y su relación con la utilización de la investigación. Tener un máster de enfermería se relaciona con una mayor utilización general ( $t=2,3$ ;  $p=0,021$ ). Tener otras licenciatura o máster se relaciona con un mayor uso indirecto ( $t=2,61$ ;  $p=0,011$ ) persuasivo ( $t=2,62$ ;  $p=0,009$ ) y general ( $t=2,25$ ;  $p=0,025$ ) de la investigación. Sin embargo tener otras diplomaturas/grado se relaciona con una menor utilización directa ( $t=-3,2$ ;  $p=0,001$ ), indirecta ( $t=-2,66$ ;  $p=0,008$ ) y persuasiva ( $t=2,41$ ;  $p=0,016$ ).

### 6.7.1. Lectura de revistas y utilización de la investigación

En cuanto a los hábitos de lectura de la muestra y su relación con la utilización de la investigación se han agrupado las categorías de frecuencia de lectura del cuestionario para clasificar los hábitos de lectura la muestra en hábito bajo de lectura (categorías nunca y una vez al año), hábito medio (categorías 2-4 y 5-7 veces al año) y hábito alto (categorías 8-10 y >10 veces al año). Según esta clasificación se han realizado comparaciones de los hábitos de lectura con todos los tipos de utilización de la investigación (Tablas 28, 29, 30 y 31)

Se han comparado las medias de utilización de la investigación entre los diferentes hábitos de lectura mediante ANOVA de un factor y comparaciones post hoc con el estadístico de Bonferroni para identificar los grupos relacionados entre sí.

Respecto a la utilización directa de la investigación (Tabla 29), la diferencia de medias entre los hábitos bajos y altos de lectura de revistas españolas de investigación en enfermería, fueron estadísticamente significativas ( $F=5,07$ ;  $p=0,018$ ).

**Tabla 29.** Frecuencia de lectura de revistas y utilización directa de la investigación.

HÁBITOS LECTURA REVISTAS		UTILIZACIÓN DIRECTA	
		Media (DE)	Estadístico (p valor)
Revistas españolas investigación enfermería	Bajo <sup>1</sup>	3,34 (1,03) <sup>3</sup>	F=5,070 (0,018) <sup>1,3</sup>
	Medio <sup>2</sup>	3,51 (0,83)	
	Alto <sup>3</sup>	3,68 (0,92) <sup>1</sup>	
Revistas internacionales investigación enfermería	Bajo	3,4 (0,98)	F=1,14 (0,320)
	Medio	3,54 (0,88)	
	Alto	3,48 (0,85)	
Revistas clínicas nacionales	Bajo	3,4 (0,99)	F=2,32 (0,099)
	Medio	3,44 (0,85)	
	Alto	3,7 (0,91)	
Revistas clínicas internacionales	Bajo	3,42 (0,97)	F=0,54 (0,58)
	Medio	3,51 (0,89)	
	Alto	3,5 (0,9)	

F: ANOVA de un factor (post hoc Bonferoni); p valor estadísticamente significativo <0,05; Bajo (categorías nunca y una vez/año), Medio (categorías 2-4 y 5-7 veces/año) Alto (categorías 8-10 y >10 veces/año).

Teniendo en cuenta la utilización indirecta de la investigación, el hábito bajo de lectura se relaciona con una menor utilización de la investigación de forma indirecta, tanto si lo comparamos con el hábito medio (F=10,85; p=0,013) como con el alto (F=10,85; p<0,001) para las revistas españolas de investigación en enfermería. De la misma manera ocurre para los hábitos de lectura de revistas clínicas nacionales, las diferencias de medias de utilización indirecta de la investigación del hábito bajo con el medio (F=6,79; p=0,014) y el alto (F=6,79; p= 0,016) fueron significativas (Tabla 30).

RESULTADOS

**Tabla 30.** Frecuencia de lectura de revistas y utilización indirecta de la investigación.

HÁBITOS LECTURA REVISTAS		UTILIZACIÓN INDIRECTA	
		Media (DE)	Estadístico (p valor)
Revistas españolas investigación enfermería	Bajo <sup>1</sup>	3,21 (0,93) <sup>2,3</sup>	F=10,85 (0,013) <sup>1,2</sup> (<0,001) <sup>1,3</sup>
	Medio <sup>2</sup>	3,41 (0,8) <sup>1</sup>	
	Alto <sup>3</sup>	3,69 (0,77) <sup>1</sup>	
Revistas internacionales investigación enfermería	Bajo	3,3 (0,9)	F=2,16 (0,116)
	Medio	3,39 (0,84)	
	Alto	3,61 (0,72)	
Revistas clínicas nacionales	Bajo <sup>1</sup>	3,25 (0,88) <sup>2,3</sup>	F=6,79 (0,014) <sup>1,2</sup> (0,016) <sup>1,3</sup>
	Medio <sup>2</sup>	3,47 (0,85) <sup>1</sup>	
	Alto <sup>3</sup>	3,6 (0,84) <sup>1</sup>	
Revistas clínicas internacionales	Bajo	3,31 (0,87)	F=0,85 (0,43)
	Medio	3,38 (0,93)	
	Alto	3,5 (0,94)	

F: ANOVA de un factor (post hoc Bonferoni); p valor estadísticamente significativo <0,05; Bajo (categorías nunca y una vez/año), Medio (categorías 2-4 y 5-7 veces/año) Alto (categorías 8-10 y >10 veces/año).

**Tabla 31.** Frecuencia de lectura de revistas y utilización indirecta de la investigación.

HÁBITOS LECTURA REVISTAS		UTILIZACIÓN PERSUASIVA	
		Media (DE)	Estadístico (p valor)
Revistas nacionales investigación enfermería	Bajo <sup>1</sup>	2,65 (0,8) <sup>2,3</sup>	F=21,35 (<0,001) <sup>1,2</sup> (<0,001) <sup>1,3</sup>
	Medio <sup>2</sup>	2,98 (0,69) <sup>1</sup>	
	Alto <sup>3</sup>	3,14 (0,76) <sup>1</sup>	
Revistas internacionales investigación enfermería	Bajo <sup>1</sup>	2,77 (0,79) <sup>2</sup>	F=4,24 (0,043) <sup>1,2</sup>
	Medio <sup>2</sup>	2,96 (0,71) <sup>1</sup>	
	Alto <sup>3</sup>	3,03 (0,87)	
Revistas clínicas nacionales	Bajo <sup>1</sup>	2,72 (0,79) <sup>2,3</sup>	F=12,70 (<0,001) <sup>1,2</sup> (0,002) <sup>1,3</sup>
	Medio <sup>2</sup>	3,01 (0,76) <sup>1</sup>	
	Alto <sup>3</sup>	3,09 (0,63) <sup>1</sup>	
Revistas clínicas internacionales	Bajo <sup>1</sup>	2,78 (0,78) <sup>3</sup>	F= 5,60 (0,006)
	Medio <sup>2</sup>	2,91 (0,76)	
	Alto <sup>3</sup>	3,23 (0,73) <sup>1</sup>	

F: ANOVA de un factor (post hoc Bonferoni); p valor estadísticamente significativo <0,05; Bajo (categorías nunca y una vez/año), Medio (categorías 2-4 y 5-7 veces/año) Alto (categorías 8-10 y >10 veces/año).

En la utilización persuasiva (Tabla 31) se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los hábitos bajos y altos para las revistas españolas ( $F=21,35$ ;  $p<0,001$ ) de investigación y para las revistas clínicas españolas ( $F=12,70$ ;  $p=0,002$ ) e internaciones ( $F=5,6$ ;  $p=0,006$ ).

Respecto a la utilización general ajustada las medias del hábito bajo de lectura obtuvo diferencias significativas con el medio y el alto para las revistas de investigación españolas e internacionales y para las clínicas españolas e internacionales (Tabla 32).

**Tabla 32.** Frecuencia de lectura de revistas y utilización indirecta de la investigación.

HÁBITOS LECTURA REVISTAS		UTILIZACIÓN GENERAL AJUSTADA	
		Media (DE)	Estadístico (p valor)
Revistas nacionales investigación enfermería	Bajo <sup>1</sup>	2,86 (0,74) <sup>2,3</sup>	F=32,52 ( $<0,001$ ) <sup>1,2</sup> ( $<0,001$ ) <sup>1,3</sup> (0,020) <sup>2,3</sup>
	Medio <sup>2</sup>	3,19 (0,54) <sup>1,3</sup>	
	Alto <sup>3</sup>	3,43 (0,68) <sup>1,2</sup>	
Revistas internacionales investigación enfermería	Bajo <sup>1</sup>	2,96 (0,71) <sup>2,3</sup>	F=15,50 ( $<0,001$ ) <sup>1,2</sup> (0,001) <sup>1,3</sup>
	Medio <sup>2</sup>	3,26 (0,58) <sup>1</sup>	
	Alto <sup>3</sup>	3,41 (0,64) <sup>1</sup>	
Revistas clínicas nacionales	Bajo <sup>1</sup>	2,95 (0,72) <sup>2,3</sup>	F=32,52 (0,005) <sup>1,2</sup> ( $<0,001$ ) <sup>1,3</sup> (0,043) <sup>2,3</sup>
	Medio <sup>2</sup>	3,14 (0,6) <sup>1,3</sup>	
	Alto <sup>3</sup>	3,41 (0,65) <sup>1,2</sup>	
Revistas clínicas internacionales	Bajo <sup>1</sup>	2,99 (0,71) <sup>2,3</sup>	F= 8,968 (0,010) <sup>1,2</sup> (0,003) <sup>1,3</sup>
	Medio <sup>2</sup>	3,2 (0,61) <sup>1</sup>	
	Alto <sup>3</sup>	3,41 (0,6) <sup>1</sup>	

F: ANOVA de un factor (post hoc Bonferoni); p valor estadísticamente significativo  $<0,05$ ; Bajo (categorías nunca y una vez/año), Medio (categorías 2-4 y 5-7 veces/año) Alto (categorías 8-10 y  $>10$  veces/año).

Las características individuales como son el estado civil y el lugar donde cursó los estudios no se mostraron estadísticamente significativas con la utilización de la investigación en ninguno de sus tipos. Tampoco se encontraron diferencias con la formación en investigación.

### 6.7.2. Utilización de la investigación y Actitudes hacia la investigación

**Tabla 33.** Correlaciones entre las los factores del cuestionario de actitudes hacia la investigación y la utilización de la investigación por los profesionales.

FACTORES ACTITUDES	UTILIZACIÓN DIRECTA	UTILIZACIÓN INDIRECTA	UTILIZACIÓN PERSUASIVA	UTILIZACIÓN AJUSTADA
<i>Coefficiente de correlación de Pearson (p valor)</i>				
<b>Factor 1</b>	0,062 (0,098)	0,006 (0,88)	0,063 (0,094)	0,124 (0,001)*
<b>Factor 2</b>	0,118 (0,002)*	0,152 (<0,001)*	0,132 (<0,001)*	0,222 (<0,001)*
<b>Factor 3</b>	0,096 (0,01)*	0,136 (<0,001)*	0,132 (<0,001)*	0,282 (<0,001)*
<b>Factor 4</b>	0,089 (0,17)*	0,163 (<0,001)	0,155 (<0,001)*	0,220 (<0,001)*
<b>Factor 5</b>	0,162 (<0,001)*	0,190 (<0,001)*	0,115 (<0,001)*	0,278 (<0,001)*
<b>Factor 6</b>	0,063 (0,092)	0,150 (<0,001)*	0,184 (<0,001)*	0,292 (<0,001)*
<b>Factor 7</b>	0,025 (0,499)	0,115 (0,002)*	0,129 (0,001)*	0,206 (<0,001)*
<b>Puntuación total</b>	0,119 (0,002)*	0,183 (<0,001)*	0,180 (<0,001)*	0,325 (<0,001)*

\*: Correlación estadísticamente significativa  $p < 0,05$ .

Si tenemos en cuenta los valores de los factores de la encuesta de actitudes (Tabla 33) y su relación con la utilización de la investigación, las correlaciones con  $r$  Pearson son todas positivas. Todos los factores y la puntuación global de la encuesta se correlacionan de forma significativa con la utilización general ajustada de la investigación. Respecto a la puntuación global de la encuesta, una mayor puntuación se relaciona de manera significativa con todos los tipos de utilización de la investigación. La correlación con la utilización general ajustada obtuvo un coeficiente  $r=0,325$  ( $p < 0,001$ ).

El factor 1 “*Lenguaje de las publicaciones científicas*” no se relacionó de manera significativa con la utilización directa ( $r=0,062$ ;  $p=0,098$ ), indirecta ( $r=0,063$ ;  $p=0,094$ ) o persuasiva ( $r=0,006$ ;  $p=0,88$ ).

RESULTADOS

**Tabla 34.** Relación entre los ítems de la escala de Actitudes hacia la investigación y utilización de la investigación.

Actitudes hacia investigación (Escala 1-5)	UID	UII	UIP	UIG
	Correlación de Pearson (p valor)			
Como profesional de enfermería es necesario saber leer literatura en inglés.	-0,007 (0,855)	0,031 (0,412)	0,056 (0,139)	0,119 (0,001)*
Participar en el desarrollo de los cuidados no contribuye a aumentar las habilidades de los profesionales de enfermería.	0,094 (0,012)*	0,133 (<0,001)*	0,059 (0,118)	0,16 (<0,001)*
Se habla y escribe demasiado sobre investigación y desarrollo de los cuidados de enfermería.	0,063 (0,095)	0,045 (0,233)	0,048 (0,202)	0,077 (0,041)*
Me parece interesante leer artículos científicos sobre cuidados de enfermería.	0,068 (0,071)	0,105 (0,005)*	0,162 (<0,001)*	0,236 (<0,001)*
El profesional de enfermería no necesita conocimientos científicos procedentes de la investigación en el mismo grado que los médicos.	0,118 (0,002)*	0,142 (<0,001)*	0,123 (0,001)*	0,157 (<0,001)*
La investigación sobre los cuidados de enfermería permite un mayor conocimiento de los mismos.	0,087 (0,021)*	0,118 (0,002)*	0,117 (0,002)*	0,207 (<0,001)*
La profesión enfermera es fundamentalmente práctica y no necesita incluir la investigación científica.	0,131 (<0,001)*	0,141 (<0,001)*	0,076 (0,043)*	0,17 (<0,001)*
En el lugar de trabajo (ej. hospital) se debe disponer de literatura científica actualizada sobre cuidados de enfermería.	0,071 (0,059)	0,151 (<0,001)*	0,109 (0,004)*	0,207 (<0,001)*
Los artículos científicos están escritos en un lenguaje demasiado complicado para mí.	0,051 (0,175)	-0,011 (0,768)	0,051 (0,173)	0,127 (0,001)*
No tiene sentido dedicarse a trabajar en el desarrollo de los cuidados de enfermería.	0,101 (0,007)*	0,108 (0,004)*	0,104 (0,006)*	0,186 (<0,001)*
Dentro de la actividad enfermera debería incluirse la participación en el desarrollo de los cuidados.	0,123 (0,001)*	0,14 (<0,001)*	0,094 (0,012)*	0,184 (<0,001)*
No necesitamos profesionales de enfermería investigadores para desarrollar los cuidados; esta actividad se puede realizar desde la práctica enfermera habitual.	0,038 (0,311)	0,081 (0,03)*	0,067 (0,073)	0,119 (0,002)*
Participaría de buen grado en conferencias científicas internacionales.	-0,046 (0,225)	0,06 (0,112)	0,057 (0,132)	0,131 (0,001)*
En los estudios de enfermería existen demasiados contenidos científicos.	0,051 (0,173)	0,021 (0,575)	0,056 (0,137)	0,146 (<0,001)*
La investigación sobre cuidados sólo complica el trabajo de enfermería.	0,059 (0,118)	0,112 (0,003)*	0,094 (0,013)*	0,164 (<0,001)*
Poder disponer de docentes de enfermería en el lugar de trabajo es /sería un recurso para estimular el desarrollo de los cuidados.	0,018 (0,637)	0,059 (0,119)	0,105 (0,005)*	0,105 (0,005)*
La investigación en el campo de los cuidados de enfermería no mejorará el estatus de la profesión.	0,109 (0,004)*	0,079 (0,035)*	0,052 (0,167)	0,164 (<0,001)*
El doctorado debería ser la cualificación exigida, al profesional de enfermería, para ciertos puestos de responsabilidad dentro del campo de los cuidados de enfermería.	-0,049 (0,193)	0,071 (0,06)	0,027 (0,473)	0,074 (0,051)
La formación continuada en investigación o en práctica clínica basada en la evidencia, no me parece importante para mi futuro.	0,117 (0,002)*	0,177 (<0,001)*	0,176 (<0,001)*	0,204 (<0,001)*

UD: utilización directa de la investigación; UI: utilización indirecta de la investigación; UP: utilización persuasiva de la investigación; UG: utilización general ajustada de la investigación.



RESULTADOS

**Tabla 34 (Cont.).** Relación entre los ítems de la escala de Actitudes ante la investigación y utilización de la investigación.

Actitudes hacia investigación (Escala 1-5)	UD	UI	UP	UG
	Correlación de Pearson (p valor)			
Como personal de enfermería, tengo suficientes posibilidades para influir en los cuidados de enfermería sin necesitar conocimientos de investigación.	0,031 (0,413)	0,156 (<0,001)*	0,108 (0,004)*	0,131 (<0,001)*
En la investigación sobre los cuidados de enfermería, se emplea un lenguaje demasiado complicado.	0,06 (0,113)	0,022 (0,557)	0,075 (0,047)*	0,103 (0,006)*
En la práctica clínica deberíamos tener más personal de enfermería con estudios de investigación.	-0,013 (0,727)	0,062 (0,097)	0,09 (0,017)*	0,174 (<0,001)*
El hecho de participar en investigación no contribuye a una mayor eficacia de la profesión enfermera.	0,019 (0,606)	0,067 (0,076)	0,143 (<0,001)*	0,159 (<0,001)*
Los resultados obtenidos de la investigación sobre los cuidados de enfermería, deberían tener más difusión entre los profesionales enfermeros para su uso en la práctica clínica.	0,152 (<0,001)*	0,15 (<0,001)*	0,126 (0,001)*	0,277 (<0,001)*
La investigación sobre los cuidados de enfermería es necesaria para mi desarrollo profesional.	0,117 (0,002)*	0,158 (<0,001)*	0,138 (<0,001)*	0,325 (<0,001)*
Es utópico pensar que se pueden aplicar los resultados de investigación en la práctica clínica.	0,065 (0,084)	0,154 (<0,001)*	0,079 (0,035)*	0,172 (<0,001)*
La participación en actividades de investigación debería incluirse dentro del trabajo enfermero.	0,033 (0,386)	0,047 (0,209)	0,087 (0,02)*	0,151 (<0,001)*
Las habilidades y destrezas en la profesión enfermera se alcanzan, sobre todo, mediante una larga experiencia práctica.	-0,016 (0,663)	-0,021 (0,576)	0,008 (0,841)	0,036 (0,345)
No suelo interesarme en conocer los resultados procedentes de la investigación.	0,138 (<0,001)*	0,168 (<0,001)*	0,203 (<0,001)*	0,274 (<0,001)*
La presencia de estudiantes de enfermería en el lugar de trabajo es /sería un estímulo para el desarrollo de los cuidados de enfermería.	-0,031 (0,404)	0,055 (0,147)	0,067 (0,077)	0,105 (0,005)*
Es evidente que la profesión enfermera debe asentarse sobre una base científica y sobre la experiencia fiable.	0,174 (<0,001)*	0,181 (<0,001)*	0,175 (<0,001)*	0,274 (<0,001)*
No tiene sentido dedicarme a trabajos de investigación en el campo de los cuidados de enfermería.	0,164 (<0,001)*	0,154 (<0,001)*	0,13 (0,001)*	0,246 (<0,001)*
Los profesionales de enfermería deberían reservar una parte de su actividad profesional para leer informes de investigación.	0,049 (0,193)	0,103 (0,006)*	0,168 (<0,001)*	0,204 (<0,001)*
Es fundamental introducir cambios y probar nuevas ideas dentro de la profesión enfermera.	0,031 (0,403)	0,05 (0,181)	0,144 (<0,001)*	0,2 (<0,001)*
Opino que las preguntas de este formulario tienen importancia.	0,048 (0,201)	0,057 (0,131)	0,09 (0,017)*	0,173 (<0,001)*

UD: utilización directa de la investigación; UI: utilización indirecta de la investigación; UP: utilización persuasiva de la investigación; UG: utilización general ajustada de la investigación.

En relación con los ítems de la encuesta de Actitudes hacia la investigación y su relación con la investigación (teniendo en cuenta que se han invertido las respuestas de los ítems en negativo), los datos se muestran en la Tabla 34. Las correlaciones más altas se obtienen con la utilización general ajustada con los ítems *“La investigación sobre los cuidados de enfermería es necesaria para mi desarrollo profesional”*. ( $r=0,325$ ;  $p<0,001$ ), *“Los resultados obtenidos de la investigación sobre los cuidados de enfermería, deberían tener más difusión entre los profesionales enfermeros para su uso en la práctica clínica”*. ( $r=0,277$ ;  $p<0,001$ ), *“No suelo interesarme en conocer los resultados procedentes de la investigación”*. ( $r=0,274$ ;  $p<0,001$ ) y *“Es evidente que la profesión enfermera debe asentarse sobre una base científica y sobre la experiencia fiable”* ( $r=0,274$ ;  $p<0,001$ ).



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## 6.8. Comprobación de hipótesis: Utilización de la investigación y características organizativas

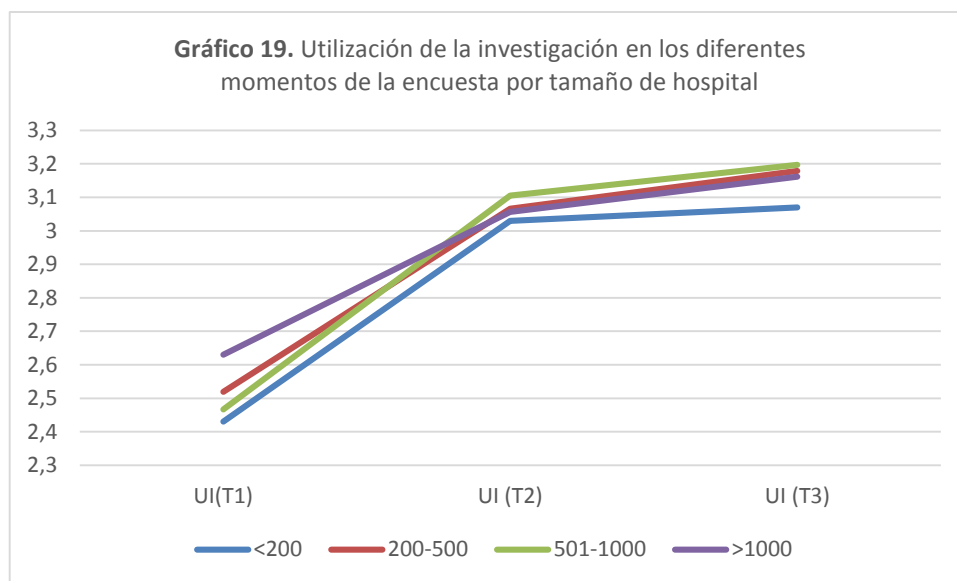
Las hipótesis que se ponen a prueba en este análisis son:

- *“La utilización de la investigación se relaciona con las características de la organización”*
- *“Existe una relación positiva entre las puntuaciones de utilización de la investigación general, directa, indirecta y persuasiva y el contexto descrito según el modelo PARISH (cultura, liderazgo y evaluación)”*

### 6.8.1. Utilización de la investigación y Tamaño del hospital

En el Gráfico 19 se puede observar la distribución de las valoraciones de utilización de la investigación según el tamaño del hospital. Los hospitales pequeños presentan cifras más bajas de utilización general de la investigación en los tres momentos en los que se pregunta en el cuestionario. Sin embargo las diferencias entre los diferentes grupos según el tamaño del hospital no son significativas para ninguna de las valoraciones de la utilización general de la investigación

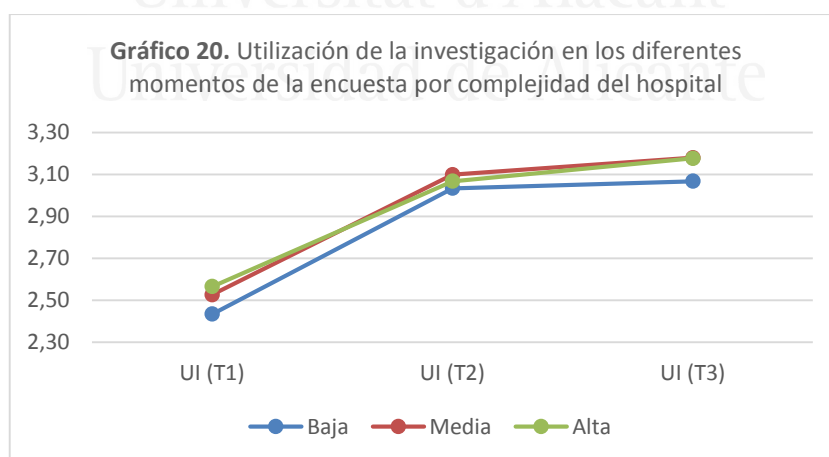
Si realizamos una comparación de la utilización general de la investigación ajustada según las clasificación del tamaño del hospital obtenemos que los hospitales <200 camas presentan una menor puntuación 2,95 (DE 0,79), pero las diferencias no son estadísticamente significativas para la clasificación por tamaño del hospital ( $F= 0,17$ ;  $p= 0,92$ ).



UI T1: pregunta utilización de la investigación momento 1; UI T2: pregunta utilización de la investigación momento 2; UI T3: pregunta utilización de la investigación momento 3

En cuanto a la utilización directa, indirecta y persuasiva las diferencias de medias según el tamaño del hospital tampoco fueron estadísticamente significativas.

### 6.8.2. Utilización de la investigación y Complejidad del hospital



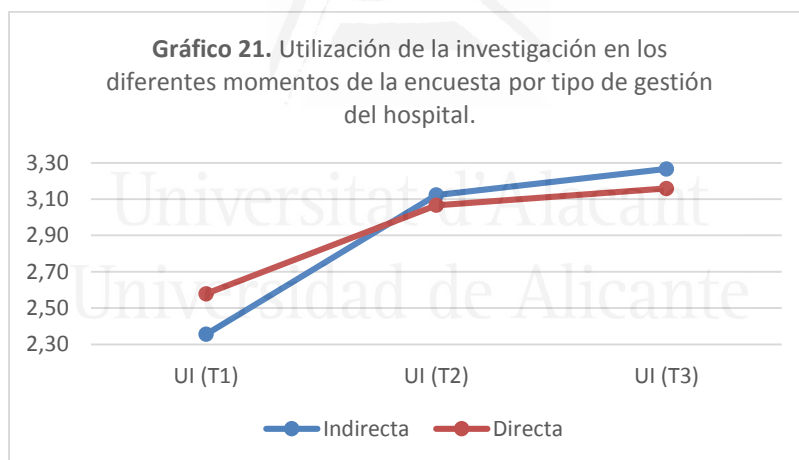
UI T1: pregunta utilización de la investigación momento 1; UI T2: pregunta utilización de la investigación momento 2; UI T3: pregunta utilización de la investigación momento 3.

Si tenemos en cuenta la complejidad del hospital, la diferencia de medias en las preguntas de utilización de la investigación, tanto general, directa, indirecta

como persuasiva no mostró diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo los de complejidad baja muestran valores más bajos de utilización general de la investigación que los de complejidad media y alta (Gráfico 20).

### 6.8.3. Utilización de la investigación y Tipo de gestión del hospital

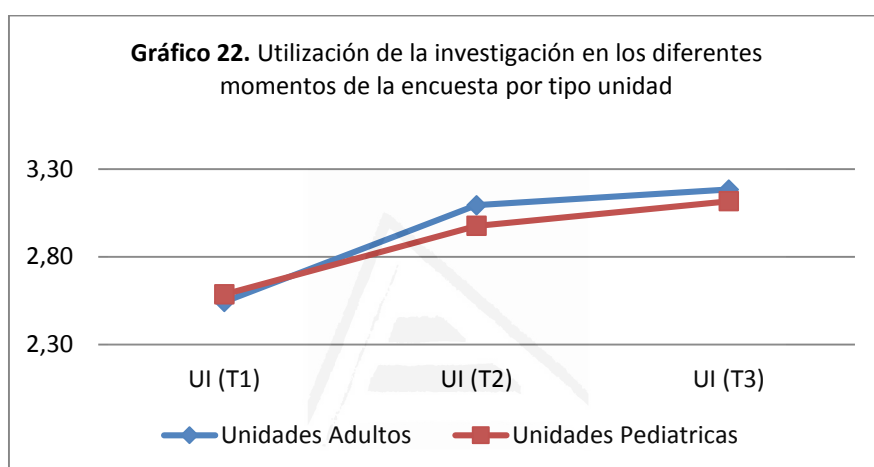
Según el tipo de gestión del hospital se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la pregunta 1 (T1) de utilización general de la investigación ( $t=-2,34$ ;  $p=0,021$ ), no siendo así para T2 y T3 (Gráfico 21), ni para la utilización general ajustada, tampoco para utilización directa, indirecta o persuasiva. Se han encontrado diferencias significativas en las valoraciones de la pregunta: “Cuántas veces has utilizado investigación con la que no hayas hecho nada”, que en los hospitales de gestión directa obtuvo una media de 2,23 (0,94) y en los de gestión indirecta de 2,47 (0,94), ( $t=-2,23$ ;  $p=0,03$ ).



UI T1: pregunta utilización de la investigación momento 1; UI T2: pregunta utilización de la investigación momento 2; UI T3: pregunta utilización de la investigación momento 3.

#### 6.8.4. Utilización de la investigación y Tipo de unidad

La utilización general de la investigación entre las unidades de adultos y pediátricas no mostró diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los momentos en el cuestionario (Gráfico 22). Tampoco fueron significativas las diferencias entre unidades en cuanto a la utilización general ajustada, directa, indirecta o persuasiva.



UI T1: pregunta utilización de la investigación momento 1; UI T2: pregunta utilización de la investigación momento 2; UI T3: pregunta utilización de la investigación momento 3.

#### 6.8.5. Utilización de la investigación y características laborales

Respeto al turno de trabajo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los tipos de utilización de la investigación. Si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la utilización directa y el tipo de contrato (ANOVA de un factor), concretamente mediante el estadístico post hoc de Bonferroni para comparaciones múltiples, se encontró relación entre el contrato fijo y el temporal ( $F=4,52$ ;  $p=0,002$ ) (Tabla 35).

**Tabla 35.** Relación entre el tipo de contrato y la utilización directa de la investigación

CARACTERÍSTICAS LABORALES		UTILIZACIÓN DIRECTA	ESTADÍSTICO (p valor)
Tipo contrato	Fijo <sup>1</sup>	3,57 (0,92) <sup>4</sup>	F=4,52 (0,002) <sup>1,4</sup>
	Indefinido <sup>2</sup>	3,54 (0,91)	
	Interino <sup>3</sup>	3,48 (0,98)	
	Temporal <sup>4</sup>	3,24 (0,97) <sup>1</sup>	

t= t student; F: Anova de un factor (post hoc Bonferoni); p valor estadísticamente significativo <0,05

### 6.8.6. Utilización de la investigación y apoyo de la organización

Todas las correlaciones obtenidas respecto al apoyo de la organización son positivas.

En la tabla 36 se pueden observar las correlaciones mediante r de Pearson entre las puntuaciones otorgadas al apoyo de la organización para el uso de la investigación y la utilización de la investigación. El apoyo de las personas se correlaciona de manera significativa con todos los tipos de utilización de la investigación. Así el apoyo de la supervisora se relaciona con la utilización directa con un coeficiente  $r=0,209$  ( $p<0,001$ ) y con un  $r=0,229$  ( $p<0,001$ ) para la utilización general ajustada de la investigación. Por otro lado el apoyo de los médicos se relaciona con la utilización general ajustada de la investigación con un coeficiente  $r=0,256$  ( $p<0,001$ ). Respecto a los factores organizativos presentes en el trabajo que facilitan la utilización de la investigación encontramos que “enfermeras con conocimientos en investigación” se relaciona de manera significativa con la utilización persuasiva ( $r=0,235$ ;  $p<0,001$ ) y con la utilización general ajustada ( $r=0,279$ ;  $p<0,001$ ).

**Tabla 36.** Correlaciones entre el apoyo de la organización para la utilización de la investigación y los tipos de utilización de la investigación.

APOYO ORGANIZACIÓN USO INVESTIGACIÓN (escala de 1-5)	UTILIZACIÓN DIRECTA	UTILIZACIÓN INDIRECTA	UTILIZACIÓN PERSUASIVA	UTILIZACIÓN AJUSTADA
<i>Coefficiente de correlación de Pearson (p valor)</i>				
<b>En qué grado te apoyan las siguientes personas para utilizar la investigación:</b>				
Otras enfermeras (n=697)	0,166 (<0,001)*	0,182 (<0,001)*	0,134 (<0,001)*	0,218 (<0,001)*
Tu supervisora(n=689)	0,209 (<0,001)*	0,148 (<0,001)*	0,168 (<0,001)*	0,229 (<0,001)*
Dirección enfermería (n=653)	0,196 (<0,001)*	0,138 (<0,001)*	0,155 (<0,001)*	0,205 (<0,001)*
Dirección general (n=641)	0,167 (<0,001)*	0,092 (0,02)*	0,115 (0,004)*	0,173 (<0,001)*
Los médicos (n=672)	0,158 (<0,001)*	0,151 (<0,001)*	0,191 (<0,001)*	0,256 (<0,001)*
Otros profesionales(n=647)	0,141 (<0,001)*	0,128 (0,001)*	0,157 (<0,001)*	0,197 (<0,001)*
<b>Factores organizativos presentes en tu trabajo:</b>				
Enfermeras conocimientos investigación(n=699)	0,174 (<0,001)*	0,174 (<0,001)*	0,235 (<0,001)*	0,279 (<0,001)*
Tiempo remunerado (n=681)	0,067 (0,079)	0,098 (0,011)*	0,13 (0,001)*	0,142 (<0,001)*
Asistencia conferencias (n=691)	0,125 (0,001)*	0,017 (0,655)	0,154 (<0,001)*	0,153 (<0,001)*
Comisión investigación (n=668)	0,086 (0,026)*	0,049 (0,204)	0,104 (0,007)*	0,174 (<0,001)*
Financiación(n=630)	0,024 (0,548)	0,043 (0,277)	0,127 (0,001)*	0,140 (<0,001)*
<b>Importancia de los Factores organizativos:</b>				
Enfermeras conocimientos investigación (n=703)	0,181 (<0,001)*	0,158 (<0,001)*	0,174 (<0,001)*	0,246 (<0,001)*
Tiempo remunerado (n=704)	0,123 (0,001)*	0,074 (0,051)	0,109 (0,004)*	0,144 (<0,001)*
Asistencia conferencias (n=704)	0,107 (0,005)*	0,153 (<0,001)*	0,113 (0,003)*	0,199 (<0,001)*
Comisión investigación (n=699)	0,086 (0,023)*	0,109 (0,004)*	0,140 (<0,001)*	0,201 (<0,001)*
Financiación (n=696)	0,091 (0,016)*	0,079 (0,036)*	0,112 (0,003)*	0,154 (<0,001)*

\*: Correlación estadísticamente significativa p valor <0,05

Respecto a la importancia que los profesionales otorgan a los factores organizativos para utilizar la investigación, “Enfermeras con conocimientos en investigación” y “Existencia de un grupo o comisión para revisar y evaluar investigación” son los factores que se relacionan con mayor fuerza con la utilización de la investigación ( $r=0,246$ ;  $p<0,001$  y  $r=0,201$ ;  $p<0,001$ , respectivamente).



### 6.8.7. Utilización de la investigación y Entorno laboral

**Tabla 37.** Correlaciones entre los factores del cuestionario PES-NWI y los tipos de utilización de la investigación.

FACTORES PES-NWI (escala de 1-5)	UTILIZACIÓN DIRECTA	UTILIZACIÓN INDIRECTA	UTILIZACIÓN PERSUASIVA	UTILIZACIÓN AJUSTADA
<i>Coefficiente de correlación de Pearson (p valor)</i>				
<b>Factor 1: Dotación y adecuación de recursos</b>	0,08 (0,034)*	0,037 (0,324)	0,045 (0,23)	0,058 (0,126)
<b>Factor 2: Relaciones laborales enfermera-médico</b>	0,061 (0,108)	0,062 (0,098)	0,049 (0,193)	0,115 (0,002)*
<b>Factor 3: Habilidad, liderazgo y apoyo por parte de sus responsables</b>	0,143 (<0'001)*	0,054 (0,155)	0,102 (0,007)*	0,114 (0,002)*
<b>Factor 4: Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad</b>	0,172 (<0'001)*	0,078 (0,038)*	0,085 (0,025)*	0,130 (0,001)*
<b>Factor 5: Participación de la Enfermería en cuestiones del hospital</b>	0,107 (0,004)*	0,016 (0,668)	0,042 (0,269)	0,094 (0,013)*

\*: Correlación estadísticamente significativa p valor <0,05

El entorno laboral medido a través del cuestionario PES-NWI y su relación con los tipos de utilización de la investigación se muestran en la Tabla 37. Todas las correlaciones obtenidas son positivas. Todos los factores excepto el Factor 1 “Dotación y adecuación de recursos” se relacionan de manera significativa con la utilización general ajustada de la investigación. El Factor 4 “Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad”, se relaciona significativamente con todos los tipos de utilización de la investigación, obteniendo un  $r=0,172$  ( $p<0'001$ ) para la utilización directa de la investigación.

**Tabla 38.** Relación entre la clasificación de los hospitales según PES-NWI y los tipos de utilización de la investigación.

UTILIZACIÓN INVESTIGACIÓN	CLASIFICACIÓN HOSPITALES PES-NWI			ANOVA (p valor)
	Desfavorable <sup>1</sup>	Mixto <sup>2</sup>	Favorable <sup>3</sup>	
<b>DIRECTA</b>	3,35 (1,00) <sup>3</sup>	3,44 (0,90)	3,6 (0,93) <sup>1</sup>	F= 3,45 (0,027) <sup>1,3</sup>
<b>INDIRECTA</b>	3,28 (0,89)	3,35 (0,89)	3,4 (0,85)	F=0,83 (>0,05)
<b>PERSUASIVA</b>	2,75 (0,77)	2,85 (0,82)	2,94 (0,73)	F=3,15 (>0,05)
<b>AJUSTADA</b>	2,94 (0,72) <sup>2,3</sup>	3,08 (0,68) <sup>1</sup>	3,18 (0,65) <sup>1</sup>	F=6,83 (0,043) <sup>1,2</sup> (0,002) <sup>1,3</sup>

F: ANOVA de un factor (post hoc Bonferoni para comparaciones múltiples); p valor estadísticamente significativo <0,05

Si tenemos en cuenta la clasificación del entorno de los hospitales en favorable, mixto y desfavorable, según las puntuaciones otorgadas a los factores PES-NWI, podemos realizar una comparación con los tipos de utilización de la investigación, mediante ANOVA de un factor y comparaciones post hoc con el estadístico de Bonferroni para comprobar las relaciones (Tabla 38). Así, los hospitales con entornos favorables obtienen una media mayor en utilización directa que los desfavorables (F= 3,45; p=0,027). Y los hospitales con un entorno desfavorable obtienen menores puntuaciones para la utilización general ajustada que los mixtos (F=6,83; p=0,043) y los favorables (F=6,83; p=0,002).

RESULTADOS

**Tabla 39.** Relación entre los ítems del cuestionario PES-NWI y la utilización de la investigación.

Entorno laboral PES-NWI (Escala 1-4)	UD	UI	UP	UG
	Correlación de Pearson (p valor)			
Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral	0,076 (0,043)*	0,019 (0,619)	0,025 (0,514)	0,081 (0,032)*
Las supervisoras apoyan a las enfermeras	0,123 (0,001)*	0,051 (0,179)	0,097 (0,01)*	0,055 (0,147)
Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para las enfermeras	0,172 (<0,001)*	0,049 (0,198)	0,069 (0,066)*	0,093 (0,013)*
Hay oportunidades de promoción a nivel clínico y profesional para las enfermeras	0,081 (0,031)*	-0,016 (0,679)	-0,019 (0,613)	0,057 (0,127)
Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital	0,025 (0,511)	-0,068 (0,07)	-0,013 (0,732)	0,036 (0,337)
Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras	0,1 (0,008)*	0,034 (0,371)	0,064 (0,089)	0,054 (0,148)
Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes	0,033 (0,379)	-0,009 (0,817)	-0,017 (0,657)	0,022 (0,556)
La supervisora es una buena gestora y líder	0,1 (0,008)*	0,03 (0,421)	0,045 (0,238)	0,095 (0,011)*
El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal	0,074 (0,05)	0,022 (0,566)	0,053 (0,163)	0,044 (0,238)
Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo	0,011 (0,774)	-0,021 (0,575)	-0,019 (0,623)	0,027 (0,48)
Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho	0,094 (0,013)*	-0,004 (0,913)	0,048 (0,199)	0,084 (0,025)*
La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad	0,118 (0,002)*	0,075 (0,046)*	0,092 (0,015)*	0,069 (0,066)
El/la directora/a de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución	0,09 (0,017)*	0,023 (0,551)	0,077 (0,042)*	0,07 (0,065)
Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos	0,001 (0,98)	0,035 (0,352)	0,039 (0,301)	0,068 (0,072)
Hay oportunidades de ascender	0,073 (0,053)	0,005 (0,89)	-0,019 (0,622)	0,043 (0,258)
Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente	0,108 (0,004)*	0,065 (0,082)	0,103 (0,006)*	0,101 (0,007)*
Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes	0,086 (0,023)*	0,08 (0,033)*	0,007 (0,858)	0,036 (0,344)
La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico	0,121 (0,001)*	0,068 (0,071)	0,094 (0,012)*	0,094 (0,013)*
La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados	0,06 (0,11)	0,002 (0,959)	-0,011 (0,773)	0,023 (0,544)
Existe un programa activo de garantía de la calidad	0,106 (0,005)*	0,065 (0,086)	0,062 (0,1)	0,104 (0,006)*
Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.)	0,074 (0,048)*	0,052 (0,163)	0,031 (0,415)	0,097 (0,01)*
Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos	0,076 (0,045)*	0,103 (0,006)*	0,059 (0,117)	0,14 (<0,001)*

UD: utilización directa de la investigación; UI: utilización indirecta de la investigación; UP: utilización persuasiva de la investigación; UG: utilización general ajustada de la investigación. \*: Correlación estadísticamente significativa p valor <0,05.

**Tabla 39 (Cont.).** Relación entre los ítems del cuestionario PES-NWI y la utilización de la investigación

Entorno laboral PES-NWI (Escala 1-4)	UD	UI	UP	UG
	Correlación de Pearson (p valor)			
Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación	0,09 (0,017)*	0,026 (0,489)	-0,02 (0,588)	0,071 (0,059)
Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en un modelo médico	0,156 (<0,001)*	0,038 (0,311)	0,033 (0,385)	0,064 (0,089)
Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería	0,097 (0,01)*	0,01 (0,785)	0,027 (0,471)	0,121 (0,001)*
La supervisora consulta al personal sobre los problemas del día a día y los procedimientos	0,124 (0,001)*	0,075 (0,046)*	0,132 (<0,001)*	0,12 (0,001)*
Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes	0,084 (0,025)*	-0,007 (0,862)	0,063 (0,093)	0,091 (0,015)*
Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados (p. ej. la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días)	0,098 (0,009)*	0,059 (0,114)	0,075 (0,045)*	0,115 (0,002)*
Se utilizan los diagnósticos de enfermería	0,083 (0,027)*	0,057 (0,129)	0,04 (0,284)	0,074 (0,05)*
Las supervisoras utilizan los errores como oportunidades para aprender, no como crítica	0,144 (<0,001)*	0,075 (0,046)*	0,132 (<0,001)*	0,136 (<0,001)*
Existen servicios de apoyo* adecuados que me permiten pasar tiempo con mis pacientes	0,116 (0,002)*	0,118 (0,002)*	0,118 (0,002)*	0,082 (0,029)*
Existe libertad para tomar decisiones importantes sobre el trabajo y el cuidado de los pacientes <sup>a</sup>	0,147 (<0,001)*	0,085 (0,024)*	0,158 (<0,001)*	0,132 (<0,001)*

UD: utilización directa de la investigación; UI: utilización indirecta de la investigación; UP: utilización persuasiva de la investigación; UG: utilización general ajustada de la investigación; <sup>a</sup>: ítem añadido al PES-NWI; \*: Correlación estadísticamente significativa p valor <0,05

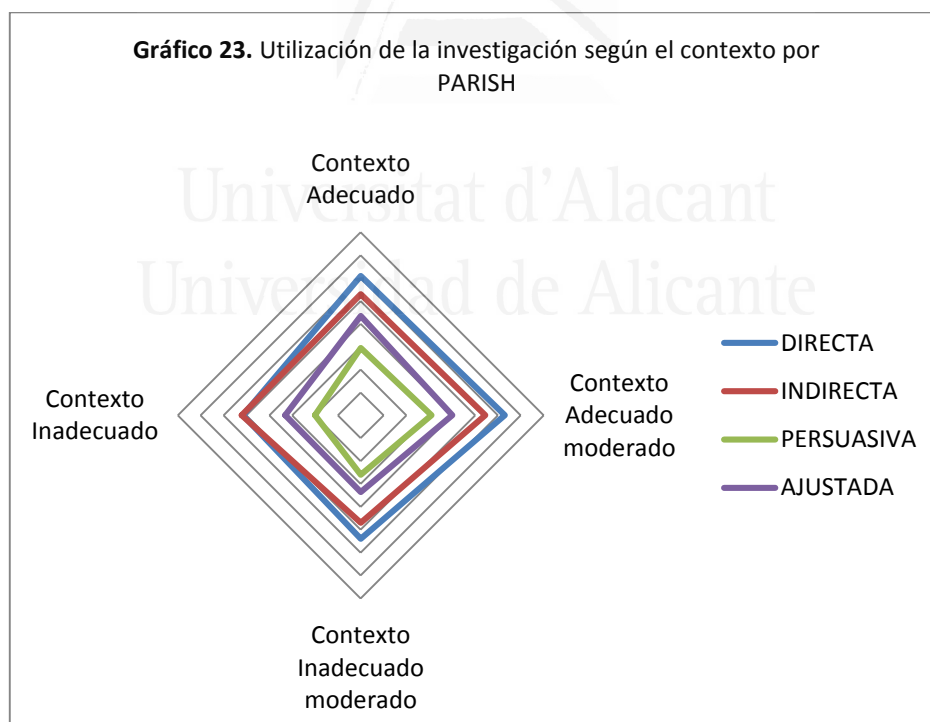
Si tenemos en cuenta los ítems del cuestionario PES-NWI (Tabla 39), los que más se correlacionan de manera significativa con todos los tipos de utilización de la investigación son: “La supervisora consulta al personal sobre los problemas del día a día y los procedimientos”, “Las supervisoras utilizan los errores como oportunidades para aprender, no como crítica”, “Existen servicios de apoyo adecuados que me permiten pasar tiempo con mis pacientes” y “Existe libertad para tomar decisiones importantes sobre el trabajo y el cuidado de los pacientes” (aunque este último ítem se ha añadido el PES para este estudio)

En general las correlaciones son muy bajas, siendo las más fuertes “Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en un modelo médico” con la utilización directa de la investigación (r=0,156;

$p < 0,001$ ) y “Las supervisoras utilizan los errores como oportunidades para aprender, no como crítica”, también con la utilización directa ( $r = 0,144$ ;  $p < 0,001$ ).

### 6.8.8. Utilización de la investigación y el contexto según PARISH

En el Gráfico 23 se puede observar la distribución de los valores de los diferentes tipos de utilización de la investigación según la clasificación del contexto por PARISH (Cultura, liderazgo y evaluación). Como se puede observar en el gráfico la utilización de la investigación persuasiva es la que presenta unas valoraciones más bajas para todos los contextos según PARISH. La utilización directa presenta las puntuaciones más altas para todos los contextos excepto para el contexto inadecuado.



Teniendo en cuenta esta clasificación del contexto según PARISH, en general los contextos adecuados o moderadamente adecuados presentaron puntuaciones más elevadas en todos los tipos de utilización de la investigación. Realizando comparaciones mediante ANOVA de un factor (estadístico post hoc de Bonferroni) se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los contextos adecuado moderado e inadecuado para la utilización persuasiva y entre el contexto adecuado con el inadecuado moderado y el inadecuado para la utilización general ajustada (Tabla 40).

**Tabla 40.** Relación entre la utilización de la investigación y la clasificación del contexto según el modelo PARISH (Cultura, liderazgo y evaluación)

UTILIZACIÓN INVESTIGAIÓN	CLASIFICACIÓN CONTEXTO PARISH				ANOVA (p valor)
	Adecuado <sup>1</sup>	Adecuado moderado <sup>2</sup>	Inadecuado moderado <sup>3</sup>	Inadecuado <sup>4</sup>	
<b>DIRECTA</b>	3,52 (0,96)	3,56 (0,92)	3,38 (0,93)	3,33 (0,99)	F= 2,53 (0,056)
<b>INDIRECTA</b>	3,36 (0,86)	3,39 (0,89)	3,24 (0,87)	3,34 (0,91)	F= 1,05 (0,37)
<b>PERSUASIVA</b>	2,89 (0,76)	2,92 (0,73) <sup>4</sup>	2,82 (0,81)	2,7 (0,8) <sup>2</sup>	F=3,05 (0,033) <sup>2,4</sup>
<b>AJUSTADA</b>	3,17 (0,7) <sup>3,4</sup>	3,1 (0,65)	2,97 (0,69) <sup>1</sup>	2,96 (0,72) <sup>1</sup>	F= 3,55 (0,047) <sup>1,3</sup> (0,041) <sup>1,4</sup>

F: ANOVA de un factor (post hoc Bonferoni para comparaciones múltiples); p valor estadísticamente significativo <0,05

## 6.9. Resultados de la validez de constructo

### 6.9.1. Análisis Factorial

El análisis factorial se ha realizado por secciones del cuestionario, dado que cada sección mide un constructo diferente. En la sección I “Utilización de la investigación”, al igual que Estabrooks (1999a), se han tenido en cuenta las 6 preguntas de utilización de la investigación (3 preguntas de utilización general y una pregunta por cada tipo de utilización, directa, indirecta y persuasiva), con el fin de comprobar si todas miden el mismo constructo. Se ha realizado un Análisis Factorial Exploratorio mediante el método de componentes principales. Todos los ítems se distribuyen en un solo factor que explica el 49,7% de la varianza total. Todos los ítems tienen un peso alto en el factor que oscilan entre 0,61-0,82 (Tabla 41).

**Tabla 41.** Matriz de componentes de la sección I: Utilización de la investigación.

ITEMS	Componente
	1
UTILIZACIÓN GENERAL T <sub>1</sub>	0,816
UTILIZACIÓN GENERAL T <sub>2</sub>	0,753
UTILIZACIÓN DIRECTA	0,702
UTILIZACIÓN INDIRECTA	0,675
UTILIZACIÓN PERSUASIVA	0,657
UTILIZACIÓN GENERAL T <sub>3</sub>	0,609

La puntuación obtenida en el análisis factorial es de 0,822 para el índice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin). La cifra es  $> 0,5$  lo que confirma que el análisis factorial puede aplicarse a los datos de la muestra.

El resto de las preguntas de esta sección no se agrupan de forma coherente por factores.

RESULTADOS

**Tabla 42.** Matriz de componentes de la sección II: Tipos y fuentes de conocimiento para la práctica.

ÍTEMS	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Fuentes de conocimiento para la práctica</b>								
De los pacientes	,012	-,002	,063	,010	,097	,012	,019	,776
Mis intuiciones	-,030	,031	,035	,013	,084	,255	-,041	,752
Mi experiencia personal	,089	-,079	-,066	,046	,416	,289	,111	,539
Estudios de enfermería	,010	,019	,105	,004	,652	,118	-,028	-,012
Lo que los médicos hablan conmigo	-,001	,066	-,060	,094	,754	,135	-,100	,225
Prescripciones médicas	,025	-,048	,105	,023	,728	,091	,071	,232
Revistas médicas	,014	,436	,667	,093	,002	-,110	,075	,080
Revistas de enfermería	,047	,387	,741	,124	,016	-,120	,184	,030
Revistas de investigación en enfermería	,040	,417	,735	,154	-,005	-,142	,157	,044
Libros de texto	-,003	,263	,540	,066	,239	,125	-,078	-,147
Funcionado durante años	-,057	,091	-,018	,024	,149	,832	-,066	,205
Forma en la que siempre lo he hecho	-,120	-,031	-,051	,033	,053	,866	-,048	,121
Información compañeras enfermeras	,060	-,178	,121	-,031	,261	,653	,109	,049
Sesiones de formación y/o congresos	,141	-,055	,500	,054	,334	,024	,282	-,213
Protocolos y manuales de procedimientos	,128	-,069	,369	,134	,517	,045	,303	-,173
Medios de comunicación	,059	,025	,587	,057	,045	,185	,084	,201
<b>Lectura de revistas</b>								
Revista/Boletín del Colegio	,043	,091	,116	,079	,015	,014	,781	,007
Del Hospital (Manuales, Boletines)	-,047	,269	,114	,054	,064	-,036	,751	,017
Revista del Consejo General (Enfermería Facultativa)	,019	,435	,152	,096	-,065	,010	,503	,053
Revistas españolas de investigación en Enfermería	,101	,669	,251	,123	-,021	-,048	,316	-,020
Revistas internacionales de investigación en Enfermería	,013	,795	,242	,029	-,026	-,033	,104	-,023
Revistas clínicas especializadas españolas	,049	,805	,120	,019	,009	-,008	,142	-,003
Revistas clínicas especializadas internacionales	,011	,866	,128	-,007	,029	-,007	,002	,006
<b>Confianza en las investigaciones</b>								
Sean relevantes para ti	,205	,065	,110	,846	,069	,012	,036	-,001
Se puedan utilizar fácilmente	,117	,065	,129	,884	,059	,042	,116	,001
Se pueda utilizar de forma segura	,192	,034	,116	,868	,043	-,013	,072	,055
<b>Intención de actuar en contra de las creencias cuando contradice</b>								
Lo aprendido antes de estudiar enfermería	,773	,060	-,087	,171	,076	-,011	-,031	-,056
Lo aprendido en la escuela de enfermería	,813	,096	-,043	,204	,121	-,048	-,047	-,083
Lo aprendido en tu lugar de trabajo	,672	,110	-,039	,229	,191	-,099	-,023	-,130
<b>Actuar en contra de las propias creencias cuando contradicen</b>								
Lo aprendido antes de estudiar enfermería	,846	-,061	,034	-,021	-,050	,007	,073	,057
Lo aprendido en la escuela de enfermería	,876	-,015	,173	,036	-,067	,004	,051	,102
Lo aprendido en tu lugar de trabajo	,755	,005	,189	,031	-,072	-,004	,038	,102

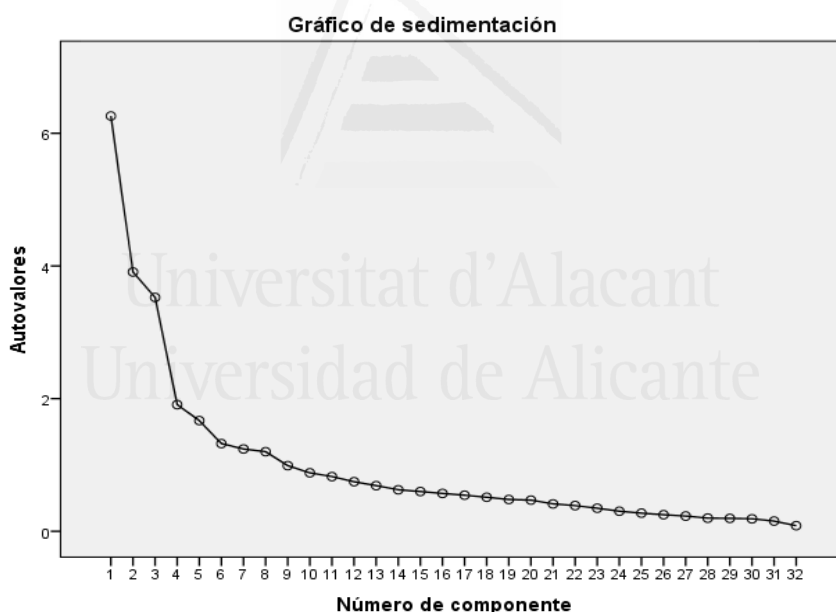


Respecto a la sección II: Tipos y fuentes de conocimiento para la práctica, se ha realizado un análisis factorial utilizando el método de extracción de factores de componentes principales. Posteriormente se ha realizado la rotación mediante el método Varimax.

La puntuación obtenida en el análisis factorial es de 0,799 para el índice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) para la sección II del cuestionario. La cifra es  $> 0,5$  lo que confirma que el análisis factorial puede aplicarse a los datos de la muestra.

Los ítems se distribuyen en 8 factores (Tabla 42), que explican el 65,74% de la varianza total. La distribución se puede observar en el gráfico de sedimentación (Gráfico 24).

**Gráfico 24.** Gráfico de sedimentación de los componentes de la sección II: Tipos y fuentes de conocimiento para la práctica.



A partir de la solución inicial se han elegido 5 factores que explican el 51,69% de la varianza total (Tabla 43). En la tabla 44 se puede observar el nombre de los factores.

**Tabla 43.** Matriz de componentes de la sección II: Tipos y fuentes de conocimiento para la práctica, tras la solución inicial.

ÍTEMS	Componente				
	1	2	3	4	5
<b>Fuentes de conocimiento para la práctica</b>					
De los pacientes			,554		
Mis intuiciones			,706		
Mi experiencia personal			,648		
Estudios de enfermería				,612	
Lo que los médicos hablan conmigo				,571	
Prescripciones médicas				,634	
Revistas médicas	,671				
Revistas de enfermería	,654				
Revistas de investigación en enfermería	,682				
Libros de texto	,433				
Funcionado durante años				,745	
Forma en la que siempre lo he hecho				,692	
Información compañeras enfermeras				,504	
Sesiones de formación y/o congresos				,560	
Protocolos y manuales de procedimientos				,650	
Medios de comunicación					
<b>Lectura de revistas</b>					
Revista/Boletín del Colegio					
Del Hospital (Manuales, Boletines)					
Revista del Consejo General (Enfermería Facultativa)					
Revistas españolas de investigación en Enfermería	,718				
Revistas internacionales de investigación en Enfermería	,827				
Revistas clínicas especializadas españolas	,786				
Revistas clínicas especializadas internacionales	,844				
<b>Confianza en las investigaciones</b>					
Sean relevantes para ti					,845
Se puedan utilizar fácilmente					,883
Se pueda utilizar de forma segura					,865
<b>Intención de actuar en contra de las creencias cuando contradice</b>					
Lo aprendido antes de estudiar enfermería		,769			
Lo aprendido en la escuela de enfermería		,811			
Lo aprendido en tu lugar de trabajo		,670			
Lo aprendido antes de estudiar enfermería		,845			
Lo aprendido en la escuela de enfermería		,878			
Lo aprendido en tu lugar de trabajo		,758			

**Tabla 44.** Nombre de los factores obtenidos en la sección II.

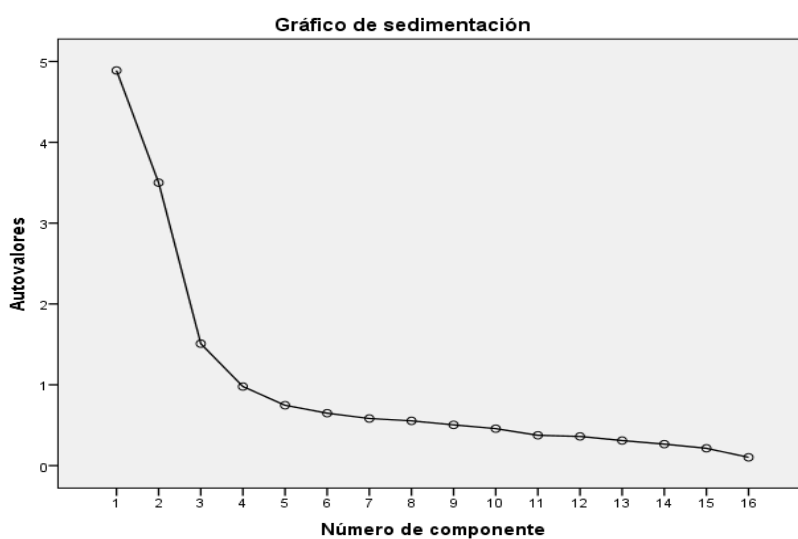
Nº	Nombre factor
F1	Conocimiento científico
F2	Creencias hacia la investigación
F3	Conocimiento de la experiencia clínica
F4	Conocimiento práctico
F5	Confianza en la investigación

Respecto a la sección III: Apoyo de la organización del cuestionario, se ha realizado un análisis factorial utilizando el método de extracción de factores de componentes principales. Posteriormente se ha realizado la rotación mediante el método Varimax.

La puntuación obtenida en el análisis factorial es de 0,835 para el índice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) para la sección III del cuestionario. La cifra es  $> 0,5$  lo que confirma que el análisis factorial puede aplicarse a los datos de la muestra.

Los ítems se distribuyen en 3 factores (Tabla 45), que explican el 61,87% de la varianza total. La distribución se puede observar en el gráfico de sedimentación (Gráfico 25).

**Gráfico 25.** Gráfico de sedimentación de la sección III: Apoyo de la organización.



En la Tabla 46 se puede observar la matriz de componentes. Los factores extraídos coinciden con las preguntas del cuestionario.

**Tabla 45.** Matriz de componentes de la sección III: Apoyo de la organización.

ITEMS	Componente		
	1	2	3
<b>En qué grado te apoyan las siguientes personas para que utilices la investigación</b>			
Otras enfermeras	,142	,676	,051
Tu supervisora	,053	,664	,367
Dirección de enfermería	-,077	,708	,411
Dirección (general)	-,087	,731	,384
Los médicos	,050	,769	,104
Otros profesionales	,004	,782	,090
<b>Factores organizativos presentes en tu trabajo</b>			
Enfermeras conocimientos de investigación	,107	,330	,452
Tiempo remunerado	-,013	,096	,799
Asistencia a conferencias	,005	,226	,756
Comisión investigación	,036	,234	,691
Financiación	-,033	,111	,773
<b>Importancia de los factores organizativos</b>			
Enfermeras conocimientos de investigación	,738	,157	,080
Tiempo remunerado	,869	-,026	-,004
Asistencia a conferencias	,868	-,012	-,057
Comisión investigación	,838	,043	,069
Financiación	,844	-,011	-,036

### 6.9.2 Comprobación de hipótesis para la validación de constructo

*Hipótesis 1: Todos los tipos de utilización de la investigación se correlacionan de forma positiva y significativa entre sí.*

Se han calculado las correlaciones entre las 6 preguntas con el coeficiente de correlación de Pearson. Todas las correlaciones entre las 6 preguntas son positivas y estadísticamente significativas y oscilan entre 0,247-,522 (Tabla 46). Las correlaciones más bajas se han obtenido con la pregunta de utilización general en el momento 1 (T1) con la utilización directa y la persuasiva.

**Tabla 46.** Correlaciones entre las preguntas de utilización general, directa, indirecta y persuasiva de la investigación.

	UG1	UG2	UD	UI	UP	UG3
	<i>Coefficiente de correlación de Pearson (p valor)</i>					
<b>UG1</b> (n=709)	1	0,502 (<0,001)	0,246 (<0,001)	0,260 (<0,001)	0,247 (<0,001)	0,392 (<0,001)
<b>UG2</b> (n=709)		1	0,409 (<0,001)	0,372 (<0,001)	0,339 (<0,001)	0,522 (<0,001)
<b>UD</b> (n=709)			1	0,437 (<0,001)	0,343 (<0,001)	0,506 (<0,001)
<b>UI</b> (n=709)				1	0,365 (<0,001)	0,432 (<0,001)
<b>UP</b> (n=708)					1	0,502 (<0,001)
<b>UG3</b> (n=709)						1

UG1: utilización general de la investigación momento 1; UG2: utilización general de la investigación momento 2; UD: utilización directa de la investigación; UI: utilización indirecta de la investigación; UP: utilización persuasiva de la investigación; UG3; utilización general de la investigación momento 3.

*Hipótesis 2: Una mejor actitud hacia la investigación, medida a través del cuestionario de actitudes, se relaciona con una mayor utilización de la investigación.*

Los datos de la comprobación de esta hipótesis se pueden consultar en el apartado “6.7.2 Utilización de la investigación y Actitudes hacia la investigación” las correlaciones de los factores y de la puntuación global del cuestionario de Actitudes hacia la investigación se mostraron positivas en todos los tipos de utilización de la investigación. La correlación entre la puntuación global del cuestionario de Actitudes hacia la investigación y la utilización de la investigación general ajustada obtuvo un coeficiente de Pearson  $r=0,325$  ( $p<0,001$ ). Todos los factores obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas excepto el factor F1 “*Lenguaje de las publicaciones científicas*”, que solo fue significativo para la utilización general ajustada y los factores F6 “*Necesidades relacionadas con la lectura científica*” y F7 “*Necesidades de desarrollo profesional y recursos*” que no obtuvieron significación estadística para la utilización directa.

---

*Hipótesis 3: Una mejor valoración del entorno, a través el PES-NWI, se asocia con una mayor utilización de la investigación.*

Los datos de la comprobación de esta hipótesis se pueden encontrar en el apartado “6.8.7. Utilización de la investigación y entorno laboral”. La relación entre la clasificación del entorno según el PES-NWI y la utilización de la investigación fue estadísticamente significativa para la utilización directa y la utilización general ajustada. Así los hospitales con entornos favorables obtienen una media mayor en utilización directa que los desfavorables ( $F=3,45$ ;  $p=0,027$ ). Y los hospitales con un entorno desfavorable obtienen menores puntuaciones para la utilización general ajustada que los mixtos ( $F=6,83$ ;  $p=0,043$ ) y los favorables ( $F=6,83$ ;  $p=0,002$ ).

*Hipótesis 4: Una mejor valoración del contexto, según el modelo PARISH, se relaciona con una mayor utilización de la investigación.*

Los datos de la comprobación de esta hipótesis se pueden encontrar en el apartado “6.8.8.Utilización de la investigación y el Contexto según PARISH”. Teniendo en cuenta esta clasificación del contexto según PARISH, en general los contextos adecuados o moderadamente adecuados presentaron puntuaciones más elevadas en todos los tipos de utilización de la investigación. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los contextos adecuado moderado e inadecuado para la utilización persuasiva de la investigación ( $F=3,05$ ;  $p=0,033$ ) y entre el contexto adecuado con el inadecuado moderado ( $F=3,55$ ;  $p=0,047$ ) y el inadecuado para la utilización general ajustada ( $F=3,55$ ;  $p=0,047$ ) ( $F=3,55$ ;  $p=0,041$ ).



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **7.DISCUSIÓN**





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## 7.1. Validación del cuestionario

Con el presente estudio se ha completado el proceso inicial de validación de la versión española del cuestionario “Research utilization” y los resultados de validez y fiabilidad son prometedores. Sin embargo es la primera aproximación a la validación en español de una herramienta que mide la utilización de la investigación por lo que se requiere la realización de estudios posteriores con muestras diferentes.

En el estudio se han valorado tanto la validez como la fiabilidad del cuestionario, además de la adaptación cultural del mismo.

La validación de contenido ha demostrado ser aplicable en el contexto español. Se utilizó un grupo de expertos para valorar el índice de validez de contenido (CVI) que resultó excelente o bueno para la mayoría de los ítems. Únicamente 2 ítems fueron valorados con un CVI ligero. La escala global obtuvo un CVI excelente, al igual que la sección I “*Utilización de la investigación*” y la sección III “*Apoyo de la organización*”. La sección II “*Tipos y fuentes de conocimiento*” para la práctica obtuvo un CVI bueno.

Ninguno de los estudios que ha utilizado esta herramienta o alguna de sus versiones reducida, ha valorado la validez de contenido mediante el CVI. Estabrooks (1999a; 1999b) realizó una validación de contenido con 3 expertos en el área y un estudio piloto con una muestra de 23 profesionales. Profetto-McGrath, Hesketh, Lang y Estabrooks (2003), realizaron una validación de contenido mediante expertos y realizaron un pretest cognitivo y Connor (2007) realizó un pilotaje con los profesionales a los que iba dirigido el cuestionario. Obteniendo todos ellos una buena validez de contenido.

Respecto a la fiabilidad del cuestionario se valoró la fiabilidad test-retest. El cuestionario global obtuvo una fiabilidad (estabilidad en el tiempo) muy buena, teniendo en cuenta que el ICC para toda la encuesta fue de 0,95. La estabilidad se mantuvo cuando se evaluó para cada sección del cuestionario, obteniendo

un ICC de 0,92, 0,92 y 0,90 para las secciones I, II y III respectivamente. Estos datos son superiores a los encontrados por Estabrooks et al. (2008a) con un ICC para la utilización general de la investigación de 0,83.

La consistencia interna para toda la encuesta fue excelente ( $\alpha$  Cronbach de 0,90) y buena si tenemos en cuenta las diferentes secciones del cuestionario ( $\alpha$  Cronbach entre 0,81-0,85). Kenny (2005) obtuvo un  $\alpha$  Cronbach que osciló entre 0,75 to 0,9. Siendo estos datos similares a los encontrados en este trabajo, confirmando así una buena consistencia interna.

Teniendo en cuenta la validez de constructo, en el análisis factorial de la sección I, las 6 preguntas de utilización de la investigación se distribuyen en un solo factor, indicando que todas miden el mismo constructo: “la utilización de la investigación”. A igual que en el estudio de Estabrooks (1999a), este trabajo aporta evidencia de que utilización general de la investigación está influenciada por tres conceptos correlacionados y distintos: utilización directa, indirecta y persuasiva. A pesar de que la utilización de la investigación es un concepto complejo, puede ser medido con preguntas relativamente simples.

Squires, Estabrooks, Newburn-Cook y Gierl (2011b), realizaron una validación de una nueva escala para medir utilización conceptual de la investigación (indirecta). A igual que en este trabajo en el estudio encontraron una buena correlación de esta escala con la utilización directa, persuasiva y general (medidos con los mismos ítems que se han utilizado en el presente trabajo).

Sin embargo la varianza total explicada por la utilización de la investigación en todos sus tipos en este estudio difiere del estudio realizado por Estabrooks (1999a), siendo en el presente trabajo mucho más baja (un 50% frente a un 70%). Aproximadamente un 50% de la varianza no se ha explicado, por lo que habría que realizar más estudios para evaluar qué otras fuentes contribuyen a la varianza en este constructo.

## 7.2. Frecuencia de respuesta

La tasa de respuesta para toda la muestra fue del 80% y la tasa de respuesta para los que respondían el cuestionario a través de la plataforma online fue del 75%. Moreno-Casbas (2007) también encontró una tasa de respuesta similar (superior al 75%) en su estudio sobre actitudes y barreras hacia la investigación de los profesionales de enfermería en España. Sin embargo otros estudios que evalúan las actitudes y barreras de los profesionales de enfermería respecto a la investigación, reportan un porcentaje de respuesta más bajo en torno al 40%. En las tasas de respuesta podemos encontrar tasas muy bajas como el 24% del estudio de Funk et al. (1995); o altas como el 80% del estudio de Oranta, Roustasalo y Hupli (2002).

Los estudios de utilización de la investigación también muestran tasas de respuesta inferiores a las obtenidas en este estudio. Estabrooks, et al (2008b) obtienen una tasa de respuesta del 43%, similar a la que obtienen Squires, et al (2013) que se situó en un 39%. Sin embargo otros estudios que miden la utilización de la investigación por profesionales de enfermería obtuvieron tasas de respuesta superiores, 63% (Brett, 1989), 56% (Coyle y Sokkop, 1990) y 66% (Hutchinson AM, 2008), pero inferiores a las obtenida en el presente trabajo.

Respecto a la tasa de respuesta obtenida online, en nuestro estudio es igualmente elevada (75%). Por el contrario, Schuldt y Totten (1994) realizaron un estudio en el que establecían que las encuestas enviadas por Internet obtienen tasas de respuesta inferiores que las enviadas por correo postal en papel (el correo postal obtuvo una media de 3,14 de respuestas al día, mientras que el online obtuvo una media de 1.17). Sin embargo Kaplowitz, Hadlock y Levine (2004) concluyeron que las encuestas a través de una aplicación online obtienen la misma tasa de respuesta que los cuestionarios enviados en papel, lo que va en la en la misma línea que los resultados del presente estudio.

Si bien es verdad que el alto porcentaje de respuesta puede estar influenciado por la forma en la que se realizó la recogida de datos, ya que el contacto con la muestra se realizó a nivel personal por un investigador perteneciente al hospital en el que trabajaban los profesionales seleccionados y se realizó un

recordatorio personal a toda la muestra a los 15 días del primer contacto. Los que respondían la encuesta online recibieron recordatorios semanales durante el periodo de recogida de datos. Además se ofrecía la posibilidad de participar en el sorteo de un Ipad mini a quien completase la encuesta en su totalidad.

La tasa de respuesta online pudo verse afectada porque el envío de correos a través de la plataforma fue detectado como “spam” por algunos servidores de correo, lo que se intentó solventar con los recordatorios personales a los 15 días y con envíos online personales sin el uso de la plataforma a aquellas personas que indicaban no haber recibido el acceso online al cuestionario.

### **7.3. Características socio demográficas y profesionales**

El perfil de los profesionales que participaron en el estudio son en su mayoría mujeres (86%) con una edad media de 40 años, el 50% era casado, el 51% no tenía otra titulación además de la diplomatura o grado de enfermería mientras que el 9% tiene un máster y el 8,6% tiene una especialidad.

En el presente estudio se han encontrado diferencias en la media de edad entre los hospitales según el tipo de gestión, siendo los de gestión directa más mayores que los de indirecta. Esto puede deberse a que los de gestión indirecta tienen diferentes formas de contratación que los de gestión directa, que lo hacen por bolsa de trabajo y las personas jóvenes tienen menos puntuación, por tanto menor oportunidad de trabajar en estos últimos. Por otro lado, los hospitales de gestión indirecta que participan en el estudio son relativamente recientes.

Respecto a las titulaciones adicionales se encontraron diferencias entre las unidades de adultos y pediátricas, siendo los de unidades de adultos los que tienen otra titulación de forma más frecuente.

Respecto a las características laborales el 47,5% tenía un contrato fijo frente al 30% que lo tenía temporal, también García-Pozo (2013) encontró en su estudio en profesionales que trabajan en los hospitales de Madrid que un 46% de la

muestra tenía un contrato fijo. Según la complejidad del hospital y el tipo de gestión hay diferencias en el tipo de contrato. De manera que los de alta complejidad tienen más contratos temporales, al igual que los de gestión indirecta.

El 82% trabajaba en unidades de adultos, el 57% trabajaba en turno rotatorio y solo un 2% en turno de 12 horas. Estos datos coinciden con el estudio de Moreno-Casbas (2007), realizado en los profesionales que trabajan en hospitales españoles, en el que un 52% de la muestra trabajaba en turno rotatorio. Por otro lado el turno de trabajo se modifica en función de la complejidad, los de alta complejidad tienen más turnos de mañana que los de media y baja complejidad. Esto es importante ya que el turno de mañana puede ser favorecedor a la hora de desarrollar actividades de investigación. Respecto al tipo de gestión los de gestión indirecta presentan más turnos de 12 horas que los de gestión directa. Un estudio reciente realizado en 12 países europeos establece que los turnos de 12 horas producen mayor agotamiento emocional e insatisfacción laboral, lo que puede influir de forma negativa en la utilización de la investigación (Dall'Ora, Griffiths, Ball, Simon y Aiken, 2015).

La media de años trabajados como enfermera es de 17 años y la media de años trabajados en el centro actual es casi de 13 años. Estas cifras difieren respecto a las obtenidas por García-Pozo (2013) que estableció que la mediana de años trabajados en los hospitales de Madrid fue de 4 (2-12). En los hospitales de >1000 camas la media de años trabajados es superior que en el resto de hospitales. Y lo mismo sucede con la complejidad del hospital, en los de alta complejidad, la media de años trabajados es superior que en los de media y baja. También se trabajaba más años en los de gestión directa que indirecta, hecho que puede estar relacionado con las diferencias en el tipo de contrato de los profesionales.

Respecto a la formación continuada casi un 80% de la muestra había realizado entre 40-150 o más de 150 horas de formación en los últimos 3 años. Cifras algo superiores que las obtenidas por Moreno-Casbas (2007) en su estudio en el que se indicó que los profesionales realizaron formación pero menos de 40 horas en su mayoría.

El 32% de la muestra ha acudido a algún congreso en los últimos 3 años, dato que coincide con el estudio de García-Pozo (2013). El 15% ha presentado algún poster/ponencia en congresos y un 5 % ha publicado artículos en alguna revista. Lo que difiere de lo obtenido por García Pozo (2013) que informó de un 10% para poster/ponencia en congresos y un 17% artículos científicos.

La formación en investigación de la muestra es escasa casi un 56% de los profesionales que no ha realizado ningún curso de formación en investigación en los últimos 3 años. A Pesar de que no son datos buenos el 44% sí ha recibido alguna formación en investigación en los últimos tres años. Dato que difiere del obtenido por García Pozo (2013) que establece que sólo un 25,8% de la muestra recibió formación en investigación en los últimos tres años. Sin embargo cabe destacar que la mayoría de los que han recibido alguna formación en este estudio recibió menos de 40 horas. Por lo que la formación en investigación de la muestra parece escasa.

#### **7.4. Utilización de la investigación**

La media de la utilización general ajustada de la investigación de toda la muestra fue de 3,04 sobre una escala Likert de 5 puntos. La utilización directa de la investigación obtuvo una media de 3,44, la indirecta 3,33 y la persuasiva 2,82.

Según los datos de utilización general de la investigación obtenidos en nuestro estudio se puede establecer que la utilización de la investigación es moderada. Los datos obtenidos a nivel internacional según una revisión sistemática de la literatura realizada por Squires et al (2011c), informan que de los 36 estudios incluidos, 20 establecían que la utilización de la investigación por parte de los profesionales de enfermería era moderada-alta, 13 que era moderada-baja y el resto (3) que era baja. 6 de los estudios incluidos en esta revisión utilizaban las medidas de Estabrooks, al igual que en el presente trabajo. En 5 de ellos se medía utilización de la investigación por parte de las enfermeras en una escala

Likert de 7 puntos en los que de media se utilizaba la investigación en la mitad de los turnos (puntuación de 5). Aunque la escala no es la misma que en el presente estudio, en la muestra de este trabajo la utilización de la investigación se sitúa en el centro de la escala (3 puntos sobre 5). Milner et al (2005), utilizaron la misma escala que en el presente trabajo (escala Likert de 5 puntos, 1=nunca; 5=Siempre), y obtuvieron cifras algo superiores en utilización general de la investigación con una media de 3,63, lo que se clasificó como moderado alto, en lugar de moderado.

Respecto a las puntuaciones la “utilización general de la investigación” (las 3 mismas preguntas en diferentes puntos del cuestionario) revelaron que la utilización de investigación aumentó de manera significativa de la primera pregunta a la segunda ( $p < 0,0001$ ) y de esta a la tercera ( $p < 0,0001$ ). Los mismos resultados se obtuvieron en los estudios de Estabrooks et al (2004b; 2008a), en los que se utilizaba la misma herramienta de “utilización de la investigación” que en el presente trabajo. Lo que indica que a medida que los profesionales encontraban la pregunta sus respuestas eran más reflexivas acerca del valor real y justifica el cálculo de la utilización general ajustada otorgando pesos específicos a cada pregunta.

Teniendo en cuenta los tipos de utilización de la investigación, en este estudio la utilización más valorada fue la utilización directa. Estos resultados son diferentes de los obtenidos en otros estudios (Estabrooks et al., 2004b; Milner et al., 2005; Kenny, 2005), en los que la “utilización indirecta” fue el tipo más frecuente entre los profesionales de enfermería. En la misma línea Squires et al (2011d), realizan una revisión sistemática sobre los estudios que miden hasta qué punto las enfermeras utilizan la investigación, y concluye que el uso de la investigación depende del tipo de utilización de la investigación analizado, siendo el indirecto el que presenta las puntuaciones más elevadas. Por el contrario en el estudio de Connor (2007), la utilización directa es superior a la indirecta, al igual que en el presente trabajo, pero este estudio difiere del actual en que la utilización persuasiva es la valorada con una mayor puntuación. Los datos obtenidos respecto a la utilización directa de la investigación se pueden deber a que es el concepto con el que las enfermeras están más familiarizadas



y el que mejor se entiende de los tres, esto ha podido influir en las respuestas de los encuestados.

En el estudio que se presenta en estas páginas los resultados de la utilización persuasiva de la investigación, son los que obtienen valores más bajos coincidiendo esta situación con la mayoría de los estudios (Estabrooks et al., 2004b; Milner et al., 2005; Kenny, 2005)

En el estudio de Milner et al (2005), que utiliza una escala Likert de 5 puntos obtuvo cifras más elevadas de utilización indirecta de la investigación con una media de 3,58. Pero la utilización directa obtuvo cifras muy similares con 3,46 de media y la utilización persuasiva cifras inferiores con una media de 2,60.

Es de destacar que en la utilización persuasiva, persuadir a otros compañeros obtuvo una puntuación media de 3,06, mientras que persuadir a los gestores de enfermería obtuvo un 1,82 de media.

#### 7.4.1. Tipos y fuentes de conocimiento para la práctica

Respecto a las fuentes de conocimiento para informar la práctica encontramos que las fuentes de conocimiento más utilizadas en la muestra de estudio son: *“Mi experiencia personal en el cuidado de los pacientes a los largo del tiempo”* con una media de 3,98/5; *“la información que obtengo de protocolos y manuales de procedimientos”* con una media de 3,92/5 y *“lo que aprendo sobre nuevas terapias y tratamientos cuando los médicos se los prescriben a los pacientes”* con una media de 3,73/5. Aunque las cifras son algo menores que las obtenidas por Estabrooks et al (2004b), en su estudio también encontraron que el ítem más valorado fue *“Mi experiencia personal en el cuidado de los pacientes a los largo del tiempo”* (4,20/5) y que el tercero más valorado también fue *“lo que aprendo sobre nuevas terapias y tratamientos cuando los médicos se los prescriben a los pacientes”* (3,78/5). Sin embargo en este estudio el segundo ítem más valorado fue *“La información que obtengo de cada paciente como individuo”* (4,18/5).

Esto es importante ya que las enfermeras en el presente estudio utilizan como una de las fuentes principales de conocimiento para informar su práctica clínica los manuales de procedimientos y protocolos de la institución, lo que podría conllevar estrategias para actualizar en las organizaciones dichos protocolos y procedimientos de manera que estén basados en la evidencia y fomentar así el uso de la investigación en la práctica clínica. También Squires et al (2007) encontraron que las enfermeras utilizaban frecuentemente o siempre los manuales de políticas procedimientos en 82,9%.

Por otro lado, los ítems menos valorados en el presente estudio fueron: “artículos publicados en revistas médicas” con una media de 2,50/5, “La información que obtengo de los medios de comunicación” 2,54/5 y “artículos publicados en revistas de investigación en enfermería” con una media de 2,86/5. Esto datos son similares a los encontrados en otros estudios. En el estudio de Estabrooks et al (2004b), los ítems menos valorados fueron los medios de comunicación, las revistas médicas y las revistas de investigación en enfermería (en ese orden). Y según Squires et al (2007), los profesionales utilizaban frecuentemente o siempre las revistas de enfermería en un 28,2% y las de investigación en un 21,8%.

Esto confirma lo que afirman los autores de que realizar una difusión de resultados de investigación relevantes y listos para su utilización en la práctica clínica, utilizando formatos comprensibles es uno de los pasos cruciales para aumentar el uso de la investigación por parte de los profesionales de enfermería (Funk et al., 1991; AARN, 1997; Dobbins et al., 2001)

Según Coyle y Sokkop (1990), incluir de forma rutinaria los hallazgos actualizados de la investigación en enfermería en las políticas y los manuales de procedimientos de las organizaciones puede ahorrar tiempo y dinero a las mismas. La práctica innovadora de enfermería ocurrirá con mayor probabilidad si existe un reconocimiento formal o autorización explícita de su utilidad.

### 7.4.2. Lectura de revistas

En este estudio un 37% de la muestra declaró no haber leído ninguna revista española de investigación en enfermería en el último año y el 17% haber leído una, cifras que se situaron en el 61% y 15% respectivamente para las revistas internacionales de investigación en enfermería. Estas cifras son algo mejores que las obtenidas en el estudio de Moreno Casbas (2007), ya que si tenemos en cuenta las respuestas “nunca” por revista, para las nacionales como Enfermería Científica se obtuvo un 57%, para Enfermería Clínica un 55% y para Index de Enfermería un 80%. Sin embargo la revista Rol obtuvo una cifra del 22% en las frecuencias “nunca” de lectura. En cuanto a las revistas internacionales, Journal of Advanced Nursing obtuvo un 86% y Nursing Research un 91%. Si bien es cierto que las cifras no son comparables ya que puede ser que los profesionales hayan leído otras revistas no mencionadas en el estudio de Moreno-Casbas, la frecuencia de lectura baja y una menor lectura de revistas internacionales son comunes en ambos estudios. Sin embargo en el estudio de García Pozo (2013) los datos difieren mucho ya que solo un 6% declaró no leer nunca literatura científica y un 45% pocas veces.

Es de destacar que en este estudio existieron diferencias entre las unidades de adultos y pediátricas en la lectura de revistas españolas de investigación en enfermería, siendo la frecuencia de lectura más elevada en las unidades de adultos.

### 7.4.3. Apoyo de la organización

El apoyo de la organización a la utilización de la investigación se midió con dos preguntas. Por una lado el apoyo que reciben de otros profesionales y por otro el apoyo de los recursos existentes en la organización.

Respecto a la primera pregunta los profesionales de la muestra consideran que sus compañeras enfermeras son las que más les apoyan para el uso de la investigación con una media de 3,2/5, seguido de la supervisora que obtuvo

una media de 3,04/5 y perciben menor apoyo por la dirección general con un 2,00/5. Estabrook et al (2004b) utilizaron las mismas preguntas y aunque los resultados van en la misma línea que los mencionados, las cifras son superiores, valorando como mayor apoyo a las supervisoras con 4,4/5, seguido de las compañeras enfermeras y los gestores de enfermería. El grupo profesional con una puntuación más baja fue, al igual que en este estudio, la dirección general, pero también obtuvo puntuaciones mayores (3,6/5) que los obtenidos aquí.

Entre los factores organizativos presentes en el trabajo “enfermeras con conocimientos de investigación” obtuvo la mayor puntuación 2,8/5. De la misma forma en el estudio de Estabrooks la mayor puntuación fue para el mismo ítem pero con una valoración superior que situó en 3,7/5. Los ítems menos valorados por los profesionales de enfermería del presente estudio fueron “*financiación interna y/o externa para investigación*” (1,56/5) y “*tiempo remunerado destinado a la participación en distintas actividades de investigación*” con 1,63/5. En el estudio de Estabrooks “*financiación interna y/o externa para investigación*” también es el menos valorado, pero el segundo menos valorado es “*un grupo o comisión para revisar o evaluar investigación*”. Aunque los resultados de este estudio van en consonancia con los de Estabrooks, los valores obtenidos en los profesionales españoles son mucho menores, indicando que perciben menos apoyo de las organizaciones. Esto puede deberse a que la tradición investigadora en enfermería en España tiene menos recorrido que en Canadá. Aunque también hay que destacar que los datos recogidos por Estabrooks son mucho anteriores y los de España en pleno periodo de crisis, lo que puede haber influido en la valoración.

Respecto a los factores organizativos que los profesionales consideran importantes para el uso de la investigación, los profesionales de este trabajo valoran la financiación externa o interna para investigación como la más importante con un 4,39/5. Este dato coincide con el estudio de Estabrooks.

## 7.5. Resultados de entorno laboral medido con el PES-NWI

Según el cuestionario PES-NWI los ítems más valorados en el presente trabajo son *“Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes”*, *“Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral”*, *“Las supervisoras apoyan a las enfermeras”* y *“La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad”*. Los ítems peor valorados son *“Hay oportunidades de ascender”*, *“Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital”* y *“El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal”*.

Respecto a lo factores del cuestionario, los más valorados son *“Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad”*, *“Relaciones laborales enfermera-médico”* y en tercer lugar *“Habilidad, liderazgo y apoyo por parte de sus responsables”*. Los estudios que han evaluado el entorno a nivel nacional, e internacional, aunque van en la misma línea, no coinciden con el aspecto más valorado en este estudio ya que en primer lugar obtienen *“habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables”* y en segundo lugar *“fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad”* (Fuentelsaz-Gallego et al., 2013, Abad, Aiken y Patrician, 2000; Liu y Cheng, 2009). Sin embargo el factor peor valorado coincide con el de los estudios mencionados *“Participación de la enfermería en cuestiones del hospital”*. Las diferencias en la valoración del liderazgo pueden deberse a la situación que durante el periodo de recogida de datos tenía la ciudad a la que pertenecían los hospitales participantes en el estudio, que ha estado caracterizada en los últimos años por una gran incertidumbre hacia los profesionales de la salud y cambios constantes en los equipos de liderazgo.

El estudio de González-Torrente et al (2012) realizado en atención primaria arroja resultados similares al presente estudio. El ítem más valorado en este ámbito fue *“Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad”*, sin embargo el segundo más valorado fue *“Participación de la enfermería en*

*cuestiones del centro*”, al contrario que en el resto de los estudios. Hay que señalar que este estudio se realizó en atención primaria y las diferencias se pueden deber a los diferentes ámbitos, ya que por la forma de organizar el trabajo en atención primaria es posible que los profesionales de enfermería tengan un papel más activo y participen más en atención primaria que en los centros hospitalarios.

Según la clasificación los hospitales por el PES- NWI en el presente estudio, el 13% (2) obtuvieron puntuaciones de entorno favorable, el 43% (8) se clasificaron como entorno mixto y un 33% (5) como entorno desfavorable. En el estudio de Aba-Corpa et al (2013) los resultados fueron algo más elevados con cifras de un 37,5% (3) como favorables, 37,5% (3) mixtos y 25% (2) desfavorables. Si tenemos en cuenta la clasificación de los hospitales por la muestra, el 45% evalúa su entorno como desfavorable, un 35,5% mixto y un tan solo un 19,5% como favorable. Estos datos son algo mejores que los de Fuentelsaz-Gallego et al (2013) que encontraron que un 48% de la muestra clasificaba su entorno como desfavorable y un 16% con favorable.

Según el modelo PARISH el 57% de la muestra clasifica el contexto como inadecuado o moderadamente inadecuado y tan solo un 18,5% como contexto adecuado. Estos datos coinciden con los encontrados con el cuestionario PES-NWI completo.

## **7.6. Resultados cuestionario de Actitudes hacia la investigación**

La suma de las medias de las puntuaciones de la escala de actitudes fue de 134. Estos datos son similares a los encontrados por Moreno-Casbas (2007), en su estudio realizado en profesionales de enfermería en España que obtuvo una puntuación global de 133. Sin embargo, difieren del estudio realizado por Björkström y Hamrin (2001) en profesionales de enfermería que obtuvo una puntuación global de 126. Lo que denota que los profesionales de enfermería en España presentan una buena actitud ante la investigación de forma general. También otros autores coinciden en que un alto porcentaje de profesionales de

enfermería tiene actitudes positivas frente a la investigación, aunque utilizan otras encuestas para medirlo (Hicks 1996, Pearcey 1995, Mc Sherry 1997, Parahoo, 1998).

El número de actitudes que superan el valor 4 es de 18/35 ítems en el presente estudio frente a 19/35 en el de Moreno-Casbas (2007). Lo que denota unas actitudes parecidas en ambos estudios. La lectura de los resultados por un lado es positiva ya que los profesionales poseen buenas actitudes en general, sin embargo no parece que se hayan modificado con el paso de los años a pesar de los cambios producidos en la profesión de enfermería en España en el periodo transcurrido entre ambos estudios (la inclusión de España en el Espacio Europeo de Educación Superior y el acceso a estudios de Máster y Doctorado propios de enfermería)

Si tenemos en cuenta los factores del cuestionario, los resultados obtenidos en este estudio también son similares a los obtenidos por Moreno-Casbas et al. (2011). Así tenemos cifras prácticamente idénticas para los factores F1 (7,1 en ambos casos), F2 (21,3 en ambos estudios) y F6 (22,3 en nuestro estudio vs 22,4 en el de Moreno-casbas) y muy cercanas para los factores F3 (24,1 vs. 23,5), F4 19,01 vs.19,4), F5 (22,2 vs. 21,6) y F7 (19,3 vs. 18,9). Si comparamos los resultados con el estudio de Björkström y Hamrin (2001), teniendo en cuenta los resultados obtenidos por la submuestra que obtuvo mayores puntuaciones, el factor 2 *“Necesidad percibida de conocimiento científico”* y el factor 3 *“Grado de participación en las actividades de investigación”* en este trabajo obtienen mejores puntuaciones, no siendo así para el factor 7 *“Necesidades de desarrollo profesional y recursos”*. El resto de los factores presentan resultados similares.

En el presente trabajo el factor mejor valorado (el que más se acerca a su valor máximo) es el Factor 2 *“Necesidad percibida de conocimiento científico”* y el Factor 5 *“Significado otorgado a la investigación”*.

Si tenemos en cuenta que una puntuación media <3 (después de recodificar los valores de las respuestas inversamente para los ítems formulados en negativo) demostraría una actitud negativa, la actitud que ha obtenido valores inferiores a

3 en este trabajo es: “Las habilidades y destrezas en la profesión enfermera se alcanzan, sobre todo, mediante una larga experiencia práctica”.

Los resultados obtenidos respecto a que las habilidades y destrezas se alcanzan, sobre todo, mediante una larga experiencia coinciden con los obtenidos los estudios de Moreno-Casbas et al (2011) y Björkström y Hamrin (2001). Sin embargo la segunda actitud identificada por Moreno-Casbas por debajo 3 puntos, no coincide con este estudio: “En los estudios de enfermería existen demasiados contenidos científicos”. De hecho en el presente estudio esa actitud obtiene una puntuación de 3,9. Este cambio podría explicarse por los cambios en los planes de estudios ocurridos en el periodo de tiempo entre ambos estudios ya que en la época del estudio de Moreno-Casbas existía la necesidad de mayor desarrollo de los estudios de enfermería cumplida con el acceso al Espacio Europeo de Educación Superior.

## **7.7. Relación de la utilización de la investigación con los factores individuales**

### **7.7.1. Características socio-demográficas y de formación y su relación con la utilización de la investigación**

Las características individuales de los profesionales que han mostrado una relación significativa con la utilización de la investigación en el presente estudio son el sexo, las horas de formación continuada, acudir a congresos, presentar posters/comunicaciones y publicar artículos, actuar en contra de las propias creencias, la lectura de revistas y las actitudes hacia la investigación.

El sexo se relacionó de forma significativa con el uso de la investigación general, directa e indirecta, pero no con la utilización persuasiva. Las mujeres del estudio presentan cifras más elevadas de utilización de la investigación que los hombres. También Estabrooks et al. (2015) encontraron como relacionados con el uso directo de la investigación el género.



La edad se relacionó de forma significativa únicamente con la utilización directa de la investigación, pero al contrario de lo que cabría esperar, a mayor edad, mayor utilización directa de la investigación, aunque la correlación encontrada es débil y no se mantiene positiva para el resto de los tipos de utilización de la investigación, por lo que podemos concluir que la edad no se relaciona con el uso de la investigación. La edad ha mostrado relación con la utilización directa de la investigación (Estabrooks et al., 2015), sin embargo en una revisión sistemática sobre los factores individuales que influyen en el uso de la investigación, Squires et al (2011c) concluyeron que la edad no estaba relacionada con el uso de la investigación.

En la misma línea, los años de experiencia se han mostrado relacionados con el uso directo de la investigación, de manera que a más años de experiencia, más utilización directa de la investigación, sin embargo, al igual que con la edad, la relación positiva no se mantuvo para el resto de los tipos de utilización de la investigación y la correlación se mostró débil. Según varios estudios como el de Kenny (2005), el número de años trabajados en enfermería se correlaciona con el uso de la investigación, sugiriendo que a lo largo del tiempo los profesionales de enfermería comienzan a basar su práctica en la experiencia en lugar de buscar nuevo conocimiento. Aunque este hecho se identifica en varios estudios en los que menos años de experiencia aparecían como predictores de la utilización de la investigación (Estabrooks et al. 2007a; 2007b), Brett (1987) no encontró relación entre la adopción de la innovación y los años de experiencia en la profesión, al igual que en nuestro estudio. De hecho en la revisión de Squires et al (2011c) no se encuentra esta relación de manera estadísticamente significativa en la mayoría de los estudios revisados.

En la muestra estudiada acudir a congresos, presentar ponencias/pósteres y publicar artículos se correlacionan los tres con la utilización general de la investigación. El número de congresos además se relaciona con el uso indirecto y persuasivo, el número de ponencia/pósteres, con el uso persuasivo y la publicación de artículos con todas las formas de utilización de la investigación. Aunque todas las correlaciones son bajas, las obtenidas para la publicación de artículos y la utilización general obtiene la correlación más alta con un  $r=0,3$ . Estos resultados coinciden con Brett, (1987) que establece que

acudir a congresos de investigación en enfermería se correlaciona con la adopción de la innovación. En la misma línea, Coyle y Sokkop (1990) encontraron que una de las características personales que se relacionaban directamente con un comportamiento de adopción de la innovación era acudir a conferencias donde se presentan resultados de investigación.

Respecto a la formación, las horas de formación continuada se han mostrado relacionadas con la utilización general de la investigación, la utilización directa y la indirecta, de manera que a mayor formación continuada, mayor utilización de la investigación. Sin embargo no ha ocurrido así con la formación en investigación que no se ha relacionado de manera significativa con ningún tipo de utilización de la investigación. Estos resultados coinciden en parte con los encontrados por Brett (1987). En su estudio no encontró relación entre la adopción de la innovación y el nivel de formación, ni con realizar cursos de investigación en enfermería. Sin embargo tampoco encontró relación con el tiempo empleado en formación continuada, al contrario que en el presente estudio. Respecto a la formación en investigación los que poseen en nuestro estudio más de 150 horas de formación son tan solo el 5% de la muestra, lo que puede resultar en relaciones no significativas.

Los estudios en general sugieren que las enfermeras con niveles de educación más altos poseen más habilidades para la lectura crítica (Milner et al., 2006) y por tanto tienen más facilidad para aplicar los resultados de la investigación. Squires et al (2001c) encontraron una relación positiva entre la utilización de la investigación y mayores niveles de educación formal (máster y doctorado) comparado con niveles menores (diplomatura, licenciatura). El resultado también fue consistente con los especialistas, las enfermeras que trabajan en unidades especializadas (cuidados críticos, diabéticos), utilizaban más la investigación que aquellas que trabajaban en unidades generales (médicas o quirúrgicas). De hecho según Hutchinson et al. (2008) los especialistas utilizaban más la investigación tanto forma directa, indirecta como de forma general.

Por otro lado Squires et al (2013) realizan un estudio para evaluar la influencia del contexto en profesionales de enfermería que trabajan en unidades de

pediatría, en el que establecen que la proporción de enfermeras con licenciatura o superior se relacionaban con el uso directo de la investigación

En nuestro estudio, los resultados son contradictorios, mientras que tener un máster en enfermería se relaciona con mayor utilización general de la investigación, y tener otras licenciaturas/master con mayor utilización indirecta, persuasiva y general al igual que en los estudios mencionados, tener otras diplomaturas/grado u otras titulaciones (sin especificar) parece que se relaciona con un menor uso de la investigación. Además tener una especialidad no se relaciona con el uso de la investigación en ninguno de sus tipos. Esto puede deberse a que los cambios producidos en el sistema de estudios en España son recientes y que poseer otras diplomaturas u otras titulaciones no conlleva necesariamente un aprendizaje en investigación.

#### **7.7.2. Hábitos de lectura y su relación con la utilización de la investigación**

En cuanto a la lectura de revistas de investigación en enfermería, en el presente estudio, un hábito alto de lectura se relacionó con un mayor uso de la investigación tanto directa, indirecta, persuasiva como general. Brett, 1987 concluyó que el tiempo empleado semanalmente en la lectura de revistas científicas y acudir a congresos de investigación en enfermería sí se correlacionó con la adopción de la innovación, al igual que Kirchhoff (1983) que encontró que las enfermeras que leían una innovación en una revista científica eran más probable que adoptaran dicha innovación. Sin embargo en la revisión realizada por Squires et al (2011c) de los estudios que evaluaban los hábitos lectura de revistas por los profesionales de enfermería, los efectos no fueron consistentes por lo que no se podían sacar conclusiones acerca de la relación entre la lectura de las revistas y la utilización de la investigación.

### 7.7.3. Creencias hacia la investigación y su relación con la utilización de la investigación

Respecto a las creencias hacia la investigación, actuar en contra de las propias creencias cuando contradice lo aprendido se relacionó de forma significativa con todos los tipos de utilización de la investigación. Aunque todas las correlaciones fueron débiles, actuar contra las propias creencias cuando contradicen algo aprendido antes de la escuela de enfermería y en la escuela obtienen las correlaciones más elevadas y cercanas a 0,3 ( $r=0,26$  y  $r=0,29$ , respectivamente). Las creencias es un aspecto que se ha mostrado relacionado con el uso de la investigación en varios estudios. Por ejemplo Rodgers, (2000) encontró como factores más relacionados con la utilización de la investigación las creencias entorno a la práctica que los profesionales debían cambiar. Squires et al (2013) realizaron un estudio para evaluar la influencia del contexto en profesionales de enfermería que trabajan en unidades de pediatría. En su estudio establecen que actuar en contra de las creencias es una de las variables individuales que se relacionaban con el uso directo de la investigación. Según Kenny (2005) actuar en contra de las creencias es el aspecto individual que se relaciona de forma más significativa con el uso de la investigación. Y en la misma línea Estabrooks et al (2015) encontraron que actuar en contra de las creencias estaba relacionado con el uso directo e indirecto de la investigación. De hecho en la revisión de Squires et al (2011c) para identificar los determinantes individuales de la utilización de la investigación, que en todos los estudios se encontró una relación positiva entre las creencias y la utilización de la investigación.

#### 7.7.4. Actitudes hacia la investigación y su relación con la utilización de la investigación

Respecto a la puntuación global de la encuesta, una mayor puntuación, es decir mejores actitudes, se relaciona de manera significativa con todos los tipos de utilización de la investigación ( $r=0,33$ ) para la utilización general ajustada. Squires et al (2011c) también encontraron que las actitudes se relacionaron con el uso instrumental de la investigación y con la utilización general de la investigación de forma estadísticamente significativa. La magnitud del efecto, de media, fue moderada, algo más elevado en el presente trabajo.

Si tenemos en cuenta los valores de los factores de la encuesta de actitudes y su relación con la utilización de la investigación, las correlaciones con  $r$  Pearson son todas positivas. Todos los factores y la puntuación global de la encuesta se correlacionan de forma significativa con la utilización general ajustada de la investigación. Al igual que en otros estudios, se ha encontrado que una de las características individuales que se relacionan de forma más consistente con el uso de la investigación son las actitudes hacia la misma (Estabrooks, 1999b; Estabrooks et al., 2003b; Milner et al., 2006; Kenny, 2005). De hecho Dobbins et al. (2002) establecen que una innovación no se utilizará en la práctica clínica al no ser que sea percibida como relevante y consistente con las actitudes, tanto de los individuos como de las organizaciones en las que prestan sus cuidados

Milner et al. (2005) realizaron una revisión con el objetivo de conocer los determinantes que influyen en la utilización de la investigación en el caso de los monitores clínicos ("clinical nurse educator"). En ella se concluye que existe una relación positiva entre la utilización de la investigación y las actitudes de estos profesionales con respecto a la investigación. También Estabrooks et al. (2003b) realizaron una revisión sistemática para identificar los factores individuales que influyen en el uso de la investigación, siendo la actitud positiva la característica con un efecto más consistente. Otro estudio que incluyó 27 revisiones sistemáticas también idéntico la creencias y actitudes como las

características de los profesionales que se relacionan con la utilización de la investigación (Stergiou-Kita, 2010).

Podemos decir que los resultados encontrados en este estudio respecto a los factores individuales son consistentes con la literatura existente hasta el momento.

## **7.8. Relación de la utilización de la investigación con los factores organizativos**

### **7.8.1. Características laborales y su relación con la utilización de la investigación**

Los hospitales pequeños presentan cifras más bajas de utilización general de la investigación en los tres momentos en los que se pregunta en el cuestionario. Sin embargo las diferencias entre los diferentes grupos según el tamaño del hospital no son significativas para ninguna de las valoraciones de la utilización general de la investigación, ni para los otros tipos de utilización de la investigación. La literatura no es concluyente respecto a este aspecto ya que hay autores que sí han encontrado diferencias en función del tamaño del hospital y otro no. Así Brett (1987) y Rodgers (2000) no encontraron diferencias entre el tamaño del hospital y la utilización de la investigación. Sin embargo Estabrooks et al (2007b) encontraron que el tamaño del hospital se relacionaba significativamente con el uso de la investigación.

En este estudio además ni la complejidad, ni el tipo de gestión mostraron diferencias estadísticamente significativas con el uso de la investigación, aunque sí se observó que a menor complejidad, la utilización de la investigación fue menor, pero este aspecto habría que explorarlo más detalladamente en otros estudios.

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las unidades de adultos y las pediátricas en ninguno de los tipos de utilización de la investigación. Los mismos resultados encontraron Estabrooks et al (2004b),

en un estudio de cuidados de agudos, tanto en unidades pediátricas como de adultos utilizando la misma herramienta de “utilización de la investigación” que la del presente trabajo. Sin embargo, Squires et al (2011c) encontraron que las enfermeras que trabajan en unidades especializadas (cuidados críticos, diabéticos), utilizaban más la investigación que aquellas que trabajaban en unidades generales (médicas o quirúrgicas), indicando que el tipo de unidad puede influir en el uso de los resultados de la investigación.

Al contrario que Estabrooks et al (2015), en este estudio no se encontraron diferencias en el uso de la investigación según el turno de trabajo. Sin embargo, sí se encontraron diferencias en la utilización de la investigación directa con el tipo de contrato, siendo las personas con un contrato fijo las que presentan cifras más elevadas de utilización directa de la investigación que los profesionales con contrato temporal.

### **7.8.2. Apoyo de la organización y su relación con la utilización de la investigación**

Los valores otorgados a los ítems de Apoyo de la organización en este estudio se correlacionan de manera significativa con todos los tipos de utilización de la investigación. Así por ejemplo el apoyo de la supervisora, de los médicos y de los compañeros enfermeros son los que obtienen correlaciones más altas ( $r$  entre 0,21-0,26). Respecto a los factores organizativos presentes en el trabajo que facilitan la utilización de la investigación encontramos que “enfermeras con conocimientos en investigación” se relaciona de manera significativa con la utilización general. En la literatura los resultados son similares, Kenny (2005) encontró que el apoyo de la organización se correlacionaba de manera significativa con todos los tipos e utilización de la investigación excepto con la utilización indirecta y Estabrooks et al (2008a) encontraron que en las unidades que se clasificaban como de utilización de la investigación media y alta, el apoyo de la organización era mayor.

Por otro lado Brett (1987) encontró que la percepción de los profesionales de la existencia de políticas que favorecen la utilización de la investigación se

relacionaba con la adopción de la innovación, señalando la importancia de estructuras en las organizaciones que fomenten el uso de la investigación.

### **7.8.3. Entorno laboral según PES-NWI y su relación con la utilización de la investigación**

Todos los factores excepto el Factor 1 “Dotación y adecuación de recursos” se relacionan de manera significativa con la utilización general ajustada de la investigación. El Factor 4 “Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad”, se relaciona significativamente con todos los tipos de utilización de la investigación, obteniendo un  $r=0,172$  para la utilización directa de la investigación. En esta línea Wallin et al (2006), realizaron una clasificación según las puntuaciones de la calidad de los cuidados de enfermería (excelente, bueno, regular, malo) y concluyeron que a mayor calidad de los cuidados y mayor valoración del contexto, mayor utilización de la investigación.

Si tenemos en cuenta los ítems del cuestionario PES-NWI y su correlación con la utilización de la investigación, “La supervisora consulta al personal sobre los problemas del día a día y los procedimientos”, “Las supervisoras utilizan los errores como oportunidades para aprender, no como crítica”, “Existen servicios de apoyo adecuados que me permiten pasar tiempo con mis pacientes” y “Existe libertad para tomar decisiones importantes sobre el trabajo y el cuidado de los pacientes”, son los que se correlacionan de forma positiva con todos los tipos de utilización de la investigación. En general las correlaciones son muy bajas, siendo las más fuertes “Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en un modelo médico” con la utilización directa de la investigación, “Las supervisoras utilizan los errores como oportunidades para aprender, no como crítica”, también con la utilización directa y con la utilización general y “Existe libertad para tomar decisiones importantes sobre el trabajo y el cuidado de los pacientes” (aunque este ítem es uno de los añadidos a la versión española del PES-NWI para este estudio), con la utilización directa, persuasiva y general.

En la misma línea Estabrooks et al (2007b), encontraron que a mayor valoración en “la relación entre enfermeros y médicos”, “tiempo suficiente para



discutir con otros compañeros sobre el cuidados de los pacientes”, “la supervisora de enfermería es una buena gestora y líder”, “libertad para tomar decisiones acerca de los pacientes”, “orgullo y reconocimiento al trabajo bien hecho”, mayor utilización de la investigación. Los estudios coinciden en la valoración de los supervisores y en la autoridad para tomar decisiones como relacionadas con el uso investigación. También Squires et al (2013) identificaron el liderazgo como predictor de la utilización de la investigación.

La clasificación de los hospitales según PES-NWI en este estudio se relacionó con la utilización de la investigación, así los hospitales con entornos favorables obtienen una media mayor en utilización directa que los desfavorables. Y los hospitales con un entorno desfavorable obtienen menores puntuaciones para la utilización general ajustada que los mixtos y los favorables. Lo que coincide con el estudio de Pérez-Campos et al (2014), realizado en España, en que se concluye que la percepción desfavorable del entorno influye de forma negativa en la disposición al uso de la investigación

Los resultados obtenidos son consistentes con la literatura existente e indican una correlación entre una valoración positiva del entorno y una mayor utilización de la investigación, sin embargo las correlaciones obtenidas son muy bajas, indicando que los factores del entorno, según el PES-NWI, explican un porcentaje pequeño de la variabilidad existente.

#### **7.8.4. Clasificación del contexto según el modelo PARISH y su relación con la utilización de la investigación**

En general, en el presente trabajo los valores medios obtenidos en todos los tipos de utilización de la investigación son menores en los contextos desfavorables que en los favorables. De hecho, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el contexto adecuado con el inadecuado moderado y el inadecuado para la utilización general ajustada de la investigación, indicando que a una mayor valoración del contexto según el modelo PARISH, mayor utilización de la investigación.

Los resultados de este estudio coinciden con los de Estabrooks et al. (2007b) que encontraron que en los hospitales donde las enfermeras perciben de manera más favorable el contexto (cultura, liderazgo y evaluación) la utilización de la investigación fue de media más alta que en aquellos que el contexto se percibía como desfavorable. También Squires et al. (2013) realizaron un estudio para evaluar la influencia del contexto en la utilización de la investigación por profesionales de enfermería que trabajan en unidades de pediatría. Se confirmó la hipótesis de que cuanto más favorable fuera el contexto mayor era la utilización de la investigación. Además, Cummings et al. (2007) establecen que las enfermeras que trabajan en contextos positivos (caracterizados por una cultura positiva, un buen liderazgo y un buen sistema de evaluación) utilizan más la investigación. En este estudio se concluye que la utilización de la investigación está mediada por el contexto, de manera que los factores que influyen en el uso de la investigación actuarán de manera diferente según la valoración del contexto sea alta o baja.

Los resultados obtenidos en este estudio son consistentes con la literatura internacional, indicando que a una mayor valoración de contexto, mayor utilización de la investigación.

## 7.9. Dificultades y limitaciones del estudio

El trabajo realizado es de naturaleza exploratoria, los datos se han obtenido de profesionales de enfermería de los hospitales que voluntariamente han accedido a participar en el estudio, por lo tanto, los datos generados deben ser interpretados con la cautela necesaria y evitar generalizaciones prematuras.

Aunque es muy frecuente el uso de cuestionarios autoadministrados para medir muchos aspectos de la práctica basada en la evidencia hay que tener en cuenta que estos cuestionarios ofrecen percepciones de los profesionales que son encuestados. Por lo tanto los resultados de utilización de la investigación pueden ser o no ser congruentes con el comportamiento real de los profesionales encuestados. Según la literatura los cuestionarios autoadministrados pueden ofrecer sobrestimaciones de los resultados (Titler, Everett y Adams, 2007a)

Se han publicado diversos factores que pueden llevar a confusión a la hora de interpretar los datos obtenidos con un cuestionario, como son las características sociodemográficas del usuario, su nivel de satisfacción vital global, su estado general de salud y como ya hemos mencionado, otros factores derivados de aspectos formales en el cuestionario.

De entre los posibles sesgos que pueden limitar la validez del estudio se encuentran: a) sesgo debido al diseño del cuestionario; b) sesgo debido al método de administración elegido; c) sesgo debido al método de muestreo; y d) sesgo de no respuesta. Sin embargo, los dos tipos de sesgo que con más frecuencia e importancia pueden restar credibilidad a los resultados de una encuesta son los sesgos por muestreo inadecuado y el sesgo de no respuesta.

- a) sesgo debido al diseño del cuestionario: este sesgo se ha minimizado realizando una validación del cuestionario de “utilización de la investigación” al contexto español y se ha comprobado su validez y

- fiabilidad. El resto de cuestionarios utilizados han sido validados a nuestro contexto obteniendo buenos niveles de fiabilidad y validez.
- b) sesgo debido al método de administración elegido: las encuestas mediante entrevista están sujetas a posibles sesgos introducidos por el entrevistador, mientras que los cuestionarios autoadministrados, como es el caso de los utilizados en este trabajo, están influenciados por el nivel cultural de los respondientes. A este respecto todos los cuestionarios utilizados han sido elaborados y validados para la población a la que se han aplicado, siendo todos de nivel educativo universitario. Por otro lado, cuando se administran encuestas dentro de las instituciones sanitarias, el propio entorno puede influir en la sinceridad de los que responden. Estando avisados sobre estas posibilidades, se ha intentado controlar o al menos calibrar su importancia potencial en cada caso, y dado el nivel cultural de la población de estudio y su entorno laboral creemos que su influencia en los resultados obtenidos, de existir, ha sido mínima.
- c) Sesgos por muestreo inadecuado. Un cuestionario es un instrumento de medición y sus resultados serán generalizables, a una determinada población diana, en tanto en cuanto todos los individuos hayan tenido la misma oportunidad de ser incluidos en la muestra de encuestados. En este estudio, aunque los hospitales han participado de forma voluntaria, los profesionales que trabajan en ellos se han elegido realizando un muestreo aleatorio y estratificando de forma proporcional por tipo de unidad.
- d) Sesgo de no respuesta. Con independencia del grado de representatividad de la muestra, los resultados que obtengamos pueden estar sistemáticamente sesgados si no se obtienen respuestas de la gran mayoría de los seleccionados. Encuestas con frecuencias de respuesta bajas pueden representar exclusivamente a aquellas personas especialmente interesadas en responder, sea porque su experiencia ha sido extraordinariamente buena o extraordinariamente mala, pero, en cualquier caso, sesgada. La magnitud del sesgo de no respuesta depende de dos factores: será tanto más importante cuanto mayor sea la proporción de los que no responden, y cuanto mayor sea

también la diferencia entre lo que hubiesen respondido y lo que obtenemos de los que responden. La mejor forma de evitar el sesgo de no respuesta es procurar tener frecuencias de respuestas altas como ha sido nuestro caso.

Por otro lado las definiciones de contexto utilizadas en el estudio pueden ser simplistas y esconder variables latentes que no se han tenido en cuenta. Según Dopson (2007) el contexto es complejo y no es fácil valorarlo ya que probablemente no sea cuantificable. Es algo dinámico que se modifica con el tiempo y las mediciones deberían contemplar este aspecto. Sin embargo se han utilizado las mismas definiciones que en otros estudios (Wallin et al., 2006; Cummings et al., 2007) ya que han demostrado ser lo suficientemente robustas y facilitan la comparación (Titler et al., 2007a; Cummings et al., 2007).

Dado que el contexto es algo dinámico y no estático, realizar estudios longitudinales ofrecerá una visión más completa del fenómeno de estudio (Rycroft-Malone, 2007)



Universitat d'Alicante  
**8.CONCLUSIONES**  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

1. Las propiedades psicométricas del cuestionario “Research Utilization”, en su versión española, muestran que el cuestionario puede utilizarse en el contexto hospitalario de Madrid. Sin embargo al ser la primera aproximación a la validez en español de este cuestionario son necesarios más estudios con diferentes poblaciones y contextos.
2. El porcentaje de respuesta en este estudio es elevado, teniendo en cuenta que el instrumento de medida es un cuestionario autocumplimentado y que parte de la muestra recibió la encuesta online. Las estrategias utilizadas en este estudio para la captación de la muestra (selección aleatoria de los profesionales, contacto personal, recordatorios online y personales, la posibilidad de realizar la encuesta en papel y el sorteo de un Ipad) han resultado adecuadas.
3. La actividad investigadora de la muestra respecto a la presentación de comunicaciones en congresos y publicación de artículos es más baja que la encontrada en otros estudios con poblaciones similares. Sin embargo, la muestra presenta una formación en investigación mayor que en otros estudios aunque sigue siendo baja.
4. Más de la mitad de la muestra presenta unos hábitos de lectura de revistas científicas bajos.
5. Los profesionales del estudio utilizan la investigación de forma moderada. El tipo de utilización de la investigación más frecuente es el directo (aplicación observable de los resultados de la investigación), seguido del indirecto (forma de pensar) y por último la utilización persuasiva (persuadir a otros).
6. Las fuentes de conocimiento que los profesionales de enfermería utilizan para informar su práctica clínica son la experiencia personal y los protocolos, manuales de procedimientos y entre las menos utilizadas están los artículos científicos.
7. Los profesionales de la muestra consideran que sus compañeros enfermeros y los supervisores son las personas que más les apoyan para utilizar la investigación.



8. Los factores de la organización presentes en el trabajo que apoyan la investigación son menos frecuentes que los identificados en otros estudios internacionales.
9. Casi la mitad de la muestra clasifica su entorno laboral como desfavorable y cerca de un 20% como favorable. Los aspectos más valorados son los Fundamentos para la calidad de la calidad de los cuidados y el liderazgo de los supervisores. El aspecto menos valorado es la participación de la enfermería en las cuestiones del hospital.
10. Según el modelo PARISH de contexto (formado por liderazgo, cultura y evaluación), casi el 60% valora el contexto inadecuado o moderadamente inadecuado.
11. Las actitudes hacia la investigación de los profesionales son buenas y coinciden con estudios nacionales con muestras similares siendo más altas que las encontradas a nivel internacional.
12. Las características individuales que se relacionan con un mayor uso de la investigación son:
  - El sexo femenino, tener una titulación adicional nivel máster o licenciatura, tener hábitos altos de lectura de revistas científicas, acudir a conferencias, presentar comunicaciones y publicar artículos.
  - Las personas que actúan con mayor frecuencia en contra de las creencias de lo que aprendieron en el pasado, utilizan más la investigación, tanto de forma general, como la utilización directa, indirecta y persuasiva.
  - Una actitud positiva hacia la investigación se relaciona con un mayor uso de la investigación, tanto de forma general, como la utilización directa, indirecta y persuasiva.
13. Las características organizativas que se relacionan con el uso de la investigación son:
  - Los profesionales con contrato fijo presentan cifras más elevadas de utilización directa de la investigación que los profesionales con contrato temporal.
  - Los profesionales de enfermería utilizan más la investigación si desarrollan su trabajo en contextos en los que existe apoyo para el uso

de la investigación por parte de los supervisores, los médicos y/o otros compañeros enfermeros.

- Contar con compañeros enfermeros con conocimientos en investigación, se relaciona con el uso de los resultados de la investigación.
- Una valoración favorable del entorno, medido con el cuestionario PES-NWI se relaciona con una mayor utilización de la investigación
- Una mayor valoración del contexto según el modelo PARISH, se relaciona con una mayor utilización de la investigación

14. En general las actitudes hacia la investigación, las creencias y el entorno laboral se correlacionan de forma positiva con la utilización de la investigación. Pero las correlaciones obtenidas son bajas o muy bajas, siendo las más elevadas las relacionadas con los factores individuales (actitudes y creencias) y las más bajas las relacionadas con el entorno.

15. Las correlaciones bajas indican que la utilización de la investigación es un fenómeno complejo en el que interaccionan muchos factores, tanto individuales como del entorno y que ninguno por si solo puede explicar la variabilidad existente. Hecho que se corrobora en la literatura internacional.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **9.RECOMENDACIONES**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

Recomendaciones para la práctica:

- Las instituciones deberían incluir de forma rutinaria los hallazgos actualizados de la investigación en enfermería en las políticas y los manuales de procedimientos de las organizaciones.
- Es preferible organizar los recursos humanos en el hospital de manera que se fomente el uso de la investigación: enfermeras con conocimientos en investigación distribuidas en diferentes unidades de forma estratégica para fomentar el uso de la investigación.
- Fomentar la estabilidad laboral en la institución.
- Asegurarse que los supervisores apoyan el uso de la investigación de los trabajadores a su cargo.
- Posibilitar contextos en los que se fomente una cultura orientada al cambio y formada los valores, creencias y actitudes favorecedoras del uso de la investigación; un liderazgo claro, abierto al cambio y que apoya el trabajo en equipo y la toma de decisiones de los profesionales; una evaluación que incluya mecanismos efectivos de *feedback* y evaluación del cambio.
- Las estrategias para aumentar el uso de la investigación se pueden desarrollar de una manera más adecuada si se conocen los componentes de la utilización de la investigación. Las diferentes estrategias es probable que funcionen de forma diferente según el tipo de utilización de la investigación sobre la que influyan.

Recomendaciones para la investigación:

- Continuar desarrollando estudios en los que se midan las propiedades psicométricas del cuestionario en el contexto español con diferentes poblaciones de estudio.
- El desarrollo de una medida robusta de utilización de la investigación dirigida a profesionales de enfermería es importante para poder obtener comparaciones entre grupos, ámbitos e instituciones. Además, es de utilidad para llevar a cabo intervenciones que evalúen las estrategias que pretenden fomentar el uso de la investigación por parte de los

profesionales y poder realizar mediciones precisas del impacto que la utilización de la investigación tiene sobre los sistemas de salud y sus resultados.

- Dado que el contexto es algo dinámico y no estático, realizar estudios longitudinales ofrecerá una visión más completa del fenómeno de estudio.
- La utilización de la investigación es un campo que interesa por su posible relación con la mejora de los resultados de los pacientes. Se recomienda realizar investigaciones en las que se midan estos dos aspectos y se pueda aumentar la base de conocimientos para sustentar dicha relación.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## 10. REFERENCIAS





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

- Abad-Corpa, E., Monistrol-Ruano, O., Altarribas-Bolsa, E., & Paredes-Sidrach de Cardona, A. (2003). Lectura crítica de la literatura científica. *Enfermería Clínica*, 13(1), 32-40.
- Abad-Corpa, E., Molina-Durán, F., Vivo-Molina, M.C., Moya-Ruiz, B., Martínez-Hernández A., Romero-Pelegrín J.M., et al. (2013). Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(6), 345-354.
- Aiken, L.H. & Patrician, P. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: the revised nursing work index. *Nursing Research*, 49 (3), 146-153.
- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M. et al. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, e1717.
- Alberta Association of Registered Nurses (1997). *Nursing Research Dissemination and Utilization: A background paper*. Edmnton, AB: Author.
- Barr, J., Hecht, M., Flavin, K.E., Khorana, A. & Gould, M.K. (2004). Outcomes in Critically Ill Patients before and After the Implementation of an Evidence-Based Nutritional Management Protocol. *Chest*, 125(4), 1446-1457.
- Barrett, P.T. & Kline, P. (1981). The observation to variable ratio in factor analysis. *Personality study and group behavior*, 1, 23-33.
- Berggren, A.C. (2001). Midwives' research utilization. *Ponencia presentada en la Segunda Conferencia de la HSS (Högskolor och Samhälle i Samverkan)*, Halmstad, Suecia.
- Bero, L.A., Grilli, R., Grimshaw, J.M., Harvey E., Oxman, H. & Thomson, M.A. (1998). Getting research findings into practice: Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317, 465-468.
- Björkström, M.E. & Hamrin, E.K.F. (2001). Swedish nurses' attitudes towards research and development within nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 706.-714.

- Björkström, M.E., Johansson, I.S., Hamrin, E.K.F. & Athlin, E.E. (2003). Swedish nursing students' attitudes to and awareness of research and development within nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 393-402.
- Blanco, N. & Alvarado, M.E. (2005). Escala de actitud hacia el proceso de investigación Científico Social. *Revista de Ciencias Sociales*, 3, 537 – 544.
- Boaz A, Baeza J, Fraser A. & European Implementation score Collaborative Group (EIS). (2011). Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature. *BCM Research Notes*, 4, 212.
- Boström, A.M., Nilson-Kajermo, K., Nordström, G. & Wallin, L. (2008). 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 perception of barriers? *Implementation Science*, 3, 24.
- Breimaier, H.E. Halfens, R.J.G. & Lohrmann, C. (2015). Effectiveness of multifaceted and tailored strategies to implement a fall-prevention guideline into acute care nursing practice: a before-and-after, mixed-method study using a participatory action research approach. *BMC Nursing*, 14, 18.
- Brett, J.L.L. (1987). Use of Nursing Practice Research Findings. *Nursing Research*, 36 (6), 344-349.
- Brett, J.L.L. (1989). Organizational integrative mechanisms and adoption of innovations by nurses. *Nursing Research*, 38 (2), 105-110.
- Cabrero, J. (1999) Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación. *Index Enferm (Gran)*; 27, 12-18.
- Cabrero, J. & Richat, M. (2001). *Investigar en Enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería*. Alicante: servicio de publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Connor, N. (2007). *The relationship between organizational culture and research utilization practices among nursing home departmental staff* (Dissertation/Thesis). Dalhousie University, Canada.
- Coyle, L.A. & Sökkop, G.A. (1990). Innovation adoption behaviour among nurses. *Nursing Research*, 39 (3), 176-180.

- Cummings, G.G., Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Wallin, L. & Hayduk L. (2007) Influence of organizacional Characteristics and context on Research Utilization. *Nursing Research*, 4S, S24-S39.
- Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M. & Aiken, L.H. (2015). Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open*, 5, 1.
- Damschroder, L., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A. & Lowery, J.C. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50.
- Davies, B. Edwards, N., Ploeg, J. & Virani, T. (2008). Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings. *BMC Health Services Research*, 8 (29), 1-15.
- Davis, S.M., Peterson, J.C., Helfrich, C.D. & Cunningham-Sabo, L. (2007). Introduction a conceptual model for utilization of prevention research. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(S1), S1-S5.
- de Pedro-Gomez, J., Morales-Asencio, J.M., Sesé-Abad, A., Bennasar-Veny, M., Artigues-Vives, G., Ruiz-Roman, M.J., et al.. (2009). Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. *Revista Española de Salud Pública*, 83 (4), 577-586.
- de Pedro-Gómez, ., Morales-Asencio, J.M., Sesé-Abad, A., Bennasar-Veny, M., Artigues Vives, G. & Perelló Campaner, C. (2011). Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. *Gaceta Sanitaria*, 25 (3), 191-197.
- Dobbins, M., Ciliska, D. & Mitchell, A. (1998). *Dissemination and use of research evidence for policy and practice by nurses: a model of the development and implementation strategies*. Toronto, ON: Author.
- Dobbins, M., Cockerill, R., Barnsley, J. & Ciliska, D. (2001). Factors of the innovation, organization, environment and individual that predict the influence five systematic reviews had on public health decisions.

- International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 17(4), 467-478.
- Dobbins, M., Ciliska, D., Cockerill, R., Barnsley, J. & DiCenso, A. (2002). A framework for dissemination and utilization of research for healthcare policy and practice. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 9, 7.
- Dobbins, M., Hanna, S.E., Ciliska, D., Manske, S., Cameron, R., Mercer, S.L., et al. (2009). A randomized control trial evaluating the impact of knowledge translation and exchange strategies. *Implementation Science*, 4, 61.
- Dopson, S. (2007). A view from organizational studies. *Nursing Research*, 56(S), S72-S77.
- Dufault, M. (1995). A collaborative model for research development and utilization. *Journal for nursing staff and development*, 11(3), 139-144.
- Ellis, J.A., McCleary, L., Blouin, R., Dube, K., Rowley, B., MacNeil, M., et al. (2007). Implementing Best Practice Pain Management in a Pediatric Hospital. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12 (4), 264-277.
- Estabrooks, C.A. (1999a). The conceptual Structure of Research Utilization. *Research in nursing and Health*, 22, 203-216.
- Estabrooks, C. A. (1999b). Modeling the individual determinants of Research Utilization. *Western Journal of Nursing Research*, 21(6), 758-772.
- Estabrooks, C.A., Wallin, L. & Milner, M. (2003a) Measuring Knowledge Utilization in Health Care. *International journal of policy Evaluation and Management*, 1(1), 3-36.
- Estabrooks, C. A., Floyd, J., Scott-Findlay, S. O'Leary, K.A. & Gushta, M. (2003b) Individual determinants of research utilization: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 506-520.
- Estabrooks, C. A., Winther, C. & Derksen, L. (2004a). Mapping the field. A bibliometric analysis of the research utilization literature in nursing. *Nursing Research*, 53 (5), 293-303.
- Estabrooks, C.A., Scott-Findlay, S., Rutakunwa, W., Duan, Q. & Rozanova, J. (2004b). *The determinants of research utilization in acute care: Pain Management in Adult and paediatric settings*. (Nº 04-01-TR). Edmonton, AB: Faculty of Nursing, university of Alberta.

- Estabrooks, C.A., Kenny, D.J., Adewale, A.J., Cummings, G.G. & Mallidou, A.A. (2007a). A comparison of research utilization among nurses in Canadian civilian and United States army health care settings. *Research in Nursing and Health*, 30, 282, 296.
- Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Cummings, G.G. & Wallin, L. (2007b). Predicting research use in nursing organizations. *Nursing Research*, 56 (S4), S7-S23.
- Estabrooks, C.A., Scott, S., Squires, J., Stevens, B., O'Brien-Pallas, L., Watt-Watson, J. et al (2008a). Patterns of research utilization on patient care units. *Implementation Science*, 3, 31.
- Estabrooks, C.A., Squires, J.E., Adachi, A.M., Kong, L., Norton, P. (2008b). *Utilization of research in acute care settings in Alberta* (Report nº 08-01-TR). Edmonton, AB, Faculty of Nursing, University of Alberta.
- Estabrooks, C.A., Squires, J.E., Hayduk, L., Morgan, D., Cummings, G.G., Ginsburg, L., et al. (2015). The influence of organizational context on best practice use by care aides in residential long-term care settings. *JAMDA*, 16 (537), e1-e10.
- Fleiss, J.L. (1986). *The design and analysis of clinical experiments*. New York: Wiley.
- Forbes, A., & Griffiths, P. (2002). Methodological strategies for the identification and synthesis of evidence to support decision-making in relation to complex healthcare systems and practices. *Nursing Inquiry*, 9 (3), 141-55.
- Forsman, H., Rudman, A., Gustavsson, P., Ehrenberg, A. & Wallin, L. (2012). Nurses' research utilization two years after graduation- a national survey of associated individual, organizational, and education factors. *Implementation Science*, 7, 46.
- Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, T. & González-María, E. (2013). Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (2), 274-280.
- 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.

- Funk, S.G., Tornquist, E.M. & Champagne, M.T. (1995). Barriers and facilitators of research utilization. *Nursing Clinics of North America*, 30 (3), 395-407.
- García-Pozo, A.M. (2013). *Investigación en enfermería en la Comunidad de Madrid: perfil investigador de las enfermeras y situación actual de los hospitales del Servicios Madrileño de Salud* (tesis doctoral). Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.
- González-Torrente, S., Pericas-Beltrán, J., Bennasar-Veny, M., Morales-Asencio, J. & de Pedro-Gómez, J. (2012). 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*, 12, 227.
- Goode, C.J., Lovett, M.K., Hayes, J.E. & Butcher, L.A. (1987). Use of research based knowledge in clinical practice. *JONA*, 17(12), 11-18.
- Graham, I.D., Logan, J., Harrison, M., Straus, S.E., Tetroe, J., Caswell, W., et al. (2006). Lost in Knowledge translation. Time for a map? *The Journal of Continuing Education in the Health Profession*, 26(1), 13-24.
- Graham, I.D., Tetroe, J. & K.T. Theories Research Group (2007). Some theoretical underpinnings of knowledge translation. *Academic Emergency Medicine*, 14, 936-941.
- Greenhgh, T., Robert, G., McFarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovation in service organizations: Systematica review and recommendations. *The Milkbank Quarterly*, 82 (4), 581-629.
- Grimshaw, J. M. & Russell, I.T. (1993). Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluation. *Lancet*, 342, 1317-22.
- Grimshaw, J. M., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., et al (2001). Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions to promote implementation of research findings by healthcare professionals. En Haines, A. & Donald, A. (Ed.). *Getting Research Findings into Practice* (pp.29-67). London, UK: BMJ Books.
- Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C.,R, Vale, L., et al. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8(6), iii-iv, 1-72.



- Grimshaw, J.M., Eccles, M., Thomas, R., MacLennan, G., Ramsay, C., Fraser, C., et al. (2006). Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J Gen Intern Med*, 21, S2, S14-20.
- Grol, R. (2001). Successes and failures in the implementation on evidence based guidelines for clinical practice. *Med Care*, 39 (2S), 46.
- Grol, R. & Grimshaw, J.M. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients care. *The lancet*, 362, 1225-30.
- Helfrich, C. D., Li, Y., Sharp, N. D. & Sales, A. E. (2009). Organizational readiness to change (ORCA): Development of an instrument based on the Promoting Action on Research in Health Services (PARISH) framework. *Implementation Science*, 4, 38.
- Helfrich, C. D., Damschroder, L. J., Hagedorn, H. J., Dagget, G. S., Sahay, A., Ritchie, M., et al. (2010). A critical synthesis on the Promoting action on research implementation in health services (PARISH) framework. *Implementation Science*, 5, 82.
- Hicks, C. (1996). A study of nurses' attitudes towards research: a factor analytic approach. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 373-379.
- Horsley, J. A., Crane, J. C. & Bingle, J. D. (1978). Research utilization as an organizational process. *Journal of Nursing Administration*, 4-6.
- Hutchinson, A. M., Kong, L., Adachi, A. M., Estabrooks, C. A. & Satevens, B. (2008). *Context and research use in the care of children: a pilot study*. (Report nº 08-03-TR). Edmonton, AB: Faculty of Nursing, University of Alberta.
- Jacobson, N., Butterill, D. & Goering, P. (2003). Development of a framework for knowledge translation: understanding user context. *J Health Serv Res Policy*, 8 (2), 94-99.
- Kaplowitz, M. D., Hadlock, T. D. & Levine, M. (2004). A comparison of Web and mail survey response rates. *Public Opinion Quarterly*, 68(1), 94-101.
- Kenny, D. J. (2005). Nurses' use of research in practice at three US Army hospitals. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 18, 45-67.



- Kirchhoff, K. T. (1983). Using Research in Practice: Should Staff Nurses Be Expected to Use Research? *Western Journal of Nursing Research*, 5 (3), 245-247.
- Kitson, A. L., Ahmed, L. B., Harvey, G., Seers, K. & Thompson, D. R. (1996). From research to practice: one organizational model for promoting research-based practice. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 430-40.
- Kitson, A. L., Harvey, G., McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Qual Health Care*, 7, 149-158.
- Kitson, A. L. & Bisby, M. (2008). *Putting KT research into practice and developing an integrated KT collaborative research agenda*. The Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Edmonton: Alberta.
- Kothari, A., Edwards, N., Hamel, N. & Judd, M. (2009). Is research working for you? Validating a tool to examine the capacity of health organizations to use research. *Implementation Science*, 4, 46.
- Lake, E.T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25, 176–188.
- Lake, E.T. & Friese, C.R. (2006). Variations in Nursing Practice Environments. *Nursing Research*, 55(1), 1-9.
- Lake, E.T. (2007). The nursing practice environment: measurement and evidence. *Medical care research and review*, 64 (2), 104S-122S.
- Lavis, J.N., Oxman, A.D., Moynihan, R. & Paulsen, E.J. (2008). Evidence-informed health policy I. Synthesis of findings from a multi-method study of organizations that support the use of research evidence. *Implementation Science*, 3, 53.
- Leeman, J., Baernholdt, M. & Sandelowski, M. (2007). Developing a theory based taxonomy of methods for implementing change in practice. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 191–200.
- Leung, K., Trevena, L., Waters, D. (2014). Systematic review of instruments for measuring nurses' knowledge, skills and attitudes for evidence-based practice. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (10), 2181-2195.
- Liu, S. & Cheng, C. (2009). Using the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index on Asian nurses. *Nursing Research*, 58 (3), 218-225.

- Logan, J. & Graham, I.D. (1998). Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. *Science Communication*, 20(2), 227-246.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35 (6), 382-385.
- MacGuire, J.M. (1990). Putting nursing research findings into practice: research utilization as an aspect of the management of change. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 614-620.
- Martínez Riera, J. R. (2003). Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. *Enfermería Clínica*, 13, 303-8
- McSherry, R. (1997). What do registered nurses and midwives feel and know about research? *Journal of Advanced Nursing*, 25, 985-998.
- Meijers, J., Janssen, M., Cummings, G. G., Wallin, L., Estabrooks, C. A. & Halfens, R. (2006). Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(5), 622-635.
- Milner, F.M., Estabrooks, C. A. & Humphrey, C. (2005). Clinical nurse educator as agents for change: increasing research utilization. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 899-914.
- Milner, F.M., Estabrooks, C. A. & Myrick, F. (2006). Research utilization and clinical nurse educators: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 639-655.
- Moreno-Casbas, T. (2007) *Actitudes de los profesionales de enfermería respecto a la investigación clínica y barreras para el uso de sus resultados en la práctica* (tesis doctoral). Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.
- Moreno-Casbas, T., Fuentelsaz-Gallego, C., González-María, E. & Gil de Miguel, A. (2010). Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enfermería Clínica*, 20(3), 153-164
- Moreno-Casbas, T., Fuentelsaz-Gallego, C., Gil de Miguel, A., González-María, E. & Clarke, S. P. (2011). Spanish nurses' attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilization: a

- comparative survey of nurses with and without experience as principal investigators. *J Clin Nurs*, 20(13-14), 1936-47.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination (1994). Implementing clinical practice guidelines: can guidelines be used to improve clinical practice? *Effective Health Care*, 1(8), 1-12.
- Nilsson-Kajermo, K., Boström, A. M., Thompson, D. S., Hutchinson, A. M., Estabrooks, C. A. & Wallin, L. (2010). The BARRIERS scale- the barriers to research utilization scale: a systematic review. *Implementation Science*, 5, 32.
- Olade, R.A. (2003). Attitudes and Factors Affecting Research Utilization. *Nursing Forum*, 38, 5-15.
- Oranta, O., Routasalo, P. & Hupli, M. (2002). Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 205-213.
- Orts-Cortés, M. I., Moreno-Casbas, T., Squires, A., Fuentelsaz-Gallego, C., Maciá-Soler, L., González-María, E. & consorcio RN4CAST-españa (2013). Content validity of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Applied Nursing Research*, 26(4), e5-9.
- Pallen, N. & Timmins, F. (2002). Research-based practice: myth or reality? A review of the barriers affecting research utilisation in practice. *Nurse Education in practice*, 2, 99-108.
- Parahoo, K. (1998). Research utilization and research related activities of nurses in Northern Ireland. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 283-291.
- Parahoo, K. (2000). Barriers to, and facilitators of, research utilisation among nurses in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), 89-98.
- Parchman, M. L., Scoglio, C. M. & Schumm, P. (2011). Understanding the implementation of evidence-based care: A structural network approach. *Implementation Science*, 6, 14.
- Pearcey, A.P. (1995). Achieving research-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 33-39.
- Pearson, A., Jordan, Z. & Munn, Z. (2012). Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. *Nurs Res Pract*, 792519.

- Pérez-Campos, M. A., Sánchez-García, I. & Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2014). Knowledge, attitude, and use of Evidence-Based Practice among nurses active on the Internet. *Invest Educ Enferm*, 32(3), 451-460.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2006). The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 29, 489-497.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 30, 459-467.
- Profetto-McGrath, J., Hesketh, K.L., Lang, S. & Estabrooks, C. A. (2003). A study of critical thinking and research utilization among nurses. *West J Nurs Res*, 25(3):322-337.
- Rodgers, S. E. (2000). The extent of nursing research utilization in general medical and surgical wards. *Journal of Advance Nursing*, 32(1), 182-193.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press 5th Edition
- Rokeach, M. (1968). *Beliefs, attitudes and values*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Royle, L. & Blythe, J. (1998). Promoting research utilization in nursing: the role of the individual, organization, and environment. *Evidence-Based Nursing*, 1, 71-2
- Ruzafa-Martínez, M., González-María, E., Moreno-Casbas, T., del Rio-Faes, C., Albornoz-Muñoz, L. & Escandell-García, C.. Proyecto de Implantación de Buena Prácticas en España 2011-2016. *Enfermería Clínica*, 21 (5), 275-283
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A. L., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., et al. (2002). Ingredients for Change: revisiting a conceptual framework. *Qual Saf Health Care*, 11, 174-180.
- Rycroft-Malone, J. (2007). Theory and Knowledge translation: setting some coordinates. *Nursing Research*, 56 (4S), S78-S85.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., Richardson & W. S. (1996). Evidence-based medicine: what it is and what it is not. *BMJ*, 31, 71-72.

- Sackett, D. L., Richardson, S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B. (2000). *Evidence based medicine: How to practice and how to teach*. EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Schuldt, B. A. & Totten, J. W. (1994). Electronic mail vs. mail survey response rates. *Marketing Research*, 6 (1), 36-39.
- Schuster, M., McGlyn, E. & Brook, R. (1998). How good is the quality of health care in the US? *Milbank Q*, 76, 517-63
- Scott, D. S., Estabrooks, C. A., Allen, M. & Pollock, C. (2008a). A context of uncertainty: context shapes nurses research utilization behaviors. *Qualitative Health Research*, 18(3), 347-357.
- Scott, D. S., Plotnikoff, R. C., Karunamuni, N., Bize, R. & Rodgers, W. (2008b). Factors influencing the adoption of an innovation: an examination of the uptake of the Canadian Heart Health Kit (HHK). *Implementation Science*, 3, 41
- Shamian-Ellen, M. (2007). *Examining the Relationship between clinical practice guidelines and hospital efficiency*. (Doctoral Thesis), University of Toronto: ON.
- Shaneyfelt, T., Mayo-Smith, M. & Rothwangl, J. (1999). Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer reviewed medical literature. *JAMA*, 281 (20), 1900-5.
- Squires, J. E., Moralejo, D. & LeFort, S. M. (2007). Exploring the role of organizational policies and procedures in promoting research utilization in registered nurses. *Implementation Science*, 2, 17.
- Squires, J. E., Adachi, A. M. & Estabrooks, C. A. (2008). *Developing a valid and reliable measure of research utilization technical report*. (Report nº 08-02-TR). Edmonton, AB, Faculty of Nursing, university of Alberta.
- Squires, J. E., Estabrooks, C. A., O'Rourke, H. M., Gustavsson, P., Newburn-Cook, C. V. & Wallin, L. (2011a). A systematic review of the psychometric properties of self-report research utilization measures used in healthcare. *Implementation Science*, 6, 83.
- Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Newburn-Cook, C. V. & Gierl, M. (2011b). Validation of conceptual research utilization Scale: an application of the

- standards for educational and psychological Testing in health care. *BMC Health Services Research*, 11, 107.
- Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, P. & Wallin, L. (2011c). Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review uptake. *Implementation Science*, 6, 1.
- Squires, J. E., Hutchinson, A. M., Boström, A. M., O'Rourke, H. M., Cobban, S. J. & Estabrooks, C. A. (2011d). To what extent do nurses use research in clinical practice? A systematic review. *Implementation Science*, 6, 21.
- Squieres, J. E., Estabrooks, C. A., Scott, S. D., Cummings, G. G., Hayduk, L. & Kang, S. H.(2013). The influence of organizational context on the use of research by nurses in Canadian pediatric hospitals. *BMC Health Services Research*, 13, 351.
- Stergiou-Kita, M. (2010). Implementing Clinical Practice Guidelines in occupational therapy practice: Recommendations from the research evidence. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57, 76-87.
- Stetler, C. (2001). Updating the Stetler model of research utilization to facilitate evidence-based practice. *Nursing Outlook*, 49, 272-279.
- Straus, S. E., Brouwers, M., Johnson, D., Lavis, J. N., Légaré, F., Majumdar, S.R., et al. (2011). Core competencies in the science and practice of knowledge translation: description of a Canadian strategic training initiative. *Implementation Science* 2011, 6,127.
- Streiner, D. L., Norman, G. R. (2008). *Health measurements scales: a practical guide to their development and use*. 4<sup>a</sup> ed. Oxford University Press: New York.
- Subdirección General de Calidad y Cohesión (2015). *Procedimiento para recogida de buenas prácticas en el sistema nacional de salud*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid, España.
- Thomas, L.H., Cullum, N.A., McColl, E., Rousseau, N., Soutter, J. & Steen, N. (1999). Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Art. No.: CD000349.
- Thompson, D., Chau J.P & Lopez V. (2006). Barriers to, and facilitators of, research utilisation: a survey of Hong Kong registered nurses. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 4, 77–82.



- Thomson, D. S., Estabrooks, C. A., Scott-Findlay, S., Moore, K. & Wallin, L. (2007). Interventions aimed at increasing research use in nursing: a systematic review. *Implementation Science*, 2, 15.
- Tittler, M. G., Kleiber, C., Steelman, V., Goode, C., Rakel, B., Barry-Walker, J., et al. (1994). Infusing research into practice to promote Quality care. *Nursing Research*, 43 (5), 307-313
- Titler, M. G., Everett, L. Q. & Adams, S. (2007a). Implications for implementation science. *Nursing Research*, 56(S4), S53-59.
- Titler, M. G. (2007b). Translating research into practice. Models for changing clinicians' behavior. *AJN*, 17(S6), S26-S33
- Tolson, D., McAloon, M., Hotchkiss, R. & Schofield, I. (2005). Progressing evidence-based practice: an effective nursing model? *Journal of advanced Nursing*, 50(2), 124-133
- Upton, D. & Upton, P. (2006). Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 54 (4), 454-458.
- Wallin, L., Estabrooks, C. A., Midodzi, W.K. & Cummings, G.G. (2006). Development and validation of a derived measure of research utilization by nurses. *Nursing Research*, 55(3), 149-160.
- Weiner, B. J. A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4, 67.
- Wesing, M., Wollersheim, H. & Grol, R. (2006). Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Implementation Science*, 1, 2.



Universitat d'Alacant  
**11. LISTA DE TABLAS**  
Universidad de Alicante





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

<b>TABLA</b>	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Adaptación cultural del cuestionario tras la revisión de expertos	107
Tabla 2. Índice de Validez de Contenido para la encuesta global y por secciones.	109
Tabla 3a. Índice de Validez de Contenido Sección I.	110
Tabla 3b. Índice de validez de contenido sección II.	111
Tabla 3c. Índice de validez de contenido Sección III.	112
Tabla 4. Coeficiente de correlación Intraclase para la encuesta y por secciones.	113
Tabla 5a. Valores Kappa ponderado para los ítems de la Sección I: utilización de la investigación.	114
Tabla 5b. Valores de Kappa ponderado para los ítems de la sección II: Tipos y fuentes de conocimiento para la práctica.	115
Tabla 5c. Valores de Kappa ponderado para los ítems de la sección III. Apoyo de la organización.	116
Tabla 6. Consistencia interna para el cuestionario y por secciones.	116
Tabla 7. Distribución de la muestra por hospital y clasificación hospitales según tamaño, complejidad y tipo de gestión.	117
Tabla 8. Distribución de la muestra por clasificación de los hospitales según tamaño, complejidad y tipo de gestión.	118
Tabla 9a. Características sociodemográficas de la muestra en general y según el tamaño del hospital.	122
Tabla 9b. Características sociodemográficas según la complejidad y el tipo de gestión del hospital.	123
Tabla 9c. Características sociodemográficas de la muestra según la unidad de trabajo.	124
Tabla 10a. Características laborales de la muestra en general y según el tamaño del hospital.	127
Tabla 10b. Características laborales según la complejidad y el tipo de gestión.	128
Tabla 10c. Características laborales según el tipo de unidad de trabajo	129
Tabla 11a. Actividad investigadora de la muestra en general y según el tamaño del hospital.	131
Tabla 11b. Actividad investigadora según la complejidad y el tipo de gestión del hospital.	132
Tabla 11c. Actividad investigadora según el tipo de unidad de trabajo.	132
Tabla 12a. Utilización de la investigación de la muestra general y según el tamaño del hospital.	134
Tabla 12b. Utilización de la investigación según la complejidad y el tipo de gestión del hospital.	137

Tabla 12c. Utilización de la investigación según el tipo de unidad en la que se trabaja	138
Tabla 13. Respuestas de la muestra de estudio a la pregunta de considerar los ítems como utilización de la investigación.	140
Tabla 14a. Fuentes de conocimiento para la práctica de la muestra en general y por tamaño de hospital.	141
Tabla 14b. Fuentes de conocimiento para la práctica según la complejidad y el tipo de gestión.	142
Tabla 14c. Fuentes de conocimiento para la práctica según el tipo de unidad de trabajo.	143
Tabla 15a. Lectura de revistas para la muestra general y según el tamaño del hospital.	145
Tabla 15b. Lectura de revistas según la complejidad y el tipo de gestión del hospital.	146
Tabla 15c. Lectura de revistas según el tipo de unidad de trabajo.	148
Tabla 16a. Creencias entorno a la investigación de la muestra en general y por tamaño de hospital.	150
Tabla 16b. Creencias entorno a la investigación según la complejidad y el tipo de gestión del hospital.	151
Tabla 16c. Creencias entorno a la investigación según el tipo de unidad de trabajo.	152
Tabla 17a. Apoyo de la organización de la muestra general y por tamaño del hospital.	154
Tabla 17b. Apoyo de la organización según la complejidad y el tipo de gestión del hospital.	155
Tabla 17c. Apoyo de la organización según el tipo de unidad de trabajo.	156
Tabla 18. Valores medios de los factores del cuestionario de actitudes hacia la investigación.	157
Tabla 19. Valores medios de los ítems de la escala de Actitudes hacia la investigación.	158
Tabla 20. Valores medios de los factores del cuestionario de actitudes hacia la investigación según la clasificación del hospital.	160
Tabla 21. Puntuación total del cuestionario de actitudes hacia la investigación según la clasificación del hospital.	161
Tabla 22. Entorno laboral de la muestra, medido con el PES-NWI.	162
Tabla 23. Factores del PES-NWI según la clasificación de los hospitales por tamaño, complejidad, tipo de gestión y según la unidad de trabajo.	165
Tabla 24. Correlaciones entre los factores individuales y la utilización de la investigación.	169
Tabla 25. Factores individuales relacionados con la utilización ajustada de la	170

investigación.	
Tabla 26. Factores individuales relacionados con la utilización directa de la investigación.	170
Tabla 27. Factores individuales relacionados con la utilización indirecta de la investigación.	171
Tabla 28. Titulaciones adicionales y su relación con la utilización de la investigación.	171
Tabla 29. Frecuencia de lectura de revistas y utilización directa de la investigación.	173
Tabla 30. Frecuencia de lectura de revistas y utilización indirecta de la investigación.	174
Tabla 31. Frecuencia de lectura de revistas y utilización indirecta de la investigación.	174
Tabla 32. Frecuencia de lectura de revistas y utilización indirecta de la investigación.	175
Tabla 33. Correlaciones entre los los factores del cuestionario de actitudes hacia la investigación y la utilización de la investigación por los profesionales.	176
Tabla 34. Relación entre los ítems de la escala de Actitudes hacia la investigación y utilización de la investigación.	177
Tabla 35. Relación entre el tipo de contrato y la utilización directa de la investigación	184
Tabla 36. Correlaciones entre el apoyo de la organización para la utilización de la investigación y los tipos de utilización de la investigación.	185
Tabla 37. Correlaciones entre los factores del cuestionario PES-NWI y los tipos de utilización de la investigación.	186
Tabla 38. Relación entre la clasificación de los hospitales según PES-NWI y los tipos de utilización de la investigación.	187
Tabla 39. Relación entre los ítems del cuestionario PES-NWI y la utilización de la investigación.	188
Tabla 40. Relación entre la utilización de la investigación y la clasificación del contexto según el modelo PARISH (Cultura, liderazgo y evaluación)	191
Tabla 41. Matriz de componentes de la sección I: Utilización de la investigación.	192
Tabla 42. Matriz de componentes de la sección II: Tipos y fuentes de conocimiento para la práctica.	193
Tabla 43. Matriz de componentes de la sección II: Tipos y fuentes de conocimiento para la práctica, tras la solución inicial.	195
Tabla 44. Nombre de los factores obtenidos en la sección II.	196
Tabla 45. Matriz de componentes de la sección III: Apoyo de la organización.	197
Tabla 46. Correlaciones entre las preguntas de utilización general, directa, indirecta y persuasiva de la investigación.	198



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
**12. LISTA DE GRÁFICOS**  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

GRÁFICOS		Pág.
Gráfico 1. Distribución de la edad en la muestra general y por tamaño de hospital.		119
Gráfico 2. Distribución por sexo		120
Gráfico 3. Distribución por estado civil		120
Gráfico 4. Otras titulaciones		121
Gráfico 5. Distribución por tipo de unidad de trabajo		125
Gráfico 6. Distribución por tipo de contrato		125
Gráfico 7. distribución por turno de trabajo		125
Gráfico 8. Horas de formación continuada		126
Gráfico 9. Horas de formación en investigación		131
Gráfico 10. Valores medios de utilización general de la investigación ajustada por hospitales participantes		133
Gráfico 11. Utilización de la investigación en los diferentes momentos de la encuesta		135
Gráfico 12. Intención de utilizar la investigación por la muestra de estudio		139
Gráfico 13. Fuentes de la que obtienen los resultados de la investigación la muestra de estudio		139
Gráfico 14. Lectura de revistas por tamaño hospital (frecuencias nunca y una)		144
Gráfico 15. Valores medios del entorno laboral por factores del PES-NWI y por hospital participante		163
Gráfico 16. Clasificación del entorno según el PES-NWI		164
Gráfico 17. Distribución de la muestra según las puntuaciones del contexto según PARISH		168
Gráfico 18. Distribución de la muestra por la clasificación del contexto según el modelo PARISH		168
Gráfico 19. Utilización de la investigación en los diferentes momentos de la encuesta por tamaño de hospital		181
Gráfico 20. Utilización de la investigación en los diferentes momentos de la encuesta por complejidad del hospital		181
Gráfico 21. Utilización de la investigación en los diferentes momentos de la encuesta por tipo de gestión del hospital.		182
Gráfico 22. Utilización de la investigación en los diferentes momentos de la encuesta por tipo unidad		183
Gráfico 23. Utilización de la investigación según el contexto por PARISH		190
Gráfico 24. Gráfico de sedimentación de los componentes de la sección II: Tipos y fuentes de conocimiento para la práctica.		194
Gráfico 25. Gráfico de sedimentación de la sección III: Apoyo de la organización.		196





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **13. ANEXOS**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ANEXO 1. Actitud y concienciación de los profesionales de enfermería hacia la investigación y el desarrollo de los cuidados de enfermería (versión II<sup>1</sup>)

*Cuidaebe*

"PATRONES DE UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA"

### Actitud y concienciación de los profesionales de enfermería ante la investigación y el desarrollo de los cuidados de enfermería (versión II<sup>1</sup>)

Instrucciones: En las siguientes páginas se presentan una serie de afirmaciones, que deberás valorar e indicar el grado de acuerdo / desacuerdo con las alternativas dadas. Marca con un círculo la alternativa que mejor coincide con tu valoración:

1= No coincide en absoluto; 2= Coincide en bajo grado; 3= Coincide en parte; 4= Coincide en alto grado; 5= Coincide en muy alto grado

	No coincide en absoluto	Coincide en bajo grado	Coincide en parte	Coincide en alto grado	Coincide en muy alto grado
1. Como profesional de enfermería es necesario saber leer literatura en inglés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Participar en el desarrollo de los cuidados no contribuye a aumentar las habilidades de los profesionales de enfermería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se habla y escribe demasiado sobre investigación y desarrollo de los cuidados de enfermería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me parece interesante leer artículos científicos sobre cuidados de enfermería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. El profesional de enfermería no necesita conocimientos científicos procedentes de la investigación en el mismo grado que los médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La investigación sobre los cuidados de enfermería permite un mayor conocimiento de los mismos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La profesión enfermera es fundamentalmente práctica y no necesita incluir la investigación científica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En el lugar de trabajo (ej. hospital) se debe disponer de literatura científica actualizada sobre cuidados de enfermería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Björkstöm y Hamrin LA ACTITUD DE LAS ENFERMERAS ANTE LA INVESTIGACIÓN Y EL DESARROLLO EN EL CAMPO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Copyright 1977 y 2002: Versión II 2002 Monica Björkstöm, Instituto de salud y atención sanitaria, Universidad de Karlstad y Elisabeth Hamrin, Instituto de medicina y atención sanitaria, Universidad de la Salud, Universidad de Linköping.  
e-mail: monica.bjorkstrom@kau.se ; elisabeth.hamrin@imv.liu.se.

	No coincide en absoluto	Coincide en bajo grado	Coincide en parte	Coincide en alto grado	Coincide en muy alto grado
9. Los artículos científicos están escritos en un lenguaje demasiado complicado para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. No tiene sentido dedicarse a trabajar en el desarrollo de los cuidados de enfermería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dentro de la actividad enfermera debería incluirse la participación en el desarrollo de los cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. No necesitamos profesionales de enfermería investigadores para desarrollar los cuidados; esta actividad se puede realizar desde la práctica enfermera habitual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Participaría de buen grado en conferencias científicas internacionales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. En los estudios de enfermería existen demasiados contenidos científicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. La investigación sobre cuidados sólo complica el trabajo de enfermería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Poder disponer de docentes de enfermería en el lugar de trabajo es /sería un recurso para estimular el desarrollo de los cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. La investigación en el campo de los cuidados de enfermería no mejorará el estatus de la profesión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. El doctorado debería ser la cualificación exigida, al profesional de enfermería, para ciertos puestos de responsabilidad dentro del campo de los cuidados de enfermería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. La formación continuada en investigación o en práctica clínica basada en la evidencia, no me parece importante para mi futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Como personal de enfermería, tengo suficientes posibilidades para influir en los cuidados de enfermería sin necesitar conocimientos de investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

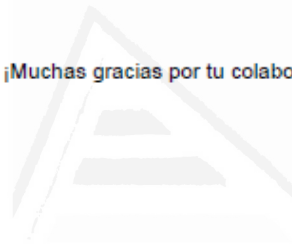
	No coincide en absoluto	Coincide en bajo grado	Coincide en parte	Coincide en alto grado	Coincide en muy alto grado
21. En la investigación sobre los cuidados de enfermería, se emplea un lenguaje demasiado complicado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. En la práctica clínica deberíamos tener más personal de enfermería con estudios de investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. El hecho de participar en investigación no contribuye a una mayor eficacia de la profesión enfermera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Los resultados obtenidos de la investigación sobre los cuidados de enfermería, deberían tener más difusión entre los profesionales enfermeros para su uso en la práctica clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. La investigación sobre los cuidados de enfermería es necesaria para mi desarrollo profesional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Es utópico pensar que se pueden aplicar los resultados de investigación en la práctica clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. La participación en actividades de investigación debería incluirse dentro del trabajo enfermero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Las habilidades y destrezas en la profesión enfermera se alcanzan, sobre todo, mediante una larga experiencia práctica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. No suelo interesarme en conocer los resultados procedentes de la investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. La presencia de estudiantes de enfermería en el lugar de trabajo es /sería un estímulo para el desarrollo de los cuidados de enfermería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Es evidente que la profesión enfermera debe asentarse sobre una base científica y sobre la experiencia fiable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. No tiene sentido dedicarme a trabajos de investigación en el campo de los cuidados de enfermería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Cuidaebe*

"PATRONES DE UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACION EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA"

	No coincide en absoluto	Coincide en bajo grado	Coincide en parte	Coincide en alto grado	Coincide en muy alto grado
33. Los profesionales de enfermería deberían reservar una parte de su actividad profesional para leer informes de investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Es fundamental introducir cambios y probar nuevas ideas dentro de la profesión enfermera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Opino que las preguntas de este formulario tienen importancia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡Muchas gracias por tu colaboración!



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ANEXO II. RESEARCH UTILIZATION SURVEY (version original)

### SECTION I: USING RESEARCH

#### OVERALL RESEARCH UTILIZATION

For the next six questions please use the following **definition of overall research utilization:**

The use of any kind of research findings (nursing and non-nursing), in any kind of way, in any aspect of your work as a registered nurse. Do **not** count as research, things you learned in the nursing school where you did your *basic* nursing training.

Consider the following questions carefully. Do not look ahead in the questionnaire and do not change your answer once it has been selected.

1. Overall, in the past year, how often have you used research in some aspect of your nursing practice?

never	on 1 or 2 shifts	3	4	half the shifts	on about shifts	6	every	nearly do not shift	know
1	2							7	8

2. At one time or another, people writing in nursing have considered the items on the following list to be research utilization. When your actions are based on the findings of sound research, do YOU consider the following to be research utilization? (Circle answer)

Changing an aspect of your own personal nursing practice.....	YES	NO
Changing a practice or routine on your "unit" or in your work area.....	YES	NO
Trying a new procedure, technique, or other nursing intervention.....	YES	NO
Changing a nursing procedure, technique, or other nursing intervention.....	YES	NO
Changing a nursing policy, technique, or other nursing intervention.....	YES	NO
Changing your beliefs about a particular approach or procedure.....	YES	NO
Educating or informing the patient or client.....	YES	NO
Educating or informing another nurse.....	YES	NO
Educating or informing another health professional.....	YES	NO
Educating or informing a member of the public.....	YES	NO
Persuading another nurse to make a change.....	YES	NO
Persuading another health professional to make a change.....	YES	NO
Persuading a patient or client to make a change.....	YES	NO
Persuading a member of the public to make a change.....	YES	NO
Other (Specify: _____).....	YES	NO



3. If the items in question 2 above are considered to be research utilization, overall in the past year, how often have you used research in some aspect of your nursing practice?

	never	on 1 or 2 shifts			on about half the shifts		nearly every shift	do not know
	1	2	3	4	5	6	7	8

4. Would you use research more often in your practice if you could?

YES.....	3
MAYBE.....	2
NO.....	1
DO NOT KNOW.....	8

5. Do you agree with the statement: “if nurses used research more in their practice it would make a positive difference to patient care and outcomes”?

strongly disagree					strongly agree
1	2	3	4	5	

6. What is the one most common source from which you learn about research findings? Be as specific as possible.

\_\_\_\_\_

**DIRECT RESEARCH UTILIZATION**

For the next three (3) questions please use the following **definition** of direct research utilization:

The use of research findings (nursing and non-nursing) where you **directly use the findings** in giving patient care and/or in client interventions. Do not count as research, things you learned in your *basic* nursing training.

Direct research use often results in protocol, procedure, routine or policy development. The following are **examples** of research that can be used in this **direct** way:

- Giving pain medication regularly q 3-4 h for the first 24 hours post operatively, even though the patient does not ask for it this frequently (this patient has no epidural/PCA).
- Using distraction, relaxation, and other non-pharmalogical interventions to assist with pain management.
- Maintaining a closed sterile system of urinary drainage at all times in patients who are catheterized.
- Internally rotating the femur during injection into the dorsogluteal site, in either the prone or side-lying position to reduce discomfort.

7. Overall, in the past year, how often have you *used research findings in this direct* way in some aspect of your nursing practice?



Knowing that pain is most effectively managed in the immediate post-op period with regularly q 3-4 h administration of analgesia (so as to prevent breakthrough pain), you organize your patient care and meal breaks so you or a colleague are available to regularly administer pain medication.

Your awareness that patients can experience even though they are sleeping (because of its potential exhaustive nature) enables you to make more accurate pain assessments.

Knowing that non-pharmalogical therapies for pain can result in improved pain management you incorporate this in your nursing pain assessment and treatment.

Whenever possible, you schedule night routines with an awareness of the normal sleep cycle (e.g., 90 minutes), so as not to interfere with patients' sleep and rest.

10. Overall, in the past year, how often have you used *research in this non-direct* way in some aspect of your nursing practice?

never	on 1 or 2 shifts	3	4	on about half the shifts	6	nearly every shift	do not know
1	2			5		7	8

**PERSUASIVE RESEARCH UTILIZATION**

For the next two (2) questions please use the following **definition** which is different from the definitions for *direct and indirect research utilization*:

The use of research findings (nursing and non-nursing) to **persuade others, who are usually in decision making positions, to make changes** in conditions, policies, or practices relevant to nurses, patients/clients, and/or the health of individuals or groups. Do not count as research, things you learned in your *basic* nursing training.

The following are **examples** of research that can be used in this **persuasive** way:

You use your knowledge of the manifestations of pain to dispel the beliefs of some students on your unit, "if patients can sleep, they are not in pain."

You use your understanding of pharmacology to inform the patient concerned about addiction to narcotics that extra/bolus doses of medication via the PCA pump will not lead to addiction.

You use your knowledge of the adverse effects of irregular shift rotations on employee performance and health to persuade your supervisors to improve the shift rotation in your unit.

You use your knowledge of recent research which demonstrates that male infants experience significant pain during circumcision to persuade a physician you work with to use a local anaesthetic during the procedure.

11. Overall, and including all of the categories of people in #11, in the past year how often have you used research in this **persuasive** way?

		on 1 or 2		on about		on nearly		do not
never	occasions		half of possible		all possible		occasions	know
1	2	3	4	5	6	7	8	

12. How often have you used knowledge of particular research findings to try to **persuade** the following groups of people to make changes in this way, in the past year:

	never	rarely	sometimes	often	do not know
(a) nurse co-workers	1	2	3	4	8
(b) physicians	1	2	3	4	8
(c) other health professionals	1	2	3	4	8
(d) nurse administrators	1	2	3	4	8
(e) non-nurse administrators	1	2	3	4	8
(f) community leaders	1	2	3	4	8
(g) government representatives	1	2	3	4	8
(h) members of the public	1	2	3	4	8
(i) other (specify: _____)	1	2	3	4	8

**OVERALL RESEARCH UTILIZATION**

In the next question please **reassess** your research utilization using the **original definition** of overall research utilization:

The use of any kind of research findings (nursing and non-nursing), in any kind of way, in any aspect of your work as a registered nurse. Do not count as research, things you learned in your *basic* nursing training.

13. Overall, in the past year, how often have you used research in some aspect of your nursing practice?

		on 1 or 2		on about		nearly		do not
never	shifts		half the		every		shift	know
1	2	3	4	5	6	7	8	

14. If you circled a number from 2 to 7 in the above question, estimate how much of the research that you used was:

\_\_\_\_\_ % nursing  
 \_\_\_\_\_ % medical  
 \_\_\_\_\_ % other  
 100%

## SECTION II: KINDS &amp; SOURCES OF KNOWLEDGE FOR PRACTICE

## 1. THE KNOWLEDGE THAT I USE IN MY PRACTICE IS BASED ON. . . .

	never	seldom	sometimes	frequently	always
a. information that I learn about each patient/client as an individual.....	1	2	3	4	5
b. my intuitions about what seems to be <input type="checkbox"/> right <input type="checkbox"/> for the patient/client.....	1	2	3	4	5
c. my personal experience of nursing patients/clients over time.....	1	2	3	4	5
d. information I learned in nursing school.....	1	2	3	4	5
e. what physicians discuss with me.....	1	2	3	4	5
f. new therapies and medications that I learn about after physicians order them for patients .....	1	2	3	4	5
g. articles published in <b>medical</b> journals .....	1	2	3	4	5
h. articles published in <b>nursing</b> journals.....	1	2	3	4	5
i. articles published in <b>nursing research</b> journals.....	1	2	3	4	5
j. information in textbooks.....	1	2	3	4	5
k. what has worked for me for years.....	1	2	3	4	5
l. the ways that I have always done it.....	1	2	3	4	5
m. the information my fellow nurses share.....	1	2	3	4	5
n. information I get from attending inservices/conferences.....	1	2	3	4	5
o. information I get from policy and procedure manuals.....	1	2	3	4	5
p. information I get from the media (e.g., popular magazines, television, the Internet, etc).....	1	2	3	4	5

2. How often have you read the following **nursing** journals in the past year?

	Times Per Year					
	never	once	2-4	5-7	8-10	>10
Provincial Association Newsletter/Journal.....	0	1	2	3	4	5
Provincial Union Newsletter (UNA, ONA).....	0	1	2	3	4	5
Hospital Site (Manuals, Newsletters).....	0	1	2	3	4	5
Canadian Nurse.....	0	1	2	3	4	5
American Journal of Nursing.....	0	1	2	3	4	5
RN.....	0	1	2	3	4	5
Nursing Research Journals (any type).....	0	1	2	3	4	5
Specialized Clinical Journals (ortho, peds, Urology, diabetes, oncology, etc.).....	0	1	2	3	4	5

The next three (3) questions ask for some of your opinions about researchers and research findings.

3. How much faith do you have that nurse researchers will produce research. . .
- |  | none |   |   |   | a great deal |
|--|------|---|---|---|--------------|
| a. that is <b>relevant</b> to you?.....                  | 1    | 2 | 3 | 4 | 5            |
| b. that is <b>easily used</b> by you?.....               | 1    | 2 | 3 | 4 | 5            |
| c. that can <b>safely</b> be used in your practice?..... | 1    | 2 | 3 | 4 | 5            |
4. How **willing** are you to implement research when it contradicts something you...
- |  | very<br>unwilling |   |   |   | very<br>willing |
|--|-------------------|---|---|---|-----------------|
| a. learned <i>prior</i> to nursing school..... | 1                 | 2 | 3 | 4 | 5               |
| b. learned <i>in</i> nursing school.....       | 1                 | 2 | 3 | 4 | 5               |
| c. learned in your place of work.....          | 1                 | 2 | 3 | 4 | 5               |
5. How often do you **actually implement** research when it contradicts something you...
- |  | never |   |   |   | very<br>often |
|--|-------|---|---|---|---------------|
| a. learned <i>prior</i> to nursing school..... | 1     | 2 | 3 | 4 | 5             |
| b. learned <i>in</i> nursing school.....       | 1     | 2 | 3 | 4 | 5             |
| c. learned in your place of work.....          | 1     | 2 | 3 | 4 | 5             |

## SECTION III: YOUR ORGANIZATION

1. Indicate the degree to which the following people are supportive of you using research in your practice:

	not at all supportive				very supportive	do not know
a. Other nurses in your area	1	2	3	4	5	8
b. Your immediate supervisor	1	2	3	4	5	8
c. Administration (nursing)	1	2	3	4	5	8
d. Administration (general)	1	2	3	4	5	8
e. Physicians	1	2	3	4	5	8
f. Other health professionals	1	2	3	4	5	8
g. Other (Specify: _____)	1	2	3	4	5	8

2. To what extent are the following organizational factors **present** in your workplace?

	at all	rarely	sometimes	freq'ly	always	know
a. Nurses/others with research skills....	1	2	3	4	5	8
b. Paid time allotted for participation in various research activities.....	1	2	3	4	5	8
c. Attendance at research and clinical conferences encouraged.....	1	2	3	4	5	8
d. A group or committee to review and critique research.....	1	2	3	4	5	8
e. Money from internal and/or external sources for research.....	1	2	3	4	5	8

3. To what extent do you think these organizational factors are, or would be, **important to your own use of research?**

	not at all important		quite important		extremely important	do not know
a. Nurses/others with research skills....	1	2	3	4	5	8
b. Paid time allotted for participation in various research activities.....	1	2	3	4	5	8
c. Attendance at research and clinical conferences encouraged.....	1	2	3	4	5	8
d. A group or committee to review and critique research.....	1	2	3	4	5	8
e. Money from internal and/or external sources for research.....	1	2	3	4	5	8



## ANEXO III. PRACTICE ENVIRONMENT SCALE OF THE NURSING WORK INDEX

*Cuidaebe*

"PATRONES DE UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACION EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA"

Las siguientes preguntas son acerca de tu lugar de trabajo y para ello utilizamos la Escala Validada en Castellano del "Practice Environment Scale of the Nursing Work Index"

Por favor rellena con una "x" la casilla correspondiente a tu respuesta en cada pregunta.

Por favor indica hasta qué punto estás de acuerdo con que en tu trabajo se dan las siguientes características:

	Totalmente en desacuerdo	De alguna manera en desacuerdo	De alguna manera de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Las supervisoras apoyan a las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hay oportunidades de promoción a nivel clínico y profesional para las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. La supervisora es una buena gestora y líder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. El/la directora/a de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## "PATRONES DE UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACION EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA"

	Totalmente en desacuerdo	De alguna manera en desacuerdo	De alguna manera de acuerdo	Totalmente de acuerdo
14. Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hay oportunidades de ascender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Existe un programa activo de garantía de la calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en un modelo médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. La supervisora consulta al personal sobre los problemas del día a día y los procedimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomente la continuidad de los cuidados (p. ej. la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Cuidaebe*

"PATRONES DE UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACION EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA"

	Totalmente en desacuerdo	De alguna manera en desacuerdo	De alguna manera de acuerdo	Totalmente de acuerdo
29. Se utilizan los diagnósticos de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Las supervisoras utilizan los errores como oportunidades para aprender, no como crítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Existe libertad para tomar decisiones importantes sobre el trabajo y el cuidado de los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Existen servicios de apoyo* adecuados que me permiten pasar tiempo con mis pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*"Servicios de apoyo": Personal de limpieza, de cocina para el reparto/recogida de bandejas, celadores para la movilización/transporte de pacientes, personal para reponer el almacén, transportar muestras al laboratorio/medicación desde la unidad de farmacia



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ANEXO IV. EJEMPLO DE DOCUMENTO ENVIADO A LOS 10 EXPERTOS CON AMBAS VERSIONES DEL CUESTIONARIO

VERSION ORIGINAL								Comentarios	VERSION ESPAÑOL								
SECTION I: USING RESEARCH									SECCIÓN I: UTILIZAR LA INVESTIGACIÓN								
OVERALL RESEARCH UTILIZATION									UTILIZACIÓN GENERAL DE LA INVESTIGACION								
For the next six questions please use de following definition of overall reserach utilization:									Para las siguientes seis preguntas, por favor, utiliza la siguiente definición de utilización general de la investigación:								
The use of any kind of research findings (nursing a no nursing), in any knind of way, in any aspect of your work as a registres nurse. Do not count as research, things you learned in the nursing school where you did your basic nursing training									El uso de cualquier tipo de resultado de investigación (tanto de enfermería como de otras disciplinas), en cualquiera de sus formas, en cualquier aspecto de tu trabajo como enfermera. No cuenta como investigación lo que hayas aprendido en la escuela de enfermería durante la carrera.								
Consider the folowing questions carefully. Do not look ahead in the questionnaire and do not change your answer once it is selected									Por favor, contesta cuidadosamente a las siguientes preguntas. No mires la continuación del cuestionario y no cambies tu respuesta una vez la hayas seleccionado.								
Overall in the past year, how often have you used research in some aspect of your nursing practice?									En general, durante el pasado año, ¿cuántas veces has utilizado la investigación en algún aspecto de la práctica clínica?								
never	on 1 or 2 shifts			on about half the shifts		nearly every shift	do not know		Nunca	En 1 o 2 turnos			Aproximadamente en la		En casi todos los turnos	No lo sé	
1	2	3	4	5	6	7	8		1	2	3	4	5	6	7	8	
At one time or another, people writing in nursing have considered the items on the following list to be research utilization. When your actions are based on the findings of sound research, do YOU consider the following to be research utilization? (cicle answer)									En algún momento, las personas que escriben sobre enfermería han considerado que los ítems de la siguiente lista son utilización de la investigación. Cuando tus acciones se basan en resultados de investigación sólida, ¿consideras lo siguiente como utilización de la investigación? (pon un círculo alrededor de la respuesta)								
Changing an aspect of your own personal nursing practice								YES/NO	Cambiar algún aspecto de tu práctica clínica personal								SI/No
Changing a practice or routine on your "unit" or in your work area								YES/NO	Cambiar una práctica o rutina en tu "unidad" o área de trabajo								SI/No
Trying a new procedure, technique, or other nursing intervention								YES/NO	Probar un nuevo procedimiento, técnica u otra intervención de enfermería								SI/No
Changing a nursing procedure, technique, or other nursing intervention								YES/NO	Cambiar un procedimiento, técnica u otra intervención de enfermería								SI/No
Changing a nursing polricy, technique, or other nursing intervention								YES/NO	Cambiar una política, técnica u otra intervención de enfermería								SI/No
Changing your beliefs about a particular approach or procedure								YES/NO	Cambiar tu opinión acerca de un enfoque o procedimiento concreto								SI/No
Educating or informing the patient or client								YES/NO	Educar o informar al paciente								SI/No
Educating or informing another nurse								YES/NO	Educar o informar a otra enfermera								SI/No
Educating or informing another health professional								YES/NO	Educar o informar a otro profesional sanitario								SI/No
Educating or informing a member of the public								YES/NO	Educar o informar a una persona del público en general								SI/No
Persuading another nurse to make a change								YES/NO	Convencer a otra enfermera para que realice un cambio								SI/No
Persuading another health professional to make a change								YES/NO	Convencer a otro profesional sanitario para que realice un cambio								SI/No
Persuading a patient or client to make a change								YES/NO	Convencer al paciente para que realice un cambio								SI/No
Persuading a member of the public to make a change								YES/NO	Convencer a una persona del público en general para que realice un cambio								SI/No
Other (Specify: _____)								YES/NO	Otros (Especificar: _____)								SI/No
If the items in question 2 above are considered to be research utilization, overall in the past year, how often have you used research in some aspect of your nursing practice?									Si los ítems de la pregunta 2 se consideran como utilización de la investigación, ¿cuántas veces, durante el pasado año, has utilizado la investigación en algún aspecto de tu práctica clínica?								
never	on 1 or 2 shifts			on about half the shifts		nearly every shift	do not know		Nunca	En 1 o 2 turnos			Aproximadamente en la mitad de los turnos		En casi todos los turnos	No lo sé	
1	2	3	4	5	6	7	8		1	2	3	4	5	6	7	8	

## ANEXO V. EJEMPLO DE DOCUMENTO PARA VALORACIÓN CVI

### PROYECTO PATRONES DE UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERMAS

#### PLANTILLA PARA CALCULAR EL ÍNDICE DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO

Estimadas/os:

Para realizar la fase de validación de contenido del cuestionario por parte del grupo de expertos es preciso conocer el *Content Validity Index*.

Para ello debéis cumplimentar la plantilla que os adjuntamos, otorgando a cada ítem una puntuación entre 1 y 4 puntos según la relevancia que atribuyáis a cada una de las preguntas en relación al conjunto del cuestionario.

La columna de la izquierda contiene todas las preguntas del cuestionario, y la columna de la derecha presenta un espacio para que registréis vuestras puntuaciones entre 1 y 4, según la siguiente escala:

- |                                |
|--------------------------------|
| 1= Irrelevante                 |
| 2= De alguna manera, relevante |
| 3= Bastante relevante          |
| 4= Sumamente relevante         |

Las columnas que están marcadas en gris se corresponden con definiciones/explicaciones y no se deben puntuar.

Por favor, indicadnos también estos datos que se solicitan en todos los países a los grupos de expertos:

Evaluador nº \_\_\_\_\_ (no rellenar)

País: España

Edad \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre  Mujer

Nivel académico \_\_\_\_\_

MUCHAS GRACIAS DE NUEVO POR VUESTRA COLABORACIÓN

	Encuesta Utilización de la Investigación: "Reserach utilization survey"							PUNTUACIO N 1-4
<b>SECCIÓN I: UTILIZAR LA INVESTIGACIÓN</b>								
<b>UTILIZACIÓN GENERAL DE LA INVESTIGACION</b>								
	<p>Para las siguientes seis preguntas, por favor, utiliza la siguiente definición de <i>utilización general de la investigación</i></p> <p>El uso de cualquier tipo de resultado de investigación (tanto de enfermería como de otras disciplinas), en cualquiera de sus formas, en cualquier aspecto de tu trabajo como enfermera. No cuenta como investigación lo que hayas aprendido en la escuela de enfermería durante la <i>carrera</i>.</p> <p>Por favor, contesta cuidadosamente a las siguientes preguntas. No mires la continuación del cuestionario y no cambies tu respuesta una vez la hayas seleccionado.</p>							
1	En general, durante el pasado año, ¿cuántas veces has utilizado la investigación en algún aspecto de la práctica clínica?							
	Nunca	En 1 o 2 turnos			Aproximadamente en la mitad de los turnos		En casi todos los turnos	No lo sé
	1	2	3	4	5	6	7	8
2	En algún momento, las personas que escriben sobre enfermería han considerado que los ítems de la siguiente lista son utilización de la investigación. Cuando tus acciones se basan en resultados de investigación sólida, ¿consideras lo							

siguiente como utilización de la investigación? (pon un círculo alrededor de la respuesta)							
2. a	Cambiar algún aspecto de tu práctica clínica personal	Si/No					
2. b	Cambiar una práctica o rutina en tu "unidad" o área de trabajo	Si/No					
2. c	Probar un nuevo procedimiento, técnica u otra intervención de enfermería	Si/No					
2. d	Cambiar un procedimiento, técnica u otra intervención de enfermería	Si/No					
2. e	Cambiar una política, técnica u otra intervención de enfermería	Si/No					
2. f	Cambiar tu opinión acerca de un enfoque o procedimiento concreto...	Si/No					
3	Si los ítems de la pregunta 2 se consideran como utilización de la investigación, ¿cuántas veces, durante el pasado año, has utilizado la investigación en algún aspecto de tu práctica clínica?						
	Nunca	En 1 o 2 turnos	Aproximadamente en la mitad de los turnos	En casi todos los turnos	No lo sé		
	1	2	3	4	5	6	7
4	Si pudieses, ¿utilizarías más a menudo la investigación en tu práctica?						
	Sí	Puede	No	no lo sé			
	3	2	1	8			

## ANEXO VI. CONSENTIMIENTO INFORMADO

### INFORMACIÓN DEL PROYECTO

Estimad@ compañer@:

Nos ponemos en contacto contigo para pedir tu colaboración en el proyecto de investigación “Patrones de utilización de la investigación por los profesionales de enfermería en el Servicio Madrileño de salud”,

#### **¿Para qué se hace este estudio?**

El objetivo es conocer si los factores de la organización o las características personales se relacionan con la utilización de los resultados de la investigación por parte de los profesionales de enfermería que trabajan en la práctica clínica.

#### **¿Por qué me han elegido a mí?**

Este estudio ha sido aprobado por tu hospital y tú has sido seleccionad@ de forma aleatoria por trabajar en una de las unidades hospitalarias incluidas en el mismo.

#### **¿En qué consiste mi participación?**

Tu participación consistirá en rellenar un cuestionario vía online, al que podrás acceder a través del siguiente enlace <http://encuesta.cuidaebe.es/>. Para que podamos enviarte el enlace y contraseñas de acceso, necesitamos disponer de tu correo electrónico, que sólo será utilizado para este fin.

Si por cualquier motivo, no quieres rellenar la encuesta vía online te podemos facilitar un cuestionario en papel, basta con solicitárselo a la persona responsable del proyecto en tu hospital que figura al final de este documento.

#### **¿Cómo serán tratados mis datos personales?**

La encuesta es voluntaria y anónima; en ningún caso aparecerán identificados tus datos personales. La información que aportes no estará NUNCA disponible de forma individual, puesto que será analizada de manera global junto a la del resto de enfermer@s de tu institución y de otras instituciones madrileñas que respondan a este cuestionario.

En todo momento la solicitud de cumplimentación del cuestionario se hace garantizando la absoluta confidencialidad en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Si tras la cumplimentación de dicho cuestionario necesitas alguna aclaración más, no dudes en ponerte en contacto con nosotros.

#### **Una vez que he decidido participar, ¿Puedo cambiar de opinión?**

Tu participación en este estudio es voluntaria y puedes dejar de participar siempre que así lo quieras. Tan solo debes ponerte en contacto con la persona que te indicamos más abajo y tus datos dejarán de formar parte de este estudio.

Yo, (nombre y apellidos) \_\_\_\_\_, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado, y que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y que el investigador/a que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Que entiendo que mi participación es voluntaria, y que el hecho de que no quiera participar en este estudio no tiene ninguna repercusión.

Que si decido participar, podré cambiar de opinión en cualquier momento y retirarme del estudio en cuanto lo desee, sin necesidad de dar ninguna explicación, y por tanto puedo revocar mi consentimiento que ahora presto.

Fdo:



Para cualquier duda o aclaración puedes contactar con:

Responsable del proyecto en el Hospital:

Nombre y Apellidos:

Teléfono:

Correo electrónico:



**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLABORACION EN EL PROYECTO:  
“PATRONES DE UTILIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN LOS HOSPITALES DEL SERVICIO  
MADRILEÑO DE SALUD”**

Yo, (nombre y apellidos) \_\_\_\_\_, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado, y que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y que el investigador/a que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Que entiendo que mi participación es voluntaria, y que el hecho de que no quiera participar en este estudio no tiene ninguna repercusión.

Que si decido participar, podré cambiar de opinión en cualquier momento y retirarme del estudio en cuanto lo desee, sin necesidad de dar ninguna explicación, y por tanto puedo revocar mi consentimiento que ahora presto.

Fdo:

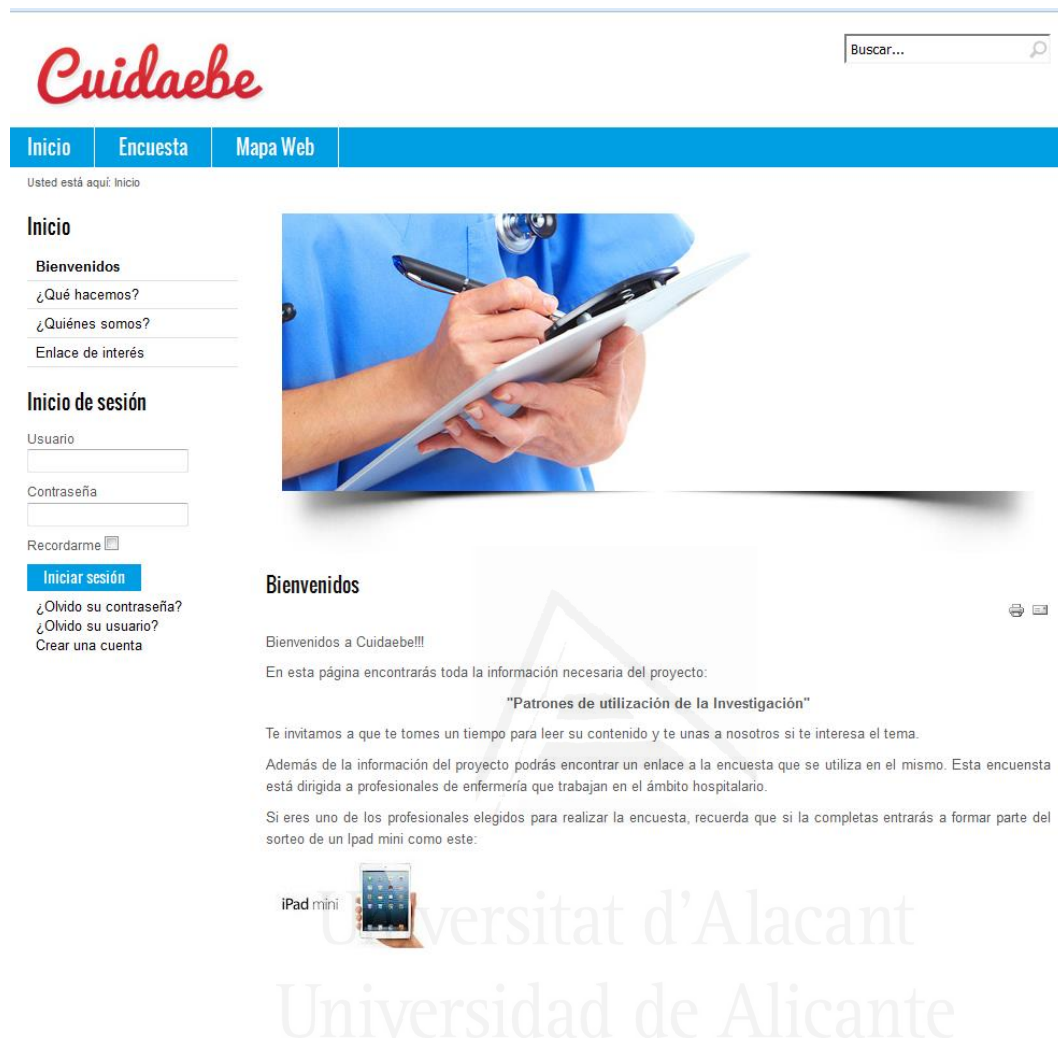
Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

Correo electrónico:

Nota: Por favor indica tu correo con letra clara y en MAYÚSCULAS.

**EJEMPLAR PARA EL EQUIPO INVESTIGADOR**

## ANEXO VII. IMAGEN DE LA PÁGINA WEB DEL PROYECTO



**Cuidaebe**

**Inicio** **Encuesta** **Mapa Web**

Usted está aquí: Inicio

**Inicio**

**Bienvenidos**

[¿Qué hacemos?](#)

[¿Quiénes somos?](#)

[Enlace de interés](#)

**Inicio de sesión**

Usuario

Contraseña

Recordarme

**Iniciar sesión**

[¿Olvido su contraseña?](#)

[¿Olvido su usuario?](#)

[Crear una cuenta](#)

**Bienvenidos**

Bienvenidos a Cuidaebe!!!


En esta página encontrarás toda la información necesaria del proyecto:

**"Patrones de utilización de la Investigación"**

Te invitamos a que te tomes un tiempo para leer su contenido y te unas a nosotros si te interesa el tema.

Además de la información del proyecto podrás encontrar un enlace a la encuesta que se utiliza en el mismo. Esta encuesta está dirigida a profesionales de enfermería que trabajan en el ámbito hospitalario.

Si eres uno de los profesionales elegidos para realizar la encuesta, recuerda que si la completas entrarás a formar parte del sorteo de un Ipad mini como este:

iPad mini 

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ANEXO VIII. INFORME COMITÉ INVESTIGACIÓN



### INFORME DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

**D. David Marrupe González**

Presidente de la Comisión de Investigación del Hospital Universitario de Móstoles

#### CERTIFICA:

Que esta Comisión ha evaluado el proyecto de investigación,

Titulado:

“Patrones de utilización de la investigación en centros hospitalarios del servicio madrileño de salud”, cuyo investigador principal es D<sup>a</sup> Lara Martínez Gimeno (DUE del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario de Móstoles); y considera que se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio.

Este Comité aprueba que dicho estudio pueda ser realizado en este Centro Hospitalario.

Lo que firmo en Móstoles a 17 de abril de 2012

Fdo.: David Marrupe González

 Hospital Universitario  
de Móstoles  
SaludMadrid COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN  
Presidente Comisión de Investigación

## ANEXO IX. ENCUESTA UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN. (Versión española)

**Cuidaebe**

"PATRONES DE UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACION EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA"

### RESEARCH UTILIZATION SURVEY

#### SECCIÓN I: UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

##### UTILIZACIÓN GENERAL DE LA INVESTIGACION

Por favor, para responder a las siguientes seis (6) preguntas, utiliza la siguiente definición de "utilización general" de la investigación:

El uso de cualquier tipo de resultado de investigación (de enfermería o no), en cualquiera de sus formas, en cualquier aspecto de tu trabajo como enfermera. No cuenta como investigación lo que hayas aprendido en la Escuela/Facultad de Enfermería durante la carrera.

Por favor, contesta cuidadosamente a las siguientes preguntas. No mires la continuación del cuestionario y no cambies tu respuesta una vez la hayas seleccionado.

1. En general, durante el año pasado, ¿cuántas veces has utilizado la investigación en algún aspecto de la práctica clínica?

Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
1	2	3	4	5

2. Algunos autores consideran los ítems de la siguiente lista como utilización de la investigación. Cuando tus acciones se basan en resultados de investigación sólida, ¿consideras los siguientes ítems como utilización de la investigación? (pon un círculo alrededor de la respuesta que corresponda)

Cambiar algún aspecto de tu práctica clínica personal	SÍ	NO
Cambiar una práctica o rutina en tu "unidad" o servicio de trabajo	SÍ	NO
Probar un nuevo procedimiento, técnica u otra intervención de enfermería	SÍ	NO
Cambiar un procedimiento, técnica u otra intervención de enfermería	SÍ	NO
Cambiar tu opinión acerca de un enfoque o procedimiento concreto	SÍ	NO
Educar o informar al paciente	SÍ	NO
Educar o informar a otra enfermera	SÍ	NO
Educar o informar a otro profesional sanitario	SÍ	NO
Educar o informar a una persona de la población general	SÍ	NO
Convencer a otra enfermera para que realice un cambio	SÍ	NO
Convencer a otro profesional sanitario para que realice un cambio	SÍ	NO
Convencer al paciente para que realice un cambio	SÍ	NO
Convencer a una persona de la población general para que realice un cambio	SÍ	NO

3. Considerando los ítems de la pregunta anterior como "utilización de la investigación", durante el año pasado, ¿cuántas veces has utilizado la investigación en algún aspecto de tu práctica clínica?

Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
1	2	3	4	5

4. Si pudieses, ¿utilizarías más a menudo la investigación en tu práctica diaria?

Sí	3
Quizás	2
No	1
No lo sé	0

5. Indica tu grado de acuerdo con la siguiente afirmación: "si las enfermeras utilizaran más la investigación en la práctica se produciría un cambio positivo en los cuidados de los pacientes y sus resultados"

Nada de acuerdo				Muy de acuerdo
1	2	3	4	5

6. ¿Cuál es la fuente más habitual (sólo una) de la que obtienes los resultados de la investigación?

- Guías de práctica clínica/protocolos
- Bases de datos y/o artículos científicos
- Libros
- Páginas web
- Sesiones/cursos/congresos
- Compañeros/otros profesionales
- Ninguna



## UTILIZACIÓN DIRECTA DE LA INVESTIGACIÓN

Por favor, para responder a las siguientes tres (3) preguntas, utiliza la definición que se muestra a continuación sobre "utilización directa" de la investigación:

El uso de resultados de investigación (de enfermería o no), cuando estos se utilizan directamente al proporcionar cuidados o realizar intervenciones a los pacientes. No cuenta como investigación lo que hayas aprendido en la Escuela/Facultad de Enfermería durante la carrera.

La "utilización directa" de la investigación suele dar lugar al desarrollo de protocolos, procedimientos, rutinas o normas.

A continuación se muestran algunos ejemplos de "utilización directa" de la investigación:

Administrar analgésicos cada 3-4 horas, durante las primeras 24 horas del postoperatorio, aunque el paciente no lo solicite con esa frecuencia (el paciente no tiene analgesia epidural con bomba PCA ni otras formas de autoadministración de analgesia)

Utilizar la distracción, la relajación y otras intervenciones no farmacológicas para ayudar en el manejo del dolor.

Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado y estéril, en todo momento, en pacientes con sondaje vesical.

7. En general, durante el año pasado, ¿cuántas veces has utilizado resultados de investigación, de esta forma "directa", en algún aspecto de tu práctica clínica?

Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
1	2	3	4	5

8. ¿Cuántas veces has evitado utilizar investigación de esta forma "directa" porque no creías que tuvieses la autoridad para hacerlo, aunque estuvieses convencida de la utilidad de la investigación?

Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
1	2	3	4	5

9. Teniendo en cuenta este tipo de "utilización directa" de la investigación, durante el año pasado ¿cuántas veces te has encontrado con un resultado o recomendación de investigación...

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
a. que hayas implantado <u>completamente</u> ?	1	2	3	4	5
b. que hayas implantado <u>parcialmente</u> ?	1	2	3	4	5
c. que hayas <u>modificado</u> para ajustarlo a tu situación y luego implantarlo?	1	2	3	4	5
d. con el que no hayas <u>hecho nada</u> , es decir, no hayas implantado el resultado o recomendación?	1	2	3	4	5

#### UTILIZACIÓN INDIRECTA DE LA INVESTIGACIÓN

Por favor, para responder a la siguiente pregunta, utiliza la definición que se muestra a continuación respecto a "utilización indirecta" de la investigación, que es diferente de la definición anterior de "utilización directa":

El uso de resultados de investigación (de enfermería o no) para cambiar tu manera de pensar o tus opiniones sobre cómo abordar ciertos cuidados o situaciones del paciente. No cuenta como investigación lo que hayas aprendido en la Escuela/Facultad de Enfermería durante la *carrera*.

La utilización indirecta de la investigación puede influir nuestras acciones pero de una manera menos tangible que la utilización directa y *no* da lugar al desarrollo de protocolos, procedimientos, rutinas o normas.

A continuación se muestran algunos ejemplos de "utilización indirecta" de la investigación:

Conociendo que durante el postoperatorio inmediato, el dolor se maneja de manera más efectiva administrando analgesia cada 3-4 horas (para prevenir picos de dolor), organizas tu trabajo y los descansos para que tú o una compañera estéis siempre disponibles para administrar los analgésicos.

Tu conocimiento de que los pacientes pueden sentir dolor aunque estén dormidos (ya que el dolor puede producir agotamiento) te permite hacer valoraciones más precisas sobre el mismo.

Sabiendo que las terapias no farmacológicas pueden mejorar el control del dolor, las incorporas en la evaluación y tratamiento del mismo.

10. En general, durante el último año, ¿cuántas veces has utilizado resultados de investigación, de esta forma "indirecta", en algún aspecto de tu práctica clínica?

Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
1	2	3	4	5

## UTILIZACIÓN PERSUASIVA DE LA INVESTIGACIÓN

Por favor, para las siguientes dos (2) preguntas, utiliza la definición que se muestra a continuación de "utilización persuasiva" de la investigación, que es diferente de las definiciones anteriores de "utilización directa e indirecta":

El uso de resultados de investigación (de enfermería o no) para persuadir a otros, normalmente aquellos que toman las decisiones, para que realicen cambios en las condiciones, políticas, o prácticas relevantes para las enfermeras, pacientes, y/o la salud de individuos o grupos. No cuenta como investigación lo que hayas aprendido en la Escuela/Facultad de Enfermería durante la *carrera*.

A continuación se citan algunos ejemplos de "utilización persuasiva" de la investigación:

Utilizas tus conocimientos sobre las manifestaciones del dolor para disipar las convicciones de algunos estudiantes de tu unidad: "si el paciente puede dormir, es que no tiene dolor".

Utilizas tus conocimientos de farmacología cuando el paciente se muestra preocupado por la adicción a los narcóticos, para informarle de que las dosis extra de medicación, aplicadas mediante una bomba de autoadministración, no causan adicción.

Utilizas tus conocimientos sobre investigaciones recientes que demuestran que los niños experimentan un elevado grado de dolor durante la realización de suturas de heridas accidentales, para persuadir al facultativo con el que trabajas de que utilice anestesia local durante el procedimiento.

11. ¿Cuántas veces, en el último año, has utilizado tus conocimientos sobre algún resultado de investigación en particular para intentar *persuadir* a los siguientes grupos de personas para que introduzcan cambios?:

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
a. Compañeras enfermeras	1	2	3	4	5
b. Médicos	1	2	3	4	5
c. Otros profesionales sanitarios	1	2	3	4	5
d. Gestores de enfermería	1	2	3	4	5
e. Gestores (no de enfermería)	1	2	3	4	5
f. Líderes de la comunidad	1	2	3	4	5
g. Representantes gubernamentales	1	2	3	4	5
h. Población general	1	2	3	4	5



**Cuidaebe**

"PATRONES DE UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACION EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA"

12. En general, e incluyendo todas las categorías de personas de la pregunta anterior, durante el último año, ¿cuántas veces has utilizado la investigación de esta forma "persuasiva"?

Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
1	2	3	4	5

#### UTILIZACIÓN GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Por favor, para la siguiente pregunta, vuelve a evaluar tu utilización de la investigación usando la definición original de "utilización general" de la investigación:

El uso de cualquier tipo de resultado de investigación (de enfermería o no), en cualquiera de sus formas, en cualquier aspecto de tu trabajo como enfermera. No cuenta como investigación lo que hayas aprendido en la Escuela/ Facultad de Enfermería durante la *carrera*.

13. En general, durante el año pasado, ¿cuántas veces has utilizado la investigación en algún aspecto de la práctica clínica?

Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
1	2	3	4	5

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## SECCIÓN II: TIPOS Y FUENTES DE CONOCIMIENTO PARA LA PRÁCTICA

## 1. Los conocimientos que utilizo en mi práctica se basan en....

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
a. la información que obtengo de cada paciente/cliente como individuo	1	2	3	4	5
b. mis intuiciones acerca de lo que parece ser adecuado para el paciente/cliente	1	2	3	4	5
c. mi experiencia personal en el cuidado de los pacientes/clientes a lo largo del tiempo	1	2	3	4	5
d. lo que aprendí durante los estudios de enfermería	1	2	3	4	5
e. lo que los médicos han hablado conmigo	1	2	3	4	5
f. lo que aprendo sobre nuevas terapias y tratamientos cuando los médicos se los prescriben a los pacientes	1	2	3	4	5
g. artículos publicados en revistas médicas	1	2	3	4	5
h. artículos publicados en revistas de enfermería	1	2	3	4	5
i. artículos publicados en revistas de investigación en enfermería	1	2	3	4	5
j. información de libros de texto	1	2	3	4	5
k. lo que me ha funcionado durante años	1	2	3	4	5
l. la forma en la que siempre lo he hecho	1	2	3	4	5
m. la información que comparten mis compañeras enfermeras	1	2	3	4	5
n. la información que obtengo asistiendo a sesiones de formación y/o congresos	1	2	3	4	5
o. la información que obtengo de protocolos y manuales de procedimientos	1	2	3	4	5
p. la información que obtengo de los medios de comunicación (ej. revistas de divulgación, televisión, internet, etc)	1	2	3	4	5

2. ¿Cuántas veces has leído las siguientes revistas de enfermería en el último año?

	Nº de Veces por Año					
	Nunca	una	2-4	5-7	8-10	>10
Revista/Boletín del Colegio	0	1	2	3	4	5
Del Hospital (Manuales, Boletines)	0	1	2	3	4	5
Revista del Consejo General (Enfermería Facultativa)	0	1	2	3	4	5
Revistas españolas de investigación en Enfermería (de cualquier tipo)	0	1	2	3	4	5
Revistas internacionales de investigación en Enfermería (de cualquier tipo)	0	1	2	3	4	5
Revistas clínicas especializadas españolas (ortopedia, pediatría, urología, diabetes, oncología, etc.)	0	1	2	3	4	5
Revistas clínicas especializadas internacionales (ortopedia, pediatría, urología, diabetes, oncología, etc.)	0	1	2	3	4	5

Las tres (3) preguntas siguientes son sobre tu opinión acerca de los investigadores y los resultados de la investigación.

3. (Siendo 1= ninguna confianza y 5= mucha confianza) ¿Qué grado de *confianza* tienes en que los investigadores de enfermería realicen investigaciones...

	Ninguna				Mucha
a. que sean <u>relevantes</u> para ti?	1	2	3	4	5
b. que puedas utilizar fácilmente?	1	2	3	4	5
c. que puedas utilizar de <u>forma segura</u> en tu práctica clínica?	1	2	3	4	5

4. (Siendo 1= nada dispuesta y 5= muy dispuesta) ¿Estás dispuesta a implantar investigación cuando *contradice* algo que tú...

	Nada dispuesta				Muy dispuesta
a. aprendiste antes de estudiar enfermería?	1	2	3	4	5
b. aprendiste en la escuela de enfermería?	1	2	3	4	5
c. aprendiste en tu lugar de trabajo?	1	2	3	4	5

5. (Siendo 1= nunca y 5= muy a menudo) ¿Con qué frecuencia, en realidad, *implantas* investigación cuando contradice algo que tú...

	Nunca				Muy a menudo
a. aprendiste antes de estudiar enfermería?	1	2	3	4	5
b. aprendiste en la escuela de enfermería	1	2	3	4	5
c. aprendiste en tu lugar de trabajo?	1	2	3	4	5

### SECCIÓN III: TU ORGANIZACIÓN

1. Indica el grado en el que las siguientes personas te apoyan para que utilices la investigación en tu práctica:

	Nada de apoyo				Mucho apoyo	No lo sé
a. Otras enfermeras de tu área	1	2	3	4	5	0
b. Tu supervisora	1	2	3	4	5	0
c. La dirección de enfermería	1	2	3	4	5	0
d. La dirección (general)	1	2	3	4	5	0
e. Los médicos	1	2	3	4	5	0
f. Otros profesionales	1	2	3	4	5	0

2. ¿Hasta qué punto están presentes los siguientes factores organizativos en tu lugar de trabajo?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	siempre	No lo sé
a. Enfermeras u otros con conocimientos de investigación	1	2	3	4	5	0
b. Tiempo remunerado destinado a la participación en diferentes actividades de investigación	1	2	3	4	5	0
c. Fomento de la asistencia a conferencias clínicas y de investigación	1	2	3	4	5	0
d. Un grupo o comisión para revisar y evaluar investigación	1	2	3	4	5	0
e. Financiación interna y/o externa para investigación	1	2	3	4	5	0

3. ¿Hasta qué punto crees que estos factores organizativos son, o serían, importantes para que utilices la investigación?

	Nada importante	Algo importante	Bastante importante	Importante	Muy importante	No lo sé
a. Enfermeras u otros con conocimientos de investigación	1	2	3	4	5	0
b. Tiempo remunerado destinado a la participación en diferentes actividades de investigación	1	2	3	4	5	0
c. Fomento de la asistencia a conferencias clínicas y de investigación	1	2	3	4	5	0
d. Un grupo o comisión para revisar y evaluar investigación	1	2	3	4	5	0
e. Financiación interna y/o externa para investigación	1	2	3	4	5	0



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

Reunido el Tribunal que suscribe en el día de la fecha acordó otorgar, por  
..... a la Tesis Doctoral de Don/Dña, ..... la  
calificación de .....

Alicante ..... de ..... De 20....

El Secretario,



El Presidente,

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

UNIVERSIDAD DE ALICANTE

La presente Tesis de D. ....  
ha sido registrada con el nº ..... del registro de entrada  
correspondiente.

Alicante ..... de ..... de 20.....

El encargado del registro,