

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA BASADA EN  
EVIDENCIA EN INTERNOS Y RESIDENTES DE LA CIUDAD DEL CUSCO,  
2025**

**PRESENTADO POR:**  
Br. HENRRY MAX HUAILLAS VARGAS

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL  
DE MÉDICO CIRUJANO**

**ASESOR:**  
Dr. RONNY BREIBAT TIMPO

**CUSCO – PERÚ**

**2025**



# Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

## INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor RONNY BREIBAT TIMPO..... quien aplica el software de detección de similitud al trabajo de investigación/tesis titulada: CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA EN INTERNOS Y RESIDENTES DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2025.....

Presentado por: HENRY MAX HUAILLAS VARGAS..... DNI N° 77330045.....; presentado por: ..... DNI N°: ..... Para optar el título Profesional/Grado Académico de MÉDICO CIRUJANO.....

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2..... veces, mediante el Software de Similitud, conforme al Art. 6º del *Reglamento para Uso del Sistema Detección de Similitud en la UNSAAC* y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 3.....%.

### Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 31 de DICIEMBRE..... de 2025.....



Dr. Ronny Breibat Timpo  
MÉDICO EN ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA  
S.M.P. N° 0000-0001-8996-9368

Firma

Post firma... RONNY BREIBAT TIMPO.....

Nro. de DNI..... 41584936.....

ORCID del Asesor... 0000-0001-8996-9368.....

### Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: oid: 27259:540073987.....

# PROYECTO-100% .pdf

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

## Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:540073987

68 páginas

Fecha de entrega

12 dic 2025, 3:59 p.m. GMT-5

20.245 palabras

116.086 caracteres

Fecha de descarga

12 dic 2025, 4:13 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

PROYECTO-100% .pdf

Tamaño del archivo

1.2 MB



## 3% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

### Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 18 palabras)

### Fuentes principales

- 3% Fuentes de Internet  
0% Publicaciones  
2% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Marcas de integridad

#### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo de investigación, en primer lugar, a Dios, por concederme la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para culminar esta etapa de mi formación profesional.

A mi familia, en especial a mis padres, por su apoyo constante, confianza y sacrificio a lo largo de mi formación académica. Su ejemplo de esfuerzo y perseverancia fue un pilar fundamental para alcanzar este logro. Asimismo, agradezco a mis hermanos por su compañía, aliento y apoyo permanente, que hicieron más llevadero este proceso y fortalecieron mi motivación para culminar la presente etapa académica.

Este trabajo también está dedicado a todas aquellas personas que, de manera directa o indirecta, contribuyeron a mi crecimiento personal y profesional, y que con su aliento y respaldo hicieron posible la culminación de esta meta.

## **AGRADECIMIENTO**

A los docentes de la Facultad de Medicina y del internado clínico, por los conocimientos y la formación brindada a lo largo de mi etapa universitaria, los cuales contribuyeron de manera significativa a mi crecimiento profesional y personal.

A la Ayudantía de Fisiología Humana, por brindarme un espacio de aprendizaje y crecimiento académico, donde además tuve la oportunidad de conocer grandes amigos y compartir el valor de enseñar y aprender juntos.

A mis amigos y compañeros, quienes con su apoyo, consejos y momentos de ánimo hicieron más llevadero el proceso de elaboración de esta tesis. Su presencia, comprensión y palabras oportunas fueron un estímulo constante para seguir adelante y culminar esta etapa académica.

## CONTENIDO

CONTENIDO.....	.3
INTRODUCCION.....	.5
RESUMEN .....	.6
ABSTRACT.....	.7
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	.8
1.1.    Fundamentación del problema .....	.8
1.2.    Antecedentes teóricos.....	.11
1.3.    Formulación del problema .....	.17
1.3.1      Problema general .....	.17
1.3.2      Problemas específicos .....	.17
1.4.    Objetivos de la investigación.....	.18
1.4.1 Objetivo general .....	.18
1.4.2      Objetivos específicos .....	.18
1.5.    Justificación de la investigación.....	.18
1.6.    Limitaciones de la investigación .....	.19
1.7.    Aspectos éticos.....	.20
CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL .....	.21
2.1      Marco teórico .....	.21
2.1.1 Medicina Basada en Evidencia (MBE) .....	.21
2.1.1.1 Propósito y objetivo de la MBE.....	.22
2.1.1.2 Ventajas de la MBE.....	.23
2.1.1.3 Desventajas de la MBE .....	.24
2.1.1.4 Rol de MBE en la formación médica .....	.24
2.1.1.5 Enseñanza de la MBE.....	.24
2.1.1.6 Etapas de la aplicación de la MBE.....	.25
2.1.2 Conocimiento de MBE .....	.26
2.1.3 Actitud hacia MBE .....	.27
2.1.4 Práctica de MBE.....	.28
2.1.4.1 Barreras relacionadas con el entorno de la práctica de la MBE.....	.28
2.1.5 Interno de medicina humana .....	.29
2.1.6 Médico Residente.....	.30
2.1.7 Instrumento.....	.30
2.1.7.1 Cuestionario Practica basada en la evidencia (CPBE-19) .....	.30

2.2 Definición de términos básicos.....	31
2.3 Variables.....	32
2.3.1 variables .....	32
2.4 Definiciones operacionales.....	32
CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACIÓN .....	37
3.1 Tipo de investigación.....	37
3.2 Diseño de investigación .....	37
3.3 Población y muestra .....	37
3.3.1 Descripción de la población.....	37
3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	38
3.3.3 Muestra: tamaño de muestra y método de muestreo .....	38
3.4 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos .....	40
3.4.1 Técnicas de recolección de datos .....	40
3.4.2 Instrumento de recolección de datos .....	40
3.4.3 Procedimiento de recolección de datos .....	42
3.5 Análisis de datos .....	42
3.5.1 Análisis univariado.....	43
CAPITULO IV: RESULTADOS .....	44
4.1. Resultados .....	44
4.1.1. Características sociodemográficas.....	44
4.1.2. Nivel de conocimiento de MBE .....	46
4.1.3. Nivel de actitud hacia la MBE .....	46
4.1.4. Nivel de práctica de MBE.....	47
4.2 Discusión .....	47
4.3 Conclusiones .....	50
4.4 Sugerencias .....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	52
ANEXOS.....	60

TABLA 1: Características sociodemográficas de internos y residentes de la ciudad del cusco 2025 .....	45
TABLA 2: Nivel de conocimiento de MBE en internos y residentes de la ciudad del cusco, 2025 .....	46
TABLA 3: Nivel de actitud hacia la MBE en internos y residentes de la ciudad del cusco, 2025 .....	47
TABLA 4: Nivel de práctica de MBE en internos y residentes de la ciudad del cusco, 2025 .....	47

## **INTRODUCCION**

La Medicina Basada en Evidencia (MBE) constituye un componente importante del ejercicio clínico al momento de tomar decisiones, al integrar de manera equilibrada la mejor evidencia científica disponible con la experiencia del profesional de la salud y las características de cada paciente. Este enfoque permite no solo optimizar la toma de decisiones clínicas, sino también mejorar la calidad de la atención y promover prácticas seguras, actualizadas y más coherentes con las necesidades reales de la población. A pesar de su relevancia, la incorporación de la MBE no siempre se logra con facilidad, pues exige habilidades específicas de búsqueda, lectura crítica y aplicación que no todos los profesionales desarrollan adecuadamente durante su formación.

En el Perú, esta situación también se refleja en los procesos de formación médica, tanto internos como médicos residentes enfrentan retos para aplicar la MBE de manera constante, ya sea por limitaciones en sus conocimientos, actitudes ante el uso o dificultades para realizar búsquedas y análisis críticos de la literatura científica durante su práctica clínica. En ambos grupos la MBE adquiere un papel aún más relevante, porque son grupos que se encuentran en una etapa clave donde el aprendizaje práctico se combina con un mayor nivel de responsabilidad clínica, por lo que el desarrollo de habilidades para buscar, interpretar y aplicar evidencia científica resulta fundamental.

A pesar de la importancia que tiene la MBE, no se tiene suficiente información que describa cómo se encuentran los internos y médicos residentes en relación con sus niveles de conocimiento, actitud y práctica de MBE en sus prácticas clínicas diarias. Por ello, resulta necesario profundizar en estas dimensiones para comprender mejor la situación actual, real y orientar estrategias que ayuden a fortalecer su formación.

Este trabajo de investigación aborda dicha necesidad. En el primer capítulo, se presenta el problema de estudio, fundamentación del problema, antecedentes relacionados, la importancia del tema y los objetivos planteados. En el segundo capítulo, se desarrolla el marco teórico sobre la MBE y la población de estudio. En el tercer capítulo, se detallan la metodología empleada, las variables, las definiciones operacionales, el tipo y diseño del estudio, la población de interés, el proceso de recolección de datos y el plan de análisis. Finalmente, en el cuarto capítulo, se exponen los resultados obtenidos, seguido de la discusión frente a investigaciones similares, conclusiones y sugerencias del estudio.

## RESUMEN

### **“CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA EN INTERNOS Y RESIDENTES DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2025”**

Huailas H.

**Antecedentes:** La Medicina Basada en Evidencia (MBE) constituye una herramienta fundamental para tomar decisiones clínicas, combina la mejor evidencia científica con la experiencia médica y las necesidades del paciente. Sin embargo, su aplicación presenta dificultades, especialmente en internos y residentes, quienes presentan limitaciones en conocimientos, actitudes y práctica durante su práctica clínica. Esta situación muestra la necesidad de identificar el nivel de competencia en MBE.

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento, actitud y práctica de MBE en internos y residentes de los hospitales de la ciudad del cusco, 2025

**Métodos:** Estudio de tipo descriptivo y transversal, donde la población estuvo conformada por internos y residentes de la ciudad del Cusco 2025. Se utilizó un cuestionario validado en su versión en español. Los datos fueron organizados y analizados mediante estadística descriptiva.

**Resultados:** Se evidenció que el nivel de conocimiento de MBE fue bajo en el 87.7% de internos y 12.3% de residentes. El nivel de actitud hacia la MBE, el 78.3% de internos y 21.7% de residentes tuvo una actitud neutral y el nivel de práctica de MBE fue deficiente en el 83.3% de internos y 16.7 % de residentes.

**Conclusiones:** Se observó limitaciones en el conocimiento y en la práctica de la MBE entre internos y residentes, a pesar que la actitud general hacia su aplicación fue mayormente no desfavorable. Estos resultados muestran la necesidad de fortalecer estrategias formativas que permitan mejorar la búsqueda, interpretación y aplicación de la mejor evidencia científica en la práctica clínica.

**Palabras clave:** Medicina basada en evidencia, Conocimiento, Práctica, Residente.

## ABSTRACT

### **“KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICE OF THE EVIDENCE-BASED MEDICINE AMONG MEDICAL INTERNS AND RESIDENTS IN THE CITY OF CUSCO, 2025”**

Huailas H.

**Background:** Evidence-Based Medicine (EBM) constitutes a fundamental tool for clinical decision-making, as it integrates the best available scientific evidence with clinical expertise and patient needs. However, its application presents challenges, particularly among medical interns and residents, who show limitations in knowledge, attitudes, and practice during their clinical training. This situation highlights the need to identify the level of competence in EBM.

**Objective:** To determine the level of knowledge, attitude, and practice of Evidence-Based Medicine among medical interns and residents in hospitals of the city of Cusco, 2025.

**Methods:** A descriptive, cross-sectional study was conducted, with a population composed of medical interns and residents in the city of Cusco in 2025. A validated questionnaire in its Spanish version was used. Data were organized and analyzed using descriptive statistics.

**Results:** The level of knowledge of EBM was low in 87.7% of interns and 12.3% of residents. Regarding attitude toward EBM, 78.3% of interns and 21.7% of residents showed a neutral attitude. The level of EBM practice was deficient in 83.3% of interns and 16.7% of residents.

**Conclusions:** Limitations in knowledge and practice of EBM were observed among medical interns and residents, despite the fact that the overall attitude toward its application was mostly not unfavorable. These findings highlight the need to strengthen educational strategies aimed at improving the search, interpretation, and application of the best scientific evidence in clinical practice.

**Keywords:** Evidence-based medicine, Knowledge, Practice, Medical resident.

## CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Fundamentación del problema

La medicina basada en evidencia (MBE) está definido como el uso deliberado, cuidadoso y explícito de la mejor información científica disponible, para respaldar la toma de decisiones en la atención sanitaria, tanto en el ámbito individual como colectivo <sup>(1)</sup>. Constituye una herramienta fundamental para administrar y utilizar el conocimiento clínico, ya que proporciona un marco teórico que orienta a la solución de problemas médicos y facilita la integración de los hallazgos de la investigación en la práctica asistencial. Al mismo tiempo que reconoce el papel esencial de la experiencia y el juicio profesional del médico <sup>(2)</sup>.

En la actualidad, la base de datos PubMed reúne más de 25 millones de referencias provenientes de MEDLINE, publicaciones científicas y libros electrónicos <sup>(3)</sup>. Asimismo, se calcula que más de 1,9 millones de médicos en todo el mundo utilizan la plataforma UpToDate como apoyo en la toma de decisiones clínicas <sup>(4)</sup>. El acceso a estas bases de datos resulta hoy más sencillo gracias a Internet y al empleo de estrategias de búsqueda adecuadas, que permiten obtener información de manera ágil. Sin embargo, la eficacia de la búsqueda y la interpretación de los resultados dependen en gran medida de la capacidad crítica del profesional para encontrar fuentes de calidad, ya que no toda la información disponible posee la misma solidez metodológica ni la misma confiabilidad. De ahí la importancia de que el médico desarrolle competencias que le permitan discriminar la evidencia más válida y relevante para responder a sus preguntas clínicas.

A nivel mundial anualmente se difunden más de 30.000 ensayos clínicos controlados, lo que hace prácticamente imposible que los profesionales de la salud se mantengan completamente actualizados sin un proceso de lectura crítica riguroso <sup>(5)</sup>. La falta de esta competencia puede conducir a interpretaciones erróneas y, en consecuencia, a decisiones clínicas inadecuadas. Dado el volumen creciente de publicaciones, se requiere que los médicos adquieran formación en la lectura crítica de la literatura científica, así como conocimientos sólidos en metodología de la investigación y bioestadística, de modo que puedan determinar cuán válida y aplicable es la evidencia disponible.

En el ámbito internacional, la MBE se reconoce como un componente esencial en la preparación de los trabajadores de la salud. De acuerdo con Cleary-Holdforth, se ha documentado en múltiples ocasiones que su aplicación contribuye a mejorar los resultados en los pacientes, optimizar los costos del sistema sanitario, homogeneizar las prácticas clínicas y favorecer tanto la satisfacción laboral como el empoderamiento

de los profesionales de la salud<sup>(6)</sup>. A pesar de su importancia reconocida en la formación médica y la práctica clínica, múltiples estudios internacionales muestran limitaciones en el conocimiento, la actitud y la práctica de la MBE en médicos en formación (internos y residentes). Estas limitaciones incluyen niveles moderados-bajos de conocimiento, actitudes que no siempre se ven en la práctica, y una baja incorporación de habilidades de búsqueda y crítica de la evidencia en la práctica clínica del día a día<sup>(7)(8)(9)</sup>.

En Latinoamérica se han establecido competencias fundamentales para los médicos egresados, dentro de ellas está la incorporación de los principios, habilidades y conocimientos de MBE<sup>(10)</sup>. Un estudio realizado en México en estudiantes de medicina, internos, médicos residentes y médicos especialistas, reportó que la mayoría desconocía las características que definen la MBE y que el 68 % no incluyó ninguna de las etapas que caracterizan el uso de la MBE<sup>(11)</sup>. Una encuesta de la Asociación Latinoamericana de Neumología realizada en 17 países, mostró que los niveles generales de conocimiento y aplicación de la MBE fueron de moderados a altos, además resaltan la necesidad de intervenir con una mayor capacitación en práctica basada en la evidencia y promoción de estas prácticas en entornos clínicos<sup>(12)</sup>. Países como Cuba y Argentina se han posicionado como modelos en la enseñanza y aplicación de MBE<sup>(13)(14)</sup>. En comparación con Perú donde la MBE aún no se ha integrado formalmente en los planes curriculares de las facultades de Medicina Humana, ni en el pregrado ni posgrado<sup>(15)</sup>.

La Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) sostiene que las competencias clínicas y de salud pública que desarrollan los estudiantes durante su formación deben sustentarse en la mejor evidencia científica disponible<sup>(16)</sup>, el Ministerio de Salud (MINSA) establece que el médico debe diseñar un plan terapéutico basado en la evidencia científica más sólida y, además, garantizar que el paciente reciba información clara sobre la eficacia y seguridad de dicho tratamiento<sup>(17)</sup>. En el año 2021, el país contaba con 47 facultades de medicina activas en pregrado, solo nueve (19,1%) ofrecían en sus planes de estudio algún curso de Medicina Basada en Evidencia. Dichos cursos estaban dirigidos a estudiantes del segundo y quinto año de formación<sup>(18)</sup>. Puede afirmarse que la incorporación de la MBE en las facultades de medicina del país es limitada, lo que podría interpretarse en menor seguridad y confianza en la toma de decisiones clínicas. Estudios realizados en el país evidencian que muchos internos de medicina carecen de las competencias necesarias para buscar, interpretar y aplicar adecuadamente la evidencia científica en su práctica cotidiana. Un estudio realizado en Arequipa en internos de medicina concluyó que solo el 21,51% presentó un nivel alto de conocimiento, el 49,47% un nivel alto de actitud y 19,89% presentó un nivel alto de

práctica<sup>(19)</sup>. Otro estudio realizado en médicos residentes en Chiclayo reportó que muy pocos tienen un nivel avanzado de conocimiento (19,5%) y solo el 10% tiene nivel alto de actitudes<sup>(20)</sup>. Este déficit favorece la continuidad de prácticas médicas no actualizadas o sustentadas solo en el juicio clínico, lo que puede ser perjudicial en la calidad de atención y protección del paciente. Pese al interés que ha despertado la MBE, su enseñanza aún no se encuentra plenamente estructurada dentro de la formación médica, tanto en el pregrado como en el posgrado. En la mayoría de los casos, solo algunas facultades han incorporado cursos específicos, mientras que en otros contextos son los propios profesionales quienes intentan aplicarla de manera individual en su práctica clínica, con el propósito de optimizar la toma de decisiones en beneficio del paciente.

En la región Cusco, únicamente la Universidad Andina del Cusco figuraba entre las instituciones que incluían la MBE en su currículo<sup>(18)</sup> y según la tesis conocimiento, actitud y práctica de la medicina basada en evidencia en médicos del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2012. Concluyó que, el nivel de conocimiento era mayor en médicos menores de 40 años (73,5%), sexo femenino (95,5%), con especialidad (62,8%) y procedencia de universidades nacionales (54,9%) y la práctica fue indiferente en menores de 40 años (47%), sexo femenino (45,5%), sin especialidad (38,2%)<sup>(21)</sup>. En el Perú, la evidencia disponible sobre conocimientos, actitudes y prácticas en MBE se enfoca principalmente en médicos asistenciales, residentes, profesionales recientemente titulados o internos. A pesar de ello, en nuestra región los estudios dirigidos a médicos residentes o internos de medicina son muy escasos o nulos.

Por ello la presente investigación busca evaluar el nivel de conocimiento, actitud y práctica de MBE en internos y residentes de los hospitales de la ciudad del Cusco en el año 2025, ya que estos grupos realizan decisiones clínicas de manera constante y aún están en fase de formación, representan una población estratégica para consolidar la aplicación de la MBE. Si durante este periodo formativo no desarrollan competencias aplicadas en MBE, la limitación en la aplicación de evidencia persistirá en su desempeño profesional futuro. Además, los hallazgos obtenidos constituirán una herramienta valiosa para que docentes, autoridades y profesionales de la salud generen estrategias conjuntas que favorezcan la incorporación y fortalecimiento de la MBE en la formación médica.

## **1.2. Antecedentes teóricos**

**Albarth S y Looi I, (Malasia - 2025)**, en su estudio titulado “**Conocimiento, práctica y factores facilitadores de la medicina basada en evidencia entre médicos malasios**”, cuyo objetivo fue determinar el conocimiento, la práctica, los factores facilitadores y las barreras de la MBE. Se realizó un estudio transversal donde participaron 409 médicos que trabajaban en centros de salud malasios, donde se evidenció que la edad media fue alrededor de 35 años, el (57.7%, n=236) fueron mujeres, casi todos los encuestados (98%, n=401) informaron haber oído hablar del término MBE. En cuanto al conocimiento, el (28.1%, n=115) tuvo un nivel alto de conocimiento, el (53.8%, n=220) tenía un nivel moderado y el (18.1%, n=74) tuvo un bajo nivel, Sin embargo, el uso de sitios web de MBE para la toma de decisiones clínicas fue muy bajo, con una variación entre el 3,2 % y el 11,7 %. Mientras que el (67.2%, n=275) tuvo un nivel más alto de práctica, el (32.3%, n=132) un nivel moderado y solo el (0.5%, n=2) tenía baja práctica de MBE. Se observó una correlación positiva moderada, pero significativa, entre las puntuaciones de conocimiento y práctica ( $p < 0,001$ ). Concluyendo que la quinta parte demostró un bajo nivel de conocimiento, lo que podría afectar la calidad de la toma de decisiones, si bien tuvieron un nivel alto de práctica, la aplicación real de la MBE requiere de una evaluación objetiva <sup>(22)</sup>.

**Mohammed W, Aabdien M, et al. (Doha – Qatar, 2025)**, en su estudio titulado “**Evaluación del conocimiento, las actitudes, las prácticas y la autoeficacia en relación con la medicina basada en la evidencia entre los médicos residentes**”, cuyo objetivo fue evaluar la práctica de la atención sanitaria basada en la evidencia entre los residentes de los hospitales universitarios de Qatar mediante el análisis de conocimientos y actitudes hacia la práctica basada en evidencia. Un estudio transversal que tuvo una población de 355 médicos residentes, se utilizó el cuestionario Noor. Del total de encuestados, la edad promedio fue de 28,3 años, los residentes de medicina interna representaron un tercio (29,1%) de la población y los dos tercios restantes fueron de otras especialidades. La mayoría se encontraban en su primer, segundo o tercer año de residencia (60%). En sus resultados se reveló que solo el (8%; 28,4) demostró un alto nivel de conocimiento, la actitud hacia la MBE fue entre moderada a alta en (153; 43%), el (44%; 156) de los encuestados creía erróneamente que la MBE se centra exclusivamente en la mejor investigación disponible, sin considerar la experiencia clínica y el (62,3%) se clasificó con un nivel moderado de práctica de MBE. Concluyendo que si bien la mayoría de médicos residentes demostró un conocimiento y práctica moderados de la MBE, sus actitudes hacia la MBE son relativamente bajas y que mejorar las prácticas de MBE permitirá a los residentes abordar mejor los desafíos

locales de la atención médica, promover su crecimiento profesional y mejorar la calidad de la atención al paciente <sup>(23)</sup>.

**Luo C, Zhang M, Yang Y, et al. (Taizhou – China, 2024)**, en su estudio titulado “**Conocimiento, actitud y práctica autopercibidos de la medicina basada en evidencia antes y después de la capacitación entre los trabajadores de la salud**”, cuyo objetivo fue comparar los cambios en el conocimiento, la actitud y la práctica de los profesionales sanitarios antes y después de la formación en MBE. Se realizó un estudio experimental transversal donde participaron 122 profesionales sanitarios, se utilizó el cuestionario de Noor donde los 122 participantes solicitaron asistir a la formación de gestión basada en evidencia (EBM). De ellos, 86 respondieron el cuestionario antes de la formación y 64 participantes completaron los 2 cuestionarios con una tasa de respuesta del 52,5% (64/122). La edad media de los participantes fue de 35 años, más de la mitad (70,3%) eran mujeres, la mayoría de los trabajadores de la salud (64,1%) no habían realizado ningún curso de formación en MBE anteriormente. Para el conocimiento de MBE las puntuaciones totales medias antes y después de la capacitación fueron 55,3 y 56,9 respectivamente. Los participantes obtuvieron una puntuación media significativamente más alta después del entrenamiento ( $p = 0,033$ ). Las puntuaciones totales medias para la actitud hacia la MBE antes y después de la capacitación fue de 63,0 y 66,5, en general la puntuación total promedio después de la capacitación fue significativamente más alta que antes ( $p < 0,001$ ). Sobre la práctica, en total las puntuaciones totales promedio antes y después de la capacitación fueron de 34,5 y 34,7 respectivamente, los participantes obtuvieron una puntuación media significativa ( $p = 0,467$ ) después del entrenamiento. Concluyendo que las puntuaciones de conocimiento y actitud de los profesionales sanitarios relacionadas con la MBE mejoraron significativamente después de la capacitación, esto implica que la capacitación en MBE puede mejorar el conocimiento y las actitudes de los trabajadores de atención médica <sup>(24)</sup>.

**Alabdullah M, Alabdullah H, Kamel S, (Damasco – Siria, 2022)**, en su estudio titulado “**Conocimiento, actitud y práctica de la medicina basada en la evidencia entre médicos residentes en hospitales de Siria**”, cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas autodeclarados por médicos residentes en relación con la MBE en diferentes hospitales universitarios de Siria. Se realizó un estudio transversal que incluyó a 214 médicos residentes que trabajan en hospitales docentes de segundo y tercer nivel, usando el cuestionario de Noor donde 119 (55,6%) eran hombres y la edad promedio de los participantes fue de 27,7 años, con un año promedio de residencia de 3,8 años. De los participantes 82 residentes (38,3%) se estaban

formando en hospitales del Ministerio de Educación Superior, 65 residentes (30,4%) se estaban formando en hospitales del Ministerio de Salud y 67 residentes (31,3%) se estaban formando en hospitales del Ministerio de Defensa, el número de residentes que tenía formación previa en MBE fue de 48 residentes (22,4%), el ( $n = 118$ ; 55,1%) tenían un nivel bajo de conocimientos, seguido de un nivel moderado ( $n = 75$ ; 35%). Sin embargo, un número limitado de residentes ( $n = 21$ ; 9,8%) mostró un nivel alto de conocimiento, donde la mayoría de los participantes afirmó que la aplicación de la práctica basada en evidencia es rentable para el sistema de atención sanitaria, con una media de 3,4 y una desviación estándar de 1,3. Para el dominio de actitud, 85 participantes (39,7 %) revelaron una actitud positiva hacia la MBE y 94 participantes (43,9 %) tenían actitud neutral, mientras que solo 35 participantes (16,6 %) mostraron una actitud negativa, donde la mayoría afirmó que estaba interesado en recibir materiales educativos sobre MBE en relación con varios temas, con una media de 4,3 y una desviación estándar de 1,2. Respecto al dominio práctica, 18 encuestados (8,4 %) fueron clasificados con un buen nivel de práctica. Sin embargo, la mayoría de los residentes tenían un nivel de práctica deficiente ( $n = 146$ ; 68,2 %), seguido de uno regular ( $n = 50$ ; 23,4 %). Donde la afirmación: comparto mi conocimiento de la medicina basada en la evidencia con mis colegas tuvo la puntuación más alta, con una media de 3,7 y una desviación estándar de 1,1. Se concluyó que los residentes sirios tuvieron un bajo conocimiento, actitud neutral y prácticas deficientes, los médicos residentes revelaron un bajo nivel de conocimiento de los recursos y la terminología estadística utilizados en la MBE y que se debería organizar talleres de capacitación para enseñar a los residentes las habilidades necesarias para practicar la MBE<sup>(25)</sup>.

**Anazi, S. Zahrani W. Alsanad M, et al. (Riad - Arabia Saudita, 2022)** en su estudio titulado "**Una encuesta transversal que explora la actitud, el conocimiento y el uso de los equipos de anestesia hacia la práctica basada en la evidencia**" cuyo objetivo fue explorar el nivel de conocimiento, actitud y uso de la práctica basada en la evidencia entre los equipos de anestesia en un solo hospital de Arabia Saudita. Además, se investigaron los factores contribuyentes que afectan el nivel de conocimiento, actitud y uso de la PBE dentro de la práctica profesional de los equipos de anestesia. Un estudio transversal donde participaron 140 profesionales, utilizándose el cuestionario de Práctica Basada en la Evidencia (EBPQ). Se evidenció que el (45.7%,  $n = 64$ ) tenían entre 20 y 30 años, la mayoría eran participantes hombres (85.7%), más de la mitad de los encuestados (55.7%,  $n = 78$ ) tenían entre 6 meses y 10 años de experiencia, (7.9%,  $n = 11$ ) eran residentes. Respecto al conocimiento, en general los participantes mostraron un bajo nivel con una puntuación media de (3.77), donde las habilidades de

investigación y la capacidad para analizar críticamente la evidencia frente a los estándares establecidos fueron las más bajas entre los ítems del cuestionario, con una puntuación media (2.83; 2.91) respectivamente. Mientras que en actitud mostraron un nivel muy positivo con una media (5.16), sin embargo, los participantes mostraron una actitud negativa en el ítem de si la carga de trabajo era excesiva para mantenerse al día con la nueva evidencia, con una media de (3.48), los participantes mostraron un bajo nivel de uso de la PBE con una media (3.60), mostraron un alto nivel de uso al compartir información con colegas (5.11), pero un bajo nivel de evaluación crítica de la literatura con una media (2.92). Además, hubo asociación positiva significativa entre los niveles de actitud y conocimiento hacia la PBE entre los participantes ( $R = 0,372$ ,  $p = 0,036$ ), de manera similar hubo asociación positiva significativa entre el nivel de uso de PBE y el nivel de conocimiento ( $R = 0,641$ ,  $p = 0,023$ ). También se mostró que los niveles de conocimiento, actitud y uso de la PBE aumentaron a medida que aumentaba el puesto de trabajo. Concluyendo que los anestesiólogos tuvieron un conocimiento y uso deficiente de la PBE. Sin embargo, mostraron actitudes muy positivas hacia la PBE, la experiencia laboral se correlacionó positivamente con un mayor nivel de conocimiento y uso de la PBE<sup>(26)</sup>.

**Ghaus M, Kamauzaman T, Norhayati M (Kelantan – Malasia, 2021)**, en su estudio titulado “**Conocimiento, actitud y práctica de la medicina basada en la evidencia entre los médicos de urgencias**”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de altos niveles de conocimiento, actitud positiva y buenas prácticas en medicina basada en la evidencia (MBE) e identificar los factores asociados con la puntuación en la práctica de MBE entre médicos de medicina de urgencias. Se realizó un estudio transversal en hospitales públicos a 200 médicos de urgencias y oficiales médicos del servicio de urgencias, usando el cuestionario Noor de Medicina Basada en la Evidencia. Se evidenció que la edad media fue de 31 años, el (54,1%) eran mujeres, la mayoría de los encuestados (70,5%) trabajaban en un hospital general, la mayoría tenía acceso a internet en el lugar de trabajo (95,6%). Del total de la población el (49,7%) fueron clasificados con un alto nivel de conocimiento, (47,5%) de nivel moderado y (2,8%) de nivel bajo. La mayoría de encuestados (79,2%) conocía el uso del formato PICO y el 90,2% estuvo de acuerdo en que un mejor acceso a los resúmenes de evidencia fomentaría la práctica basada en la evidencia. El (39,9%) tuvo una actitud positiva hacia la MBE, seguido de las actitudes neutrales (54,6%) y negativas (5,5%). El (97,8%) de los encuestados respondió que la MBE era una amenaza para las buenas prácticas clínicas, a pesar de esto, la mayoría (95,6%) cree que la MBE mejorará los resultados de los pacientes. Cuatro encuestados (2,1%) tuvieron un nivel de buena práctica, el

(74,9%) tenía un nivel de práctica deficiente seguido de un moderado (23%), la gran mayoría de encuestados (98,4%) utiliza varios motores de búsqueda. Se concluyó que si bien es cierto que la mayoría tiene buenos conocimientos y una actitud positiva hacia la MBE, su práctica es escasa. Para esta deficiencia se puede brindar a los médicos mayor acceso a recursos de evidencia y fomentar la concientización sobre la importancia de incorporar la capacitación en habilidades de MBE en la formación médica continua, así como mejorar los planes de estudio de las facultades de medicina <sup>(27)</sup>.

**Zanaridah M, Norhayati M, Rosnani Z, (Selangor - Malasia, 2021)** en su estudio titulado "**Conocimiento, actitud y práctica de la medicina basada en la evidencia entre los profesionales de atención primaria en Malasia**", cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento, actitud y práctica de la medicina basada en evidencia e identificar los factores asociados con su práctica entre los profesionales de atención primaria. Se realizó un estudio transversal que incluyó 225 participantes evaluados mediante el cuestionario de Noor. Del total de participantes (32.9%, n= 64) tuvieron un nivel de conocimiento alto, seguido del nivel moderado (60.9%, n=137) y bajo (6.2%, n= 14), el 60% consideró que la MBE es adecuada para la toma de decisiones sobre la atención del paciente, pero no para la formulación de políticas. En cuanto a la actitud, (12%, n= 27) se clasificaron con una actitud positiva hacia la MBE, actitud neutral (81.8%, n= 184) y actitud negativa (6.2%, n=14), el 96.5% creía que la MBE mejoraba los resultados de salud del paciente y el 20.9% indicó sentirse sobrecargado al utilizar la MBE. Un encuestado (0.4%) se clasificó con un buen nivel de práctica, la mayoría presentó un nivel de práctica bajo (84.0%, n=189), seguido de un nivel de práctica moderado (15.6%, n=35). En general, el (48.4%, n=109) de participantes dijo que consumía mucho tiempo el uso de MBE, el (31.1%, n=70) no entendía los términos de la investigación, el (17.3%, n=39) dijo que ningún colega o médico de mayor experiencia practicaba la MBE o los orientaba para hacerlo. Sólo el (33.3%, n=75) había recibido formación en estrategia de búsqueda valoración crítica. Entre ellos, el (20.9%, n=47) lo hizo en la universidad, el (10.7%, n=24) durante la educación médica continua, La mayoría de los médicos tienen una actitud neutral hacia la práctica de la MBE 2,53 IC95% (-4,124 a 9,173), la actitud negativa de los participantes hacia la práctica de la MBE se asoció 14,59 IC95% (6,688-22,484), concluyendo que, aunque muchos médicos tienen un conocimiento subóptimo de la MBE y niveles bajos de práctica, la mayoría tiene una actitud neutral hacia su práctica. Los factores asociados con puntuaciones altas en la práctica de la MBE incluyen una buena actitud hacia la MBE, una experiencia laboral como médico de atención primaria y un acceso rápido a referencias en línea a través de un teléfono móvil <sup>(28)</sup>.

**Ponce V, Malca J, Talavera J, et al. (Perú - 2024)** en su estudio titulado "**Actitudes, uso, barreras y conocimientos sobre la medicina basada en la evidencia según el nivel de atención**" cuyo propósito fue identificar la actitud, uso, barreras y conocimientos de la medicina basada en evidencia entre médicos peruanos según su nivel de atención. Se llevó a cabo un estudio analítico de corte transversal, que incluyó 1396 médicos peruanos donde se evidenció que el 51.29% eran mujeres, la mediana de edad fue de 29 años, el 22.38%, n=312, trabajaba en establecimientos de tercer nivel, el 17.58%, n=245, en el segundo nivel y el 60.04%, n=837, en el primer nivel. De forma general el 64.35% expresó una actitud favorable hacia la aplicación de la MBE; sin embargo, solo el 42.83% consideró que sus colegas ponían en práctica de forma adecuada. El (83.07%, n=1558) de médicos estuvo muy de acuerdo en que practicar la MBE contribuye a mejorar la atención al paciente, no obstante, el (49.35%, n=687) de médicos no tenía tiempo para la MBE, el (47.20%, n=658) de médicos no tenía suficientes habilidades para encontrar evidencia. El (65.08%, n=709) afirmó basar siempre sus decisiones clínicas en la evidencia disponible, el (60.47%, n=843) estuvo muy de acuerdo en que la MBE tuvo un alcance limitado en la práctica general debido a que gran parte de la atención primaria carece de sustento científico. Se concluyó que, aunque la mayoría de médicos tuvo un buen nivel de conocimiento y una actitud positiva hacia la MBE, aún existen barreras y uso de la información que deberían mejorarse <sup>(29)</sup>.

**Huaillani S, Moreno Z, et al (Lima – Perú, 2023)**, en su estudio titulado "**Práctica basada en la evidencia entre médicos en formación de especialidad en un hospital pediátrico**" cuyo objetivo fue identificar el uso de la práctica basada en la evidencia entre médicos residentes, destacando las barreras y los recursos con los que cuentan para su aplicación. Fue un estudio descriptivo transversal que tuvo una población de 200 residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, que fueron encuestados mediante el cuestionario HS-EBPQ. Tuvo como resultados que el 58,5% eran mujeres, el 51% tenía entre 2 y 3 años de experiencia profesional, el 30,5% había realizado cursos de formación en MBE. La dimensión de creencias y actitudes obtuvo una mediana de 107/120 indicando un buen nivel, en la dimensión resultados de la investigación científica se obtuvo una mediana de 107/140 que muestra un nivel moderado a alto, en la dimensión desarrollo de la práctica profesional se obtuvo una mediana de 79/100 indicando un nivel moderado a alto y en la dimensión evaluación de resultados se obtuvo una mediana de 88/120 indicando un nivel moderado a alto. Concluyendo que los médicos residentes de pediatría consideran que el uso de la MBE es importante en su práctica profesional. Sin embargo, no siempre disponen del tiempo

necesario para responder a las preguntas mediante la búsqueda de información científica<sup>(30)</sup>.

**Guzman D, Chuquineyra B, Rondan F, et al. (Perú - 2023)** en su estudio titulado "Asociación entre competencias en medicina basada en evidencia auto informadas y prescripción de medicamentos sin evidencia científica contra el COVID-19 leve entre médicos recién graduados en Perú", cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre las competencias autoevaluadas en MBE y la prescripción de medicamentos sin evidencia científica contra la COVID-19 leve entre médicos peruanos recién graduados. Un estudio analítico transversal que tuvo una población de 239 médicos recién graduados y tuvo como resultados que la edad promedio fue 27 años, el 55,7% fueron mujeres y el 70,7% prescribió al menos un medicamento sin evidencia científica. Dentro de las competencias de MBE, la mayoría calificó como adecuada su capacidad para definir y formular una pregunta científica (75.3%), encontrar investigación de calidad (80.3%), comprender la información de la investigación científica (83.7%) y aplicar la evidencia científica a la práctica médica (87.9%). Sin embargo, al evaluar la competencia general, solo el (51,1%) presentó calificaciones adecuadas en todos los dominios de MBE. Los encuestados manifestaron que las principales dificultades para implementar la MBE en la práctica clínica fueron, falta de acceso a recursos para encontrar evidencia de calidad (43.1%), falta de aceptación de las nuevas prácticas clínicas por parte de los pacientes (41.8%) y falta de educación en MBE (38.9%). Concluyendo que siete de cada diez médicos evaluados prescribieron algún tipo de medicamento sin evidencia científica para tratar a pacientes con COVID-19 leve. La razón principal de la aplicación limitada de la MBE en la práctica clínica fue la falta de acceso a recursos para encontrar evidencia de calidad, tener competencias adecuadas en MBE auto percibidas se asoció con una menor frecuencia de prescripción de medicamentos sin evidencia científica para tratar a pacientes con COVID-19 leve, por lo tanto, es necesario evaluar prospectivamente las competencias de MBE en diferentes etapas de los médicos<sup>(31)</sup>.

### **1.3. Formulación del problema**

#### **1.3.1 Problema general**

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitud y práctica de la medicina basada en evidencia en internos y residentes de la ciudad del Cusco - 2025?

#### **1.3.2 Problemas específicos**

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de medicina basada en evidencia en internos y residentes de los hospitales de la ciudad del Cusco-2025?

- ¿Cuál es el nivel de actitud hacia la medicina basada en evidencia en internos y residentes de los hospitales de la ciudad del Cusco-2025?
- ¿Cuál es el nivel de práctica de medicina basada en evidencia en internos y residentes de los hospitales de la ciudad del Cusco-2025?

## **1.4. Objetivos de la investigación**

### **1.4.1 Objetivo general**

- Determinar el nivel de conocimiento, actitud y práctica de la medicina basada en evidencia en internos y residentes de la ciudad del Cusco-2025

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Determinar el nivel de conocimiento de medicina basada en evidencia en internos y residentes de los hospitales de la ciudad del Cusco-2025
- Identificar el nivel de actitud hacia medicina basada en evidencia en internos y residentes de los hospitales de la ciudad del Cusco-2025
- Identificar el nivel de práctica de la medicina basada en evidencia en internos y residentes de los hospitales de la ciudad del Cusco-2025

## **1.5. Justificación de la investigación**

En el contexto local, la difusión y comprensión de la Medicina Basada en Evidencia aún resultan limitadas. Diversas investigaciones, tanto a nivel nacional como internacional, han evidenciado que estudiantes de medicina, residentes, médicos recién egresados e incluso especialistas no logran manejar con claridad los conceptos fundamentales de la MBE, lo cual dificulta la adecuada interpretación de artículos científicos y revisiones que son fundamentales para tomar decisiones clínicas. Al respecto, un estudio demostró que la implementación de un curso presencial de capacitación en MBE puede mejorar significativamente los niveles de conocimiento, la actitud hacia la práctica de MBE, la aplicación individual y la intención de uso futuro en profesionales de atención primaria <sup>(32)</sup>. La investigación resulta conveniente, ya que posibilitará determinar si los niveles de conocimiento, actitud y práctica respecto a la MBE son adecuados en la población de estudio. Asimismo, el análisis de los resultados permitirá identificar las principales deficiencias existentes, aportando información relevante para el diseño de intervenciones formativas y de mejora. Del mismo modo, el estudio es factible, dado que se cuenta con acceso a la población objetivo, no implica elevados costos económicos y se dispone del recurso humano necesario para su adecuada ejecución.

El presente estudio ofrece un aporte social significativo, al contribuir a la formación de internos y residentes de medicina con mayores competencias en Medicina Basada en

Evidencia. Esto se traducirá en una atención en salud de mayor calidad, con intervenciones más seguras y eficaces, lo que permitirá reducir los gastos innecesarios para la población y, en consecuencia, favorecer una mejora en su calidad de vida.

Los resultados de esta investigación constituirán un aporte relevante para la formación médica en el país. En primer lugar, beneficiarán a las autoridades de las facultades de Medicina Humana, quienes podrán utilizar la evidencia generada para diseñar e implementar cursos o talleres orientados a fortalecer las competencias en MBE. Asimismo, los docentes se verán favorecidos al contar con información que les permita orientar, capacitar e incorporar contenidos relacionados con la MBE en sus asignaturas. Un tercer grupo beneficiario serán los pacientes, dado que una adecuada toma de decisiones clínicas contribuirá a reducir gastos innecesarios, disminuir estancias hospitalarias y prevenir desenlaces adversos, incluida la mortalidad. Finalmente, internos y residentes de medicina accederán a capacitaciones alineadas con sus necesidades, lo que potenciará su seguridad, confianza y desempeño durante la toma de decisiones clínicas.

## **1.6. Limitaciones de la investigación**

- Sesgo de selección: podría presentarse debido a la inclusión de internos o residentes que recién inician sus prácticas o que carecen de experiencia clínica suficiente. Para mitigar este sesgo, se aplicarán de manera estricta los criterios de inclusión y exclusión definidos para los participantes del estudio.
- Sesgo del informante: puede generarse debido a que las encuestas recogen información auto reportada por los participantes. Para minimizarlo, se garantizará a los encuestados la confidencialidad de sus respuestas y se enfatizará que no existen respuestas correctas o incorrectas.
- Sesgo de no respuesta: este sesgo puede presentarse debido a la posibilidad de que algunos participantes omitan total o parcialmente las preguntas del cuestionario. Para reducir este riesgo, se solicitará previamente el consentimiento informado y se brindará una explicación clara sobre la importancia de responder la totalidad de los ítems. Asimismo, se enfatizará que las respuestas serán tratadas con estricta confidencialidad, con el fin de fomentar una participación completa y sincera.

## **1.7. Aspectos éticos**

El investigador declara la ausencia de conflictos de interés durante el desarrollo del presente estudio. La investigación cumplirá con los principios fundamentales de la bioética en seres humanos: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Asimismo, se garantizará el cumplimiento de los lineamientos éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, específicamente en los párrafos 5, 7, 8, 9 y 12, que garantizan la protección de los participantes y mantener la investigación científica libre de irregularidades <sup>(33)</sup>.

- El avance de la medicina depende de la investigación que en última instancia debe involucrar estudios con personas.
- La investigación médica debe sustentarse en normas éticas que garanticen la dignidad de las personas y aseguren la protección tanto de la salud como de los derechos individuales.
- Si bien la finalidad primordial de la investigación médica es producir nuevos conocimientos, este propósito no debe, en ningún caso, colocarse por encima de los derechos y los intereses de quienes participan en el estudio.
- En el ámbito de la investigación médica, es responsabilidad del médico garantizar la protección de la vida, la salud, la dignidad, la integridad, la autonomía, la intimidad y la confidencialidad de los datos personales de los participantes. La responsabilidad de salvaguardar a quienes forman parte del estudio recae exclusivamente en el médico o en otros profesionales de la salud, y nunca en los propios sujetos de investigación, incluso en aquellos casos en los que hayan otorgado su consentimiento informado.
- La investigación médica en seres humanos debe llevarse a cabo solo por profesionales que posean la formación, preparación y competencias científicas y éticas necesarias. Además, los estudios que incluyan pacientes o voluntarios sanos deben estar bajo la supervisión directa de un médico u otro profesional de la salud debidamente capacitado.

La participación en el estudio se llevó a cabo únicamente mediante un consentimiento informado. Se garantizó en todo momento la confidencialidad de la información recolectada, asegurando la reserva absoluta de los datos de identificación de los participantes. Con el fin de proteger su identidad, los registros fueron gestionados de manera exclusiva por el investigador principal.

## CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL

### 2.1 Marco teórico

#### 2.1.1 Medicina Basada en Evidencia (MBE)

La Medicina Basada en Evidencia se reconoce como una metodología de raíz filosófica, cuyo concepto fue formulado en la Universidad de McMaster (Canadá) en la década de 1980 por el Dr. David Sackett. Surgió inicialmente como un método de enseñanza clínica y se concibe como un proceso que implica la búsqueda sistemática de hallazgos de investigación pertinentes a un problema clínico, seguido de su análisis y reflexión crítica. Este procedimiento tiene como propósito sustentar la toma de decisiones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas, orientadas a brindar una atención individualizada al paciente<sup>(34)</sup>.

Constituye una rama de la medicina cuyo propósito central es la resolución de problemas clínicos. En 1992 marcó un cambio de paradigma frente a la práctica médica tradicional, al restar peso a la experiencia clínica no sistematizada y a la interpretación meramente fisiopatológica, otorgando mayor relevancia a la evaluación crítica de la evidencia procedente de estudios clínicos. Este enfoque plantea que la interpretación de dichos resultados debe realizarse siguiendo criterios y reglas formales<sup>(35)</sup>. En este sentido, la MBE se configura como una herramienta fundamental para la gestión del conocimiento clínico, ya que proporciona un marco conceptual que facilita la resolución de problemas y permite trasladar los hallazgos de la investigación clínica a la práctica médica<sup>(36)</sup>.

El concepto de MBE surgió para designar un nuevo enfoque en la enseñanza y práctica médica, orientado al uso consciente y explícito de la mejor evidencia científica disponible, derivada de la investigación biomédica, como fundamento principal en la toma de decisiones clínicas. Este modelo integra, además, la experiencia profesional del médico con los valores y expectativas del paciente, todo ello dentro del marco de los recursos disponibles<sup>(37)</sup>.

La MBE se apoya en el método científico para organizar y aplicar el conocimiento disponible con el fin de optimizar la toma de decisiones en salud. De este modo, integra la mejor evidencia científica existente con la experiencia clínica del profesional y con los valores y preferencias del paciente, con el propósito de alcanzar la decisión médica más adecuada para cada caso<sup>(38)</sup>.

La MBE posibilita la identificación de las necesidades en el cuidado del paciente, evaluar la aplicabilidad de esta información al caso particular de nuestra práctica,

evaluar periódicamente el desempeño profesional, asimismo, contribuye al desarrollo de guías de práctica clínica basada en evidencia y a la garantía de una atención sanitaria de calidad <sup>(39)</sup>.

La MBE comprende dos dimensiones fundamentales: en primer lugar, la formación del profesional de la salud en la aplicación del conocimiento científico para la toma de decisiones fundamentadas en la mejor evidencia disponible, integradas mediante el juicio clínico y centradas en el paciente; y, en segundo lugar, la elaboración de guías y políticas sustentadas en evidencia <sup>(40)</sup>. En la actualidad, diversas organizaciones profesionales del ámbito sanitario exigen la competencia en MBE (también denominada práctica basada en evidencia) como requisito para la obtención de licencias y certificaciones <sup>(41)</sup>.

La aplicación de la MBE se ve limitada por diversos obstáculos, entre los que destacan la carencia de una adecuada capacitación, la insuficiencia de recursos y la persistencia de estructuras jerárquicas que restringen su práctica. Para optimizar los aportes de la MBE resulta indispensable fortalecer la inversión en formación y recursos, promoviendo su enseñanza de manera transversal en todas las fases de la educación médica, desde el pregrado hasta la formación profesional continua <sup>(42)</sup>.

Diversas investigaciones evidencian que la implementación de la MBE contribuye a disminuir la mortalidad en pacientes con diferentes patologías. Emperanza et al. reportaron que la práctica de la MBE se asocia con una reducción de la mortalidad hospitalaria ( $RR = 0,79$ ; IC95% [0,73–0,86]), así como con una menor duración de la estancia hospitalaria, que pasó de 9,15 a 6,01 días ( $p = 0,002$ ). Asimismo, se observó que los profesionales que aplicaron la MBE lograron atender el doble de pacientes en comparación con aquellos que ejercían la práctica médica habitual <sup>(43)</sup>. Una revisión sistemática menciona a la MBE como un proceso que aporta de forma positiva a la práctica clínica, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento médico, lo cual fortalece la capacidad de toma de decisiones entre los profesionales que la aplican <sup>(42)</sup>.

#### **2.1.1.1 Propósito y objetivo de la MBE**

La metodología de la MBE tiene como propósito fomentar en los profesionales de la salud una reflexión sistemática frente a las decisiones clínicas, ya sea ante un caso individual o frente a un grupo de pacientes, procurando ofrecer soluciones fundamentadas tanto en la experiencia clínica como en el respaldo científico disponible <sup>(44)</sup>.

La MBE tiene entre sus objetivos principales los siguientes:<sup>(44)</sup>

- Contribuir al fortalecimiento del proceso diagnóstico
- Apoyar en la selección de la mejor alternativa terapéutica disponible
- Establecer un pronóstico tanto de la vida como de la funcionalidad del paciente
- Facilitar el acceso a bases electrónicas de datos científicos vinculados a las ciencias de la salud
- Formar al personal médico y a los profesionales afines en la evaluación crítica de la información recopilada
- Preparar a todo el personal de la salud (medicina, enfermería, entre otras) en la implementación y evaluación de resultados

#### **2.1.1.2 Ventajas de la MBE**

Para el médico:<sup>(44)</sup>

- Actualización constante del conocimiento
- Fortalecimiento del juicio crítico
- Incrementa la confianza en la toma de decisiones clínicas.
- Favorece una mejor comprensión del método científico
- Potencia las habilidades de búsqueda y análisis de información científica
- Estimula la reflexión ante los problemas de salud
- Limita la subjetividad de las opiniones
- Otorga un sustento científico a los criterios médicos
- Motiva el desarrollo de la investigación científica
- Impulsa la creación y uso de guías de práctica clínica

Para el paciente:<sup>(44)</sup>

- Disminuye la variabilidad de opiniones entre los profesionales de la salud
- Fortalece la comunicación entre médico y paciente
- Participa en la toma de decisiones
- Atención médica integral, actualizada y documentada
- Acceso universal al conocimiento sin restricciones

#### **2.1.1.3 Desventajas de la MBE**

- La práctica de la MBE solo es posible cuando el profesional de la salud posee un adecuado conocimiento de sus principios, fundamentos y metodología, además de una clara concientización acerca de la relevancia y utilidad de su práctica.
- Existe el riesgo de simplificar en exceso o restarle relevancia al ejercicio clínico.
- Es indispensable contar con conocimientos básicos tanto de informática general como de informática aplicada a la medicina.
- La obligación de contar con conocimientos en bioestadística y métodos científicos.

#### **2.1.1.4 Rol de MBE en la formación médica**

En medicina, la toma de decisiones debe sustentarse en investigaciones válidas y confiables, cuyas evidencias respalden las acciones que se asuman frente a cada paciente. El aumento de los costos en salud y la gran cantidad de información disponible representan retos significativos para la práctica clínica, lo que genera una demanda creciente de datos sólidos que respalden dichas decisiones. En los últimos años, la investigación en educación médica ha experimentado un notable desarrollo, impulsado por congresos internacionales y asociaciones científicas orientadas a este campo. Esto se debe a que las decisiones innovadoras requieren apoyarse en información objetiva, derivada de procesos de investigación rigurosos y debidamente compartidos de manera sistemática <sup>(40)</sup>.

#### **2.1.1.5 Enseñanza de la MBE**

Si bien la enseñanza independiente como la enseñanza integrada resultan útiles para fortalecer los conocimientos, es la enseñanza clínicamente integrada de la MBE la que tiene mayor potencial para modificar habilidades, actitudes y conductas. En este sentido, los docentes de evaluación crítica de la literatura y de MBE deben procurar estrategias que permitan incorporar de manera consciente estos aprendizajes en la práctica clínica cotidiana. Cuando se dispone de recursos e infraestructura adecuados, esta enseñanza puede desarrollarse durante las rondas de sala en tiempo real, con el doble propósito de entrenar competencias en MBE y, al mismo tiempo, optimizar la atención mediante el uso de la mejor evidencia científica disponible <sup>(45)</sup>. Una revisión sistemática realizada en

diversos países evidenció que la enseñanza de la MBE no se limita únicamente a las aulas (75%), sino que también se lleva a cabo en escenarios clínicos (40%), como las rondas a pie de cama, y en entornos virtuales (15%)<sup>(46)</sup>. La formación en MBE no debe centrarse exclusivamente en la transmisión de conocimientos de alta calidad o en el desarrollo de habilidades técnicas; resulta igualmente fundamental promover actitudes favorables hacia su aplicación y estimular su práctica constante. Una revisión sistemática realizada en México identificó un total de 16 cursos de MBE impartidos en el quinto y sexto semestre de la formación médica, de los cuales 12 (20%) eran de carácter obligatorio y 4 (6,7%) optativos. Se observó que los créditos académicos asignados a dichas asignaturas eran reducidos, sin diferencias significativas entre universidades públicas y privadas, representando únicamente el 0,08% del plan de estudios. En contraste, cursos como salud pública, epidemiología, metodología de la investigación y bioestadística se ofrecían con mayor frecuencia (hasta en un 55%) y con un valor curricular superior (0,6% o menos). Estos hallazgos evidencian que la enseñanza de la MBE se encuentra restringida, presente en apenas uno de cada cinco programas de estudio y con un peso curricular marginal. La revisión resalta, por tanto, la necesidad de integrar de manera más sólida la MBE como paso inicial para optimizar la formación médica y, en consecuencia, fortalecer la salud pública<sup>(47)</sup>.

#### **2.1.1.6 Etapas de la aplicación de la MBE**

**Paso 1:** Identificar las necesidades de información que emergen en la práctica clínica y transformarlas en preguntas clínicas<sup>(37)</sup>: Para ello, es necesario definir con claridad el problema y formularlo como un interrogante clínico susceptible de ser respondido. Dicho planteamiento debe reunir ciertas características, entre ellas, ser estructurado de manera que permita obtener una respuesta concreta. Esto implica que la formulación del interrogante debe situarse dentro del marco del conocimiento previo sobre el tema a buscar<sup>(40)</sup>.

**Paso 2:** Dentro del ámbito biomédico, las dos principales bases de datos son Medline y Embase. La primera, gestionada por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, indexa más de 5.500 revistas médicas desde 1966 y actualmente dispone de más de 10 millones de referencias. Por su parte, Embase, aunque registra un número mayor de revistas

indexadas (alrededor de 8.400), cuenta con un volumen ligeramente inferior de referencias, estimado en 8 millones desde 1974. Una vez identificados los artículos pertinentes al problema clínico, resulta indispensable evaluar su validez metodológica y la utilidad de sus resultados para la práctica clínica <sup>(40)</sup>.

**Paso 3:** Evaluar críticamente la evidencia en términos de calidad, relevancia y aplicabilidad práctica <sup>(37)</sup>: el primer aspecto a considerar es la fuente de publicación, es decir, la revista científica en la que aparece el estudio y su posición relativa frente a otras del mismo campo. Posteriormente, es necesario desglosar el artículo y analizar su coherencia interna (validez interna) verificando la adecuada relación entre la hipótesis planteada, los objetivos, la metodología utilizada y que los resultados reflejen lo que se pretendió estudiar. Asimismo, debe prestarse atención a la posible presencia de sesgos. Si bien los errores aleatorios forman parte de la variabilidad inherente a cualquier muestra, los sesgos dependen del diseño y la metodología aplicada; aunque los investigadores actúen con rigurosidad, es importante reconocer que resulta imposible eliminarlos por completo <sup>(40)</sup>.

**Paso 4:** Aplicar la información obtenida a nuestra situación problema: este paso consiste en integrar la evidencia disponible con la experiencia clínica y el diálogo con el paciente, a fin de valorar la relación riesgo/beneficio de las decisiones médicas adquiridas durante el proceso de MBE. Este proceso se denomina validez externa. En este punto, el énfasis no recae en el valor de p, que únicamente refleja la significación estadística, sino en la significancia clínica, entendida como la relevancia real del efecto observado por los investigadores en relación con la situación específica del paciente <sup>(40)</sup>.

**Paso 5:** Evaluar cómo la aplicación de la evidencia influye en el proceso de atención y en los resultados obtenidos en los pacientes <sup>(37)</sup>.

### 2.1.2 Conocimiento de MBE

El conocimiento es una de las capacidades más significativas del ser humano, ya que le permite comprender la naturaleza de los fenómenos que lo rodean, así como sus relaciones y cualidades, a través del razonamiento. Desde este enfoque, puede

entenderse como el conjunto de datos y conceptos abstractos vinculados entre si, adquiridas por medio de la observación y la experiencia <sup>(48)</sup>.

Asimismo, se le ha definido como el estudio crítico del desarrollo, métodos y resultados de las ciencias, resaltando su carácter analítico y reflexivo. De igual manera, se entiende como un proceso progresivo y secuencial por el cual el ser humano logra aprehender su realidad y avanzar en su desarrollo tanto individual como colectivo <sup>(49)</sup>.

El conocimiento en MBE se refiere al conjunto de saberes teóricos y procedimentales que permiten a un profesional de la salud <sup>(50,51)</sup>:

- Formular preguntas clínicas relevantes (por ejemplo, usando el formato PICO: Paciente, Intervención, Comparador, Outcome).
- Identificar fuentes de evidencia apropiadas (guías, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos).
- Aplicar criterios básicos de nivel de evidencia para priorizar estudios y valorar su validez.
- Comprender principios básicos de metodología y estadística necesarios para evaluar resultados clínicos.

### **2.1.3 Actitud hacia MBE**

Rodríguez define la actitud como una organización estable de creencias y cogniciones, acompañada de una carga afectiva positiva o negativa hacia un objeto determinado, que predispone al individuo a actuar de manera coherente con dichas cogniciones y emociones <sup>(52)</sup>. En este sentido, las actitudes se consideran variables intermedias, ya que no son directamente observables, pero pueden inferirse a partir de manifestaciones conductuales. Navarro, por su parte, señala que la actitud constituye un elemento de cohesión de las opiniones individuales <sup>(53)</sup>. De acuerdo con esta perspectiva, las actitudes están estrechamente vinculadas con el comportamiento que los individuos adoptan frente a los objetos o situaciones a las que hacen referencia <sup>(54)</sup>.

En el contexto de la MBE, la actitud implica la valorización, interés, motivación y creencia en la utilidad de la evidencia científica para mejorar la práctica médica. Según Upton y Upton, una actitud positiva hacia la MBE se refleja en el deseo de actualizar los conocimientos, buscar información científica y aplicar los hallazgos de investigaciones en la toma de decisiones clínicas <sup>(55)</sup>. Su estudio resulta central en el ámbito de la investigación social y en salud, dado que representa la predisposición psicológica que media entre el conocimiento adquirido y la acción ejecutada. Así, la actitud puede entenderse como una predisposición aprendida a responder de forma

favorable o desfavorable hacia un objeto, persona o situación, integrando componentes cognitivos, afectivos y conductuales<sup>(56)</sup>.

La actitud hacia la MBE se compone de tres dimensiones principales<sup>(57)</sup>:

- **Cognitiva:** relacionada con las creencias sobre la importancia y aplicabilidad de la MBE.
- **Afectiva:** vinculada a los sentimientos o emociones que despierta el uso de la evidencia. Por ejemplo, motivación, satisfacción.
- **Conductual:** refleja la intención de aplicar la evidencia en la práctica.

#### **2.1.4 Práctica de MBE**

Los principales objetivos de un profesional al aplicar la MBE son ofrecer una atención de mayor calidad, obtener mejores resultados clínicos en los pacientes y, al mismo tiempo, contribuir a la reducción de errores, riesgos y costos asociados a la práctica médica<sup>(58)</sup>. Una revisión sistemática mostró que existen barreras importantes relacionadas con la gestión del tiempo en cada etapa del proceso de la MBE, lo que puede influir en la implementación. En promedio, se estima que se requieren alrededor de dos horas para recorrer detalladamente todos los pasos de la MBE al abordar una nueva pregunta clínica. Sin embargo, los médicos generan aproximadamente 45 preguntas por semana y suelen dedicar únicamente 2 a 3 minutos a responder cada una. Si bien muchas preguntas no son completamente nuevas y una parte de la evidencia ya se encuentra sintetizada en guías clínicas, resúmenes y sinopsis (lo cual acorta el tiempo necesario de búsqueda), la evaluación crítica de la evidencia sigue siendo un proceso que demanda tiempo. Así, la falta de tiempo se identifica como la principal barrera para la aplicación plena de la MBE<sup>(59)</sup>. Además, para su correcta práctica, la MBE demanda que el profesional conozca bien los distintos tipos de estudio, su grado de evidencia y su adecuación para resolver una pregunta clínica específica, así como la capacidad de poder hacer un análisis crítico del diseño metodológico y de los resultados<sup>(36)</sup>.

##### **2.1.4.1 Barreras relacionadas con el entorno de la práctica de la MBE**

Una revisión sistemática identificó diversas barreras percibidas por los médicos en la aplicación de la MBE. Entre ellas se mencionan el exceso de información científica disponible, la calidad insuficiente de ciertos estudios, el hecho de que gran parte de la literatura esté redactada en inglés, la presencia de resultados contradictorios, la falta de actualización de las pruebas y los retrasos en su publicación. No obstante, la barrera más

señalada fue la relacionada con el acceso a la evidencia, la cual se subdivide en carencia de recursos, dificultades para acceder a la información científica y problemas vinculados al uso de computadoras o Internet. Estas limitaciones generan un menor entusiasmo por parte de los profesionales hacia el uso de la MBE. Otra dificultad señalada es la aplicabilidad de la evidencia en la práctica clínica general, ya que muchos estudios se realizan en poblaciones diferentes a las que los médicos atienden cotidianamente, lo que restringe la generalización de los resultados de los ensayos clínicos a la práctica habitual. Este escenario provoca temor en los profesionales, quienes consideran que la implementación de ciertos hallazgos podría ocasionar efectos adversos o daños no deseados en sus pacientes<sup>(59)</sup>. De igual forma, otra revisión sistemática mostró que los médicos residentes enfrentan barreras particulares en la práctica de la MBE, destacándose el tiempo limitado disponible, además de aspectos relacionados con la actitud, los conocimientos y las habilidades adquiridas<sup>(60)</sup>.

### **2.1.5 Interno de medicina humana**

Los internos de medicina humana son aquellos estudiantes que, tras culminar los cursos preclínicos y clínicos del pregrado, ingresan a la etapa de internado hospitalario, caracterizada por la participación en la atención directa de pacientes bajo supervisión, la rotación por distintos servicios clínicos y la asunción progresiva de responsabilidades en la evaluación, el seguimiento y algunos procedimientos básicos<sup>(61)</sup>. En el contexto peruano, ASPEFAM menciona que el internado es el escenario formativo donde el estudiante de medicina consolida las competencias necesarias para el desempeño profesional, integrando conocimientos, habilidades y actitudes en el cuidado integral del paciente<sup>(62)</sup>.

El Internado en Medicina Humana constituye un curso de formación general de carácter netamente práctico, orientado a que el estudiante adquiera competencias en las áreas de Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Primer Nivel de Atención, sobre la base de los conocimientos previamente obtenidos durante los años de formación profesional<sup>(63)</sup>. La Federación Mundial para la Educación Médica (WFME), lo reconoce como una etapa esencial dentro de la formación médica. Además, menciona que las instituciones formadoras deben asegurar que en esta fase el estudiante cuente con supervisión adecuada, asuma responsabilidades de manera progresiva y desarrolle las competencias profesionales necesarias para facilitar el cambio hacia el ejercicio independiente o el acceso a programas de residencia<sup>(64)</sup>.

## **2.1.6 Médico Residente**

El Residentado Médico constituye una modalidad académica de formación de posgrado orientada a la segunda especialización universitaria, que combina estudios teóricos con un entrenamiento presencial, intensivo y en servicio para los profesionales de medicina humana. Se desarrolla bajo la modalidad de docencia en servicio, con el propósito de alcanzar el más alto nivel de competencias cognitivas, técnicas y profesionales en las distintas ramas de la medicina. De esta manera, el residentado contribuye a garantizar estándares de calidad acordes con las necesidades reales de salud del país y con las políticas nacionales establecidas por el Poder Ejecutivo y el Consejo Nacional de Salud <sup>(65)</sup>.

## **2.1.7 Instrumento**

### **2.1.7.1 Cuestionario Práctica basada en la evidencia (CPBE-19)**

Desde mediados de la década de 1990, la práctica basada en la evidencia ha cobrado una relevancia cada vez mayor en el sistema de salud del Reino Unido, al constituir un enfoque metodológico que facilita la resolución de problemas clínicos y promueve que los profesionales mantengan sus intervenciones alineadas con las mejores y más recientes evidencias científicas. En este contexto, Upton y Upton desarrollaron y validaron el cuestionario de práctica basada en evidencia (EBPQ), dirigido a evaluar los niveles de conocimiento, actitud y práctica de la medicina basada en evidencia <sup>(55)</sup>. Posteriormente para su adecuación cultural, el instrumento fue traducido al español y sometido a una validación de contenido realizada por expertos con experiencia en atención sanitaria basada en la evidencia y familiarizados con el entorno profesional y asistencial propio de España. El cuestionario original fue diseñado a partir de una estructura latente compuesta por tres dimensiones: práctica (ítems 1 al 6), actitud (ítems 7 al 10) y conocimientos/habilidades (ítems 11 al 24). Durante el proceso de validación al español, se llevó a cabo una reevaluación de sus propiedades psicométricas, analizando especialmente la consistencia interna de cada uno de los tres dominios. Los resultados obtenidos mostraron coeficientes alfa de Cronbach satisfactorios: 0,894 para el factor “práctica” (ítems 1 al 6), 0,722 para el factor “actitud” (ítems 7 al 9) y 0,916 para el factor “conocimientos/habilidades” (ítems 10 al 19). Con base en estos hallazgos, se consolidó una versión trifactorial del cuestionario compuesta por 19 ítems, denominada Cuestionario de Práctica Basada en la Evidencia de 19

ítems (CPBE-19). Los resultados obtenidos respaldan la validez de constructo y la fiabilidad del modelo trifactorial, proporcionando evidencia empírica suficiente para su aplicación en contextos de habla hispana. En comparación con otros instrumentos, el EBPQ-19 se consolida como una herramienta válida y pertinente para su uso en el medio español <sup>(66)</sup>. Este instrumento posee una relevancia significativa en la evaluación de las competencias relacionadas con la práctica clínica basada en la evidencia. Su aplicación resulta especialmente útil tanto en actividades formativas orientadas al fortalecimiento de dichas competencias, como en etapas de implementación de procesos destinados a mejorar la efectividad asistencial. Asimismo, permite explorar el perfil de los profesionales encargados de tomar decisiones fundamentadas en el mejor conocimiento científico disponible <sup>(66)</sup>.

El cuestionario ha sido objeto de traducción y adaptación a múltiples idiomas, incluyendo el español, portugués, turco, árabe, persa y chino, conservando en todas sus versiones una adecuada equivalencia tanto semántica como conceptual, lo que garantiza su validez y aplicabilidad en distintos contextos culturales y lingüísticos. Por ejemplo, países como Colombia, España, Ecuador, Chile y Argentina <sup>(67)(68)(69)</sup> y también en estudios nacionales como en Lima, Chiclayo <sup>(20)</sup>, donde ha permitido medir de forma confiable las competencias y percepciones de los profesionales de salud respecto a la MBE. Debido a su uso extendido y a los resultados consistentes en diferentes entornos culturales, el cuestionario se considera un instrumento válido, confiable y apropiado para evaluar las competencias en MBE en poblaciones de profesionales y estudiantes de ciencias de la salud, siendo por ello una herramienta recomendada para investigaciones que buscan medir el nivel de incorporación de la evidencia científica en la práctica clínica.

## 2.2 Definición de términos básicos

- **Medicina basada en evidencia (MBE):** Uso concienzudo, juicioso y explícito de la mejor evidencia científica disponible para la toma de decisiones clínicas, orientadas a la atención en salud tanto a nivel individual como colectivo. Este enfoque integra la mejor investigación científica con la experiencia clínica del profesional y las preferencias, valores y circunstancias del paciente, con el fin de optimizar los resultados en salud y garantizar una práctica médica fundamentada y de calidad <sup>(1)</sup>.

- **Conocimiento:** Se define como la comprensión, entendimiento o inteligencia que posee una persona, lo que le permite tener noción, conciencia o saber acerca de un objeto, fenómeno o realidad determinada<sup>(70)</sup>.
- **Actitud:** término que hace referencia a una disposición de ánimo manifestada de algún modo, también significa tener una conducta ante una situación<sup>(71)</sup>.
- **Práctica:** se define como llevar a la práctica aquello que se ha aprendido y analizado, también significa usar, hacer o ejercer algo continuadamente<sup>(72)</sup>.

## 2.3 Variables

### 2.3.1 variables

- Conocimiento de MBE
- Actitud hacia la MBE
- Práctica de MBE
- Edad
- Sexo
- Situación académica
- Especialidad médica
- Tiempo de servicio
- Dominio del idioma inglés
- Establecimiento de trabajo
- Formación de pregrado

## 2.4 Definiciones operacionales

Variables	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional de la variable	Instrumento y procedimiento de medición	Escala de medición	Expresión final de la variable
Conocimiento de MBE	Cualitativo	capacidad del ser humano de conocer y comprender sobre MBE	Nivel de conocimiento sobre MBE que posee el participante según el puntaje obtenido en el cuestionario	ficha de recolección de datos	Ordinal	<p>Nivel de conocimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Alto: 35 – 42 puntos (<math>\geq</math> a 80%)</li> <li>b) Moderado: 28 – 34 puntos (60 a 79%)</li> <li>c) Bajo: 6 – 27 puntos (<math>\leq</math> a 59%)</li> </ul>
Actitud hacia la MBE	cualitativo	manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar	Nivel de actitud que posee el participante hacia la MBE según el	ficha de recolección de datos	Ordinal	<p>Nivel de actitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Positiva: 18 – 21 puntos (<math>\geq</math> a 80%)</li> </ul>

			puntaje obtenido en el cuestionario	ficha de recolección de datos	Ordinal	b) Neutral: 15 – 17 puntos (60 a 79%) c) Negativo: 3 – 14 puntos ( $\leq$ a 59%)
				ficha de recolección de datos	Ordinal	
Práctica de MBE	cuantitativo	Es la acción que se desarrolla con la aplicación de conocimientos previos sobre la MBE	Nivel de práctica sobre MBE que tenga el participante mediante los datos obtenidos en el cuestionario	ficha de recolección de datos	Ordinal	Nivel de práctica:  a) Bueno: 58 – 70 puntos ( $\geq$ a 80%) b) Regular: 46 – 57 puntos (60 a 79%) c) Deficiente: 10 – 45 puntos ( $\leq$ a 59%)
				ficha de recolección de datos	Ordinal	
				ficha de recolección de datos	Ordinal	
				ficha de recolección de datos	Ordinal	
				ficha de recolección de datos	Ordinal	
				ficha de recolección de datos	Ordinal	
				ficha de recolección de datos	Ordinal	
				ficha de recolección de datos	Ordinal	
				ficha de recolección de datos	Ordinal	

				ficha de recolección de datos	Ordinal	
				ficha de recolección de datos	Ordinal	
Edad	cuantitativo	Tiempo vivido por una persona expresado en años	tiempo de vida del participante expresado en años cumplidos	ficha de recolección de datos	de razón	..... (años cumplidos)
Sexo	cualitativo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas	definido por el dato consignado en el documento de identidad del participante	ficha de recolección de datos	Nominal	a. Masculino b. Femenino
Situación académica actual	cualitativo	Profesión, negocio, actividades u otro medio de ganarse la vida	se define por el dato consignado en la profesión que ejerce	ficha de recolección de datos	Nominal	1. Interno de medicina 2. Médico residente
Especialidad o servicio donde se desempeña	cualitativo	Rama de una ciencia o actividad, cuyo objeto es una parte limitada de ellas, sobre la cual poseen saberes o habilidades muy precisos quienes las cultivan	se define como el servicio o especialidad donde el personal de salud labora para poseer habilidades precisas	ficha de recolección de datos	Nominal	a. Quirúrgicas b. Clínicas c. Gineco-obstetricia d. Internado rural

Tiempo de servicio	cualitativo	Tiempo en la cual una persona trabaja en un área del hospital	se define por el dato consignado a las horas de labor que ejerce de acuerdo a su profesión	ficha de recolección de datos	de razón	a. Menor a 1 año b. De entre 1 a 2 años c. De entre 2 a 3 años
Establecimiento de trabajo	cualitativo	Lugar donde realiza su actividad laboral	se define como el establecimiento de salud donde el encuestado realiza sus actividades prácticas.	ficha de recolección de datos	Nominal	a. MINSA b. ESSALUD
Dominio del idioma inglés	cualitativo	Conocimiento y capacidad para usar el idioma inglés	se define como el dominio del idioma inglés para la lectura científica	ficha de recolección de datos	Ordinal	a. Suficiente b. Insuficiente
Lugar de Formación de pregrado	cualitativo	Institución educativa universitaria donde el estudiante realizó su formación académica inicial	Se define como el espacio institucional donde el estudiante cursó sus estudios universitarios	Ficha de recolección de datos	Nominal	a. UAC b. UNSAAC c. Universidades extra regionales

## CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACIÓN

### 3.1 Tipo de investigación

Un estudio con enfoque cuantitativo se distingue por la recolección de datos y el análisis de datos numéricos con la finalidad de entender y describir fenómenos en el área social, económica y científica para responder preguntas de investigación específicas <sup>(73)</sup>. Se llevó a cabo este enfoque empleando una encuesta dirigida a los internos de medicina y médicos residentes de los hospitales de la ciudad del Cusco en el año 2025, con el fin de recolectar datos que permitan responder las preguntas de investigación <sup>(74)</sup>.

El presente estudio es de tipo descriptivo, ya que tiene como propósito especificar las características de una población a partir de las variables de interés, sin profundizar en el análisis de causas o efectos <sup>(75)</sup>.

### 3.2 Diseño de investigación

El diseño de esta investigación se enmarca dentro de un estudio observacional o no experimental, el cual se caracteriza porque el investigador se limita a observar los eventos o exposiciones presentes en una población, sin intervenir ni manipular las variables objeto de análisis <sup>(76)</sup>.

El diseño específico es transversal, dado que el instrumento se aplicó una única vez en un momento determinado, sin contemplar períodos de seguimiento <sup>(74)</sup>.

### 3.3 Población y muestra

#### 3.3.1 Descripción de la población

Para este estudio la población a estudiar fueron los internos de medicina humana y los médicos residentes que laboren actualmente en los hospitales de la ciudad del Cusco en el año 2025, hospitales como el Hospital Regional de Cusco, Hospital Antonio Lorena, Hospital Tupac Amaru y el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco para los internos y para los médicos residentes serán los mismos hospitales a excepción del Hospital Tupac Amaru, incluyendo a los internos y residentes que estén en su rotación externa, este criterio de inclusión asegura que la muestra sea representativa de la población de profesionales de la salud.

### **3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **3.3.2.1 Criterios de inclusión**

- Internos de medicina que laboren actualmente en hospitales de la ciudad del Cusco 2025.
- Médicos residentes que laboren actualmente en hospitales de la ciudad del Cusco 2025.
- Internos de medicina y médicos residentes que se encuentren en su rotación externa 2025.

#### **3.3.2.1 criterios de exclusión**

- Estudiantes de medicina que no cursen el 7mo año de la carrera profesional de medicina humana
- Médicos con especialidad o subespecialidad
- Internos de otras carreras que no sean de medicina humana

### **3.3.3 Muestra: tamaño de muestra y método de muestreo**

Para poder determinar el tamaño de la muestra se realizará mediante un método matemático, teniendo en consideración los objetivos que tiene la investigación, el nivel de confianza establecido, la precisión requerida y la variabilidad presente en la población.

Se empleará la fórmula para estimar una proporción poblacional:

$$n = \frac{Z^2 p (1 - p)}{d^2}$$

- n: tamaño de muestra. (según la relación de internos de medicina humana de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco y Universidad Andina del Cusco que adjudicaron a los 4 hospitales de la ciudad del Cusco 2025) Son 195 internos y médicos residentes de los últimos 3 años según la lista de Conareme <sup>(77)</sup>. Son 121 médicos residentes aproximadamente en los 3 hospitales de la ciudad del Cusco 2023, 2024 y 2025. Haciendo una población total de 316 participantes.
- Z: el valor Z de la distribución normal para un nivel de confianza deseado:
  - Confianza de 95% (Z = 1.96)

- p: proporción esperada, para nuestra población se usará una prevalencia de 19.7% <sup>(20)</sup>.
- 1 – p: complemento de p
- d: el margen de error tolerado estandarizado es de 0.05 que da una precisión del 5%

**Procedimiento de cálculo aplicado para este estudio:**

Calculamos el tamaño de muestra con la fórmula base:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.197 \times 0.803}{0.05^2}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.158191}{0.0025}$$

$$n = 243.082618$$

La población (N) es finita, aplicamos la corrección por población finita:

$$n_f = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

$$n = \frac{243.082618}{1 + \frac{243.082618 - 1}{316}}$$

$$n = \frac{243.082618}{1.76608423}$$

$$\textit{n aproximado} = 137.63 \textit{ sujetos}$$

**Ajuste por posibles perdidas**

la muestra calculada fue de 138; sin embargo, considerando la posible pérdida de sujetos durante el estudio, se decidió incrementar el tamaño muestral en un 10% o más. De este modo, se estableció un total de 152 participantes, con el objetivo de asegurar una precisión adecuada en los resultados.

### **3.4 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos**

#### **3.4.1 Técnicas de recolección de datos**

En el presente estudio se utilizó el Cuestionario Práctica basada en la evidencia (CPBE-19), donde la versión original fue validada por Upton<sup>(55)</sup> y la versión en español por Gómez et al.<sup>(66)</sup>.

Se solicitó el permiso mediante un consentimiento informado a los participantes (internos y residentes de los hospitales de la ciudad del Cusco - 2025) y con su autorización pertinente se recopiló la información utilizando el cuestionario validado en su versión española, manteniendo el respeto por la confidencialidad y el anonimato de los sujetos de estudio. Este proceso se desarrolló durante un periodo aproximado de una semana. Así mismo se realizó la petición de permiso de los hospitales de la ciudad del Cusco donde se encuentren los internos y residentes laborando actualmente.

#### **Encuestas autoadministradas (papel)**

Cuestionarios impresos distribuidos presencialmente o enviados por redes sociales

- Apropiado para población con buena lectura
- Riesgo de respuestas incompletas o vacías
- Flexibilidad para responder en el momento conveniente

#### **3.4.2 Instrumento de recolección de datos**

En esta investigación, se utilizó una ficha estructurada con el fin de reunir información correspondiente a las variables de conocimiento, actitud y práctica de la MBE. Las primeras 8 preguntas son en base a datos personales complementada con el Cuestionario Practica basada en la evidencia (CPBE-19), estructurado en 19 ítems que se reparten en 3 dimensiones:

- Conocimiento con 6 ítems
- Actitud con 3 ítems
- Práctica con 10 ítems

#### **Sistema de puntuación:**

Cada ítem es evaluado mediante una escala Likert de siete puntos, para los tres dominios de conocimiento, actitud y práctica se califica en una escala de 1 “pobre” a 7 “mejor”.

### **Calculo por dominio:**

- Conocimiento (ítems 1 - 6): rango de 6 a 42 puntos
  - Alto: 35 – 42 puntos
  - Moderado: 28 – 34 puntos
  - Bajo: 6 – 27 puntos
- Actitud (ítems 7 - 9): rango de 3 a 21 puntos
  - Positiva: 18 – 21 puntos
  - Neutral: 15 – 17 puntos
  - Negativo: 3 – 14 puntos
- Práctica (ítems 10 - 19): rango de 10 a 70 puntos
  - Bueno: 58 – 70 puntos
  - Regular: 46 – 57 puntos
  - Deficiente: 10 – 45 puntos

### **Categorización:**

Para la interpretación de los puntajes obtenidos en cada dimensión del cuestionario CPBE-19, las puntuaciones brutas se transformaron en porcentajes mediante la fórmula:

$$\text{porcentaje} = \frac{(puntuacion\ obtenida - puntuacion\ minima)}{(puntuacion\ maxima - puntuacion\ minima)} \times 100$$

Posteriormente, se categorizó de acuerdo con los puntos de corte del criterio de Bloom modificado, ampliamente utilizado en investigaciones en ciencias de la salud (8)(25). Las puntuaciones dentro de este rango (60 – 79 %) se definieron como conocimiento moderado, actitud neutral y nivel de práctica regular. Por el contrario, las puntuaciones por encima de este punto de corte se consideraron como un alto nivel de conocimiento, actitud positiva y un buen nivel de práctica. Las puntuaciones por debajo de este punto de corte se equipararon con bajo conocimiento, actitud negativa y nivel de práctica deficiente (78).

	<b>Conocimiento</b>	<b>Actitud</b>	<b>Práctica</b>
<b><math>\geq 80\%</math></b>	Alto	Positivo	Bueno
<b><math>60\% - 79\%</math></b>	Moderado	Neutral	Regular
<b><math>\leq 59\%</math></b>	Bajo	Negativa	Deficiente

**Fuente:** Elaboración propia de la validación del cuestionario de MBE por Noor et al. En 2021

En este estudio se evaluó la confiabilidad del instrumento mediante una prueba piloto a 22 estudiantes de medicina del Cusco, obteniéndose un valor de Alfa de Cronbach de 0,9196 (ANEXO 3).

### **3.4.3 Procedimiento de recolección de datos**

Se llevó a cabo la encuesta que incluye un consentimiento informado a los internos y médicos residentes que laboren en los hospitales de la ciudad del Cusco - 2025, el investigador contactó directamente a los participantes ya sea presencial o de manera virtual por redes sociales, dando a conocer el objetivo, procedimiento y los beneficios del estudio. Con todos los participantes que aceptaron, firmaron un consentimiento informado, seguido se aplicó la ficha de recolección de datos y las preguntas del cuestionario práctica basada en evidencia (CPBE-19). Estos datos se recolectaron durante una semana; finalizando con el ingreso de los registros en el programa Excel para realizar la limpieza e iniciar con el análisis de los datos. Además, se excluyó los cuestionarios que no hayan sido llenados completamente. El enfoque metodológico permitió que la información obtenida sea fiable, válida y cumpla con los principios éticos, lo cual permite un análisis riguroso del nivel de conocimiento, actitud y práctica de la MBE. Los datos fueron recogidos directamente de los participantes durante el desarrollo del estudio, asegurando así la veracidad y exactitud de los resultados.

### **3.5 Análisis de datos**

Los datos obtenidos a través de las encuestas aplicadas a los participantes, ya sea de manera presencial o mediante la plataforma Google Forms, fueron descargados en formato Excel. Posteriormente, se llevó a cabo una verificación para asegurar que las respuestas estén correctamente marcadas, eliminando aquellas con doble selección o sin respuesta antes de su digitalización en la base de datos. El registro de la información y el análisis estadístico se efectuaron con el apoyo del software Jamovi enfocándose en:

- **Variables sociodemográficas:** edad, sexo, situación académica, especialidad médica, tiempo de trabajo, dominio del idioma inglés, establecimiento de trabajo.
- **Resultados del cuestionario (CPBE-19):** puntuaciones por dominios de conocimiento, actitud y práctica.

Se llevó a cabo un análisis exploratorio utilizando una estadística descriptiva para obtener la media, la desviación estándar, la frecuencia y el porcentaje de cada variable. Cada formulario fue identificado utilizando un sistema alfanumérico con el fin de asegurar la adecuada organización y seguimiento de la información recolectada, la cual se presentará a través de gráficos y tablas.

### **3.5.1 Análisis univariado**

El estudio incluyó un análisis univariado orientado a detallar de manera general las características de la población en estudio.

- Variables cualitativas
  - Distribución de frecuencias y porcentajes que fueron representadas en gráficos o barras.
- Variables numéricas
  - Se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk
  - Para las variables numéricas que respeten la normalidad se utilizó el promedio o media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión.
  - Si las variables numéricas no respetan la normalidad, se utilizó como medida de tendencia central la mediana y el rango intercuartílico como medida de dispersión.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

### 4.1. Resultados

#### 4.1.1. Características sociodemográficas

Se realizó la encuesta a los médicos residentes e internos de medicina de manera presencial durante las visitas a los hospitales de la ciudad del Cusco, y se envió un link de la encuesta a los participantes que no pudieron encuestarse presencialmente. Participaron un total de 152 encuestados, de los cuales 119 fueron internos de medicina y 33 médicos residentes.

Al analizar las características de los participantes. Respecto a la edad, se evaluó a los 152 participantes, con una mediana de 26 años y un RIQ: (25 - 27 años) en internos y una mediana de 33 años con RIQ: (30 – 36 años) en médicos residentes; se observa que, entre los internos de medicina, predomina el sexo femenino con 63 internas (77.80%) y con 56 internos (78.90%). Esta tendencia también se mantiene en los médicos residentes, donde el sexo femenino es ligeramente mayor con 18 residentes (22.20%), frente a 15 residentes varones (21.10%). En relación con el servicio donde se desempeñan, en los internos destaca que la mayor proporción se encuentra en el área de Clínicas, con 58 internos (82.9%). A este servicio le siguen las áreas Quirúrgicas con 29 internos (65.9%), Gineco-Obstetricia con 23 internos (79.3%) y, en menor proporción, el Internado Rural con 9 internos (100.0%). Entre los residentes la distribución cambia un poco, la mayor concentración se ubica en los servicios quirúrgicos con 15 residentes (34.1%), seguidos por Clínicas con 12 residentes (17.7%) y Gineco-Obstetricia con 6 residentes (20.7%). En cuanto al tiempo de trabajo en su área, como era de esperarse, todos los internos presentan menos de un año de experiencia, representando el (93.0%) del total. Por otra parte 15 residentes (100.0%) tienen entre 1 y 2 años de experiencia, mientras que 9 residentes (100.0%) refieren entre 2 y 3 años y otros 9 residentes (7.0%) menos de un año de trabajo. Respecto a la entidad del establecimiento donde laboran, se aprecia que entre los internos predomina ampliamente el MINSA, con 110 internos (78.6%), mientras que solo 9 internos (75.0%) pertenecen a ESSALUD. Similar en los residentes, donde 30 residentes se encuentran en el MINSA (21.4%) y 3 residentes en ESSALUD (25.0%). En relación con el dominio del idioma inglés; 60 internos (81.1%) reportan un nivel suficiente para el dominio del idioma inglés, mientras que 59 internos (75.6%) presentan un dominio insuficiente del inglés. En los médicos residentes se observa que 19 residentes indicaron tener un nivel insuficiente del idioma inglés (24.4%), frente a 14 residentes (18.9%) que manifiestan un nivel suficiente del idioma inglés.

Finalmente, respecto a la formación de pregrado, la mayoría de internos proviene de la UAC con 65 internos (89.0%), seguida por la UNSAAC con 54 internos (81.8%). Ninguno de ellos procede de universidades extra regionales. En cambio, los médicos residentes muestran una procedencia más diversa, destacando de universidades extra regionales con 13 residentes (100.0%), seguidos de egresados de la UNSAAC con 12 residentes (18.2%) y de la UAC con 8 residentes (11.0%) **Tabla 1**.

**Tabla 1: características sociodemográficas de los médicos residentes e internos de medicina de la ciudad del Cusco 2025**

VARIABLES	Total	Interno de medicina	Médico residente
	(n=152)	119(78.3)	33(21.7)
<b>Sexo, n (%)</b>			
Femenino	81(53.3)	63(77.8)	18(22.2)
Masculino	71(46.7)	56(78.9)	15(21.1)
<b>Edad, mediana (RIQ), años</b>		26(25-27)	33(30-36)
<b>Servicio donde se desempeña, n (%)</b>			
Clínicas	70(46.1)	58(82.9)	12(17.1)
Quirúrgicas	44(28.9)	29(65.9)	15(34.1)
Gineco-Obstetricia	29(19.1)	23(79.3)	6(20.7)
Internado rural	9(5.9)	9(100.0)	0(0.0)
<b>Tiempo de trabajo en su área, n (%)</b>			
Menos de 1 año	128(84.2)	119(93.0)	9(7.0)
De entre 1 a 2 años	15(9.9)	0(0.0)	15(100.0)
De entre 2 a 3 años	9(5.9)	0(0.0)	9(100.0)
<b>Entidad a la que pertenece su establecimiento de trabajo, n (%)</b>			
ESSALUD	12(7.9)	9(75.0)	3(25.0)
MINSA	140(92.1)	110(78.6)	30(21.4)
<b>Dominio del idioma inglés, n (%)</b>			
Suficiente	74(48.7)	60(81.1)	14(18.9)
Insuficiente	78(51.3)	59(75.6)	19(24.4)
<b>Formación de pregrado, n (%)</b>			
UAC	73(48.0)	65(89.0)	8(11.0)
UNSAAC	66(43.4)	54(81.8)	12(18.2)
Universidades Extra regionales	13(8.6)	0(0.0)	13(100.0)

Fuente: ficha de recolección de datos

#### **4.1.2. Nivel de conocimiento de MBE**

En el caso del puntaje total de conocimiento, para los internos la mediana fue de 28 puntos, con un RIQ: (23 - 32), entre los internos, el nivel de conocimiento fue bajo en ( $n = 57$ ; 87.7%) participantes, seguido de un nivel moderado ( $n = 52$ ; 72.2%), mientras que solo ( $n = 10$ ; 66.7%) de internos alcanzó un nivel alto de conocimiento en MBE. El puntaje total de los médicos residentes tuvo una mediana de 31 puntos con un RIQ: (29 - 34). En cuanto al nivel de conocimiento de MBE en los residentes, predominó el nivel moderado ( $n = 20$ ; 27.8%), seguido del nivel bajo ( $n = 8$ ; 12.3%) y un grupo reducido con nivel alto ( $n = 5$ ; 33.3%). En conjunto, los resultados de este estudio indican que el conocimiento sobre MBE es limitado en ambos grupos. **Tabla 2**

**Tabla 2: Nivel de Conocimiento de MBE en internos y residentes de la ciudad del Cusco, 2025**

Nivel de Conocimiento, n (%)	Total (n=152)	Interno de medicina	Médico residente
Bajo	65(42.8)	57(87.7)	8(12.3)
Moderado	72(47.4)	52(72.2)	20(27.8)
Alto	15(9.9)	10(66.7)	5(33.3)
<b>puntaje total escala CPBE-19</b>			Md: 28 RIQ: (23-32)      Md: 31 RIQ: (29-34)

Fuente: ficha de recolección de datos

#### **4.1.3. Nivel de actitud hacia la MBE**

El puntaje total de actitud en internos presentó una mediana de 17 puntos, con un RIQ: (15 - 19), el ( $n = 47$ ; 78.3%) de internos mostró una actitud neutral hacia la MBE y una actitud positiva en ( $n = 48$ ; 76.2%) internos, mientras que una menor proporción ( $n = 24$ ; 82.8%) mostró una actitud negativa hacia la MBE. Entre los residentes, el puntaje total obtenido tuvo una mediana de 17 puntos con un RIQ: (15 - 19), también destacaron las actitudes positivas en ( $n = 15$ ; 23.8%) médicos residentes y en ( $n = 13$ ; 21.7%) médicos residentes mostró una actitud neutral, con pocos médicos residentes mostrando actitud negativa ( $n = 5$ ; 17.2%) hacia la MBE. Tanto internos como residentes mostraron principalmente actitudes neutras o positivas hacia la MBE, con una menor cantidad de actitudes negativas. Esto sugiere que, aunque el conocimiento puede ser bajo, la disposición hacia la MBE es mayormente favorable. **Tabla 3**

**Tabla 3: Nivel de Actitud hacia la MBE en internos y residentes de la ciudad del Cusco, 2025**

Nivel de actitud, n (%)	Total (n=152)	Interno de medicina	Médico residente
Negativo	29(19.1)	24(82.8)	5(17.2)
Neutral	60(39.5)	47(78.3)	13(21.7)
Positivo	63(41.4)	48(76.2)	15(23.8)
<b>puntaje total escala CPBE-19</b>	Md: 17 RIQ: (15-19)		Md: 17 RIQ: (15-19)

Fuente: ficha de recolección de datos

#### 4.1.4. Nivel de práctica de MBE

El puntaje total de práctica de MBE en internos tuvo una media de 40.8 puntos con una DE: 10.3. El nivel de práctica de MBE en los internos predominó el nivel deficiente (n = 75; 83.3%), seguido del nivel regular (n = 39; 73.6%), mientras que pocos alcanzaron un nivel bueno (n = 5; 55.6%) de práctica de MBE. En los residentes, el puntaje total tuvo una media de 45.8 puntos y una DE: 9.49, en cuanto al nivel de práctica de MBE también predominó el nivel deficiente (n = 15; 16.7%), seguido del nivel regular (n = 14; 26.4%) y con una menor cantidad de médicos residentes en el nivel bueno (n = 4; 44.4%) de práctica de MBE. **Tabla 4**

**Tabla 4: Nivel de Práctica de MBE en internos y residentes de la ciudad del Cusco, 2025**

Nivel de Práctica, n (%)	total (n=152)	Interno de medicina	Médico residente
Deficiente	90(59.2)	75(83.3)	15(16.7)
Regular	53(34.9)	39(73.6)	14(26.4)
Bueno	9(5.9)	5(55.6)	4(44.4)
<b>puntaje total escala CPBE-19</b>	$\bar{X}$ : 40.8 DE: 10.3		$\bar{X}$ : 45.8 DE: 9.49

Fuente: ficha de recolección de datos

## 4.2 Discusión

El presente estudio evaluó el nivel de conocimiento, actitud y práctica de la medicina basada en evidencia (MBE) en internos y residentes de los hospitales de la ciudad del Cusco en el año 2025. Se obtuvo que, en los internos, predominó el nivel bajo de conocimiento (n = 57; 87.7%), seguido del nivel moderado (n = 52; 72.2%) y un porcentaje bajo alcanzó un nivel alto (n = 10; 66.7%) de conocimiento de MBE. Estos

resultados muestran que la formación universitaria previa no ha logrado consolidar en los internos una comprensión sólida de los conceptos fundamentales de la MBE. Estos resultados coinciden con resultados obtenidos por Alabdullah et al. encontraron que el (55.1%) de residentes tenía nivel bajo <sup>(25)</sup>; mientras que Zanaridah et al. identificaron que solo el (32.9%) de participantes alcanzó nivel alto de conocimiento de MBE <sup>(28)</sup>. Asimismo, los resultados nacionales muestran similares resultados, por ejemplo, en Arequipa únicamente el (21.51%) de internos mostró conocimiento alto de MBE <sup>(19)</sup>. En los médicos residentes también se observaron niveles mayoritariamente bajos de conocimiento de MBE en (n = 8; 12.3%), niveles moderados en (n = 20; 27.8%) y solo (n = 5; 33.3%) residentes tuvieron niveles altos de conocimiento en MBE, lo que indica que incluso en la fase de especialidad no se ha logrado integrar plenamente la MBE como competencia clínica. Esto coincide con los hallazgos de Chiclayo, donde solo el (19.5%) de los residentes alcanzó conocimiento alto <sup>(20)</sup>. Mohammed et al. También reportaron que solo el (8%) de los residentes presentó conocimiento alto sobre MBE <sup>(23)</sup>.

En los internos se observó una actitud mayormente positiva (n = 48; 76.2%) seguida de una actitud neutral (n = 47; 78.3%), mientras que (n = 24; 82.8%) internos mostraron una actitud negativa hacia la MBE. Esta distribución muestra que, aunque los internos de medicina reconocen la importancia de la MBE, todavía no llegan a tener una postura plenamente favorable hacia el uso de la MBE en su práctica clínica. En los residentes según nuestro estudio también predominan actitudes neutrales (n = 13; 21.7%) y positivas en (n = 15; 23.8%) de residentes, lo que evidencia una disposición favorable hacia la MBE y solo (n = 5; 17.2%) residentes tuvo una actitud negativa hacia la MBE. Esto coincide con resultados que se reportaron por Alabdullah et al., donde la actitud neutral predominó (43.9%) en médicos residentes <sup>(25)</sup>; Mohammed et al., reportó que la actitud se situó entre moderada y alta en el (43%) de médicos residentes <sup>(23)</sup>; y Zanaridah et al. que también mostraron que el (81.8%) de los participantes evidenció actitud neutral hacia la MBE <sup>(28)</sup>. Sin embargo, nuestros resultados difieren en la actitud positiva que tienen otros participantes, investigaciones como la de Ponce et al. en Perú, donde (64.35%) de participantes mostraron actitud positiva <sup>(29)</sup>, y del estudio de Huailani et al., donde los residentes pediátricos presentaron actitudes consistentemente altas hacia la aplicación de la MBE <sup>(30)</sup>.

La práctica de la MBE en nuestra población fue el dominio más bajo entre los internos y residentes, la mayoría de internos mostró práctica deficiente (n = 75; 83.3%), seguida de práctica regular (n = 39; 73.6%) y solo un grupo pequeño de internos alcanzó práctica adecuada de MBE (n = 5; 55.6%). Los residentes también mostraron predominio de niveles deficientes y regulares en la práctica de MBE con (n = 15; 16.7%) y (n = 14;

26.4%) médicos residentes respectivamente, lo que coincide con la tendencia internacional, similar a la encontrada por Ghaus et al., donde el (74.9%) de médicos tuvo práctica deficiente de MBE<sup>(27)</sup>; por Zanaridah et al., donde el (84%) de participantes presentó baja práctica de MBE<sup>(28)</sup>; y por Alabdullah et al., donde el (68.2%) de médicos residentes mostró práctica deficiente y solo el (8.4%) de médicos residentes obtuvo una práctica alta en MBE<sup>(25)</sup>. Contrario a lo que se encontró por Mohammad et al., donde el (62.3%) de los médicos residentes reportó práctica moderada de MBE<sup>(23)</sup>. En Investigaciones nacionales también respaldan estos resultados. Los internos de medicina de Arequipa presentaron solo (19.89%) de práctica alta de MBE<sup>(19)</sup>. En Lima, según Huaillani et al., los residentes de pediatría reconocieron que no tenían tiempo suficiente para buscar evidencia<sup>(30)</sup>; mientras que Guzmán et al. encontraron que el (43.1%) de médicos recién graduados no tenía acceso a recursos y el (38.9%) carecía de educación formal en MBE<sup>(31)</sup>.

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la información se obtuvo mediante un cuestionario autoadministrado y esto hace que algunos participantes reporten conocimientos o prácticas más favorables de lo que realmente aplican. Además, la medición de la práctica se basa en autopercepción y no en observación directa, por lo que podría no reflejar el desempeño real en escenarios clínicos. Otra limitación es que el estudio se realizó exclusivamente en internos y residentes de una región específica, por lo que los resultados no pueden generalizarse a todos los profesionales en formación del país y también que la carga académica y asistencial de los participantes pudo haber influido en su disponibilidad y precisión al responder el cuestionario.

La presente investigación ofrece una estimación actual y precisa del nivel de conocimiento, actitud y práctica de la MBE de los internos y residentes de los hospitales de la ciudad del Cusco del año 2025. Estos resultados permiten identificar brechas, limitaciones formativas reales, reconocer las barreras y generar evidencia local que puede ser utilizada por docentes, instituciones y autoridades de salud para fortalecer la enseñanza de la MBE e implementar estrategias orientadas a mejorar su aplicación en la práctica clínica diaria.

#### **4.3 Conclusiones**

En los internos de medicina predomina un nivel insuficiente de conocimiento en MBE, donde 57 internos (87.7%) presentó conocimiento bajo y solo 10 internos (66.7%) alcanzó conocimiento alto de MBE, lo que evidencia que la formación previa o capacitaciones no ha consolidado competencias conceptuales de MBE. Entre los médicos residentes también persiste esta limitación, solo 5 residentes (33.3%) obtuvo un nivel alto y 20 residentes (27.8%) un nivel moderado, confirmando brechas formativas desde el pregrado hasta el posgrado.

La actitud hacia la MBE fue mayormente favorable tanto en internos como en residentes, aunque no predominante. En los internos destacó una actitud positiva en 48 internos (76.2%) y neutral en 47 internos (78.3%), mientras que en los médicos residentes la actitud positiva fue en 15 residentes (23.8%) y actitud neutral en 13 residentes (21.7%). Esto sugiere que existe disposición hacia el uso de MBE.

La práctica de la MBE fue la dimensión más deficiente en ambos grupos. En los internos, 75 internos (83.3%) presentó una práctica deficiente y solo 5 internos (55.6%) una buena práctica. Entre los residentes, la práctica deficiente se mostró en 15 residentes (16.7%) y solo 4 residentes (44.4%) manifestó una buena práctica de MBE. Esto refleja que, aun cuando existe actitud favorable, las habilidades prácticas para aplicar la MBE son limitadas.

Tanto internos como residentes presentan brechas importantes en conocimiento, actitud y práctica de la MBE, lo que resalta la necesidad de fortalecer la formación en investigación, ampliar el acceso a bases de datos científicas y promover espacios de capacitación continua durante el pregrado y posgrado. Estos resultados ayudan a orientar futuras mejoras en la implementación de la MBE en los hospitales de la ciudad del Cusco.

#### **4.4 Sugerencias**

Se recomienda que los docentes incluyan actividades orientadas a la lectura crítica y al análisis de evidencia en sus asignaturas teóricas, durante la práctica como las rotaciones en los hospitales, de modo que los estudiantes tengan más oportunidades de ejercitarse la aplicación de la MBE en escenarios académicos y clínicos.

Se propone que las facultades de Medicina Humana utilicen los resultados del presente estudio para revisar y mejorar sus estrategias formativas, promoviendo una enseñanza más sólida y orientada a desarrollar competencias en Medicina Basada en Evidencia.

Se sugiere promover capacitaciones prácticas dirigidas especialmente a internos y médicos residentes que se encuentran en entornos clínicos, a fin de mejorar su capacidad para buscar, interpretar y aplicar evidencia científica en situaciones reales.

Alentar a los internos y médicos residentes a fortalecer por iniciativa propia su manejo de la MBE, revisando literatura científica reciente y utilizando recursos digitales confiables, de manera que puedan complementar su aprendizaje y mejorar su desempeño clínico.

Se sugiere que es necesario que futuros estudios nacionales o internacionales profundicen en los factores que limitan el uso adecuado de la MBE, con el fin de comprender mejor las barreras que enfrentan los profesionales en formación y proponer soluciones más efectivas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 4 de noviembre de 1992;268(17):2420-5.
2. Rodríguez GM, Mejía AS. Medicina basada en la evidencia: Aportes a la práctica médica actual y dificultades para su implementación. *Rev Médica Hered*. 2009;20(2):103-103.
3. Fernández-Altuna MDLÁ, Martínez Del Prado A, Arriarán Rodríguez E, Gutiérrez Rayón D, Toriz Castillo HA, Lifshitz Guinzberg A. Uso de los MeSH: una guía práctica. *Investig En Educ Médica* [Internet]. 1 de octubre de 2016 [citado 22 de septiembre de 2025];5(20):220-9. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/index.php/riem/article/view/269>
4. Spanish-EDC-CE-UTD-Changes-Decisions-Improves-Care-IG-WEB.pdf [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://go.wolterskluwer.com/rs/591-WJW-115/images/Spanish-EDC-CE-UTD-Changes-Decisions-Improves-Care-IG-WEB.pdf>
5. Ochoa-Carrillo FJ. Medicina basada en evidencia, el «nuevo» paradigma en la toma de decisiones. *Gac Mex Oncol*. 1 de mayo de 2014;13(3):141-3.
6. Cleary-Holdforth J, Fineout-Overholt E, O'Mathúna D. How nursing stakeholders in the Republic of Ireland define evidence-based practice and why it matters. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2022;19(5):396-404.
7. Yehualashet DE, Yilma TM, Jemere AT, Gedlu NM. Factors Associated with Practicing Evidence-Based Medicine Among Medical Interns in Amhara Regional State Teaching Hospitals, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Adv Med Educ Pract* [Internet]. 30 de julio de 2021 [citado 22 de septiembre de 2025];12:843-52. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8331116/>
8. Alruwaili BF, Thirunavukkarasu A, Alsaidan AA, AL-Ruwaili AM, Alanazi RBS, Alruwaili AMB, et al. Knowledge, Attitude, and Practice towards Evidence-Based Medicine among Northern Saudi Primary Care Physicians: A Cross-Sectional Study. *Healthcare* [Internet]. 14 de noviembre de 2022 [citado 22 de septiembre de 2025];10(11):2285. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9690608/>
9. Shibabaw AA, Walle AD, Wubante SM, Butta FW, Demsash AW, Sisay MM, et al. Knowledge and attitude toward evidence-based medicine and associated factors among health science students in Mettu University southwest Ethiopia: A cross-sectional study. *Inform Med Unlocked* [Internet]. 1 de enero de 2023 [citado 22 de septiembre de 2025];38:101228. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352914823000709>
10. Hanne A. C. El proyecto Tuning latinoamericano: la experiencia del área de Medicina. *Rev Hosp Clínico Univ Chile* [Internet]. 1 de marzo de 2014 [citado 22 de septiembre de 2025];25(1):19-31. Disponible en: <https://revistahospitalclinico.uchile.cl/index.php/RHCUC/article/view/72936>
11. Aguirre-Raya KA, Castilla-Peón MF, Barajas-Nava LA, Torres-Rodríguez V, Muñoz-Hernández O, Garduño-Espinosa J. Self-perception and knowledge of

evidence based medicine by physicians. BMC Med Educ [Internet]. 29 de junio de 2016 [citado 6 de noviembre de 2025];16(1):166. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1186/s12909-016-0681-6>

12. Benavides-Cordoba V, Torres-Castro R, Fregonezi GAF, Resqueti V, Pérez-Nieto O, Cañas A, et al. Evidence-based practice in respiratory healthcare professionals in Latin America: a survey of the Latin American Thoracic Association (ALAT). Colomb Médica CM [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2025];55(1):e2005884. Disponible en:  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11466174/>
13. Ruiz Socarras JM. Los métodos de enseñanza en la Educación Superior cubana. Rev Cuba Educ Super. 1994;14(2):121-9.
14. Dr. ALVARO J. MADEIRO LEITE Medicina basada en evidencias un ejemplo en el campo de la pediatría 2000 98(4) pag.218-230 [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en:  
[https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2000/00\\_218\\_230.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2000/00_218_230.pdf)
15. Tomatis C, Taramona C, Rizo-Patrón E, Hernández F, Rodríguez P, Piscoya A, et al. Evidence-based medicine training in a resource-poor country, the importance of leveraging personal and institutional relationships. J Eval Clin Pract [Internet]. 2011 [citado 24 de septiembre de 2025];17(4):644-50. Disponible en:  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2753.2011.01635.x>
16. Dr. Carlos G. Salcedo Espinoza competencias esenciales a lograr en el internado de medicina-comision de educacion medica 2017 - 2019 pag: 1-206 [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en:  
<https://www.aspefam.org.pe/series/serie4.pdf>
17. Resolución Ministerial N.º 960-2020-MINSA [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1364189-960-2020-minsa>
18. Alarcon-Ruiz CA, Soriano-Moreno DR, Taype-Rondan A. Undergraduate courses of evidence-based medicine in Peruvian medical schools: Characteristics and addressed topics. Heliyon [Internet]. 30 de enero de 2023 [citado 22 de septiembre de 2025];9(2):e13320. Disponible en:  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9932740/>
19. Saccardin Martinez FR, Huanco Jave JA. Nivel de competencia en medicina basada en evidencia en internos de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa, 2025. 17 de septiembre de 2025 [citado 6 de noviembre de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12920/15648>
20. O. Flores, C. Beltran Conocimientos y actitudes de la medicina basada en evidencia entre médicos y médicos residentes de un Hospital de Chiclayo, 2025 Universidad Señor de Sipan. Lambayeque-Peru. pag: 7 [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en:  
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/15161/Flores%20Sanchez%20Orlando%20%26%20Beltran%20Lopez%20Carlos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

21. Urrutia Calderon JP. Conocimientos, actitudes y prácticas de la medicina basada en evidencias en médicos del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2012. [Cus];
22. Albar SA, Looi I. Knowledge, practice, and facilitating factors of evidence-based medicine among Malaysian doctors: a cross-sectional study. BMC Med Educ [Internet]. 19 de febrero de 2025 [citado 22 de septiembre de 2025];25(1):270. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-025-06865-w>
23. Mohammed Ahmed W, Aabdien M, Mohamed A, Bougmiza MI. Assessment of knowledge, attitudes, practices, and self-efficacy toward evidence-based medicine among resident physicians: a cross-sectional study from Qatar. Front Med [Internet]. 23 de septiembre de 2025 [citado 6 de noviembre de 2025];12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2025.1651632/full>
24. Luo C, Zhang MX, Yang Y pei, Tung TH. Self-perceived knowledge, attitude, and practice of evidence-based medicine before and after training among healthcare workers in Taizhou, China. BMC Med Educ [Internet]. 27 de junio de 2024 [citado 22 de septiembre de 2025];24(1):700. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05678-7>
25. Alabdullah MN, Alabdullah H, Kamel S. Knowledge, attitude, and practice of evidence-based medicine among resident physicians in hospitals of Syria: a cross-sectional study. BMC Med Educ [Internet]. 14 de noviembre de 2022 [citado 22 de septiembre de 2025];22:785. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9661745/>
26. Al Anazi SK, Al Zahrani WA, Alsanad MA, Alzahrani MS, Al Ghamdi IS, Alotaibi AA, et al. A cross-sectional survey exploring the attitude, knowledge, and use of anesthesia teams toward evidence-based practice in Riyadh Saudi Arabia. Front Public Health [Internet]. 31 de octubre de 2022 [citado 22 de septiembre de 2025];10:1017106. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9659891/>
27. Ahmad Ghaus MG, Tuan Kamauzaman TH, Norhayati MN. Knowledge, Attitude, and Practice of Evidence-Based Medicine among Emergency Doctors in Kelantan, Malaysia. Int J Environ Res Public Health [Internet]. enero de 2021 [citado 22 de septiembre de 2025];18(21):11297. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/21/11297>
28. Zanaridah MN, Norhayati MN, Rosnani Z. Knowledge, attitude and practice of evidence-based medicine among primary care practitioners in Malaysia: a cross-sectional study. BMJ Open [Internet]. 1 de junio de 2021 [citado 22 de septiembre de 2025];11(6):e044372. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8173288/>
29. Ponce VJV, Torres-Malca JR, Talavera JE, Zuzunaga-Montoya FE, Cruz-Vargas JADL. Actitudes, uso, barreras y conocimientos sobre la medicina basada en la evidencia según el nivel de atención. Rev Cuba Inf En Cienc Salud [Internet]. 8 de mayo de 2024 [citado 22 de septiembre de 2025];35. Disponible en: <https://acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/2335>
30. Huailani S, Moreno-Garrido Z, Pérez-Acuña K, Gutierrez EL, Neyra-Rivera CD. Evidence-based practice among doctors in specialty training in a pediatric hospital in

- Peru. DYNA [Internet]. 2023 [citado 6 de noviembre de 2025];90(228):23-7.  
Disponible en: [https://www.redalyc.org/journal/496/4967771003/html/?utm\\_source=](https://www.redalyc.org/journal/496/4967771003/html/?utm_source=)
31. Fernandez-Guzman D, Caira-Chuquineyra B, Baca-Rondan F, Yucra-Sosa MC, Ccami-Bernal F, Soriano-Moreno DR, et al. Association between self-reported evidence-based medicine competencies and prescribing of drugs without scientific evidence against mild COVID-19 among recently graduated physicians in Peru. *Heliyon* [Internet]. 8 de abril de 2023 [citado 22 de septiembre de 2025];9(4):e15366. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10082469/>
  32. Fei J, Li Y, Gao W, Li J. Efficacy of evidence-based medicine training for primary healthcare professionals: a non-randomized controlled trial. *BMC Med Educ* [Internet]. 7 de diciembre de 2018 [citado 24 de septiembre de 2025];18(1):299. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1404-y>
  33. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
  34. Dr. Javier Davila, Dr. Jose Gonzales, Dr. Jaime Saldívar, Dr. Arturo Viniegra, Dra Laura Torres. Medicina Basada en la Evidencia - Guias de practica clinica - primera edicion Mexico 2014 pag: 1-323 [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/gpc/MBEYGPC.pdf>
  35. F. MC, H. VM, T. CR. Ginecología general y salud de la mujer [Internet]. 1.<sup>a</sup> ed. Ediciones UC; 2017 [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1qv5nks>
  36. Vega-de Céniga M, Allegue-Allegue N, Bellmunt-Montoya S, López-Espada C, Riera-Vázquez R, Solanich-Valldaura T, et al. Medicina basada en la evidencia: concepto y aplicación. *Angiología* [Internet]. 1 de enero de 2009 [citado 22 de septiembre de 2025];61(1):29-34. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-angiologia-294-articulo-medicina-basada-evidencia-conceptoaplicacion-S0003317009110040>
  37. J.M. Armigon Pallas. 5 - Medicina basada en la evidencia: guías y protocolos. Elsevier Esp [Internet]. 25 de junio de 2020;1-20. Disponible en: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/U-2-Anexo-1A-Argimon-J-Medicina-Basada-enm-evidencias-guias-y-protocolos.pdf>
  38. Rodolfo Armas Merino. Manual MIBE: Medicina Interna Basada en la Evidencia [Internet]. 2024 [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://empendum.com/manualmibe/manual>
  39. Rivas-Ruiz R, Castelán-Martínez O. Medicina Basada en la Evidencia. Guías de práctica clínica. En 2014. p. 141-59.
  40. Miguel Vicco, Luz Rodeles et al. Medicina Basada en la Evidencia: conceptos introductorios para la practica clinica, Universidad Nacional del Litoral 1ra edicion 2020 [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en:

<https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/bitstream/handle/11185/5517/medicinaevidencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

41. Tilson JK, Kaplan SL, Harris JL, Hutchinson A, Illic D, Niederman R, et al. Sicily statement on classification and development of evidence-based practice learning assessment tools. *BMC Med Educ* [Internet]. 5 de octubre de 2011 [citado 24 de septiembre de 2025];11(1):78. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-78>
42. Ortiz GRG, Ruiz HHH, Pozo LTP, Alcocer EDD. Medicina Basada en Evidencia (MBE): Revisión Sistemática. *Mediciencias UTA* [Internet]. 1 de abril de 2025 [citado 22 de septiembre de 2025];9(2):49-61. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/2839>
43. Emparanza JI, Cabello JB, Burls AJE. Does evidence-based practice improve patient outcomes? An analysis of a natural experiment in a Spanish hospital. *J Eval Clin Pract.* diciembre de 2015;21(6):1059-65.
44. Arceo Díaz JL. Manual de medicina basada en evidencias. México, D.F.: Manual Moderno; 2010.
45. Arri Coomarasamy, Khalid S Khan. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review [Internet]. 2004 [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.bmjjournals.org/content/329/7473/1017.short>
46. Maggio LA, Tannery NH, Chen HC, Cate O ten, O'Brien B. Evidence-Based Medicine Training in Undergraduate Medical Education: A Review and Critique of the Literature Published 2006–2011. *Acad Med.* julio de 2013;88(7):1022.
47. Rodriguez D, Martinez-Alvarado JD, Garcia-Toto R, Genel-Rey TI. Teaching evidence-based medicine in Mexico: a systematic review of medical doctor curriculums at a national level. *BMJ Evid-Based Med* [Internet]. 1 de febrero de 2023 [citado 24 de septiembre de 2025];28(1):30-9. Disponible en: <https://ebm.bmjjournals.org/content/28/1/30>
48. Slideshare [Internet]. [citado 7 de noviembre de 2025]. Procesos Y Fundamentos De La Investigación Científica Neil, Quezada y Arce (2018). Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/procesos-y-fundamentos-de-la-investigacion-cientifica-neil-quezada-y-arce-2018/266946996>
49. Ramírez AV. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *An Fac Med.* 2009;70(3):217-24.
50. Plovnick C. Specialty Guides: Evidence Based Medicine: Introduction to EBM [Internet]. [citado 7 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://hsguides.med.nyu.edu/c.php?g=759442&p=9999611>
51. Physiopedia [Internet]. [citado 7 de noviembre de 2025]. Hierarchy of evidence. Disponible en: [https://www.physio-pedia.com/Hierarchy\\_of\\_evidence](https://www.physio-pedia.com/Hierarchy_of_evidence)
52. PSICOLOGIA SOCIAL - EDITORIAL TRILLAS; AROLDU RODRIGUES; EVELINE ASSMAR; BERBARDO JABLONSKI - 9788466540315 [Internet]. [citado 25 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.agapea.com/libros/PSICOLOGiA-SOCIAL-9788466540315-i.htm>

53. Navarro O. Psicología social: temas, teorías y compromiso social. 2012.
54. Aigner M. TÉCNICAS DE MEDICIÓN POR MEDIO DE ESCALAS. Sociol En Sus Escen [Internet]. 2008 [citado 24 de septiembre de 2025];Universidad de Antioquia(18):25. Disponible en:  
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/6552>
55. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. J Adv Nurs [Internet]. 2006 [citado 7 de noviembre de 2025];53(4):454-8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x>
56. Andrade C, Menon V, Ameen S, Kumar Praharaj S. Designing and Conducting Knowledge, Attitude, and Practice Surveys in Psychiatry: Practical Guidance. Indian J Psychol Med [Internet]. 27 de agosto de 2020 [citado 22 de septiembre de 2025];42(5):478-81. Disponible en:  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7750837/>
57. Alshehri AA, Al-Khowailed MS, Alnuaymah FM, Alharbi AS, Alromaihi MS, Alghofaili RS, et al. Knowledge, attitude, and practice toward evidence-based medicine among hospital physicians in Qassim Region, Saudi Arabia. Int J Health Sci [Internet]. 2018 [citado 7 de noviembre de 2025];12(2):9-15. Disponible en:  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5870327/>
58. Connor L, Dean J, McNett M, Tydings DM, Shrout A, Gorsuch PF, et al. Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. Worldviews Evid Based Nurs. 2023;20(1):6-15.
59. S. Zwolsman, E. te Pas, L. Hooft, M. Wieringa-de Waard and N. van Dijk. Barriers to GPs' use of evidence-based medicine: a systematic review. Revista Británica de Medicina General 2012; 62 (600): e511-e521. [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en:  
<https://bjgp.org/content/bjgp/62/600/e511.full.pdf>
60. van Dijk N, Hooft L, Wieringa-de Waard M. What are the barriers to residents' practicing evidence-based medicine? A systematic review. Acad Med J Assoc Am Med Coll. julio de 2010;85(7):1163-70.
61. Zhao Y, Musitia P, Boga M, Gathara D, Nicodemo C, English M. Tools for measuring medical internship experience: a scoping review. Hum Resour Health [Internet]. 14 de enero de 2021 [citado 22 de septiembre de 2025];19(1):10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00554-7>
62. Dr. M. Farfán, Dra. E. Llerena, Dra. E. Abuhadba, Dr. L. Concepción, Dr. G. Franco. ASOCIACIÓN PERUANA DE FACULTADES DE MEDICINA. Internado Médico en el Primer Nivel de Atención Currículo y Manual del Interno. SERIE EDUCACIÓN MÉDICA N° 5. Lima - Perú 2021 [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.aspfam.org.pe/series/serie5.pdf>
63. silabo internado 2022 medicina | Guías, Proyectos, Investigaciones de Clínica Medica | Universidad Nacional Mayor de San Marcos-Peru [Internet]. pag:1-69 [citado 22 de septiembre de 2025]. Disponible en:  
<https://www.docsity.com/es/docs/silabo-internado-2022-medicina/9422996/>

64. J. Grant, M. Field y J. Norcini. BASIC MEDICAL EDUCATION WFME GLOBAL STANDARDS FOR QUALITY IMPROVEMENT. United Kingdom. Basic Medical Education WFME Global Standards 2020. pag: 1-29 [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://wfme.org/wp-content/uploads/2022/03/WFME-BME-Standards-2020.pdf>
65. Compendios - Seguro Social de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/essalud/colecciones/64134-residentado-medico-2025>
66. Pedro Gómez J de, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Ruiz Roman MJ, Muñoz Ronda F. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. Rev Esp Salud Pública [Internet]. agosto de 2009 [citado 7 de noviembre de 2025];83(4):577-86. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272009000400009&lng=es&nrm=iso&tlang=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272009000400009&lng=es&nrm=iso&tlang=es)
67. Sánchez-García I, Ureña Molina M del P, López-Medina IM, Pancorbo-Hidalgo PL. Knowledge, skills and attitudes related to evidence-based practice among undergraduate nursing students: A survey at three universities in Colombia, Chile and Spain. Nurse Educ Pract [Internet]. 1 de agosto de 2019 [citado 7 de noviembre de 2025];39:117-23. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595318306115>
68. Galiano A, Simonetti M, Quiroga N, Larrain A. Development, implementation and evaluation of an evidence-based practice model in a new hospital in Chile. J Nurs Manag [Internet]. 2020 [citado 7 de noviembre de 2025];28(7):1748-57. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13134>
69. Ammatuna GP, Terrasa SA, Peña FRV. Adaptación transcultural de un cuestionario para evaluar la autopercepción de la práctica clínica basada en la evidencia. Una experiencia con licenciadas en obstetricia. Evid Actual En Práctica Ambulatoria [Internet]. 27 de diciembre de 2019 [citado 7 de noviembre de 2025];22(3):e002028-e002028. Disponible en: <https://www.evidencia.org.ar/index.php/Evidencia/article/view/4253>
70. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 8 de diciembre de 2023]. conocimiento | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/conocimiento>
71. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 8 de diciembre de 2023]. actitud | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/actitud>
72. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 8 de diciembre de 2023]. practicar | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/practicar>
73. J. Bonifaz. La Investigación Cuantitativa. Corporación Universitaria de Asturias Bogota-Colombia 2024. pag: 1-23 [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: [https://www.centro-virtual.com/recursos/biblioteca/pdf/investigacion\\_cuantitativa/unidad1\\_pdf1.pdf](https://www.centro-virtual.com/recursos/biblioteca/pdf/investigacion_cuantitativa/unidad1_pdf1.pdf)
74. R. Hernández, C. Fernández, P. Baptista. Metodología de la investigación. 2014 6ta edición - España pag: 154-155 [Internet]. [citado 24 de septiembre de

- 2025]. Disponible en:  
[https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia\\_de\\_la\\_investigacion\\_-\\_roberto\\_hernandez\\_sampieri.pdf](https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf)
75. admin. Metodología Descriptiva en Investigación [Internet]. Revista Completa. 2023 [citado 22 de septiembre de 2025]. Disponible en:  
<https://revistacompleta.com/metodologia-descriptiva-en-investigacion/>
76. A. Villa, L. Moreno, G. García. Epidemiología y estadística en salud pública | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. 2011 [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en:  
<https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=1464>
77. Angela M, Antonio J. Residentado Médico 2023. Conareme [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2025];(1-58):58. Disponible en:  
<https://www.conareme.org.pe/web/Documentos/Admision2023/Relaci%C3%B3n%20Final%20de%20Ingresantes.pdf>
78. Norhayati MN, Nawi ZM. Validity and reliability of the Noor Evidence-Based Medicine Questionnaire: A cross-sectional study. PLoS ONE [Internet]. 22 de abril de 2021 [citado 22 de septiembre de 2025];16(4):e0249660. Disponible en:  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8061909/>

## ANEXOS

### ANEXO 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	INDICADOR	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS
PG: ¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitud y práctica de medicina basada en evidencia en internos y residentes de la ciudad del Cusco - 2025?	OG: Determinar el nivel de conocimiento, actitud y práctica hacia la medicina basada en evidencias en internos y residentes de la ciudad del Cusco-2025	conocimiento de la MBE	Cuestionario CPBE-19 con su dominio de conocimiento	Cuantitativo	<p><b>Instrumento de recolección de datos</b></p> <p>El instrumento empleado para la recolección de datos corresponde a una ficha elaborado específicamente con el propósito de registrar la información sobre el nivel de conocimiento, actitud y práctica de MBE que tienen los internos y medico residentes, mediante el cuestionario CPBE-19</p>
PE1: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de medicina basada en evidencia en internos y residentes de los hospitales de la ciudad del Cusco-2025?	OE1: Determinar el nivel de conocimiento de medicina basada en evidencia en internos y residentes de los hospitales de la ciudad del Cusco-2025	Actitud hacia la MBE	Cuestionario CPBE-19 con su dominio de actitud	Descriptivo y observacional	

				<b>Unidad de análisis</b>
PE2: ¿Cuál es el nivel de actitud hacia la medicina basada en evidencia en internos y residentes de los hospitales de la ciudad del Cusco-2025?	OE2: Identificar el nivel de actitud hacia medicina basada en evidencia en internos y residentes de los hospitales de la ciudad del Cusco-2025			Internos de medicina humana y médicos residentes que laboran actualmente en los hospitales de la ciudad del Cusco - 2025
PE3: ¿Cuál es el nivel de práctica de medicina basada en evidencia en internos y residentes de los hospitales de la ciudad del Cusco-2025?	OE3: Identificar el nivel de práctica de la medicina basada en evidencia en internos y residentes de los hospitales de la ciudad del Cusco-2025	Práctica de la MBE	Cuestionario CPBE-19 con su dominio de práctica	<b>Población y muestra</b>  La población del estudio estará conformada por internos y residentes que laboran actualmente en los hospitales de la

			ciudad del Cusco – 2025	
<b>Plan de análisis de datos</b>				<p>En base a la ficha de recolección de datos se realizará el análisis estadístico univariado, los análisis se llevarán a cabo utilizando el programa Microsoft Excel y el paquete estadístico SPSS. finalmente, la información obtenida será organizada y presentada en tablas y gráficos.</p>
		<b>Criterios de inclusión</b>		<p>Todos los internos de medicina que laboren actualmente en los hospitales de la ciudad del Cusco 2025</p>
		Edad	años cumplidos	

		Sexo	Sexo biológico	Todos los médicos residentes que laboren actualmente en los hospitales de la ciudad del Cusco 2025
		Situación académica actual	Profesión que actualmente tienen los participantes	Internos y residentes que se encuentren en su rotación externa 2025
		Especialidad o servicio donde se desempeña	Servicio en el que se desempeña	
		Tiempo de servicio	Horas de trabajo	
		Establecimiento de trabajo	Establecimiento público o privado donde se desempeña	
		Dominio del idioma inglés	Conocimiento y capacidad para usar el idioma inglés	
		Lugar de formación de pregrado	Institución educativa universitaria donde el estudiante realizó su	

	formación académica inicial	Criterios de exclusión
		Estudiantes de medicina que no cursen el 7mo año de la carrera profesional 2025
		Todos los médicos especialistas o con subespecialidad
		Estudiantes internos de otras carreras que no sean de medicina humana

## **ANEXO 2: Instrumento de investigación**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



### **ENCUESTA DE: “CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA DE MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA EN INTERNOS Y RESIDENTES DE LA CIUDAD DEL CUSCO 2025”**

Reciba un cordial saludo. Mi nombre es **Henry Max Huaillas Vargas**, egresado de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la **Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco**. Actualmente me encuentro desarrollando la investigación titulada: **“Conocimiento, actitud y práctica de Medicina Basada en Evidencia en internos y residentes de la ciudad del Cusco – 2025”**, cuyo propósito es evaluar cómo se aplica y comprende la Medicina Basada en Evidencia dentro de este grupo profesional.

La Medicina Basada en Evidencia constituye un componente fundamental en la práctica clínica actual, dado que orienta al profesional de la salud en la toma de decisiones con el fin de ofrecer la mejor atención posible y contribuir al bienestar de la población.

El cuestionario que se le presenta es anónimo y confidencial, y su participación es completamente voluntaria y sin costos. El instrumento está conformado por 27 ítems; le pedimos revisarlos con atención y marcar la alternativa que mejor se ajuste a su opinión o experiencia. En caso tenga alguna inquietud durante el proceso, podrá comunicarse con el encuestador para su aclaración.

No existen respuestas correctas o incorrectas; lo más importante es que las respuestas reflejen de manera sincera y objetiva su percepción. El tiempo aproximado para completar el formulario es de **5 minutos**, utilizando una “X” en las casillas correspondientes y llenando los apartados solicitados cuando corresponda.

Agradezco sinceramente el tiempo que dedicará a colaborar con este estudio y su contribución al avance de la investigación en el ámbito de la Medicina Basada en Evidencia.

**Declaro haber sido informado(a) sobre los objetivos, procedimientos y condiciones de mi participación en el estudio mencionado. Acepto participar de forma voluntaria.**

FIRMA: \_\_\_\_\_

## DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1: ¿Cuántos años tiene?	..... años cumplidos
2. ¿A qué sexo pertenece?	( <input type="checkbox"/> ) Masculino ( <input type="checkbox"/> ) Femenino
3: ¿Cuál es su situación académica actual?	( <input type="checkbox"/> ) Interno de medicina ( <input type="checkbox"/> ) Médico residente
4. ¿Cuál es la especialidad o servicio donde se desempeña?	( <input type="checkbox"/> ) Clínicas ( <input type="checkbox"/> ) Quirúrgicas ( <input type="checkbox"/> ) Gineco-obstetricia ( <input type="checkbox"/> ) Internado rural
5. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en su área?	( <input type="checkbox"/> ) menos de 1 año ( <input type="checkbox"/> ) de entre 1 a 2 años ( <input type="checkbox"/> ) de entre 2 a 3 años
6: ¿A qué entidad pertenece su establecimiento de trabajo?	( <input type="checkbox"/> ) MINSA ( <input type="checkbox"/> ) ESSALUD
7. ¿Considera que domina el idioma inglés a nivel de lectura científica (artículos, guías clínicas, investigaciones)?	{ <input type="checkbox"/> } Suficiente { <input type="checkbox"/> } Insuficiente
8. ¿Dónde realizó su formación de pregrado?	{ <input type="checkbox"/> } UAC { <input type="checkbox"/> } UNSAAC { <input type="checkbox"/> } Universidades extra regionales__

## Cuestionario de Práctica Basada en Evidencia (CPBE-19)

**Con respecto a la atención prestada a algún paciente en el último año. ¿con qué frecuencia se ha hecho las siguientes cuestiones para responder a alguna posible deficiencia surgida en su conocimiento? (señale ✓ o x):**

1. Formulé una pregunta de búsqueda claramente definida, como el principio del proceso para cubrir esta brecha de conocimiento:

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Frecuentemente
-------	---	---	---	---	---	---	---	----------------

2. Indagué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta:

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Frecuentemente
-------	---	---	---	---	---	---	---	----------------

3. Evalué críticamente, mediante criterios explícitos, cualquier referencia bibliográfica hallada:

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Frecuentemente
-------	---	---	---	---	---	---	---	----------------

4. Integré la evidencia encontrada con mi experiencia:

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Frecuentemente
-------	---	---	---	---	---	---	---	----------------

5. Evalué los resultados de mi práctica:

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Frecuentemente
-------	---	---	---	---	---	---	---	----------------

6. Compartí esta información con mis colegas:

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Frecuentemente
-------	---	---	---	---	---	---	---	----------------

**Por favor, indique (✓ o x) en qué lugar de la escala se situaría usted para cada uno de los siguientes pares de enunciados:**

7. Me siento mal que cuestionen mi práctica clínica	1	2	3	4	5	6	7	Recibo de buen agrado preguntas sobre mi práctica
8. La práctica basada en la evidencia es una pérdida de tiempo	1	2	3	4	5	6	7	La práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica profesional
9. Me afiero a métodos probados y fiables más que cambiar a cualquier cosa nueva	1	2	3	4	5	6	7	He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencia al respecto

**En una escala de 1 a 7 (siendo 7 la mejor puntuación) ¿cómo se puntuaría a sí mismo/a? (por favor, marque con un (✓ o x) el número elegido para cada enunciado):**

Pobre ←

→ excelente

10. Habilidades para la investigación	1	2	3	4	5	6	7
11. Habilidades con las tecnologías de la información	1	2	3	4	5	6	7
12. Monitorización y revisión de habilidades prácticas	1	2	3	4	5	6	7
13. Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación	1	2	3	4	5	6	7
14. Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes	1	2	3	4	5	6	7
15. Conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes	1	2	3	4	5	6	7
16. Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos	1	2	3	4	5	6	7
17. Capacidad de determinar la validez del material encontrado	1	2	3	4	5	6	7
18. Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicabilidad clínica)	1	2	3	4	5	6	7
19. Capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos	1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO 3: Análisis de fiabilidad del instrumento

### Análisis de Fiabilidad

#### Estadísticas de Fiabilidad de Escala

	Alfa de Cronbach	$\omega$ de McDonald
escala	0.9196	0.9334

#### Estadísticas de Fiabilidad de Elemento

	Si se descarta el elemento	
	Alfa de Cronbach	$\omega$ de McDonald
item1	0.9184	0.9338
item2	0.9169	0.9326
item3	0.9093	0.9259
item4	0.9159	0.9313
item5	0.9119	0.9276
item6	0.9266	0.9356
item7	0.9234	0.9366
item8	0.9247	0.9349
item9	0.9219	0.9365
item10	0.9182	0.9330
item11	0.9108	0.9265
item12	0.9136	0.9278
item13	0.9121	0.9264
item14	0.9119	0.9270
item15	0.9121	0.9275
item16	0.9111	0.9264
item17	0.9125	0.9276
item18	0.9111	0.9264
item19	0.9090	0.9236

