

ORIGINAL

Diseño y validación de un cuestionario sobre las actitudes ante la prevención y promoción de la salud en atención primaria (CAPPAP)

Antonio Jesús Ramos-Morcillo^{a,*}, Emilio J. Martínez-López^b,
Serafín Fernández-Salazar^c y Rafael del-Pino-Casado^a

^a Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería, Universidad de Jaén, Jaén, España

^b Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal, Universidad de Jaén, Jaén, España

^c Bloque quirúrgico, Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura, Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir, Puente Génave-La Puerta de Segura, Jaén, España

Recibido el 24 de julio de 2012; aceptado el 13 de mayo de 2013

Disponible en Internet el 26 de julio de 2013

PALABRAS CLAVE

Prevención;
Promoción de salud;
Estudios de validación;
Atención primaria de salud;
Actitud

Resumen

Objetivo: Elaborar y validar un instrumento para medir las actitudes ante las actividades de prevención y promoción de la salud.

Diseño: Estudio descriptivo transversal para la validación de un cuestionario.

Emplazamiento: Atención primaria (comunidad autónoma de Andalucía, España).

Participantes: Se incluyeron 282 profesionales (enfermeras y médicos) pertenecientes al sistema sanitario público.

Mediciones principales: Validación de contenido por expertos, efectos techo y suelo, concordancia entre ítems, consistencia interna, estabilidad y análisis factorial exploratorio.

Resultados: Se obtiene un instrumento (CAPPAP) que agrupa en 5 dimensiones los 56 ítems recogidos a partir de la revisión de otras herramientas y de las aportaciones de los expertos. Se obtuvo un porcentaje de acuerdo entre expertos superior al 70% en todos los ítems, así como una alta concordancia entre los ítems de prevención y promoción, por lo que se eliminan los ítems duplicados quedando una herramienta final de 44 ítems. La consistencia interna del CAPPAP, medida a través de alfa de Cronbach, fue de 0,888. El test-retest nos indica concordancias entre sustanciales y casi perfectas. El análisis factorial exploratorio identifica 5 factores que explicaban un 48,92% de la varianza.

Conclusiones: El CAPPAP es un instrumento de fácil y rápida administración, que es bien aceptado por los profesionales y que presenta unos resultados psicométricos aceptables, tanto a nivel global como a nivel de cada dimensión.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: ajramos@ujaen.es, antoniojesusra@gmail.com (A.J. Ramos-Morcillo).

KEYWORDS

Prevention;
Health promotion;
Validation studies;
Primary health care;
Attitude

Design and validation of a questionnaire on attitudes to prevention and health promotion in primary care (CAPPAP)

Abstract

Objective: To develop and validate a questionnaire to measure attitudes towards prevention and health promotion.

Design: Cross-sectional study for the validation of a questionnaire.

Location: Primary Health Care (autonomous community of Andalusia, Spain).

Participants: 282 professionals (nurses and doctors) belonging to the Public Health System.

Main measurements: Content validation (reliability and floor effects, correlation between items, internal consistency, stability and exploratory factor analysis).

Results: The 56 items of the tool (CAPPAP) obtained, including those from the review of other tools and the contributions of the experts, were grouped into 5 dimensions. The percentage of expert agreement was over 70% on all items, and a high concordance between prevention and promotion item was obtained, thus, duplicates were removed leaving a final tool with 44 items. The internal consistency, measured by Cronbach's alpha, was 0.888. The test retest indicated concordance from substantial to almost perfect. Exploratory factor analysis identified five factors that accounted for 48.92% of the variance.

Conclusions: CAPPAP is a tool that is quick and easy to administer, that is well accepted by professionals, and that has acceptable psychometric results, both globally and at the level of each dimension.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las actividades preventivas y de promoción son importantes para la salud de la comunidad. Ya en 1974 Lalonde¹ identificó a los estilos de vida como uno de los determinantes de salud. Aportaciones posteriores como la de Dever² fueron capaces de cuantificar que la mejora de los estilos de vida reduce la mortalidad hasta en un 43%.

En la actualidad existe suficiente evidencia para justificar la realización de diversas actividades preventivas en la práctica clínica, tales como la deshabituación tabáquica, el consejo dietético, la promoción del ejercicio físico y la administración de vacunas. Sin embargo, diversos autores han puesto de manifiesto la insuficiente dedicación de los profesionales a dichas actividades de prevención y promoción de salud^{3,4}.

Por tanto, una cuestión central en prevención y promoción está constituida por la identificación de aquellas intervenciones que mejoran la implicación de los profesionales en las actividades de prevención y promoción. En este sentido, se ha analizado la eficacia del apoyo sistemático (en la mejora de la competencia en la deshabituación tabáquica)⁵, de las auditorías y la retroalimentación⁶, de los incentivos económicos⁷, de la formación y las reuniones educativas⁸, de los recordatorios computarizados⁹ o de los cambios en la cultura organizacional¹⁰.

En lo que respecta al inadecuado nivel de dedicación profesional, se han identificado distintas barreras para la realización de las actividades preventivas y de promoción. Dichas barreras pueden clasificarse en: las relacionadas con los profesionales, las relacionadas con los pacientes y las relacionadas con el sistema sanitario¹¹. Centrándonos en las barreras de los profesionales, autores como Nebot et al.¹², afirman que las propias actitudes de los profesionales son las principales responsables de la insuficiente realización de las actividades preventivas. Estos autores señalan la

pertinencia de abordar aspectos ligados a estas actitudes, con el fin de mejorar la realización de dichas actividades. Aunque realmente, tal y como afirman Kloppe et al.¹³, se sabe poco sobre las actitudes que ante la prevención y promoción de la salud tienen los profesionales de atención primaria.

Para entender el concepto de actitud, nos basaremos en el modelo tridimensional de Rosenberg y Hovland¹⁴ que definen la actitud como una predisposición a responder a alguna clase de estímulo con una respuesta cognitiva (creencias, opiniones o ideas), afectiva (evaluación en términos de agrado-desagrado) o conductual (intenciones a comportarse de una determinada manera).

Dentro de la dimensión cognitiva, Salleras et al.⁴ nos indican que un obstáculo para que los médicos realicen educación sanitaria en atención primaria es la clásica actitud asistencial aprendida en la facultad y que se orienta claramente hacia los componentes clínicos. En consecuencia, es interesante conocer cómo los profesionales autoperciben la realización de distintas actividades preventivas y de promoción, la importancia que atribuyen a las mismas y si creen que es necesario mejorarlas. Además, sería interesante conocer las opiniones de los profesionales sobre las particularidades propias e intrínsecas de cada centro para mejorar las prácticas preventivas y de promoción, tal y como nos indican Monreal Hajar et al.¹¹.

Respecto a la dimensión afectiva, Pérula et al.³ afirman que la principal debilidad que ha tenido el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) ha sido la escasa implicación de los profesionales en la aplicación de las recomendaciones preventivas debido a la falta de motivación y al desgaste profesional. En consecuencia, se hace interesante conocer la percepción de los profesionales respecto a la implicación del resto del equipo en la aplicación de intervenciones preventivas y de promoción.

Por último, en la dimensión conductual y siguiendo las ideas planteadas por Pérula et al.³ sería interesante conocer la intención de conducta de los profesionales ante determinadas oportunidades de mejora.

Por tanto, dado que existen intervenciones efectivas que mejorarían la aplicación de actividades preventivas y de promoción de salud por parte de los profesionales, y que las actitudes profesionales además de poco conocidas son, en parte, responsables de la realización de las mismas, sería importante disponer de un instrumento que fuera capaz de seleccionar a los profesionales según sus actitudes ante estas actividades.

Así, el objetivo de este estudio es elaborar un instrumento que sea capaz de medir las actitudes de los profesionales de medicina y enfermería del sistema sanitario público ante las actividades de prevención y promoción de salud en el contexto de la atención primaria.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional transversal para la validación de un cuestionario anónimo y autoadministrado. Se llevó a cabo en la comunidad autónoma de Andalucía (España) en enfermeras y médicos que trabajan en atención primaria pertenecientes al sistema sanitario público de Andalucía.

Diseño del cuestionario

Para la elaboración de los ítems del cuestionario se revisaron instrumentos similares disponibles en la literatura médica^{13,15-20}, a través de una búsqueda en bases de datos internacionales con los descriptores: «survey», «attitude», «prevention», «preventive services» y «health promotion». Para la selección de los ítems se valoró la adecuación a nuestro contexto cultural y sanitario.

Se tuvieron en cuenta las dimensiones más importantes encontradas, así como las indicadas por los expertos. Los criterios para la selección de expertos para esta fase del desarrollo del cuestionario fueron: experiencia clínica, conocimientos en prevención y promoción de la salud, conocimientos avanzados en metodología de investigación y experiencia en gestión sanitaria.

Validación

Validación de contenido por expertos

Se realizó una validez de contenido mediante consulta a 7 expertos para evaluar la adecuación de cada ítem a la finalidad del cuestionario. Los criterios para la selección de los expertos para esta fase del desarrollo del cuestionario fueron los mismos que para la fase anterior. Se midió el porcentaje de acuerdo entre observadores a la hora de valorar cada ítem como «bastante adecuado» o «totalmente adecuado».

Tabla 1 Descripción de la muestra

Sexo	
Hombres:	114 (40,42%)
Mujeres:	168 (59,58%)
Edad	
Media:	42,3; desviación estándar: 8,5
Ámbito: rural/urbano	
Rural (< 10.000 habitantes):	90 (31,9%)
Urbano (> 10.000 habitantes):	192 (68,1%)
Categoría profesional	
Enfermera:	171 (60,63%)
Médico:	111 (39,36%)

Prueba piloto para comprensión y aplicabilidad

Se realizó una prueba piloto con el fin de valorar la comprensión, la aceptabilidad y el tiempo de cumplimentación del cuestionario. Dicho cuestionario se aplicó a 60 profesionales en activo del Servicio Andaluz de Salud (33 enfermeras y 27 médicos). Se envió a profesionales que desarrollaban su labor asistencial tanto en ámbito rural (26%) como urbano (74%). La muestra fue seleccionada por conveniencia.

Validación clínica

Posteriormente se realizó la validación clínica del cuestionario para el análisis de la validez de constructo mediante el análisis factorial y el análisis de la fiabilidad en una muestra de 282 personas. La selección de los profesionales fue por conveniencia (voluntarios), una vez remitidos los cuestionarios característicos de cada distrito sanitario. Las principales características socioprofesionales se detallan en la [tabla 1](#).

El anterior tamaño muestral de 282 sujetos permite afirmar, para un cuestionario de 56 ítems, que el alfa de Cronbach calculado es significativamente superior al valor de 0,7, con una potencia estadística del 100% y una seguridad del 95^{21,22} (cálculos realizados con el programa NCSS-PASS 11). El trabajo de campo se realizó entre abril y junio de 2010. La manera en la que se procedió a la recogida de los datos fue remitiendo el cuestionario a un encargado en cada distrito sanitario y se les suministraba el mismo para que los profesionales lo cumplimentasen de manera anónima y autoadministrada.

Los análisis realizados han sido:

- Efectos techo y suelo, definidos como el porcentaje de personas con la puntuación menor (suelo) y mayor (techo) en cada dimensión.
- Concordancia entre ítems. El CAPPAP fue construido de manera que, en el bloque de intervenciones preventivas y de promoción de salud, cada aspecto se valora desde una doble perspectiva (preventiva y de promoción). Por ello, se consideró necesario calcular la concordancia entre ítems mediante el coeficiente kappa ponderado para analizar una posible redundancia.
- Consistencia interna del cuestionario, a través del alfa de Cronbach.
- Análisis factorial. Se realizó un análisis factorial exploratorio para evaluar la validez de constructo del cuestionario. Previamente se evaluó la adecuación del

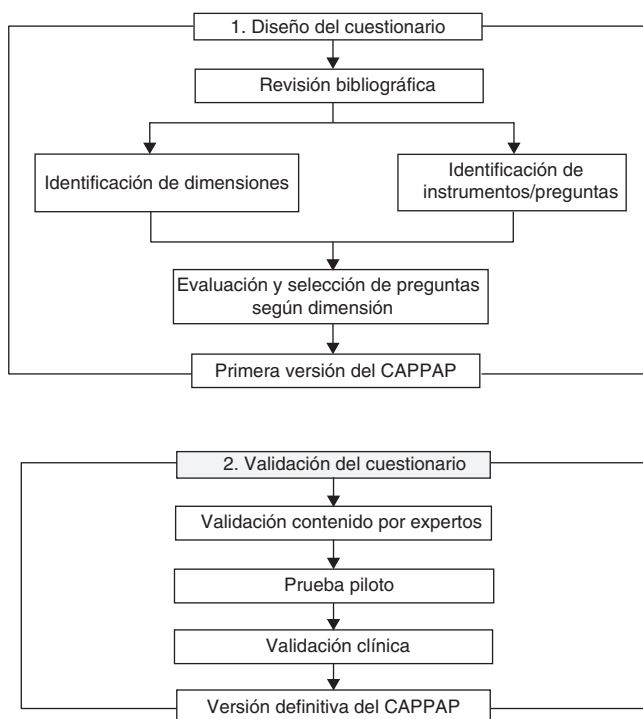
análisis factorial mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. Se estableció la consistencia interna de las escalas del cuestionario mediante el valor alfa de Cronbach.

- Test-retest. Con esta prueba se determinó la estabilidad en el tiempo de las mediciones que nos aporta el cuestionario. Se pasó el cuestionario 2 veces a 16 sujetos con una diferencia de 21 días entre uno y otro, valorándose el coeficiente de correlación intraclass para cada factor. Para garantizar el anonimato de los sujetos participantes en el test-retest se procedió a la codificación de sus cuestionarios.

Los anteriores análisis han sido realizados con SPSS 19.0.

Uso del cuestionario

El cuestionario está pensado para utilizarse analizando y valorando las dimensiones de forma independiente.



Esquema general del estudio: Proceso de desarrollo del cuestionario.

Resultados

Diseño del cuestionario: definición de dimensiones y elaboración del cuestionario

Una vez valorada y agrupada la información que nos ofrecía la literatura médica se eligieron las preguntas a utilizar, se ordenaron de forma lógica y se valoró si era necesario incluir algún aspecto no contemplado. En lo referente al orden, se decidió el siguiente: un primer bloque de características socioprofesionales, un segundo bloque relacionado con las principales intervenciones preventivas y de promoción de salud y un tercer bloque referido a aspectos profesionales.

No se tuvieron en cuenta los ítems que están basados en sistemas de salud distintos al nuestro, como por ejemplo los que provienen del contexto norteamericano y que están relacionados con su organización funcional e interprofesional. A modo de ejemplo, comentar que no se tuvo en cuenta el ítem: «*los médicos no usan bien el tiempo para supervisar y dar soporte al staff de la clínica en la provisión de cuidados tradicionalmente dados por ellos*».

Los ítems seleccionados para valorar las dimensiones se volvieron a redactar a partir de su fuente original, para que fuesen comprendidos en nuestro contexto. En concreto se redactaron 30 ítems, entre los que se encuentran los siguientes del cuestionario final: del 1 al 22, 24, 25, 28, 32, 34, 36, 37 y 38.

Así mismo se estimó oportuno discriminar en una misma área entre actividades de prevención y actividades de promoción, por lo que se duplicaron 12 ítems: 23-28, 30-35.

Tras la consulta con expertos, se establecieron finalmente 5 dimensiones: a) necesidad de mejora en la realización de las actividades en el centro; b) percepción de la actitud de los profesionales del centro; c) importancia concedida a las actividades de prevención y promoción; d) oportunidades de mejora en el centro para la realización de actividades preventivas, y e) obstáculos para dicha realización.

Así, cuando una versión del CAPPAP de 2 folios a ambas caras, autocumplimentado y anónimo de 56 ítems (tanto para actividades preventivas como de promoción) agrupados en 5 dimensiones, en las que cada ítem era valorado a través de 5 opciones de respuesta tipo Likert (tabla 2). En todas las dimensiones las opciones de respuesta eran iguales salvo para la dimensión «percepción de la actitud de los profesionales del centro», donde la escala va de «muy en desacuerdo» a «muy de acuerdo» en 4 ítems y de «nada implicado» a «muy implicado» en 6.

Validación

Validación de contenido por expertos

El porcentaje de acuerdo entre expertos fue superior al 70% en todos los ítems, por lo que se decidió mantener todos los ítems.

Prueba piloto

Tras la realización de la prueba piloto, se consideró necesario modificar 3 ítems para mejorar su comprensión. El tiempo que se tardó en cumplimentar el cuestionario fue entre 13 y 15 min.

Validación clínica

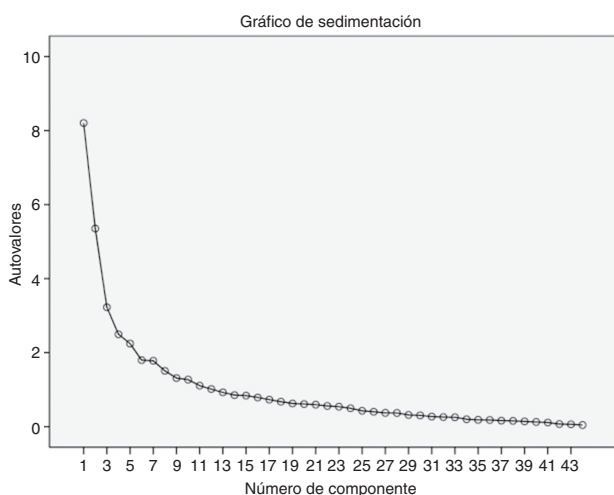
Efecto techo-suelo. Tras analizar la frecuencia de las respuestas de cada ítem en los valores 1 y 5 de la escala, se constató que el efecto suelo osciló entre 0,4-0,8 y el efecto techo osciló entre 0,7-5,8, excepto para la dimensión importancia que fue de 16,6 (tabla 2).

Concordancia entre los ítems de prevención y promoción. Se encontró que existía una precordancia muy alta entre los ítems de promoción y prevención de cada aspecto (kappa ponderada entre 0,943 y 0,950), por lo que se suprimió la duplicidad de preguntas y el cuestionario final incluye en la redacción de estos ítems la expresión: «actividades

Tabla 2 Datos definitorios y descriptivos del cuestionario

Dimensión	Escalas utilizadas	N.º de ítems	Rango	Media	Desviación estándar	Efecto suelo	Efecto techo
Mejora	1, muy en desacuerdo; 5, muy de acuerdo	11	11-55	37,14	9,223	0,8	5,8
Percepción	1, muy en desacuerdo; 5, muy de acuerdo (ítems 23, 25, 26 y 33) 1, nada implicado; 5, muy implicado (ítems 39-44)	10	10-50	37,46	5,597	0,4	1,7
Importancia	1, nada importante; 5, muy importante	11	11-55	48,32	5,392	0,4	16,6
Oportunidades	1, muy en desacuerdo; 5, muy de acuerdo	7	7-35	29,33	3,277	0,7	4,3
Barreras	1, muy de un obstáculo; 5, muy grande	5	5-25	17,76	3,308	0,4	0,7

Nota. Efecto suelo: porcentaje de personas con la puntuación más baja de cada dimensión. Efecto techo: porcentaje de personas con la puntuación más alta de cada dimensión.

**Figura 1** Gráfico de sedimentación del análisis factorial del CAPPAP.

preventivas y de promoción». Así, la versión final del CAPPAP queda con 44 ítems en 2 folios por ambas caras.

Consistencia interna. El alfa de Cronbach del cuestionario en su conjunto fue de 0,888, lo que supone una consistencia interna excelente.

Análisis factorial exploratorio. El test de esfericidad de Bartlett ($p < 0,000$) y el índice KMO (0,782) fueron adecuados para la realización del análisis factorial exploratorio. Dicho análisis se efectuó mediante el método de componentes principales, con rotación varimax. Se optó por forzar una solución factorial con 5 factores que explicaban un 48,9% de la varianza (fig. 1). Todos los ítems presentaron cargas factoriales superiores a 0,4 en sus respectivas dimensiones, excepto 2 (mayores de 0,35) (tabla 3).

Se calculó el valor de Cronbach para cada una de las dimensiones del cuestionario (tabla 3). La consistencia del factor 1, «Necesidad de mejora en la realización de las actividades en el centro», fue de 0,912; del factor 2,

«Percepción de la actitud de los profesionales del centro», fue de 0,847; del factor 3, «Importancia concedida a las actividades de prevención y promoción», fue de 0,853; del factor 4, «Oportunidades de mejora en el centro para la realización de actividades preventivas y de promoción», fue de 0,721; y del factor 5, «Obstáculos para la realización de actividades preventivas y de promoción», fue de 0,663.

Test-retest. Los coeficientes de correlación intraclase para los factores fueron: factor 1, 0,674; factor 2, 0,731; factor 3, 0,821; factor 4, 0,720; y factor 5, 0,722. Según la clasificación de Landis y Koch²³, los autovalores indican una concordancia sustancial, salvo en el caso del factor 3, que es casi perfecta.

Discusión

En nuestro contexto no existen muchas herramientas que nos permitan evaluar las actitudes de los profesionales de atención primaria hacia la prevención y la promoción.

Nos encontramos ante un instrumento de fácil y rápida administración, que es bien aceptado por los profesionales y que presenta unos resultados psicométricos aceptables, tanto a nivel global (alta consistencia interna) como a nivel de cada dimensión (consistencia interna aceptable, buena estabilidad temporal y adecuada validez de constructo).

El CAPPAP presenta una serie de ventajas sobre otros cuestionarios existentes^{13,15-20}. En primer lugar, supera importantes lagunas metodológicas consistentes en la insuficiente descripción del proceso de validación, de las propiedades métricas y/o de las dimensiones incluidas en cada cuestionario. En segundo lugar, nuestro estudio aporta el marco conceptual a partir del cual se ha desarrollado el cuestionario; ninguno de los estudios encontrados en este aspecto. En tercer lugar, nuestro cuestionario está adaptado a nuestro contexto cultural. En cuarto lugar, nuestro cuestionario amplía el ámbito de estudio, incluyendo tanto la prevención como la promoción de salud; todos los cuestionarios encontrados se centran en

Tabla 3 Análisis factorial de los ítems del CAPPAP

Ítems	Cargas
<i>Factor 1</i>	
Ítem 16	0,837
Ítem 15	0,836
Ítem 19	0,836
Ítem 17	0,836
Ítem 12	0,764
Ítem 18	0,752
Ítem 22	0,650
Ítem 21	0,645
Ítem 14	0,639
Ítem 20	0,584
Ítem 13	0,537
<i>Alfa de Cronbach</i>	0,912
<i>% Varianza explicada</i>	18,647
<i>Factor 2</i>	
Ítem 41	0,756
Ítem 42	0,750
Ítem 43	0,676
Ítem 25	0,649
Ítem 44	0,648
Ítem 39	0,636
Ítem 33	0,602
Ítem 26	0,600
Ítem 23	0,591
Ítem 40	0,550
<i>Alfa de Cronbach</i>	0,847
<i>% Varianza explicada</i>	12,166
<i>Factor 3</i>	
Ítem 4	0,760
Ítem 5	0,731
Ítem 10	0,713
Ítem 8	0,691
Ítem 11	0,682
Ítem 9	0,632
Ítem 7	0,585
Ítem 1	0,565
Ítem 2	0,549
Ítem 6	0,471
Ítem 3	0,439
<i>Alfa de Cronbach</i>	0,853
<i>% Varianza explicada</i>	7,334
<i>Factor 4</i>	
Ítem 27	0,704
Ítem 32	0,628
Ítem 31	0,619
Ítem 28	0,548
Ítem 29	0,533
Ítem 30	0,408
Ítem 24	0,357
<i>Alfa de Cronbach</i>	0,721
<i>% Varianza explicada</i>	5,672

Tabla 3 (continuación)

Ítems	Cargas
<i>Factor 5</i>	
Ítem 37	0,811
Ítem 36	0,794
Ítem 34	0,546
Ítem 35	0,476
Ítem 38	0,355
<i>Alfa de Cronbach</i>	0,663
<i>% Varianza explicada</i>	5,101
<i>Notas.</i> Factor 1: necesidad de mejora en la realización de las actividades en el centro; factor 2: percepción de la actitud de los profesionales de prevención y promoción; factor 3: importancia concedida a las actividades de prevención y promoción; factor 4: oportunidades de mejora en el centro para la realización de actividades preventivas y de promoción; factor 5: obstáculos para la realización de actividades preventivas y de promoción.	

la prevención a excepción de uno¹⁸. Además, en nuestro cuestionario se amplía la población diana con la inclusión de las enfermeras; a este respecto, solo uno de los cuestionarios encontrados¹⁶ va dirigido a médicos y enfermeras.

Respecto a las lagunas metodológicas existentes en los estudios encontrados, tenemos que, de todos los estudios, solo uno²⁰ informa del proceso de validación. Dicho estudio es también el único que presenta indicadores métricos más allá de la consistencia interna, dato este que es aportado por otros 2 de los estudios encontrados^{16,18}.

Respecto a las dimensiones incluidas en el cuestionario, solo 2 estudios^{16,20} informan al respecto. El cuestionario de Solberg et al.¹⁶ recoge 3 dimensiones: deseo de mejorar la prevención, sistemas de apoyo a la prevención y apoyo de los líderes que se percibe. La primera dimensión coincide con la de nuestra herramienta, de necesidad de mejora, la segunda con la de oportunidades de mejora y la tercera está incluida en la de obstáculos. El cuestionario de Yeazel et al.²⁰ recoge tanto la frecuencia de intervenciones preventivas como la autoeficacia percibida en dichas intervenciones y diversos aspectos relacionados con la actitud hacia dichas intervenciones. Dentro de estos aspectos relacionados con las actitudes encontramos 2 dimensiones: importancia concedida a las intervenciones preventivas y barreras para su realización. Ambas dimensiones coinciden con las dimensiones de importancia concedida y obstáculos de nuestro cuestionario. Por todo ello podemos afirmar que el CAPPAP permite una medición más completa de las actitudes hacia la prevención y promoción que la ofrecida por otras herramientas disponibles a tal efecto.

Por otro lado, ninguna de las herramientas desarrolladas en nuestro país^{13,15} describe explícitamente el marco conceptual a partir del cual se genera el cuestionario, ni informa sobre el proceso de validación, ni sobre las propiedades métricas. Todo ello refuerza la importancia de nuestro cuestionario para disponer de una herramienta adecuada y adaptada a nuestro contexto.

No obstante, pueden considerarse limitaciones del presente instrumento el valor de consistencia interna del factor

«obstáculos» que, al presentar un valor entre 0,60 y 0,69, puede considerarse como mejorable. Por otro lado, es posible que la respuesta de algunas preguntas no sea clara ni tenga una redacción unívoca, lo que afectaría a la validez aparente del cuestionario. Por ejemplo, la respuesta a las preguntas de la dimensión 3 (importancia concedida), que comienzan con «¿Cómo de importante consideras...?», puede venir condicionada por circunstancias que no se explican (como, por ejemplo, el tipo de población al que va dirigida la actividad). Además, el efecto techo en dicha dimensión refleja una alta deseabilidad social, lo que afectaría también a la validez. Otra limitación es que con el presente estudio no se dispone de datos acerca de la sensibilidad al cambio del cuestionario. Este es un aspecto crítico para el uso de este instrumento. Por último, la forma de selección de la muestra (por conveniencia) podría hacer que las personas que contestan el cuestionario tengan actitudes más positivas (y parecidas entre sí) hacia la prevención y promoción, lo que podría dar unos índices de consistencia sobrestimados. Por todo ello, creemos que el cuestionario debe seguir mejorándose en posteriores investigaciones, teniendo en cuenta los anteriores aspectos.

Particularmente llamativa nos ha parecido la alta concordancia ante la misma pregunta relacionada con la prevención y la promoción. Los autores interpretamos este dato como un signo de que a los profesionales les cuesta trabajo distinguir las actividades preventivas de las de promoción de salud.

Un aspecto básico de las implicaciones prácticas del uso del CAPPAP podría constituir el que se utilizara como técnica de cribado para determinar si un centro concreto es susceptible de intervención, porque las actitudes para las actividades de prevención y promoción de la salud de sus profesionales no son las adecuadas. Sería interesante reflexionar sobre si es factible intervenir de manera dirigida en los profesionales, una vez que han sido valoradas sus puntuaciones para fomentar las actividades preventivas y de promoción de salud.

Por otro lado y como línea de investigación futura se presentaría la determinación de la correlación entre los resultados del cuestionario y la información de actividades preventivas y de promoción de salud que existe para cada profesional y/o centro acerca de la práctica clínica real de los mismos.

En conclusión, este estudio proporciona un instrumento cuyos resultados permiten medir las actitudes de los profesionales sanitarios de atención primaria (enfermería y medicina) ante las actividades de prevención y promoción de salud dentro del sistema sanitario público.

Ello permitirá generar conocimiento sobre la situación de los profesionales de atención primaria respecto a la prevención y promoción de la salud. Además, dado que el cuestionario incluye dimensiones, las anteriores utilidades pueden centrarse en las dimensiones que se consideren de interés.

A pesar de ello, debemos tener en cuenta las limitaciones anteriormente descritas, y recomendar que se sea prudente en la interpretación de la dimensión 3: «Importancia concedida a las actividades de prevención y promoción», contextualizando los resultados que se obtengan en el ámbito en el que se utilice el cuestionario. Además,

recomendamos el análisis de sus características métricas en otras poblaciones de profesionales en las que sea utilizado, así como el análisis de la sensibilidad al cambio del CAPPAP tras una intervención que pretenda mejorar las actitudes profesionales ante la prevención y promoción. Este último aspecto permitiría ampliar la utilidad del CAPPAP con la posibilidad de evaluar la efectividad de dichas intervenciones.

Lo conocido sobre el tema

- De manera general, se conoce poco acerca de los conocimientos y las actitudes de los profesionales en atención primaria respecto a las recomendaciones sobre prevención y promoción de la salud.
- No existía hasta el momento ningún instrumento de estas características en nuestro contexto susceptible de ser utilizado para medir las actitudes hacia la prevención y promoción en atención primaria.

Qué aporta este estudio

- El CAPPAP es un instrumento de fácil y rápida administración, que presenta unos aceptables resultados psicométricos y abarca todas las dimensiones relacionadas con el modelo tridimensional de Rosenberg y Hovland.
- Dicho instrumento permitirá generar conocimiento sobre la situación de los profesionales de atención primaria respecto a las actitudes ante la prevención y promoción de la salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.05.004>.

Bibliografía

1. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. 1974.
2. Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. *Soc Indicators Res.* 1976;2:453-66.
3. Pégula de Torres LA, Alonso Carrillo K, Bauzá Nicolai J, Estévez JC, Iglesias Rodal M, Martín Carrillo P, et al. Opinión de los profesionales sanitarios sobre la influencia del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) en atención primaria. *Aten Primaria.* 2007;39 Suppl 3:5-14.
4. Salleras Sanmartí L, Prat Marín A, Garrido Morales P, Domínguez García A. Educación sanitaria en el ámbito clínico asistencial. En: *Medicina preventiva y salud pública.* Barcelona: Masson; 2003. p. 245-52.

5. Anderson P, Jane-Llopis E. How can we increase the involvement of primary health care in the treatment of tobacco dependence? A meta-analysis. *Addiction*. 2004;99:299–312.
6. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;2:CD000259.
7. Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Beyer FR, Beyer FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;7:CD009255.
8. Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;2:CD003030.
9. Shojania KG, Jennings A, Mayhew A, Ramsay CR, Eccles MP, Grimshaw J. The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;3:CD001096.
10. Parmelli E, Flodgren G, Schaafsma ME, Baillie N, Beyer FR, Eccles MP. The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;1:CD008315.
11. Monreal Hajar A, García Ruiz MT, Forés Catalá MD. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Conceptos esenciales. En: *Atención familiar y salud comunitaria*. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 53–70.
12. Nebot M, Cabezas C, Marqués J, Bimbela JL, Robledo T, Megido X, et al. Prioridades en promoción de la salud según la primaria. 2007;39:285–8.
13. Kloppe P, Brotons C, Anton J, Ciurana R, Iglesias M, Piñeiro R, et al. Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. *Aten Primaria*. 2005;36:144–51.
14. Rosenberg MJ, Hovland CI. Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. En: Hovland CI, Rosenberg MJ, editores. *Attitude organization and change*. New Haven: Yale University Press; 1960.
15. Márquez-Calderón S, Gosalbes-Soler V, Maiques A, Latour J, Puig-Barberà J, Arranz M. Conocimientos y actitudes de los diseñadores de un cuestionario. *Gac Sanit*. 1999;13:9065.
16. Solberg LI, Brekke ML, Kottke TE. How important are clinician and nurse attitudes to the delivery of clinical preventive services? *J Fam Pract*. 1997;44:451–61.
17. Litaker D, Flocke SA, Frolkis JP, Stange KC. Physicians' attitudes and preventive care delivery: insights from the DOPC study. *Prev Med*. 2005;40:556–63.
18. Ruiz Jiménez A, López Fernández L, Díaz Ramírez M, Rogero Anaya P, Villalobos Bravo M, Aranda Regules JM. Elaboración y aplicación de dos escalas de actitudes hacia la promoción de la salud en atención primaria. *Rev San Hig Pub*. 1990;64:387–94.
19. McAvoy BR, Kaner EF, Lock CA, Heather N, Gilvarry E. Our Healthier Nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *Br J Gen Pract*. 1999;49:187–90.
20. Yeazel MW, Lindstrom Bremer KM, Center BA. A validated tool for gaining insight into clinicians' preventive medicine behaviors and beliefs: the preventive medicine attitudes and activities questionnaire (PMAAQ). *Prev Med*. 2006;43:86–91.
21. Bonett DG. Sample size requirements for testing and estimating coefficient alpha. *J Educat Behav Statist*. 2002;27:335–40.
22. Feldt LS, Woodruff DJ, Salih FA. Statistical inference for coefficient alpha. *Appl Psychol Meas*. 1987;11:93–103.
23. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977:159–74.