

ORIGINALES

Diseño de un método para la evaluación de la competencia clínica en atención primaria

N. Barragán, C. Violan, C. Martín Cantera, D. Ferrer-Vidal Cortella y J. González Algas

CAP Passeig de Sant Joan y CAP Maragall. Institut Català de la Salut. Barcelona.

Objetivo. Medir la competencia clínica en atención primaria (AP).

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Seis equipos de AP de Barcelona.

Participantes. Veinticinco médicos de familia voluntarios, de un total de 60.

Mediciones y resultados principales. Se realizaron 3 visitas simuladas en 3 días diferentes, asignadas de forma aleatoria en la cita previa, relacionadas con la hipertensión arterial. Se midió la competencia clínica según los criterios de Miller, mediante un método que combina entrevista clínica con pacientes estandarizados (PE), auditoría de historias clínicas (HC) y autoevaluación del médico (AM) con preguntas abiertas de respuesta corta. Se evaluaron los siguientes componentes competenciales (CC): anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias, diagnóstico diferencial, manejo, historia clínica y comunicación.

Compleataron el estudio 22 médicos. El peso de cada uno de los CC fue ponderado por un grupo de expertos, que consensuaron también dos niveles mínimos de competencia, el 50 y el 60%. La puntuación final de cada médico resulta del sumatorio de cada uno de los 3 casos, dividido por la puntuación máxima posible. Los valores obtenidos de los CC son siempre superiores con el método de los PE respecto a los otros métodos. Un 63,3% de los médicos superó el estándar 60, y el 90,9% el 50. La consistencia interna, medida con el test de alfa de Cronbach, es para cada uno de los casos clínicos de 0,94, 0,73 y 0,67, respectivamente. El test de kappa para la reproductividad es de 0,25.

Conclusiones. La utilización del PE es un buen método para evaluar, al permitirnos valorar la anamnesis, el manejo del paciente, la exploración física y la comunicación. El estudio ofrece una elevada fiabilidad, con una reproductividad baja, que probablemente se deba a los pocos casos utilizados.

Palabras clave: Atención primaria; Competencia clínica; Pacientes estandarizados.

DESIGN OF A METHOD TO EVALUATE CLINICAL COMPETENCE IN PRIMARY CARE

Objective. To measure clinical competence in primary care (PC).

Design. Descriptive cross-sectional study.

Setting. Six PC teams in Barcelona.

Participants. 25 family doctors volunteering out of a total of 60.

Measurements and main results. Three simulated visits took place on three different days, allocated at random as a prior appointment for hypertension. Clinical competence was measured through the Miller criteria, a method with open short-reply questions combining the clinical interview with standardised patients (SP), review of clinical histories (CH) and doctor's self-evaluation (DS). The following components of competence (CC) were evaluated: anamnesis, physical examination, further tests, differential diagnosis, management, clinical history and communication. 22 doctors completed the study. Each CC was weighted by a group of experts, who also agreed two minimum levels of competence, 50% and 60%. Each doctor's final score was the result of the addition of each of the three cases divided by the maximum score possible. The CC values were always higher with SP than otherwise. 63.3% of doctors surpassed the 60% mark, and 90.9% the 50% mark. Internal consistency, measured with Cronbach's alpha, was 0.94, 0.73 and 0.67 for each clinical case. The kappa reproduction test was 0.25.

Conclusions. The use of SP is a good method of evaluation, as it enables anamnesis, management of the patient, physical examination and communication to be assessed. The study is very reliable, with low reproduction, which is probably due to the few cases used.

(*Aten Primaria* 2000; 26: 590-594)

Correspondencia: Concepció Violan.
C/ Comte Borrell, 205-207, 6.^o. 08029 Barcelona.
Correo electrónico: cvfviolan@mx3.redestb.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 4-IX-2000.

Introducción

La práctica clínica en atención primaria se caracteriza por un espectro muy amplio de problemas, algunos de los cuales son complejos. Las decisiones del médico están condicionadas, entre otras causas, por las situaciones clínicas, socioeconómicas y las expectativas de los pacientes.

Un nivel elevado de competencia profesional no garantiza, por sí solo, la realización de una buena praxis, ya que ésta depende también de la motivación y está inversamente relacionada con las barreras que tiene que superar el profesional.

Entendemos por competencia profesional «el grado en que un sujeto puede utilizar sus conocimientos, aptitudes, actitudes y buen juicio asociados a su profesión, para poder desempeñarla de manera eficaz en todas las situaciones que corresponden al campo de su práctica». Desde un punto de vista metodológico, la competencia es un «constructo» que se incluye dentro del área de las capacidades y actitudes. Éste, que es un concepto abstracto, se operativiza por medio de varios componentes: los conocimientos, las habilidades, la comunicación y las actitudes¹. Miller define los diferentes niveles de la práctica profesional y su relación en forma de pirámide (*fig. 1*). Los estratos son desde la base: sabe (*knowledge*), sabe cómo (*competence*), muestra cómo (*performance*) y hace (*practice*)^{2,3}.

El objetivo del presente trabajo es medir la competencia clínica en atención primaria (AP), mediante un método que combina la observación de la práctica clínica con pacientes estandarizados (PE), el *audit* de historias clínicas y la autoevaluación del médico.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, realizado en el segundo trimestre

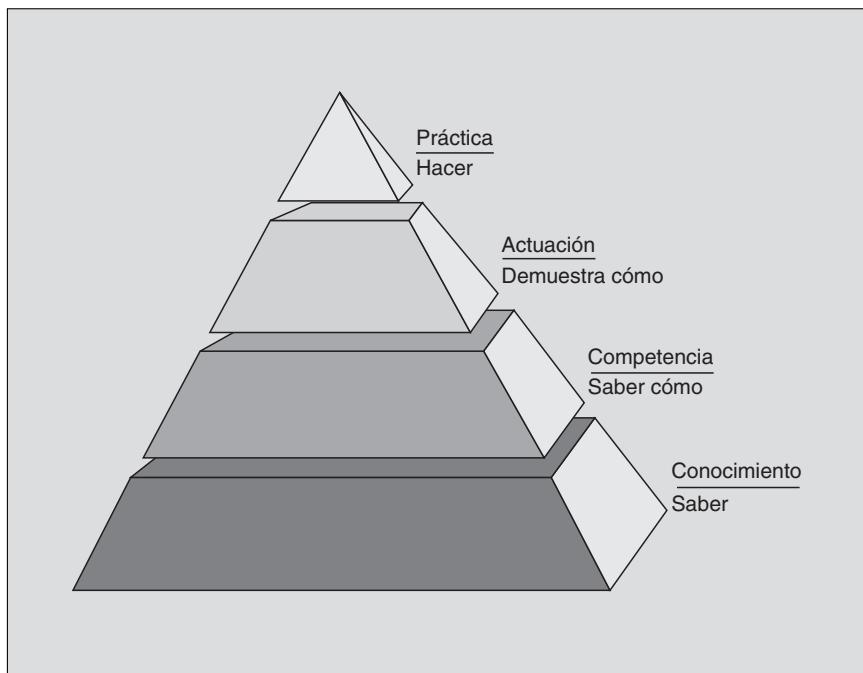


Figura 1. Pirámide de Miller.

de 1998. El ámbito de actuación fueron 6 equipos de atención primaria (EAP) de la ciudad de Barcelona, que llevaban 8 meses de funcionamiento. Participaron 25 médicos de familia voluntarios, de un total posible de 60, a los que se les solicitó que realizaran 3 visitas con pacientes simulados que fueron intercaladas en su listado de pacientes con cita previa en 3 días diferentes.

Se evaluó la competencia profesional (*competence*), en función de los criterios de Miller^{2,3}, mediante un método que combina los siguientes instrumentos: *a)* entrevista clínica con pacientes estandarizados (PE); *b)* auditoría de historia clínica (HC), y *c)* autoevaluación del médico (AM), con preguntas abiertas de respuesta corta.

Pacientes estandarizados (PE)

Se simularon 3 casos clínicos que fueron elaborados según la metodología de la Universidad de Quebec⁴, parcialmente modificada según criterios del Institut d'Estudis de la Salut (IES)⁵. Estos casos correspondían a motivos habituales de consulta en atención primaria, relacionados con la hipertensión arterial (HTA). Así mismo, los pacientes simulados (actores profesionales) fueron estandarizados para evaluar las variables de estudio que hacen referencia a los componentes competenciales (CC) siguientes: anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias, diagnóstico diferencial, manejo, historia clínica y comunicación (rango de valores posibles 0-10 para el ítem comunicación). Los casos estudiados fueron:

caso 1 (varón de 45 años que presenta cefalea y en la revisión de empresa le detectan cifras elevadas de TA); caso 2 (mujer de 40 años hipertensa y diabética de larga evolución que presenta complicaciones), y caso 3 (varón de 33 años, con mareo inespecífico y detecciones aisladas de tensión arterial elevada en la farmacia). En la *tabla 1* se muestran los valores máximos posibles para cada caso y componente definidos por el equipo investigador previamente.

Criterios para la evaluación de los casos. Los criterios sobre buena práctica médica, así como los estándares, se elaboraron de acuerdo con los diferentes niveles de evidencia obtenidos a partir de la *Guía de Actuación en HTA* de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària¹ y de la *Guía de Actuación Profesional en Atención Primaria* de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria⁶⁻⁸.

Método de asignación del paciente estandarizado. Se abrió una HCAP a cada PE, asignándole de forma aleatoria una visita a cada uno de los médicos. Tanto el investigador como el médico evaluado desconocían el día y el orden en que cada PE acudía a la consulta. Los médicos participantes desconocían la identidad de los PE y no recibieron ninguna información al respecto. Cada caso y cada médico tenían un código de asignación específico que únicamente conocía un administrativo, y que permitía reagrupar las historias clínicas, la evaluación del paciente y la autoevaluación del médico. Así mismo, se garantizó el anonimato de los médicos participantes en el estudio.

Auditoría de HCAP

Se realizó una auditoría de los siguientes CC: anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias, diagnóstico diferencial y manejo registrados en las HCAP utilizadas en las consultas de los PE, mediante una hoja de recogida de datos diseñada al efecto. Los ítems de evaluación estaban previamente definidos y se realizó por pares de investigadores de forma consensuada, para evitar errores de un solo observador.

Autoevaluación con preguntas cortas (AM)

Se proporcionó a cada médico un cuestionario que contenía un breve resumen del caso clínico y una serie de preguntas cortas que giraban en torno a la idea de: «si usted tuviera una segunda oportunidad para repetir esta entrevista, qué aspectos debería tener en cuenta?». Para la evaluación se definió un *check-list* con las respuestas correctas. El cuestionario era entregado al médico por el administrativo al salir el PE de la consulta, retirando a su vez la HC. No se definió un tiempo necesario para contestar el cuestionario.

Definición del nivel de competencia

Se definieron por parte de los investigadores y por consenso dos niveles mínimos de competencia (estándar) que correspondían respectivamente al 50 y al 60% del total de la puntuación obtenida con la evaluación del PE. Respecto al método de la auditoría de la HCAP y la AM, se definieron previamente los niveles estándar de respuesta correcta.

Se realizó una prueba piloto de los PE, auditoría de la HCAP y AM en un centro de características similares de otro distrito de la ciudad de Barcelona.

Análisis estadístico

Se realiza un análisis descriptivo de las variables del estudio. El peso de cada uno de los CC fue ponderado por un grupo de expertos, calculándose la puntuación a partir de las respuestas correctas obtenidas en cada variable. La puntuación total de cada médico fue obtenida mediante el sumatorio de la alcanzada en cada uno de los 3 casos, dividido por la puntuación máxima posible (*tabla 1*). A continuación, se clasificó a los médicos en función de la media y el error estándar.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de la fiabilidad del estudio valorando la consistencia interna y la reproductividad. La consistencia interna se midió con el test del alfa de Cronbach, que analiza la fiabilidad global de la prueba, mientras que la reproductividad se midió por el test de concordancia de kappa, para cada uno de los ítems de los diferentes instrumentos de evaluación, a excepción de la exploración física.

Resultados

Compleataron el estudio 22 médicos distribuidos en igual proporción en relación al sexo (se excluyeron los médicos 10 y 19, tal como se indica en la tabla 2, por no haber realizado todos los casos).

En la tabla 3 figuran los resultados de los CC evaluados con los 3 instrumentos (PE, HCAP y AM), debiendo destacar en primer lugar que los valores obtenidos con los PE son siempre superiores. En un solo caso (caso 2) no se cumple para la evaluación del manejo, tal vez porque la complejidad del caso requería más de una visita. No obstante, respecto a la anamnesis, cabe señalar que los resultados obtenidos con los 3 instrumentos son muy similares en el caso 3. La exploración física es obvio que sólo se objetiva con la evaluación del PE.

Respecto al manejo de los pacientes, se valoraron los casos 1 y 2, observándose que la concordancia entre las puntuaciones obtenidas con el PE y la HCAP tiene un valor de kappa > 0,5. No obstante, estas puntuaciones son siempre superiores en el PE. No se pudo evaluar el manejo del PE del caso 3, al apreciarse deficiencias en los criterios de corrección previamente definidos. Por tal motivo, los 13 puntos asignados al manejo del caso 3 no fueron aplicados.

La comunicación se evalúa mediante el PE, observándose en la tabla 4 que en todos los casos las puntuaciones han sido superiores a 6. La figura 2 muestra los diferentes resultados obtenidos en cada caso respecto a los aspectos de comunicación evaluados. Las puntuaciones obtenidas por cada uno de los médicos se presentan en la tabla 2, donde se aprecia que un 63,3% de los médicos tiene puntuaciones superiores al estándar 60. Este porcentaje se eleva al 90,9% si el nivel exigido es el estándar 50.

La consistencia interna obtenida en la elaboración de cada uno de los casos ha sido alta, siendo en valor del alfa de Cronbach para los casos 1, 2 y 3 de 0,94, 0,73 y 0,67, respectivamente. No obstante, la reproductividad total de la prueba ha sido baja (índice de kappa, 0,25).

Discusión

Los datos obtenidos nos permiten medir el «hace» de la pirámide de Míller^{2,3}. Nuestros resultados mues-

TABLA 1. Distribución del peso ponderado de cada componente en los casos de los pacientes estandarizados

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Peso total
Anamnesis	5	5	5	15
Exploración física	5	2	5	12
Comunicación	2,5	10	2,5	15
Diagnóstico diferencial	7	0	4	11
Manejo	17	17	13*	47
Puntuación total del caso	36,5	34	29,5	100

Los datos expresados de puntuación total y peso total deben ser entendidos sobre el valor 100 máximo para la prueba.

*Los valores de la tabla de especificaciones son previos al diseño de los casos. Por problemas metodológicos este valor no pudo ser evaluado.

TABLA 2. Resumen de los 3 casos ponderados en función del peso de cada uno de los médicos

Médico	Caso 1 (36,5)*	Caso 2 (34,0)*	Caso 3 (29,5)*	Puntuación total de los 3 casos
Médico 19	NE	13	12	NE
Médico 10	NE	13	12	NE
Médico 9	31	24	16	71
Médico 20	31	24	16	71
Médico 23	31	23	15	69
Médico 2	31	23	15	69
Médico 1	30	27	9	66
Médico 24	30	27	9	66
Médico 3	20	18	15	66
Médico 18	20	18	15	66
Médico 17	34	15	15	64
Médico 4	34	15	15	64
Médico 11	26	22	14	62
Médico 8	26	22	14	62
Médico 7	27	21	12	60
Médico 12	27	21	12	60
Médico 5	31	16	11	58
Médico 22	31	16	11	58
Médico 21	28	15	12	55
Médico 6	28	15	12	55
Médico 15	23	14	13	50
Médico 14	23	14	13	50
Médico 13	15	13	15	43
Médico 16	15	13	15	43

*Es el peso que cada uno de los casos tenía sobre un total de 100 puntos.

tran que el método de los PE es más adecuado para medir la competencia de los médicos que el clásico de la auditoría de la HCAP. Además ofrece la ventaja añadida de permitir medir la comunicación.

El método de la autoevaluación del médico (AM) no mejora en nuestro estudio los resultados obtenidos con el PE y la HCAP. Aunque no se defi-

nio un tiempo para contestar el cuestionario (AM), dado que los médicos lo llenaron al acabar la consulta, tal vez el cansancio lógico después de la jornada laboral condicionara una reflexión insuficiente.

Así pues, el objetivo inicial de nuestro estudio para evaluar la competencia («muestra cómo») sólo se ha logrado parcialmente con el método de

TABLA 3. Comparación de los resultados con los 3 métodos de evaluación

Caso	Paciente estandarizado ^a	Historia clínica ^a	Autoevaluación médica ^a	Índice de kappa ^b
Evaluación de la anamnesis				
Caso 1	72,72%	60,60%	53,5%	0,66
Caso 2	20,83%	12,5%	12%	0,42
Caso 3	55,83%	50%	45%	1
Evaluación de la exploración física				
Caso 1	95,45%	NE	NE	NE
Caso 2	75%	NE	NE	NE
Caso 3	45%	NE	NE	NE
Evaluación del manejo				
Caso 1	56,56%	46,46%	30,80%	0,57
Caso 2	51,92%	32,40%	66,6%	0,65
Caso 3	NE	32,14%	40,7%	NE

^aPorcentaje de ítems del *check-list* correctamente realizados por los médicos.

^bEste índice de kappa sólo hace referencia a la comparación entre el paciente estandarizado y el *audit* de la historia clínica.

NE: no evaluable.

No se pudo evaluar el manejo del PE del caso 3, al apreciarse deficiencias en los criterios de corrección previamente definidos.

TABLA 4. Evaluación global de la comunicación

Caso	Paciente estandarizado (puntuación media + ES)
Caso 1	8,18 + 0,11
Caso 2	6,65 + 0,24
Caso 3	8,91 + 0,11

Rango de valores, 0-10.

ES: error estándar.

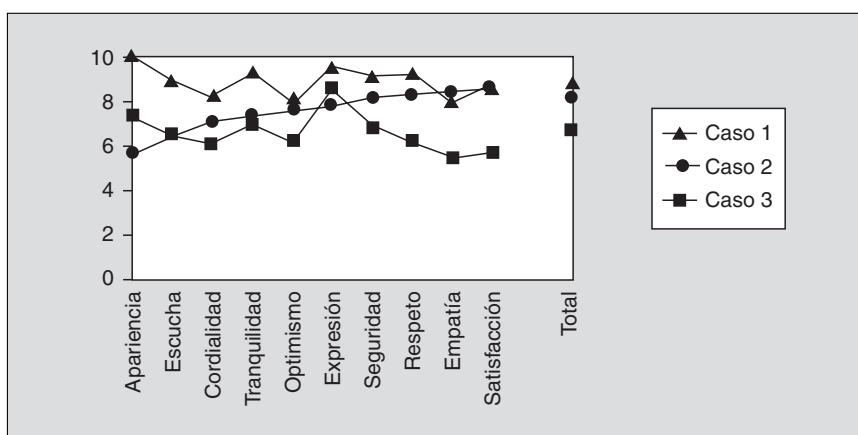


Figura 2. Evaluación de la comunicación.

los PE, pero no con los otros métodos (HCAP, AM). No olvidemos que los métodos de auditoria de HC no permiten evaluar el «hace» si no sólo el «sabe» y «sabe cómo»^{2,3}. Por otra parte, para evaluar el «hace» no es habitual utilizar el método de los PE,

pues se recurre con mayor frecuencia a la observación directa o a través de cámaras de video⁹⁻¹¹. En este caso, la utilización de los PE aporta algo nuevo respecto a la observación directa, como es el desconocimiento por parte del médico evaluado de cuándo

el paciente simulador entrará en la consulta. Es evidente, que debido al pequeño tamaño de la muestra, la baja reproductividad obtenida y la observación sólo en pacientes con hipertensión arterial, son necesarios más estudios para aclarar y completar los resultados que indica nuestra investigación.

Los criterios para medir la competencia se han obtenido de guías de práctica clínica habitualmente utilizadas en AP. Aunque sabemos que no todas estas guías aportan criterios basados en evidencias definidas en el sentido estricto del término, no por ello consideramos que los criterios publicados en estas guías sean menos válidos, pues están definidos por expertos en el tema y son las mejores evidencias de que disponemos¹²⁻¹⁴.

Un posible sesgo es evaluar una única visita y no el episodio de atención, con lo que posiblemente algunos ítems quedaron infraregistrados y podríamos pensar que los médicos tienen más capacidad resolutiva que la demostrada en esta evaluación.

No hemos podido comparar los resultados de nuestro estudio con los de otros realizados en nuestro medio para medir la evidencia en el ámbito de la AP, pues sólo se encuentran en la literatura médica trabajos referidos a *audits* de HC y fundamentalmente sobre el tratamiento^{7,8}.

Conviene señalar varios aspectos que pueden influir en los resultados, como son que los médicos no conocían previamente a los pacientes, la formación de los mismos o su propia motivación. Por el contrario, nuestro estudio aporta valores añadidos que son importantes de considerar para el análisis de la buena práctica en AP, como son la evaluación de la anamnesis, el manejo del paciente, la exploración física y la comunicación, en los que se descubren aceptables resultados gracias a la metodología de los PE.

La fiabilidad del estudio es alta, pues la consistencia interna de cada uno de los casos para el método de la evaluación del PE ha sido buena, y por tanto estos casos se pueden utilizar en otros estudios. Sin embargo, la reproductividad es baja, lo cual sin duda es debido a que sólo se han utilizado 3 casos; si se aumentara el número de los mismos, ésta aumentaría, y podría utilizarse este método para medir la práctica clínica en los profesionales de atención primaria con más garantías. Es de señalar

que, dado que nuestro objetivo era explorar cómo estudiar la competencia en la práctica clínica, no podemos concluir que los médicos sean «buenos» o «malos» en función de los resultados obtenidos, puesto que tampoco había ninguna variable definida al respecto. Sin embargo, sí reseñamos nuestra confianza en que esta línea de trabajo permitirá medir en un futuro la competencia profesional de los médicos, así como de otros profesionales sanitarios.

Además de aumentar el número de casos sometidos a valoración, este estudio debe completarse con el análisis de otros factores que influyen en la práctica diaria, como la motivación, la edad, la formación de pregrado, la formación continuada, las expectativas profesionales personales y un largo etcétera^{15,16}. También es interesante no olvidar evaluar las barreras que los profesionales sufren para mejorar su competencia: el tiempo escaso de visita, el acceso limitado a la información, el complicado acceso a las fuentes de información, las limitaciones que tienen para interpretar los resultados, entre otros^{17,18}. Por tanto, la definición de «buen profesional» no es fácil de establecer, y no sólo debe buscarse mediante tests que midan la competencia, sino que debe abrirse a pruebas que permitan medir la motivación y las barreras de la práctica clínica^{19,20}.

En el caso de los PE, la valoración de la consistencia interna ha sido buena; si en algún caso pudiera existir algún sesgo respecto al actor se trataría de un error sistemático, que se repetiría en todos los casos.

En lo referente al método de evaluación de la HC, es de señalar que presenta las limitaciones que suelen presentar los sistemas de información en atención primaria, como es la falta de transcripción de todo lo que realmente se hace, tal y como se ha demostrado con la comparación del método del PE²¹⁻²⁴.

Para acabar, conviene no olvidar otra importante limitación, como es la

que se ha dado en denominar el «efecto Hawthorne»²⁵, según el cual la actividad profesional está condicionada al saberse observado. Tal efecto se minimiza al no conocer el profesional qué paciente de su lista, ni en qué día, aparecía el paciente simulador.

Otras limitaciones pueden ser el coste del método de evaluación y la aceptación de los profesionales respecto al método del PE. Respecto al coste de este método, queremos comentar que, aunque no era objeto de este estudio, probablemente no sea superior al del audit de las HC, si tenemos en cuenta que los realizan médicos o empresas externas contratadas que hay que retribuir. En relación a la aceptación de los profesionales, somos conscientes que probablemente mejoraría si este sistema de evaluación se incluyera entre los méritos de la carrera profesional.

Bibliografía

1. Blay Pueyo C. Evaluación de la competencia profesional: ¿están cambiando los tiempos? Aten Primaria 1995; 16: 2-4.
2. Miller G. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1992; Supl 65: 63-67.
3. Miller G. Conference. Acad Med 1993; 68: 471-478.
4. Reznick Rk, Blackmore D, Dauphiné ND, Rothman Ai, Smee. Large scale high-stakes testing with on OSCE report from Medical Council of Canada. Acad Med 1996; 71: 19-21.
5. Gómez Sáez JM, Pujol Farriols R, Martínez Carretero JM, Blay Pueyo C, Jaurrieta Mas E, Friedman M et al. El proyecto COMBELL. Un análisis de la competencia clínica médica. Med Clin (Barc) 1995; 105: 649-651.
6. Guía de Hipertensió Arterial. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria, 1999.
7. Ellis J, Mulligan I, Rowe J, Sackett DL. Inpatient general medicine is evidence based. Lancet 1995; 346: 407-410.
8. Gill P, Dowell AC, Neal RD, Smith N, Heywood P, Wilson AE. Evidence based general practice: a retrospective study of interventions in one training practice. BMJ 1996; 312: 819-821.
9. Boardman AP, Craig TKJ. Videorecording in general practice (carta). J Royal Coll Gen Pract 1987; 37: 134.
10. Mackay HAF. Videorecording in general practice (carta). J Royal Coll Gen Pract 1987; 37: 181.
11. Tylee A. Videorecording in general practice (carta). J Royal Coll Gen Pract 1987; 37: 320.
12. Muir Gray JA. Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Madrid: Churchill Livingstone Europe, 1997.
13. Gómez de la Cámara A. La medicina basada en la evidencia. Aspectos Controversios 1998; 5 (3): 185-189.
14. Vázquez Díaz JR, Gaspar Guardado MA. La medicina basada en la evidencia. Aspectos Controversios 1998; 5 (3): 190-196.
15. Haynes RB. Loose connections between peer review clinical journals and clinical practice. Ann Intern Med 1990; 113: 724-728.
16. Godlee F. Applying research evidence to individual patients. Evidence based case reports will help. BMJ 1998; 316 (6): 1621-1622.
17. Haynes RB. Getting research findings into practice. Barriers and bridges to evidence based clinical practice. BMJ 1998; 317: 273-276.
18. Hicks Nr. Peer review of the process of care has limited reliability. Evidence. B Health Policy Mag 1998; 2 (2): 42.
19. García Sánchez S, González Ares JA. Factores de motivación de los profesionales de la salud en atención primaria. FMC 1995; 2 (1): 5-10.
20. Blanchard K, O'Connor. Dirección por valores. Barcelona: Ed. Gestión 2000, 1997.
21. Smith MA, Atherly AJ, Kane RL et al. Peer review of quality of care: reliability and sources of variability for outcome and process assessments. JAMA 1997; 278: 1573-1578.
22. Robinson MB. Evaluation medical audit. J Epi Comm Health 1994; 48: 435-440.
23. Barton A, Thomson R, Bhopal R. Clinical audit: more research is required. J Epi Comm Health 1995; 49: 445-447.
24. Auplish S. Using clinical audit to promote evidence-based medicine and clinical effectiveness – an overview of one health authority's experience. J Eval Clin Prac 1997; 3: 77-82.
25. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación. Barcelona: Doyma, 1991; 8.