

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

*MODIFICACIÓN DE ACTITUDES DE LOS ENFERMOS CON
CÁNCER HACIA LA ATENCIÓN MÉDICA OTORGADA EN UN
SERVICIO DE ONCOLOGÍA.*

TESIS QUE:

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA PRESENTA

FRANCISCO OMAR CORTÉS IBÁÑEZ

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR: DR. OSCAR ZAMORA ARÉVALO

REVISOR: DR. JESUS FELIPE URIBE PRADO

MÉXICO D. F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO,
MADRE ACADÉMICA, MADRE DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS
NACIONALES SIN DUDA.

Especialmente a la Doctora Alma Gabriela Valenzuela Flores, ya que sin su apoyo, consejos, llamadas de atención y aliento, este trabajo no se hubiese podido realizar.

Así también es especial a la Doctora Adriana Abigail Valenzuela Flores, quien con su aporte intelectual, amistoso y cálido; alentaron la continuación y término del proyecto.

Al Doctor Pedro Mario Escudero de Los Ríos, Director de la Unidad Médica de Alta Especialidad “Hospital de Oncología” Centro Médico Nacional Siglo XXI, quien proporcionó las facilidades necesarias para llevar a cabo la intervención.

Al Doctor Juan Alejandro Silva, responsable del área de Oncología Médica de la Unidad Médica de Alta Especialidad “Hospital de Oncología” Centro Médico Nacional Siglo XXI, por sus consejos y permisiones.

Al Doctor Oscar Zamora Arévalo, de los pocos que han aguantado mi procrastinación

A Mi padre Francisco Cortés Delgado, siempre mi ejemplo.

Ale, confidente y mucho más que hermana

Jenny, el soporte como hermana y como amiga

Para nosotros como familia...padres, madres y amigos al mismo tiempo durante nuestra convivencia.

Al Bass, actitud y el orgullo nos hace resistir, siendo casi todo personalmente.

A mis tías y abuelas, madres irremplazables

A mis tíos y primos, sin ellos, no sería nadie.

A las jóvenes bandidas, Thannia, Sushi, Bicha, Sandra, Rox, Asse, Miri, Dulce, Annick Fraikin, Sofía, Claudia LFC CJ.

A los jóvenes bandidos José Manuel pato-puchungo, Chava, Palmo, Cutlas, Fuan, Gus, Gera, Kahnemmanuel y Blas. Mucho más que amigos.

A la depresión: mi victoria...

Así hablaba Zaratustra.

DE LOS SABIOS CELEBRES

“Vosotros, vosotros todos, sabios célebres, servisteis al pueblo y a la superstición del pueblo: ¿no servisteis a la verdad! Y precisamente por esto os honraron.”

Y también por esto os toleraron vuestra incredulidad, especie de agudeza y rodeo hacia el pueblo, que no de otra manera deja el amo hacer a sus esclavos y se divierte con su petulancia.

Mas el que es aborrecido por el pueblo, como el lobo por los perros, es el espíritu libre, el enemigo de las trabas, el que a nada rinde pleitesía y habita en las selvas.

Echarle de su escondrijo es lo que el pueblo denominó siempre el “sentido de la justicia”, que aún azusa sus perros más feroces contra el espíritu libre.

“¡Porque la verdad está donde está el pueblo! ¡Pobre, pobre del que la busca!” ¡Esto se ha repetido en todos los tiempos!

Queríais justificar la veneración de vuestro pueblo y a eso llamasteis “voluntad de verdad”, ¡oh, sabios célebres!

Y vuestro corazón se ha dicho siempre “yo he salido del pueblo; de allí también me ha venido la voz de Dios”.

Sufridos y astutos como el asno, siempre habéis intercedido por el pueblo; y más de un poderoso que quiso poner el paso de su carroza al del pueblo, enganchó delante de sus caballos un borriquito: un sabio célebre.

Y ahora, ¡oh sabios célebres!, quisiera que terminaseis al fin por arrojar lejos de vosotros la piel del león; la pintarrajeada piel de la fiera y el pelaje del explorador, del investigador y del conquistador.

Para aprender a creer en vuestra “veracidad”, necesitaría primero veros desprender de vuestra voluntad veneradora.

Yo llamo verídico al que se va a los desiertos sin Dios, y destroza su corazón venerador.

Sobre la arena amarilla, quemado por el sol, llega a pensar con ansia en islas de profusos manantiales, en las que, bajo umbrío follaje, reposa la vida.

Pero no le decide su sed a imitar a los ya satisfechos: porque donde hay oasis también hay ídolos.

La voluntad del león debe ser hambrienta, violenta, solitaria, sin Dios.

Exenta de la felicidad de los esclavos, libertada de los dioses y de las adoraciones, sin espanto y espantosa, grande y solitaria: tal es la voluntad del verídico.

Los verídicos han vivido siempre en el desierto como espíritus libres, como señores del desierto; pero en las ciudades habitan los sabios ilustres y bien alimentados: los animales de tiro.

Porque siempre tiran, como asnos, del carromato del pueblo, No les quiero, no; aunque sus arreos brillen como el oro no pasan de servidores y seres uncidos.

Y frecuentemente han sido servidores buenos, dignos de elogio. Porque así habla la virtud: "Si es necesario que sea servidor, busca a quien tus servicios sean más útiles.

Deben engrandecerse espíritu y virtud en tu amo por estar tú a su servicio; así te engrandecerás tú mismo con su espíritu y su virtud".

Y, ciertamente, sabios célebres, servidores del pueblo, os habéis engrandecido con el espíritu y la virtud del pueblo, y el pueblo se engrandeció con vosotros.

Pero aun en vuestras virtudes continuáis siendo pueblo, pueblo de vista débil, ¡pueblo que aún no sabe lo que es el *espíritu!*

El espíritu es la vida que corta la vida misma; con su propio sufrimiento aumenta ella su propio saber: ¿Lo sabíais ya?

Y la felicidad del espíritu reside en ser ungido por las lágrimas, en ser la víctima sagrada del holocausto: ¿lo sabíais ya?

Y la ceguera del ciego, sus vacilaciones y sus tanteos, darán testimonio del poder del sol a que miró: ¿lo sabíais ya?

El que busca el conocimiento debe aprender a construir con montañas, porque para el espíritu es poca cosa transportar montañas: ¿lo sabíais ya?

Vosotros sólo veis los chispazos del espíritu, pero no sabéis qué clase de yunque es el espíritu ni hasta dónde llega la crueldad de su martillo.

¡Verdaderamente, no conocéis el orgullo del espíritu! ¡Pero

menos soportaríais aún la modestia del espíritu, si ésta quisiera hablar!

Y jamás habéis podido lanzar vuestro espíritu en simas de nieve: ¡No tenéis bastante calor para eso! También ignoráis, por lo mismo, los arrobamientos de su frescura.

Pero me parece que os tomáis demasiada familiaridad con el espíritu, y frecuentemente habéis hecho de la sabiduría hospital y refugio de malos poetas.

Vosotros no sois águilas y por eso no habéis podido saborear la felicidad en el espanto del espíritu; el que no es ave no debe volar sobre abismos.

Me parecéis tibios, pero por todo conocimiento profundo pasa una ráfaga de aire frío. Son glaciales las fuentes internas del espíritu, y delicadas para las manos ardientes de los que trabajan.

“¡Vosotros, sabios célebres, permanecéis ante mí respetables y tiesos, con el espinazo erguido. No os empuja un viento fuerte y una voluntad poderosa!

¿No habéis visto alguna vez cruzar por el mar una vela trémula, e hinchada por la impetuosidad del viento?

Semejante a la vela que tiembla con la impetuosidad del espíritu cruza el mar mi sabiduría, ¡mi salvaje sabiduría!

Mas vosotros, sabios célebres, servidores del pueblo, ¿cómo *podrías* venir conmigo?”

Así hablaba Zaratustra.

EL CANTO DE LA NOCHE

INDICE

RESUMEN	12
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO 1.- UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE ONCOLOGÍA CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI (IMSS)	14
1.1 HISTORIA DEL HOSPITAL	14
1.2 CAMBIOS ADMINISTRATIVOS	15
1.3 ESTRUCTURA ACTUAL	16
1.3.1 ÁREA DE ONCOLOGÍA MÉDICA	16
1.4 CÁNCER, CONTEXTO EN SALUD	16
CAPÍTULO 2.-ACTITUDES	18
2.1 CONCEPTUALIZACIÓN Y DEFINICIÓN	18
2.2 ESTRUCTURA O COMPOSICIÓN	19
2.3 FUNCIONES	22
2.4 MODIFICACIÓN DE ACTITUDES	23
2.4.1 CAMBIO COGNITIVO CONDUCTUAL	23
2.4.1.1 TÉCNICAS DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	24
2.4.1.2 TÉCNICAS DE AUTOCONTROL	26
2.5 MEDICIÓN DE ACTITUDES, INSTRUMENTO TIPO LIKERT	27
CAPÍTULO 3.-REDES SEMÁNTICAS	31
3.1 DEFINICIÓN	31
3.2 USOS Y APLICACIONES	32
3.3 CONSTRUCCIÓN DE ESCALAS A PARTIR DE REDES SEMÁNTICAS	34
3.3.1 VALIDEZ	35
3.3.1.1 ANÁLISIS FACTORIAL	36
3.3.2 CONFIABILIDAD	37
3.3.2.1 ALFA DE CRONBACH	39
CAPÍTULO 4.- MÉTODO	40
4.1 PARTICIPANTES	40
4.1.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN INCLUSIÓN	40
4.2 TIPO DE ESTUDIO	40
4.3 PROBLEMÁTICA Y JUSTIFICACIÓN	40
4.4 OBJETIVO GENERAL	41
4.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
4.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	42
	10

4.6 HIPÓTESIS	42
4.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES	43
4.8 PROCEDIMIENTO	43
4.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	46
RESULTADOS	49
DISCUSIÓN	60
CONCLUSIONES	62
REFERENCIAS	64
ANEXOS	72

RESUMEN

La modificación de actitudes implica definiciones precisas para trabajar con mayor objetividad, además de un cambio holístico en la estructura biopsicosocial del individuo, ya que la actitud comprende: conductas, pensamientos, sentimientos y los procesos cognitivos superiores involucrados en el comportamiento. Una actitud se va a considerar de dos formas: favorable, o desfavorable hacia una parte del entorno; de ser desfavorable, lo más común es el cambio de ésta por medio de procesos de enseñanza aprendizaje. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de un programa de modificación de actitudes dirigido a enfermos oncológicos. Se realizó con un diseño cuasi - experimental del tipo antes y después, en 3 etapas para evaluar el efecto de la intervención, de Febrero a septiembre de 2009 en el área de Oncología Médica de la UMAE "Hospital de Oncología" del IMSS; la primera de diagnóstico situacional, mediante redes semánticas, a partir de ellas diseñar y validar una encuesta; la segunda, una intervención educativa enfocada en proporcionarle al enfermo información de utilidad; por último para medir el impacto de la intervención se aplicó la encuesta inicial ya validada. El total de participantes acumulados a lo largo de las 3 etapas fue de 4,200. Se observó que la actitud de los enfermos se modificó con una tendencia favorable en el supuesto "atención", pasando de 51% a 94% ($p \leq 0.05$) del total de percepciones de tal instrumento. Es posible concluir que la intervención modificó las actitudes de los enfermos hacia la -atención- en el área de oncología médica de manera significativa en dicho supuesto, sin embargo también es necesario continuar con la mejora de la intervención y hacer mediciones de los supuestos: trato del médico, enfermedad y tiempo de espera.

Palabras clave: *Modificación de actitudes, redes semánticas, intervención educativa.* **Key words:** *attitude changing, semantic networks, educative intervention.*

INTRODUCCIÓN

La actitud es un componente inherente al ser humano, distante de cualquier concepción subjetiva; entendida como conductas, ideas, creencias, sentimientos y muy recientemente ligada a funciones cerebrales superiores, las cuales dan dirección al comportamiento. De ser así, ¿Qué es aquello que queda fuera de tan amplia noción? Hoy en día comprender las actitudes significa comprender a las personas de forma holística abarcando nivel educativo, profesión, conducta, estilo de vida, género, edad, grupo social, estado de salud y emociones, ya que todo lo anterior determina como se desenvolverá el individuo en su entorno ya sea con una actitud favorable o desfavorable (Martín, 2006).

Los programas de capacitación (y en general los procesos de enseñanza aprendizaje) han sido la manera más recurrida de modificación de actitudes, ya que brindan información al sujeto respecto a un tópico específico hacia el cual se pretende cambiar la actitud. No obstante, concebir estrictamente la capacitación como un proceso de enseñanza-aprendizaje permite utilizar todos los momentos en los que se presentan la enseñanza y el aprendizaje para moldear nuestra estructura cognitivo conductual, sin olvidar que son solo un parte de la actitud (Velasco 2001, Braza 2000).

El presente estudio se ocupó de proponer un programa de modificación de actitudes en pacientes con cáncer cuya estructura fue sistematizada en tres etapas:

- Diagnóstico situacional: El cual estableció un parámetro inicial de la situación evaluada que proporcionó directrices y puntos de corte.
- Intervención educativa: Buscó proporcionar los medios que transformasen la estructura biológica, cognitiva y conductual de los sujetos de estudio.
- Evaluación de la intervención.-saber si el modelo de intervención utilizado daría buenos resultados al ser evaluados los enfermos, por tanto se volvería susceptible a mejora y aproximaría a una evaluación más objetiva de las actitudes (Velasco, 2001; Braza, 2000).

CAPÍTULO 1

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD (UMAE) “HOSPITAL DE ONCOLOGÍA” CMN SIGLO XXI IMSS

La UMAE “Hospital de Oncología” CMN Siglo XXI IMSS, es un nosocomio de tercer nivel de atención médica, esto quiere decir que sólo trata asuntos patológicos peculiares, que en este caso son problemas relacionados al cáncer (cirugía, fármaco-tratamientos, cuidados paliativos, atención psiquiátrica y psicológica). Proporciona en promedio 1300 consultas de especialidad por día, es así que se enfrenta diariamente con problemas ante los cuales resulta inexcusable buscarles solución a corto y mediano plazo (IMSS, 2010). Por ende, indaga mecanismos para mejorar la atención médica, la calidad de vida y la satisfacción de los enfermos. La jornada normal proporciona 105 tratamientos de quimioterapia ambulatoria, 420 sesiones de radioterapia, 5 pacientes en promedio en unidad de cuidados intensivos, 16 a 20 sesiones de tipo quirúrgico. Y en estadísticas, recibe un promedio de 8,500 casos nuevos de preconsulta por año, pacientes que acuden de todas las regiones del país.

1.1 HISTORIA DEL HOSPITAL

El Hospital de Oncología de CMN Siglo XXI del Instituto mexicano del Seguro Social tiene como antecesor al que fuera Sanatorio N.- 2 del mismo instituto. Durante el sexenio del presidente Adolfo López Mateos se llevó a cabo la compra de un centro médico en construcción, por parte de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, pasando a manos del IMSS (Islas 2006).

El día 11 de mayo de 1961 se llevó a cabo la inauguración oficial del Hospital de Oncología junto con otras Unidades del conjunto, el más moderno de su tipo en aquel momento en América Latina. El que fuera último director del

nuevo Hospital de Oncología, doctor Rafael Martínez González, secundado por el subdirector, doctor Francisco Morales Canfield (Islas 2006).

En los albores del hospital se veía a alrededor de 4 mil nuevos pacientes por año, pero esta cifra se incrementó año con año, lo cual obligó en poco tiempo a incrementar la capacidad instalada para atender a la demanda. También en pocos años hubo que modificar las áreas de consulta externa para incrementar su capacidad y se agregó un piso más al cuerpo del edificio de radiodiagnóstico y radioterapia. Entre las innovaciones estuvo la creación de un Servicio de Quimioterapia, Endoscopía y de Oftalmología Oncológica, así como Servicio de Neurocirugía y de Terapia del Lenguaje (Islas 2006).

1.2 CAMBIOS ADMINISTRATIVOS

Los cambios administrativos que a partir del 2004 sufrieron los centros hospitalarios de tercer nivel del IMSS, dieron origen a las denominadas Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE). Con esta transformación se ha conseguido una mayor profesionalización dentro del Instituto, pero también se ha modificado en forma significativa el desempeño de las direcciones. La UMAE comprende el término de autogestión, el cual implica el mejor uso del presupuesto para satisfacer las necesidades de los derechohabientes y de los consumidores internos que son los trabajadores del hospital (Islas 2006).

Con ello se busca tener medicamentos para los pacientes, pero también consumibles para ejercer el trabajo diario que necesita el hospital, mismo que requiere bienes utilizados para la salud. Queda incluido en esto material de curación, material para sutura, soluciones parenterales, jeringas y todo lo que es material de consumo. Asimismo, que los equipos de uso para diagnóstico o para tratamiento estén funcionando activamente (Islas 2006).

1.3 ESTRUCTURA ACTUAL

El proceso de la UMAE incluye cuatro direcciones: la Dirección Médica como tal, Dirección Administrativa, Dirección de Enfermería y Dirección de Educación e Investigación. Asimismo, cuenta con la división de Biomédica, División de Calidad, la División de Epidemiología, División de Cirugía Oncológica, la División de Oncología Médica y Radioterapia. Ésta es en general la estructura que coordina la Dirección General (Islas 2006).

1.3.1 ÁREA DE ONCOLOGÍA MÉDICA

El área de Oncología Médica constituye la unidad del hospital en la cual se suministra y se da seguimiento a los tratamientos de quimioterapia que reciben los enfermos ambulatorios; cuenta con 6 consultorios, un área física con 18 sillones para la aplicación de los medicamentos, un módulo de asistentes médicas y una sala de espera con capacidad para 120 personas sentadas, aproximadamente. En un día típico de atención, se aplican, en promedio, 105 tratamientos de quimioterapia ambulatoria y 48 tratamientos de quimioterapia de mezclas. Esto corresponde a una ocupación del 95% (Escudero, 2009; Islas, 2006).

1.4 CÁNCER, CONTEXTO EN SALUD

En los últimos cinco años, México es uno de los miembros de la Organización para el Desarrollo y Cooperación Económica (OCDE) que invierte menos recursos a la salud en proporción a su producto interno bruto (casi el 6%, del cual menos del 3% es de gasto público). La oferta de asistencia para el cuidado de la salud con respecto a los estándares de la OCDE es baja. Para el 2007 se contaba únicamente con dos médicos y 1.7 camas por cada mil personas (González, 2009).

El cáncer se ha convertido en los últimos años en una de las enfermedades en crecimiento sin respetar condición económica, sexo, edad, profesión, ya que para el 2008 representaba la tercera causa de muerte en México (INEGI 2008).

Cuando una persona es diagnosticada con cáncer, le provoca situaciones difíciles y atemorizantes, las cuales se verían aminoradas si el personal de salud mantuviese una buena comunicación que favoreciera su bienestar psicológico a corto y largo plazo. Los factores estresantes más importantes para el enfermo se presentan por los daños orgánicos que están recibiendo tanto por el avance de la enfermedad como por el tipo de tratamiento que se recibe. Es así que su estructura biopsicosocial se ve afectada (Schofield et al, 2003).

Para esto último, se considera necesario evaluar cómo los enfermos perciben la aplicación de los avances en la atención que reciben; ya que dichas apreciaciones forjarán las actitudes del enfermo a lo largo de su tratamiento; además representan una parte importante de las directrices que deberán ser tomadas en cuenta para proporcionar atención médica con calidad. Así mismo, resulta útil idear la manera de modificar sobre la marcha tales percepciones mediante orientación continua dirigida a los enfermos atendidos (Andersen et. al. 2005). Entre las cuales se encuentran las percepciones que posee el enfermo con respecto a la atención recibida; debido a que el derechohabiente tiene gran desconocimiento de su enfermedad y del tratamiento de quimioterapia que le será aplicado (Gralla et. al. 2006).

Es así que el enfermo atribuye los problemas al modo en que recibe la atención por parte del personal del instituto y no a sus propias actitudes, partiendo del supuesto de que el IMSS no destina recursos suficientes a sus unidades, correspondiéndole solamente el 1% del gasto de operación en materia de salud nacional, además de percibir mal servicio (González, 2009; Vázquez et. al. 2006).

CAPÍTULO 2

ACTITUDES

2.1 CONCEPTUALIZACIÓN Y DEFINICIÓN

El mantener actitudes adecuadas (favorable o desfavorable) hacia el entorno es una de las variables necesarias para que el individuo pueda llevarse a buen término dentro de él, ya que no cabe ninguna duda de la determinante importancia que las actitudes tienen en nuestra conducta (Sampascual, 1986).

Por tanto, en esta sección se trata explicar el concepto de actitud, sus funciones, así como la dinámica que siguen los procesos de cambio, y todo ello con la única finalidad de poder conocer cómo actúan, para que sirva como base teórica de conocimiento en la etapa de la intervención educativa.

Para comenzar a ubicar lo que en este trabajo se concibe por actitud, se emprende con este entendimiento de la Real Academia de la Lengua Española (22ª ed.) donde menciona que dicho vocablo es proveniente del latín *actitūdo* referente a la postura del cuerpo humano, especialmente cuando es determinada por los movimientos del ánimo, o expresa algo con eficacia. También se hace mención que puede ser entendida como la postura de un animal cuando por algún motivo llama la atención. Así también se comprende como la disposición de ánimo manifestada de algún modo.

Aunque dentro de la teoría y estudio disciplinario de la psicología, las actitudes gozan de amplias definiciones que diversos autores han aportado como consecuencia de sus estudios, los más representativos son:

Thurstone (en Summers 1976) “es la suma de total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto en específico”

Allport (1935) Una actitud es un estado mental y neurofisiológico de disponibilidad, organizado por la experiencia, que ejerce una influencia directiva sobre las reacciones del individuo hacia todos los objetos o todas las situaciones que se relacionan con ella.

Likert (1932) “es una entidad innata o aprendida, con cierta gama de elementos dentro de la cual se mueven las reacciones”.

A pesar de eso, entre las definiciones más aceptadas en nuestros días se menciona que son disposiciones a responder favorable o desfavorablemente hacia un objeto y tanto el afecto, la cognición y la conducta son tres dimensiones en las cuales las actitudes pueden ser expresadas en respuestas observables (Morales y Moya, 1994).

En la actualidad, las definiciones y la forma de entender las actitudes han variado parcamente ya que la composición final siempre alude a los elementos antes mencionados (cognitivo, conductual y afectivo), sin embargo, es necesario continuar abriendo la brecha que incite a la investigación de las neurociencias en este campo, ya que los hallazgos quizá contribuyan a la unificación de la ya dispersa psicología moderna (Martin, 2006).

2.2 ESTRUCTURA O COMPOSICIÓN

Las actitudes tienen en común ciertas características: son adquiridas o aprendidas, se infieren de modos de conducta característicos, consistentes y selectivos por el mismo individuo durante cierto período de tiempo (Martín, 2006;

Velasco, 2001; Summers 1976). Se forman mediante: Integración de experiencias, diferenciación y discriminación de experiencias parecidas, experiencias traumáticas y adopción de actitudes convencionales por imitación o identificación social (Briñol et. Al, 2007; Martín, 2006; Velasco, 2001). Por su parte, Krech (citado en Braza, 2000) considera que en la formación de actitudes intervienen cuatro factores:

1. Motivación y necesidades personales: Se refiere a que en el grado en que el objeto satisface nuestras necesidades personales, tenderemos a desarrollar actitudes favorables hacia él.
2. Información: El tipo de actitud dependerá de la información que se tenga del objeto, y como se procesa.
3. Las características de la personalidad como son la complejidad cognitiva, influenciabilidad, el carácter de cada individuo.
4. Los grupos de pertenencia y de referencia: La formación de actitudes se ve influenciada por las características del grupo del cual forma parte el individuo, en la medida en la que nos identificamos con ellos (Braza, 2000).

Las actitudes involucran tres dimensiones psicológicas (cognitiva, afectiva y conductual), son aprendidas y pueden ser expresadas de manera objetiva (Bolívar, 1995). El componente cognitivo se refiere a la información y creencias que tiene una persona con respecto al objeto de estudio. Las principales características de este componente son: La fijación, que se refiere a la duración más o menos estable de la información y las creencias que posee un individuo; la modificación de éstas depende de su firmeza; la singularidad significa que las actitudes están dirigidas a un solo objeto social, y poseen una amplitud que depende de la cantidad de conocimientos concretos que se tengan sobre él, de los cuales, la persona no tiene conciencia clara (Bolívar 1995, Braza 2000). Así,

la cognición del individuo aglutina las percepciones que tiene sobre el objeto o situación dada, y la información que posea sobre ésta, implicando, de esta manera, un conocimiento de la realidad (Llopis, 2001).

El componente afectivo es el más representativo de una actitud, ya que se refiere a los sentimientos de agrado (positivos) o rechazo (negativos) manifestados por la persona, dichos sentimientos modifican la forma en que se percibe o se actúa hacia un objeto o situación determinados, ocurridos en su entorno (Llopis y Ballester, 2001).

En último lugar, el componente conductual alude a la disposición o tendencia a reaccionar o, como su nombre lo indica, a presentar determinados comportamientos ante el objeto o situación de una forma más o menos fija, ya sea mediante conductas motoras, verbales, intencionales y/o simbólicas. Estos tres componentes, el afectivo, el cognitivo y el conductual, son evaluaciones que realizamos de la situación u objeto. Así, las percepciones pueden ser favorables o desfavorables, los sentimientos positivos o negativos y la conducta, de apoyo u hostil. En lo relativo a esta relación entre actitud y conducta, se puede pensar, dependiendo de los enfoques encontrados, al menos, en tres supuestos: a) Las actitudes preceden a la conducta; b) Las actitudes y las conductas son recíprocas, ya que una actuación positiva refuerza la correspondiente actitud y viceversa; c) Las actitudes manifestadas son por sí mismas, un modo de conducta (Bolívar 1995).

Así pues, la actitud produce un aprendizaje, de tal modo que las personas recuerdan mejor la información y están más dispuestas a actuar cuando su actitud es positiva (Morales, 1994).

2.3 FUNCIONES

Son varios autores los que mencionan las funciones de las actitudes, como Velasco (2001) quien expresa que las actitudes cumplen con diversas funciones, entre las que se destacan: Organizar la información, y estructurar la percepción del mundo ayudando a simplificarlo y entenderlo. Así mismo Briñol et al. (2007) indica que la función de las actitudes es orientar hacia lo conveniente, evitando lo no deseado con relación al objeto de la actitud, ahorrando tiempo y esfuerzo en reflexionar sobre cómo actúa hacia dicho objeto. Por su parte Martín (2006) afirma que son funciones de las actitudes: a) La evaluación de objetos, b) La función de ajuste social y expresión de valores, c) La función del proceso de enseñanza-aprendizaje. Ahora bien, esta última concepción comprende de manera general las funciones de las actitudes enunciadas.

La función de evaluación de objetos supone que las personas tienen actitudes hacia los objetos del mundo real, ya que así saben lo que es conveniente realizar o lo que es preferible evitar. Asimismo, a través de las actitudes, se evita invertir tiempo y esfuerzo en reflexionar sobre cómo actuar en relación a este objeto.

La función de ajuste social y expresión de valores permite que el individuo refleje, exprese y comunique adecuadamente sus valores fundamentales, los cuales pueden o no concordar con las características de los grupos de referencia con los que se desenvuelve, así podrá distinguir cuales son relevantes para cada situación en la que se enfrenta.

La función del proceso de enseñanza aprendizaje despliega que es interesante enseñar y aprender predisposiciones que respondan a las situaciones que se nos presenten; así, más que aprender conductas, aprendemos actitudes (Escámez y Ortega, 1986). Las actitudes son, en

cualquier caso, fenómenos interpersonales formados a partir de la interacción del sujeto con su ambiente. Así, lo que se pretende con la enseñanza-aprendizaje de la actitud, es el control de los procesos y efectos a los que nos sometemos en la sociedad, de acuerdo con las propuestas educativas y/o personales, y que estas actitudes sean fruto de unas metas intencionadas y establecidas, y no fruto del azar constituido por influencias descontroladas (Escámez y Ortega, 1986; Payá, 1997; Sampascual, 1986)

2.4 MODIFICACIÓN DE ACTITUDES

Las actitudes se adquieren o se cambian como consecuencia de procesos internos que se desarrollan en la cognición de las personas y de procesos externos, ya sean sociológicos, pedagógicos, ambientales, entre otros. Así, cualquier intento de cambiar la conducta de un sujeto debe plantearse en términos de modificación de las creencias, consecuencias de las conductas, expectativas del grupo de referencia, valoración de los atributos o de las consecuencias de las acciones (Mayor y Pinillos, 1989).

2.4.1 CAMBIOS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Las técnicas de modificación cognitivo-conductual involucran procedimientos ordenados tendientes a establecer una reestructuración en el desarrollo y mantenimiento de la conducta y estructura cognitiva del individuo. Son enfoques que presentan posturas más dispares entre sus proponentes, que se ponen de manifiesto en aspectos tales como los fundamentos teóricos postulados, los factores cognitivos considerados, las estrategias de intervención propuestas, la naturaleza de la justificación proporcionada a los clientes, el estilo de intervención adoptado o el énfasis otorgado al uso de técnicas conductuales. Pese a esto, Mahoney y Arnkoff (1978, citado en Olivares 2005) encuentran los siguientes argumentos compartidos por los distintos autores que integran esta orientación:

a) Los humanos desarrollan patrones afectivos y conductuales, adaptativos y desadaptativos, a través de procesos cognitivos (atención selectiva, codificación simbólica, entre otros)

b) Estos procesos cognitivos pueden ser activados funcionalmente por procedimientos que son generalmente isomorfos con los del aprendizaje humano en el laboratorio (aunque pueden existir otros procedimientos que también activen los procesos cognitivos)

c) La tarea de la persona que lleve a cabo la intervención, es la de un diagnosticador-educador que primero evalúa los procesos cognitivos desadaptativos para luego organizar experiencias de aprendizaje, las cuales alterarán las cogniciones que, a su vez, modificarán los patrones afectivos y conductuales con ellas relacionados.

Se han utilizado diversas técnicas ocupadas con el fin de cambiar la cognición-conducta del individuo como: a) Exposición-inundación, b) Bioretroalimentación, c) Entrenamiento en habilidades sociales, d) Reestructuración cognitiva, e) Autocontrol, f) Adquisición de habilidades de enfrentamiento g) Comunicación persuasiva, entre otras. Más en este capítulo se hará énfasis en reestructuración cognitiva y autocontrol (Olivares 2005).

2.4.1.1 TÉCNICAS DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

La mención de reestructuración cognitiva alude a un conjunto heterogéneo de enfoques y técnicas que tiene en común el reconocimiento del papel mediador de la cognición en la conducta, es decir, las percepciones, las creencias, las expectativas, las atribuciones, las interpretaciones, las auto instrucciones y los esquemas cognitivos, se entienden como responsables, en gran medida, de los problemas del sujeto (Olivares, 2005). Esta orientación supone un aspecto complementario desde los enfoques iniciales basados en el

condicionamiento operante y clásico, hasta los que resaltan la importancia de las variables cognitivas en el control de la conducta humana.

Las técnicas de reestructuración cognitiva se encaminan a identificar como a modificar las cogniciones desadaptativas del sujeto poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones. Esto se logra mediante la aplicación de diversos procedimientos como la terapia racional emotiva, terapia cognitiva de Beck, reestructuración racional sistémica de Goldfried y Golfried, entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum, entre otros, los cuales se basan en el supuesto general de que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamiento desadaptativos (irracionales). Las personas controlan en gran medida sus propios destinos sintiendo y actuando según los valores y creencias que tienen (Olivares, 2005).

La terapia racional emotiva desarrollada por Albert Ellis en 1962 cuenta con un modelo trifásico, donde el primero es un acontecimiento activador, un suceso real y externo que se le presenta al sujeto; el segundo es la cadena de pensamientos (autoverbalizaciones) que la persona utiliza como respuesta al primero, es la valoración que hace el sujeto del evento acontecido; y el tercero es la consecuencia emocional o conductual del sujeto, la cual, no necesariamente es consecuencia directa del primero sino del segundo, ya que dependiendo de la interpretación (segunda fase) que se haya hecho de la primera fase experimentará unas consecuencias emocionales u otras (tercera fase) (Olivares, 2005).

Ellis y Bernard (1990) sostienen que en nuestra sociedad, la familia y otras instituciones, directa o indirectamente, nos adoctrinan de tal modo que llegamos a creer una serie de ideas irracionales o sin sentido, las cuales le producen al ser humano trastornos emocionales, dichas creencias básicas y las

consecuencias que de ellas se derivan son el origen fundamental de la mayoría de las perturbaciones actitudinales.

2.4.1.2 TÉCNICAS DE AUTOCONTROL

Las técnicas de autocontrol se derivan, de los intentos de combinar el análisis experimental de la conducta con los resultados generados por la investigación en el ámbito de la psicología social y clínica, tales resultados ponen de manifiesto el efecto positivo que podría tener para el cambio de la conducta de un sujeto que éste pudiera atribuirse a sí mismo, al menos, una parte de los resultados de su conducta, se percibiese con algún control sobre el contexto con el que interactuaba y gozara de cierta autonomía a la hora de tomar decisiones, sin embargo la toma de decisiones implica el manejo de información por parte del sujeto, en caso de no contar con tal información es necesario proporcionársela mediante entrenamiento (Avia, 1990).

Como consecuencia de esta nueva postura el sujeto se constituye como el principal actor en la relación sujeto-situación, donde éste puede aprender a autoaplicarse ante distintos problemas y situaciones, los principios, estrategias y técnicas conductuales específicas que previamente ha aprendido. Desde esta perspectiva el sujeto puede actuar por un lado, como generador de conductas que pueden terminar siendo desadaptativas e incluso hacerle aparecer como respondiente cuando el comportamiento forma ya parte de su repertorio conductual; pero, por otra parte, éste mismo sujeto también puede actuar como observador, evaluador y modificador de sus propios repertorios conductuales (Olivares, 2005).

Las técnicas de autocontrol inician con una fase educativa o de información hacia los sujetos, donde se tienen dos objetivos claros: aquel destinado a la corrección de errores de concepto y otro a facilitar información sobre los principios básicos de aprendizaje. La siguiente fase ya es de

entrenamiento, donde se le pide observar y registrar su comportamiento, definir objetivos y criterios concretos, y seleccionar la autoaplicación de refuerzos (Olivares, 2005).

Tanto las técnicas de reestructuración cognitiva como las técnicas de autocontrol tienen en común, como se menciona en el punto 2.4.1, el identificar las cogniciones desadaptativas que permitan llevar a cabo una intervención adecuada hacia su modificación, para finalmente medir el impacto de tal intervención. Así, el presente estudio pretende abordar las tres etapas con instrumentos que habían sido utilizados en distintos rubros, sin converger ni convivir.

2.5 MEDICIÓN DE ACTITUDES, INSTRUMENTO TIPO LIKERT

La valoración de los sujetos en la variable actitud no supone una distribución uniforme sobre el continuo de actitud, sino su posición desfavorable o favorable hacia el objeto de estudio, por esta razón se considera factible el diseño de una escala tipo Likert. La escala tipo Likert fue diseñada por Rensis Likert en 1932 y consiste en un conjunto de ítems relativos a un objeto actitudinal (por regla general entre 20 y 30) ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. La escala comprende ítems favorables y desfavorables hacia el objeto actitudinal (se sugiere que la mitad de los ítems sean favorables y la mitad desfavorables hacia el objeto de estudio, de preferencia). Las escalas tipo Likert requieren una respuesta graduada en cada ítem, que se puede expresar en términos de las siguientes categorías: (5) Totalmente de acuerdo, (4) De acuerdo, (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (1) Totalmente en Desacuerdo, aunque la cantidad de opciones en ocasiones varía siendo posible usar cuatro o seis opciones para cada respuesta (Cortada, 2004; Hernández et al 2006).

La cantidad de opciones de respuesta, como ya se dijo, ha sido motivo de polémica, sin embargo la mayor discusión es por incluir respuesta central o no, es decir, número de respuestas pares y número de respuestas nones contraponiendo razones a favor y en contra, es así que se mencionan las siguientes:

Razones a favor de la respuesta central: 1.- Se facilita la respuesta a los genuinamente indecisos. Si no se dispone de esta respuesta o algo similar, muchos sujetos pueden sentirse forzados a una decisión, a favor o en contra, que realmente no sienten. 2.-En general, y al margen de que se fuerce o no una decisión, los sujetos que responden parece que se sienten más a gusto cuando disponen de una respuesta que no les compromete. 3.-Se ha observado que cuando no se dispone de una respuesta central, son más los ítems que se dejan sin contestar. 4.-El número de sujetos que escogen la respuesta central es en sí mismo informativo. En los cuestionarios sociológicos esta respuesta permite conocer la proporción de indecisos. En las escalas de actitudes, y tests en general, un número desproporcionado de respuestas centrales en un ítem nos puede indicar que se trata de un ítem ambiguo, mal formulado o irrelevante. 5.-Al menos cuando la alternativa es de disponer solamente de dos respuestas (verdadero o falso, sí o no, entre otros), el añadir una respuesta central contribuye casi siempre a aumentar la fiabilidad de todo el instrumento; esto está muy comprobado experimentalmente. En general, todas las razones que se pueden aducir a favor de incluir una respuesta central, tienen más fuerza cuando la alternativa son dos respuestas nada más (Morales, 2000).

Las razones que suelen aducirse en contra de la inclusión de una respuesta central son estas: 1.-Cuando no existe la posibilidad de responderlo se facilita a los sujetos el tomar una decisión a favor o en contra. Se facilita y no se fuerza en la medida en que podemos suponer que no hay sujetos verdaderamente indiferentes, y que, al menos, se da siempre una cierta inclinación en un sentido u otro. 2.-No está claro que una respuesta central, sobre todo, y como es frecuente,

si viene expresada con términos como dudo, no sé, etc., forme parte del continuo representado por el resto de las respuestas. Esta objeción tiene menos sentido, o ninguno, si la respuesta central se expresa como a veces, algo, suficiente, expresiones que tienen sentido en una serie de respuestas graduadas de menos a más. 3.-Cuando se omite la respuesta central se neutraliza la posible tendencia de algunos sujetos a escoger preferentemente respuestas de no compromiso, tendencia que puede tener más que ver con características de personalidad que con lo que podría ser una sincera respuesta al contenido de los ítems. La primera y la tercera de las anteriores, son el motivo de elección de seis opciones, una más de las elecciones estándar (Morales, 2000).

Desde el punto de vista de la medición, la técnica Likert asume un nivel ordinal, los sujetos son ordenados en la escala en función de su posición desfavorable o favorable respecto de la actitud medida. Se trata de una escala sumativa ya que la puntuación obtenida para los sujetos en la escala es en función de los puntajes obtenidos en cada ítem y esto implica: a) Que la suma de las curvas características de los ítems sea una función monótonica y aproximadamente lineal respecto a la actitud medida; b) Que todos los elementos o ítems que componen la escala están midiendo una única dimensión por tanto es una escala monodimensional, las cuales se pueden graficar en frecuencias acumuladas en términos de proporciones de una distribución (Cortada, 2004).

Considerando que las escalas con niveles ordinales únicamente proporcionan datos de orden (masculino, femenino; acuerdo desacuerdo, es decir, si tiene una u otra determinada característica pero no se sabe cuánto más o cuanto menos ya que no hay una unidad en sentido propio (no al menos conocida ni cuantificable). Con esos números de orden no se pueden hacer operaciones como restar, sumar, multiplicar o dividir; sólo es posible calcular percentiles, mas no medias ni desviaciones ya que dichos análisis suponen una unidad en los datos. Ahora, si se considera que las escalas de actitudes

(instrumentos), son escalas de intervalo, sí suponemos que disponemos de una unidad (intervalos iguales entre puntuaciones contiguas): entre dos puntuaciones cualesquiera, una diferencia observada en números equivale a una diferencia idéntica en el rasgo medido, y esto en cualquier zona de la escala.

Estas escalas cuenta con tipos de reactivos independientes, es decir, que el sujeto puede elegir libremente en un rango de dos o más respuestas posibles. La escala Likert se basa en los principios de: a) posibilidad de estudiar las dimensiones de las actitudes a partir de una serie de enunciados a los que se enfrentan los sujetos, b) los sujetos pueden situarse en la variable actitud, desde el punto de vista más favorable al más desfavorable, c) la valoración de los sujetos en la variable actitud no supone una distribución uniforme sobre el continuo de actitud, sino su posición favorable o desfavorable sobre el objeto de estudio (Kerlinger, 2002).

Un procedimiento utilizado para la creación de este tipo de escalas es mediante la utilización de adjetivos ante los cuales la persona dará su postura de acuerdo con la escala Likert proporcionada. La técnica permite medir las reacciones de las personas a palabras y conceptos estímulos en términos de estimulaciones sobre escalas. Según esta teoría, toda la actitud se compone de tres factores: evaluación, potencia y actividad. Cada uno de los factores puede medir una parte de la actitud. Para aplicar el test se elige el objeto de actitud y se pide al sujeto que lo evalúe mediante una serie de adjetivos descritos en una escala. En definitiva se constituye un instrumento que pretende esquivar las influencias culturales y ser aplicable a cualquier persona (Martín, 2006).

La técnica de redes semánticas acerca la situación y los conceptos estímulo utilizados en los instrumentos (adjetivos) a menor distancia “cognitiva” con respecto al objeto de estudio, es así que en el próximo capítulo se esbozan sus virtudes.

CAPÍTULO 3

REDES SEMÁNTICAS

3.1 DEFINICIÓN

La cognición social, es un área fuerte de investigación de la psicología social, que se ha dedicado a la investigación y comprensión de los mecanismos, por los cuales seleccionamos, interpretamos y usamos con tanta facilidad la información del mundo social (Jacinto y Ortiz, 1997). De hecho, se nota una tendencia, en el mundo de la investigación social, en considerar la perspectiva cognitiva, como el punto de vista preponderante en la psicología social (Echebarría, 1991; Morales, 1994). La consolidación de los modelos cognitivos ha enfocado la atención al estudio de las estructuras y procesos cognitivos que están relacionados con la toma de decisiones y solución de problemas, que están precisando metodologías para el análisis del significado (Lachman et al., 1979). La investigación actual, en psicología especialmente, con el modelo de redes semánticas; le da un énfasis preponderante al estudio de los procesos cognitivos y la forma en que se estructura la información aprendida.

Las redes semánticas son las concepciones cognitivas que las personas hacen de cualquier objeto de su entorno. Mediante el manejo de ellas se vuelve factible conocer la gama de significados, expresados a través del lenguaje cotidiano, que tiene todo objeto social conocido (Figuroa et al, 1981). El postulado básico de las redes semánticas naturales es que existe una organización interna de la información contenida en la memoria a largo plazo en forma de red, en donde las palabras o eventos forman relaciones, mismas que en conjunto dan significado (Reyes, 1993; Sowa, 2006; Valdés, 2005).

Para este modelo, la información almacenada está organizada en forma de redes, en las cuales las palabras, eventos o representaciones, forman relaciones que en conjunto producen significados (Figueroa, 1976). Esos significados no permanecen estáticos, ellos son dinámicos; susceptibles al cambio; pudiendo ser modificados por procesos de identidad y aculturación, que le permiten al individuo, un ajuste diferencial al nuevo grupo de pertenencia o al mismo grupo con nuevos referentes sociales. Las palabras utilizadas en programas de intervención social deben tener significados razonablemente aproximados a la cultura o entorno de pertenencia (Bachrach, 1975).

Las personas desarrollan estructuras cognitivas de conocimiento, como creencias, opiniones, expectativas, hipótesis, teorías y esquemas que usan para interpretar los estímulos de manera selectiva y que sus reacciones están mediadas por estas interpretaciones. Los psicólogos sociales cognitivos, explican la percepción y la conducta como una reacción al significado psicológico de la situación, mediada por el funcionamiento cognitivo del individuo, un proceso activo en virtud del cual, se da sentido al mundo de los estímulos y no por instintos (Sowa, 2006; Valdés, 2005).

Chomsky (1971) sugirió que el estudio del lenguaje, puede ofrecer una “perspectiva notablemente favorable” en el auxilio a los estudios de los procesos mentales, pues el gestor defiende la relación íntima del lenguaje, no solo con el pensamiento, sino también con la percepción y el aprendizaje.

3.2 USOS Y APLICACIONES

La técnica de redes semánticas, ofrece un medio empírico de acceso a la organización cognitiva del conocimiento (percepción). Por tanto, puede proporcionar datos referentes a la organización e interpretación interna de los significantes. También indica como la información, fue percibida individualmente en el curso de la composición del aprendizaje social y provee indicios

fundamentales, acerca de la tendencia a actuar basándose en ese “Universo cognitivo”. A diferencia del diferencial semántico donde el investigador debe proponer los estímulos o ítems, las redes semánticas permiten que el individuo proporcione de su universo cognitivo los estímulos a ocupar para la creación de otros instrumentos (Reyes, 1993; Sowa, 2006; Valdés, 2005).

También suponen que el ambiente físico y el social aprendido por el individuo; facilitan el entendimiento del mundo social y solución de problemas. Por tanto, existen problemas sociales, que provocan necesidades comunes a las personas, llevándolas a organizar el conocimiento ganado empíricamente con el fin de actuar, eficazmente, de manera colectiva frente a situaciones específicas (Reyes, 1993; Sowa, 2006; Valdés, 2005).

Unas de las posibles utilidades de los datos de redes semánticas, es la posterior construcción de un diferencial semántico, basado en los significados connotativos obtenidos para las palabras. Así pues en un estudio para conocer los significados connotativos, de conceptos relacionados en la pareja (Vera y Hernández, 1999). Se seleccionaron las palabras, en base al modelo triangular del amor de Stenrberg (1986) y la teoría de masculinidad–feminidad de Helmreich y Spence (1978). Considerando las dimensiones que constituyeron el constructo teórico, se relacionaron los conceptos asociados, que definen los ejes para estudiar la relación de la pareja: celos, infidelidad, amor, conflicto, relaciones sexuales y otras. Las primeras cinco definidoras de cada una de ellas se integrarán al diferencial semántico o en la redacción de los reactivos de una escala de Likert.

3.3 CONSTRUCCIÓN DE ESCALAS A PARTIR DE REDES SEMÁNTICAS.

El proceso para la obtención de las redes semánticas debe iniciarse por la identificación clara del objetivo de la red, el cual puede ser alguno o varios de los siguientes:

- a) Conocer el significado psicológico de uno o varios conceptos.
- b) Identificar aquellas conductas o indicadores que la población meta considera pertenecen al constructo de interés.

Los estímulos a utilizar, consecuentemente, pueden ser de tres diferentes modalidades. El primero de los casos, se utilizan palabras de interés; en segundo término para identificar conductas serían utilizadas las definiciones teóricas del constructo, sin incluir la palabra clave; por último en tercer lugar se podrían presentar constructos o indicadores de ellos (como “controlabilidad”, “yo como jefe”). Los estímulos deben ser presentados en orden aleatorio para evitar el problema del aprendizaje precedente de los estímulos anteriores, además se sugiere ocupar de tres a cinco estímulos procurando ocupar siempre un estímulo distractor.

El procedimiento de aplicación es sencillo, se le pide al sujeto definir con la mejor claridad y precisión el estímulo que se le presenta, mediante el uso de como mínimo cinco palabras sueltas (verbos, sustantivos, adverbios, adjetivos, entre otros) que consideren están relacionados con éste; una vez terminada esta tarea, se le pide al sujeto que lea sus palabras definidoras y le asignen números en función de la relación, importancia o cercanía que consideren tienen para el estímulo, esto es: 1 para la más cercana, 2 para la siguiente en importancia y así sucesivamente hasta terminar de jerarquizar todas las palabras utilizadas.

El análisis de la información puede ser mediante el registro en capturas manuales o en bases de datos computarizadas, donde se les asigna una calificación. Reyes (1993)

3.3.1 VALIDEZ

La validez de una escala radica en la certeza de que la escala que se creó, mide realmente lo que se espera que mida. Algunas veces, puede parecer obvio que un instrumento mida un determinado rasgo; sin embargo, pudiera ocurrir que cuando se le someta a una evaluación empírica, el instrumento esté midiendo algún rasgo distinto. De allí que sea necesario tener presente que la validez no es materia de presunción sino de demostración empírica.

Las escalas generadas para realizar mediciones en el campo de trabajo de las ciencias sociales pueden tener distintos tipos de validez, y es necesario aclarar cuál de ellas tendrá el instrumento a utilizar, debido al grado de especialización de los lectores, así pues se tiene: a.-validez de contenido; b.-validez de constructo y c.-validez predictiva. La validez de contenido trata de determinar hasta dónde los ítems de un instrumento son representativos del dominio o universo de contenido de la propiedad que se desea medir. Esta definición, aunque bien en teoría, presenta dificultades prácticas, ya que es imposible extraer muestras aleatorias de reactivos de un universo de contenido, puesto que este existe sólo conceptual o teóricamente. (Cozby, 2005; Hernández, 2006; Kerlinger, 2002)

La validez de constructo intenta responder la pregunta ¿hasta dónde un instrumento mide realmente un determinado rasgo latente o una característica de las personas y con cuánta eficiencia lo hace? Gronlund (1976) señala que la validez de constructo interesa cuando es necesario utilizar el desempeño de los sujetos con el instrumento para inferir la posesión de ciertos rasgos o cualidades psicológicas. Por ejemplo, en lugar de hablar de los puntajes que una persona

obtuvo en un instrumento determinado, se puede hablar de: la actitud hacia la matemática, la satisfacción o disfrute con el aprendizaje de la matemática y la valoración o significado de la matemática. Todas éstas son cualidades hipotéticas llamadas construcciones, cuya existencia se supone para explicar la conducta en muchas y diferentes situaciones específicas. Dicha validez se comprueba mediante la prueba de análisis factorial.

Ahora bien, cuando se estudia la validez predictiva de un instrumento lo que interesa es determinar hasta dónde se puede anticipar el desempeño futuro de una persona en una actividad determinada, a partir de su ejecución actual en dicho instrumento, sin embargo, la presente investigación se enfocará en medir la validez de constructo para los dos momentos de medición de las actitudes de los enfermos.

3.3.1.1 ANÁLISIS FACTORIAL

El análisis factorial descubre la varianza común que da origen a los factores de un determinado constructo. Es decir, el análisis factorial es una técnica estadística multivariante que sirve para estudiar las dimensiones o factores que subyacen a las relaciones entre las variables de una escala mediante un análisis de correlaciones entre reactivos incluyentes de la prueba diseñada, es así que se permite reducir el número de variables con las que la escala será diseñada. Se puede ocupar con variables de casi cualquier clase intervalo, razón, incluso nominales, para ofrecer la ausencia o presencia de validez. Para el análisis, se calculan las correlaciones entre variables y se sintetizan en forma de una matriz de correlación. Al analizar una matriz de correlaciones es difícil interpretar lo que sucede, el análisis factorial está diseñado para tomar esas correlaciones y encontrar algún orden en ellas (Kerlinger 2002).

Un factor es un constructo, una entidad hipotética, una variable latente que se asume como el fundamento de pruebas, escalas, reactivos. Los

constructos se han identificado al estudiar aptitudes, actitudes y personalidad. Más allá de una definición, es importante comprender que el análisis factorial sirve a la causa de la parsimonia científica, ya que reduce la multiplicidad de las medidas hacia una mayor simplicidad, indicando qué medidas van juntas y miden lo mismo, cuantificando estas características. De esta forma, la técnica permite identificar los factores fundamentales de sus elementos de estudio, minimizando esfuerzos y usos de recursos, Siendo así, si el investigador se encuentra con una escala, cuyo número de variables es amplia, es posible tomar las relaciones entre variables, agruparlas y prescindir de algunas al momento de crear un nuevo instrumento ya validado(Kerlinger 2002).

3.3.2 CONFIABILIDAD

De acuerdo con la teoría clásica, toda medición que se hace de un objeto físico o psicológico lleva implícito un error; es decir, se considera que toda puntuación que se obtiene en una prueba está formada por dos componentes aditivos, que son la puntuación “verdadera” y el “error” aleatorio. La puntuación verdadera se define como “el valor promedio de un número grande de administración de una prueba a la misma persona (Kerlinger, 2002). Es decir, la puntuación verdadera puede ser considerada como la puntuación obtenida por un individuo si todas las condiciones, tanto internas como externas, estuvieran controladas y el instrumento de medición fuera perfecto. Pero, esta condición es sólo hipotética, ya que como sabemos en toda medición hay un error de medición implícito.

La confiabilidad de un instrumento está sujeta al grado en que, conforme se le aplique a varias personas u objetos, dicho instrumento arroje resultados coherentes; es decir, el nivel de consistencia en la medición aun cuando el instrumento se use en cantidades indeterminadas de sujetos.

Los problemas cuestionables en la investigación del comportamiento son básicamente los de las mediciones, debido al uso de estadísticos paramétricos y no paramétricos, es así que la confiabilidad se concibe como el término teórico que hace posible minimizar los errores en las mediciones, tanto las actuales para la investigación puesta en marcha como las subsecuentes. (Cozby, 2005; Hernández, 2006; Kerlinger, 2002)

Existen métodos para determinar confiabilidad así como el número de instrumentos creados, a.-confiabilidad de re aplicación de pruebas (test-retest) como su nombre lo indica, es prudente realizar dos aplicaciones a los sujetos para obtener la correlación que determine el nivel de confiabilidad alcanzado; b.- confiabilidad de versiones equivalentes (pruebas paralelas), para tal caso, es necesario tener dos pruebas que se encarguen de cuantificar el mismo sustrato empírico; y c.-confiabilidad de consistencia interna (homogeneidad) cuyo valor de confiabilidad estará determinado por la correlación de los ítems que componen el instrumento.

Si los diferentes reactivos de un instrumento tienen una correlación positiva y, como mínimo, moderada, dicho instrumento será homogéneo. En consecuencia, se puede definir la homogeneidad como la consistencia en la ejecución en todos los reactivos de la prueba. De allí que en una prueba con un alto grado de consistencia interna, el saber cómo se desempeña una persona en un ítem, nos permite predecir como lo hará en los demás. Es importante hacer notar que en el caso de la confiabilidad de consistencia interna, el énfasis se pone en las puntuaciones de los sujetos y no en el contenido o el formato de los reactivos. Por lo tanto, si los ítems del instrumento correlacionan positivamente entre sí, éste será homogéneo, independientemente del tipo de contenido que se haya utilizado (Anastasi, 1961; Kerlinger 2002; Loevinger, 1947;).

3.3.2.1 ALFA DE CRONBACH

La confiabilidad de consistencia interna de este estudio será adecuada con el cálculo del alfa de Cronbach, ya que es un coeficiente de consistencia interna de las pruebas, derivado del postulado de Kuder-Richardson que era aplicable en pruebas con ítems dicotómicos donde había respuestas correctas e incorrectas, no obstante la prueba de alfa de Cronbach toma en cuenta la varianza total de los ítems de manera individual, como corrección al método anterior. Su cálculo sugiere la correlación entre cada uno de los reactivos de la prueba, siendo el coeficiente final, el promedio de tales correlaciones realizadas. Al obtener el alfa, existe la bondad de poder cuantificar el aumento del coeficiente calculado si es que se eliminan aquellos reactivos que reduzcan dicha medida (Cronbach 1951).

Tanto las actitudes como las redes semánticas se sustentan en situaciones aprendidas y determinan como es que el sujeto reacciona ante ciertos escenarios cotidianos.

CAPÍTULO 4

MÉTODO

4.1 PARTICIPANTES

En el estudio se tomaron en cuenta a todos los enfermos del área de oncología médica sin importar edad, escolaridad o sexo.

4.1.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN O EXCLUSIÓN

Toda persona que recibiera tratamiento de quimioterapia en el área de oncología médica de la UMAE Hospital de Oncología, fue incluida, no se consideró ningún criterio de exclusión, debido a la situación de sensibilidad del paciente además de la disponibilidad de recursos, tiempo y lo más importante una sala de oncología médica equiparable con la facilidad de la UMAE “Hospital de Oncología”.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Cuasiexperimental del tipo antes y después; test-intervención-retest. Diseño de estudio cuantitativo No experimental transversal exploratorio. (Kerlinger 2002).

4.3 PROBLEMÁTICA Y JUSTIFICACIÓN

El servicio proporcionado por el área de oncología médica en la UMAE “Hospital de Oncología” CMN “Siglo XXI” se considera “de calidad” debido a que cuenta con certificación general del hospital, sin embargo, de enero a mayo de 2009 se atendieron en promedio 2051 personas por mes en el área de oncología médica, esto es prácticamente 18 pacientes al día por consultorio (de acuerdo a

los datos proporcionados por el jefe de área Dr. Alejandro Silva). Analizando la situación con esta información, es prudente mencionar que son programadas al menos 4 citas por hora en el hospital (una cada 15 min) por las 6 horas que se encuentran en funcionamiento los consultorios serían 24 personas atendidas al día. Así, la realidad en los análisis numéricos parece revelar una ineficiencia del servicio. Aunque en la estancia diaria, la apariencia suele exponer una saturación de atención por parte de los médicos del área y las quejas son constantes por parte de los derechohabientes, no obstante, es necesario descubrir los factores que determinan si dicha actitud por parte del paciente es realmente mala, ya que no tiene acceso a esta información referente a la saturación del servicio, ni mucho menos información referente a los padecimientos específicos que posee por los tratamientos que recibe en esta área; teniendo en cuenta que el cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, tan solo en nuestro país es la segunda causa de muerte en la población solo después de las enfermedades cardiacas (INEGI Estadísticas Vitales 2008). Por lo anterior, se pretende determinar la actitud del paciente hacia el área de oncología médica con fines de mantenimiento o modificación, según sea el caso.

4.4 OBJETIVO GENERAL

Implementar un programa de modificación de actitudes dirigido a dichos enfermos oncológicos, que permita determinar su impacto al final de tal intervención; mediante la evaluación de la actitud de los enfermos que reciben tratamiento de quimioterapia en el área de oncología médica, hacia el servicio proporcionado en esta misma área; así como conocer su percepción y, de ser desfavorable.

4.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Aplicar la técnica de redes semánticas para el diagnóstico situacional de las actitudes de los pacientes hacia el área de oncología médica.

-Obtener un instrumento a partir de la aplicación de redes semánticas, que evalúe las actitudes de los pacientes así como la validación del mismo.

-Integrar en un taller oral (intervención educativa) de dos horas la información para el cambio de actitudes del paciente hacia el servicio del área de oncología médica.

-Aplicar a una muestra de pacientes que hayan recibido el taller oral (intervención educativa), el instrumento validado de redes semánticas para medir si hubo un cambio en su actitud.

4.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

¿Qué actitud, favorable o desfavorable, tiene el enfermo oncológico hacia el servicio de oncología médica recibido?

¿El programa de intervención orientado hacia el paciente con cáncer del área de oncología médica modificará la actitud hacia el servicio recibido?

4.6 HIPÓTESIS

Ho La actitud del paciente oncológico hacia el servicio recibido en el área de oncología médica será favorable.

H1 La actitud del paciente oncológico hacia el servicio recibido en el área de oncología médica será desfavorable.

Ho El programa educativo de intervención orientado hacia el paciente con cáncer del área de oncología médica no mejorará su actitud hacia el servicio recibido.

H1 El programa educativo de intervención orientado hacia el paciente con cáncer del área de oncología médica mejorará su actitud hacia el servicio recibido.

4.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Definición operacional

Variable independiente.-Programa de intervención de modificación de actitudes.

Variable dependiente.-Actitud del paciente hacia el servicio del área de oncología médica.

4.8 PROCEDIMIENTO

En el área de oncología médica de la UMAE “Hospital de Oncología” del IMSS se realizó un estudio cuasiexperimental del tipo antes y después (Kerlinger 2002). Este estudio se llevó a cabo en tres fases: En la primera fase, fueron aplicadas las redes semánticas con cuatro conceptos estímulo (trato del médico, atención, tiempo de espera, enfermedad). Los estímulos fueron impresos en la parte superior de las hojas tamaño esquila presentadas en forma vertical. A partir de las cuales fue elaborada una encuesta de actitudes, se validó la misma y con ella se determinó la actitud inicial de los pacientes hacia el área. La segunda consistió en una intervención educativa y; en la última fase se hizo una evaluación de la intervención con la encuesta que había sido validada en la primera fase, siendo el control la misma área.

Para la primera fase (redes semánticas) se ocupó una muestra de 200 enfermos, equivalente al 10% del total de enfermos que fueron atendidos por mes en el mismo período del año anterior.

En la construcción de las redes semánticas (instrumento) se consideraron aquellos supuestos que medirían la percepción de los enfermos con respecto a la atención, la enfermedad, el tiempo de espera y el trato del médico. Se aplicó un cuadernillo de redes semánticas (Anexo 1) en los enfermos del área de oncología médica. Para esto se hicieron impresiones en hojas blancas tamaño esquila de forma vertical, la primera página enunciaba el ejemplo proporcionado por Reyes Lagunes (1993) utilizando el estímulo manzana. Las hojas siguientes contenían los cuatro conceptos estímulo (supuestos): Trato del médico, tiempo de espera, atención y enfermedad en la parte superior de la hoja, uno por cada página para evitar el cansancio, la adivinación y la contaminación de las palabras generadas.

Previo a que el enfermo comenzara con el llenado del cuadernillo, era conminado a pedir ayuda en caso de no entender el ejemplo proporcionado. Posteriormente, se entregó el cuadernillo y se explicaron dos planteamientos fundamentales, con el ejemplo incluido: que definiera con claridad y precisión el estímulo mostrado con al menos cinco palabras definidoras en asociación libre (utilizando verbos, adverbios, sustantivos y adjetivos, entre otros), y que asignase jerarquías a las palabras definidoras, de la siguiente forma: número 1 a la palabra que se asociara más con el concepto definido, número 2 a la siguiente palabra de acuerdo a su proximidad y así sucesivamente, hasta terminar con todas las palabras proporcionadas. No se especificó un tiempo límite para la realización de esta tarea, sin embargo el tiempo requerido no excedía más de 15 minutos.

De acuerdo con lo mencionado por Kerlinger (2002) Existen tres formas generales para la elaboración de reactivos de acuerdo en desacuerdo a) aquellos que permiten una de dos respuestas posible, b) aquellos que permiten una de tres o más respuestas posibles, c) los que permiten más de una elección de tres o más respuestas posibles. La elaboración en este trabajo fue del segundo tipo, sin embargo, un área de mejora de dichos reactivos es la manera

en que el lector interpretará cada punto de la escala, un sujeto puede elegir un 2 o un 4 de una escala de 5 reactivos, en dicho caso ambos pudieron haber hecho la misma interpretación. Entonces no se sabe si está en ligero desacuerdo o ligero acuerdo, dado la proximidad central. De ahí surge una polémica, mencionada previamente en la parte teórica de este trabajo, es así que la escala fue diseñada con 6 opciones de respuesta que permitiera evitar o aminorar esas confusiones y tendencias centrales de respuesta, dado que la justificación de una respuesta central es más válida cuando solo son dos opciones de respuesta (Kerlinger, 2002; Morales, 2000).

Para la elaboración de la encuesta se tomaron las 35 palabras con mayor peso semántico de las redes semánticas, de las que se crearon reactivos utilizados por los encuestados para evaluar la actitud del enfermo hacia cada uno de los cuatro supuestos en una escala de tipo Likert, con seis opciones: Totalmente en Desacuerdo (TD); en Desacuerdo (D); más en Desacuerdo que de Acuerdo (DA); más de Acuerdo que en Desacuerdo (AD); de Acuerdo (A); Totalmente de Acuerdo (TA). Una vez diseñada dicha encuesta, se aplicó a 200 personas por cada supuesto; es decir un total de 800 encuestas a pacientes, con fines de validación (Velasco, 2001; Cortada, 2004; Elejebarrieta e Iñiguez; 1984; Morales, 2000; Simonovis et al, 2007).

Para el análisis comparativo, los reactivos de los supuestos fueron clasificados en positivos y negativos conforme a cómo definan la atención recibida.

En la segunda fase (intervención educativa): el objetivo fue intervenir con el enfermo para elevar el conocimiento general acerca del servicio prestado, su enfermedad y tratamiento, para determinar el impacto en la actitud manifestada en el área de oncología médica y así poder mejorar la calidad del servicio prestado (Martín, 2006; Velasco, 2001; Braza, Falces y Becerra, 2000; Summers, 1976; Briñol, 2007). La intervención consistió en:

1. Proporcionar al enfermo material de difusión (trípticos y carteles, ver Anexos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) diseñado previamente, bajo el supuesto que es información que el enfermo debe conocer; los trámites administrativos del hospital (solicitud de incapacidades, medicamentos y citas); la distribución de las áreas médicas y quirúrgicas, el tipo de cáncer que presenta; el estadio de la enfermedad; la respuesta al tratamiento y sus efectos secundarios, así como; las dietas específicas para cada tipo de enfermos oncológicos e información nutricional básica de alimentos y frutas.
2. Dar dos pláticas grupales informativas por día, de 60 minutos cada una, en las cuales se explicaba el material otorgado y se esclarecían las dudas (Gralla, Houlihan y Pick, 2006; Donaldson, 2004; Posner, 2004).

Por último, en la tercera fase se realizaron las mediciones cualitativas de los cambios con los instrumentos validados en la primera fase. Por tanto, sólo pudieron participar aquellos enfermos que ya habían tomado la orientación.

4.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Para el análisis estadístico, primero se diseñó una base en Excel versión 2007 Windows XP Profesional, en donde se llevó a cabo la captura y análisis de los datos de redes semánticas, los cuales fueron calificados para obtener los siguientes puntajes relevantes:

1. Número total de las diferentes palabras definidoras producidas por los enfermos, identificado como el Valor TR.

2. Valor del peso semántico (PS) de cada una de las palabras definidoras se obtuvo sumando la ponderación de la frecuencia y multiplicando el resultado por la jerarquización asignada para el grupo de enfermos. Es decir, los datos

cuyo valor fue uno se multiplicaran por diez; dos por nueve, tres por ocho y así, sucesivamente.

3. Distancia semántica cuantitativa (DSC): es la distancia que existió entre las palabras definidoras y el supuesto; usando como valor de referencia para las estimaciones la palabra con peso semántico más elevado. Se calculó con la siguiente fórmula:

$$DSC = \frac{\text{PS de palabra definidora}}{\text{PS de referencia}} \times 100$$

La consistencia interna de las encuestas fue evaluada por medio de un análisis factorial con rotación varimax, validado por un α de Cronbach.

Además se llevó a cabo un análisis de frecuencias en el cual se mostraron las respuestas de los enfermos en cada uno de los reactivos de la encuesta desde TA hasta TD. En este análisis, se asignó un valor a cada opción de respuesta (TD = 1, D = 2, DA = 3, AD = 4, A = 5, TA = 6).

Para verificar si existía una diferencia estadísticamente significativa en las respuestas de los enfermos a los 35 reactivos se distribuyeron las respuestas en dos grupos: grupo 1 (respuestas=1[TD], 2 [D], 3 [AD]) y grupo 2 (respuestas = 4 [AD], 5 [A], 6 [TA]). Posteriormente, ambos grupos fueron comparados con una prueba de "t de Student"; se consideró significancia estadística $p \leq 0.05$

Complemento al análisis anterior, se llevó a cabo un (ONE WAY) ANOVA con los datos iniciales y finales, que comparase el comportamiento entre variables, asignado como variable factor el inicio (1) y final (2), aplicado a los 35 ítems.

Los datos obtenidos en la tercera fase del estudio, después de la intervención educativa, se compararon con los resultados obtenidos de la

primera fase por medio de una prueba de “t de Student”. En este sentido, se determinó que si hubo un cambio en la actitud de los enfermos estadísticamente significativo. Se complementó con un (ONE WAY) ANOVA, entre los seis distintos ítems de las dos fases.

RESULTADOS

En la primera fase, las redes semánticas dieron como resultado entre 136 a 201 palabras, que los encuestados utilizaron para definir a cada uno de los supuestos como puede observarse en el Tabla 1 Número total de palabras definidoras en las redes semánticas (Valor TR).

Tabla 1. Número total de palabras definidoras en las redes semánticas (Valor TR)

Supuestos	Valor TR
Enfermedad	201
Atención	164
Trato del Médico	143
Tiempo de Espera	136

Los supuestos que sirvieron como complemento mostraron las siguientes derivaciones:

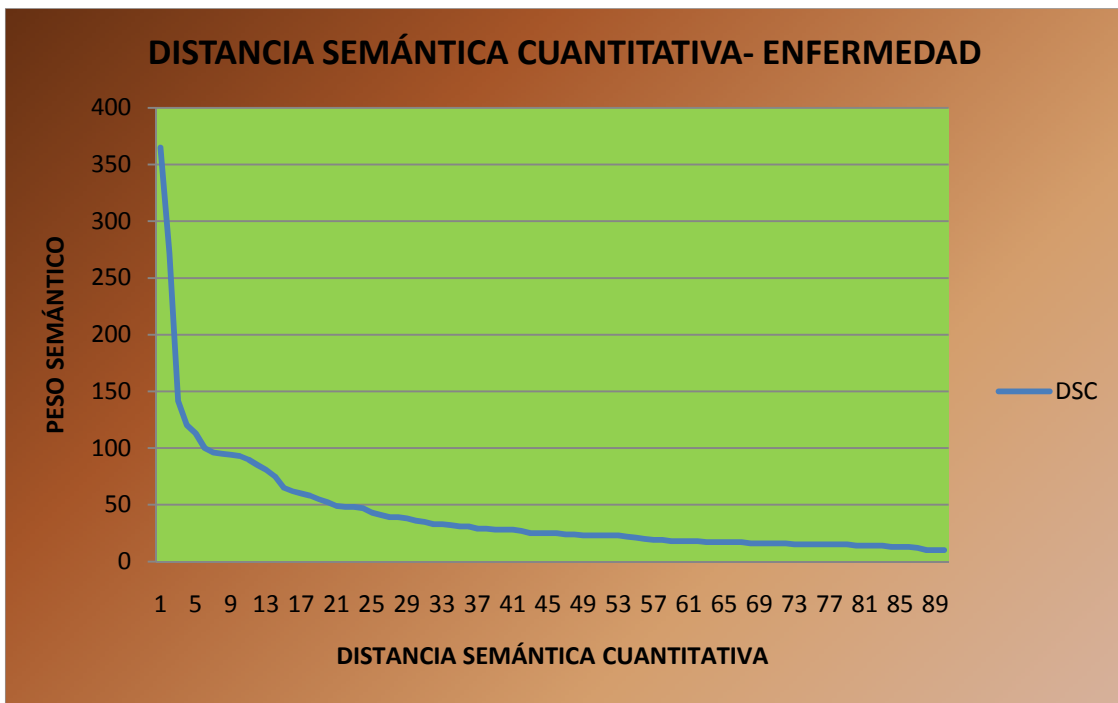
Para el estímulo “Enfermedad” se aprecia en el Tabla 2 las primeras 35 palabras definidoras, las que fueron ocupadas para construir la escala de dicho supuesto, su peso semántico (PS) así como la distancia semántica cuantitativa (DSC). La gráfica 1 ayuda a apreciar la tendencia exponencial $y=E(x)$ sin tocar el origen.

Tabla 2. Descripción de palabras definidoras supuesto “Enfermedad”, valores de Pesos Semánticos (PS) y de Distancia Semántica Cuantitativa (DSC)

Número	Palabra definidora	PS	DSC
1.	Dolor	365	100
2.	Tristeza	272	74.5205479
3.	Depresión	142	38.9041096
4.	Cansancio	120	32.8767123
5.	Angustia	113	30.9589041
6.	Desesperante	100	27.3972603
7.	Tumoración cancerosa	96	26.3013699
8.	Malestar	95	26.0273973
9.	Reto	94	25.7534247
10.	Difícil	93	25.4794521
11.	Desgastante	90	24.6575342
12.	Grave	85	23.2876712
13.	Miedo	81	22.1917808
14.	Inesperada	75	20.5479452
15.	Curable	65	17.8082192

16.	Preocupación	62	16.9863014
17.	Fuerza	60	16.4383562
18.	Larga	58	15.890411
19.	Mala	55	15.0684932
20.	Frustrante	52	14.2465753
21.	Delicada	49	13.4246575
22.	Valor	48	13.1506849
23.	Agresivo	48	13.1506849
24.	Caro	47	12.8767123
25.	Esperanza de vida	43	11.7808219
26.	Controlado	41	11.2328767
27.	Impotencia	39	10.6849315
28.	Estrés	39	10.6849315
29.	Devastadora	38	10.4109589
30.	Superable	36	9.8630137
31.	Apoyo	35	9.5890411
32.	Sanar	33	9.04109589
33.	Mortal	33	9.04109589
34.	Atención	32	8.76712329
35.	Lucha diaria	31	8.49315068

Gráfica 1.-Distancia semántica cuantitativa – Enfermedad



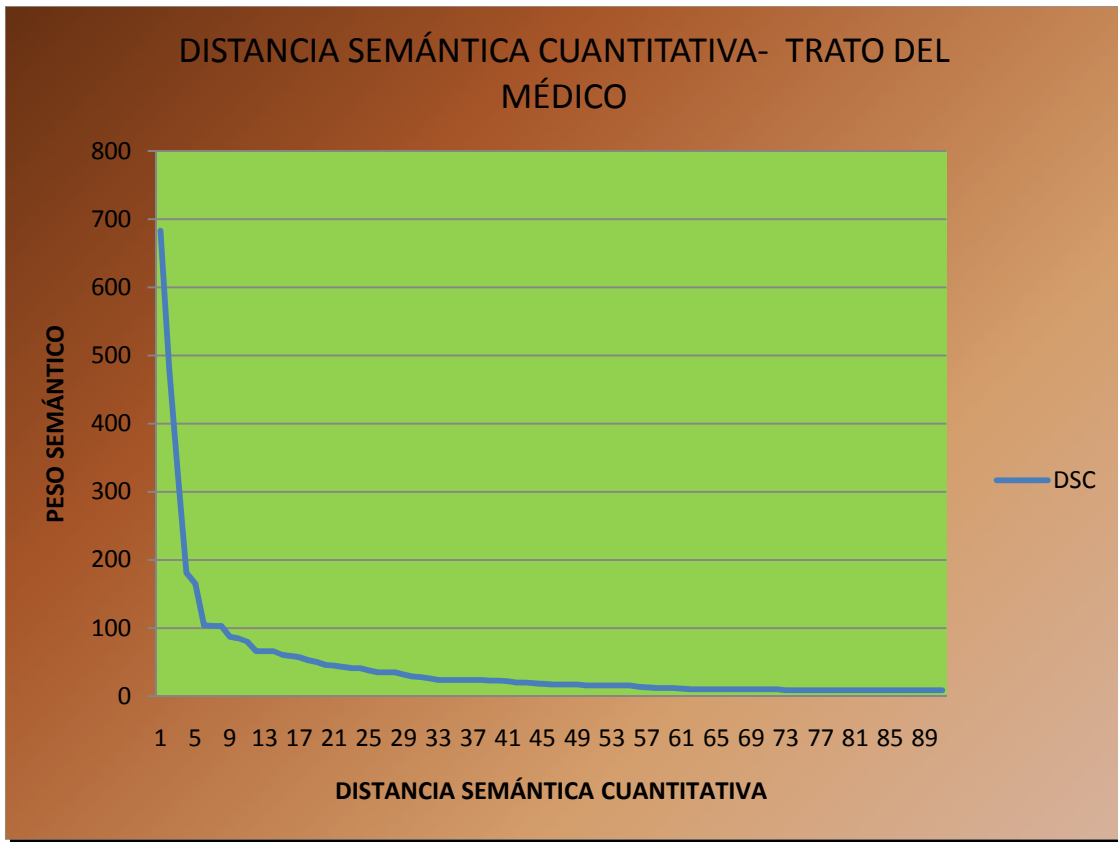
Para el estímulo “Trato del médico” el Tabla 3 presenta aquellas 35 palabras utilizadas por los pacientes para definirlo, así mismo su peso semántico (PS), y

finalmente la distancia semántica cuantitativa. La gráfica 2 permite observar el comportamiento de la DSC ante el peso semántico de “Trato del Médico” igualmente con la tendencia exponencial $y=E(x)$.

Tabla 3. Descripción de palabras definidoras supuesto “Trato del médico”, valores de Pesos Semánticos (PS) y de Distancia Semántica Cuantitativa (DSC)

Número	Palabra definidora	PS	DSC
1.	Bueno	683	100
2.	Amable	483	70.7174231
3.	Excelente	328	48.0234261
4.	Trato humano	181	26.5007321
5.	Atento	165	24.1581259
6.	Cordial	104	15.22694
7.	Falta de asesoría al paciente	103	15.0805271
8.	Informativo	103	15.0805271
9.	Paciencia	87	12.7379209
10.	Respetuoso	85	12.4450952
11.	Profesional	80	11.7130307
12.	Deshumanizado	66	9.66325037
13.	Regular	66	9.66325037
14.	Buena explicación	66	9.66325037
15.	Eficiente	61	8.93118594
16.	Confiable	59	8.63836018
17.	Experimentado	57	8.34553441
18.	Atención corriendo	53	7.75988287
19.	Comprensivo	50	7.32064422
20.	Agradable	46	6.73499268
21.	Aclara dudas	45	6.5885798
22.	Rápido	43	6.29575403
23.	Cálido	41	6.00292826
24.	Tardada la espera	41	6.00292826
25.	Cortes	38	5.5636896
26.	Calidad	35	5.12445095
27.	Digno	35	5.12445095
28.	Orientada	35	5.12445095
29.	Concreto	32	4.6852123
30.	Amigable	29	4.24597365
31.	Accesible	28	4.09956076
32.	Cambios del medico	26	3.80673499
33.	Prepotente	24	3.51390922
34.	Déspota	24	3.51390922
35.	Frio	24	3.51390922

Gráfica 2.-Distancia semántica cuantitativa – Trato del médico



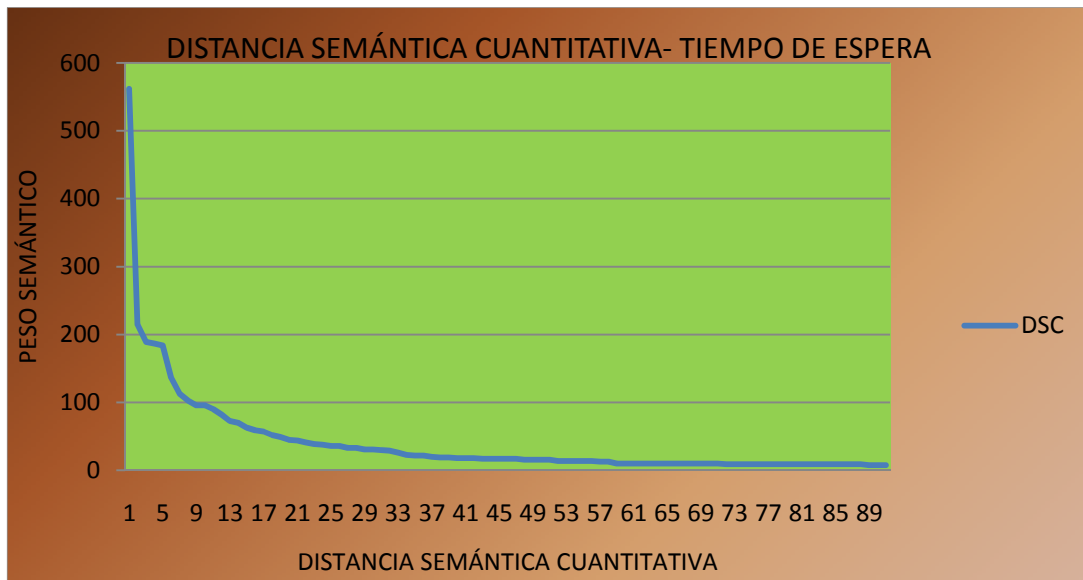
Para el estímulo “Tiempo de espera” se aprecia en el Tabla 4 las primeras 35 palabras utilizadas por los derechohabientes, además del peso semántico (PS) y la distancia semántica cuantitativa (DSC), la gráfica 3 ilustra el orden de los datos en una gráfica del tipo exponencial $y=E(x)$.

Tabla 4.Descripción de palabras definidoras supuesto “Tiempo de espera”, valores de Pesos Semánticos (PS) y de Distancia Semántica Cuantitativa (DSC)

Número	Palabra definidora	PS	DSC
1.	Demasiado	562	100
2.	Desesperante	215	38.2562278
3.	Tardado	189	33.6298932
4.	Aburrido	187	33.2740214
5.	Largo	184	32.7402135
6.	Cansado	137	24.3772242
7.	Incomodo	113	20.1067616
8.	Irrespeto de la hora	103	18.3274021
9.	Lento	96	17.0818505
10.	El necesario	96	17.0818505

11.	Muchos pacientes	90	16.0142349
12.	Paciencia	82	14.5907473
13.	Regular	73	12.9893238
14.	Normal	70	12.455516
15.	Mala infraestructura	63	11.2099644
16.	Tedioso	59	10.4982206
17.	Sucio	57	10.1423488
18.	Frio	52	9.25266904
19.	Malo	49	8.71886121
20.	Estresante	45	8.00711744
21.	Aglomerado	44	7.82918149
22.	Angustiante	41	7.29537367
23.	Impaciencia	39	6.93950178
24.	Desorganización	38	6.76156584
25.	Perdido	36	6.40569395
26.	Poco	36	6.40569395
27.	Comprensible	33	5.87188612
28.	Nerviosismo	33	5.87188612
29.	Tolerancia	31	5.51601423
30.	Fastidioso	31	5.51601423
31.	Molesto	30	5.33807829
32.	Impuntualidad	29	5.16014235
33.	Frío	26	4.62633452
34.	Atencion	23	4.09252669

Gráfica 3.-Distancia semántica cuantitativa – Tiempo de espera.



La definidora más importante, debido al propósito de esta investigación, fue “Atención”. Con respecto a las palabras que los encuestados utilizaron para el supuesto de “Atención”, las de mayor peso semántico fueron: Buena (819), tardía (322) y amable (305). El peso semántico de la palabra definidora “buena” fue utilizado como valor de referencia para estimar la distancia semántica cuantitativa, como se muestra en la Tabla 5[Descripción de palabras definidoras, valores de Pesos Semánticos y de Distancia Semántica Cuantitativa].

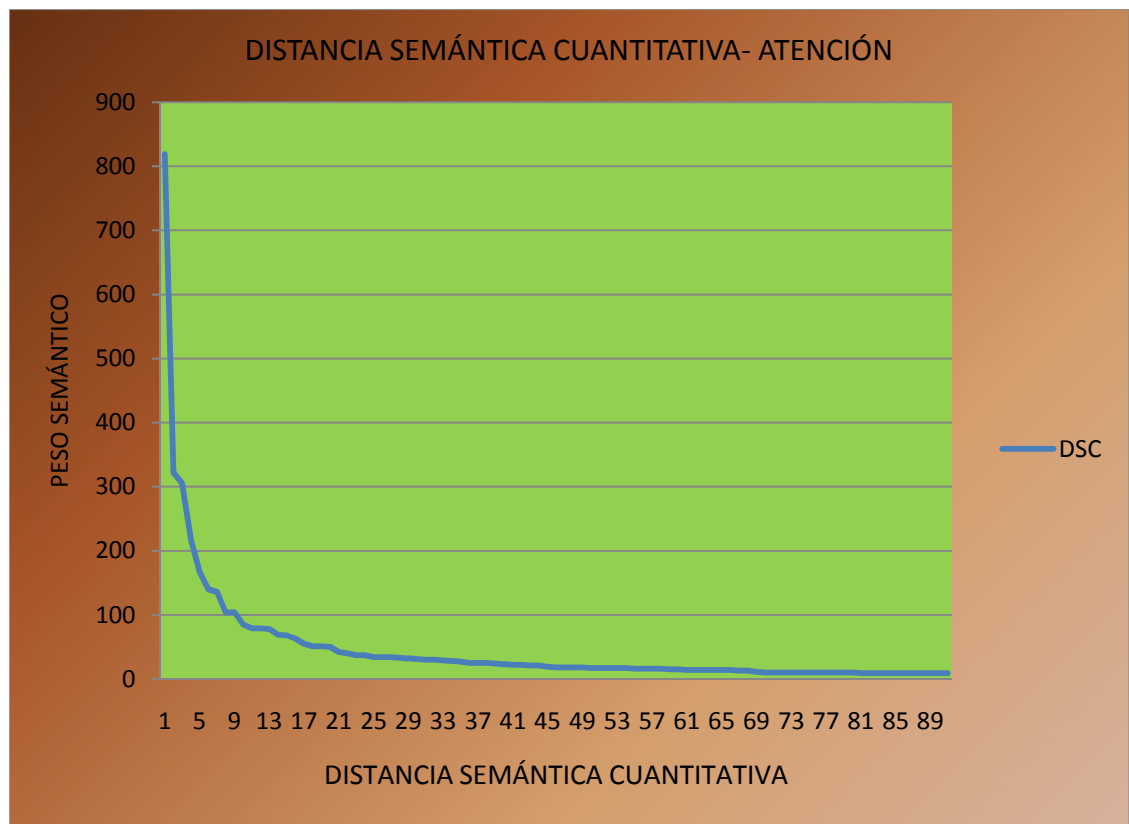
En la Gráfica 4 se aprecia una curva con forma exponencial del tipo $y=E(x)$, donde la caída asintótica representa el alejamiento de los “supuestos” o “definidoras” del concepto que se pretende estudiar, es decir, mientras más se aleja menos relación encuentran los sujetos del grupo entre el significado de las palabras de la red semántica y los conceptos estímulo sin tocar el cero (Apostol, 2005).

Tabla 5. Descripción de palabras definidoras supuesto “Atención”, valores de Pesos Semánticos (PS) y de Distancia Semántica Cuantitativa (DSC)

Número	Palabra definidora	PS	DSC
1.	Buena	819	100
2.	Tardía	322	39.32
3.	Amabilidad	305	37.24
4.	Mala atención	217	26.5
5.	Regular	167	20.39
6.	Excelente	140	17.09
7.	Eficacia	136	16.61
8.	Oportuna	104	12.7
9.	Rapidez	104	12.7
10.	Falta información	85	10.38
11.	Calidad	79	9.65
12.	Grosera	79	9.65
13.	Falta de personal	78	9.52
14.	Con calidad humana	69	8.42
15.	Déspota	68	8.3
16.	Mas humanidad	63	7.69
17.	Cordialidad	55	6.72
18.	Poco amable	51	6.23
19.	Atento	51	6.23
20.	Deficiente	50	6.11
21.	Personalizada	42	5.13

22.	<i>Mala en ventanilla</i>	40	4.88
23.	<i>Poca atención</i>	37	4.52
24.	<i>Mucha espera</i>	37	4.52
25.	<i>Servicio</i>	34	4.15
26.	<i>Cortesía</i>	34	4.15
27.	<i>Profesional</i>	34	4.15
28.	<i>Adecuada</i>	33	4.03
29.	<i>Fría</i>	32	3.91
30.	<i>Prepotente</i>	31	3.79
31.	<i>Variable</i>	30	3.66
32.	<i>Buena de las Enfermeras</i>	30	3.66
33.	<i>Agradable</i>	29	3.54
34.	<i>Necesario</i>	28	3.42
35.	Especializada	27	3.3

Gráfica 4.-Distancia semántica cuantitativa - atención



Al clasificar los reactivos del supuesto “Atención”, se obtuvieron 18 reactivos positivos y 17 negativos [Tabla 6: Clasificación de reactivos positivos y negativos]. El análisis factorial de las cuatro encuestas mostró que los valores

obtenidos por α de Cronbach son mayores a 0.80 [Tabla 7: Validación de encuestas].

Tabla 6 Clasificación de reactivos positivos y negativos.

Reactivos Positivos	Reactivos Negativos
Buena	Tardía
Amabilidad	Regular
Excelente	Rapidez
Eficacia	Falta información
Oportuna	Grosera
Calidad	Falta de personal
Con calidad humana	Poco amable
Cordialidad	Deficiente
Atento	Mala en ventanilla
Personalizada	Poca atención
Servicio	Mucha espera
Cortesía	Fría
Profesional	Prepotente
Adecuada	Variable
Buena enfermeras	Mala atención
Agradable	Déspota
Necesario	Mas humanidad
Especializada	

Tabla 7 Validación de encuestas

Supuestos	Reactivos de la encuesta	%Varianza explicado	α de Cronbach
Trato del médico	35	97	0.92
Tiempo de espera	35	63	0.90
Atención	35	69	0.90
Enfermedad	35	64	0.87

Las consideraciones favorables fueron aquellas en que los reactivos positivos acumularon un porcentaje mayor de frecuencias del tipo TA, A, AD y los negativos acumulasen un porcentaje mayor de frecuencias del tipo TD, D y DA. Las consideraciones desfavorables fueron aquellas en que los reactivos positivos acumularon un porcentaje mayor de frecuencias del tipo TD, D y DA y los reactivos negativos acumulasen un porcentaje mayor de frecuencias del tipo TA, A, AD, o donde la prueba “t de Student” (por reactivo) no fue significativa con un $p=0.5$. De los 35 reactivos totales de la encuesta se identificaron en la primera fase 18 actitudes favorables, mientras que en la tercera fase se obtuvieron 32 ($p\leq 0.05$) [Tabla 8: Comparación de actitudes favorables y desfavorables. El Tabla posee del lado izquierdo la lista de las 35 definidoras, la siguiente casilla al lado derecho de la palabra muestra el grupo predominante para las respuestas del reactivo en la fase inicial ya sea TD D DA o TA A AD, a la derecha se encuentra el porcentaje de percepciones consideradas por los derechohabientes para la opción predominante junto con la significancia de la prueba “t de Student”, así pues, la columna siguiente contiene la consideración (favorable, desfavorable) de acuerdo con los criterios de la investigación. Le continúan los mismos datos para la fase final. Las consideraciones favorables son menos en la fase inicial 18 (51%), considerando las 32 de la fase final (94%).

Tabla 8.-Comparación de actitudes favorables y desfavorables

Definidora	Actitud Inicial	%	P¹	Consideración Inicial	Actitud Final	%	p¹	Consideración Final
Buena	TA, A, AD ³	78	0.00	Favorable	TA, A, AD ³	100	0.00	Favorable
Amabilidad	TA, A, AD	75.5	0.00	Favorable	TA, A, AD ³	100	0.00	Favorable
Excelente	TA, A, AD	60.5	0.00	Favorable	TA, A, AD ³	98	0.00	Favorable
Eficacia	TA, A, AD	70.5	0.00	Favorable	TA, A, AD ³	100	0.00	Favorable
Oportuna	TA, A, AD	72	0.00	Favorable	TA, A, AD ³	99	0.00	Favorable
Calidad	TA, A, AD	71	0.00	Favorable	TA, A, AD ³	99.5	0.00	Favorable
Con calidad humana	TA, A, AD	72	0.00	Favorable	TA, A, AD ³	98.5	0.01	Favorable
Cordialidad	TA, A, AD	72.5	0.00	Favorable	TA, A, AD ³	99	0.00	Favorable
Atento	TA, A, AD	71	0.00	Favorable	TA, A, AD ³	100	0.00	Favorable
Personalizada	TA, A, AD	60	0.00	Favorable	TA, A, AD ³	55.5	0.00	Favorable
Servicio	TA, A, AD	69	0.00	Favorable	TA, A, AD ³	94.5	0.00	Favorable
Cortesía	TA, A, AD	66	0.00	Favorable	TA, A, AD ³	100	0.01	Favorable
Profesional	TA, A, AD	72.5	0.00	Favorable	TA, A, AD ³	100	0.00	Favorable
Adecuada	TA, A, AD	70	0.00	Favorable	TA, A, AD	100	0.00	Favorable
Buena enfermeras	TA, A, AD	93	0.00	Favorable	TA, A, AD	98.5	0.00	Favorable
Agradable	TA, A, AD	85	0.00	Favorable	TA, A, AD	100	0.01	Favorable
Necesario	TA, A, AD	91	0.00	Favorable	TA, A, AD	100	0.00	Favorable
Especializada	TA, A, AD	90.5	0.00	Favorable	TA, A, AD	100	0.00	Favorable
Tardía	TA, A, AD	61	0.00	Desfavorable	TD, D, DA	98	0.00	Favorable
Regular	TA, A, AD	54	0.06*	Desfavorable	TD, D, DA	68	0.04	Favorable
Rapidez	TD, D, DA ³	57.5	0.00**	Desfavorable	TA, A, AD	79.5	0.00	Favorable
Falta información	TA, A, AD	60.5	0.53*	Desfavorable	TD, D, DA ³	94	0.00	Favorable
Grosera	TD, D, DA	68	0.83*	Desfavorable	TD, D, DA	99.5	0.02	Favorable
Falta de personal	TA, A, AD	51.5	0.01**	Desfavorable	TD, D, DA	88.5	0.00	Favorable
Poco amable	TD, D, DA	55	0.82*	Desfavorable	TD, D, DA	98.5	0.01	Favorable
Deficiente	TD, D, DA	65	0.78*	Desfavorable	TD, D, DA	97.5	0.00	Favorable
Mala en ventanilla	TA, A, AD	53.5	0.00**	Desfavorable	TA, A, AD	88	0.00	Favorable
Poca atención	TD, D, DA	48.5	0.84*	Desfavorable	TD, D, DA	97	0.00	Favorable
Mucha espera	TA, A, AD	74.5	0.00**	Desfavorable	TD, D, DA	73	0.04	Favorable
Fría	TA, A, AD	52	0.57*	Desfavorable	TD, D, DA	98	0.01	Favorable
Prepotente	TD, D, DA	60	0.47*	Desfavorable	TD, D, DA	100	0.00	Favorable
Variable	TA, A, AD	66.5	0.01**	Desfavorable	TD, D, DA	70	0.00	Favorable
Mala atención	TD, D, DA	23.5	0.26*	Desfavorable	TD, D, DA	99.5	0.10*	Desfavorable
Déspota	TD, D, DA	73	0.88*	Desfavorable	TD, D, DA	100	0.22*	Desfavorable
Mas humanidad	TD, D, DA	65	0.53*	Desfavorable	TD, D, DA	99	0.75*	Desfavorable

1.-p≤0.05

2.-*Reactivos desfavorables debido a resultado no significativo de prueba "t" **Reactivos desfavorables debido a porcentaje de frecuencias acumuladas.

3.-Totalmente en Desacuerdo (TD); en Desacuerdo (D); más en Desacuerdo que de Acuerdo (DA); más de Acuerdo que en Desacuerdo (AD); de Acuerdo (A); Totalmente de Acuerdo (TA).

Por último, el resultado del (ONE WAY) ANOVA aplicado a las variables se muestra en el Tabla 9 donde únicamente dos de los 35 reactivos no son significativos en las diferencias intergrupales, es decir, se evidencia la discrepancia entre la primera fase del estudio con la segunda.

Tabla 9.-Comparación de actitudes favorables y desfavorables mediante (ONEWAY) ANOVA

DEFINIDORA	gl TOTALES (intra 398 e inter 1 grupos)	F	Sig.
1. BUENA	399	113.187	0.00
2. TARDIA	399	208.421	0.00
3. AMABLE	399	107.477	0.00
4. MALA	399	102.568	0.00
5. REGULAR	399	23.509	0.00
6. EXCELENTE	399	131.894	0.00
7. EFICAZ	399	91.22	0.00
8. OPORTUNA	399	90.455	0.00
9. RAPIDEZ	399	101.993	0.00
10. FALTA INFORMACION	399	131.035	0.00
11. CALIDAD	399	89.582	0.00
12. GROSERA	399	152.941	0.00
13. FALTA DE PERSONAL	399	93.993	0.00
14. CON CALIDAD HUMANA	399	85.485	0.00
15. DESPOTA	399	155.273	0.00
16. SIN CALIDAD HUMANA	399	154.277	0.00
17. CORDIAL	399	97.657	0.00
18. POCOAMABLE	399	228.798	0.00
19. ATENTO	399	128.06	0.00
20. DEFICIENTE	399	151.542	0.00
21. PERSONALIZADA	399	0.773	0.38*
22. MALA EN VENTANILLA	399	324.577	0.00
23. POCA ATENCION	399	179.471	0.00
24. MUCHA ESPERA	399	128.374	0.00
25. SERVICIO	399	85.184	0.00
26. CORTESIA	399	161.795	0.00
27. PROFESIONAL	399	60.02	0.00
28. ADECUADA	399	102.524	0.00
29. FRIA	399	222.982	0.00
30. PREPOTENTE	399	166.107	0.00
31. VARIABLE	399	33.318	0.00
32. BUENA DE LAS ENFERMERAS	399	1.742	0.18*
33. AGRADABLE	399	25.885	0.00
34. NECESARIA	399	56.903	0.00
35. ESPECIALIZADA	399	4.119	0.43*

DISCUSIÓN

El objetivo principal de los procedimientos que pretenden estudiar actitudes ha sido básicamente la determinación de los estados “favorable” o “desfavorable” hacia una entidad cognitiva tratada por parte del sujeto (Braza, 2000; Briñol, Falces y Becerra, 2007; Martín, 2006; Summers, 1976; Velasco, 2001). No obstante, al estudiar las actitudes y conocer los niveles tan detallados de por qué los individuos hacen, dicen, piensan y sienten de una u otra forma, debe ser tema de interés para todos aquellos que requieran utilizar esa información en beneficio personal y colectivo a través de la modificación de actitudes (Martín, 2006).

Este estudio mostró actitudes de los individuos sujetas a modificación con un procedimiento definido, a diferencia de otros estudios, donde el propósito solo era el conocimiento de las mismas hacia el objeto de estudio (Andersen, 2005; Collipal et al, 2004; Giraldo y Mera, 2000; González et al, 1994; Schofield et al, 2003). Este estudio supera la limitante del tamaño de muestra de los estudios previos (Martín, 2006; Velasco, 2001). De acuerdo con Figueroa et al. (1981), se parte de una observación en las redes semánticas, las palabras definidoras para cada supuesto tienen pesos semánticos elevados los cuales resultan útiles para la construcción de las escalas de actitudes, con otros procedimientos como el del mismo Figueroa et al. (1981) o el de Reyes (1993) que mencionan que a mayor peso semántico, se aumenta la proximidad de las palabras definidoras ocupadas por los sujetos con el supuesto por definir, (Collipal, 2002; Collipal et al, 2004; Figueroa et al, 1981; Giraldo y Mera, 2000; González y Solis, 2002; González, 1994; Ortiz et al; 1996) por esta razón se decidió tomar las primeras 35 palabras para la elaboración de los reactivos, teniendo en cuenta que las escalas de actitudes generalmente no son elaboradas conforme al método propuesto por Figueroa et al; (1981), sino que se ocupan enunciados que posteriormente serán validados.

Por otra parte, este trabajo elabora todas sus escalas con la ayuda de las redes semánticas reduciendo la distancia del significado que se pretendía escudriñar.

La significancia de las encuestas obtenida en la prueba de α de *Cronbach*, fue mayor a 0.80, consistente con lo encontrado en previos estudios (Giraldo y Mera, 2000; Martín, 2006; Velasco, 2001; Schofield et al, 2003) lo que hace posible su uso para futuras investigaciones. Dado que lo más importante de esta investigación era la evaluación de la actitud del enfermo hacia la atención recibida en el servicio de oncología médica fue el supuesto utilizado para hacer las comparaciones entre la primera y la tercera fase. Una vez evaluada la actitud de los pacientes, es posible determinar si la acción del personal médico incide, con el fin de cambiar la atención prestada por parte de los trabajadores del área de Oncología Médica.

La clasificación de los reactivos en negativo y positivo mostró resultados similares a los encontrados por Velasco (2001) y Figueroa et al. (1981) es así que se permitió hacer inferencias apoyadas en el análisis de frecuencias y la prueba "t de Student" acerca de cómo debía considerarse la actitud del enfermo; los cuales resultaron ser confiables al momento de evaluar las actitudes, se establecieron como una evaluación descriptiva que hizo cambiar la estructura cognitivo conductual del enfermo (tal como se pudo observar en lo realizado por Martín (2006) o Velasco (2001), notándose un incremento en las actitudes favorables de 51 a 94% del total de los reactivos de la encuesta, que representó un aumento de 43 puntos porcentuales ($p \leq 0.05$), esto indicó que se había logrado modificar significativamente la actitud del enfermo oncológico mediante la intervención educativa.

Una vez generado el modelo de intervención educativa, es posible utilizarlo en otras áreas del Instituto ya sea con enfermos (de cualquier tipo de especialidad) o trabajadores sin importar la jerarquía o nivel educativo, y en otros ámbitos que correspondan, ya que la estructura del procedimiento es muy

flexible en su aplicación. En este sentido, al poner al alcance del enfermo una orientación exhaustiva respecto a su contexto de salud con información relevante, se puede modificar la actitud de los mismos hacia la atención recibida.

La aproximación hacia el estudio objetivo de las actitudes debe seguir un proceso homogéneo, la distribución de la presente investigación fue llevada paso a paso partiendo de la propia estructura cognitiva del evaluado, la modificación, hasta su valoración final; lo anterior da la pauta para realizar investigaciones posteriores que involucren otros aspectos medibles del ser humano referentes a las actitudes como su capacidad de aprendizaje, memoria, discriminación, toma de decisiones entre otros, esto para hacerlas más comprensibles y adaptables para el beneficio de las personas.

Con base en lo estudiado por Olivares y Mendez (2005) en cuanto a técnicas de autocontrol, esta investigación sólo abarcó la primera fase de información, ya que no se pudo pasar a la segunda fase debido a la disponibilidad de tiempo del personal médico y derechohabientes, así como de los recursos asignados para continuar con la investigación (material educativo como lo son los carteles, trípticos, proyecciones, pantallas entre otros) sin embargo con la primera fase bastó para comenzar a vislumbrar resultados favorables en el cambio de los enfermos.

CONCLUSIONES

En ocasiones, el enfermo oncológico toma actitudes desfavorables como espejo de sus percepciones a su enfermedad y al entorno tan activo. Entre los fundamentos que explicarían esto se señalan a continuación:

El enfermo genera esas malas actitudes por problemas en el servicio que brinda la atención o por cuestiones intrínsecas a sí mismo como la falta de información que posee acerca de su enfermedad, la inclusión en el tratamiento

quimioterapéutico, la evidencia de la mala atención que se presta en el área de Oncología Médica. Siendo posible su modificación con una intervención educativa.

En la segunda y tercera fase del estudio se observó que una parte de estas malas actitudes son por falta de información general que el enfermo desconoce de su entorno, dentro y fuera del hospital.

Es importante señalar que aun cuando disminuyeron las actitudes desfavorables, éstas no se erradicaron, por lo que se requieren futuras investigaciones para determinar “y si se puede o si lo amerita” intervenir en aquellos aspectos que mantienen esas constantes en estos enfermos.

Desde los puntos en que se ha venido comentando y estudiando la actitud, resulta adecuado comentar que se considera que la tarea educativa (procesos de enseñanza aprendizaje) y el trabajo social requirió que las personas a las que se dirigió este esfuerzo reeducador mantuviesen una actitud adecuada (si es que ahora se entiende un poco más el significado y dirección de las actitudes).

REFERENCIAS

1. Alonso F. C. (1993) Redes semánticas en el procesamiento del lenguaje natural [Tesis Doctoral] Universidad Complutense de Madrid, España. p. 223-228.
2. Allport, G. (1935). "Attitudes" in A Handbook of Social Psychology. Worcester, MA: Clark University Press. p 798-844.
3. Anastasi, A. (1961). Psychological test: Uses and abuses. Teacher College Record, 62, 389-393
4. Andersen BL, Shapiro CL, Farrar WB, Crespín T, Wells-Digregorio S. (2005) Psychological responses to cancer recurrence. Cancer; 104(7):1540-1547.
5. Apostol, TM. Calculus. (2005) Cálculo con funciones de una variable, con una introducción al Álgebra lineal. Editorial Reverte. España.
6. Avia M. D. (1990). Técnicas cognitivas y de autocontrol. En Mayor J, Labrador F J. Manual de modificación de conducta. Alhambra. Madrid.
7. Bachrach, A.J. (1975) Cientista e a Ordem Social. (G.P. Witter, Trad.) Introdução à Pesquisa Psicológica". São Paulo: EPU.
8. Bersoff, D. N; Kenneth, S. P, Vetter, V. A. (2002) Ethical conflicts in Psychology. 2nd Edition. American Psychological Association. p 68-93
9. Bolívar, A. (1995). La evaluación de valores y actitudes. Anaya. Madrid.
10. Braza L. P. (2000) Las actitudes sociales. En Guillen Gestoso C. Psicología del trabajo para relaciones laborales. España: Mc Graw Hill. p.63-85.
11. Briñol P, Falces C, Becerra A. (2007) Actitudes. En Morales JF. Psicología Social. 3ª ed. Madrid, España: McGraw-Hill. p.457-489.

12. Bulbena, V. A.; Berrios, G. H.; Fernández, L. P. (2000) *Medición Clínica en psiquiatría y psicología*. Edit. Masson.
13. Chomsky, N. (1971) *Linguagem e Pensamiento*. Petrópolis. Editora Vozes. Rio de Janeiro
14. Cohen, R. J.; Swerdlik, M. E. (2001) *Pruebas y evaluación psicológicas, introducción a las pruebas y a la medición*. 4ª Ed. México. Mc Graw Hill.
15. Collipal L. E, Cabalín D, Vargas J, Silva H. (2004) *Conceptualización semántica del término Anatomía Humana por los estudiantes de Medicina*. *International Journal of Morphology*; 22(3):185-188.
16. Coolican, H. (1994) *Métodos de investigación y estadística en psicología*. Edit. Manual Moderno.
17. Collipal L. E. (2002) *Conceptualización a través de redes semánticas naturales de los módulos de autoaprendizaje en anatomía humana*. *Revista Chilena de Anatomía Temuco*; 20(1):63-67.
18. Cortada K. N. (2004) *Teoría y métodos para la construcción de escalas de actitudes*. Argentina: Lugar Editorial; p. 51-100.
19. Cozby, P. (2005) *Métodos de investigación del comportamiento*. México. Mc Graw Hill Interamericana. p 214-291
20. Cronbach, L. J. (1951). *Coefficient alpha and the internal structure of the test*. *Psychometrika*, 16, 297-334.
21. Donaldson M. S. (2004) *Nutrition and cancer: A review of the evidence for an anti-cancer diet*. *Nutrition Journal* [Revista en Internet] [Consultado 1/abr/2010]; 3(19): [21]. Disponible en <http://www.nutritionj.com/content/3/1/19/>
22. Echebarría, A. (1991) *Psicología social Sociocognitiva*. Desclée de Brouwer.

23. Elejbarrieta F, Iñiguez L. (1984) Construcción de escalas de actitud tipo Thurst y Likert. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España. p. 26-46.
24. Ellis A, Bernard M E. (1990). Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva. (Trabajo original publicado en 1985) Bilbao Desclée de Brouwer.
25. Escamez J, Ortega P. (1986). La enseñanza de actitudes y valores. Nau Llibres. Valencia.
26. Escudero R. P. (2009) Diagnóstico situacional UMAE "Hospital de Oncología CMN" SXXI. México DF. Instituto Mexicano del Seguro Social, p. 6-31.
27. Fernández, B. R. (2004) Evaluación psicológica, conceptos, métodos y estudio de casos. Edit. Pirámide.
28. Figueroa, J. G. (1976) Estudios de Redes Semánticas Naturales y algunos procesos básicos. Universidad Nacional Autónoma de México: UNAM.
29. Figueroa J, González E, Solís V. (1981) Una aproximación al problema del significado: Las Redes semánticas. Revista Latinoamericana de Psicología; 13(3):447-458.
30. Giraldo L, Mera R. (2000) Clima social escolar. Percepción del estudiante. Colombia Médica; 31(1):23-27.
31. González C, Solís C. (2002) Significado de Familia en Adolescentes con ausencia de padre biológico [Tesis de Licenciatura]. México DF. Facultad de Psicología, UNAM. p. 55-56.
32. González P. E. (2009) Reunión Nacional de Jefes de Finanzas. México DF: Instituto Mexicano del Seguro Social. p. 3-13.
33. González-Forteza C, Jiménez A, Gómez C, Berenzón S, Mora J. (1994) El Significado Psicológico del Concepto "Amigo", en estudiantes Adolescentes

- de Diferente Nivel Educativo. *Revista Mexicana de Psicología*; 11(2):113-118.
34. Gralla RJ, Houlihan NG, Pick R. (2006) Guía para entender y controlar los efectos secundarios de la quimioterapia. USA: *Cáncer Care, Elsevier Oncology*; p. 3-21.
35. Gronlund, N. E. (1976). *Elaboración de test de aprovechamiento*. México: Trillas.
36. Helmreich, L. & Spence, T. (1978) *Masculinity and feminity their psychological dimensions, correlates and antecedents*. Austin, University of Texas Press.
37. Hernández R, Fernández C, y Baptista P. (2006) *Metodología de la Investigación*. 2da Ed. México. Mc Graw Hill.
38. Información institucional [Internet]. México DF. Instituto Mexicano del Seguro Social. [Actualizado el 14/Oct/2009; consultado 30/abr/2010]. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/instituto>
39. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Estadísticas Demográficas 2008*. [Consultado 2010 abril 15]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/vitales/demograficas/2008/est_demograficas08.pdf
40. Islas C. R. (2006) *Historia de la UMAE Hospital de Oncología CMN Siglo XXI*. *Médicos de México*; 7(50):6-9.
41. Jacinto, L. G. y Ortiz, J. M. C. (1997) *Psicología Social*. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid.
42. Kerlinger FN, Lee HB. (2002) *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en ciencias sociales*. 4ta ed. México: McGraw-Hill; p. 503-560.

43. Lachman, R., Lachman L. y Butterfield, E. (1979) "Cognitive psychology information processing: an introduction". New Jersey. LEA, Publishers.
44. Lewis, R. A. (2003) Test psicológicos y evaluación. Pearson Prentice Hall, 11ª Edición. p 85-393
45. Likert, R (1932). "A Technique for the Measurement of Attitudes". Archives of Psychology 140: 1–55.
46. Llopis, J.A. y Ballester, Mª.R. (2001). Valores y actitudes en educación. Teorías y estrategias educativas. Tirant lo Blanch. Valencia.
47. Loevinger, J. A. (1947). A systematic approach to the construction and evaluation of test of ability. Psychological Monographs, 61(4).
48. Lozano, M; Serna P. (1994) Influencia de la comunicación. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
49. Martín S. V. (2006). Actitudes de los internados en prisión, menores de veintiún años, ante la función reeducadora del medio penitenciario en el ámbito andaluz [Tesis doctoral]. Universidad de Málaga, España. p. 29-31.
50. Martínez, A. (2000) Clima de trabajo y relación con actitud. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. UNAM.
51. Martínez, H M (1994) Métodos y diseños de investigación en psicología y educación. Edit. Complutense.
52. Mayor, J. y Pinillos, J.L. (1989): Creencias, actitudes y valores. Alhambra Universidad. Buenos Aires.
53. Morales P. (2000) Medición de actitudes en psicología y educación. 2ª ed. España: Universidad Pontificia Comillas; p. 333-374.
54. Morales, J. y Moya, M. (1994). Psicología social. Eudema. Madrid.

55. Olivares J, Méndez F. (2005) Técnicas de modificación de conducta. 4ta Ed. Biblioteca Nueva; p. 113-571.
56. Orsi, A. (1988). Actitudes y conducta, algo más que psicología social. Buenos Aires. Nueva Visión.
57. Ortiz S, Micu I, Díaz-Martínez A, Hernández R. (1996) Construcción semántica del concepto relación médico enfermos por alumnos del primer años de la carrera médico cirujano. Salud Mental; 19(2):36-41.
58. Payá, M. (1997). Educación en valores para una sociedad abierta y plural: Aproximación conceptual. Desclée de Brouwer. Bilbao.
59. Posner M. I. (1994) Attention: The mechanisms of consciousness. Proceedings of the National Academy of Sciences; 91(1):7398-7403.
60. Real Academia de la Lengua Española 22ª Edición [Internet, consultado 31/08/10], disponible en:
http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=actitud
61. Reich, B. (1976). Valores, actitudes y cambio de conducta. México. Continental S. A.
62. Reyes L. I. (1993) Las Redes Semánticas Naturales, su conceptualización y utilización en la Construcción de Instrumentos. Revista de Psicología Social y Personalidad. 9(1):81-97.
63. Roa, G; López, C. (1995) Cambio de actitudes en un subsistema del sector público (STC). Tesis de Licenciatura
64. Salinas, A. (1996) Actitud hacia la calidad en una micro empresa. Tesis de Licenciatura. UNAM.
65. Sampascual G. (1986). Actitudes, en AA.VV., Sociología y Psicología Social de la Educación. Anaya. Madrid.

66. Sánchez, L. (1997) Actitud del personal de intendencia del INER hacia la capacitación. Tesis de Licenciatura. UNAM.
67. Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, Tattersall MHN, Beeney LJ, Dunn SM. (2003) Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*; 14:48-56.
68. Simonovis N, Delgado P, Piras R, Pulido P, Llatas I. (2007) Validación de una encuesta estructurada sobre alcoholismo. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*; 26(1):33-36.
69. Sowa JF [Internet]. Semantic Networks. [Última actualización 6/feb/2006; consultado 18/abr/2010] California, USA. Disponible en <http://www.jfsowa.com/pubs/semnet.htm>
70. Stenrberg R. (1986) A Triangular theory of love. *Psychology review* 93(2): 119-135.
71. Summers G. F. (1976) Medición de actitudes. México: Trillas. p.13-30.
72. Valdez M. J. (1998) Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicometría social. México. UNAM.
73. Valdez M. J. (2005) Las redes semánticas naturales. 4a ed. México, Edo. de México: Universidad Autónoma del Estado de México; p. 65-126.
74. Vázquez VM, Merino MF, Lozano R. (2006) Las cuentas en salud en México 2001-2005. México DF. Dirección General de Información de Salud. Secretaría de Salud; p. 11-20.
75. Velasco A. A. (2001) Programa de capacitación para el cambio de actitudes en médicos de la Unidad de Medicina Familiar No.9 del IMSS [Tesis de Licenciatura]. México DF. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. p. 5-18.

76. Vera J, Hernández F. (1999) Redes semánticas de los conceptos relacionados con la disolución de la pareja. Revista SESAM; 3(1):1-12.

ANEXOS

Anexo 1, Hojas del cuadernillo de aplicación de redes semánticas.

<p>En el siguiente espacio escriba diez palabras (verbos, sustantivos, adverbios, adjetivos, etc.) que definan mejor el concepto que se le menciona. Después numérelas de 1 al 10, poniendo el número 1 a la palabra que mejor defina el concepto y así sucesivamente hasta terminar con las palabras escritas:</p> <p style="text-align: center;">TRATO DEL MÉDICO</p>	<p>En el siguiente espacio escriba diez palabras (verbos, sustantivos, adverbios, adjetivos, etc.) que definan mejor el concepto que se le menciona. Después numérelas de 1 al 10, poniendo el número 1 a la palabra que mejor defina el concepto y así sucesivamente hasta terminar con las palabras escritas:</p> <p style="text-align: center;">ATENCIÓN</p>
<p>En el siguiente espacio escriba diez palabras (verbos, sustantivos, adverbios, adjetivos, etc.) que definan mejor el concepto que se le menciona. Después numérelas de 1 al 10, poniendo el número 1 a la palabra que mejor defina el concepto y así sucesivamente hasta terminar con las palabras escritas:</p> <p style="text-align: center;">ENFERMEDAD</p>	<p>En el siguiente espacio escriba diez palabras (verbos, sustantivos, adverbios, adjetivos, etc.) que definan mejor el concepto que se le menciona. Después numérelas de 1 al 10, poniendo el número 1 a la palabra que mejor defina el concepto y así sucesivamente hasta terminar con las palabras escritas:</p> <p style="text-align: center;">TIEMPO DE ESPERA</p>

CARTA DESCRIPTIVA DE LA INSTRUCCIÓN

GUIA DE INSTRUCCIÓN			CLAVE: 105	DURACIÓN:
OBJETIVO: Que el participante identifique aspectos generales previo a su consulta o tratamiento en el área de oncología médica.				
TIEMPO	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD DE INSTRUCCIÓN	APOYOS DIDÁCTICOS
5 min.	Introducción	Que el paciente identifique al personal que le proporciona la instrucción.	TÉCNICA EXPOSITIVA CON APERTURA A PREGUNTAS INTERMEDIAS.	Rota folios
5 min.	Área de oncología médica.	Que el paciente identifique qué es el área de oncología médica y lo que se hace en la misma.	TÉCNICA EXPOSITIVA CON APERTURA A PREGUNTAS INTERMEDIAS.	Rota folios
5 min.	Surtimiento de medicamento y solicitud de incapacidades.	Que el paciente identifique la manera de solicitar éstos servicios.	TÉCNICA EXPOSITIVA CON APERTURA A PREGUNTAS INTERMEDIAS.	Rota folios. Entrega y explicación de folletos informativos
15 min.	Lugares donde se encuentran las áreas para realizar trámites posteriores.	Que el paciente identifique los pisos del hospital y las áreas que se encuentran en cada uno de ellos, así como la forma más rápida de acceso a las mismas.	TÉCNICA EXPOSITIVA CON APERTURA A PREGUNTAS INTERMEDIAS.	Rota folios
20 min.	Intensidad de los tratamientos.	Que el paciente identifique los efectos secundarios de los tratamientos.	TÉCNICA EXPOSITIVA CON APERTURA A PREGUNTAS INTERMEDIAS.	Rota folios
30 min.	Complicaciones y cuidados de la enfermedad.	Que el paciente identifique los tipos de problemas comunes acaecidos debido al cáncer y la forma de aliviar los efectos.	TÉCNICA EXPOSITIVA CON APERTURA A PREGUNTAS INTERMEDIAS.	Rota folios
10 min.	Recuperación de estudios realizados previamente para su uso en el área.	Que el paciente identifique cuáles son los estudios que le servirán y cuáles no.	TÉCNICA EXPOSITIVA CON APERTURA A PREGUNTAS INTERMEDIAS.	Rota folios
5 min.	Tratamiento de otras complicaciones no asociadas con el cáncer (bacterianas y virales)	Que el paciente identifique la manera de dar tratamiento a sus enfermedades evitando en lo posible la asistencia a la UMAE.	TÉCNICA EXPOSITIVA CON APERTURA A PREGUNTAS INTERMEDIAS.	Rota folios
5 min.	Terminología general (cáncer curable, no curable...)	Que el paciente identifique términos ocupados comúnmente en la institución y su significado.	TÉCNICA EXPOSITIVA CON APERTURA A PREGUNTAS INTERMEDIAS.	Rota folios
5 min.	Preguntas generales.	Que el paciente identifique los lugares donde puede obtener información en caso de pertenecer con dudas.	TÉCNICA EXPOSITIVA CON APERTURA A PREGUNTAS INTERMEDIAS.	Rota folios

Anexo 2. Carta descriptiva de la intervención educativa.

MODIFICACION DE ACTITUDES

CORTES 1, FO

Anexo 3. Tríptico informativo proporcionado en la fase educativa



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL DE ONCOLOGÍA C. M. N. SIGLO XXI

ÁREA DE ONCOLOGÍA MÉDICA

El área de oncología médica es la sala del hospital encargada de administrar las quimioterapias a los pacientes. Cuenta con 6 consultorios de atención al derechohabiente. Ubicado en la planta baja del hospital.

SURTIMIENTO DE MEDICAMENTO Y SOLICITUD DE INCAPACIDAD

Los pacientes que solo requieran resurtir sus recetas médicas deberán traer copia de su receta médica y su carnet, dejarlas en las cajas que se encuentran en las puertas de los consultorios correspondientes y esperar el resurtimiento. Para las incapacidades requiere **PREVIA CITA**, el carnet, credencial de elector y la copia de la última proporcionada por el médico, dejándola de la misma manera en la caja de la puerta del consultorio y esperar hasta que le llamen.

Esto realizarlo en horario de 9 a 12 de la mañana, el tiempo de espera puede variar dependiendo de la disponibilidad de su archivo clínico

LUGARES DONDE SE ENCUENTRAN LAS ÁREAS PARA REALIZAR TRÁMITES POSTERIORES.

En la parte interna de este folleto se encuentra un mapa donde se trata de facilitarle la búsqueda de los lugares dentro del hospital. Si continua con dudas acérquese al personal del hospital.

EFFECTO DE LOS TRATAMIENTOS

Los tratamientos afectan prácticamente a todos los tejidos del organismo, atacando tanto a células "buenas" como "malas". Aunque al finalizar la intervención, el paciente se recupera de los daños a los tejidos "buenos".

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS TRATAMIENTOS

Los más comunes en los tratamientos de cáncer son: (Pueden o **NO** presentarse)

- **NÁUSEAS Y VÓMITOS.**- para su control el médico da medicamento específico, además usted puede ayudarse cambiando a 5 o 6 comidas diarias pero pequeñas en vez de las 3 habituales y bebiendo abundantes líquidos (jugos naturales, agua). Cabe señalar que se cuenta con medicamentos efectivos para el control de éstos síntomas.

- **SENSACIÓN DE CANSANCIO PERMANENTE (ASTENIA).**- si usted llegara a presentar este problema se recomienda tomar pequeñas siestas o descansos en sillas o sillones confortables (no en cama).

- **ÚLCERAS EN LA BOCA Y EL APARATO DIGESTIVO.**- se recomienda usar cepillos de las cerdas más suaves, si la pasta dental molesta, usar una mezcla de ½ cucharadita de sal con 4 tazas de agua para enjuagarse.

- **NEUROPATÍA.**- este daño **NO** suele ser grave y del cual se recuperan después del tratamiento, se manifiesta como dificultad al levantar objetos, problemas de equilibrio, dificultad al caminar y leve pérdida auditiva.

- **PROPENSIÓN A INFECCIONES.**- debido a la disminución de glóbulos blancos (defensas del organismo). Debe limpiarse cortadas y rasguños con antisépticos, contar con un gel desinfectante en los días de salida y mantenerse aseado diariamente.

- **DIARREA.**- son **MÁS** de 5 evacuaciones al día, primeramente necesita notificar a su médico, beba abundantes líquidos. De continuar, acuda a **ADMISIÓN CONTINUA (emergencias)**.

- **EN CASO DE FIEBRE.**- acudir a consulta por probables infecciones.

- **ALOPECIA.**- pérdida de cabello.

TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES NO ASOCIADAS AL CÁNCER

Como ya se dijo, el paciente es más susceptible a contraer enfermedades virales y bacterianas, sin embargo pueden ser tratadas normalmente de acuerdo a las indicaciones de su médico, **sin embargo de presentar una complicación, no debe dudar en presentarse a consulta en urgencias médicas.**

RECUPERACIÓN DE ESTUDIOS REALIZADOS PREVIAMENTE EN EL INSTITUTO (ANTIGÜEDAD)

Los estudios que se le hayan practicado en las unidades previas del **IMSS**, puede traerlos siempre y cuando no tengan antigüedad mayor a 30 días, con excepción de las laminillas histológicas (**bloques de parafina**).

CUIDADOS EN LA DIETA

Debido A los múltiples efectos secundarios se recomienda aumentar en su ingesta normal de comida los siguientes lineamientos:

- Diez o más porciones de vegetales al día (brócoli, coliflor, col, calabazas, acelgas, berros, tomates, ajo, cebolla)
- Cuatro o más porciones de frutas.
- No consumir azúcar refinada
- Dietas altas en fibra
- Alto consumo de omega 3, (pescado en general- salmón, atún, aceite de nuez, algas).
- Ácido fólico (vegetales verdes, alimentos diarios)
- Consumo diario de linaza (aceite, galletas, sola)
- Complementando los vegetales, se pueden hacer jugos de los mismos.

TERMINOLOGÍA GENERAL

Cáncer curable.- aquel que es posible erradicar favorablemente.

Cáncer no curable.- Aquel que solo es posible controlarlo mas no erradicarlo.

Cáncer en remisión.- Estado de "reposo del cáncer", no quiere decir que se haya curado, sin embargo ha sido controlado.

Cáncer fuera de tratamiento oncológico.- estadio muy avanzado del cáncer en el que no es posible dar más tratamiento oncológico, aunque se pretenda ofrecer el mayor alivio del dolor y sufrimiento del enfermo.

CUERPO DE GOBIERNO DE LA UMAE
HOSPITAL DE ONCOLOGÍA
C. M. N. SIGLO XXI

SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA

DIVISIÓN DE CALIDAD

Anexo 4. Mapa de ubicación de áreas, incluido en el interior del tríptico.

	<p>3</p>	<p>1) LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN</p>
	<p>3 P</p>	<p>2) DIRECCIÓN Y SUBDIRECCIÓN MÉDICA 3) CONTRALORÍA 4) SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA 5) CONTRALORIA 6) ABASTECIMIENTO 7) SERVICIOS GENERALES 8) ACTIVO FIJO 9) FINANZAS 10) JEFATURA DE ENFERMERÍA</p>
	<p>2</p>	<p>11) TERAPIA INTENSIVA 12) LABORATORIO DE HORMONAS 13) TÓRAX 14) SARCOMAS 15) FORÁNEOS 16) CONSULTA EXTERNA 17) ENSEÑANZA 18) CIRUGIA 19) GOBIERNO 20) INHALOTERAPIA</p>
	<p>2 P</p>	<p>21) GINECOLOGÍA 22) COLON Y RECTO 23) MAMA 24) CIRUGIA RECONSTRUCTIVA 25) FONIATRÍA 26) MEDICINA INTERNA 27) ENDOCRINOLOGÍA 28) PSIQUIATRÍA</p>
	<p>1</p>	<p>29) ENTRADA 30) LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS 31) ARCHIVO</p>
	<p>1P</p>	<p>32) CIRUGIA MAXILO FACIAL 33) OFTALMOLOGÍA 34) HEMATOLOGÍA 35) AFÉRESIS 36) UROLOGÍA 37) CABEZA Y CUELLO 38) MEDICINA NUCLEAR 39) RAYOS X 40) MASTOGRAFÍA</p>
	<p>PB</p>	<p>41) PRECONSULTA 42) ONCOLOGÍA MÉDICA 43) ADMISIÓN CONTINUA 44) ENDOSCOPIA</p>
	<p>SÓ</p>	<p>45) FARMACIA 46) RADIOTERAPIA</p>

Anexo 5. Cartel referente a los cuidados de la dieta, con alimentos en general.

INFORMACIÓN ALIMENTICIA

GRANOS ENTEROS	GRANOS REFINADOS
. MAIZ	. HARINA BLANCA
. ARROZ	. PAN BLANCO
. TRIGO	. TORTILLAS DE HARINA
. AVENA	. ARROZ BLANCO
. SORGO	. HOJUELAS DE MAIZ (cereal comercial)
. CENTENO	. GALLETAS
. LINAZA	. FIDEOS BLANCOS

ALIMENTO (100 g)	CALORIAS	HIDRATOS DE CARBONO	ACIDOS GRASOS POLINSATURADOS OMEGA 3, 6 y 9.	COLESTEROL
ACELGA	25	4.6	0	0
AJO	137	30.8	0	0
ARROZ BLANCO	363	80.4	S/D	0
ARROZ INTEGRAL	360	77.4	S/D	0
ATÚN AL NATURAL	127	0	S/D	20
AZÚCAR REFINADA	385	99.5	0	0
BERRO	19	3	S/D	0
BRÓCOLI	32	5.9	S/D	0
COLIFLOR COCIDO	22	4.1	0	0
ESPINACA	19	3.1	0	0
GARBANZO	360	61	2	0
HARINA DE MAÍZ	368	76.8	1.4	0
HARINA DE TRIGO	364	76.1	S/D	0
LECHE ENTERA FLUIDA	57	4.5	0	11
LENTEJA	340	60.1	0.5	0
MIEL DE ABEJA	304	78.5	0	0
PAPA HERVIDA	87.5	20.2	0	0
SALVADO DE AVENA	383	58.9	S/D	0
SALVADO DE TRIGO	353	61.9	S/D	0
TOMATE COCIDO	26	5.5	0	0
YOGURT NATURAL	67	6	S/D	13

Anexo 6. Cartel referente a los cuidados de la dieta, únicamente frutas.

APORTE ALIMENTICIO DE LAS FRUTAS

SI USTED PADECE DIABETES, SE SUGIERE MODERAR EL
CONSUMO DE LAS FRUTAS SUBRAYADAS ARRIBA

	ENERGÍA (kcal)	FRUCTOSA (g)	FIBRA (g)	ÁCIDO FÓLICO (mcg)
<u>UVA</u>	<u>62.77</u>	<u>7.44</u>	<u>0.90</u>	<u>16</u>
<u>PERA</u>	<u>46.38</u>	<u>6.73</u>	<u>2.20</u>	<u>3</u>
<u>MANZANA</u>	<u>40.57</u>	<u>5.74</u>	<u>2.30</u>	<u>5.80</u>
<u>GUAYABA</u>	<u>33.23</u>	<u>3.43</u>	<u>3.70</u>	<u>--</u>
<u>PLÁTANO</u>	<u>85.23</u>	<u>5.25</u>	<u>2.50</u>	<u>20</u>
<u>PAPAYA</u>	<u>26.52</u>	<u>3.50</u>	<u>1.90</u>	<u>1</u>
<u>SANDÍA</u>	<u>20.28</u>	<u>3.36</u>	<u>0.30</u>	<u>3</u>
<u>ARÁNDANO</u>	<u>30.08</u>	<u>3.35</u>	<u>1.80</u>	<u>6</u>
<u>MANGO</u>	<u>60.28</u>	<u>2.60</u>	<u>1.50</u>	<u>31</u>
<u>NARANJA</u>	<u>36.57</u>	<u>2.58</u>	<u>2.30</u>	<u>38.70</u>
<u>PIÑA</u>	<u>46.03</u>	<u>2.44</u>	<u>1.20</u>	<u>11</u>
<u>FRESA</u>	<u>34.45</u>	<u>2.30</u>	<u>2.20</u>	<u>62</u>
CIRUELA	45	2.01	2.10	3
MANDARINA	36.95	1.30	1.90	21
MELÓN	52.43	1.30	0.75	2.70
CHICOZAPOTE	82	--	5.30	14
CHIRIMOYA	80.80	--	1.90	--
GUANABANA	82	--	3.30	14
MAMEY	51	--	3	14
TAMARINDO	223.78	--	--	--

NORMALMENTE SE RECOMIENDA CONSUMIR 600 g DE
FRUTA AL DÍA

Anexo 7. Cartel referente a los cuidados de la dieta, en caso de diarrea.

SI USTED LLEGASE A PADECER DIARREA SE SUGIERE CONSUMIR LO SIGUIENTE:

- Caldo de pollo o verduras, consomés
- Jugo de frutas, bebidas deportivas
- Agua y Té que no esté muy concentrado y sin cafeína
- Helados o nieves de fruta congelados, sin leche ni trozos de fruta
- Gelatina, miel, jaleas (Mermeladas)
- Paletas de agua sin leche.
- ALIMENTOS BAJOS EN FIBRA (hongos, pepinos, espárragos)
- FRUTAS

Anexo 8. Cartel referente a los cuidados de la dieta, en caso de estreñimiento.

SI USTED LLEGASE A PADECER ESTREÑIMIENTO SE SUGIERE CONSUMIR LO SIGUIENTE:

- Pan de salvado, Pan integral, Salvado o cereales de grano integral, arroz integral o silvestre.
- Chícharos, Frijoles.
- Tortillas integrales, pastas integrales, avena

Frutas

- Ciruelas, uvas, pasas, manzanas, arándano azul, uvas, peras y albaricoques.

Vegetales

- Brócoli, maíz, ejotes, chícharos, espinacas y Jícama

Meriendas

- Granola, nueces y como las de girasol.