

## Instrumento para explorar nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente en estudiantes de pregrado

### A tool for assessing the level of knowledge about patient's safety in undergraduate students

Miday Columbié Pileta,<sup>I</sup> Eloy Morasen Robles,<sup>II</sup> Bárbara Daudinot,<sup>III</sup> María del Carmen Pría Barros,<sup>I</sup> Yunaisy Moya Bisset,<sup>IV</sup> Lourdes Couturejuzón<sup>V</sup>

<sup>I</sup> Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Hospital "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Hospital General Docente "Héroes del Baire". Isla de la Juventud, Cuba.

<sup>IV</sup> Facultad de Tecnología de la Salud "Salvador Allende". La Habana, Cuba.

<sup>V</sup> Facultad de Estomatología "Raúl Gonzalez Sanchez". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** la seguridad del paciente de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se define como la ausencia de un daño innecesario, real o potencial asociado a la atención sanitaria. *Aranaz* y colaboradores consideran a la inseguridad del paciente como una epidemia silenciosa porque es un problema frecuente, con tendencia creciente, grave en potencia, prevenible, con gran impacto económico, sanitario y social, que preocupa a profesionales, organizaciones sanitarias e instituciones y ciudadanos.

**Objetivo:** adaptar y validar un cuestionario para explorar el nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente en estudiantes de pregrado.

**Método:** se realizó un estudio de investigación y desarrollo de instrumento de medición. Se trabajó con dos grupos de internos para la validación, se cumplió con el principio ético de la confidencialidad de los datos. El proceso se realizó en tres etapas y se utilizó el paquete estadístico SPSS. 21 para el análisis multifactorial y el cálculo de distribuciones de frecuencias.

**Resultados:** se eliminaron 13 ítems de los 26 iniciales. Su aplicación demoró entre 10 y 15 minutos y las preguntas que más variabilidad ofrecieron en sus respuestas fueron la 10 y la 13. Se confeccionó la escala de medición del instrumento, en la que si el valor promedio de respuestas correctas se encuentra por encima del valor que ocupa el percentil 66, se consideró que existía Nivel de conocimiento alto.

---

**Conclusión:** como primera aproximación al problema, el instrumento resulta factible y útil para ser utilizado entre los estudiantes de medicina.

**Palabras claves:** seguridad del paciente; cultura en seguridad del paciente; validación de instrumentos.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** Whose define safety health patient like an absence of unnecessary injury, real or potential associate to sanitary attention. Aranáz and cols considered to unsafely health patient like an silence epidemic because this is e frequently problem, with growing tendency, grave in potency, preventive, with a big economic, sanitary and social impact, who worried to professionals, sanitary organizations, institutions and citizen.

**Objective:** To adapt and validate a questionnaire to explore knowledge level about safety health patient in undergraduate medicine students.

**Methods:** It was making and investigation and development study of measurement instrument. It was working with two groups of last year undergraduate medicine students for the validation; it was accomplice with and ethic principle for data confidence. The process was making in three periods and their used SPSS 21 statistic program to do multifactorial analysis and frequency distributions estimate.

**Results:** It was remove 13 items of 26 at the beginners. Their applications delayed between 10 and 15 minutes and the questions who more variability offered in their answer were 10 and 13. It was making the instrument measurement scale, in which the mean value of right answers is above 66 percentile, it was considered High knowledge level.

**Conclusion:** Like a first approximation to problem, the instrument result workable and useful to be used between medicine students.

**Key words:** Safety health patient; safety health patient culture; instrument validation.

---

## INTRODUCCIÓN

La Seguridad del paciente de acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS) se define como la ausencia de un daño innecesario, real o potencial asociado a la atención sanitaria.<sup>1</sup>

Se han realizado estudios con expertos que han detectado puntos críticos en el sistema sanitario que repercuten en la seguridad del paciente: la ausencia de conocimientos en seguridad y calidad entre los profesionales sanitarios, la ausencia de información y sistemas de registros y análisis de incidentes, así como la falta de incorporación de rutinas de gestión de riesgos dentro de la gestión global de la asistencia sanitaria.<sup>2,3</sup>

La seguridad del paciente es un aspecto prioritario para el mejoramiento de la atención y disminución de las consecuencias del error médico, para lograr un

---

cambio en este sentido es necesaria la educación de los profesionales de salud desde el pregrado.<sup>4</sup>

*Aranaz y colaboradores* consideran a la inseguridad del paciente como una epidemia silenciosa porque es un problema frecuente, con tendencia creciente, grave en potencia, prevenible, con gran impacto económico, sanitario y social, que preocupa a profesionales, organizaciones sanitarias e instituciones y ciudadanos.<sup>5</sup>

El informe del Institute Of Medicine en 1980 estimó que entre 44,000-98,000 personas, mueren cada año en los hospitales como resultado de los eventos adversos, cifras que superan la mortalidad en los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA.<sup>6,7</sup>

Para entender la magnitud y las causas de los daños ocasionados a los pacientes y encontrar soluciones innovadoras o adaptar a diferentes contextos soluciones de efectividad demostrada, se requieren más conocimientos y un mejor aprovechamiento de los conocimientos disponibles.<sup>8</sup>

El informe de la OMS en relación a la Calidad de la atención y seguridad del paciente, establece que: "Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran acontecimientos adversos, y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia".<sup>3</sup>

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria. También plantea que para entender la magnitud y las causas de los daños ocasionados a los pacientes y encontrar soluciones innovadoras, o adaptar a diferentes contextos soluciones de efectividad demostrada, se requiere más conocimientos disponibles. Para ello es necesario investigar en muchas áreas con el fin de mejorar la seguridad de la atención y prevenir así dichos daños.<sup>8</sup>

La investigación encaminada a promover la seguridad del paciente está aún en sus comienzos. Entre los factores importantes que explican el aún limitado *corpus* de la investigación sobre la seguridad del paciente destacan el limitado desarrollo metodológico, la escasez de instrumentos adecuados y de profesionales cualificados.<sup>8</sup>

La escasez de instrumentos aplicables a diferentes entornos y a diferentes preguntas de investigación es una de las razones por las que la información sobre el tipo, la magnitud y las causas del daño ocasionado a los pacientes sea limitada, lo que a su vez ha retrasado la elaboración y la aplicación de soluciones preventivas.<sup>8</sup>

Es imprescindible que el profesional de la salud cuente con conocimientos y habilidades suficientes en la especialidad que ejerce, para garantizar así, calidad en la atención sanitaria. Una de las dimensiones de la calidad es la seguridad del paciente. Lo ideal sería que todo profesional tuviese un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, en seguridad del paciente (conocimiento en seguridad del paciente), pero este es un tema nuevo en el mundo y Cuba no está exento de eso, por ello la importancia de comenzar a explorarlo, como uno de los primeros pasos de un proceso investigativo aún mayor.

---

Por lo planteado, es que surge la inquietud de explorar los niveles de conocimientos en seguridad del paciente en el territorio cubano, como primer paso para continuar luego, profundizándose en el tema. Ya se sabe desde los párrafos iniciales de este artículo, que el conocimiento sobre el tema aquí abordado, desde el pregrado, sienta bases para un buen desarrollo profesional que garantice una atención sanitaria segura a los pacientes. Así es que surge el problema de investigación relacionado con el desarrollo de instrumentos para explorar en una etapa inicial, el nivel de conocimientos sobre la seguridad del paciente, en los estudiantes de pregrado en ciencias de la salud.

El objetivo de este estudio es adaptar y validar un cuestionario para explorar el nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente en estudiantes de medicina.

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio de investigación y desarrollo de instrumento de medición para la evaluación del nivel de conocimiento sobre seguridad del paciente en estudiantes de pregrado en ciencias de la salud.

El universo utilizado fue de tres expertos para la primera validación del instrumento. En la segunda etapa se trabajó con los estudiantes de sexto año de la carrera de medicina, que rotaban por el servicio de cirugía general, en el hospital "Enrique Cabrera" durante el mes de mayo de 2015. En la tercera etapa se trabajó con todos los internos de medicina que estaban rotándose por el Hospital General Docente "Héroes del Baire" a principios del mes de junio de 2015. Para realizar todo este proceso, se contó con el consentimiento informado verbal del Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital "Enrique Cabrera" y de la Directora del Hospital "Héroes del Baire". A directivos aquí mencionados y a los estudiantes que participaron en el estudio se les informó sobre los objetivos e importancia de esta investigación. Se plasmó la misma en el encabezamiento del cuestionario, al llenarlo ya se confirmaba su consentimiento escrito. Se cumplió con el principio de la confidencialidad de los datos, la cual sólo fue utilizada por los investigadores y con fines investigativos, presentada de forma colectiva y no individual. Las variables utilizadas para dar salida al objetivo de esta investigación, fueron operacionalizadas.

Se realizó una amplia revisión de la literatura existente y se trabajó con las dimensiones e ítems del cuestionario de actitudes hacia la seguridad del paciente, utilizado por *Lamponi y colaboradores* en su artículo "Seguridad del paciente y educación médica: adaptación transcultural de un cuestionario para la evaluación de la percepción de seguridad del paciente en estudiantes de medicina". Consta de 26 ítems y 9 dimensiones.<sup>9</sup>

Los ítems están redactados como afirmaciones. El encuestado le da un número o puntuación a cada uno, según la escala de Lickert, valores desde uno (en desacuerdo total) hasta siete (de acuerdo en su totalidad), pasándose por cuatro como valor neutral.

El proceso de validación constó de las siguientes etapas:

1. Tres expertos (todos profesores: la evaluadora que es bioestadística de la ENSAP, un cirujano general del Hospital Nacional y una especialista en Medicina General Integral (MGI) y Bioquímica, de la Facultad de Tecnología de la Salud

(FATESA) revisaron el cuestionario ya mencionado y coincidieron que se podía utilizar en toda su extensión. Ellos realizaron la validación de contenido, comprensión y pertinencia de los ítems. Así se decidió trabajar con los ítems del cuestionario original.

2. Para medir la concordancia interobservadores, el instrumento se aplicó a los internos del servicio de cirugía general del Hospital "Enrique Cabrera", para ver la concordancia interobservadores. Se formaron dos grupos con cinco internos cada uno y se eliminaron los ítems que no alcanzaron un 70 % de acuerdos por ítem en cada grupo. Los cuestionarios se aplicaron a 11 internos y uno lo entregó en blanco. En esta segunda etapa del proceso de validación, cada ítem tenía las opciones de marcar "De acuerdo", "No de acuerdo" y las observaciones. Aquí cada alumno planteaba su posición con las preguntas y si creía que debía hacerse alguna modificación. Cuando el 70 % o más de cada grupo, coincidía en que estaba en desacuerdo con el ítem, este se eliminó del cuestionario.<sup>10</sup> De esta forma se evaluó la fiabilidad del cuestionario.
3. Realización de la prueba piloto con los 22 internos que rotaban por el hospital de la Isla de la Juventud. Esto fue para la consistencia interna entre los ítems. Para la validez de constructo se realizó un análisis multifactorial para definir los ítems más relacionados entre sí, y definir las dimensiones finales del cuestionario.<sup>10</sup> Con esta prueba piloto además, se evaluó la factibilidad de la aplicación y la utilidad del instrumento.

Para esto se procesó la información con el paquete estadístico SPSS. 21.

Para la discusión de los resultados se realizaron comparaciones con el estudio original de *Lamponi*. Cuando fue pertinente, se realizó una valoración personal del evento estudiado.

## **RESULTADOS**

El cuestionario es un instrumento utilizado para la recogida de información, diseñado para poder cuantificar y universalizar la información y estandarizar el procedimiento de la entrevista. Su finalidad es conseguir la comparabilidad de la información.<sup>9</sup>

Los cuestionarios basan su información en la validez de la información verbal de percepciones, sentimientos, actitudes o conductas que transmite el encuestado, información que, en muchos casos, es difícil de contrastar y traducir a un sistema de medida, a una puntuación. Es esta característica lo que hace tan complejo, establecer los criterios de calidad de este tipo de instrumentos.<sup>9</sup>

Con el fin de validar un cuestionario ya existente para evaluar los conocimientos existentes sobre seguridad del paciente, en estudiantes de pregrado en ciencias de la salud, se comenzó el proceso con 10 internos. En esta primera etapa la edad media de los estudiantes fue de 24 años, con una desviación típica de 1,2 años, predominándose el sexo femenino en el 60 % de los estudiantes.

En esta etapa, de 26 ítems con los que contaba el instrumento en su inicio se eliminaron 13, pues no alcanzaron el 70 % de acuerdos en ambos grupos. *Arribas M.* recomienda realizar el doble de ítems de los que van a necesitarse en la versión definitiva del cuestionario.<sup>10</sup> Así fueron eliminados los ítems 1,2,4,5,9,12,14,15,16,18,19,22,25. El resto de los ítems osciló entre 80 y 100 % de acuerdo (tabla 1). Los ítems marcados de rojo son los que fueron eliminados.

Los ítems que más porcentajes de acuerdo obtuvieron en los dos grupos fueron los 8, 10 y 11 con un 100 %. En el ítem 12 no hubo ningún acuerdo para dejar la pregunta. El ítem 19 fue el otro con menos porcentaje de cuerdos ente los grupos (20 %).

**Tabla 1.** Ítems iniciales en el cuestionario según porcentaje de acuerdo por grupos

No.	Ítems	Grupo 1	Grupo 2
1	Mi entrenamiento me está preparando para entender las causas del error en medicina.	60	60
2	Como resultado de mi formación de pregrado, tengo una buena comprensión de las cuestiones de Seguridad del Paciente.	60	60
3	Mi entrenamiento me está preparando para prevenir errores en medicina.	80	80
4	Me sentiría cómodo reportando cualquier error que haya cometido, sin importar cuán serios hayan sido los resultados para el paciente.	60	60
5	Me sentiría cómodo reportando cualquier error que otras personas hayan cometido, sin importar cuan serios hayan sido los resultados para el paciente.	60	60
6	Estoy seguro de que podría hablar abiertamente con mi supervisor acerca de un error que yo haya cometido si el mismo resultó en daño potencial o real a mi paciente.	80	80
7	Turnos de trabajo más cortos para los médicos reducirán los errores en medicina.	80	80
8	Al no tomar descansos regulares durante los turnos, los médicos aumentan el riesgo de cometer errores.	100	100
9	El número de horas que trabajan los médicos aumenta la probabilidad de cometer errores en medicina.	60	60
10	Incluso los médicos más experimentados y competentes cometen errores.	100	100
11	Un verdadero profesional no comete errores.	100	100
12	El error humano es inevitable.	0	0

13	La mayoría de los errores en medicina derivan de enfermeras descuidadas.	80	80
14	Si las personas prestaran más atención en el trabajo, los errores en medicina serían evitados.	40	80
15	La mayoría de los errores en medicina derivan de médicos descuidados.	60	60
16	Los errores en medicina son un signo de incompetencia.	60	40
17	No es necesario reportar errores que no resulten en eventos adversos para el paciente.	80	80
18	Los médicos tienen la responsabilidad de comunicar el error al paciente solo si el mismo resultó en daño para ese paciente.	40	40
19	Todos los errores en medicina deberían ser reportados.	20	20
20	Un mejor trabajo en equipo multidisciplinario reducirá los errores en medicina.	100	100
21	Enseñar habilidades de trabajo en equipo reducirá los errores en medicina.	80	80
22	Los pacientes tienen un rol importante en la prevención del error en medicina.	60	60
23	Estimular a los pacientes a estar más involucrados en su cuidado puede ayudar a reducir el riesgo de ocurrencia de los errores en medicina.	80	80
24	Enseñar a los estudiantes sobre seguridad del paciente debería ser una prioridad en el entrenamiento médico de pregrado.	80	100
25	Las cuestiones en seguridad del paciente no pueden ser enseñadas y solo pueden ser aprendidas mediante la experiencia clínica luego de la graduación.	60	60
26	Aprender sobre seguridad del paciente antes de graduarme me permitirá convertirme en un médico más efectivo.	100	100

Una vez rediseñado el instrumento, ahora con 13 ítems, (tabla 2) fue aplicado en su versión final a 22 internos de la isla de la Juventud, como ya se dijo antes. La media de edad de los estudiantes de medicina de sexto año fue de 24 años con una desviación típica de 2,7 años. Predominó el sexo masculino con un 59 %.

La aplicación del cuestionario demoró entre 10 y 15 minutos y se vio que los datos eran posibles de ser recogidos, pues los ítems no dieron grandes problemas a los estudiantes, de ahí su factibilidad en la aplicación. Los ítems 10 y 13 fueron los que más variabilidad presentaron.

Se considera que es un instrumento útil porque recoge información variable que al final permite evaluar el nivel de conocimiento en seguridad del paciente que poseen los estudiantes. Se dice que son ítems simples cuando la puntuación directa se obtiene con el sumatorio de respuestas acertadas o de los valores que se hayan

---

dado a cada opción.<sup>9</sup> En este caso quedó formado por ítems simples, ya que el análisis multifactorial no se pudo realizar porque "hay menos de dos casos, al menos una de las variables tiene varianza cero, hay sólo una variable en el análisis o no se han podido calcular los coeficientes de correlación para todos los pares de variables. No se calculará ningún estadístico más". Esa fue la salida del SPSS, y esto se debe a que el último de los ítems, fue respondido de forma afirmativa por todos los internos.

La forma evaluativa del cuestionario validado fue teniendo en cuenta lo siguiente, son 13 ítems y tres categorías de medición de la variable "nivel de conocimiento":

- Nivel de conocimiento bajo.
- Nivel de conocimiento medio.
- Nivel de conocimiento alto.

Al dividir el percentil 100 en tres categorías, se obtiene el percentil 33 y el percentil 66. Se elabora una escala con los valores ubicados en la posición de estos percentiles y quedaría como sigue:

- Si el valor promedio de respuestas correctas se encuentra por debajo del valor que ocupa el percentil 33: Nivel de conocimiento bajo.
- Si el valor promedio de respuestas correctas se encuentra entre los valores que ocupan el 33 y 66 percentil: Nivel de conocimiento medio.
- Si el valor promedio de respuestas correctas se encuentra por encima del valor que ocupa el percentil 66: Nivel de conocimiento alto.

## **DISCUSIÓN**

En la primera etapa de la validación del instrumento propuesto, se redujo a la mitad el número de ítems. *Arribas M.* recomienda realizar el doble de ítems de los que van a necesitarse en la versión definitiva del cuestionario.<sup>9</sup>

Al aplicar el cuestionario en los internos de la Isla de la Juventud los ítems 10 y 13 fueron los que más variabilidad presentaron; coincidiéndose con *Lamponi* en el ítem 13. Se cree que es debido a una dificultad en la comprensión del enunciado a pesar de que esto no haya sido demostrado en el proceso de evaluación de la validez.

Es necesario destacar además, que estas dificultades se presentan debido a la falta de conocimiento sobre seguridad en el medio y por lo tanto la dificultad de los estudiantes para conocer que el error, puede ocurrir en cualquier profesional de la salud, a pesar de su experticia.<sup>8</sup> También la falta de conocimientos se aprecia en el adjudicar la mayoría de los errores en medicina a enfermeras descuidadas.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Se sabe de la existencia de pocos instrumentos para medir el nivel de conocimientos sobre la seguridad del paciente, en el pregrado de las ciencias de la salud. El

---

territorio cubano no cuenta con un instrumento para este fin. Se validó el cuestionario propuesto para explorar el nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente, en estudiantes de medicina. Este es factible y útil en el entorno del pregrado de medicina. Puede mejorarse porque hay que recordar que esta es una primera aproximación al problema.

## **RECOMENDACIONES**

- Someter este instrumento a la estabilidad temporal para confirmar su factibilidad.
- Utilizarlo en un universo mayor de estudiantes de diferentes universidades de ciencias médicas para conocer el nivel de conocimientos en seguridad del paciente que existe en estudiantes de medicina.
- Hacer uso del instrumento de medición en estudiantes de otras carreras de las ciencias de la salud.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES**

No existen conflictos de intereses.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Pérez Castro JA, Vázquez J, Burgos Martínez LA, Jaramillo Esparza CM, Pastrana Gómez AA, Delgado Bernal M, et al. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. Rev CONAMED. 2014 [citado 16 de marzo de 2015];19(2):52-8. Disponible en URL [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112012000600011&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112012000600011&script=sci_arttext)
2. Badia Llach X. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios. Diseño y validación preliminar. Informes, Investigación y Estudios. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid; 2010.
3. Martín Delgado MC, Cabré Pericas L. Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. Publicación cuatrimestral del máster en bioética y derecho. Revista de Bioética y Derecho. 2009 [citado 16 de marzo de 2015];15:6. Disponible en URL: [http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/RByD15\\_ArtMartin&Cabre.pdf](http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/RByD15_ArtMartin&Cabre.pdf)
4. Saturno PJ, Da Silva Gama ZA, De Oliveira Sousa SL, Fonseca YA, De Souza Oliveira AC. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. MedClinMonogr (Barc). 2008 [citado 16 de marzo de 2015];131(Supl 3):18-25. Disponible en URL: <http://www.um.es/calidadsalud/archivos/AnalisisculturaSP%28articulo%29.pdf>
5. Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE, et al. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. GacSanit. 2006 [citado 23 de marzo de 2015];20(Supl 1):41-7. Disponible en URL: [http://195.64.186.10/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/1\\_Jesus\\_Aranaz\\_ppt.pdf](http://195.64.186.10/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/1_Jesus_Aranaz_ppt.pdf)

6. Los eventos adversos. En: Calidad y Evaluación Sanitaria. Planificación Sanitaria. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General de Sanidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. 2006 [citado 23 de marzo de 2015]. Disponible en URL: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp3.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf)

7. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. OMS; 2008.

8. Lamponi TL, Gazzoni C, Gallardo MF, Cragno A, García Dieguez M, Ocampo A, et al. Seguridad del paciente y educación médica: adaptación transcultural de un cuestionario para la evaluación de la percepción de seguridad del paciente en estudiantes de medicina. Revista Argentina de Educación Médica. 2014 [citado 16 de marzo de 2015];6(2):45-52. Disponible en URL: [http://www.raemonline.com.ar/pdf\\_pub/n6\\_14/45-51-EM2-2-Lamponi.pdf](http://www.raemonline.com.ar/pdf_pub/n6_14/45-51-EM2-2-Lamponi.pdf)

9. Arribas M. Diseño y validación de cuestionarios. Formación continuada. Instituto de Salud "Carlos III". Madrid: Matronas Profesión. 2004;5(17):23-9.

Recibido: 24 de junio de 2015.

Aprobado: 19 de octubre de 2015.

*Miday Columbié Pileta*. Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.  
Correo electrónico: [miday@infomed.sld.cu](mailto:miday@infomed.sld.cu)