

La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003^a

Beatriz Elena Ospina Rave^b

Juan de Jesús Sandoval^c

Carlos Andrés Aristizábal Botero^d

Martha Cecilia Ramírez Gómez^e

RESUMEN

El objetivo de este artículo es describir el proceso de validación de una escala tipo Likert, utilizada para la medición de los conocimientos y actitudes que tenían los profesionales de enfermería de Antioquia en el cuidado de la salud de los colectivos en el año 2003.

En este sentido se elaboró un instrumento utilizando una escala de Likert, con preguntas cerradas, referidas a las áreas de cuidado a colectivos, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, desarrollo humano, participación social y educación para la salud. La intencionalidad de las preguntas planteadas era valorar las opiniones, los gustos, la satisfacción y el conocimiento frente a las áreas mencionadas. Su aplicación exploró las tendencias y las discrepancias que las respuestas tenían frente a una actitud hacia el cuidado de la salud, positiva o negativa. Entre los resultados más relevantes se encontró el de una dirección actitudinal positiva (59%) en la escala de Likert, en los profesionales de enfermería hacia su práctica en el cuidado a los colectivos humanos.

Palabras clave:

Escala de Likert, conocimientos actitudes y prácticas en salud, enfermería en salud comunitaria, promoción de la salud, salud colectiva.

- a El presente artículo es producto de la investigación titulada: Los conocimientos, las representaciones, las actitudes y las prácticas que sobre el cuidado de la salud de los colectivos tienen los profesionales de enfermería de Antioquia, financiada por la Universidad de Antioquia y Colciencias. Julio 2002- Abril 2005.
- b Enfermera. Magíster en desarrollo educativo y social. Profesora Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, Medellín Colombia. Correo electrónico: bospina@catios.udea.edu.co
- c Estadístico. Magíster en epidemiología. Profesor Facultad Ciencias Exactas y Naturales, Investigador Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia, Medellín Colombia. Correo electrónico: jsandoval@guajiros.udea.edu.co
- d Sociólogo. Investigador de la Universidad de Antioquia, Medellín Colombia. Correo electrónico: carandres40@yahoo.es
- e Enfermera. Magíster orientación y consejería y magíster en epidemiología. Profesora Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, Medellín Colombia. Correo electrónico: marthace@tone.udea.edu.co

Ospina BE, Sandoval JJ, Aristizábal CA, Ramírez MC, La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003. Invest Educ Enferm 2005; 23(1): 14-29

Recibido: 16 de julio de 2004
Aceptado: 23 de febrero de 2005

Nursing professionals health care knowledges and attitudes in Likert´s scale. Antioquia, 2003

Beatriz Elena Ospina Rave
Juan de Jesús Sandoval
Carlos Andrés Aristizábal Botero
Martha Cecilia Ramírez Gómez

INTRODUCCIÓN

El presente artículo se construyó en el marco de la investigación sobre los conocimientos, las representaciones, las actitudes y las prácticas que sobre el cuidado de la salud de los colectivos tienen los profesionales de enfermería de Antioquia^f. Dicho proyecto se plantea teniendo como referente la necesidad de investigar, sistematizar las experiencias, formular nuevas preguntas a partir de prácticas anteriores y actuales, y ampliar el campo del conocimiento del cuidado de la salud de los colectivos, con formulaciones teóricas y metodológicas que permitan avanzar hacia nuevas formas de relación, de vinculación de la enfermería con las personas, las familias, los grupos, los colectivos, las instituciones y el Estado.

El profesional de enfermería, en este campo, requiere de conocimientos, actitudes y prácticas que le permitan establecer relaciones comunicativas comprensivas con los grupos interdisciplinarios y los diferentes colectivos humanos con los cuales interactúa. Por lo tanto, su práctica social debe estar respaldada por propuestas que aporten significativamente a la transformación del cuidado y de los servicios de salud y de enfermería.

Pensar en la naturaleza, contenido y enfoque del cuidado de enfermería en el ámbito de la salud colectiva, genera una serie de preocupaciones e interrogantes relacionados con la visión que tiene el profesional de enfermería del cuidado de la salud desde la dimensión científico-técnica, profesional, humanística y social.

Además, la comprensión del cuidado de enfermería implica la reflexión del profesional

ABSTRACT

The objective of this paper is describe the process of validation of scale type Likert used for measure the knowledge and attitudes that nursing professionals of Antioquia (Colombia) had in the communities health care in the 2003.

At this meaning an instrument was elaborated using a Likert scale, with closed questions, referred to the areas of communities care, health promotion, prevention of disease, human development, social participation and education for health, intention of the thought about questions was guided to value the opinions, enjoyments, the satisfaction and the knowledge about mentioned areas.

Their application explored the tendencies and the variances the answers had about attitude toward the health care, either positive or negative. The more notable result was a positive direction in attitude (59%) in the Likert's scale at the Nursing professionals toward their practice in the human communities care.

Key words:

Likert scale, health knowledge attitudes and practices, community health nursing, health promotion, health collective.

sobre su práctica, su transformación de acuerdo con los cambios en el contexto socio-político, económico y cultural y con los retos y desafíos que tiene que enfrentar para dimensionar el cuidado en los nuevos escenarios que debe compartir con otras disciplinas y sectores de la sociedad.

Es por ello que busca determinar cuáles son los conocimientos que tienen los profesionales de enfermería sobre

^f Investigación realizada por un grupo de enfermeras docentes investigadoras con estudiantes de la Facultad de Enfermería y estudiantes de los últimos niveles del pregrado y con docentes de otras disciplinas de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 2003

el cuidado de la salud de los colectivos humanos, analizar la interacción existente entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas, e interpretar cómo estas categorías se expresan en el cuidado de la salud en los escenarios sociales, además de analizar los objetos de transformación actuales y emergentes en la práctica de enfermería y su aporte al desarrollo científico-técnico y humanístico de la profesión.

El cuidado de la salud, como objeto de conocimiento de la profesión de enfermería, es entendido como la interacción humana, científica y técnica entre la enfermera, la persona y los colectivos, cuya intencionalidad es promover la salud, prevenir, atender y rehabilitar en la enfermedad, procurando el desarrollo humano y social de los sujetos participantes en el cuidado.

Por lo tanto, representa para el profesional de enfermería un reto para sí mismo, porque implica gestionar su propio proyecto de vida y reconocerse como persona y como profesional en los mundos físico, social y simbólico que constituyen su universo de la vida. Además, propicia la interacción con otros seres humanos en los diferentes espacios de la cotidianidad, para comprender el sentido que les dan a sus proyectos de vida y de salud, y de esta manera contribuye al desarrollo individual y colectivo.

Desde enfermería se han realizado importantes aportes en relación con el concepto de cuidado de la salud en sus dimensiones individual y colectiva, con elementos epistemológicos, teóricos y metodológicos. El cuidado individual implica, para el profesional de enfermería, una relación con el sujeto sano o enfermo, dirigida a potencializar sus capacidades y al estímulo de satisfactores que aporten al logro de su bienestar, lo que requiere el trabajo en equipo con otros profesionales y la participación de la familia en la búsqueda de una mejor calidad de vida.

Por otro lado, el cuidado de enfermería en su dimensión colectiva contribuye al desarrollo de los grupos y de los colectivos y al logro de unas mejores condiciones de vida de las personas, con la participación de la comunidad, de las instituciones, de otros profesionales y sectores.

La enfermería se ha concebido como una práctica social, y como tal los profesionales han desarrollado a través del tiempo avances significativos a partir de la reflexión y la teorización sobre dicha práctica. En el ámbito de la salud colectiva es necesario reflexionar, recuperar y sistematizar las prácticas de cuidado, con la finalidad de disponer de un cuerpo epistemológico y teórico que la fundamente y que aporte a su desarrollo disciplinar.

Es importante entonces hacer una nueva lectura del significado y la trascendencia social y humana del cuidado como práctica social, que permita definir el deber ser de enfermería y la influencia del contexto en el ejercicio de la profesión, así como también plantear nuevos problemas que dinamicen la formación, la estructura y el funcionamiento de los servicios de salud y los modelos de atención en enfermería.

Es en este sentido como la formación científico-técnica, humanística y social del profesional de enfermería, en el ámbito del cuidado de la salud de los colectivos, se ha nutrido de los aportes de las ciencias sociales y humanas para el desarrollo de conocimientos epistemológicos, teóricos y metodológicos que sirven de base para el desarrollo posterior de su práctica. Dichos conocimientos tienen relación con la promoción de la salud y la prevención de

La enfermería se ha concebido como una práctica social, y como tal los profesionales han desarrollado a través del tiempo avances significativos a partir de la reflexión y la teorización sobre dicha práctica

la enfermedad, la educación para la salud, la participación social, el desarrollo humano y la gestión del cuidado y de los servicios de salud.

Los conocimientos del profesional de enfermería son el resultado de un proceso constructivo, en el cual se adquiere información procedente del medio, que interactúa con la que ya posee y genera la incorporación y la organización de conocimientos nuevos, que le permiten realizar su práctica del cuidado de la salud y la vida; además, establecer relaciones comunicativas comprensivas con los grupos interdisciplinarios y con los diferentes colectivos humanos.

El profesional de enfermería, en la promoción de la salud, comprende el cuidado como un proceso de salud, vida y bienestar dirigido a su fomento y protección, que estimula la realización de las necesidades humanas de los colectivos que cuida. De esta manera, como agente de salud se posiciona como actor social y político para acompañar a la comunidad en el desarrollo de proyectos participativos que favorezcan sus condiciones de vida.

Desde la prevención de la enfermedad, el profesional de enfermería identifica y analiza con los individuos y los colectivos, los procesos deteriorantes de la salud que determinan limitaciones, problemas y enfermedades, y a la vez, propone y ejecuta con ellos propuestas de intervención a los determinantes de la enfermedad y la muerte. Además, gestiona desde el cuidado los servicios de salud y de enfermería, las políticas públicas y los programas que contribuyan al desarrollo humano sostenible de la comunidad.

Dentro del contexto de la promoción y la prevención se considera la salud como una construcción con implicaciones en lo político, lo colectivo y lo ciudadano, por lo cual se la relaciona con la participación de los diferentes estamentos de la sociedad civil¹, en el que se vinculan diversos conocimientos.

La educación para la salud en la formación del profesional de enfermería es asumida como la promoción de la capacidad crítica de las personas para lograr su desarrollo individual y social. Dicha capacidad crítica está relacionada con la mirada que se tiene de sí mismo y del entorno, con las posibilidades que éste ofrece y posibilita, con el desarrollo de la autonomía y la capacidad de tomar decisiones frente a los intereses, necesidades y problemas que surgen en la cotidianidad y que favorecen o afectan la vida de las personas. El conocimiento que se adquiere es producto de una búsqueda en común, en donde todos los participantes aportan a partir de su saber, que es compartido con los saberes de otras personas a través de la exploración e indagación participativa.

Un propósito del cuidado es el logro del desarrollo humano de las personas participantes en él; esto sólo es posible en tanto haya disposición y apertura hacia el otro en su condición de sano o enfermo, lo que significa favorecer el desarrollo armónico del ser humano en sus diferentes espacios de vida, contribuir a la realización de sus necesidades y fortalecer y estimular sus capacidades y potencialidades en pro de la salud y el bienestar.

Para lograr este propósito, el profesional de enfermería debe avanzar en su propio reconocimiento como ser individual y social, como sujeto con carencias y potencialidades frente a sí mismo y frente a los otros; esta mirada posibilita, en primer lugar, entender lo que para el otro significa cuidar y ser cuidado, y en segundo lugar, interactuar con él a partir de las similitudes y diferencias, buscando lo común, lo que hará evidente el horizonte del cuidado.

El profesional de enfermería, en la promoción de la salud, comprende el cuidado como un proceso de salud, vida y bienestar dirigido a su fomento y protección, que estimula la realización de las necesidades humanas de los colectivos que cuida

Es así como los conocimientos de los profesionales de enfermería se convierten con la actitud en los componentes fundamentales de las representaciones, las cuales, según la teoría del psicólogo Moscovici², incluyen sistemas de valores, ideas y prácticas que les dan capacidad a las enfermeras(os) en el cuidado a colectivos para relacionarse con el mundo material y con el contexto social, permitiéndoles su dominio.

De igual manera, las representaciones posibilitan a las enfermeras(os) la comunicación entre pares, porque tienen en cuenta el sentido común adquirido de las experiencias y los saberes tradicionales con que se relacionan en su interacción con los otros y con el entorno, lo que les facilita constituir un sistema de información que les permitirá compartir las realidades vividas con los grupos, así como también nombrar y clasificar los diversos aspectos de su práctica, generando conocimientos que dotarán dicha práctica de sentido.

Por lo tanto, el profesional de enfermería toma una posición o asume una situación, ayudado por el cúmulo de conocimientos reflejado en sus representaciones, lo que lo lleva a desarrollar una práctica autónoma en la que se implementan procesos particulares en determinados contextos.

Las actitudes, definidas por Moscovici³ como el conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento; son un componente fundamental de las representaciones y son expresadas por las enfermeras durante la práctica.

La actitud, por lo tanto, posee diversos componentes que deben tenerse en cuenta en la práctica de enfermería; el primero de ellos es el cognoscitivo, en el cual se encuentran las creencias, valores y estereotipos acerca del objeto; el segundo es el afecto, en el que se entrecruzan los sentimientos y emociones que acompañan con mayor o menor incidencia la actitud, y por último, el tendencial, donde se halla reflejada "la tendencia a actuar o a reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto; es el componente más directamente relacionado con la conducta"⁴.

Es así como en el proceso de formación de las actitudes de la enfermera se deben tener en cuenta tres elementos fundamentales: La información que se recibe; el grupo de enfermeras con las que se identifica, quienes aportan a la formación de actitudes; y por último, las necesidades personales de la enfermera(o) en tanto gratificación y gusto por su labor. Según Munné⁵ la actitud se forma en el proceso de satisfacción de las necesidades, dependiendo de su satisfacción o no. Por lo tanto es indispensable identificar y medir las actitudes y los conocimientos de los profesionales de enfermería frente al cuidado de la salud y poder así analizar y construir con ellos propuestas transformadoras de su práctica social.

Experiencias en medición de actitudes

En la medición de conocimientos y actitudes se han utilizado tradicionalmente diferentes escalas, las cuales buscan determinar la intensidad de una respuesta. Su utilización en el campo de la salud es amplia, en relación con diversos temas como las adicciones, la actitud frente al paciente, las enfermedades y las prácticas de cuidado; se ha encontrado que la publicación de los resultados está orientada más a su aplicación que a la descripción de los procesos metodológicos por los cuales dichas escalas fueron validadas.

En la medición de conocimientos y actitudes se han utilizado tradicionalmente diferentes escalas, las cuales buscan determinar la intensidad de una respuesta

En el instrumento propuesto por Muñoz y Restrepo⁶ para la medición de los conocimientos y actitudes hacia el consumo y abuso de alcohol en jóvenes escolares, al igual que en el instrumento diseñado para las enfermeras en la investigación sobre el cuidado a colectivos, se partió de la necesidad de medir los factores que determinan la conducta frente a un fenómeno, lo que llevó a la construcción de nuevas herramientas para la medición del objeto actitudinal.

Los pocos trabajos encontrados que hablan sobre la medición y los procesos para lograrla, muestran cómo la implementación de escalas es eficiente para identificar las actitudes. La construcción de esta escala se justificó por la necesidad de elaborar indicadores actitudinales que permitieran predecir la conducta de estos grupos de profesionales.

La escala Likert es utilizada frecuentemente para este tipo de mediciones porque se considera fácil de elaborar; además, permite lograr altos niveles de confiabilidad y requiere pocos ítems mientras que otras necesitan más para lograr los mismos resultados.

En lo referente a estudios de este mismo tipo en Colombia, se encuentra el realizado en 1999 por la Directora del Programa de Enfermería de Manizales⁷, quien buscó identificar los conocimientos y prácticas de las madres frente a las acciones de promoción y prevención de la enfermedad, desarrolladas por los agentes de salud y en el manejo de la infección respiratoria aguda (IRA) en menores de cinco años, debido a que los índices de mortalidad reportados por estudios precedentes eran muy altos.

En el ámbito internacional se han identificado algunas investigaciones sobre actitudes y conocimientos como las realizadas por Catherin A. Lock⁸, en la que se evaluó las actitudes de las enfermeras frente al cuidado de la salud de los alcohólicos. Otra de ellas fue la realizada por Fiona Payne y otros⁹, en la cual se dio a conocer el proceso metodológico para la medición de la actitud frente a la salud mental de las enfermeras que trabajaban en una institución de salud.

METODOLOGÍA

El artículo pretende conocer las ventajas de la escala de Likert para la medición de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud de los colectivos y analizar las respuestas sobre los conocimientos y las actitudes que tienen los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud de los colectivos de Antioquia. Para ello es importante demostrar que la escala de actitud es un instrumento de medición que permite el acercamiento a la variabilidad afectiva de los profesionales frente al cuidado de la salud como objeto de conocimiento de la práctica de enfermería.

El principio de funcionamiento de la escala en mención es simple; en él se contempla un conjunto de respuestas que se utilizan como indicador de una variable subyacente, la actitud. Por lo tanto, es necesario asegurarse de que las propiedades del indicador utilizado correspondan a las propiedades que se pueden suponer o postular y que pertenecen a la variable. Es decir, que el instrumento realmente mida lo que se desea medir¹⁰.

Este planteamiento implica dos complejos problemas que no están aún resueltos. El primero de ellos es conceptual: ¿qué es la actitud? El segundo se

El artículo pretende conocer las ventajas de la escala de Likert para la medición de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud de los colectivos y analizar las respuestas sobre los conocimientos y las actitudes que tienen los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud de los colectivos de Antioquia



Grupo de tres enfermeras en un hospital para pacientes con fiebre amarilla, Franklin, Louisiana, ca. 1898. National Library of Medicine, Bethesda, Maryland.

Existen múltiples métodos para el análisis de las actitudes al igual que existen diversas formas de concebirlas. Antes de dar a conocer la escala de Likert que se presenta en este artículo, conviene hacer una referencia a los tipos de escalas que miden el componente afectivo de la actitud

plantea como consecuencia del primero: conózcase o no el concepto y la existencia de las actitudes, ¿cómo podrán medirse?

Aunque generalmente se suele aceptar que la actitud constituye una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse ante un objeto, evidentemente esta definición se relaciona con fenómenos de naturaleza diferente. No es lo mismo sentir que comportarse o pensar. Así, se puede ser fumador empedernido, y sin embargo, pensar que el tabaco es perjudicial para la salud, e igualmente sentir sus efectos dañinos sobre el cuerpo. Por tanto, se debe concebir la actitud como una organización psicológica particular, es decir, con entidad propia de diferentes procesos mentales¹¹.

En múltiples ocasiones se ha supuesto que los conceptos existen porque se puede proporcionar una definición sobre ellos. Sin embargo, aun hay otro argumento ("Las actitudes pueden medirse", como lo expresó Thurstone¹²), en el cual se planteó que el problema de las actitudes ha estado íntimamente ligado a su medida. ¿Cómo medir la actitud? Este autor consideraba la opinión como la expresión verbal de la actitud; no se puede acceder directamente a la observación de la actitud, pero la opinión verbal expresada por los sujetos puede servir de indicador de la misma. Si se obtiene un indicio de la aceptación o rechazo de las opiniones, se está obteniendo indirectamente una medida de sus actitudes, independientemente de lo que esas personas "sientan en realidad" o de sus acciones.

Tipos de escalas

Existen múltiples métodos para el análisis de las actitudes al igual que existen diversas formas de concebirlas. Antes de dar a conocer la escala de Likert que se presenta en este artículo, conviene hacer una referencia a los tipos de escalas que miden el componente afectivo de la actitud. Desde la estadística descriptiva, según Sandoval¹³, se identifican cuatro tipos diferentes de escalas en la medición de una actitud o atributo:

Nominales: Clasifican un objeto en dos o más categorías (por ejemplo Sí / No). En este tipo de escala el orden de las categorías carece de importancia, pues lo único que proporciona es la equivalencia de los individuos en relación a los objetos. De este modo no se puede diferenciar a los individuos con base en el grado que poseen un atributo, sólo se sabrá si lo poseen o no.

Ordinales: Esta escala se basa en el orden de los objetos; aunque no aporta ninguna idea sobre la distancia que existe entre ellos, permite clasificar a los individuos en función del grado en que poseen un cierto atributo; por ejemplo, si ante determinada pregunta se puede contestar con base en las categorías de: Totalmente de Acuerdo (TA); De Acuerdo (DA); Indiferente o Neutro (IN); En Desacuerdo (ED); Totalmente en Desacuerdo (TD). En esta escala se ordenan los individuos con base en unas categorías, pero no se sabe cuál es la distancia que separa a un sujeto que ha contestado "de acuerdo", de otro que ha contestado "en desacuerdo". En resumen, con este tipo de escala se consigue ordenar, aunque no se disponga de una unidad de medida para saber las distancias que separan a los individuos.

De intervalo: En ésta se conocen las distancias, pero no el principio métrico sobre el que se han construido; tampoco se posee algún instrumento confiable que exprese esto, o si se posee, puede variar en cualquier escala. En otras palabras, no se podría suponer que los intervalos son iguales (como, por ejemplo, las distancias de un metro, que son centímetros iguales unos a otros). En esta escala tampoco se lograría fijar un punto de referencia y estar seguros de que, por ejemplo, un estudiante que alcanzó una calificación de cuatro en un examen, obtuvo dos veces la de otro estudiante que logró dos.

Razón: Con estas escalas se construyen distancias iguales y además se sitúa un punto de referencia de la escala, debido a que la medición de la variable proviene de un instrumento estandarizado que no depende del sujeto. Por tal razón permite comparabilidad entre individuos, como por ejemplo decir que la edad del padre es tres veces la edad del hijo.

Escala de actitud tipo Likert. Es una escala de actitud de intervalos aparentemente iguales. Perteneció a lo que se ha denominado escala ordinal. Utiliza series de afirmaciones o ítems sobre los cuales se obtiene una respuesta por parte del sujeto.

La presentación de este método de calificaciones sumadas para la medición de actitudes fue publicada por primera vez por R. Likert en 1932, partiendo de una encuesta sobre relaciones internacionales, relaciones raciales, conflicto económico, conflicto político y religión, realizada entre 1929 y 1931, en diversas universidades de EEUU.

La escala de Likert es una de las más utilizadas en la medición de actitudes, inspirada probablemente en la teoría factorial de aptitudes de Charles Spearman⁹, quien construyó un método sencillo por la simplicidad de su elaboración y aplicación^{14,15}.

Entre estas ventajas se encuentra una amplia posibilidad de respuestas; también se evita el recurso de los jueces, utilizado en otras escalas, sin que esto repercuta en la alta correlación que se mantiene con respecto a otros métodos para medir actitudes. Bajo la perspectiva de considerar las actitudes como un continuo que va de lo desfavorable a lo favorable, esta técnica, además de situar a cada individuo en un punto determinado (lo que es rasgo común a otras escalas), tiene en cuenta la amplitud y la consistencia de las respuestas actitudinales.

La escala de Likert es una de las más utilizadas en la medición de actitudes, inspirada probablemente en la teoría factorial de aptitudes de Charles Spearman⁹, quien construyó un método sencillo por la simplicidad de su elaboración y aplicación

g Psicólogo inglés (1843-1945). Contribuyó a la teoría estadística del análisis de factores, teorías de la inteligencia, y teoría de prueba mental y proporcionó pruebas innovadoras y pioneras en las tres áreas. Influido fuertemente por los trabajos de Francis Galton, realizó contribuciones importantes sobre la medición de la inteligencia.

Desde su filosofía, la escala utiliza enunciados o proposiciones, es decir afirmaciones, sobre las que se tiene que manifestar el individuo. Por ejemplo, en una escala de actitudes hacia la práctica de la enfermería, se incluyen los siguientes enunciados:

1. Considero que el cuidado a los colectivos favorece mi desarrollo humano y de los otros.
2. El trabajo en el cuidado de la salud a los colectivos propicia el desarrollo de mi autonomía profesional.
3. Siento entusiasmo por realizar mi práctica con los colectivos.

Si se supone que la actitud existe, las respuestas de las enfermeras se encontrarán ordenadas en función de su acuerdo o desacuerdo con las proposiciones, siempre que estén relacionadas con la actitud que se pretende medir. Si esta relación ha sido constatada y si la escala es válida, la probabilidad de que una persona dé una respuesta favorable a una proposición particular es tanto mayor cuanto la opinión de la persona sea más favorable.

Si se supone que la actitud existe, las respuestas de las enfermeras se encontrarán ordenadas en función de su acuerdo o desacuerdo con las proposiciones, siempre que estén relacionadas con la actitud que se pretende medir

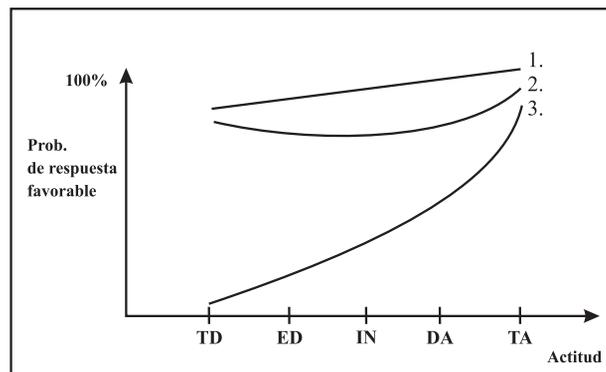


Figura 1. Tendencias de tres respuestas actitudinales en una escala de Likert, en relación con la probabilidad de respuesta favorable

La Fig. 1 representa lo que se viene diciendo. Se tiene en un eje vertical la probabilidad (%) de respuesta favorable, y en el otro el eje de la actitud. En el plano, se dibuja la línea de probabilidad de respuesta de los diferentes enunciados; cuanto más favorable sea la actitud, se debería obtener una mayor probabilidad de respuesta favorable. La curva correspondiente a la proposición 1 proporciona probabilidades de respuestas «neutras», porque incluso algunas enfermeras con una actitud poco favorable pueden manifestar una alta probabilidad de respuesta favorable. La proposición 2 es intermedia y finalmente, la proposición 3 es apropiada porque sólo recibe respuestas favorables por parte de las personas con una actitud global muy favorable.

Sin embargo, estas curvas no representan todas las posibilidades de las proposiciones que se deben asociar a una actitud. Algunas de estas proposiciones deberán ser rechazadas por no ser discriminativas y otras habrán de ser corregidas (Fig. 2).

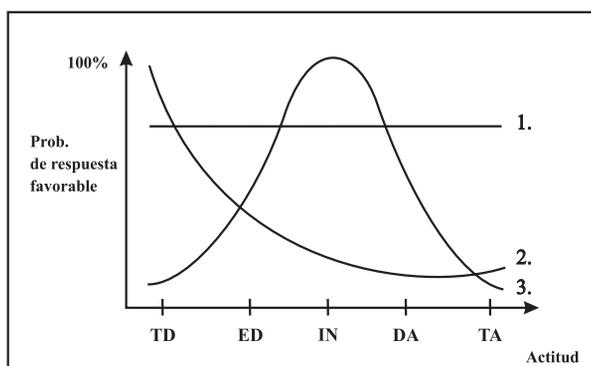


Figura 2. Distribución porcentual de tres respuestas actitudinales en una escala de Likert, en relación con la probabilidad de respuesta favorable

La recta 1 (Fig. 2) ofrece una proporción constante de respuestas favorables. Independientemente de la actitud, las personas tendrán una respuesta con el mismo grado de favorabilidad. En la curva del enunciado 2 se trata simplemente de un error de codificación; si se invierten sus valores se tendrá una proposición adecuada. La curva 3 se obtendría por un enunciado tendiente a una respuesta media, rechazada tanto por los sujetos que expresan favorabilidad como por los que manifiestan no favorabilidad.

Todo esto ilustra la propiedad fundamental de las escalas Likert: la relación monótona, por la cual se entiende el hecho de que la relación entre la aceptación o negación de un enunciado, está siempre ligada de forma creciente a la posición que la respuesta de la persona ocupa en la escala. Implica que la probabilidad de que una persona acepte o rechace los enunciados de una escala, mantiene una relación monótona con la posición que la persona ocupa en el eje hipotético de la actitud.

Cada elemento o proposición de la escala proporciona una información sobre la actitud de la persona. La acumulación de información y la suma de respuestas, permiten decidir la posición que una persona ocupa en el eje hipotético de la actitud. En este sentido se puede afirmar que cada enunciado proporciona una información que no permite medir completamente la actitud, pero sí identificar sus tendencias.

Etapas de construcción de la escala

Para construir la escala se definió el objeto de la variable que se pretendió medir, en este caso la actitud hacia el cuidado. En segundo lugar se recopiló la información pertinente para elaborar los ítems, lo que permitió la construcción de una escala previa que fue sometida a una valoración piloto en una muestra representativa de enfermeras. Con su valoración se pudieron analizar los ítems que permitieron decidir si eran discriminativos o no y si debían modificarse, lo que posibilitó la configuración de la escala. Posterior a la recolección de esta información, se obtuvo la puntuación sumada de las respuestas de cada enfermera, y se estudió la validez y la fiabilidad de la escala diseñada.

En síntesis, las etapas para la construcción de esta escala incluyeron la definición del objeto actitudinal, la construcción de los enunciados, la

Cada elemento o proposición de la escala proporciona una información sobre la actitud de la persona. La acumulación de información y la suma de respuestas, permiten decidir la posición que una persona ocupa en el eje hipotético de la actitud

determinación de las categorías de los ítems; la aplicación de la escala a una muestra de enfermeras y el análisis de los resultados obtenidos.

RESULTADOS

Para evaluar la fiabilidad del test de actitudes y de conocimientos mediante la construcción de una escala ordinal de Likert, se solicitó a las enfermeras la evaluación de los ítems con valores de 1 como totalmente en desacuerdo (TA), 2 en desacuerdo (ED), 3 ni en desacuerdo ni de acuerdo (NI), 4 de acuerdo (DA) y 5 como totalmente de acuerdo (TD). Para ello se construyeron preguntas utilizando la técnica par-impar aleatorizada, en dirección positiva a negativa en todos los ítems.

Además, para la validación de los test, se realizó una prueba piloto a una muestra aleatoria simple de 10 enfermeras, quienes sirvieron como evaluadoras. A ellas se les aplicó el test de conocimientos y actitudes, cuyos resultados permitieron un análisis descriptivo del puntaje obtenido para observar tendencias o variaciones de las preguntas.

Cuando en la prueba de actitud se les propuso: “el trabajo en el cuidado de la salud en los colectivos propicia el desarrollo de mi autonomía profesional” —pregunta 1—, el 90% (9) de ellas respondió estar de acuerdo o completamente de acuerdo, y sólo una, 10%, manifestó indecisión. Al proponérseles: “Considero que mi trabajo con la comunidad no es lo suficientemente valorado y respetado” en la pregunta 2, hubo una leve inconsistencia cuando se observó que un 40% (4) estuvo en desacuerdo y el otro 40% (4) estuvo de acuerdo. En el análisis cualitativo se concluyó que en algún sector de la población de enfermeras, aún se espera valoración y respeto por su práctica en el cuidado a los colectivos humanos (Tabla 1).

En la pregunta 11 que expresa: “Es importante realizar proyectos con colectivos humanos para enriquecer mi sensibilidad y mi creatividad”, se encontró que un 30% (3) estuvo en la dirección neutra en desacuerdo, lo que presentó cierta duda a la dirección correcta del ítem, aunque es posible que en las respuestas de las profesionales se expresen sus acciones como parte de políticas institucionales, más que como de su propia iniciativa y creatividad.

Al indagar por: “Mi práctica con el cuidado a colectivos en ocasiones espera de él reconocimiento” —pregunta 12—, sucedió algo similar que en la anterior, sólo que en ésta se llegó a la conclusión de que dicha opinión está aún dividida en la población.

A la pregunta 19: “Me gustaría promover espacios de concertación y negociación en el trabajo con los colectivos”, un 30% (3) de las enfermeras aún no tiene una decisión clara, por lo cual se recomendó la revisión de la pregunta.

Las demás preguntas fueron respondidas en una dirección clara y lógica; sin embargo, al final se analizaron algunas que tenían el conectivo lógico “y”, por lo cual se eliminó éste para evitar las preguntas dobles (Tabla 1).

Al final, en el análisis de los totales (Fig. 3) se observó que la actitud de las enfermeras fue positiva (59%) hacia la práctica en el cuidado con los colectivos humanos, superando quizá la actitud negativa que reflejaría el poco entendimiento de las preguntas o la duda sobre la práctica de la profesión en esta área del conocimiento.

“Es importante realizar proyectos con colectivos humanos para enriquecer mi sensibilidad y mi creatividad”, se encontró que un 30% (3) estuvo en la dirección neutra en desacuerdo, lo que presentó cierta duda a la dirección correcta del ítem, aunque es posible que en las respuestas de las profesionales se expresen sus acciones como parte de políticas institucionales, más que como de su propia iniciativa y creatividad

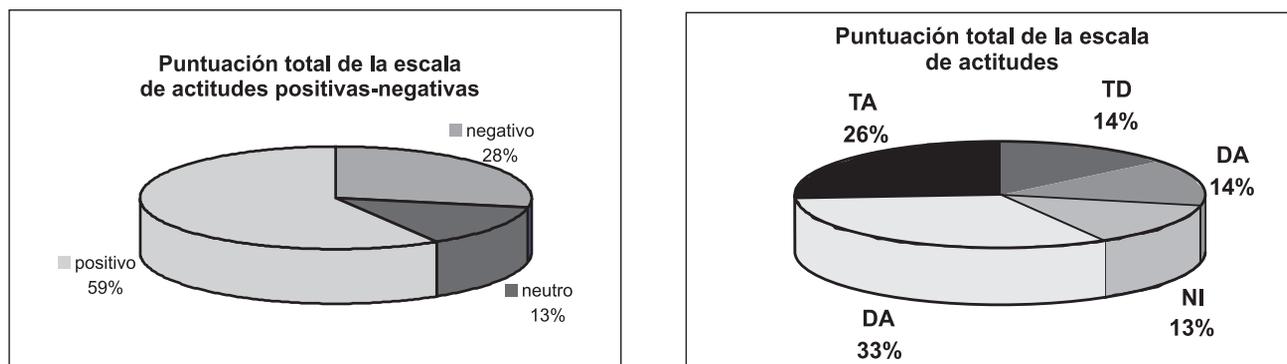


Figura 3. Distribución de frecuencias para los totales de la prueba de actitud hacia el conocimiento en el cuidado de la salud de los colectivos humanos de los profesionales de enfermería de Antioquia, 2003.

Se utilizó una escala ordinal simulando las categorías tipo Likert, también para evaluar diferentes áreas del conocimiento de enfermería. La prueba de conocimientos generó los siguientes resultados: pregunta 1 "Considero que una persona alcanza su desarrollo humano cuando suple sus necesidades de vivienda, educación, empleo y salud.", el 50% (5) de las enfermeras respondió estar de acuerdo y un 40% (4) de ellas respondió estar en desacuerdo. Los resultados demuestran cierto grado de inclinación hacia una concepción del desarrollo humano desde la satisfacción de las necesidades básicas, por lo cual se llegó a la conclusión de que la pregunta estaba bien construida y que su resultado se debió más a una tendencia en las respuestas.

La pregunta 4 respecto a la promoción de la salud, presentó también ambigüedad: "La promoción de la salud se debe entender como una labor de los servicios de salud que permite controlar los factores de riesgo de las enfermedades más frecuentes en una comunidad", el 40% (4) de las enfermeras respondió estar en desacuerdo o completamente en desacuerdo y un 50% (5) respondieron estar de acuerdo o completamente de acuerdo. Con respecto a esta pregunta, se puede expresar que hay una tendencia actual a definir y aplicar algunos conocimientos de enfermería en este ámbito a partir de las políticas institucionales; además, es posible que haya una alta influencia desde la formación hacia un enfoque preventivo y curativo.

Con respecto a la pregunta 5: "Considero que la promoción de la salud es un conjunto de acciones del Estado para mejorar el uso de los recursos del sector salud", el 56% de las enfermeras manifestó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, el resto, 44%, presentó una tendencia a identificar las acciones de la promoción de la salud desde las políticas estatales.

En cuanto a la pregunta 11: "Considero que la educación en salud se refiere a un conjunto de actividades que realizan los funcionarios de salud para controlar factores de riesgo psicosociales y ambientales", el 40% (4) de las enfermeras manifestó cierto grado de neutralidad expresando el poco entendimiento de la pregunta, debido tal vez al conectivo lógico "y", además, algunas expresaron estar en desacuerdo y otras estar completamente de acuerdo, lo que sugirió modificar la pregunta. Finalmente, se eliminó el conectivo lógico, mejorando la pregunta (Tabla 2).

"Considero que la promoción de la salud es un conjunto de acciones del Estado para mejorar el uso de los recursos del sector salud", el 56% de las enfermeras manifestó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, el resto, 44%, presentó una tendencia a identificar las acciones de la promoción de la salud desde las políticas estatales

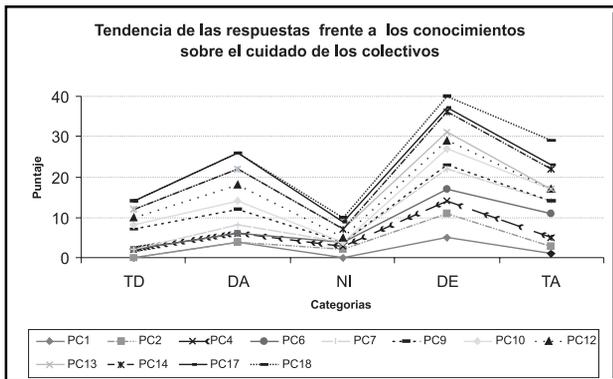


Figura 4. Distribución de las tendencias de las preguntas más relevantes para prueba de conocimientos en el cuidado de la salud de los colectivos humanos de los profesionales de enfermería de Antioquia, 2003

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este artículo se muestra la importancia de medir la actitud hacia un objeto propio de la Enfermería, el cuidado de los colectivos humanos. En él se hace una amplia revisión del uso de las escalas de medición tipo Likert, describiendo su utilización. Se recomienda el uso de esta escala por ser una de las más eficientes para la medición de actitudes, teniendo en cuenta el conocimiento previo sobre sus propiedades y funcionalidad.

Es importante que cuando se vaya a utilizar una escala de Likert, se tenga conocimiento sobre el objeto de medición y sobre la eficacia de esta metodología en la medición de las actitudes. Cualquier otra utilización en este tipo de escala no permite el análisis como tal. Una vez se ha construido la escala es importante pensar en su validación, pues ésta depende de un instrumento que puede llegar a ser subjetivo y alejarse de la medición de la realidad de la actitud.

Los instrumentos que aquí se muestran han sido contruidos mediante la metodología de las escalas de Likert, gozan de la rigurosidad de la estadística y ya han sido validados (resultados en proceso de publicación), por tal razón son recomendados para captar de algún modo las actitudes hacia el cuidado en la enfermería y un perfil psicológico hacia el conocimiento y la práctica del cuidado de la salud.

Se concluye que los profesionales de enfermería de Antioquia incluidos en el estudio, tienen una actitud positiva hacia el cuidado de la salud de los colectivos humanos, lo que muestra su inclinación hacia la práctica

social. Además, se identifica la influencia que las políticas institucionales tienen en la actitud de las enfermeras frente al cuidado de la salud y una mayor tendencia al trabajo desde la dimensión preventiva y curativa de la enfermedad que hacia la promoción de la salud. **E**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ospina RB, Ramírez MC, Duque S, Gaviria DL, López MV. El núcleo de salud comunitaria en la formación del profesional de enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia; 1998; en proceso de publicación.
- Moscovici S. Psicología social. España: Paidós; 1988. p. 302.
- Moscovici S. Psicología social. España: Paidós; 1988. p. 302.
- Munné F. Psicología social. España: Ceac; 1986. pp. 40-45.
- Munné F. Psicología social. España: Ceac; 1986. pp. 40-45.
- Muñoz-Berrio MB, Restrepo V. Diseño y validación de una escala de actitudes hacia el consumo y abuso de alcohol en jóvenes escolares [Investigación] Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 1995. pp. 10-15.
- Muñoz L, Cujíño ML. Conocimientos y prácticas de las madres y acciones de promoción y prevención, desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda, no neumonía, en menores de cinco años. [Investigación] Manizales: Universidad Católica de Manizales; 1999. p. 40.
- Lock CA. A qualitative study of nurse attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *J Adv Nurs* 2002; 39(4): 333-342.
- Payne F, Kate F, Jessopp L, Plummer S, Tylee S, Gournay K. Knowledge, confidence and attitudes towards mental health of nurse working in NHS direct and the effects of training. *J Adv Nurs* 2002; 40(5): 549-559.
- Batista E. Escalas de actitudes para la investigación sociológica, psicológica y pedagógica. Medellín: Copiyepes; 1982. pp. 40-60
- Likert R. A technique for measurement attitudes. *Am J Soc* 1932; 140: 55-65.
- Thurstone LL. Attitudes can be measured. *Am J Soc* 1928; 33: 529-554.
- Sandoval JJ. Notas de clase para un curso de bioestadística. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p. 3-6 (Sin publicar).
- Spearman C. Inteligencia general determinada y medida objetivamente. *Am J Psych* 1904; 5: 201-293.
- Spearman C. Prueba y medición de asociación entre dos cosas. *Am J Psych* 1904; 5: 72-101.

ANEXO 1

5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Afirmaciones	Alternativas de respuesta				
	1	2	3	4	5
1. El trabajo en el cuidado de la salud en los colectivos propicia el desarrollo de mi autonomía profesional.					
2. Considero que mi trabajo con la comunidad debería ser lo suficientemente valorado					
3. Me gusta proponer cambios y alternativas de solución frente a los problemas de la comunidad.					
4. Considero que mi trabajo en el área de promoción y prevención me ha brindado la oportunidad de desarrollar mis capacidades como persona y como profesional.					
5. Creo que mi interés en trabajar con los colectivos humanos poco contribuye al desarrollo de mi profesión en este ámbito.					
6. Considero que el cuidado a los colectivos favorece mi desarrollo humano y el de los otros.					
7. La comunicación con los colectivos se debe dar a partir de la relación de alguien que sabe, con otro que no posee conocimiento					
8. Considero que la comunicación con los colectivos se debe dar a partir de la valoración de las potencialidades que el otro tiene.					
9. Considero que la comunicación que se establece con los colectivos se debe dar a partir de las necesidades, intereses y problemas que éstos tienen.					
10. Aún me faltan los conocimientos necesarios para desarrollar programas y proyectos con los colectivos					
11. Es importante realizar proyectos con colectivos humanos para enriquecer mi creatividad.					
12. En ocasiones, espero reconocimiento de mi práctica en el cuidado a colectivos.					
13. Mi práctica profesional con los colectivos humanos poco propicia el desarrollo de mi sensibilidad.					
14. Siento entusiasmo por realizar mi práctica con los colectivos					
15. En la institución a la que pertenezco, planteo pocas propuestas de cambio referentes a mi práctica					
16. Me gustaría realizar investigaciones con los colectivos					
17. A pesar de que no obtengo reconocimientos, considero que mi trabajo es gratificante.					
18. Me interesaría participar en la formulación de políticas de salud					
19. Me gustaría promover espacios de concertación y negociación en el trabajo con los colectivos					
20. Mi motivación para trabajar con los colectivos humanos está dada por la falta de espacios de trabajo en el ámbito clínico.					
21. Considero que la educación para la salud es importante en el cuidado a los colectivos					
22. La educación no hace parte de la práctica en el cuidado a los colectivos					

CUESTIONARIO DE ACTITUD FRENTE AL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS COLECTIVOS HUMANOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ANTIOQUIA, COLOMBIA

ANEXO 2

5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Afirmaciones	Alternativas de respuesta				
	1	2	3	4	5
1 Considero que una persona alcanza su desarrollo humano cuando suple sus necesidades de vivienda, educación, empleo y salud.					
2 Considero que el desarrollo humano es un proceso de construcción de sujetos individuales y colectivos, en unas condiciones históricas y culturales específicas.					
3 No creo que la mejor manera de entender el desarrollo humano se dé cuando se resuelven las necesidades económicas de todos los habitantes de un país o de una región.					
4 La promoción de la salud se debe entender como una labor de los servicios de salud que permite controlar los factores de riesgo de las enfermedades.					
5 Considero que la promoción de la salud es un conjunto de acciones del Estado para mejorar el uso de los recursos del sector salud.					
6 La integración de las acciones que realizan el Estado, los sectores sociales y la comunidad para mejorar las condiciones de salud de un colectivo humano, se debe denominar promoción de la salud.					
7 Se debe denominar prevención de la enfermedad al conjunto de actividades orientadas a evitar la ocurrencia de enfermedades específicas en grupos de alto riesgo.					
8 La prevención de la enfermedad no se debe brindar sólo a través de las acciones que se realizan en las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud.					
9 Las actividades orientadas a identificar e intervenir los factores de riesgo y los procesos deteriorantes de la salud, no son el camino para prevenir la enfermedad.					
10 Pienso que la mejor definición de lo que es educación para la salud sería: proceso comunicativo bidireccional que tiene como objetivo identificar necesidades, intereses y problemas de las personas.					
11 Considero que la educación para la salud se refiere a un conjunto de actividades que realizan los funcionarios de salud para controlar únicamente factores de riesgo.					
12 Creo que el intercambio de ideas sobre salud entre expertos y no expertos en el tema, no sería la mejor definición de educación para la salud.					
13 Uno de los mecanismos de participación social consiste en aportar ideas relacionadas con el desarrollo social para los más capacitados en la comunidad.					
14 El Estado, mediante sus proyectos y programas, utiliza mecanismos de participación social cuando cuenta con la colaboración de líderes y grupos comunitarios.					
15 Entiendo que hay poca participación social cuando se realiza un proceso de concertación y negociación de ideales entre grupos humanos.					
16 No creo que mi esfuerzo por llevar la salud y la vida humana a un plano de dignidad consolide mi profesión					
17 Considero que el cuidado de la salud a los colectivos depende únicamente del profesional de enfermería.					
18 Considero que el cuidado a los colectivos humanos debe ser objeto de acción investigativa constante del profesional de enfermería, lo cual fortalece su creatividad y sensibilidad.					

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS COLECTIVOS HUMANOS
DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE ANTIOQUIA, COLOMBIA

ANEXO 3

Pregunta	PA1	PA2	PA3	PA4	PA5	PA6	PA7	PA8	PA9	PA10	PA11	PA12
ESCALA	ni	ni	ni									
TD	0	1	0	0	5	0	2	0	0	0	0	0
DA	0	4	0	0	4	0	5	1	1	2	2	2
NI	1	0	0	0	1	1	2	2	1	2	1	4
DA	4	4	7	2	0	5	1	5	4	6	4	4
TA	5	1	3	8	0	4	0	2	4	0	3	0
Total	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Pregunta	PA13	PA14	PA15	PA16	PA17	PA18	PA19	PA20	PA21	PA22	
ESCALA	ni	total									
TD	5	0	4	0	0	0	0	7	0	7	31
DA	2	0	4	0	1	0	0	1	0	2	31
NI	3	1	2	1	1	2	2	2	0	0	29
DA	0	3	0	4	7	4	5	0	3	0	72
TA	0	6	0	5	1	4	3	0	7	1	57
	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	220

Tabla 1. Distribución de frecuencias múltiples para las preguntas de la prueba de actitud hacia el conocimiento en el cuidado de la salud de los colectivos humanos de los profesionales de enfermería de Antioquia.

Pregunta	PC1	PC2	PC3	PC4	PC5	PC6	PC7	PC8	PC9	PC10
escala	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
TD	0	0	0	2	3	0	0	0	5	1
DA	4	0	3	2	2	0	2	0	4	2
NI	0	2	1	1	2	1	0	1	0	0
DA	5	6	3	3	1	3	5	2	1	4
TA	1	2	3	2	1	6	3	7	0	3
Total	10	10	10	10	9	10	10	10	10	10

Pregunta	PC11	PC12	PC13	PC14	PC15	PC16	PC17	PC18	
escala	n	n	n	n	n	n	n	n	Total
TD	1	2	2	0	3	4	2	0	25
DA	3	4	4	0	3	5	4	0	42
NI	4	1	2	0	2	0	2	1	20
DA	0	2	2	5	2	0	1	3	48
TA	2	0	0	5	0	0	1	6	42
Total	10	9	10	10	10	9	10	10	177

Tabla 2. Distribución de frecuencias múltiples para las preguntas de la prueba de conocimientos en el cuidado de la salud de los colectivos humanos de los profesionales de enfermería de Antioquia