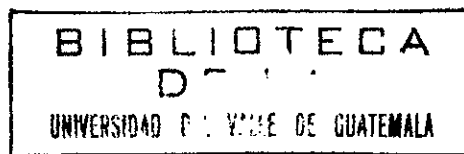


UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Educación



CONSTRUCCION DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR ACTITUDES  
INHERENTES A LA PRACTICA DE ENFERMERIA EN  
ESTUDIANTES DE TERCER AÑO DE LA CARRERA

MAGDA ADELINA QUIRORA DE DE LEON

Tesis presentada previa a optar el Grado Académico  
de Licenciatura en Educación para la Salud

Guatemala

1976



## NOTA PREVIA

Deseo dejar constancia de mi profundo agradecimiento a Dios así como a todas las personas que han hecho posible la realización de este trabajo; especialmente agradezco la acertada asesoría y estímulo constante de la Licenciada Carmen María Galo de Lara.

También agradezco a la Escuela Nacional de Enfermería y al Proyecto Integral de Enfermería quienes impulsaron la culminación de esta carrera.

De manera particular expreso mi gratitud a mi esposo Mario Roberto de León Salazar quien en todo momento me brindó su apoyo. A él y a mi hija Magda Argentina de León Quiroa, dedico esta tesis.

## INDICE

	Páginas
INTRODUCCION	1
1. EL PROBLEMA	3
2. PROPOSITOS DEL ESTUDIO	7
3. HIPOTESIS	8
4. FUNDAMENTACION TEORICA	9
5. METODOLOGIA	19
A. Definición de variables	19
B. Muestra	19
C. Procedimiento	20
1. Estudio de los objetivos	20
2. Elaboración del instrumento	24
3. Aplicación del instrumento	41
4. Resultados	41
5. Análisis de los resultados	43
6. Análisis del instrumento	45
6. DISCUSION DE RESULTADOS	49
7. CONCLUSIONES	54
8. RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFIA	56
APENDICES	
A. Cuadros	58
B. Glosario	63

## INTRODUCCION

Toda persona en la situación de estudiante tiene derecho a que se le evalúe con fines de progreso y a que se le evalúe con fines de promoverla de un curso a otro o de un grado a otro en forma equitativa.

Dicha evaluación debe ir dirigida a explorar el nivel de conocimientos que el alumno posee, las habilidades que ha desarrollado y las disposiciones o actitudes que manifiesta.

Conciente de esto y motivada por la dificultad encontrada para evaluar integralmente a las estudiantes de enfermería, decidí realizar esta pequeña investigación con el sincero propósito de contribuir a mejorar el sistema de evaluación en la enseñanza de enfermería.

En la primera parte se ha tratado de fundamentar teóricamente el trabajo, con el objeto de dejar sentada la importancia de la evaluación de actitudes, su naturaleza y algunos de los enfoques usados para medirlas.

Seguidamente se describe la metodología empleada, incluyendo aquí, la aplicación práctica del instrumento elaborado; hasta llegar al análisis y discusión de los resultados obtenidos.

Estoy conciente que el presente trabajo no llena todas las exigencias de un trabajo eminentemente científico; pero sí responde a una expectativa personal y posiblemente compartida por otras docentes de enfermería relativa a la dificultad, cada vez mayor, de cómo evaluar la parte de actitudes de las estudiantes.

Afortunadamente se encontró con suficiente bibliografía, aunque bastante general, muy útil.

Una limitación grande encontrada fue la falta de otros instrumentos que midieran actitudes de estudiantes de enfermería y cuya validez ya hubiera sido probada, para poder comprobar la validez de éste.

## 1. EL PROBLEMA

Una de las tareas menos fáciles en el trabajo docente resulta ser la tarea de evaluar a los alumnos. Son muchas páginas e incluso capítulos enteros que se dedican en las obras pedagógicas a ese respecto; sin embargo, todo docente se ha encontrado más de una vez ante la dificultad de ¿Qué evaluar? ¿Cuándo evaluar? y, sobre todo ¿Cómo hacerlo?

A manera de auto-reflexión podríamos pensar ¿Cuál de las tres interrogantes es más difícil de responder? Personalmente, considero que el qué y el cuándo evaluar encuentran respuesta en los mismos programas de enseñanza.

Es decir, se va a evaluar el logro de los objetivos propuestos y dicha evaluación se hará periódicamente con fines de progreso para el estudiante y al final de un período con fines de promoción para el mismo.

Ahora bien, los objetivos propuestos en un programa educativo, si éste es realmente educativo, deben estar combinados en cuanto a niveles de conducta a alcanzar en el alumno se refiere, o sea que debe incluir objetivos cognitivos, afectivos y psicomotores, de tal manera, que el proceso evaluativo del estudiante vaya dirigido también a esos tres niveles de conducta.

Sin embargo eso no sucede así; lo cierto es que a pesar de que existe dicha combinación en los objetivos propuestos, los medios que se emplean para comprobar el logro de esos objetivos (o sea el cómo evaluar) van dirigidos casi en su totalidad a explorar el nivel de conocimientos alcanzado por los alumnos, algunas veces a determinar el grado de destrezas adquiridas y muy raras veces a estimar los cambios de actitud logrados en los estudios, trayendo como consecuencia el detrimento de los objetivos afectivos.

¿Será que los tres niveles de conducta no merecen la misma atención en un programa educativo? ¿Es que no vale la pena estimar los logros alcanzados por los alumnos en el desarrollo de los objetivos afectivos?

Indudablemente que la respuesta a ambas preguntas es afirmativa y la situación de desbalance en el logro y evaluación de objetivos afectivos puede obedecer a muchos factores, entre ellos:

1. El sistema educativo en general, está orientado a desarrollar en la persona la capacidad de manejar símbolos, conceptos, palabras, que le permitan adaptarse al desarrollo de la época en que vive.
2. El nivel afectivo es una esfera un poco más imprecisa que la de los niveles cognitivo y psicomotor, ya que se refiere a sentimientos.

3. El proceso educativo implica interacción entre maestro y alumno, los sentimiento-actitudes son inherentes a la manera de actuar de ambos lo que dificulta objetivar su evaluación.

De acuerdo con lo anterior, puede señalarse que el sistema educativo de enfermería enmarcado dentro del sistema educativo del país, no puede estar exento de la dificultad para realizar una evaluación balanceada de los objetivos que se propone en los programas y, si agregamos a esto, que la carrera de Enfermería está catalogada como superior no universitaria, que ofrece estudios "especiales" (Acuerdo Gubernativo 1956), la situación se vislumbra más compleja aún, por tanto, cada profesión debe dar a los miembros que la conforman determinado cuerpo de conocimientos y tipo de destrezas que la distinguen de otras profesiones; al mismo tiempo exige de ellos particulares maneras de actuar inherentes a la profesión en sí. Por ejemplo: el valor de "respetar y conservar la vida" genera actitudes que traducen de la persona la introyección de dicho valor, y dicho valor es fundamental en la filosofía educativa de determinadas carreras puramente sociales como Medicina, Enfermería, Servicio Social.

Por supuesto, no se está asegurando con lo anterior, que otras carreras no contemplen dentro de su filosofía educativa

dichos valores, pero sí, que éste y otros deben ser trabajados con más dedicación y obligación por aquellas profesiones que exigen relación directa con las personas en una situación particular como lo es la enfermedad.

Evaluar actitudes en las estudiantes de enfermería ha sido siempre preocupación de las docentes, teniéndose conciencia de su importancia, lo que ha motivado a hacer algunos intentos por lograr una evaluación balanceada de los objetivos enunciados; pero la manera como se ha evaluado en general, ha sido en base a instrumentos que no cumplen con los requisitos de validez y confiabilidad estando su aplicación sujeta a la subjetividad de la maestra, de lo cual se deduce insatisfacción de las partes interesadas en el proceso evaluativo.

## 2. PROPOSITOS DEL ESTUDIO

Los propósitos que persigue el desarrollo de este trabajo, son:

1. Elaborar un instrumento que evalúe las actitudes inherentes a la práctica de enfermería en estudiantes de tercer año.
2. Probar la validez, confiabilidad y objetividad del instrumento.

### 3. HIPOTESIS

#### General

1. Las actitudes inherentes a la práctica de enfermería pueden ser evaluadas en base a un Instrumento VALIDO, CONFIABLE Y OBJETIVO que registre la observación directa y sistemática de la alumna en el campo práctico.

#### Particulares

1.1 No existe diferencia estadísticamente significativa a nivel de 0.05, entre los punteos dados por un mismo observador, a una misma alumna, usando el mismo instrumento en distinto tiempo.

1.2 No existe diferencia estadísticamente significativa a nivel de 0.05 entre los punteos arrojados por dos observadores a una misma alumna, usando el mismo instrumento, en el mismo tiempo.

1.3 No existe diferencia estadísticamente significativa a nivel de 0.05 entre los punteos arrojados por dos observadores, a una misma alumna, usando el mismo instrumento en distinto tiempo.

#### 4. FUNDAMENTACION TEORICA

##### A. Generalidades

La mayor parte de los psicólogos y educadores están de acuerdo en que una actitud es: predisposición o facilidad para reaccionar negativa o positivamente en cierto grado frente a un objeto, institución o grupo de individuos.

Dicha concepción se apoya en el origen mismo de la palabra: "del italiano *attitudine*, derivada a su vez de *aptitudine*, del latín posclásico *aptitudo*, entendida como disposición para llevar a cabo con eficacia ciertas tareas".<sup>/1/</sup>

Con relativa frecuencia suele manejarse este término en sentido sinónimo a otros, como: valores e intereses, o bien tiende a confundírsele con los hábitos, emociones y necesidades. Sheriff y Sheriff (1956), sugieren que las actitudes pueden ser diferenciadas de otros tipos de sentimientos, predisposiciones o factores motivantes de acuerdo con los siguientes criterios o características:

1. Las actitudes son aprendidas. Por ejemplo, el hambre es un motivo fisiológico no aprendido; en cambio la preferencia por determinado alimento es clasificado como una actitud.

---

<sup>/1/</sup> Fraisse, Paul y Richard Meili. Psicología de las actitudes. Edit. Protea, Buenos Aires, Argentina, 1967. p.17.

2. Las actitudes son más o menos duraderas. Esto es, no están sujetas a fluctuaciones momentáneas del estado del individuo.

3. Las actitudes implican relaciones entre sujeto y objeto. O sea que las actitudes se forman en relación a un estímulo específico identificable, y nuestra relación con respecto a los grupos específicos, problemas e individuos determinados, se revela por medio de ellas.

4. Lo referente a una actitud puede comprender un pequeño o un gran número de cosas. Podemos tener actitudes que corresponden sólo a un grupo pequeño, por ejemplo, la iglesia evangélica; o bien podemos tener actitudes que involucran a miles de gentes por ejemplo, actitudes hacia los chinos.

5. Las actitudes tienen propiedades motivadoras afectivas. Por ejemplo, las actitudes hacia Dios, hacia nuestro país o familia tienen motivaciones bien definidas.

6. Las actitudes siempre tienen un "blanco" específico. En contraste con los valores que se refieren principalmente a preferencias sobre "metas en la vida, o formas de vida" y con intereses que se refieren a las preferencias por actividades específicas.

Formación y cambios de actitudes:

¿Son las actitudes producto de la casualidad o de alguna ley natural? ¿Nace la persona con determinadas actitudes y nada puede modificarlas?

Un dato fundamental del comportamiento humano de importancia esencial, es precisamente el de que el hombre es un ser SOCIAL. Y esto quiere decir que toda su conducta, todo su desarrollo psíquico, son continuamente influidos por un medio social.

Un grupo muy importante de estudios indica que gran número de nuestras actitudes, inclusive aquellas que se dirigen a grupos minoritarios, se adquieren de manera convencional, es decir, dependen directamente del ambiente.

Allport (1935)<sup>/2/</sup> señala cuatro condiciones ambientales a raíz de las cuales se cree que se forman todas las actitudes:

1. La acumulación e integración de numerosas experiencias relacionadas entre sí. Por ejemplo: Las actitudes ante los indígenas pueden ser el resultado de una serie de experiencias ante estos como criados, lo cual no le permite al individuo ver al indígena como igual en la sociedad.

<sup>/2/</sup> Whittaker, James O. Psicología. Editorial Interamericana, S. A. México, 1968. p.565.

2. La individuación, diferenciación y segregación de experiencias. Esto quiere decir que a medida que se presentan nuevas experiencias, estas pueden tender a formar actitudes más específicas.

3. Traumatismos o experiencias dolorosas. Una experiencia negativa con un miembro representativo de un grupo racial, profesional, etcétera; puede desarrollar actitudes también negativas de la persona hacia el grupo en general.

4. La adopción de actitudes convencionales. O sea que el ser humano desarrolla actitudes por el contacto con otras personas que manifiestan la misma actitud más que como resultado de una experiencia inmediata.

De acuerdo con todo lo anterior, y más aún, atendiendo a la naturaleza de las actitudes puede asegurarse que éstas pueden ser modificadas en una persona. Aseveración útil para quienes trabajamos en docencia pues nos confirma la necesidad de no dirigir la enseñanza sólo a transmitir conocimiento y/o desarrollar habilidades, sino también a crear en el alumno las actitudes positivas hacia lo que aprende o bien modificar aquéllas que el alumno trae y que resultan no compatibles con la carrera que ha seleccionado.

En relación con el cambio de actitudes, Whittaker en la

obra citada, menciona dos métodos que funcionan razonablemente bien para producir algún cambio de actitudes en una persona.

El primero consiste en cambiar el grupo de referencia donde se mueve el individuo y del cual se deriva la actitud, por otro grupo de referencia que tenga actitudes diferentes. Por ejemplo, el grupo de referencia de una estudiante con respecto a su actitud negativa hacia los indígenas, puede constituirlo su familia; si esta estudiante sale de su grupo familiar por algún motivo y se incorpora a otro grupo que tiene actitudes positivas hacia los indígenas, esa estudiante puede cambiar las propias.

El segundo método implica cambiar las normas sociales del grupo de donde se derivan las actitudes. Como muchas actitudes se derivan del grupo al que está afiliado el individuo de ahí se deduce que si este grupo cambia sus normas sociales, las actitudes del individuo también cambiarán si continúa formando parte de ese grupo.

#### B. Evaluación de actitudes

Son varias las cuestiones que deben aclararse al iniciar esta parte del trabajo.

En primer lugar, la diferencia entre medición y evaluación; luego ubicar las actitudes dentro de un contexto puramente

educativo con fines de formación y con fines de evaluación de las mismas, Y por último, mencionar los distintos enfoques empleados para evaluar actitudes.

En relación con lo primero podemos mencionar el siguiente ejemplo: cuando decimos que hemos "evaluado" un terreno para la construcción de una casa dejamos implícito que ya lo hemos "medido"; pero si decimos que hemos medido el mismo terreno no podemos deducir que ya lo hemos evaluado. Es decir, una evaluación, siempre, o casi siempre, incluye a la medición pero no a la inversa.

Medir un terreno supone obtener un dato numérico en metros cuadrados de su tamaño y evaluarlo consiste en emitir un "juicio de valor" en base a esos metros cuadrados; o sea ubicar mentalmente la casa en esa área geográfica que se ha medido.

Trasladado al campo del aprendizaje, una cosa son los resultados numéricos obtenidos con un instrumento válido y confiable (medición) y otra los juicios valorativos que el docente asigna al significado de estos resultados numéricos (evaluación). Ambos conceptos (medición y evaluación) deben aplicarse a los tres niveles de conocimiento del alumno, pero de momento, únicamente mencionaré su aplicación en el campo afectivo.

Según Benjamín Bloom,<sup>/3/</sup> el dominio o campo afectivo abarca aquellas conductas que ponen en primer plano actitudes, emociones y valores de la persona que aprende, y que por lo general se manifiestan en sus intereses, juicios y modos de adaptación. El proceso que se da en el alumno para llegar a internalizar dichas actitudes, emociones y/o valores, es como sigue:

1. Recepción. El alumno tiene conciencia de ciertos fenómenos y estímulos y se ocupa de ellos en forma pasiva. Ejemplo: escuchar.
2. Respuesta. El alumno satisface determinadas expectativas al prestar atención o dar respuesta frente a ciertos estímulos o fenómenos. Ejemplo: intereses.
3. Valoración. El alumno manifiesta una conducta coherente, dentro de una misma línea de creencias y actitudes, en situaciones en las que no está obligado a acatar órdenes ni a obedecer. Ejemplo: convicción interna en armonía con la conducta externa.
4. Organización. El alumno acepta un conjunto de valores y establece entre ellos un ordenamiento de acuerdo

<sup>/3/</sup> Bloom, Benjamín. Taxonomía de los objetivos de la educación. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 1973. p.364.

con la prioridad que él le otorga a cada valor. Dicha jerarquización se refleja en su conducta.

5. Caracterización. Todas las conductas del alumno siguen la línea de los valores que ha internalizado. Ejemplo: filosofía de la vida: todas las conductas están de acuerdo con las propias convicciones.

Los instrumentos que miden conductas afectivas (sean construidas por el maestro o estandarizadas), sólo medirán los niveles de recepción y respuesta. Los otros tres niveles sólo se pueden medir en situaciones ajenas al contexto del aula o de la escuela. Y a través de diversas situaciones. Ello se debe a que no es posible medir los niveles superiores del dominio afectivo cuando una persona sabe que lo que se espera de ella es que su actitud sea coherente con su conducta.

Las técnicas que podría usar un maestro para evaluar las actitudes de sus alumnos hacia un grupo, hacia una materia, etcétera, varían desde la acumulación de informes en forma anecdótica, hasta la utilización de escalas de actitudes construidas en base a métodos ya establecidos, entre ellos: el método THURSTONE, el método LIKERT y otros.

El método que se siguió para elaborar la escala de actitudes que se empleó en el Instrumento probado en este trabajo, fue el de Thurstone, el cual consiste en lo siguiente:

"Habiendo construido un gran número de enunciados (que expresan actitud positiva o negativa) se reproduce cada enunciado en una tarjeta o un pedazo de papel. A continuación, un gran número de "jueces" distribuyen independientemente los enunciados según la posición que a su juicio ocupan en una escala de once puntajes (que van desde extremadamente favorables a extremadamente desfavorables) los jueces no dan su opinión de cada enunciado; solamente los ordena en una escala de intensidad de reacción positiva o negativa.

Los enunciados a los que los jueces han asignado valores muy distintos quedan eliminados, por considerárseles ambiguos o poco discriminativos con respecto a la actitud que hay que enjuiciar. Sólo se conservan los enunciados que observan una variabilidad relativamente pequeña en su posición relativa según los diversos jueces. Entre estos enunciados se eligen 15 a 25 que se encuentran separados por distancias regulares con respecto a la mediana del continuo de actitudes. Una vez seleccionadas estas preguntas se les distribuye al azar en el impreso del cuestionario.

Entonces el alumno señala los enunciados con los que está de acuerdo; su puntuación es la intensidad mediana (la mediana de las intensidades) de los enunciados señalados".<sup>/4/</sup>

---

<sup>/4/</sup> Adams, Georgia Sach. Medición y Evaluación. Barcelona, España, Editorial Herder, S. A., 1970. pp.328-329.

Cabe mencionar aquí, que no se siguió al pie de la letra todas las indicaciones que el método Thurstone señala; fue necesario introducir algunas variaciones con fines del presente trabajo, las cuales aparecen mencionadas en el capítulo de Metodología.

## 5. METODOLOGIA

### A. Definición de Variables

1. Variable independiente. Las actitudes observadas en las alumnas, directamente en el campo de prácticas.
2. Variables dependientes
  - a. Las observaciones de dos maestras distintas.
  - b. Variaciones de tiempo empleado para observar a la misma alumna.

### B. Muestra

La muestra seleccionada para probar la confiabilidad y objetividad del Instrumento elaborado, la constituyó un grupo de once estudiantes repartidas a su vez en dos subgrupos, de tercer año de la Escuela Nacional de Enfermería de la capital, que realizaban práctica clínica en la Unidad de Tratamiento Intensivo de adultos del Hospital Roosevelt.

Se eligió un grupo de estudiantes de tercer año porque, siendo la carrera de tres años, es de suponer que al final de la misma la estudiante ya traduce en conductas observables los objetivos educativos que ha introyectado, tanto en nivel de profundidad como de complejidad de los mismos; esperándose especialmente la traducción de los del nivel

afectivo por cuanto suponen cambios de actitudes. Por otro lado, las actitudes inherentes a una profesión se desarrollan lentamente resultando visibles sólo después de un largo período de formación y en el ejercicio profesional.

El área de práctica en donde se observó a la alumna fue seleccionada en base a los siguientes criterios:

1. Dentro de las prácticas de tercer año es ésta, la que ofrece a la alumna la oportunidad de dar atención de enfermería directa al paciente, así como a la maestra la oportunidad de observar de cerca a la estudiante ya que el resto de prácticas en ese grado, se realizan de manera diferente.

2. En un servicio de intensivo se encuentran a aquellas personas que están atravesando la etapa grave de su enfermedad lo cual exige del personal y de las estudiantes, una atención eficiente, oportuna y rápida. Exigencia que coloca a la estudiante ante situaciones difíciles de manejar, tanto frente al paciente como frente a la familia de éste, y en las cuales puede traducirse claramente una filosofía de enfermería.

### C. Procedimiento

1. Estudio de los objetivos. El paso inicial para poder elaborar la escala de actitudes, fue analizar los

objetivos generales de la Escuela de Enfermería que sirven de directrices a los programas. Estos objetivos se transcriben a continuación.

### Objetivos Generales del Programa

Habilidad para:

1. Distinguir los componentes de la práctica de enfermería.
2. Dar cuidado individualizado mediante la aplicación del método de solución de problemas.
3. Participar en el equipo de salud en el planeamiento, ejecución y evaluación de los programas de salud en servicios de primer nivel.
4. Servirse del diagnóstico de enfermería para identificar medios efectivos para ayudar al paciente o a la familia a aceptar prácticas afectivas de salud. Ayudar a la familia a utilizar los recursos existentes de la comunidad para prevenir las enfermedades y promover la salud.
5. Utilizar conocimientos y principios científicos al colaborar con el médico en el establecimiento del diagnóstico, aplicación de medidas terapéuticas y evaluación del tratamiento, disminuyendo la incomodidad que esto pueda causar al paciente y garantizando su seguridad.

6. Utilizar los conocimientos y habilidades del personal no profesional en el planeamiento, ejecución y evaluación del cuidado de los pacientes.
7. Hacer juicios basados en sus conocimientos profesionales y asumir la responsabilidad de sus acciones.
8. Asumir las responsabilidades éticas y sociales inherentes al desempeño de su servicio a la sociedad.
9. Iniciar y promover actividades para el mejoramiento del sistema de prestación de cuidado de enfermería y para elevar los niveles de la profesión.
10. Actuar en base a una filosofía de vida basada en principios de justicia, respeto, amor e igualdad.
11. Realizar actividades que desarrollan sus potencialidades. /5/

El análisis se hizo en función de las conductas (cognitiva, afectiva y psicomotora) descritas en cada uno de ellos; encontrándose que sólo cuatro de esos once objetivos generales describen más claramente conducta afectiva, y esto son: el No. 7, No. 8, No. 9 y No. 10. De estos cuatro se seleccionaron los Nos. 7, 8 y 10, en base a los cuales se elaboraron cuatro objetivos específicos, a partir de los cuales se

---

/5/ Departamento de Educación de Enfermería. Escuela Nacional de Enfermería, Guatemala, 1974. Archivo personal.

desglosaron los comportamientos observables que aparecen en la escala. Los objetivos Nos. 8 y 10 enuncian puramente conducta afectiva; mientras el No. 7 tiene combinación de conducta afectiva y cognitiva. El No. 9 no se tomó pues no es observable a nivel de estudiantes.

Los objetivos afectivos generales seleccionados son:

No. 7. Hacer juicios basados en sus conocimientos profesionales y asumir la responsabilidad de sus acciones.

No. 8. Asumir las responsabilidades éticas y sociales inherentes al desempeño de su servicio a la sociedad.

No. 10. Actuar en base a una filosofía de vida basada en principios de justicia, respeto, amor e igualdad.

#### Objetivos específicos elaborados

1. Aceptación de la responsabilidad que supone la asistencia a enfermos.
2. Aceptación de su campo de acción en relación con el campo de acción de profesiones afines.
3. Interés en asumir responsabilidades que beneficiarán su aprendizaje.
4. Reconocimiento del paciente como persona humana, miembro de una familia y de una comunidad.

2. Elaboración del Instrumento. Se aplicó el método Thurstone básicamente para seleccionar los enunciados útiles para elaborar la escala, de la manera siguiente:

Al tener redactadas las conductas que se pensaba observar en la estudiante, se reprodujo cada enunciado en una tarjeta de papel haciendo un total de 40 tarjetas (40 enunciados); se entregó un legajo de 40 tarjetas a cada uno de los 4 jueces seleccionados para el ordenamiento de las mismas; pidiéndoles que no emitieran opinión de cada enunciado sino solamente los ordenaran en una escala de intensidad de reacción positiva y negativa.

Se eliminaron cinco enunciados por resultar: tres en sentido ambiguo y dos no descriptivos de conducta. Se conservaron 35 enunciados útiles los cuales se distribuyeron en la escala siguiendo el orden asignado por los jueces y colocándolos de los más simples a los más complejos; siempre de acuerdo con el objetivo específico al cual correspondían;

Una vez elaborada la escala de actitudes se dio forma al Instrumento con las respectivas instrucciones para aplicarlo. Este contiene las alternativas entre las que el observador puede escoger para calificar la conducta observada. Las alternativas a emplear son:



Excelente	- cuando la actitud se observó <u>siempre</u>
Muy bueno	- cuando la actitud se observó <u>casi siempre</u>
Bueno	- cuando la actitud se observó <u>algunas veces</u>
Regular	- cuando la actitud se observó <u>pocas veces</u>
Malo	- cuando la actitud no se observó <u>nunca</u>
No se observó-	cuando no hubo oportunidad de observarla

También se elaboró el "Manual" para uso del instrumento con la finalidad de que previo a la aplicación se conozcan y se estudien. A continuación aparecen ambos.

MANUAL PARA USO DEL INSTRUMENTO DE EVALUACION DE  
ACTITUDES DE ESTUDIANTES DE  
TERCER AÑO DE ENFERMERIA

### Presentación

El presente instrumento ha sido elaborado con la finalidad de contribuir al proceso de evaluación integral de los estudiantes de enfermería. Está diseñado de manera tal, que permite a la maestra hacer una apreciación OBJETIVA de la conducta de la alumna en determinada situación y/o área de aprendizaje, apreciación que puede servir a ambos para orientación y guía en el proceso educativo, o bien, combinada con otras formas de evaluación puede servir también para promover estudiantes de un curso a otro.

El instrumento permitirá a la maestra emitir su apreciación de la conducta de la alumna con menos carga de subjetividad, a base de observación sistematizada.

El instrumento consta de un total de treinta y cinco (35) objetivos enunciados en términos de conductas observables, los cuales aparecen enumerados correlativamente. Al lado de este listado aparecen cinco columnas con un número en orden descendente que van del cinco al uno. Estos números representan el valor que puede asignársele a determinada conducta observada, la cual puede ir desde extremadamente positiva o favorable (Excelente) hasta extremadamente negativa o desfavorable (Malo). La casilla cero (0) se utilizará cuando la conducta enunciada no se haya observado.

La suma de los valores numéricos otorgados a las conductas observadas permite una calificación global de la estudiante.

#### Fundamentación teórica

Al considerar a la Educación como un proceso integral que persigue la realización plena del ser humano, todo programa educativo de cualquier institución debe incluir en sus finalidades distintos tipos de comportamiento que favorezcan esa auto-realización.

Todo currículum de estudios posee objetivos implícitos y explícitos que persiguen el reforzamiento y desarrollo de la capacidad intelectual, psicomotora y afectiva del alumno, sin embargo, llama la atención observar que los medios que se usan para comprobar si esos objetivos están siendo alcanzados por

los estudiantes van dirigidos casi exclusivamente a explorar el área de "conocimientos" de los mismos, trayendo como consecuencia, el detrimento de los objetivos afectivos.

Esta situación puede obedecer a que, en general, el énfasis del sistema educativo está orientado hacia la formación de personas que puedan manejar palabras, conceptos y símbolos científicos acordes con el desarrollo tecnológico de cada época. Es indiscutible que el contenido de lo que se enseña tiene una profunda repercusión en el proceso de formación de los educandos, siempre que no se enseñe sólo, sino que el conocimiento en sí, vaya acompañado de una ACTITUD hacia el mismo, su aceptación y valorización llegando a ser parte inherente de la conducta del alumno.

Otra razón del descuido de los objetivos afectivos puede ser también la que obedece a la marcada dificultad con que los maestros nos encontramos para evaluar los logros afectivos en los alumnos debido a que estos son inherentes a las maneras de actuar de ambos. Dificultad que no se observa al evaluar logros cognitivos o psicomotores ya que los primeros pueden evaluarse con pruebas de lápiz y papel, por ejemplo, y los segundos con observación de las habilidades y destrezas del alumno en situaciones concretas.

Sin embargo, personalmente creo, que la mayor dificultad

para llevar a cabo una evaluación integral, estriba en la negligencia de las instituciones educativas para comprobar si se están alcanzando todos los objetivos formulados en sus programas y no sólo aquéllos que es más fácil medir.

Los objetivos afectivos abarcan aquellas conductas que sitúan como foco de su atención, actitudes, emociones y valores de la persona que aprende y que por lo general se manifiestan en sus intereses, juicios y modos de adaptación. Como se vé es una esfera más imprecisa que la relativa a conocimientos y destrezas pero tiene tanta importancia como éstas y tal vez más.

Son muchas y variadas las técnicas que pueden emplearse para evaluar el logro de los objetivos en términos de actitudes manifiestas en los estudiantes. Una de estas son las llamadas ESCALAS DE ACTITUDES, las cuales "revelan la posición del individuo en un continuo de aprobación-desaprobación de las instituciones sociales, las actividades de grupo y los principios que puedan afectar el bienestar de los demás".<sup>/6/</sup>

Para la construcción de una escala de actitudes pueden seguirse diversos métodos; en el presente trabajo se ha seguido el método de Thurstone.

<sup>/6/</sup> Adams, Georgia Sach. Medición y Evaluación. Barcelona, España, Editorial Herder, S. A., 1970. p.324.

### Concepto de actitudes

Con fines de lograr una mayor comprensión del instrumento en sí y de su finalidad, se consideran las ACTITUDES como "predisposiciones a reaccionar negativa o positivamente en cierto grado frente a un objeto, institución o clase de individuos".<sup>/7/</sup> Es decir que las actitudes expresan motivos y tendencias personales, disposición emocional que orienta la actividad del pensamiento y la acción hacia un "blanco" determinado (objeto, institución, individuo). Para algunos autores, las actitudes son sinónimo de sentimientos.

### Evaluación de actitudes en base a comportamientos específicos

Ya que no se puede estar seguro de que las actitudes medidas durante un examen sean típicas de un estudiante, se hace indispensable evaluarlas en base a comportamientos específicos, los cuales, para ser específicos tienen que ser OBSERVABLES; estos a su vez tienen que elaborarse con conocimiento de lo que se espera que el alumno manifieste en determinado período de su aprendizaje ya que si no se tiene claro lo que se espera que el alumno posea, tampoco podrá tenerse claro cómo ni para qué evaluarlo.

Por otro lado, si como ya dijimos, las actitudes son expresión de motivos y tendencias personales estas son

<sup>/7/</sup> Adams, Georgia Sach. Ob. cit. p. 325.

eminentemente SUBJETIVAS, es decir, inherentes al sujeto y sólo podrán OBJETIVARSE si se traducen a enunciados descriptivos de la conducta del alumno que permitan al maestro emitir juicios independientemente de su subjetividad.

### Adquisición de actitudes inherentes a una profesión

Las profesiones se distinguen unas de otras por el cuerpo de conocimientos que poseen, por el tipo de destrezas y habilidades que transmiten y por las actitudes que exigen de sus miembros. De tal manera, que de acuerdo a la profesión seleccionada y adquirida por una persona, así será la manera de actuar que la sociedad exija.

Estas actitudes "profesionales" se desarrollan lentamente ya que son parte del proceso total a que es sometido el estudiante, y resultan visibles, haciendo uso de técnicas de evaluación adecuadas, sólo después de un largo período de formación y en el ejercicio profesional.

En el caso de la profesión de enfermería, cuya duración de estudiante es de tres años, los objetivos afectivos seleccionados y traducidos en actitudes, se evaluarán en estudiantes de último año de la carrera suponiendo que las conductas descritas en el instrumento elaborado, han sido ya incorporadas a su manera habitual de actuar.

Se eligió el área de aprendizaje en el cual se observará a la estudiante, seleccionando el servicio de Tratamiento Intensivo de un hospital, por ser un campo de aprendizaje que exige de la estudiante, de manera más "palpable", la traducción en acción de las actitudes propias de la profesión de enfermería, lo anterior obedece a que es el único servicio en un hospital en donde se encuentran concentrados pacientes en condiciones graves que requieren atención eficiente, oportuna y rápida; condición que muchas veces coloca a la estudiante en situaciones difíciles de manejar y por ende que exigen de ella cualidades específicas.

#### Objetivos generales de la Escuela de Enfermería y evaluación de actitudes

Al inicio del presente manual se menciona que todo currículum de estudios debe contener objetivos de las tres áreas de aprendizaje. El currículum de las Escuelas de Enfermería de Guatemala no se excluye de esta condición básica, conteniendo un total de once objetivos generales que dan la base para una gran cantidad de objetivos específicos. Después de un análisis de esos once objetivos generales, se dedujo que sólo cuatro de ellos implican conducta afectiva, es decir, que son los que más claramente guían a la maestra para la incorporación de actitudes deseables en las estudiantes al mismo tiempo que transmiten la materia en sí.

Para poder elaborar la escala de actitudes, se seleccionaron únicamente tres de estos cuatro objetivos que implican conducta afectiva, por considerárseles que describían más claramente un contenido afectivo. De ellos se desglosó la serie de comportamientos específicos que aparecen en la escala.

Los objetivos generales del currículum, seleccionados, son los siguientes:

"Hacer juicios basados en sus conocimientos profesionales y asumir la responsabilidad de sus acciones".

"Asumir las responsabilidades éticas y sociales inherentes al desempeño de su servicio a la sociedad".

"Actuar en base a una filosofía de vida basada en principios de justicia, respeto, amor e igualdad".

De los anteriores objetivos generales se dedujo los siguientes objetivos específicos que sirvieron de base para elaborar la Escala de Actitudes.

1. Aceptación de la responsabilidad que supone la asistencia a enfermos.
2. Conciencia profesional de su campo de acción en relación con el campo de acción de profesiones afines.

3. Interés en asumir responsabilidades que beneficiarán su aprendizaje.
4. Reconocimiento del paciente como persona humana, miembro de una familia y de una comunidad.

Es indispensable que previo a la aplicación del instrumento la maestra dé a conocer a las estudiantes los objetivos específicos que sirvieron de base para la construcción de la escala, con la finalidad de que ellas conozcan los criterios sobre los cuales se les observará para evaluación.

INSTRUMENTO PARA EVALUAR ACTITUDES  
DE ESTUDIANTES DE TERCER AÑO  
DE ENFERMERIA

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre de la alumna \_\_\_\_\_

Período que dura la observación; de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Nombre de la maestra \_\_\_\_\_

Servicio o área de aprendizaje \_\_\_\_\_

Punteo total \_\_\_\_\_

Punteo sobre 100 \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES

1. Estudie cuidadosamente el MANUAL y el INSTRUMENTO (cuestionario), antes de su aplicación.
2. Observe a la estudiante por un período no menor de una semana con cinco horas de práctica cada día.
3. Realice la evaluación en forma privada.
4. El instrumento consta de dos partes. En la primera encontrará una descripción de la conducta que la estudiante debe realizar. En la segunda, encontrará seis alternativas:

4 = Excelente	- Siempre
3 = Muy bueno	- Casi siempre
2 = Bueno	- Algunas veces
1 = Regular	- Pocas veces
0 = Malo	- Nunca
X = No se observó	-

Debe marcar con una X en la columna que corresponde a la calificación respecto a la conducta observada.

5. En el espacio reservado para observaciones puede anotar cualquier aspecto que considere importante en relación a las actitudes de la estudiante.

## PARTE I

## PARTE II

ASPECTOS A OBSERVAR	4	3	2	1	0	No se Observó
<u>Aceptación de la responsabilidad que supone la asistencia a enfermos</u>  1. Basándose en su criterio profesional acepta sugerencias del paciente que pueden contribuir a su bienestar y/o recuperación; (por ejemplo, cambio de posición, cambio de lugar a venoclisis).						
2. Reporta inmediatamente y en forma verbal al médico, cualquier equivocación involuntaria cometida en contra de la recuperación del paciente.						
3. Corroborar con el médico cualquier orden escrita en el registro del paciente y que pueda ser perjudicial para él.						
4. Aporta al médico datos pertinentes al estado general del paciente que puedan ser de utilidad para el diagnóstico o tratamiento.						
5. Interrumpe el tratamiento médico en situaciones en las que, haciendo uso de sus conocimientos prevee peligro para el paciente; (por ejemplo, suspender una transfusión sanguínea al observar reacción).						
6. No deja sólo al paciente en condiciones delicadas o graves si antes no ha llegado reemplazo.						

## PARTE I

## PARTE II

ASPECTOS A OBSERVAR	4	3	2	1	0	No se observó
7. Enuncia verbalmente cuando se le pide, indicaciones, contra-indicaciones, posología y efectos secundarios de los medicamentos que administra.						
8. Lee en la fuente indicada, acerca de los medicamentos que no conoce.						
9. Cuando dá atención directa de enfermería muestra expresiones de agrado y dedicación.						
10. Dá información pertinente a los familiares de los pacientes que se la solicitan.						
11. Antepone las necesidades de los pacientes a sus necesidades personales; (por ejemplo, refacción).						
12. Cumple con el horario de los turnos que le asigna la institución en donde realiza su aprendizaje.						
<u>Conciencia profesional de su campo de acción en relación con el campo de acción de profesiones afines</u>						
13. Realiza actividades que son la esencia misma de enfermería (satisfacción de las necesidades básicas de los pacientes).						

## PARTE I

## PARTE II

ASPECTOS A OBSERVAR	4	3	2	1	0	No se observó
14. Contribuye al logro de la meta médica sin perjuicio al logro de la meta de enfermería.						
15. Comunica al Trabajador Social las necesidades de los pacientes pertinentes a su campo.						
16. Cuando se le encomienda un paciente moribundo, identifica necesidades espirituales en él (por medio de la familia, su observación, su relación con el paciente, etc.)						
17. Al fallecer el paciente que tiene a su cuidado, dá atención de enfermería completa, incluyendo comunicar la noticia a la familia si está presente.						
18. Dá tratamiento médico únicamente en situaciones de urgencia; (medidas que persigan la preservación de la vida).						
19. Cuando los familiares de los pacientes le solicitan información relacionada con el diagnóstico y/o tratamiento, los refiere al médico para que sea él quien se las dé.						
<u>Interés en asumir responsabilidades que beneficiarán su aprendizaje</u>						
20. Cuando se le dá la oportunidad, se asigna pacientes siguiendo los criterios que ya conoce.						

## PARTE I

## PARTE II

ASPECTOS A OBSERVAR	4	3	2	1	0	No se observó
21. Solicita en el momento preciso y en forma verbal, la ayuda que necesita de parte de la maestra para resolver un problema.						
22. Cada vez que se le presenta una oportunidad, realiza los procedimientos que ya conoce (aún los que conoce sólo en teoría)						
23. Hace crítica constructiva a sus compañeras de grupo, maestra y personal de servicio.						
24. Comunica a la autoridad apropiada (director, jefe, etc.), incompetencia o conducta fuera de la ética de los asociados en las profesiones de salud.						
25. Expresa su desacuerdo a miembros del equipo de salud que no cumplen con los principios básicos que garantizan la seguridad del paciente; (por ejemplo, principios de asepsia).						
26. Mantiene una conducta personal acorde con los patrones de conducta aceptados por la comunidad donde ella vive y estudia.						
<u>Reconocimiento del paciente como persona humana, miembro de una familia y de una comunidad</u>						
27. Propicia al paciente, oportunidad de participar en su recuperación, si puede hacerlo; (por ejemplo, realizar él mismo sus cuidados higiénicos).						

## PARTE I

## PARTE II

ASPECTOS A OBSERVAR	4	3	2	1	0	No se observó
28. Mantiene comunicación con los familiares del paciente a efecto de que estos se sientan partícipes en su recuperación.						
29. Aporta datos personales del paciente y no sólo aquéllos relacionados con la enfermedad y tratamiento.						
30. Guarda toda información personal que le haya sido confiada.						
31. Explica al paciente (si está en condiciones de oírle), cualquier procedimiento que vaya a realizarle.						
32. Protege el pudor del paciente cuando él por sí sólo no puede hacerlo, cubriéndole o aislándolo de miradas ajenas en el momento de un examen.						
33. A la hora de la visita deja sólo al paciente con su familia, evitando en lo posible, interrumpir a cada momento.						
34. Llama al paciente por su nombre.						
35. No acepta sobornos o gratificación económica.						

OBSERVACIONES:

---



---



---

3. Aplicación del instrumento. Se discutió el Manual y el Instrumento con las dos maestras que lo probarían en el área de aprendizaje seleccionada, dejando una semana de tiempo para que ambas se familiarizaran con su uso.

El instrumento fue aplicado simultáneamente por la maestra responsable del grupo de estudiantes y la persona que elaboró el mismo, durante dos semanas de cinco días de práctica cada una. La observación a la estudiante fue directa y sistemática, es decir, se estuvo cerca de las alumnas durante todo el tiempo de la práctica seleccionada. El registro de las observaciones se hizo en forma privada.

Previo a aplicar el Instrumento se pidió la colaboración del grupo de estudiantes a efecto de permitir probar la confiabilidad y objetividad del mismo; una vez obtenida, se dio a conocer los objetivos específicos de la escala.

Al final se obtuvieron tres observaciones registradas en el instrumento, por cada estudiante, lo que hace un total de 33 observaciones efectuadas.

4. Resultados. Seguidamente se sacó el punteo total de las conductas observadas y el punteo sobre 100 de cada alumna, teniendo cuidado de no tomar en cuenta los rubros chequeados en la casilla de NO SE OBSERVO, ya que el que se

observaran o no las conductas descritas, no dependía directamente de la estudiante, sino de causas ajenas a ella; como: condición del paciente, presencia o no de la familia en el momento de la muerte de un paciente, etcétera.

Una vez obtenidos los tres punteos por alumna se buscó el grado de relación existente entre ellos, de la siguiente forma:

#### Correlación 1

Los dos punteos de la misma alumna, dados por la misma maestra, en distinto tiempo.

#### Correlación 2

El punteo dado por la maestra y el punteo dado por quien elaboró el instrumento, a la misma alumna, en el mismo tiempo.

#### Correlación 3

El punteo dado por la maestra y el punteo dado por quien elaboró el instrumento, a la misma alumna en distinto tiempo.

La correlación entre una variable y otra puede encontrarse por medio de cualquiera de los métodos estadísticos que se consulte. Sin embargo, cuando el número de sujetos es menor de 25, como en este caso, se recomienda el METODO DE LA CORRELACION POR DIFERENCIA DE RANGOS, cuyo signo es  $\rho$  (léase Rho),

por ser más rápido y fácil de calcular además de dar un resultado tan adecuado como el que se obtiene con otro método.

La fórmula para calcular  $\rho$  es:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum D^2}{N(N^2 - 1)}$$

Se dice que una relación es positiva perfecta cuando se expresa por un coeficiente de 1.00; ésta rara vez se encuentra en estudios psicológicos, debido a la incapacidad para controlar todos los factores que influyen en las mediciones. No hay ningún grado de relación cuando resulta un coeficiente de 0.00. O sea que, un coeficiente de correlación que esté entre 0.00 y 1.00 siempre implica ALGUN GRADO DE RELACION O DE ASOCIACION POSITIVA. Al resultar un coeficiente de -1.00 se dice que la correlación es negativa; es decir, que el máximo rango de una variable, o de una cualidad, tiene relación directa con el mínimo rango de la otra.

5. Análisis de los resultados. Los coeficientes de correlación obtenidos permitieron la comprobación de las hipótesis formuladas, ya que de acuerdo con lo ya explicado: UN COEFICIENTE DE CORRELACION QUE ESTE ENTRE 0.00 Y 1.00 SIEMPRE IMPLICA ALGUN GRADO DE RELACION O ASOCIACION POSITIVA.

Hipótesis 1:

"No existe diferencia estadísticamente significativa a nivel de 0.05, entre los punteos dados por un mismo observador, a una misma alumna usando el mismo instrumento, en distinto tiempo".

El coeficiente de correlación resultante es de: 0.3932

Hipótesis 2:

"No existe diferencia estadísticamente significativa a nivel de 0.05 entre los punteos arrojados por dos observadores, a una misma alumna, usando el mismo instrumento, en el mismo tiempo".

El coeficiente de correlación obtenido es de: 0.3523

Hipótesis 3:

"No existe diferencia estadísticamente significativa a nivel de 0.05 entre los punteos arrojados por dos observadores a una misma alumna, usando el mismo instrumento en distinto tiempo".

El coeficiente de correlación fue de: 0.4841

El máximo nivel de significancia para nueve grados de libertad, a nivel de 0.05 es 0.60 (Tabla estadística); como puede verse los tres coeficientes de correlación obtenidos son positivos.

6. Análisis del instrumento. El análisis del instrumento se hizo después de su aplicación en el área de práctica seleccionada, en función de APLICABILIDAD de los enunciados descritos. Se encontró que de los 35 enunciados que componen la escala, nueve fueron chequeados en la casilla de "No se observó" más de la mitad de veces de las observaciones efectuadas.

A continuación se detalla cada uno de los enunciados chequeados en la casilla "No se observó" y las veces que no pudo observarse; recordándonos que el total de observaciones fue de 33.

ENUNCIADOS	Número de veces no observado
No. 2 Reporta inmediatamente y en forma verbal al médico, cualquier equivocación involuntaria cometida en contra de la recuperación del paciente.	21
No. 3 Corroborar con el médico cualquier orden escrita en el registro del paciente y que pueda ser perjudicial para éste.	17
No. 5 Interrumpe el tratamiento médico en situaciones en las que, haciendo uso de sus conocimientos prevee peligro para el paciente; (por ejemplo, suspender una transfusión sanguínea al observar reacción).	25

ENUNCIADOS	Número de veces no observado
No.15 Comunica al Trabajador Social las necesidades de los pacientes pertinentes a su campo.	33
No.17 Al fallecer el paciente que tiene a su cuidado, dá atención de enfermería completa, incluyendo comunicar la noticia a la familia si está presente.	23
No.18 Dá tratamiento médico únicamente en situaciones de urgencia; (medidas que persigan la preservación de la vida).	23
No.24 Comunica a la autoridad apropiada (director, jefe, etc.) incompetencia o conducta fuera de la ética de los asociados en las profesiones de salud.	33
No.25 Expresa su desacuerdo a miembros del equipo de salud que no cumplen con los principios básicos que garantizan la seguridad del paciente; (por ejemplo, principios de asepsia).	32
No.35 No acepta sobornos o gratificación económica.	15

De acuerdo con el cuadro anterior, a grosso modo podría inferirse que de acuerdo con el número de veces que no puó observarse cada enunciado, estos resultan no útiles y que por

lo tanto, no deben aparecer en la escala. Sin embargo, es necesario un análisis detenido para poder asegurarlo.

El enunciado No. 2; supone la aceptación de la estudiante ante un error cometido y exige su actuación para enmendar dicho error. Es de esperarse que en estudiantes de tercer año, el número de errores cometidos, especialmente en práctica, sea mínimo, a cambio de no poder exigirse que no cometan ninguno. Entonces, mientras más alto sea el número de veces que no se observe dicho enunciado en estudiantes de tercer año, más satisfactorio resulta.

El No. 3 implica dos cosas: 1) que la estudiante conozca integralmente al paciente, y 2) que el médico haya escrito equivocadamente una orden en el registro del paciente. De las dos, la menos común es la segunda, sin embargo puede suceder. Por tanto el poder observar si la estudiante corrobora una orden médica equivocada, supone que la maestra realice efectivamente la supervisión de las estudiantes en el área de práctica.

El No. 5 también fue chequeado en la casilla "no se observó" un alto número de veces; básicamente se debe a que la situación no se presentó con la frecuencia que se esperaba cuando se pensó en incluirla en la escala; ya que la atención médica, así como la de enfermería, es ininterrumpida durante

las 24 horas del día en el servicio en donde se aplicó el instrumento.

El No. 15 no se observó ni una vez, es decir, no se presentó la oportunidad de hacerlo. Aplicado en esta área de práctica dicho enunciado si puede dejar de ser útil, ya que el Servicio Social en Intensivo funciona efectivamente; no existiendo la necesidad de comunicar las necesidades de los pacientes, necesidad que en otros servicios si se dá.

El No. 17 y el 18 son muy relativos; es decir el que se den o no las oportunidades de observarlos va a depender de la condición más o menos grave del paciente. Esto puede corroborarse con el hecho de que ambos pudieron observarse 12 veces.

Los enunciados Nos. 24 y 25 no se observaron ni una vez; de acuerdo con el tipo de conducta que suponen no sabría inferir las causas que motivaron el que no se hayan observado.

El No. 35 enuncia una situación que puede darse, aunque no con mucha frecuencia. Su interpretación es como la del No. 2, es decir, que a mayor número de veces que aparezca chequeado en la casilla de "No se observó", menos probabilidad de que la situación se dé.

## 6. DISCUSION DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta pequeña investigación serán analizados a la luz de la hipótesis general formulada:

"Las actitudes inherentes a la práctica de enfermería pueden ser medidas en base a un instrumento VALIDO, CONFIABLE Y OBJETIVO, que registre la observación directa y sistemática de la alumna, en el campo de práctica".

"La validez se refiere a si una prueba o un instrumento mide realmente lo que se afirma y pretende. En otras palabras, ésta se refiere al punto hasta el cual los resultados de la evaluación sirven a los usos particulares para los cuales fueron ideados".<sup>/8/</sup>

La validez se refiere a los resultados más bien que al instrumento; su presencia es cuestión de grado; o sea, puede haber gran validez, validez media y poca validez.

¿Qué tan válido es un instrumento o una prueba?

Un instrumento o una prueba rara vez es completamente válido y casi nunca completamente inválido. Puede hablarse de validez en tres sentidos: Validez de Contenido, Validez

---

<sup>/8/</sup> Karmel, Louis J. Medición y evaluación escolar. México, D. F., Trillas, 1974.

empírica o ligada a criterio, y Validez estructural, de constructo o de elaboración de la prueba.

La validez de contenido se emplea corrientemente para valorar pruebas de rendimiento. La validez de criterio generalmente se usa con fines de predicción o para estimar cuál es el estado de las cosas en el momento de la prueba; por último, la validez de construcción o de elaboración nos sirve para establecer o comprobar la practicabilidad de la prueba o instrumento.

De acuerdo con el tipo de instrumento que se elaboró en el presente trabajo es de suponer que éste no posea validez de contenido pero sí validez ligada a criterio y validez de constructo.

#### Validez ligada a criterio

Esta nos dice que también los resultados del instrumento o prueba, predicen o estiman una actuación en particular. Es una categoría más general que reemplaza a la validez predictiva y a la validez concurrente.

Lo más difícil para lograr el propósito de dar validez a una prueba es encontrar el "criterio" satisfactorio. No existe para la mayoría de los propósitos educacionales, un criterio adecuado para el éxito. Sin embargo, puede

dependerse de procedimientos de análisis lógico para asegurar la validez de una prueba o instrumento. Esto significa identificación cuidadosa de los objetivos, expresión de dichos objetivos en términos de transformaciones específicas en el comportamiento de los alumnos y construcción o selección de los instrumentos de evaluación que satisfactoriamente midan las transformaciones del comportamiento que se busca. En este sentido, el usuario de la prueba es quien tiene que expresar el juicio final con respecto a la validez de los resultados de la prueba.

Es él el único que sabe qué tan bien se ajusta la prueba a su uso particular, qué tan bien se controlan las condiciones en que se realiza y qué tan típicas son las respuestas a la situación de prueba.

#### Validez de constructo

La técnica usada generalmente para determinar la validez de constructo, consiste en calcular los coeficientes de correlación con los punteos de otras pruebas reconocidas como válidas, diseñadas para evaluar el mismo rasgo o disposición.

En este sentido, no se encontró ningún instrumento que ya hubiera sido empleado para evaluar actitudes de estudiantes de enfermería, por lo que no pudo comprobarse la validez de constructo del elaborado en esta ocasión.

### Confiabilidad

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere a la "consistencia" del mismo; o sea, podemos decir que un instrumento es confiable, cuando, aplicado por distintas personas da iguales o semejantes resultados; o bien, cuando no hay cambio significativo entre los resultados arrojados por un mismo aplicador pero distinto momento. En relación con la primera aseveración, llama la atención la notoria diferencia entre los punteos asignados a las estudiantes B, E, F, G, y J; cuando el instrumento fue aplicado por dos personas distintas, en forma simultánea. (Ver Cuadro No. 2, pág. 60); y cuando fue aplicado en tiempo diferente por las mismas dos personas, la diferencia de punteos se dio en las estudiantes B, C, E, F, G y J, (ver Cuadro No. 3, pág. 61). Curiosamente, las estudiantes con punteos muy diferentes son las mismas, a excepción de la estudiante C que no se repite. Entrar a analizar esta situación no cae dentro de los objetivos del presente trabajo. Sin embargo, se demostró estadísticamente el grado de correlación entre las variables estudiadas, lo cual garantiza la confiabilidad del instrumento empleado.

### Objetividad

El último concepto que queda por discutir es el de Objetividad. En el contexto en el que hablamos, se dice que un instrumento de medición es objetivo cuando está hecho en

términos de conductas OBSERVABLES, es decir, que elimina el máximo toda carga de subjetividad o prejuicios personales del maestro con respecto al rasgo o disposición que va a evaluar.

La escala de actitudes que se elaboró explora las actitudes fundamentales inherentes a la práctica de enfermería que deben ser observables o manifiestas por las estudiantes, especialmente, al final de la carrera.

## 7. CONCLUSIONES

1. De acuerdo con los resultados obtenidos, el Instrumento elaborado ofrece garantías de Confiabilidad, Objetividad y Validez de criterio; no así de Validez de Constructo pues ésta no pudo probarse.
2. No puede generalizarse que tal y como está construido sea aplicable para evaluar actitudes inherentes a la práctica de enfermería, en estudiantes de los tres grados; ya que dicho instrumento fue probado únicamente en un grupo reducido de estudiantes de tercer año, y en un área específica de práctica.

## 8. RECOMENDACIONES

Con base en las conclusiones a que se llegó en el presente trabajo, y con fines de que éste cumpla con el propósito de "contribuir al proceso de evaluación de las estudiantes de enfermería"; se recomienda:

1. Probar la aplicabilidad del presente instrumento en otros grupos de estudiantes de enfermería y en otras áreas de práctica; a efecto de aumentar el grado de confiabilidad y objetividad del mismo.
2. Depurar las técnicas de evaluación empleadas en la enseñanza de enfermería a razón de hacerla en función de TODOS los objetivos propuestos en cada programa.
3. No descuidar la implementación y evaluación de los objetivos afectivos ya que en el proceso de enseñanza-aprendizaje no sólo es importante lo que el alumno aprende, sino también las actitudes que desarrolla hacia lo que aprende.

## BIBLIOGRAFIA

- Adams, Georgia Sach. Medición y evaluación. Barcelona, España, Herder, S. A., 1970. pp. 820.
- Armstrong, R. J. y otros. Desarrollo y evaluación de objetivos de conducta. México, D. F., Guadalupe, 1973. pp. 101.
- Bloom, Benjamín S. Taxonomía de los objetivos de la educación. Buenos Aires, Argentina, El Ateneo, 1973. pp. 364.
- Bloom, Benjamín S., Thomas Hastings, George F. Madava. Handbook on Formative and Sumative Evaluation of Student Learning. Cap. 10. Traducción de Ketelaar. Rev. de Beatriz Molina y Harriet de Dougherty. "Técnicas de evaluación para los objetivos afectivos". Universidad del Valle de Guatemala, 1975.
- Bradley, McClelland. Conceptos básicos de estadística. México, D. F., El Manual Moderno, S.A., 1972. pp. 168.
- Comes, P. Guía para la redacción y presentación de trabajos científicos, informes técnicos y tesis. Barcelona, España, García, 1971. pp. 269.
- Fraisse, Paul y Richard Meili. Psicología de las actitudes. Buenos Aires, Argentina, Proteo, 1967. pp. 189.
- García de Serrano, Irma. Manual para la preparación de informes y tesis. Puerto Rico, Colegio de Ciencias Sociales, 1960. pp. 221.
- Garret, Henry E. Estadística en psicología y educación. Buenos Aires, Argentina, Paidós, 1971. pp. 509.
- Good, Warren R. Introducción a la estadística con énfasis en su aplicación a la educación. Guatemala, C. A., Colegio Americano de Guatemala, 1963. pp. 58.
- Gronlund, Norman E. Medición y evaluación en la enseñanza. México, D. F., Pax, 1973.
- Karmel, Louis J. Medición y evaluación escolar. México, D.F., Trillas, 1974.

- Nunnally, Jum C. Medición de sentimientos. Cap. 14. Traducción de María Mercedes de León; revisión de Beatriz Molina y Harriete Dougherty. Universidad del Valle de Guatemala; Instituto de Investigaciones Educativas, 1974.
- O.P.S. "Educación Médica y Salud". Revista, Vol. 6, Nos. 3 y 4, julio-diciembre, 1974 y Vol. 8, No. 3, 1974.
- O.M.S. "Crónica de la OMS". Revista, Vol. 23, No. 12, diciembre, 1969.
- Pelaez de Sans, Gladys Iram. "Estímulo Verbal"; Tesis sometida para optar al grado de Licenciada en Psicología. Guatemala, 1971 (Industriales).
- Whittaker, James.O. Psicología. México, D. F., Interamericana, S. A., 1968. pp. 565.

APENDICE A

Cuadro No. 1

Punteos dados por la maestra, a la misma alumna en distinto tiempo

Estudiante	X	Y	Rx	Ry	D	$\sum D^2$
A	93	98	3	1	2	4
B	82	91	7	3	4	16
C	81	76	8	11	3	9
D	72	79	11	10	1	1
E	85	93	6	2	4	16
F	79	90	9	4	5	25
G	87	86	4	6	2	4
H	95	88	2	5	3	9
I	96	85	1	7.5	6.5	42.25
J	78	81	10	9	1	1
K	86	85	5	7.5	2.5	6.25
N=11						133.50

Donde: X y Y = punteos dados por la muestra.

Rx = rango de cada punteo de X.

Ry = rango de cada punteo de Y.

D = diferencia de rangos.

$\sum D^2$  = suma de las diferencias al cuadrado.

Aplicando la fórmula:

$$\rho = 1 - \frac{6 \times \sum D^2}{N (N^2 - 1)}$$

tenemos:

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 133.50}{11 (121-1)}$$

$$\rho = 1 - \frac{801}{11 \times 120}$$

$$\rho = 1 - \frac{801}{1320}$$

$$\rho = 1 - 0.6068 = 0.3932$$

$$\rho = 0.3932$$

Para encontrar el grado de significancia de un coeficiente de correlación, vemos el resultado a la luz de las tablas estandarizadas que nos dan las estadísticas, sacando los grados de libertad así:

$$G1 = N-2$$

$$G1 = 11-2 = 9$$

Cuadro No. 2

Punteos dados por la maestra y por la persona que elaboró el instrumento al mismo tiempo

Estudiantes	X	Y	Rx	Ry	D	$\sum D^2$
A	93	89	1	1	0	0
B	82	58	6	10	4	16
C	76	60	9	8.5	0.5	0.25
D	72	72	10	5	5	25
E	85	61	3 <sup>+</sup>	7	4	16
F	79	47	8	11	3	9
G	63	86	11	3	8	64
H	88	87	2	2	0	0
I	85	81	3 <sup>+</sup>	4	1	1
J	81	60	7	8.5	1.5	2.25
K	85	70	3 <sup>+</sup>	6	3	9
N=11						142.50

Donde: X = punteo dado por la maestra.

Y = punteo dado por quien elaboró el instrumento.

Despejando la fórmula tenemos:

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 142.50}{11 \times (11^2 - 1)}$$

$$\rho = 1 - \frac{855}{11 \times 120}$$

+ Cuando hay empate entre tres punteos se pone el rango promedio

$$\rho = 1 - \frac{855}{1320}$$

$$\rho = 1 - 0.6477$$

$$\rho = 0.3523$$

Cuadro No. 3

Punteos dados por la maestra y por la persona que elaboró el instrumento, en distinto tiempo

Estudiante	X	Y	Rx	Ry	D	$D^2$
A	98	89	1	1	0	0
B	91	58	5	10	5	25
C	81	60	9	8.5	0.5	0.25
D	79	72	10	4	6	36
E	93	61	4	7	3	9
F	90	47	6	11	5	25
G	87	63	7	6	1	1
H	95	87	3	2	1	1
I	96	81	2	3	1	1
J	78	60	11	8.5	2.5	6.25
N=11						133.50

Donde: X = punteos dados por la maestra.

Y = punteos dados por quien elaboró el instrumento.

Despejando la fórmula tenemos:

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 113.50}{11 \times (11^2 - 1)}$$

$$\rho = 1 - \frac{681}{11 \times 120}$$

$$\rho = 1 - \frac{681}{1320}$$

$$\rho = 1 - 0.5159$$

$$\rho = 0.4841$$

## APENDICE B

### Glosario

1. Atención de Enfermería o Práctica de Enfermería: ejecución del cuidado de enfermería y del cuidado médico delegado.
2. Cuidado Individualizado: cuidados que se da al paciente basado en el diagnóstico de enfermería.
3. Cuidado de Enfermería: acciones dirigidas al logro de la comodidad del paciente.
4. Diagnóstico de Enfermería: definición de la situación del paciente en relación a su estado de comodidad.
5. Equipo de Salud: grupo de trabajadores que tiene como objetivo común la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención de las enfermedades.
6. Filosofía de Enfermería: creencias y valores que guían la actuación de la enfermera.
7. Meta de Enfermería: logro de la comodidad del paciente.
8. Meta Médica: lograr que el paciente esté libre de patología.
9. Paciente: es una persona que tiene desequilibrio de salud, la cual demanda que se le trate su patología.
10. Principio Científico: enunciado de una acción y del resultado previsto de dicha acción.