

Obstáculos para la elaboración de escalas tipo likert: una reflexión personal

Obstacles for the Elaboration of Likert-type Scales: A Personal Reflection

Ramírez de la Roche OF.*

* *Maestro en Administración de Sistemas de Salud. Profesor Asociado "C" TC. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.*

Recibido: 19-01-06

Aceptado: 21-04-06

Correspondencia: Mtro. Omar Fernando Ramírez de la Roche. E-mail: omarf@liceaga.facmed.unam.mx

Introducción

La actitud, es un concepto que proviene de la psicología, el común de las personas, incluso algunos investigadores y docentes, la emplean de una manera inadecuada y superficial. Por desconocimiento, la consideran sinónimo de creencia, imagen, percepción, pensamiento o juicio. No es así. Durante todo el siglo XX se elaboraron definiciones, la más popular fue la formulada por Katz y Scotland¹ desde su punto de vista, una actitud tiene tres componentes: a) *cognoscitivo*, las creencias acerca del objeto; el número de elementos de estos componentes varía de una persona a otra. Un individuo puede creer que muchas cosas relativas a un objeto son verdaderas; evidentemente hay objetos acerca de los que no se sabe nada y hay objetos más complejos que otros, y por consiguiente pueden generar más información, b) el *emocional*, conocido como componente sentimental, se refiere a las emociones o sentimientos ligado al objeto de la actitud. Es importante señalar que cuando un individuo verbaliza estos sentimientos resulta que son algo más que meros sentimientos o emociones, también son cogniciones; c) *componente a la acción*, es decir, incorpora la disposición conductual del individuo a responder al objeto. Se acepta generalmente que hay un lazo entre los componentes cognoscitivos, particularmente las creencias evaluativas y la disposición a responder al objeto. Entiendo por actitud una predisposición aprendida, no innata, y estable aunque puede cambiar, a reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable, ante un objeto (individuos, grupos, ideas, situaciones)² o simplemente podría describirse como sentimientos hacia los objetos³.

Las actitudes están referidas hacia alguien o algo; se forman a través de nuestra vida, principalmente en los grupos que tienen nuestra mayor simpatía: en la escuela, los amigos, la familia, el trabajo. Es importante estudiarlas porque una vez formadas, es difícil cambiarlas; la única forma de poder modificarlas es por medio de la información que se recibe sobre el objeto referido.

Itinerario para el diseño de un instrumento que mida la actitud del médico familiar

El diseño de los ítems, de un instrumento, que mida la actitud del médico familiar hacia el equipo de salud⁴ puede realizarse con las escalas tipo Likert, de Tursthone o de Guttman. Existen tres razones para elegir las:

1. La selección de los ítems se realiza basándose en su poder discriminativo.
2. Los ítems son acumulativos por ello pueden estar aproximadamente en la misma posición de la escala.

3. Está centrada en el sujeto, lo que consiste en preguntarle a un sujeto su opinión acerca de un objeto y que el se ubique en determinado punto de la escala⁵.

Propuesta de estrategia para la construcción de una escala tipo Likert

Es conveniente revisar información sobre la construcción de escalas de actitudes en especial la del tipo Likert. De la estrategia descrita por Padua⁵ se pueden señalar los siguientes pasos:

Para la construcción de los ítems que van a aplicarse a la muestra deben tomarse en cuenta los criterios que menciona Edwards⁷:

- 1.- Evite los ítems que apuntan al pasado en lugar del presente.
- 2.- Evite los ítems que den demasiada información sobre hechos o aquellos que puedan ser interpretados como tales.
- 3.- Evite los ítems ambiguos.
- 4.- Evite los ítems irrelevantes con respecto a la actitud que quiere medir.
- 5.- Los ítems en la escala deben formularse según expresen actitudes o juicios favorables o desfavorables con respecto a la actitud. No se trata de elegir aquellos que expresen distintos puntos en lo continuo.
- 6.- Evite los ítems con los cuales todos o prácticamente nadie concuerda.
- 7.- Deben ser formulados en lenguaje, claro, simple y directo.
- 8.- Solamente en casos excepcionales deberían exceder las 20 palabras.
- 9.- Debe contener sólo una frase lógica.
- 10.- Deben omitirse los que incluyan palabras como todos, siempre, nadie.
- 11.- De ser posible deben formularse con frases simples y no compuestas.
- 12.- Use palabras que el entrevistado debe comprender.
- 13.- Evite las negaciones, particularmente las dobles negaciones.
- 14.- Combine ítems formulados positivamente y negativamente en una proporción aproximada de 50%-50%.

Para iniciar la construcción de los ítems, en mi caso particular utilicé un texto que presenta el esquema general de las funciones del médico, propuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde establece que el médico familiar “funciona” en tres áreas: la técnico administrativa, la técnico médica y docencia e investigación⁸.

De las diversas funciones que tiene el médico familiar, elegí la que está relacionada con el equipo de salud:

- En el área técnica médica “Efectuar acciones de promoción de la salud y protección específica en su población derechohabiente, con colaboración del equipo de salud”.
- En el área técnico administrativa. “Señalar a cada uno de los miembros de su equipo de salud las funciones y actividades específicas para la atención del paciente y su familia”.
- En el área de enseñanza e investigación.”Desarrollar actividades de enseñanza dirigidas a su equipo de salud, a la población derechohabiente y al personal en formación”.

Después de conocer las funciones específicas, indagué en la literatura relacionada con la medicina familiar, cual era la importancia del equipo de salud⁹⁻¹². A partir de este cuerpo de conocimientos, desarrollé 25 ítems de manera afirmativa buscando que expresaran las actitudes de los médicos sobre la función relacionada con el equipo de salud en las tres áreas, las cuales se distribuyeron de la siguiente manera:

Área técnico- administrativa:

- 1.- El médico se reúne periódicamente con el equipo de salud para platicar sobre las actividades de la unidad médica.
- 2.- El médico y el equipo de salud se reúnen para analizar las responsabilidades y las tareas asignadas.
- 3.- Para el equipo de salud es de vital importancia conocer la estructura poblacional.
- 4.- El equipo de salud utiliza la misma documentación clínica que los médicos y hace anotaciones sobre los resultados de sus actuaciones.
- 5.- El servicio de trabajo social deberá conocer la estructura socioeconómica, la cultura, el equipamiento y los servicios, vivienda de su población.
- 6.- Ninguno de los profesionales del equipo, es jerárquicamente superior o inferior respecto a los otros.
- 7.- Todos los componentes del equipo de salud participan en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades a realizar.
- 8.- La organización del trabajo del médico familiar está basado en la actividad del equipo de salud.
- 9.- El médico familiar conoce al 100% los elementos que componen la Atención Primaria de Salud.
- 10.- El médico familiar y su equipo de salud conocen la situación política, económica y la infraestructura sanitaria de la población adscrita.
- 11.- Las necesidades de salud de la población determinan la composición y las funciones del equipo de salud.
- 12.- El personal de enfermería para desarrollar sus actividades deberá disponer de espacios físicos y tiempos apropiados.

Área técnico-médica:

- 13.- Es una función del equipo de salud la asistencia a los pacientes tanto en la unidad médica como en su domicilio.
- 14.- La educación, la promoción para la salud y la prevención, son acciones que el equipo de salud debe realizar en las unidades médicas, escuelas, centros de trabajo, etc.
- 15.- La identificación de grupos de riesgo para prevención de patologías individuales, familiares o sociales, es función del equipo de salud.
- 16.- El personal de enfermería prioriza sus actividades al seguimiento y control de pacientes crónicos.
- 17.- El personal de enfermería atiende a pacientes sanos y en situación de riesgo, ya sean, niños, jóvenes, embarazadas o ancianos.
- 18.- Es función de trabajado social, la coordinación de programas, como la atención domiciliaria de pacientes crónicos y ancianos, así como la vinculación interinstitucional.
- 19.- Las necesidades de salud de la población determinan la composición y las funciones del equipo de salud.
- 20.- Los trabajadores sociales son capaces de identificar y definir las demandas y necesidades de la población.

Área de docencia e investigación:

- 21.- El personal de enfermería realiza actividades de docencia e investigación.
- 22.- El personal de trabajo social realiza actividades de docencia e investigación.
- 23.- El médico familiar realiza actividades de enseñanza al personal en formación dentro de la unidad.
- 24.- El médico familiar realiza actividades de enseñanza dirigidas al equipo de salud.
- 25.- El médico familiar realiza actividades de enseñanza orientadas a la población derechohabiente.

Conclusiones

He comentado de manera sucinta una forma de abordar el diseño de los ítems de una escala tipo likert para medir la actitud de los médicos familiares hacia el equipo de salud.

La única forma de realizar investigación es haciéndola; practicarla en las instituciones de salud donde se desarrolla la práctica de la medicina familiar, es la forma que nos permitirá acercarnos a lo problemas reales con los que se enfrentan los profesionales de la salud en su quehacer cotidiano, situación enmarcada por las crisis presupuestales, la cultura curativa, el volumen de atención y la indiferencia institucional.

La investigación es imprescindible en todos los ámbitos asistenciales y para todos los profesionales sanitarios, ya que la practica clínica, la investigación y la docencia forman un conjunto que define el trabajo de calidad¹³

Referencias

1. Katz and Scotland. A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. En: Koch, S. Psychology: A Study of a science. Vol 3. New York: McGraw-Hill. 1959.
2. Katz, D. The Functional Approach to the study of Attitude, Public opinion Quartely, 1960;1:24-46.
3. Nunnally J.C. The place of Statistics in Psychology. Educational and Psychological Measurement, 1978;6: 35-71.
4. Leddy S, Pepper J. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Organización Panamericana de la Salud, 1989.
5. Padua, J. Técnicas de investigación aplicada a las ciencias sociales. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.
6. Morales, P Medición de actitudes en psicología y educación. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. 2000.
7. Edwards A L. The Relationship between the Judgee Desideratibility of a Trait and the probability that the Trait will be Endosered", Journal of Applied Psychol. 1953;37: 90-93.
8. Irigoyen CA. Nuevos fundamentos de la medicina familiar. Ed. Medicina familiar mexicana. México. 2002.
9. Ceitlin, J y Gómez, T. Medicina familiar: la clave de un nuevo modelo. semFYC y CIMF. Madrid. 1997.
10. Mc Whinney I. Fundamentos filosóficos y científicos de la medicina de familia. Madrid; Ed. Doyman 1995.
11. Taylor R. Medicina de familia, principios y práctica. 5 ed. Masson. 2002.
12. Chávez J. Introducción a la medicina familiar. México: Ed. Universitaria Potosina.1992.
13. López de Castro M, Fernández Rodríguez O, Medina Chozas ME, Rubio Hidalgo E, Alejandre Lázaro G. Investigación en atención primaria: 1994-2003. Aten Primaria. 2005;36(8): 415-23.