Arch Argent Pediatr 2020;118(2):125-129 / 125

Adaptación y validación de la versión argentina de un instrumento para evaluar actividades de desarrollo profesional continuo

Adaptation and validation of the Argentine version of an instrument to assess continuing professional development activities

Méd. Laura Fraguas[a], Méd. Valeria Vietto[a], Mgtr. Dolores Arceo[a], Dr. Fernando Vázquez Peña[a] y Dr. Eduardo Durante[a]

RESUMEN

Introducción. Investigadores canadienses desarrollaron un cuestionario autoadministrado para indagar sobre la intención de los participantes de actividades de desarrollo profesional continuo (DPC) de transferir los conocimientos adquiridos en ámbitos áulicos a la práctica clínica. Su uso podría facilitar los procesos de mejora de la calidad en dichas actividades de DPC.

Objetivo. Realizar la traducción y adaptación transcultural y validación del cuestionario *REACTION* (*A theoRy-basEd instrument to assess the impACT of continuing profesional development activities on profesional behavIOr chaNge*) para su uso en la Argentina, a partir de la versión original en inglés.

Población y métodos. Se realizó la traducción y adaptación transcultural de los 12 ítems del instrumento, con un proceso de cinco pasos. La validez de constructo se exploró mediante el análisis factorial exploratorio, y la confiabilidad, a través del coeficiente de Cronbach y el coeficiente G.

Resultados. La versión final del cuestionario se aplicó a una muestra de 133 médicos asistentes a 9 actividades presenciales de DPC de un hospital universitario de la Ciudad de Buenos Aires (edad promedio: 38 años; el 23,3 %, hombres; el 76 %, médicos de familia). El análisis factorial exploratorio arrojó 3 factores (influencia social, confianza en las capacidades propias y criterio ético). El coeficiente de Cronbach fue 0,82 y el coeficiente G fue 0,72.

Conclusiones. Se realizó la adaptación y validación de la versión argentina del instrumento REACTION para evaluar el impacto del DPC enfocado en el entrenamiento de habilidades clínicas en la intención de los médicos de implementarlo en su práctica.

Palabras clave: *educación médica, educación, actitud del personal de salud, encuestas y cuestionarios, actitud.*

http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.125
Texto completo en inglés:
http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.eng.125

a. Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:
Méd. Laura Fraguas: laura.fraguas@hospitalitaliano.org.ar

Financiamiento:
El presente trabajo de investigación fue realizado, en parte, con el apoyo de las Becas SALUD INVESTIGA "Dr. Abraam Sonis", otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, a través de la Dirección de Investigación para la Salud.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 6-2-2019
Aceptado: 17-10-2019

Cómo citar: Fraguas L, Vietto V, Arceo D, Vázquez Peña F, Durante E. Adaptación y validación de la versión argentina de un instrumento para evaluar actividades de desarrollo profesional continuo. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(2):125-129.

INTRODUCCIÓN

Existe un creciente interés en impulsar iniciativas que permitan la transferencia del conocimiento (*knowledge translation*) para reducir la brecha entre la generación del conocimiento científico y la mejoría de los cuidados de la salud de la población.[1] En este proceso, dinámico e iterativo, interactúan múltiples actores en distintos niveles (individual, social y organizacional): pacientes, investigadores, educadores, decisores de políticas y profesionales de la salud.

Un componente del complejo sistema de la transferencia del conocimiento es el desarrollo profesional continuo (DPC), que involucra el mantenimiento y la adquisición de nuevas competencias, acompañado de una práctica reflexiva y de la consideración de factores contextuales, en una comunidad de práctica.[2,3]

El impacto de las actividades de DPC en el desempeño de los profesionales depende, en parte, de las estrategias empleadas en su diseño. Las sesiones interactivas, que involucran técnicas participativas y enfocadas en la oportunidad de practicar habilidades, promueven un mayor grado de cambio en la práctica profesional en comparación con las actividades más tradicionales, en las que la interacción, la discusión y la aplicación del nuevo conocimiento son escasas.[4]

Además, la transferencia del nuevo conocimiento a la práctica clínica depende de las decisiones

individuales de los profesionales, que son influidas por factores sociocognitivos. Si bien se han propuesto diversos marcos teóricos que podrían explicar la conducta profesional, las variables identificadas como más relevantes para predecir su comportamiento incluyen la confianza en las capacidades propias, las creencias sobre las posibles consecuencias, las normas morales, las influencias sociales y los hábitos.[5]

Estos aspectos fueron tenidos en cuenta por un grupo de investigadores canadienses, quienes desarrollaron un cuestionario que permitía evaluar la intención de los participantes en actividades de DPC de implementar las habilidades adquiridas en su propia práctica.[6,7] El cuestionario *REACTION* (*A theoRy-basEd instrument to assess the impACT of continuing profesional development activities on profesional behavIOr chaNge*) es una herramienta autoadministrada, sencilla y breve, que podría proporcionar información para facilitar los procesos de mejora de la calidad de las actividades de DPC. Esta investigación tuvo como objetivo realizar la traducción y adaptación transcultural de este cuestionario para su uso en la Argentina, a partir de la versión original en inglés, y aportar evidencia de su validez y confiabilidad.

POBLACIÓN Y MÉTODO

El *REACTION* es un cuestionario multidimensional conformado por 12 ítems, que responden a 5 constructos: confianza en las capacidades propias, creencias sobre las posibles consecuencias, normas morales, intención e influencias sociales. Cada elemento de la herramienta se evalúa mediante una escala de tipo Likert con 7 puntos, a excepción del ítem número 2, el cual presenta 5 opciones.[7]

Luego de obtener la autorización de los autores originales,[7] se realizó un proceso de traducción y adaptación transcultural del cuestionario *REACTION* siguiendo la secuencia de pasos descrita por Ramada-Rodilla.[8] Primero, dos traductores bilingües no matriculados realizaron, en forma independiente, la traducción directa de la herramienta al idioma español (versión argentina). Tras realizar la síntesis de ambas traducciones, se desarrolló la traducción inversa. Después, se reunió un panel de expertos, conformado por los investigadores y los traductores participantes, para consolidar la versión argentina prefinal. Esta fue empleada en una prueba piloto con el fin de evaluar su aplicabilidad.

En una segunda etapa, se evaluó la validez del instrumento, mediante un estudio analítico de corte transversal. Se realizó un muestreo consecutivo y se invitó a participar a médicos que habían asistido a actividades de DPC enfocadas en el entrenamiento en una habilidad profesional.

Las actividades de DPC elegibles fueron aquellas desarrolladas en modalidad presencial, en grupos no mayores de 50 participantes, cuyos objetivos de aprendizaje se encontraban enfocados en un cambio de conducta, sobre temas clínicos o quirúrgicos. Estas actividades debían consistir en una intervención única, que incluyera, al menos, el 25% de interactividad (considerada en términos de duración en tiempo del intercambio activo de los participantes entre sí y con el instructor), con una duración mínima de una hora y máxima de tres.[6]

Los datos recolectados sobre los participantes fueron sexo, edad y especialidad médica. Además, se registraron la habilidad a la que se dirigía la sesión de entrenamiento, su ámbito de aplicación, la duración en horas de la actividad y los recursos de enseñanza utilizados.

Se aplicó la versión de la herramienta *REACTION* obtenida en la primera fase del estudio, en forma anónima, autoadministrada y en soporte impreso, con la obtención previa del consentimiento informado oral de los participantes. El estudio se llevó a cabo entre junio de 2017 y abril de 2018.

Análisis estadístico

Se realizó la tabulación y estadística descriptiva de las variables demográficas de los participantes. Para las variables numéricas continuas, se calcularon las medidas de estimación central y dispersión correspondientes según su distribución, y las variables categóricas se describieron como proporciones.

La validez de constructo del cuestionario se examinó a través de un análisis factorial exploratorio (AFE), por el método de componentes principales y empleando la rotación Varimax. La confiabilidad se evaluó mediante el estadístico alfa de Cronbach (considerándose un valor aceptable entre 0,70 y 0,90)[9] y el coeficiente de generalizabilidad (G). Para estos análisis, se emplearon los *softwares* PSPP y EduG 6.1e. Se utilizó un diseño de generalizabilidad de dos facetas –observaciones (O), como faceta de diferenciación, e ítems (I), como faceta de generalizabilidad–: O/I. Este diseño permitió la estimación de los componentes de varianza de

dichas fuentes, así como de la interacción entre las observaciones y los ítems. Dado que el 10 % de los cuestionarios tenían algún dato faltante y para darle mayor estabilidad al análisis del coeficiente G, se imputaron los valores faltantes mediante la técnica de sustitución por la media de los valores válidos.[10]

Sobre la base de un total de 12 ítems que formaban el cuestionario, y considerando necesario contar con, al menos, 10 observaciones para cada uno de ellos para realizar el AFE, se estimó un tamaño muestral de 120 sujetos.[10]

Consideraciones éticas

El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), con el número de protocolo 2864.

RESULTADOS

Fase I: traducción y adaptación transcultural

Tras completar los pasos del proceso de traducción y adaptación transcultural, se obtuvo el cuestionario consolidado en español, versión argentina, que se adjunta como *Anexo* (véase en formato electrónico). La prueba piloto se realizó con 25 médicos que habían asistido a una actividad de DPC dirigida a la capacitación en indicaciones y colocación del implante anticonceptivo subdérmico. Los encuestados no realizaron sugerencias de nuevos cambios al instrumento. El análisis de confiabilidad, a través del coeficiente G, fue de 0,87, con una varianza de los participantes del 36 %.

Fase II: evaluación de la validez del instrumento

Se aplicó el cuestionario a 133 médicos asistentes a nueve actividades de DPC. El promedio de edad fue de 38 años (desvío estándar –DE– 9). El 23 % de los encuestados fueron hombres, y el 76 %, médicos de familia. Todas las actividades tuvieron una duración de dos horas. Se utilizaron diversas estrategias educativas, como discusión en grupos, discusión de casos clínicos, juego de roles y uso de simuladores (*véase la Tabla 1*).

El número de cuestionarios completos para el AFE fue 120. Si bien, en el cuestionario original,[8] se describieron cinco factores, en nuestro análisis, los ítems se agruparon en tres factores. El coeficiente alfa de Cronbach tuvo un valor de 0,827. En la *Tabla 2*, se muestran las saturaciones del AFE para cada uno de los ítems y los coeficientes alfa para cada factor. El coeficiente G absoluto fue de 0,72. La varianza asociada a la faceta observaciones fue del 17,3 %.

DISCUSIÓN

Esta investigación desarrolló un proceso de traducción y adaptación transcultural del cuestionario *REACTION*, desarrollado por un equipo canadiense de expertos en DPC y transferencia del conocimiento, y aportó pruebas de su validez para ser usado en la Argentina. Luego de administrar el instrumento consolidado en la versión argentina a 133 participantes en 9 actividades interactivas de DPC, se observó que su confiabilidad, medida tanto por el coeficiente alfa de Cronbach como por el coeficiente G, fue adecuada. En el AFE, los doce ítems que componían el cuestionario saturaron en grado aceptable en tres factores, a los que se denominó influencia social, confianza en las capacidades propias y criterio ético.

En el factor que representaba la **influencia social**, saturaron los tres ítems 2, 6 y 9, que respondían al mismo constructo en el cuestionario original.[7] El dominio **confianza en las capacidades propias** estuvo representado por los ítems pertenecientes a *intención* (1 y 7), a *creencia en las propias capacidades* (3, 5 y 11) y por un elemento del constructo *norma moral* (10) del cuestionario original. Por último, en **criterio ético**, saturaron las preguntas del dominio *creencia en las consecuencias* (8 y 12) y el ítem restante del constructo *norma moral* (4).

TABLA 1. *Características de las actividades de desarrollo profesional continuo evaluadas*

Actividad	N° de actividades	N° de participantes N (%)
Implante subdérmico de etonogestrel	3	50 (38 %)
Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel	1	13 (10 %)
Insulinización	3	42 (31 %)
Vértigo posicional paroxístico benigno	1	19 (14 %)
Síndrome miofascial del trapecio superior	1	9 (7 %)

Si bien la diferencia en el número de factores identificados en nuestro estudio con respecto al cuestionario original podría considerarse una limitación, se cree que la reagrupación de los elementos se debe a la complejidad del marco teórico que le da sustento a la herramienta, cuya naturaleza repetitiva[11] podría dificultar la discriminación de ciertos constructos. La confluencia de elementos relacionados con la intención, las creencias en las capacidades propias y la norma moral en un mismo factor podría explicarse desde el marco teórico integrado propuesto por Godin y col.,[7] y estaría en concordancia con el concepto de autoeficacia percibida, acuñado por Bandura. Este autor denomina con este término la confianza de una persona en su capacidad para lograr los resultados deseados al llevar a cabo una tarea específica y sostiene que constituye un determinante mayor de la intención.[12]

Además, la convergencia de los ítems vinculados con las *creencias en las consecuencias* y la *norma moral* en el factor que se denomina **criterio ético** podría relacionarse con el principio moral de no maleficencia.[13] Debido a que los ítems 12 y 8 indagan sobre la apreciación de la conducta a la que se enfoca la actividad de DPC como dañina/beneficiosa o como útil/inútil, respectivamente, parece aceptable que hayan saturado en el mismo factor que el ítem 4, que interroga si el profesional considera esa conducta como ética o no ética.

El cuestionario *REACTION* permite evaluar la intención de los profesionales de la salud de aplicar los conocimientos adquiridos en una sesión de DPC y facilitar una práctica docente reflexiva. Si bien este es un paso fundamental para el proceso de transferencia de conocimiento, es necesario tener en cuenta que la herramienta no permite medir el grado de implementación real en la práctica clínica o la calidad de atención que reciben los pacientes.

Como limitación de nuestro estudio, es necesario destacar que, para el proceso de validación, se aplicó el cuestionario en diversas actividades de DPC de un solo centro universitario de la Ciudad de Buenos Aires. Sería recomendable su aplicación en otros ámbitos de formación continua del país para documentar información adicional sobre su validez en diferentes entornos académicos.

Tabla 2. *Análisis factorial exploratorio: saturación de los ítems en cada factor*

Ítem	Pregunta	Dominio en el cuestionario original	Dominios en la versión argentina del cuestionario		
			Confianza en las propias capacidades	Criterio ético	Influencia social
1	Me propongo (conducta).	Intención	0,657		
3	Estoy seguro de que podría (*conducta*) si quisiera.	Creencia en las propias capacidades	0,776		
5	Para mí, (*conducta*) sería…	Creencia en las propias capacidades	0,616		
7	Yo planeo (*conducta*).	Intención	0,556		
10	Sería aceptable (*conducta*).	Norma moral	0,515		
11	Tengo la habilidad de (*conducta*).	Creencia en las propias capacidades	0,718		
4	(*Conducta*) es la conducta ética para seguir.	Norma moral		0,629	
8	En general, pienso que (*conducta*) es…	Creencia en las consecuencias		0,865	
12	En general, pienso que (*conducta*) es…	Creencia en las consecuencias		0,844	
2	A mi entender, el porcentaje de mis colegas que (*conducta*) es…	Influencia social			0,588
6	Ahora, piense en un compañero/a de trabajo a quien respete como profesional. En su opinión, le parece que él/ella (*conducta*).	Influencia social			0,718
9	La mayoría de las personas que son importantes para mí en mi profesión (*conducta*).	Influencia social			0,815
	Alfa de Cronbach		0,791	0,715	0,630

Mediante futuras investigaciones, se podría ampliar el espectro de destinatarios para su uso, que incluyera otras profesiones de la salud que, habitualmente, requieren actividades de DPC para mantener las competencias clínicas. Asimismo, como lo sugieren los desarrolladores del instrumento,[10] se podría evaluar su aplicación en otras actividades de DPC enfocadas en el cambio de conductas y no solo en el entrenamiento en habilidades específicas. Además, teniendo en cuenta la redundancia aparente de algunos ítems[11] y la confluencia de factores observada en nuestro estudio, se podría desarrollar una versión simplificada del instrumento para facilitar su aplicabilidad.

CONCLUSIONES

Mediante esta investigación, se obtuvo una versión argentina del instrumento *REACTION* para evaluar el impacto de las actividades de DPC enfocadas en el entrenamiento de habilidades clínicas en la intención de los médicos de implementarlas en su práctica. ■

Agradecimientos

Fundación MF, Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del HIBA, Servicio de Ginecología del HIBA, Instituto Universitario del HIBA, Comité de Residentes del HIBA, Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG), Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria (PROFAM), Dr. Sergio Giannasi, Dra. Lorena Bozza, Dr. Rafael Pérez Vidal, Dra. Sofía Catoggio, Dra. Yamila Mahumud, Dra. Verónica Kojdamanian, Dr. Manuel Rodríguez, Dra. María José Salas, Dr. Facundo Pelorosso, Dra. Victoria Salgado, Dr. Santiago Esteban.

REFERENCIAS

1. Straus SE, Tetroe J, Graham ID (eds.). *Knowledge Translation in health care: moving from evidence to practice*. 2nd ed. Toronto: Wiley Blackwell; 2013.
2. Davis D, Barnes BE, Fox R (eds.). *The continuing professional development of physicians: from research to practice*. Chicago: American Medical Association; 2003.
3. Prior Filipe H, Gwen Mack H, Golnik KC. Continuing professional development: progress beyond continuing medical education. *Ann Eye Sci*. 2017; 2:46.
4. Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, et al. Impact of Formal Continuing Medical Education Do Conferences, Workshops, Rounds, and Other Traditional Continuing Education Activities Change Physician Behavior or Health Care Outcomes? *JAMA*. 1999; 282(9):867-74.
5. Godin G, Belanger-Gravel A, Eccles M, Grimshaw J. Healthcare professionals' intentions and behaviours: a systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implement Sci*. 2008; 3:36.
6. Légaré F, Borduas F, Jacques A, Laprise R, et al. Developing a theory-based instrument to assess the impact of continuing professional developement activites on clinical practice: a study protocol. *Implement Sci*. 2011; 6:17.
7. Légaré F, Borduas F, Freitas A, Jacques A, et al. Development of a simple 12-item theory-based instrument to assess the impact of continuing professional development on clinical behavioral intentions. *PloS One*. 2014; 9(3):e91013.
8. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública Méx*. 2013; 55(1)57-66.
9. Hair J, Black W, Babin B, Anderson RE. Multivariate Data Analysis. 8th ed. Andover: Cengage Learning EMEA; 2018.
10. Streiner D, Norman G. Biostatistics the bare essentials. 3rd ed. New York: BC Decker; 2008.
11. Legare F, Freitas A, Turcotte S, Borduas F, et al. Responsiveness of a simple tool for assessing change in behavioral intention after continuing professional development activities. *PLoS ONE*. 2017; 12(5):e0176678.
12. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. In: Caprara GV (ed.). *La valutazione dell 'autoeffcacia* [The assessment of self-efficacy]. Trento: Erickson. 2001. Págs.15-37.
13. Beauchamp T, Childress J. Principios de Ética Biomédica. Barcelona: Masson SA; 1999.

Anexo.

Cuestionario *REACTION* para las actividades de desarrollo profesional continuo (versión argentina)

1. Me propongo (*conducta*).	Muy en desacuerdo. Muy de acuerdo. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐
2. A mi entender, el porcentaje de mis colegas que (*conducta*) es…	El 0-20 %. ☐ El 21-40 %. ☐ El 41-60 %. ☐ El 61-80 %. ☐ El 81-100 %. ☐
3. Estoy seguro de que podría (*conducta*) si quisiera.	Muy en desacuerdo. Muy de acuerdo. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐
4. (*Conducta*) es la conducta ética para seguir.	Muy en desacuerdo. Muy de acuerdo. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐
5. Para mí, (*conducta*) sería…	Extremadamente difícil. Extremadamente fácil. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐
6. Ahora, piense en un compañero/a de trabajo a quien respete como profesional. En su opinión, le parece que él/ella (*conducta*).	Nunca. Siempre. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐
7. Yo planeo (*conducta*).	Muy en desacuerdo. Muy de acuerdo. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐
8. En general, pienso que (*conducta*) es…	Inútil. Útil. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐
9. La mayoría de las personas que son importantes para mí en mi profesión (*conducta*).	Muy en desacuerdo. Muy de acuerdo. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐
10. Sería aceptable (*conducta*).	Muy en desacuerdo. Muy de acuerdo. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐
11. Tengo la habilidad de (*conducta*).	Muy en desacuerdo. Muy de acuerdo. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐
12. En general, pienso que (*conducta*) es…	Dañino. Beneficioso. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐