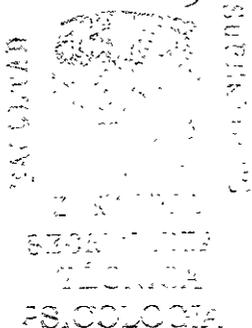




Programa de Capacitación para el Cambio de Actitudes en Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No 9 del I.M.S.S.



Lic. Abraham Velasco Altamirano

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Lo que se inició como una aventura, hoy termina cumpliéndose como un objetivo más que este proyecto represento en mi vida profesional, ahora, se de lo capaz y de lo fuerte que soy, por que todos los imprevistos que se presentaron durante este fueron tan sólo una pequeña prueba de lo que es la vida.

Hoy, no fue en vano que Laura Álvarez me diera la confianza y apoyo de realizar este trabajo, que Alma Fernández tuviera la paciencia de explicarme los tratamientos estadísticos hasta quedar todo claro y que Consuelo Casabal mi jefa en el IMSS me motivara cada vez que los directivos o el sindicato retrasaran mis actividades.

Hoy, me siento feliz y estaré eternamente agradecido con mi universidad por darme las herramientas necesarias para enfrentarme a la realidad y poder colaborar en la vida productiva de una sociedad.

Gracias Silvia y Aure, por darme lo que soy, este trabajo es por y para ustedes.

Lic. Abraham Velasco Altamirano

Índice I

Introducción V

Capítulo I

Actitud

1.1 Actitud 2

1.1.1. Antecedentes

1.1.2. Características

1.1.3. Concepto

1.2 Composición de las actitudes 6

1.2.1. Componente cognoscitivo

1.2.2. Componente afectivo

1.2.3. Componente conductual

1.3 Formación social de las actitudes 8

1.3.1. Proceso de socialización

1.4 Función de la actitud 11

1.4.1. Función del yo

1.4.2. Función del valor

1.4.3. Función instrumental

1.4.4. Función de crecimiento

1.5 Teorías 12

1.5.1. Teoría de la acción razonada

1.5.2. Teoría de la disonancia cognoscitiva

1.5.3. Teoría del balance

1.5.4. Teoría de la congruencia

1.5.5 Teoría de la reactancia

1.6 Cambio de actitud 17

1.7 Modelos teóricos 18

1.7.1. Disonancia cognoscitiva

1.7.2. Reactancia

1.7.3. Balance cognoscitivo

1.7.4. Actitud y conducta

1.8 Cambio en los componentes de la actitud 21

1.8.1. Cambio del componente cognoscitivo

1.8.2. Cambio del componente afectivo

1.8.3. Cambio del componente conductual

1.8.4. Cambio de actitud y conducta

Capítulo 2

Medición

2.1 Fundamentos de la medición 25

2.2. Medición de las actitudes 27

2.2.1. Escala thurstone

2.2.2. Escala guttman

2.2.3. Escala diferencial semántico

2.3 Escala lickert 31

2.4 Confiabilidad 33

2.4.1 Coeficiente de confiabilidad

2.4.2. Puntaje observado, puntaje verdadero

2.5 Validez 35

2.5.1. Validez de constructo

2.5.2. Validez de contenido

Capítulo 3

Atención Médica

- 3.1 ¿Qué es atención médica? 41
 - 3.1.1. Áreas y objetivos de la atención médica
 - 3.1.2. Organización de la atención médica
- 3.2 Relación médico paciente 46
- 3.3 Salud pública y estrategias actuales 50
 - 3.3.1. Objetivo general
 - 3.3.2. Objetivos específicos
 - 3.3.3. Políticas
- 3.4 La atención médica en el año 2000 53

Capítulo 4

Capacitación

- 4.1 Psicología industrial 58
 - 4.1.1. Antecedentes
 - 4.1.2. Concepto
 - 4.1.3. Campos de la psicología industrial
- 4.2 Capacitación 61
 - 4.2.1. Antecedentes
 - 4.2.2. Concepto
- 4.3 Marco legal 64
 - 4.3.1. Ley federal del trabajo
 - 4.3.2. Contrato colectivo de trabajo
 - 4.4.3. Función de la capacitación

Capítulo 5

Metodología

5.1 Planteamiento del problema 79

5.2 Hipótesis 79

5.2.1. Objetivos

5.2.2. Variables

5.3 Tipo de investigación y diseño 80

5.3.1. Población, muestra y sujetos

5.4 Instrumentos escala lickert 84

5.4.1. Escala tipo lickert

5.4.2. Situación experimental y procedimiento

5.4.3. Análisis de datos

5.4.4. Análisis de resultados

5.5 Instrumentos capacitación 85

5.5.1 Curso de capacitación

5.5.2. Situación experimental

5.5.3 Procedimiento

5.5.4. Análisis de resultados

Capítulo 6

Conclusiones y Sugerencias 95

Anexos 100

Bibliografía

Introducciói

Desde su inicio una de las características del Instituto Mexicano del Seguro Social, ha sido el brindar una atención eficiente a la población derechohabiente en sus tres niveles de atención.

En la actualidad, esto ha venido a reforzarse con los diversos documentos normativos que se han realizado tales como los Lineamientos para la Mejora Continua en Unidades Médicas, Programas Básicos, etc. Por tal motivo en la División de Medicina Familiar se ha continuado con esa labor de atender a la población usuaria, es así, como este proyecto viene a colaborar con ese compromiso que tiene el Seguro Social.

La presente investigación se origina por conocer las diversas características que se presentan en el proceso de atención médica, en este se encuentra involucrado el médico familiar que labora en Unidades de Medicina Familiar del IMSS, una de estas características, se desarrolla en su interactuar cotidiano con distintos pacientes que llegan en busca de ayuda clínica, y en ella se hayan involucrados procesos tanto de comunicación como de conducta.

Toda la población que conforma el Instituto se ha dado cuenta de la creciente demanda que se genera en las distintas Unidades, el poder servir con eficiencia, calidad y sentido humanitario, es un reto que se asume, así como la de crear nuevas estrategias de trabajo que consoliden este propósito. El otorgar una atención de calidad involucra diversas características como amabilidad, sencillez, seriedad pero sobre todo respeto a quien lo demanda, ante estos hechos el propósito de este documento tiene como fin, brindar una "herramienta" auxiliar en el proceso de la atención médica, al Médico Familiar.

Es bien sabido que la parte medular del Instituto es el Médico, es el buen funcionamiento del equipo de trabajo así como la satisfacción del usuario, valorar su trabajo y función es sinónimo de eficiencia en las Unidades de Medicina Familiar, es por ello que este proyecto intenta colaborar junto con la División, para cumplir con nuestra meta de servir.

Por tal motivo, surge el interés por conocer que está sucediendo en ese interactuar entre médico y paciente, a partir de la demanda de una mala atención por parte del prestador de servicio, la actitud del médico sé a transformado en malos tratos, no realizar una buena entrevista, no tomar en cuenta las palabras del paciente que de ante mano coadyuvaría en la pronta recuperación de éste y que es una base psicológica importante en la comprensión y ayuda del mismo, sin olvidar por supuesto que se involucran aspectos económicos y laborales con una jornada de trabajo de 15 minutos por paciente durante 6 horas al día y que viene a deteriorar más la atención.

Ante estos rubros, se ha emprendido la tarea de observar más detalladamente la relación entre médico-paciente, e investigar cuales son los problemas que generan tal situación, como ya se menciono la actitud juega un papel importante en este ámbito, ya que la rutina laboral, como los pocos incentivos que recibe el médico provoca que decaiga el ánimo en éste y motive que se distorsione el propósito de ayudar a los demás, suscitando que se presenten los problemas ya expresados.

Las actitudes forman parte esencial del comportamiento, y dentro de esta investigación serán pilar significativo, se revisarán conceptos, componentes, funciones y las adquisiciones de estas y revisara las teorías y métodos por los cuales se dará un cambio de actitud, en la cual se hará hincapié, ya que la propuesta es lograr un cambio en actitud del médico. De esta manera, el rol que juega el médico depende en mucho de la actitud que este muestra dentro del consultorio, por ello que las actitudes sean determinantes en el transcurso de este trabajo, se aprovechara este tema para que sea el mismo médico quién determine la relevancia de su labor, logrando una mejora tanto laboral como humana y que sin duda traerá como resultado percibir otra forma de la función llevada a cabo por el médico familiar.

Los conceptos de medición, elaboración de escalas, mencionando las diferentes escalas que existen y por cuál se optara, describiendo los conceptos de confiabilidad y validez, y los sustentos que debe contener dicho instrumento, con los cuales dieron bases para conocer la actitud que en este caso presenta el médico en la consulta y de que manera se lograría modificar las actitudes de los médicos

El proceso de atención médica es complicado, los objetivos que maneja, conservación de la salud, prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación, forman parte de lo que a través de los años y los distintos institutos han colaborado para su mejora, fundamentando los procedimientos por los que se busca llegar a una Mejora Continua de la Atención, llámese calidad y que para efectos del proyecto es sustentarlo con base a la capacitación elaborada.

En lo que respecta al concepto de capacitación, en ésta se incluyen las características, fundamentaciones teóricas, principios de capacitación en nuestro país, la función de esta, así como el aspecto de la ley federal como la base legal del IMSS. Es importante señalar que el trabajo que se realizo dentro del Instituto, busco ofrecer un punto de vista diferente, en contraste con lo que normalmente se maneja en estas dependencias.

En lo que respecta a la parte del método se elaboró un instrumento (escala tipo Lickert) el cual se validó y se obtuvo su confiabilidad por medio de la calificación de médicos y psicólogos, además de la prueba *t* de student y así obtener la escala final, que se aplicó en su primera fase, con la finalidad de detectar él o los componentes actitudinales ausentes en los médicos, posteriormente se dio pie a la capacitación

dirigida a éstos, que como ya se menciono, quedo conformada de acuerdo al componente que mas bajo puntaje obtuvo de acuerdo con los resultados que se obtuvieron por el paquete estadístico SPSS. Por último, en su segunda fase de aplicación del instrumento se logró visualizar los resultados que comprueban que la capacitación fue efectiva para el cambio de actitud en los médicos. Y que se presentan en las conclusiones finales los cuales muestran el efecto que tuvo el programa y las interpretaciones que se obtuvieron de ella.

Dicho proyecto, como se menciono intenta ser un auxiliar en el proceso de la consulta médica, abordar aspectos como la actitud, percepción, motivación y sensibilización en el médico, es poco común, ya que la parte emocional de este no ha sido aprovechada en beneficio de la consulta, tarea nuestra es ahondar en dichos temas en busca de nuevas formas de atención médica. Por tanto dinamizar y otorgar una buena atención es sólo una parte del motivo del mismo.

En consecuencia, el que el médico sé de cuenta de la importancia de los temas que se han mencionado, no sólo repercutirá en lograr conocerse a sí mismo, si no en su desempeño que haga valer a su trabajo como una función preponderante dentro de las UMF. Siendo así, el documento será una herramienta valiosa para el médico en sus actividades, con el objetivo de lograr mayores satisfacciones con la gente que se rodea, sin olvidar que intenta coadyuvar en ofrecer un ágil y cordial atención.

El conocer más a fondo la capacidad de percepción, de afectividad, de motivación y de comunicación en el médico, facilitará el que se mantengan estos aspectos psicológicos en el desarrollo de su labor (consulta externa). Esto es parte de lo que logro aportar esta investigación, puesto que, el cooperar con esta institución y tener contacto tanto laboral como afectivo a dejado claro que el trabajo psicológico no a llegado a tomar la importancia que necesita en un campo como lo es el de la salud, y llegar a un modelo de participación multidisciplinario, ya que esto será un estímulo en su desarrollo intelectual significando superación en el trabajo de equipo y en otros aspectos que para fines productivos se desarrollo.

Capitolo I

Actitud

1.1.- ACTITUDES

1.1.1.- ANTECEDENTES.

El concepto de actitud es probablemente el concepto más distintivo e indispensable en la psicología contemporánea, ningún otro término aparece con mayor frecuencia en la literatura experimental y teórica. Actitud es un término que se deriva del *latín*, y va de la mano con significados como disposición o adaptación, al igual que la forma de aptitud connota un estado mental subjetivo de preparación a la acción, si bien este último se usa en el campo del arte, de cualquier modo, el término actitud viene a tener un significado totalmente independiente.

El primer significado es preservado claramente a la psicología moderna donde frecuentemente es referido hacia actitudes mentales, un segundo significado lo llevan a actitudes motoras.

Históricamente en la psicología mentalista la actitud es una responsabilidad de la propia naturaleza de la psicología que haya en estas actitudes mentales y motoras una cognición primitiva. Uno de los primeros psicólogos que utilizó el término actitud fue, Herbert Spencer a principios de 1862 él escribía: *"Arribar a un criterio correcto disputaria preguntas, mucho depende sobre la actitud que preservemos en nuestra mente al mismo tiempo lo que oímos, de lo contrario tomamos parte en la controversia por la preservación de una actitud justa, esto es necesario si nosotros aprendemos cuan sincero y aún cuan falsas son en promedio las creencias humanas"* (Spencer, 1862 cit por Fishbein, 1967).

Similarmente en 1868, Alexander Bain escribe: *"La necesidad de la mente puede llevar dentro rasgos de actitud oponiéndose a cierta resistencia, a medida que alguna materia le ponga atención, de esta manera, durante el rompimiento del actual pensamiento, otras materias dejan de ser entretenidas"*.

Ambos criterios abogaban por funciones mentales para la determinación de cierta actitud. Tiempo después cuando los psicólogos fueron abandonando el punto de vista exclusivamente mentalista, el concepto de actitudes motoras llegó a hacerse popular. En 1888 N. Lange, desarrolló una teoría motora donde los procesos de percepción fueron considerados como un largo proceso como consecuencia de realizar una preparación muscular.

Al mismo tiempo Munsterberg (1889), desarrolló su teoría de movimiento y Ferré (1890), mantuvo la condición de balance en los músculos la cual fue determinante del conocimiento selectivo. En 1895, Baldwin propuso las actitudes motoras como la base del entendimiento de la expresión emocional, y otros escritores como, Giddings (1896) y Mead

(1924-1975), expandieron todavía aún más el rol de las actitudes motoras en el entendimiento social (cit por Fishbein, 1967)

1.1.2.- CARACTERÍSTICAS.

Por el momento ya se conocen las bases del concepto de actitud, ahora se pasara a la revisión el proceso y etapas psicológicas que estas mantienen. Una actitud es una respuesta evaluativa de aprendizaje, dirigida a un tema específico el cual tiene relativa paciencia, influencia y motivos de conducta acerca de estos temas Eagly y Chaiken, 1993, Olson y Zanna, 1993, Petty y Cacioppo, 1981 (cit por Lippa, 1994) Brevemente permuten considerar cada una de las características enlistadas en esta definición

A) Primero, de acuerdo con Ben, 1970, Eagly y Chaiken, 1993, Fishbein y Ajzen, 1975, Oskamp, 1977 (cit por Lippa, 1994), una actitud es evaluativa esto implica un acuerdo o de otra manera un rechazo

B) Segundo, está es necesariamente dirigida a algún punto. Usted puede ser generalmente feliz, triste o ansioso, pero tendrá actitudes hacia estos hechos, el presidente, tu colegio, el aborto, etc

C) Tercero, las emociones pueden ir y venir en segundos, pero las actitudes son más estables. en este sentido es de una semejanza mas personal (Fishbein y Ajzen, 1980)

D) Cuarto, más de nuestras creencias que actitudes, influyen la conducta. Esto aparentemente es un supuesto obvio. aunque no siempre son fáciles las demostraciones en estudios de investigación, no obstante los teóricos de la actitud mantienen que generalmente son de algún modo mediadas por respuestas conductuales (Ostrom, 1989 cit por Lippa, 1994) Por ejemplo, actitudes de prejuicio hacia la discriminación, hacia candidatos políticos para votar por ellos, o de forma negativa, hacia alguna marca de cereales para no comprarla, etc

Finalmente, las actitudes son “*sabias*”, esto es, ellas vienen con la experiencia. Recientemente un número de psicólogos han propuesto que algunas de ellas pueden ser influenciadas por factores genéticos (Eaves, Eysenck y Martin, 1989, Tesser, 1993 cit por Lippa, 1994)

Sin embargo más estudios asumen que el significante social de las actitudes es aprendida. Este punto es probablemente también de sentido común, aunque por el momento se tengan actitudes hacia diferentes tópicos ¿Cómo hacemos para adquirirlas? Tenemos que dirigir esta pregunta al instante a la formación de ellas, hasta el momento ya se conocen algunas de las características que podrán conducirnos a lograr definir este concepto (Lippa, 1994)

1.1.3.- CONCEPTO.

El concepto de actitud ha desempeñado un papel central en la psicología social de las últimas décadas, sin su ayuda no hubieran podido desarrollarse varios campos de la investigación empírica, ese hecho basta para demostrar su operatividad científica. Con todo, los psicólogos no han podido ponerse de acuerdo en su definición y el concepto por no formar parte de una teoría elaborada sistemáticamente, carece de vaguedad e imprecisión.

Como señalaba A. Strauss en 1945, *"el concepto de actitud no es un concepto psicológico o técnico, si no un concepto del sentido común"*, resulta tan conveniente para la investigación que, lejos de abandonarlo, intentar precisarlo, en espera de poderlo remplazar por términos técnicos mejor definidos en una teoría de la que aun se carece.

El concepto se introdujo en psicología al presentarse el problema de tener que aceptar una *"preparación"* o *"disposición"* (*readiness*), a la acción previa de esta, que la anticipe y explique.

Thomas y Znaniecki en 1918 (cit. por Villoro, 1994), lo definieron, por primera vez, como un *"estado mental del individuo dirigido hacia un valor"*. Se concibió como un proceso en el que el sujeto está dirigido hacia un objeto de relevancia social y que determina las respuestas de este, por ello consideraron el estudio de las actitudes como uno de los temas centrales de la psicología social. Se introdujo el término *"actitud"* por que se necesitaba un concepto para explicar la acción social proyectiva dirigida intencionalmente y no instintiva.

Esa acción se consideraba determinada por la relación del sujeto con un objeto socializable, de carácter valioso. Los autores podían distinguir así entre esas disposiciones a actuar y los instintos y disposiciones innatas. La actitud se refería sólo a disposiciones adquiridas por individuos pertenecientes a un medio social determinado (Villoro, 1994).

La mayoría de los autores coinciden en decir que es una predisposición a la acción, algo que impulsa a actuar de determinada manera. Por ejemplo, Gergen y Gergen (1985) citando a Oskamp (1977), la califican de *"disposición a responder en forma favorable o desfavorable, a un objeto particular o a una clase de objetos"*, agregando que son evaluativas, relativamente duraderas y referidas siempre a un objeto (Montero, 1994). Similarmente Fishbein (1975), se refiere a *"una predisposición aprendida a responder a un objeto dado de una manera consistentemente favorable o desfavorable"*.

La de Bordagus como *"tendencia a actuar en favor o en contra (towards or against) de un factor circundante, que adquiere un valor positivo o negativo"*, y la de Thurstone (1932) que definía actitud como *"la carga de afecto en favor o en contra de un objeto psicológico"*. Así, se refería pues primordialmente a una disposición afectiva y valorativa, no incluía la creencia (Villoro, 1994).

De forma similar, para Vander (1990), es *“una tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación y actuar en consonancia con dicha evaluación”* Constituye, pues, una orientación social, ósea, una inclinación subyacente a responder a algo de manera favorable o desfavorable. En tal sentido, una actitud es un estado de *ánimo*.

Para Echebarria (1991) las definiciones sobre este concepto podrían recogerse en tres bloques generales: 1) definiciones de carácter social, 2) definiciones conductuales, y 3) definiciones cognitivas.

Las definiciones de carácter social se pueden considerar cronológicamente como las primeras, y también como las más olvidadas.

- Thomas y Znamecki, para estos autores, las actitudes serían *“el reflejo a nivel del individuo de los valores sociales de su grupo”*. Estas, lejos de permitir establecer diferencias interindividuales entre los miembros de un grupo, reflejan los aspectos comunes compartidos por ellos, y que los diferencian de otros grupos sociales. Las actitudes se reflejarían en patrones conductuales propios de los miembros de un grupo y que regulan las interacciones entre ellos (Jaspars y Fraser, 1984), cit por Echebarria, 1991).

Las definiciones conductuales, a lo largo de la historia de la psicología social, son las siguientes en aparecer. Para los autores conductistas *“la actitud es la predisposición a actuar o responder de una forma determinada ante un estímulo u objeto actitudinal”*, como muestra de este tipo de definiciones se encuentran las siguientes:

- Doob (Lott y Lott, 1985), cit por Echebarria, 1991), para quien las actitudes serían *“respuestas anticipatorias encubiertas aprendidas que poseen propiedades de estímulos y de drive, y que difieren de otras respuestas encubiertas sólo en que tienen un significado social”*.
- Bem (Jaspars, 1978), cit por Echebarria, 1991), la define como *“un estilo particular de respuesta verbal en la cual el sujeto no describe su ambiente privado interno, sino su respuesta pública habitual (ante el objeto de actitud), accesible a observadores externos”*.

Las definiciones cognitivas son las últimas en aparecer, hacia la década de los años cincuenta, coincidiendo con el cambio de paradigma en psicología, del conductismo al cognitivismo. Al cambiar el paradigma cambiaron también las definiciones sobre las actitudes. Para los autores cognitivistas son rejillas interpretativas, esquemas cognitivos que el sujeto utiliza para interpretar y valorar cualquier objeto o situación. Dentro de este bloque de definiciones, se puede citar la de los siguientes autores:

- Sherif y Sherif (1974), para quien la actitud “*puede definirse como un conjunto de categorías del individuo para valorar el campo de estímulo que él ha establecido durante el aprendizaje de este campo en interacción con otras personas*”
- Rokeach (Hollander, 1978), cit por Echebarria, 1991), las define como “*una organización aprendida u relativamente duradera de creencias acerca de un objeto o de una situación que predispone a un individuo a favor de una respuesta preferida*”

Al margen de estos tres bloques definicionales, aun se puede encontrar otro tipo, como la empírica de McGuire (1986), para quien una actitud sería “*una respuesta que localiza un sujeto de pensamiento a lo largo de alguna dimensión de juicio*”

Basándose en las diversas definiciones presentadas Rodríguez (1995), sintetiza los elementos esencialmente característicos de las actitudes sociales, como

- A) la organización duradera de creencias y cogniciones en general
- B) la carga afectiva en favor o en contra
- C) la predisposición a la acción.
- D) la dirección a un objeto social

Según este autor, se puede definir la actitud como “*una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto*” (Rodríguez, 1995)

1.2.- COMPOSICIÓN DE LAS ACTITUDES.

Una de la estructura más importante de la actitud es sin duda el como se compone esta. los psicólogos sociales discernen tres elementos componentes. A través de la revisión bibliográfica de los distintos autores y a partir de las definiciones presentadas en la sección anterior, se llega a observar un matiz similar por la mayoría de estos, enseguida se mencionaran algunos aspectos que vendra a dar una visión clara acerca de su estructura. Así, hay un consenso general en la existencia de los componentes

- Ψ El componente cognoscitivo
- Ψ El componente afectivo
- Ψ El componente relativo a la conducta

1.2.1.- COMPONENTE COGNOSCITIVO.

La mayoría de las explicaciones teóricas de los orígenes de este componente adoptan como premisa básica la “*necesidad de coherencia*” Para que exista una actitud con relación

a un objeto determinado según Rodríguez (1995), es necesario que exista también alguna representación cognoscitiva de dicho. Se postula que los individuos luchan por lograrla en sus pensamientos, creencias, actitudes y comportamiento (Gagne, 1979). Por tanto, para que exista una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido es necesario que exista también alguna representación cognoscitiva de este.

Según Mann (1993) y Holland et al. (1978 cit. por Echebarria, 1991), consiste en las percepciones del individuo, sus creencias y sus estereotipos, es decir, se define por la información que tiene un sujeto por el objeto de actitud. Para ellos el término "*opinión*" se usa a menudo como sustituto de componente cognoscitivo, especialmente cuando dicha opinión es de importancia con respecto a alguna cuestión o problema.

1.2.2.- COMPONENTE AFECTIVO.

De acuerdo con Echebarria (1991), sería la valoración, positiva o negativa, que hace un sujeto de ese objeto de actitud. Si le agrada o desagrada, si lo considera bueno o malo, si lo rechaza o acepta. En otras palabras, como menciona Mann (1993), serían los "*sentimientos de agrado o desagrado con respecto hacia el objeto*".

Para algunos (Fishbein y Raven, 1962, cit. por Rodríguez, 1995) el componente afectivo, definido como el sentimiento en favor o en contra de un determinado objeto social, es lo único realmente característico de las actitudes sociales. Para Fishbein, las creencias y las conductas asociadas a una actitud son apenas elementos a través de los cuales se puede medir a estas, pero no forman parte de la misma. Considerando que la actitud es una variable intercurrente y como tal sujeta a inferencias a partir de un hecho no directamente observable, se mide a través de los hechos observables con ella relacionados.

1.2.3.- COMPONENTE CONDUCTUAL.

La actitud se define como una disposición para cierto tipo de acción, la relación que se da entre esta y la conducta concreta del individuo que la posee es que las actitudes poseen un componente activo, instigador de conductas coherentes con las condiciones y afectos relativos a los objetos actitudinales según Newcomb, Turner y Converse (1965 cit. por Rodríguez, 1995).

El estudio clásico de esta cuestión fue efectuado por La Piere en 1934 (cit. por Gagne, 1979). Viajó por E.U. con un matrimonio chino, se hospedó en 66 hoteles y moteles, cenó en 184 restaurantes. En todo el viaje sólo una vez le negaron el servicio. Seis meses más tarde enviaron cartas a los hoteles y restaurantes que habían visitado y a un grupo similar de "*control*" que no habían visitado. El 90 por 100 de las respuestas señaló que los

remitentes no daban servicio a huéspedes chinos. El resultado mostró, pues, notable discrepancia entre las actitudes expresadas en las cartas y su conducta concreta.

De tal modo, Mann (1993), dice que el componente comportamental de las actitudes sociales consiste en la tendencia a actuar o a reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto. Y a su sentir es la política o la orientación a la acción y se mide registrando lo que el individuo dice que hará, o, mejor aún, lo que en realidad hace.

Perlman (1993), ofrece un punto de vista distinto de los autores que se han presentado ya, que la gran mayoría coincide en que hay tres componentes como estructura de la actitud (afectivo, conductual y cognitivo). En otras palabras combinaba las creencias, los sentimientos y las intenciones de la conducta dentro del concepto de actitudes. Este punto de vista, es ahora menos aceptado, al menos en parte, debido a que confunde algunas distinciones importantes entre estos. La posición de este autor será que son los sentimientos de una persona hacia un objeto, mientras que las creencias, las intenciones conductuales y la conducta son conceptos aparte, si bien relacionados entre sí.

Para Fishbein (1975), es evidente que los componentes afectivo, cognitivo y de acción no son siempre altamente correlacionados. Diferentes personas semejan las mismas cosas por diferentes razones. Consecuentemente el concepto multicomponente de actitud puede ser un concepto multidimensional y la actitud de una persona un objeto o un concepto puede caer a tres diferentes posiciones o tres diferentes dimensiones.

Dichos autores afirman que las actitudes tienen su base en las creencias, aun cuando éstas y las actitudes están muy relacionadas entre sí, no son equivalentes. Por esto la creencia une al objeto con un atributo por ello se le considera como un eslabón. Ahora bien, las segundas se refieren a la "evaluación favorable o desfavorable de la persona hacia un objeto". Esto depende de si las creencias relevantes acerca de determinado objeto son positivas o negativas y del grado con que se sostengan.

Así, aunque en las actitudes muchas veces se mencionan a los tres componentes, usualmente se evalúan uno solo y es el componente afectivo quien es medido se trata de investigarlo como la esencia de la actitud. Fishbein y Ajzen (1975), proponen que las creencias de una persona acerca de un objeto determinan como se siente la persona respecto al objeto. A su vez, la actitud determina las intenciones conductuales de la persona con respecto a ese objeto. Por último estas intenciones conductuales determinan como el individuo se comporta hacia el objeto.

1.3.- FORMACIÓN SOCIAL DE LAS ACTITUDES.

Algunos autores están de acuerdo en cual es el camino de la formación de actitudes (Hollander, 1978, Rodríguez, 1995, Salazar, 1980), el más general es la situación social por la que pasa el individuo, es decir, que se adquieren como resultado de la incorporación de la persona a las costumbres y hábitos de la sociedad a la que trata de ajustarse.

Desde este punto de vista, los psicólogos sociales han descrito condiciones más particulares, por ejemplo, Allport (cit por Klinenberg, 1975), menciona cuatro factores: 1) el acontecer de la experiencia, 2) se tiene a las experiencias adicionales que concretan la actitud, 3) el trauma o experiencia desagradable y la 4) por imitación de los padres, maestros, amigos, etc. Para él esta última es la más importante. Y según Salazar (1980) la experiencia directa con el objeto es uno de los factores más poderosos para su formación.

La información que se recibe, es un elemento muy importante para la formación de las actitudes, está llega a las personas, por medios distintos, como la enseñanza en la escuela, que es un lugar donde se adquieren muchos datos (Munne, 1986). En segundo lugar se encuentran los medios de comunicación social. gran variedad de mensajes en radio, televisión, periódicos, etc., bombardean todos los días a las personas generando diversas ideas, sentimientos y tendencias.

Hollander (1978), afirma que hay tres pautas fundamentales, por las cuales se pueden adquirir las actitudes: 1) el contacto directo con el objeto de actitud, 2) la interacción con los individuos que sostienen alguna actitud, 3) a través de valores más arraigados procedentes de la crianza en el seno de la familia. Este autor señala que, no basta estar expuesto a la influencia de los factores señalados, si no que es necesario que actúen otros variables, como la motivación, la estructura familiar, la identificación con el progenitor o con otros modelos, mediante la interacción social.

En una revisión general se trata de detectar cuales son las medidas a través de las cuales se adquieren las actitudes (Hollander, Linton, Rodríguez, Salazar y Triandis cit en Martínez, 1981), están de acuerdo que las actitudes se forman básicamente mediante un proceso de socialización. Otros analizan su formación en términos de las teorías del aprendizaje (Lippa, 1994), y de la formación de conceptos, aquí se abordara principalmente la socialización por las necesidades que la investigación lo requiere.

1.3.1.- PROCESO DE SOCIALIZACIÓN.

Hollander (1978) estimó que la socialización es el proceso por medio del cual se introduce a un individuo a las "*formas propias de una sociedad*". Sin embargo, este hace referencia, más que a la conducta, a la adquisición de disposiciones para concebir al mundo de ciertos modos particulares y para sentirse en armonía con algunas de las satisfacciones que brinda. Esta indica que las actitudes se "*adoptan*", básicamente a través de

- a) la cultura
- b) la familia.
- c) los grupos de referencia
- d) el concepto de si mismo
- e) la identificación
- f) el contacto directo con el objeto de actitud
- g) las instituciones educativas

- **La cultura:** La cultura es un determinante ya que es en ella donde se manifiesta patrones conductuales característicos que son transmitidos por los miembros de la sociedad. El antropólogo Ralph Linton (1945 cit por Martínez, 1981), nos explica que la cultura de una sociedad, constituye la herencia social del individuo, entendiéndose esto último como las pautas conductuales que son socialmente aprobadas, es decir, que los individuos que componen un grupo, una sociedad o una cultura manifestarán determinados modos de reacción que no se darán fuera de estos contextos
- **La familia:** Otro de los factores de socialización es la familia ya que ésta es el primer grupo al que pertenece un individuo, al respecto se considera que la familia es un agente de la sociedad y que como tal, es *“capaz de modelar los procesos perceptuales y cognitivos de sus miembros de tal modo que aprendan a pensar en concordancia con las normas vigentes en su ámbito y tienden por lo tanto, a adquirir actitudes y sentimientos comunes”*
- **Los grupos de referencia:** Engvall, Siegel y Siegel (19), afirman que *“la cantidad como la dirección del cambio de actitud de una persona depende de las normas de actitud de su grupo de membresía (escoja él o no dicho grupo), y de las normas de actitud de su grupo de referencia”*
- **El concepto de sí mismo:** Un cuarto factor de socialización es el concepto que el sujeto tiene de sí mismo ya que este actuará como agente facilitador de interacción social, es decir, este aprenderá cuál es su lugar en el mundo, al mismo tiempo que aprende cuál es el lugar de las demás permitiéndose así su relación
- **Contacto con el objeto de actitud:** Otro factor de socialización es el contacto con el objeto de actitud, es decir, la relación directa que mantiene el sujeto con el objeto psicológico, es difícil pensar que un individuo mantenga una actitud hacia algo si no está implicado con ello (Martínez, 1981)
- **Las instituciones educativas.** Finalmente, otra importante fuente de información es la enseñanza. En la escuela, colegio y universidad, sucesivamente, se adquiere un importante caudal de datos y orientaciones que van condicionando las creencias y valores, matizando la afectividad, y creando determinadas orientaciones a la acción (Matamala, 1986)

Las actitudes se forman a partir del proceso de socialización es decir son aprendidas y son producto de las relaciones sociales. Cabe agregar que una actitud está en continuo desarrollo y está sujeta a cambios, ya que, las personas están sujetas a nuevas informaciones, ideas, acontecimientos experiencias, que las reafirman o las cambian (Rodríguez, 1995)

1.4.- FUNCIÓN DE LAS ACTITUDES.

Esta característica -y en especial las raíces motivacionales de las actitudes- ha sido estudiada por Katz en 1967, Smith, Bruner y White en 1956, y McGuire en 1969 (cit por Hewston, 1994), en sus teorías funcionales de la actitud. Se han propuesto cuatro bases funcionales principales de las actitudes, fundamentalmente de naturaleza motivacional:

1.4.1.- FUNCIONES DEFENSIVAS DEL YO.

Katz (1967) parte de una perspectiva psicoanalítica, utilizando conceptos de los mecanismos de defensa como la racionalización o la proyección para describir esta función motivacional. En esta función las actitudes pueden proteger de sentimientos negativos hacia sí mismo o al propio grupo, permitiendo proyecciones de estos sentimientos hacia otras personas, tales como grupos minoritarios.

1.4.2.- FUNCIÓN VALOR-AUTORREALIZACIÓN EXPRESIVA.

Katz (1967), asumió que las personas tienen necesidad de expresar actitudes que reflejen sus propios valores centrales o componentes del concepto de sí mismo. Esta clase de expresión de la actitud se orienta principalmente a la confirmación de la validez del propio concepto de sí y menos de influir en los demás. Esto último, no obstante, es otra función importante de las manifestaciones actitudinales.

1.4.3.- FUNCIÓN INSTRUMENTAL, ADAPTATIVA O UTILITARIA.

Las actitudes ayudan a las personas a alcanzar objetivos deseados, como las recompensas, o a evitar objetivos no deseados, como el castigo. Más concretamente, la mayoría de las personas saben que la similitud engendra con frecuencia simpatía. Por ello puede resultar funcional adoptar actitudes semejantes a las de la persona a quien se desea ganar como amigos.

1.4.4.- FUNCIONES DE CONOCIMIENTO O ECONOMÍA.

Las actitudes también desempeñan las funciones de organizar o estructurar un mundo caótico diferente. La tarea de tratar específicamente con cada aspecto del ambiente probablemente dará como resultado una total sobrecarga de información. Estas conductas permiten categorizar, a lo largo de dimensiones evaluativas establecidas, la información que llega como nuevas experiencias, y pueden ayudar a simplificar y comprender el complejo mundo en que se vive.

El enfoque funcional en el estudio de las actitudes es importante porque demuestra que las actitudes no funcionan como un proceso unitario, sujeto a un único principio de operación que refleja el modelo común motor de todo el mundo

Distinguiendo las funciones, se gana precisión en el análisis del rol que juegan las actitudes en la dinámica de la personalidad y en el conocimiento de sus relaciones con otros procesos psicológicos tales como el juicio, la percepción, el aprendizaje, el pensamiento y la memoria. La distinción entre las cuatro funciones, de adaptación, de expresión de valores, de conocimiento y de defensa del yo, tiene también implicaciones en la mecánica de desarrollo y del cambio de actitud (Mann, 1993)

1.5.- TEORÍAS.

1.5.1.- TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA.

La teoría que se describe pretende resolver cuestiones a fin de predecir y comprender la realización de distintas conductas sociales humanas. Para Fishbein y Ajzen (1975), el punto de partida que les permite fincar su construcción teórica, es considerar que los humanos se hacen uso sistemático de la información disponible cuando se tiene que decidir si se realiza o no, un determinado comportamiento de relevancia social

Los conceptos que se entrelazan en la teoría de la Acción Razonada, son los de creencia, norma subjetiva, actitud e intención. La consideración de una determinada conducta social, se ve en una descripción retrospectiva, de la intención a la creencia, y cómo estos se interconectan para determinar la conducta

- **Intención:** Fishbein y Ajzen (1980), ven en las intenciones el determinante más inmediato de la acción. La medición correcta de este factor es un medio que le permite al teórico predecir la conducta en la forma más exacta de que dispone. Sin embargo, la fuerza de la predicción está relativizada, al menos, por otros dos factores: 1) el grado de correspondencia entre la medición de la intención y el criterio conductual, y 2) el grado de estabilidad temporal de la intención
- **Actitud:** Un punto importante para entender la concepción Fishbeniana que hace referencia a la dirección de la actitud, es decir, cuál es el objeto de una actitud. En esencia son dos las "cosas" hacia las cuales se tiene una actitud, un objeto cualquiera (persona, cosa, o evento) y la conducta. Fishbein y Ajzen (1980), ven este punto de la siguiente forma

"Asumimos que las actitudes hacia un objeto pueden únicamente predecir el patrón general de conducta, resultan de escaso valor si estamos interesados en predecir y comprender alguna acción particular con respecto al objeto. Para predecir una conducta en particular, debemos evaluar la actitud que una persona tiene hacia la conducta y no su actitud hacia el objeto al cual se dirige la conducta. En otras palabras, de acuerdo a nuestra

aproximación, cualquier criterio conductual puede predecirse a partir de la actitud -ya sea una acción en particular o bien un patrón conductual - previendo que la medición de la actitud corresponde a la medición de la conducta"

La necesidad de distinguir entre las actitudes hacia un objeto y las actitudes hacia la conducta resultan así, de la búsqueda de los predictores más efectivos de la acción individual. De acuerdo a lo anterior, las actitudes hacia la conducta serán las que mayor interés tenga para el teórico de la acción razonada. Sin embargo, dentro de este marco de referencia no están descartadas las actitudes hacia un objeto.

En su disertación doctoral Fishbein en 1961, propuso una explicación para este tipo de actitudes, la cuál dice que la actitud individual hacia un objeto cualquiera es una función de sus creencias acerca de ese objeto y los aspectos evaluativos de esas creencias.

Este cambio de objetivo -del tema hacia la acción- es pues, el factor importante dentro del modelo de la teoría ya que, como se dijo anteriormente, posibilita la predicción con un grado de error menor al obtenido con el enfoque tradicional de *"actitudes hacia objetos"*.

- **Norma subjetiva:** Otro determinante inmediato de tales dimensiones es denominado como norma subjetiva y tiene que ver con la influencia proveniente del ambiente social. Por este concepto debe entenderse *"la percepción que tiene un individuo acerca de lo que piensan otras personas importantes para él con respecto a si él debería realizar o no la conducta en cuestión"* (Fishbein y Ajzen, 1980).

Tal percepción individual puede o no ser el reflejo real de lo que piensan los otros, sin embargo, mientras más importantes sean los otros para la persona, más probable será que actúe en concordancia con lo que ellos piensan.

- **Creencia:** El sistema conceptual de la teoría de la acción razonada enlaza a la actitud el elemento afectivo, asignando a las creencias los componentes cognitivo y conductual. Las creencias acerca de un determinado objeto (Fishbein y Raven, 1962), y su unión con los aspectos mencionados están descritas en la siguiente cita de Fishbein (1967).

"Como señalamos anteriormente, tanto el componente cognoscitivo y la acción pueden ser vistas como creencias acerca del objeto. El componente cognoscitivo hace referencia a las creencias acerca de la naturaleza del objeto y sus relaciones con otros objetos, en tanto que el componente de acción se refiere a las creencias acerca de lo que debería hacerse con respecto al objeto"

En términos generales Fishbein (1967), define una creencia acerca de un objeto como *"... la probabilidad o improbabilidad de que exista una determinada relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, concepto, valor o meta"*

1.5.2.- TEORÍA DE LA DISONANCIA COGNOSCITIVA.

La teoría de la disonancia que Festinger (1957), desarrollo es también una teoría de la consistencia cognoscitiva. Esta se encuentra basada principalmente en la ley de la permanencia, pues los sujetos tienden a estructurar los eventos que perciben, de una manera coherente y significativa, de tal forma que sean consistentes sus cogniciones.

La teoría de Festinger (1962), trata con elementos cognoscitivos tales como conductas, sentimientos, opiniones, objetos del ambiente, etc. Según el autor *“la palabra cognoscitivo, simplemente enfatiza que la teoría trata con relaciones entre ítems de información”*

Estas unidades de información o cogniciones, se encuentran relacionadas unas con otras, de tal forma que la relación entre ellas tiende a ser consistente, es decir, los elementos se encuentran en armonía o consonancia. Cuando estos elementos no se ajustan entre sí, la relación en la cuál se encuentran es disonante. Festinger (1957), define la disonancia de la siguiente forma *“dos elementos están en relación disonante si, considerando solo a estos dos, lo contrapuesto de un elemento sugiera del otro”*. En sentido opuesto la consonancia se presenta cuando un elemento se deriva de otro.

La disonancia es vista como un estado de tensión que motiva a la persona a modificar ese estado tratando de reducir las cogniciones disonantes, o buscando cogniciones consonantes. De acuerdo con el autor la disonancia puede surgir por inconsistencia lógica entre los elementos, por costumbres culturales que no se ajusten con las creencias y las conductas, porque en ocasiones una opinión específica se encuentra incluida en una opinión más general, o por la experiencia pasada que no va de acuerdo con una situación particular presente.

Como se menciona, una condición de disonancia motiva al sujeto a tratar de buscar la manera de alcanzar la consonancia. En este proceso, surgen dos tipos de fuerza, las que conducen a la reducción de la disonancia y las que se oponen o resisten al cambio (Festinger, 1957).

De acuerdo con Festinger (1957), la fuente principal de disonancia cognoscitiva para el individuo y el vehículo principal para eliminarla y reducirla, es el grupo. Así, la disonancia puede provenir de *“la información y las opiniones... comunicadas por otros, las cuales pueden introducir nuevos elementos cognoscitivos... disonantes con las cogniciones ya existentes... una de las formas más efectivas de eliminar la disonancia es desechar una serie de elementos cognitivos en favor de otros, lo cuál puede ser realizado sólo algunas veces, si se encuentran otras personas quienes concuerden con las cogniciones que uno desea retener y mantener. Los procesos de comunicación social se encuentran estrechamente relacionados con procesos de creación y reducción de disonancia”*.

Los procesos de reducción de la disonancia que proviene del desacuerdo social, no son muy diferentes de los mencionados y tienen que ver con tres situaciones. Es posible

reducir la disonancia y aún eliminarla, cambiando nuestra opinión, haciéndola acorde con la de los demás. Otra forma de reducirla, es tratando de influir las opiniones de los otros para que correspondan a las nuestras.

Estas dos situaciones, son similares al cambio de cogniciones o cambio del ambiente señalados anteriormente y reflejan los procesos de influencia que conducen hacia la uniformidad. Una tercera forma de reducir la disonancia de un grupo, es haciendo no comparable la opinión de los demás con las propias, lo cuál puede efectuarse "*atribuyendo diferentes características, experiencias o motivos a la otra persona o rechazándola o devaluándola*" (Festinger, 1957)

1.5.3.- TEORÍA DEL BALANCE COGNOSCITIVO.

La teoría del balance fue desarrollada por Heider en el año de 1946, y a sido clasificada dentro de las teorías de la consistencia, ya que su explicación se centra en cómo los sujetos alcanzan un estado de balance

Básicamente el balance se refiere a un estado equilibrado entre dos o más objetos que se encuentran en interacción, tales objetos pueden ser actitudes, personas o sentimientos. De la relación de estos, surge una serie de procesos dinámicos caracterizados por ciertas propiedades, las cuales serán descritas a continuación

Asume que las estructuras cognitivas tienden al equilibrio. El determinante del equilibrio son las valencias positivas y negativas de los elementos que componen la estructura cognitiva (Heider, 1946, cit por Echeberria, 1991)

Las unidades de las estructuras cognitivas son personas, objetos y relaciones entre las anteriores. Por otra parte, las relaciones entre personas y objetos pueden ser de sentimiento y de unidad. Existe de tal forma un estado balanceado si todas las partes de la unidad tienen el mismo carácter dinámico y si las entidades con diferentes caracteres dinámicos son segregados del resto. Si se produce un desbalanceo, surgen fuerzas que tienden hacia el balanceo, pudiéndose lograr el mismo cambiando los caracteres dinámicos, o cambiando las unidades de relación a través de la acción o la reorganización cognitiva. Si no es posible dicho cambio, el estado de desbalance producirá un estado de tensión

1.5.4.- PRINCIPIO DE CONGRUENCIA DE OSGOOD Y TANNENBAUN.

Este principio se basa en la suposición de que sea más simple el tener actitudes congruentes con respecto a dos objetos relacionados entre sí, que tener actitudes diferentes al respecto. El principio de congruencia va más allá que el principio de balanza porque hace predicciones cuantitativas explícitas sobre lo que ocurrirá si dos objetos relacionados no se encuentran en estado de congruencia. La congruencia existe cuando dos objetos relacionados son evaluados con una intensidad igual

Un sujeto puede tener tantas actitudes potenciales como objetos infinitos existan, pudiendo variar sus actitudes hacia los diversos objetos sin experimentar congruencia. La incongruencia se producirá cuando dos objetos actitudinales se relacionan mediante una afirmación. Osgood y Tannenbaum (1955 cit por Mann, 1993), definieron la actitud "como la proyección de las tres dimensiones del diferencial semántico, siendo la dimensión fundamental la evaluativa, ejemplificada por adjetivos como bueno-malo, agradable-desagradable".

Para Mann (1993) la tesis básica del modelo de congruencia es que "los juicios de un sujeto tienden hacia la máxima simplicidad". Los juicios extremos se caracterizarían según los autores por tener latencias más cortas que los discriminativos. Afirman que los juicios simples serían característicos de gente inmadura y orientado emocionalmente.

Lo que a Osgood (1955 cit Por Mann, 1993), le interesa es ver que tipo de cambio se va a producir en el sujeto para restablecer la congruencia. Para detectar este tipo de cambio el autor va a utilizar, por una parte, lo que él llama la "Polarización de la Actitud" (que sea favorable o en contra) y, por otra parte el "Concepto de Carga" (para referirse a la cuantía de esa polarización). Lo que hace es presentar posibles situaciones variando la polarización y la carga, lanzando predicciones de como van a cambiar las actitudes de los sujetos ante tales situaciones para recuperar el equilibrio. Osgood plantea las siguientes situaciones:

- 1) - Cuando la actitud hacia una situación es neutra, y la actitud hacia el otro objeto es polar (bien positiva o bien negativa). La actitud neutra cambia en la dirección de otra polar (+) (0)
- 2) - Cuando las actitudes hacia los dos objetos son neutras. La predicción que hace el autor en este caso es que no pasaría nada, ya que no hay incongruencia, y por tanto no habría cambio alguno (0) (0)
- 3) - Cuando la actitud hacia los dos objetos está igualmente polarizada pero tienen carga de distinta magnitud (+++++) (+). La predicción en este caso es que habría lo que se llama una regresión a la media, es decir, la carga más alta baja un poco y la carga más baja sube un poco, de manera que la relación se equilibra.
- 4) - Cuando las cargas son iguales pero las polarizadas son diferentes (++) (--). En este caso es donde se produce una mayor incongruencia y un mayor cambio de actitudes.

Por otra parte introduce un elemento que puede afectar el cambio de cambio y es la "Credibilidad", la cual puede actuar de manera que no se produzca incongruencia, y por tanto no haya necesidad de un cambio de actitud. De esta manera dice que la cantidad de incredulidad que se produce cuando se relacionan dos objetos de actitud con una afirmación, está en función positivamente acelerada a la cantidad de incongruencia que existe, y actuará eliminando cualquier cambio de actitud.

1.5.5.- TEORÍA DE LA REACTANCIA.

Jack W Brehm (1986, cit por Vander, 1990), en su teoria sostiene que las personas poseen un conjunto de comportamientos libres (o alternativas de acción), de modo tal que pueden optar por cualquiera de esas alternativas en un momento dado

Cuando se elimina o amenaza dicha libertad conductual, se activa en la persona la reactancia psicológica, un estado motivacional encaminado a restaurar o salvaguardar esa apreciada libertad. Y cuanto mayor es la importancia que se otorga a la libertad amenazada, mayor es también la magnitud de la reactancia. De este modo, esta teoria permite comprender ciertos aspectos legales y la oposición a nuevas leyes que restringen lo que, a juicio del individuo es su libertad de acción

1.6.- CAMBIO DE ACTITUD

Las actitudes se forman a través de la experiencia y, a pesar de su relativa estabilidad, pueden ser cambiadas mediante esa misma experiencia. Los acontecimientos cotidianos afectan nuestras opiniones e influyen en el modo de comportamiento (Edward, 1990)

Muchas de las actitudes se adquieren a consecuencia de una serie de interacciones con las demás personas: padres, amigos, compañeros, etc. Pueden aprenderse o modificarse repentinamente a causa de una sola experiencia, pueden pasar por un cambio gradual a través de los años, posiblemente debido a la acumulación de experiencias (Gagne, 1979)

Y aunque se vive en un mundo en el que se recibe una cantidad aterradora de información, las actitudes son relativamente estables, pero están sujetas a cambio. Consecuentemente, una nueva información, una nueva experiencia o una nueva conducta es emitida en cumplimiento de determinadas normas sociales, u otro tipo de agente capaz de prescribir una conducta ante los hechos (Rodríguez, 1995)

Una actitud, por estable que sea, es por definición una variable dinámica, cuyo desarrollo está condicionado por toda experiencia correspondiente al objeto. De la misma manera que una actitud nace y se desarrolla seguida de interacciones cognoscitivas, afectivas y comportamentales con un nuevo objeto, esta permanece expuesta a un nuevo aporte de información, de experiencias emocionales y comportamentales relativas al mismo objeto o a la misma categoría de objetos (persona, valor, etc.).

En realidad, una actitud no puede formarse, desarrollarse y cambiar sino en función de interacciones comportamentales directas o indirectas con su objeto, de donde la dificultad inherente a la diferenciación del cambio de comportamiento y del cambio de la actitud. La aproximación científica del cambio de actitud se basa en la convicción de que el hombre cambia a través de sus actos y que las consecuencias o los residuos valorativos de sus comportamientos sucesivos se organizan en un sistema estable y dinámico (Moscovici, 1975)

El cambio de actitudes ocurre cuando se desarrollan nuevas creencias, se cambian las creencias viejas acerca del objeto y/o cuando nuevos afectos vienen a ser condicionados al objeto. Así, en el cambio, el individuo todavía conserva algunos sentimientos hacia el objeto, estos preexistentes pueden producir resistencia a la nueva información.

De este modo, casi inevitable, el cambio de creencias es un componente importante del cambio de actitudes, si se quiere modificar los sentimientos de alguien hacia algún objeto, primero se intentará cambiar las creencias de la persona hacia este. La citada estrategia es precisamente la que emplea la campaña de los medios masivos.

Los teóricos han tomado varias perspectivas sobre el cambio de creencias, su relación con el cambio de actitudes y las condiciones que facilitan ambos tipos de cambios. En este sentido se pasará a examinar los modelos teóricos que más se manejan en psicología (Perlman, 1993).

1.7.- MODELOS TEÓRICOS

1.7.1.- DISONANCIA COGNOSCITIVA

La teoría de la disonancia postula que se está motivado a mantener la congruencia entre los elementos cognoscitivos, los cuales son tan solo creencias o partes del conocimiento. La hipótesis de Festinger (1957 cit por Perlman, 1993), es que los elementos cognoscitivos consonantes o disonantes unos con otros, los conocimientos no pertinentes son creencias que están totalmente independientes.

Debido a que la disonancia es desagradable y aversiva, la gente está motivada a reducirla, la teoría de Festinger está primordialmente interesada en los efectos de esta sobre las creencias y la conducta de la gente.

Festinger (1957, cit Por Perlman, 1993), postula que se experimenta disonancia posterior a la decisión, después de la mayoría de las decisiones importantes, los factores que incluyen son primero, las decisiones importantes incitan mayor disonancia que las menos importantes, segundo, como la atracción de las alternativas proviene de ser iguales (es decir, la decisión se vuelve más difícil), el monto de la disonancia posterior a la decisión se incrementa. Finalmente, la similitud entre las alternativas afecta a la disonancia, si las alternativas tienen muchos rasgos en común se producirá menos disonancia que si las alternativas son muy diferentes.

Hay tres modos en que la disonancia puede reducirse, se puede cambiar uno o más de los conocimientos disonantes para hacerlos consonantes con nuestros demás conocimientos. Podemos adicionar nuestros conocimientos consonantes. Y se puede cambiar la importancia de una o más ideas e incrementar la importancia de los conocimientos consonantes o reducir la de los disonantes (Perlman, 1993).

1.7.2.- TEORÍA DE LA REACTANCIA

Esta teoría, afirma que siempre que la libertad se suprime o se ve amenazada, como consecuencia surge una motivación hacia ella. En el caso específico sobre el cambio de actitud, consiste en el hecho de que si el receptor de la comunicación persuasiva se da cuenta del intento de persuasión como una intención a coartar su libertad, es probable que la resistencia al cambio en el sentido de la posición defendida por el comunicador sea tal, que no queden posibilidades de éxito para tal según Brehm (1966 cit. por Rodríguez, 1995)

1.7.3. - TEORÍA DEL BALANCE

Heider (1944-1958 cit. por Perlman, 1993), postula que cuando dos personas tienen una fuerte relación afectiva positiva, sentirá un “balance” entre ambos si comparten actitudes importantes, o un “desbalance” si difieren las más valiosas. Las relaciones desbalanceadas psicológicamente están postuladas para ser más confortables, estables y resistentes al cambio. Las relaciones no balanceadas se postulan para despertar inconformidad y tensión, son inestables y abiertas al cambio.

El autor sugiere que cualquier cambio que se haga, sea lo menos costoso para restaurar el balance de la relación. En las relaciones afectivas positivas el individuo probablemente cambie su actitud hacia el objeto o intente cambiar la actitud del otro sujeto. En las relaciones negativas, cambiara su actitud hacia el otro sujeto o hacia el objeto.

1.7.4.- CAMBIO DE ACTITUD Y COMUNICACIÓN

La aparición de los medios de comunicación masivos, ha dado impulso peculiar al estudio de las actitudes. Al psicólogo, ha de interesarle el estudio del cambio en las diversas situaciones de comunicación persuasiva por que debe esperar extraer un conjunto de variables ampliamente definidas y por especificar hasta que punto dichas variables se entrelazan con este proceso (Edward, 1990)

Según Hovland, Janis y Kelley (1953 cit. por Vander, 1990), para que una persona cambie de actitud es importante que esta reciba incentivos. El enfoque que presentan estos autores, es extraído de la teoría general del refuerzo, donde la comunicación persuasiva deberá revestirse de incentivos capaces de recompensar al receptor, con el objeto de facilitar su adopción. En el siglo IV, Aristóteles, en su Retórica, se percató de la utilidad de la alocución persuasiva como técnica que nada tenía que ver con el contenido de dicha

La utilidad del habla persuasiva es conducir a la decisión. Incluso ocurre así cuando alguien se dirige a otra persona y le hurgue a que haga o deje de hacer algo, como cuando se reconviene a alguien en su conducta y se trata de

cambiar su proceder. Tampoco importa si estamos discutiendo contra un oponente real o contra una mera suposición. de todas formas hemos de emplear el habla y hecha por tierra los argumentos del objetante

Los modos de persuasión que se logran mediante la palabra hablada se dividen en tres clases. La primera depende del carácter personal del orador, la segunda consiste en colocar a la audiencia dentro de cierto marco mental, la tercera estriba en la prueba o aparente prueba que proporcionan las palabras de la alocución misma.

La persuasión se logra mediante el carácter personal del orador, cuando pronuncia la disertación de tal manera que hace que lo consideremos digno de crédito. Creemos más completa y prontamente a los hombres buenos

que a los demás, esto es cierto en general independientemente del tema, y es absolutamente cierto cuando se trata de asuntos en que es imposible estar muy ciertos y en que las opiniones están divididas. En segundo lugar, la persuasión puede llegar a los oventes cuando estamos contentos y nos sentimos amistosos que cuando sentimos dolor y somos hostiles. En tercer lugar o verdad aparente mediante argumentos persuasivos, que se relacionan con el caso en cuestión (pp. 1329-1330 cit. por Edward, 1990).

Esta observación de Aristóteles armoniza con las ideas del sentido común, se llega a creer en las personas a quienes se consideran honradas y sinceras, y dejarse influir por estas (Hewstone, 1994).

La persuasión es el intento deliberado de una persona o bando para influir en las actitudes o conductas de otros, con el fin de alcanzar algún fin preestablecido, toda comunicación requiere que un emisor y un receptor se "sintonicen" con respecto a un mensaje dado. En consecuencia, para que haya una persuasión, hay que ajustar en una orden viable tres elementos: el comunicador, el mensaje y el destinatario, en la esperanza de provocar en él una respuesta determinada. Ahora se examina el papel que juega en el proceso del cambio actitudinal.

La credibilidad y la competencia del comunicador son dos características importantes para la obtención de una comunicación persuasiva eficaz. Si el receptor percibe al comunicador como alguien competente, y al mismo tiempo lo percibe como interesado en transmitir lo que está aseverando, esta última percepción provocará sospechas y desconfianza sobre la sinceridad del comunicador, disminuyendo la eficacia del intento de persuasión (Rodríguez, 1995).

El mensaje ocupa un papel central en el proceso de la persuasión. El comunicador busca obtener un cambio de actitud o de conducta, para ser persuasivo, debe dar sus ideas o sentimientos una forma tal que puedan transmitirse al destinatario. Algunos factores que contribuyen a la eficacia de esta comunicación son las apelaciones al temor, comunicaciones parciales e imparciales, conclusiones explicitadas y una involucración personal (Hewstone, 1994).

Es claro que la efectividad de todo mensaje se determina por su capacidad de operar en la audiencia a que ha sido destinado, factores como la actitud de los destinatarios antes de la exposición, su grado de familiaridad con los puntos de vista opuestos, su educación, su marco y su grado en que serán susceptibles a determinado mensaje. También se debe esperar que el grado de atención que se preste al mensaje y el grado en que la audiencia se dedicará activamente a apoyarlo o rehusarlo determine en parte su impacto (Edward, 1990).

1.8.-CAMBIO EN LOS COMPONENTES ACTITUDINALES

El perfeccionamiento de los medios de comunicación condujo a la humanidad a una nueva cultura, caracterizándola por ser una dimensión acústica. La radio y la televisión pasaron a ser los principales medios de divulgación y penetración, a través de noticias e ideas capaces de provocar cambios de actitud. Como se observó en el capítulo anterior, los componentes cognoscitivos, afectivos y conductuales que integran las actitudes ejercen mutua influencia hacia un estado de armonía (Rodríguez, 1995)

Cualquier cambio que se registre en cualquiera de los tres componentes es capaz de modificar a los demás, puesto que todo el sistema es accionado cuando uno de sus integrantes es alterado, esto crea un estado de incongruencia entre los componentes actitudinales, tanto Whittaker (1979), como Rodríguez (1995) describen como puede ocurrir este fenómeno

1.8.1.- CAMBIO DEL COMPONENTE COGNOSCITIVO

El conocimiento de determinados hechos acerca de una persona, que no concuerdan con nuestro sistema de valores, puede conducir a un cambio de actitud hacia esta, del mismo modo como el conocimiento de hechos positivos puede llevarnos a desarrollar una relación amistosa con dicha persona

1.8.2.- CAMBIO DEL COMPONENTE AFECTIVO

Si por un motivo le empieza a gustar "x" persona u objeto que no le gustaba anteriormente, todo aquello que era considerado como defectos capitales de la situación en cuestión pasan a ser percibido mucho más benignamente e incluso, como virtudes. Normalmente, afectos y cogniciones tienden a estar en armonía y si uno de estos cambia, quizá cambie el otro

1.8.3.- CAMBIO DEL COMPONENTE CONDUCTUAL

No solo el afecto o el conocimiento tienden a estar en armonía cuando se está trabajando con las actitudes, sino también la conducta pública inducida por determinada actitud. En consecuencia, si modificamos los elementos cognoscitivo y afectivo, es probable que también cambie la conducta correspondiente

1.8.4. - CAMBIO DE ACTITUD Y CONDUCTA

Fishbein y Ajzen (1974 cit por Perlman, 1993), mencionan que el beneficio de la actitud en una persona hacia algún objeto, determina el total de las intenciones conductuales de esta con respecto al objeto. Este modelo de la consistencia de la actitud y conducta afirma que las actitudes predicen únicamente el total de beneficios y las clases de conducta hacia el objeto, es decir, la actitud de una persona hacia otra predice que tan favorable

actuará en general hacia esa persona, pero su actitud predecirá las conductas específicas hacia esa ella

De acuerdo a estos autores, la mayoría de los estudios sobre la consistencia de la actitud y la conducta, emplearon mediciones generales hacia un objeto para predecir conductas específicas. Argumentaron que para proporcionar una buena prueba de la relación actitud-conducta, es necesario emplear los criterios de actos múltiples, siendo estas mediciones de la conducta un gran número de acciones hacia el objeto, las cuales calculan la categoría total de las respuestas relevantes hacia un objeto

Las conductas específicas pueden predecirse por la medición de las actitudes de la gente hacia la conducta misma. Esta medición de las actitudes como de la conducta deben estar al mismo grado de especificación, es decir, las actitudes hacia las conductas específicas predecirán conductas específicas, y las actitudes generales hacia los objetos predecirán el total de beneficios de la categoría de las conductas hacia los objetos

La inconsistencia en la actitud y en la conducta, se debe a diferentes factores contrarios a la actitud, Perlman (1993), enumera cinco factores

- 1 - Competencia entre las actitudes y los valores
- 2 - Falta de control sobre la conducta
- 3 - Falta de disponibilidad de conductas alternativas
- 4 - Normas
- 5 - Actos externos imprevistos

Aunque estos factores muestran que la conducta no es completamente predecible por la actitud, ésta sí la afecta y esto se puede observar cuando se emplean mediciones adecuadas. En la consistencia actitud-conducta hay variaciones, primero la experiencia de la conducta personal hacia un objeto incrementa la consistencia, segundo algunas personas se conducen más de acuerdo con todas sus actitudes que como lo hacen otras personas

Alrededor de nuestras actividades se intercambian puntos de vistas sobre cualquier tema y estos se basan en la experiencia pasada, de este modo las actitudes se van formando a partir de la experiencia e irán evaluando las situaciones que acontecen en el ambiente que lo rodea. A través de esa formación, las instituciones como la escuela, el trabajo, la religión, etc juegan un papel importante, se encargaran de amoldar a estas que surgen como resultado del aprendizaje

De ahí, la importancia que la actitud mantiene en este trabajo, el observar el comportamiento que asume el médico familiar desde una perspectiva psicológica ante la atención médica. En este capítulo las teorías que se han presentado acerca de la actitud se enfocan a conceptos de equilibrio, balance, reactividad y la acción razonada hacia algún objeto, en este caso el objeto es la atención médica, las características que motivan una atención positiva o negativa es el propósito del mismo y de acuerdo a como lo está percibiendo y demostrando el médico familiar en la consulta

De acuerdo a lo anterior, la formación que como servidores públicos se logra, se obtiene por la experiencia tanto de maestros como del conocimiento teórico a las que el estudiante se enfrenta, el principio de otorgar una atención adecuada es parte de los valores aprendidos y la misión es ofrecerla como tal, la actitud toma importancia, pues esta revela que tanto conserva el médico estos principios a lo largo del tiempo. Al evaluar este capítulo e integrando la función de servicio con el concepto de actitud, se puede decir que la unión es en virtud de otorgar como médico los conocimientos con el fin de asistir clínicamente al individuo, la actitud se integra en el asumir esta responsabilidad, de acuerdo a los principios con los que fue formado respondiendo ante dichas expectativas de su profesión.

Conocer a fondo las características de la actitud, es conocer como influyen sus componentes en los sentimientos, pensamientos y acciones de un ser ante el objeto y como se puede intervenir para modificar conductas negativas que obstruyan la función de una atención adecuada. Involucrarse en la personalidad y comportamiento del médico, desde el punto de vista psicológico, hace interesante el conocer la actitud que este mantiene hacia los derechohabientes. De este modo el presente proyecto dará bases para conocer tan solo una parte de lo emocional en este a través de sus actitudes, ofreciendo una línea de trabajo que logre colaborar en posteriores proyectos para brindar una atención de calidad.

Capítulo 2

Medición

2.1.- FUNDAMENTOS DE LA MEDICIÓN.

La medición es un tema importante de toda ciencia y no solo de la psicología, este término se reduce a algo bastante simple *la medición consiste en un conjunto de normas para asignar números a los objetos de modo tal que estos números representen cantidades de atributos*, de este modo se dice que una medición esta bien estandarizada cuando personas diferentes obtienen respuestas semejantes al emplearla (Nunnally, 1970)

En la vida diaria, la palabra “medición” tiene un significado claro y conciso. Para medir en situaciones prácticas, generalmente se dispone de instrumentos que dan resultados fijos y precisos en forma de puntajes (longitud, peso, tiempo, centímetros, gramos o segundos). Medidas de esta clase, que se obtienen con instrumentos físicos, casi nunca presentan problemas prácticos en el momento de medir, ni al interpretar los resultados.

La situación es diferente, sin embargo, cuando queremos medir variables. Al medir variables como independencia, neurotismo o aptitudes de aprendizaje, se encuentran en problemas de escalamiento muy complejos (Magnusson, 1972).

La definición no dice en su enunciado nada sobre la calidad del procedimiento de medición. Se limita a señalar que de alguna manera han de asignarse los numerales a los objetos o eventos. Esta es un juego en el que se emplean objetos y numerales, mas no se debe olvidar que todo juego tiene sus reglas.

La tarea más ardua e interesante de la medición es la determinación de la regla, que es una guía, un método o una ordenanza que señala lo que se ha de hacer. Medir es, de acuerdo con cierto conjunto de reglas, asignar números a observaciones. Y cualquiera que sea el fenómeno que se observe, esta afirmación sigue cierta (Summers, 1985).

Se afirma que se miden objetos, pero eso no es del todo cierto. Lo que se mide son sus propiedades o características. No obstante, esta afirmación tampoco es totalmente verdadera. Lo que se mide son los indicadores de las propiedades, por lo tanto al decir que se miden objetos lo que realmente se quiere dar a entender es que se miden los indicadores de sus propiedades (Kerlinger, 1994).

En todas las esferas de la psicología la investigación depende de la existencia de métodos adecuados de medición. Los problemas de medición han mostrado ser más difíciles en algunas áreas que otras. Uno de estos problemas consiste en encontrar modos de medir atributos humanos.

En los últimos años en psicología se ha hablado mucho sobre las escalas de medición, y también se ha discutido mucho los tipos de escala caracterizados por diferentes medidas psicológicas (Nunnally, 1995).

Hay cuatro niveles generales de medición nominal, ordinal, de intervalo y de razón. Todos ellos conducen a cuatro clases. Algunos escritores como Magnusson (1972) sólo incluyen a los tres últimos, en tanto que otros sostienen que los cuatro pertenecen a la misma familia. No se necesita ser demasiado exigente al respecto, con tal que se entiendan las características de las distintas escalas y niveles.

De tal manera, las escalas de medición se refieren a los diferentes usos que se hacen de los números, a continuación se presenta una clasificación de mediciones escalares.

Medición Nominal.

Las reglas que se emplean para asignar numerales a objetos definen la clase de escala y el nivel de medición. El nivel ínfimo es la medición *nominal*. Se usa esta en nuestra vida diaria y en nuestro pensamiento ordinario, los símbolos dados a los objetos, constituyen escalas nominales.

Medición Ordinal.

Esta medición exige, que los objetos de un conjunto sean ordenados por rangos según una característica o propiedad definida en términos operacionales. Los números ordinales indican el orden por rangos y nada más.

Medición Intervalar.

Las escalas intervalares o de intervalos iguales poseen las características de las escalas nominales y de las ordinales, en particular, la que se refiere al orden por rangos. Además, en ellas las distancias numéricamente iguales representan distancias iguales con respecto a la propiedad que se está midiendo.

Medición de Razón.

Este tipo de escalas constituyen el nivel más alto de medición, que es el ideal científico. Una escala de medición de razón, además de poseer las características de las escalas nominales, las ordinales y las de intervalos, tienen un cero absoluto o natural provisto de significado empírico (Kerlinger, 1994).

Desde este punto de vista, han sido los intentos por desarrollar instrumentos basados a partir de los trabajos desarrollados por Thurstone sobre las actitudes. Desde sus inicios, la investigación sobre la métrica de estas se ha centrado en el elemento cognoscitivo y, por tanto, en la determinación de la posibilidad de medir la actitud a partir de las opiniones de los sujetos.

Por otra parte, muchas de las escalas que se han ido desarrollando se han centrado en el tema político, debido en parte a la gran importancia que para esta disciplina tuvo el

trabajo de Adorno (1950 cit por Diaz, 1992) sobre la personalidad autoritaria, demostrada gracias a la creación por parte de la denominada “*escala de opinión pública*”, y que en realidad media autoritarismo. Desde entonces, las escalas de actitudes sociopolíticas se han ido sucediendo.

2.2.- MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES.

Resulta obvio que el concepto abstracto de una actitud no puede ser medido directamente. Por tanto, es necesario encontrar los indicadores adecuados. La mayor parte de los métodos de medida de la actitud se basan en el supuesto de que estas puedan ser evaluadas por medio de las opiniones o creencias de las personas acerca de los objetos. Otros métodos intentan apreciar el carácter evaluativo de una actitud más directamente. Casi todos los métodos están basados en la conceptualización unidimensional de ellas (Hewstone, 1994).

El desarrollo de una escala de actitud requiere la selección de proposiciones, que permita discriminar a las personas con diferentes posiciones actitudinales. Por lo tanto, una escala, para ser adecuada, debe de representar el conjunto de las diferentes posiciones que un individuo puede sustentar, evitando, así mismo la confusión de dos cuestiones distintas en un mismo ítem.

La mayoría de las escalas de actitudes han pretendido medir fundamentalmente la evaluación positiva o negativa hacia el objeto, pero para ello toman en cuenta respuestas verbales que expresan indistintamente creencias, intenciones y afectos. “*Las operaciones con las que se miden las actitudes arrojan casi invariablemente un cociente único que no puede reflejar estos tres componentes distintos de ningún modo preciso*” (Fishbein, 1966 cit por Villoro, 1994).

Como materia de hecho, la gente que desarrolla “*escalas de actitudes*” raramente mantienen en sus instrumentos la medición de sus tres componentes (afectivo, cognitivo y de acción), en lugar de eso, normalmente se indica en el contenido de estas, las evaluaciones de las personas con respecto de objetos o conceptos. Así aunque muchas veces se menciona que incluyen a los tres componentes, usualmente evalúan a uno solo, por lo general es el afectivo, ya que es medido e investigado como la esencia de la actitud (Fishbein, 1967).

Ese componente afectivo, sin embargo, se infiere de respuestas que, en su mayoría, son también opiniones, es decir, expresiones de creencias. Experimentalmente resulta imposible la distinción, con las escalas tradicionales.

Además, es considerable mostrar la evidencia de que el aspecto “*afectivo*” es altamente relatado a creencias de individuos acerca del objeto. La investigación de Rosenberg (1956, 1960), Fishbein (1963, 1965) (cit por Fishbein, 1975) y otros han demostrado que una actitud hacia un objeto es una función de sus creencias hacia el objeto y la evaluación de aspectos de esas creencias.

Fishbein (1967), señaló una consideración de más instrumentos estandarizados para la medición de actitudes queriendo demostrar solo el aspecto afectivo, ellos obtuvieron en un hecho derivado de una consideración de una creencia de sujetos y la evaluación de aspectos de esas creencias. Por ejemplo, en la escala de Thurstone y la escala de Lickert los sujetos son confrontados con una serie de creencias declaradas. En ambos casos la actitud fue solo índice de una consideración de las creencias respondidas, o como Green (1954, cit por Fishbein, 1967), sugirió eso fue abstraído de varias de sus declaraciones de la actitud con referencia al objeto.

De esta manera, se mencionaran algunos procedimientos de medida de la actitud que vendrán a dar una idea clara de su elaboración.

2.2.1.- ESCALA DE THURSTONE.

La escala creada por Thurstone pertenece a las de tipo experimental, denominada así porque los valores que se asigna a cada uno de los ítems de la misma son asignados por un grupo de sujetos que actúan en su calidad de expertos, por lo que dichas calificaciones son independientes de las posibles muestras de los sujetos a los que se pueda aplicar la escala. Así en la escala de tipo Thurstone es preciso distinguir dos momentos temporales: en una primera fase denominada como fase de jueces, se crea la escala en su totalidad, mientras que en una segunda fase, denominada simplemente de aplicación práctica, se determina la puntuación de un grupo o de los sujetos de dicho grupo dentro de la variable de actitud que se desee medir (Díaz, 1992). A continuación se verá más en detalle su elaboración.

Thurstone (cit por Díaz, 1992), propuso diferentes técnicas de juicio que harían posible obtener medidas más o menos cuantitativas de las actitudes. La más famosa de estas es la identificada por los autores como "*Escala de Thurstone*", es la escala de intervalos aparentemente iguales, que permite la medición cuantitativa de las actitudes y los pasos a seguir pueden ser descritos como sigue:

- 1 - Obtención de un banco de ítems. En primer lugar, es necesario recoger alrededor de cien afirmaciones actitudinales (opiniones), acerca del objeto de actitud en cuestión y representar desde el extremo positivo hasta el extremo negativo, estas afirmaciones deben ser breves, claras y relevantes en términos del objeto de actitud.
- 2 - Evaluación de las afirmaciones. Se pide a jueces que clasifiquen cada opinión sobre una base de intervalos iguales, es decir, teniendo presente que las distancias entre las categorías correspondan.
- 3 - Cálculo del valor de la escala. La media aritmética o la mediana de todos los valores de las categorías atribuidos por los diferentes jueces a un ítem señala el valor de escala de este.
- 4 - Selección de ítems. Para la selección de los 20 o 30 ítems que finalmente son elegidos para formar una escala deben contemplarse tres criterios.

a) Los ítems deben cubrir el continuo entero de la actitud y estar a distancias iguales.

- b) De acuerdo con el criterio de ambigüedad, deben eliminarse todos los ítems con un alta varianza
- c) Deben excluirse todos los ítems que no diferenciaran entre personas con actitudes mas o menos positivas, dada su irrelevancia con respecto al consabido objeto de actitud

La escala de intervalos aparentemente iguales de Thurstone fue, en el periodo de su desarrollo, un instrumento revolucionario, ya que ofreció a los investigadores procedimientos técnicos para medir el importante constructo de una actitud sin embargo, este tipo de escala se utiliza muy poco en la investigación actual por tener duda si corresponde a una escala de intervalos, las personas no pueden evaluar la favorabilidad de las afirmaciones de actitud hacia el objeto actitudinal objetivamente, independientemente de sus propias opiniones y además de consumir tiempo y dinero (Hewstone, 1994)

2.2.2.- ESCALA DE GUTTMAN

El procedimiento creado por Guttman (1950 cit. por Diaz, 1992) recibe el nombre de análisis escalogramático, y no consiste en un sistema de creación de escalas, si no que es un requisito adicional que puede comprobarse sobre escalas ya creadas mediante su técnica. Lo fundamental de la técnica es determinar la validez de la suposición ordinal con respecto a un atributo

El autor sostiene que a menos que pueda demostrarse que tanto los objetos como los sujetos pedían ordenarse con respecto a un solo atributo, no existe fundamento para intentar la elaboración de una escala ordinal. La técnica de Guttman (1950), ha alcanzado caracteres en extremo sutiles, presentando los principios básicos que utiliza

El tipo de reactivo que utiliza por lo general pueden contestarse en forma dicotómica aceptar/rechazar, correcto/equivocado, etc. La limitación que impone esta técnica es que solamente deben usarse reactivos que puedan ordenarse en forma consistente con respecto a preferencia o capacidad y también que los sujetos puedan ordenarlos en forma consistente con respecto a estos (Summers, 1985)

Si es posible establecer tal orden, el resultado es que tanto la gente como los estímulos quedan representados en un orden de entrelazamiento. Cada persona queda representada entre dos estímulos el estímulo más elevado en el orden, al que denomina, y el más bajo del orden, al que no denomina (Dawes, 1983)

Existen naturalmente muchas dificultades para establecer semejante escala con reactivos más realistas y con reactivos que no se contesten en forma dicotómica, aunque el concepto básico de esta técnica no es difícil y tienen interés por su énfasis en la prueba de consistencia interna como requisito fundamental que debe satisfacer (Summers, 1985)

2.2.3.- DIFERENCIAL SEMÁNTICO

El Diferencial Semántico es una técnica desarrollada y creada por Osgood en 1957 (cit por Díaz, 1992), que permite medir las reacciones de las personas a palabras y conceptos estímulos, en términos de estimaciones sobre escalas bipolares definidas por adjetivos antónimos (Heise, 1976 cit por Díaz, 1992)

Inicialmente, esta técnica implicaba una serie de limitaciones que se derivaban de las propias teorías de Osgood (1957) sobre el concepto de actitud. Según su teoría, toda actitud se compone de tres factores: Evaluación (E), Potencia (P) y Actividad (A). Estos forman la estructura EPA, y según el autor todo concepto a evaluar posee una saturación en cada uno de los tres, sin embargo, en la actualidad se tiende a emplear la técnica del diferencial semántico simplemente en cuanto que formato propuesto, pero sin respetar la diferenciación de los tres factores.

Cada uno de los factores puede medir una parte de la actitud, y para ello existen pares de adjetivos antónimos que son más adecuados para un factor que para los otros. Así, algunos de los adjetivos idóneos para la dimensión de la evaluación son bonito/feo, bueno/malo, sano/enfermo, etc. Por su parte, algunos de los adjetivos más adecuados para la dimensión de potencia son grande/pequeño, poderoso/impotente, fuerte/débil, etc. Y por último, algunos adjetivos que representan al polo de la actividad son rápido/lento, vivo/muerto, ruidoso/quieto, etc.

La forma de aplicación del test consiste en elegir el reactivo objeto de actitud y en pedir al sujeto que lo evalúe mediante una serie de escalas bipolares de adjetivos antónimos. Los índices que se pueden calcular con la información del diferencial semántico son los siguientes:

- Puntuaciones de factor: para cada factor se calcula una puntuación, que es la media obtenida por el sujeto en todas las escalas de adjetivos que representan dicho factor.
- Polaridad: Indica la actitud general del sujeto o los sujetos.
- Análisis de perfiles: Se trata de hallar la distancia que existe entre dos perfiles, sean de dos sujetos, de dos grupos, o de un sujeto y un grupo.

El diferencial semántico es un instrumento que teóricamente, y según comenta el propio Osgood (1957, cit. por Díaz, 1992), se encuentra libre de influencias culturales. A pesar de no ser cierto del todo esta afirmación, si está comprobada su consistencia en varias culturas. Además, para investigaciones donde el lenguaje es un elemento fundamental, esta técnica es de gran valor.

2.3.- ESCALA LICKERT

Todas las escalas, unas de manera más fácil que otras permiten analizar lo que el sujeto percibe en su relación con el medio ambiente o lo que está visible en su conducta. Perlman (1993), señala que la escala de actitud utilizada con mayor frecuencia tiene su origen en los trabajos de Lickert en 1932. Se le denomina, a veces escala adiccionada y su construcción es sencilla. En este caso no se recaban juicios previos con respecto a los ítems si no que, por el contrario, se reúnen proposiciones que representan aparentemente opiniones positivas o negativas acerca del objeto actitudinal.

En 1932, Lickert informó de un método de construcción de escalas de actitudes al que considero más sencillo y que usaban la votación solamente, el método de 1-2-3-4-5 que se conoce generalmente como el método de Lickert o el método de estimaciones sumatorias.

El método por el cual se elaboro el cuestionario es el de una recopilación de cuestionarios ya antes aplicados, como el de Neumann, Hunter y R. W. George que fueron los más particularmente útiles. En pocos casos fue necesario abreviar y simplificar las preguntas para estar seguro de que solamente se consideraba un asunto y de que se evitaba la ambigüedad. En los casos en que se elaboraron preguntas fue de una manera sencilla, clara y breve (Summers, 1985).

Sin excepción, se presentaron las preguntas de tal forma que permitían “un juicio de valor” y no “juicios descriptivos”.

Si no es que todas, la mayoría de las preguntas tienden a referirse a los deseos, anhelos, disposiciones voluntarias de los sujetos, y no a sus opiniones con respecto a situaciones de hecho. El primer cuestionario que se aplico en diversas Universidades se clasifica en cuatro categorías:

- 1 - Las preguntas se contestaron con un si, con una marca en la pregunta, o con un no
- 2 - Serie de preguntas de selección múltiple en las que se escogeria una de cinco respuestas posibles
- 3 - Serie de proposiciones para ser contestadas con las palabras a) aprobada totalmente, b) aprobada, c) en duda, d) desaprobada, e) desaprobada totalmente
- 4 - Serie de narraciones periódicas abreviadas que concluían en una oracion que describía el resultado de este conflicto

Se le pedía que indicara su respuesta de la misma manera que la categoría anterior, ha este método se le llamo método sigma (Summers, 1985). Después de las criticas con respecto a dicha escala y la dudosa confiabilidad de la misma, se decidió elaborar otra más sencilla y simplificada, el método llamado 1-2-3-4-5.

Esta escala consiste en una serie de afirmaciones (por regla general entre 20 y 30) relativas a un objeto actitudinal (por ejemplo, legislación del divorcio, democracia,

comunismo, psicología, etc) de modo de que la mitad de las mismas son favorables al objeto actitudinal y la otra mitad desfavorables al mismo. La conveniencia de dividir el número de afirmaciones favorables o desfavorables en dos mitades, proviene de la necesidad de que sean evidentes ciertas inclinaciones individuales como por ejemplo, la de condecorar con mayor frecuencia que discordar (Rodríguez, 1995)

Esta escala consiste en asignar valores de 1 al 5 a cada una de las 5 posiciones diferentes de las aseveraciones de 5 puntos (Summers, 1985). Después de asignar así los valores numéricos a las respuestas posibles, se podría determinar la puntuación de cada individuo encontrándose el promedio de los valores numéricos de las posiciones que marco

Existen dos formas básicas de aplicar una escala de Lickert. La primera es de manera autoadministrativa se le entrega la escala al respondiente y este marca respecto cada afirmación, la categoría que mejor describe su reacción o respuesta, es decir marcan sus resultados. La segunda forma es la entrevista, un entrevistador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que este conteste (Hernández, 1991)

Una ventaja de esta escala es que con un menor número de reactivos produce confiabilidades tan altas como las obtenidas por otras escalas. Así mismo la característica más importante de esta escala es el procedimiento de análisis de puntos, el cual se efectúa después que el total de las valoraciones del sujeto ha sido calculado

A parte de lo anterior y de la relativa facilidad de su construcción dicha escala tiene otras dos ventajas: 1) provee una información más precisa sobre el grado de agrado o desagrado y usualmente responden preferiblemente a una respuesta simple de agrado o desagrado, 2) esto es posible por que incluye ítems que en su contenido manifiesto no es obvio con relación a la actitud en cuestión, este es debido a las ramificaciones de una actitud que puede ser explorada (Oppenheim, 1975)

Un aspecto muy importante de esta escala es que asume que los ítems o afirmaciones miden la actitud hacia un único concepto subyacente, si se van a medir actitudes hacia varios objetos, deberá incluirse una escala por objeto aunque se presenten conjuntamente, pero se califican por separado. En cada escala se considera que todos los ítems tienen igual peso

La escala de Lickert es común que se le trabaje como si fuera de intervalo (Hernández, 1991). Por su simple confección y aplicación y por poseer un buen nivel de correlación con otras escalas y criterios de medición, la escala de Lickert es una de las más utilizadas para medir actitudes. Apartir de ello, se enfrenta dos problemas importantes: la confiabilidad y la validez, si uno desconoce la confiabilidad y validez de sus propios datos, poca fe merecen los resultados que se obtengan y las conclusiones extraídas a partir de ellos

El interés por la confiabilidad obedece a la necesidad de tener certeza en la medición y por ende constituirían una amenaza contra la validez, los datos aportados por los instrumentos de medición psicológica contienen errores de medición, del grado en que los contenga, dependerá que la información que produzcan sea confiable

2.4.- CONFIABILIDAD

La confiabilidad se refiere a la precisión de la medición, independientemente de lo que se mide. Todas las mediciones científicas encierran un cierto error accidental (Nunnally, 1970)

Para que los datos obtenidos con diferentes tipos de instrumentos de medición puedan usarse en situaciones prácticas, estos deben satisfacer ciertas condiciones: 1) el instrumento de medida que se usa en un caso y con un propósito dado debe realmente medir el rasgo que se intenta medir, 2) el instrumento debe dar medidas confiables, de manera que se obtengan los mismos resultados al volver a medir el rasgo, bajo mismas condiciones similares del objeto o individuo en cuestión. Los datos deben ser confiables desde dos puntos de vista: deben ser significativos y reproducibles (Magnusson, 1972)

La confiabilidad es la exactitud o precisión de un instrumento de medición, dicho de otro modo, la confiabilidad se puede definir como la carencia relativa de errores de medición de un instrumento (Kerlinger, 1994). Por lo tanto debe establecerse una distinción cuidadosa entre la validez de un test y su confiabilidad, una gran confiabilidad es una condición necesaria, pero no suficiente para una alta validez.

La confiabilidad indica hasta qué punto, con los resultados que se obtienen aplicando un determinado método de medición a ciertas personas, en una situación y un momento dado, se pueden extraer sin peligro generalizaciones sobre la aplicación de esa misma medida del mismo rasgo a las mismas personas, en una situación similar y en otro momento. Si es posible eso con seguridad, puede decirse que la medida es altamente confiable, de lo contrario, debe admitirse que existe un error de medición importante que de algún modo depende de la naturaleza del instrumento de medición o de la forma en que se emplea (Nunnally, 1970)

2.4.1.- COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD

Los problemas de confiabilidad se refieren entonces a la exactitud con que un instrumento de medida, por ejemplo, un test, mide lo que mide. Conociendo su confiabilidad podemos interpretar los datos del instrumento con un grado conocido de confianza.

El grado de acuerdo entre medidas hechas en diferentes ocasiones pueden computarse por medio de los métodos de correlación. El coeficiente de correlación para el acuerdo entre medidas repetidas bajo condiciones similares, constituye el valor numérico de la confiabilidad de los datos que pueden obtenerse con un instrumento dado. Este coeficiente de correlación es llamado *coeficiente de confiabilidad*, y puede tomar valores entre cero y uno, pero no puede ser negativo. Si el instrumento es insensible a los factores debidos al azar, los puntajes del individuo en medidas sucesivas serán idénticos, y sus posiciones a las distribuciones que podemos construir en cada ocasión de medida serán las mismas, por lo que la correlación entre las distribuciones será 1.0. Las medidas que pueden asecerse con tal instrumento son completamente confiables (Magnusson, 1972)

2.4.2.- PUNTAJE OBSERVADO; PUNTAJE VERDADERO; PUNTAJE ERROR

La teoría de la confiabilidad se basa en una suposición, ya representada por Spearman (1910 cit por Magnusson, 1972), que el puntaje t obtenido por un individuo J (esto es, t_J) puede considerarse que esta formado por dos componentes T_J (un puntaje verdadero) y e_J (un puntaje error)

$$t_J = T_J - e_J$$

El rasgo medio por un cierto test de ejecución puede representarse por un continuo latente, que es una escala de capacidad, en la que cada individuo toma cierta posición. La posición de un individuo en esta escala de capacidad determina con una correlación perfecta, pero no lineal, su puntaje verdadero en el test, su posición en una escala de puntajes verdaderos

En la teoría clásica de la confiabilidad, el puntaje verdadero que puede predecirse con completa certeza a partir del continuo latente es el mismo para cada individuo en todos los test verdaderos

Cuando al usar instrumentos equivalentes de medida para estimar los puntajes verdaderos del individuo, obtenemos diferentes valores de cierto rasgo, podemos deducir que son el resultado de la presencia de puntajes error, los cuales pueden ser caracterizados como errores fortuitos o errores al azar. Estos son provocados por la sensibilidad del instrumento a aquellos factores cuyos efectos varían de una ocasión a otra, es decir, factores diferentes que determinan los puntajes verdaderos del individuo, pueden ser factores individuales o factores ambientales. Estos factores cambian de una ocasión de medida a otra y en cierto grado modifican la capacidad de ejecución del individuo.

El puntaje error de un individuo en una medición resulta de la diferencia entre el puntaje observado y el puntaje verdadero

$$e_J = t_J - T_J$$

Algunas propiedades de los errores se definen mediante las siguientes ecuaciones

$$M_e = 0$$

$$r_{ee} = 0$$

$$r_{eT} = 0$$

Los investigadores, por lo común, no están interesados en que tan bien podría predecirse una medida si esta fuera confiable, sino qué tan bien se predice en realidad

Hasta ahora se ha hecho una exposición teórica general de la confiabilidad, enseguida se mencionarán formas concretas de medir a esta, dividiéndolas en dos clases: 1) medidas de estabilidad y 2) medidas de equivalencia (Magnusson, 1972).

- Medidas de estabilidad. La puntuación de una persona en una escala de actitud puede variar de una medición a otra, el sujeto puede distraerse momentáneamente, entender equivocadamente el significado de un reactivo. Todas estas fuentes de error contribuirán

a la falta de confiabilidad de una escala de actitud. Aquí, el problema consiste en cómo evaluar la cantidad de no confiabilidad de las medidas tomadas. Una manera muy popular de evaluarla consiste en correlacionar las respuestas de las personas, en una ocasión, con sus respuestas dadas en otra ocasión posterior. La confiabilidad evaluada correlacionando una medida a través del tiempo se llama *medida de estabilidad* o confiabilidad de *test-retest*.

- Medidas de equivalencia. Se supone que cuando se juntan varios reactivos en una misma escala, estos miden la misma actitud básica. En este sentido, cada reactivo puede considerarse como una medida de la actitud. El primer tipo de medidas de equivalencia que aparecieron fueron los métodos de *división de mitades*. En el método de división de mitades, se divide el número total de reactivos por la mitad y las mitades se correlacionan para obtener una estimación de la confiabilidad.

Otro método de equivalencia se basa en la correlación de formas paralelas basadas cada una en datos recogidos, el uso de formas paralelas está limitado solo por la dificultad de construir las (Summers, 1985).

La confiabilidad de una prueba es importante para su interpretación si no se tiene seguridad en los resultados de la medición de las variables, es imposible precisar con confianza las relaciones de las variables. En efecto, una de las metas de la ciencia es descubrir dichas relaciones. Tal tarea se torna ardua y sutil, ya que la medición inconfiable está sobrecargada de errores. El hecho de que el coeficiente de correlación entre dos variables sea bajo se debe a que una o ambas medidas son poco confiables.

La confiabilidad es en extremo importante, si bien no constituye el aspecto esencial de la medición. En cierto modo, se parece al problema del dinero: su ausencia representa un verdadero problema. Un alto grado de confiabilidad no garantiza que se obtendrán buenos resultados científicos, pero no puede haberlo sin ella. En síntesis, la confiabilidad es una condición necesaria, pero no suficiente, del valor de los resultados de la investigación y de su interpretación (Kerlinger, 1994).

2.5.- VALIDEZ

La medición de actitudes, en cualquiera de sus formas, implica tomar en cuenta su adecuación con respecto a la confiabilidad y a la validez, vale decir, el grado de consistencia de una medida y su aptitud para medir lo que se supone debe medir. Otras dificultades que se presentan son las vinculadas con la parcialidad en la formación de la pregunta, el orden de sucesión de los ítems dentro del formato de la escala de actitud o de los cuestionarios, y el efecto del investigador.

El término "validez" denota la utilidad científica de un instrumento de medida, el cual puede establecer ampliamente qué tan bien mide lo que pretende medir (Nunnally, 1995).

La validez es un tema complejo, controvertido y particularmente importante en la investigación de la conducta. En él se pone en tela de juicio, quizás más que en ninguna otra parte la naturaleza de la realidad. Es posible estudiar la confiabilidad sin investigar el significado de las variables, pero no podemos examinar la validez sin estudiar, tarde o temprano, la naturaleza y el significado de nuestras variables (Kerlinger, 1994)

En términos generales, la validez se refiere al grado en que un instrumento mide las variables que pretende medir. Es decir, la exactitud con que puedan hacerse medidas significativas y adecuadas con él.

Una fase de importancia esencial en el establecimiento de un instrumento de medición consiste en averiguar si este es útil para algún propósito o no lo es. Esta fase se conoce generalmente como la determinación de la validez de un instrumento (Nunnally, 1970). Validar un instrumento es establecer una regla de correspondencia entre éste y un concepto teórico (Mercado, 1991).

La validación requiere siempre investigaciones empíricas y el tipo de datos necesarios para ello depende de la clase de validez. La primera es una cuestión de grado y la segunda es un proceso continuo.

Para medir variables psicológicas es necesario probar empíricamente que el instrumento es válido en todos los casos. Cuando se estima la validez, rara vez se tiene acceso a los criterios que sean expresiones confiables y válidas de la variable criterio, no siempre se logra esperar que el coeficiente de validez de una expresión exacta de la validez del test. Todos los coeficientes de validez deben juzgarse a la luz del criterio que se ha usado (Magnusson, 1972).

Según Bustos (1996), tal como ocurre en la elaboración de los test psicológicos es necesario establecer empíricamente si la escala está midiendo lo que pretende medir (*validez*) y si lo está haciendo de manera consistente (*confiabilidad*).

La definición más común de la validez está resumida por la pregunta, ¿Sé esta midiendo lo que se piensa lo que sé esta midiendo? Si es así, su medida es válida, si no lo es. El énfasis de esta pregunta se da en lo que sé esta midiendo. Por tanto, la validez en los cuestionarios es la correspondencia entre las variables, los indicadores, las definiciones y las operaciones de estos. Es decir, la validez interpreta la relación lógica entre las definiciones y las construcciones (ítems, afirmaciones, preguntas, etc.) (Nadelsticher, 1983).

Existen diversos tipos de validez de acuerdo a diferentes autores como la de Kerlinger (1994), Nunnally (1970) y Summers (1985) quienes mencionan la clasificación que da el comité de la Asociación Estadounidense de Psicología, de la Asociación Estadounidense de Investigación Educativa y del Consejo Nacional de Mediciones siendo las más necesarias, la validez de constructo y la validez de contenido.

2.5.1.- VALIDEZ DE CONSTRUCTO

El punto importante acerca de la validez, es su interés por la teoría de las construcciones teóricas y las investigaciones científicas de carácter empírico que supone la comprobación de las posibles relaciones (Kerlinger, 1994)

La validez de constructo es un problema semántico, donde se deben de especificar el significado de los términos con respecto a hechos empíricos Poper (1974 cit por Kerlinger, 1994), afirma que *“los datos tan solo proporcionan una inspiración inicial para la concepción de una teoría, no una base empírica para el proceso lógico de la generalización por inducción”* Es decir que el empleo único de datos no nos proporciona una validez, sino que es el constructo teórico la base que sustenta al instrumento

La validez de constructo o de concepto se utiliza generalmente cuando no existe un criterio externo claro y evidente en la interpretación (Nadelsticher, 1983)

El investigador generalmente comienza con las construcciones hipotéticas o con las variables que forman parte de las relaciones (Kerlinger, 1994)

Un constructo es una variable medida y que tiene lugar dentro de la teoría o esquema teórico El análisis factorial probablemente es el método más poderoso que se conoce para la validación de construcciones hipotéticas Es una técnica que consiste en reducir un gran número de mediciones a un número menor llamado factor, mediante el descubrimiento de aquellas que *“van juntas”* (es decir, las que miden las mismas cosas) y de las relaciones que existen entre estas agrupaciones (Hernández, 1991)

La validez de constructo es uno de los progresos científicos más significativos de la teoría moderna de la medición. Es un progreso significativo por que vincula las nociones y prácticas psicométricas con las nociones teóricas

Se puede ver que la validación de constructo y la investigación científica empírica están estrechamente ahadas No se trata solo de validar una prueba Se debe tratar de validar la teoría que fundamenta la prueba Cronbach, dice que existe tres partes para la validación de constructo indicar lo que quizá expliquen los constructos acerca del desempeño de la prueba, derivar hipótesis a partir de la teoría en la cual esta incluido el constructo y probar las hipótesis de forma empírica (Cronbach, 1970 cit por Kerlinger, 1994)

Existen dentro de la validez de constructo tres etapas segun Hernández (1991)

- 1 -Se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos (sobre la base del marco teórico)
- 2 -Se correlacionan ambos conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación.
- 3 -Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo a qué tanto clarifica la validez de constructo de una medición en particular

El proceso de validación de un constructo está vinculado con la teoría. No es posible llevar a cabo la validación de constructo a menos que exista un marco teórico que soporte a la variable en relación con otras variables. Desde luego no es necesario una teoría sumamente desarrollada, pero si investigaciones que hayan demostrado que los conceptos están relacionados. Entre más elaborado y comprobado se encuentre el marco teórico que apoya la hipótesis, la validación del constructo puede arrojar mayor luz sobre la validez de un instrumento de medición.

El aspecto significativo acerca de la validez de constructo que la segrega de otros tipos de validez es su preocupación por la teoría, los constructos teóricos y la investigación científica empírica que implica la prueba de las relaciones hipotetizadas. La validación de constructo en la medición contrasta de manera aguda con los enfoques que definen la validez de una medida sobre todo a través de su éxito para predecir un criterio (Hernández, 1991).

2.5.2.- VALIDEZ DE CONTENIDO

Este tipo de validez se determina por el grado en que la muestra de ítems del test es representativa de la población total. A diferencia de la validez productiva o concurrente, la validez de contenido no puede expresarse por un coeficiente de validez (Magnusson, 1972). Para saber si el instrumento tiene validez de contenido, se debe establecer si abarca adecuadamente los aspectos importantes de la conducta que se quiere medir.

La validez de contenido es la representatividad o adecuación muestral del contenido, la sustancia, los temas del asunto de medición. La validez de contenido es, esencialmente, un juicio. Solo o con otros, uno enjuicia la representatividad de los reactivos (Kerlinger, 1994).

Por contenido se entiende las áreas, temas, subtemas, preguntas, reactivos, ítems, afirmaciones y tópicos de un instrumento.

La validez de contenido, se lleva a cabo bajo un proceso el cual consta de cuatro fases (Díaz-Guerrero, 1981)

- 1 - Fase exploratoria.
- 2 - Fase de construcción
- 3 - Fase de piloteo
- 4 - Fase de aplicación final

La validación de contenido, entonces, es básicamente es una cuestión de juicio. Deben estudiarse los reactivos de una prueba y ponderar cada uno de ellos de acuerdo con su representatividad supuesta del universo. Esto significa que cada reactivo debe ser juzgado con base a su relevancia presumida respecto de la propiedad que se está midiendo, lo cual no es una tarea sencilla. Por lo común, otros jueces "competentes" deben juzgar el contenido de los reactivos. El universo del contenido debe, de ser posible, definirse con claridad, es decir

se debe proporcionar a los jueces instrucciones específicas para hacer juicios, así como especificaciones acerca de lo que se está juzgando (Kerlinger, 1994)

Se puede mencionar, que la forma más práctica de medir validez de contenido sería a través de calificar cada ítem con valores escalares y rangos intercuartiles una vez que han sido presentados a distintos jueces y los cuales hayan seleccionado aquellos ítems que a su criterio y juicio personal, deberían estar en el instrumento final

La validez de contenido es compleja de obtener. Primero, es necesario revisar cómo ha sido utilizada la variable por otros investigadores. Y en base a dicha revisión elaborar una revisión de ítems posibles para poder medir las variables y sus dimensiones. Posteriormente, se consulta con investigadores familiarizados con la variable para ver si el universo es exhaustivo

Se seleccionan los ítems bajo una cuidadosa evaluación. Y si la variable tiene diversas dimensiones o facetas que la componen, se extrae una muestra probabilística de ítems. Se administran los ítems, se correlacionan las puntuaciones de los ítems entre sí y se hacen estimaciones estadísticas para ver si la muestra es representativa. Para calcular la validez de contenido son necesarios varios coeficientes (Hernández, 1991)

En toda investigación, la medición representa la seguridad de obtener los resultados que avalen las inferencias que se realicen ante el objeto de estudio que interesa, de tal manera, que sin la medición los juicios o afirmaciones carecerían de veracidad en la investigación. En este caso, para conocer la actitud que el médico mantiene hacia la atención médica, requirió técnicas de medición sobre actitudes, existen diversos tipos de escalas para medir a estas, como la escala de Guttman, Thurstone, Diferencial Semántico etc

La escala Lickert por la sencillez que representa su elaboración, confiabilidad y costo utilizó y elaboró con el objetivo de conocer la actitud antes mencionada, el intentar medir una actitud con este tipo de instrumentos o cualquier otro, forzosamente requiere en su proceso de dos conceptos clave: confiabilidad y validez

La confiabilidad indica hasta qué punto el instrumento tiene la estabilidad y equivalencia del concepto a medir, la validez muestra la precisión que necesita el mismo para medir lo que pretende medir, tomar en cuenta estos puntos, dará al instrumento la validación necesaria para ser confiable y obtener resultados seguros. De ahí la importancia de la medición, ya que las aportaciones o sugerencias que logren plantearse, para ofrecer una atención médica adecuada dependerá de una correcta elaboración del instrumento

Capítulo 3

Atención Médica

3.1.- QUÉ ES ATENCIÓN MÉDICA.

Al igual que el aire que se respira, la salud es difícil de definir. Los médicos tienden a considerarla como la ausencia de enfermedad, la Organización Mundial de la Salud la describe más bien como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social*”. La salud es un proceso dinámico que cuenta con estímulos y repuestas siempre cambiantes, puede considerarse como una serie de complejas interacciones entre el individuo y su ambiente. Si prevalece un estado de equilibrio, lo cual es satisfactorio para el individuo, no se considera enfermo él mismo.

La salud es el producto de equilibrios muy complejos. La atención médica implica una respuesta a esta complicada situación, la atención médica es el contacto primero o más cercano entre el individuo y el servicio de atención médica. Pritchard (1982), dice que este servicio ha evolucionado, primordialmente como un medio de satisfacer las demandas de los individuos cuando se sienten enfermos. Así, tradicionalmente el servicio ha puesto mayor atención a los desequilibrios que surgen de riesgos y enfermedades ambientales, pero en la actualidad existe conciencia de que muchos “*padecimientos*”, no enfermedades, resultan de las tensiones sociales y culturales, mismas que no pueden comprender o influir los equipos de atención médica.

Para Fajardo (1989), se entiende por atención médica todas aquellas acciones de profesionales, técnicos y personal auxiliar de la salud que, actuando sobre las personas en forma directa, promueven la salud, la prevención de las enfermedades, la curación de los padecimientos y la rehabilitación integral.

Por otro lado Alvarez (1991), dice que la atención médica es de hecho el fundamento de las diversas estrategias que actualmente se aplican en la atención, dicho concepto incluye diversas modalidades o formas de aplicar la medicina que es precisamente las que le dan su carácter de integralidad. Así dicho autor considera:

- La aplicación de actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras
- La atención de problemas de salud físicos, mentales y sociales
- El cuidado de todo el grupo familiar
- El trabajo en equipo
- La atención médica jerarquizada, progresiva y continuada
- El saneamiento ambiental y la proyección hacia la comunidad, promoviendo la Participación activa de la misma

La búsqueda de una definición de lo que es la calidad puede atinadamente empezarse por lo que es quizá el módulo más simple y completo de la atención. Donabedian (1984), lo define como “*el tratamiento que proporciona un médico, o cualquier otro profesional individual, a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado*”.

De la misma manera el mismo autor, divide en tres aspectos dicha atención el técnico, el interpersonal y las amenidades

- 1 La atención técnica es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina
- 2 La segunda va acompañado de la interacción social y económica entre el cliente y el facultativo, la terminología empleada no es, por supuesto, tan importante como el acuerdo general acerca de la utilidad de distinguir entre estos dos aspectos de la atención, estos están interrelacionados entre sí y llega a ser difícil hacer una distinción entre ambos
- 3 El último aspecto (amenidades) puede describirse con características tales como cordialidad, privacidad, cortesía, aceptabilidad, etc. En cierto modo, las amenidades son parte de los aspectos más íntimos de los lugares en los que se presta atención médica

De esta forma, la atención existe para satisfacer las necesidades sanitarias de la sociedad, y aunque esta, evoluciona vertiginosamente las necesidades sanitarias y sus expectativas, los servicios médicos son parte de la sociedad y por lo tanto están incluidos en el cambio general, modificándose con celeridad debido al progreso tecnológico y a la superación profesional en este caso en las instituciones públicas de salud (Pritchard, 1982)

3.1.1.- ÁREAS Y OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

Para llegar a las finalidades que abarca el concepto moderno de la atención médica, hay que organizar amplios servicios de salud de la persona, y, en consecuencia, de la colectividad (Fajardo 1972).

Por ello se realizan diversas áreas que protegen, fomentan y restablezcan la salud del individuo y, en consecuencia, de la colectividad, de tal modo dentro de las funciones de la atención médica son las siguientes a) promoción de la salud, b) protección específica, c) educación, d) investigación, e) legislación, y f) administración (Fajardo, 1989)

La complejidad de la administración de la atención médica depende de la naturaleza de sus servicios, de acuerdo con Fajardo (1972), algunos de ellos están limitados en extensión, mientras que otros son profundos y amplios. Cualquiera que sean, los servicios de atención Pritchard (1982) da los siguientes componentes o áreas

a) Conservación de la salud.

El conservarse saludable representa un aspecto importantísimo de la hazaña de vivir y diferentes individuos la consideran de maneras tan distintas que su descripción es un desafío. Las mínimas necesidades son una buena base nutricional, un adecuado nivel de actividad corporal y cerebral, satisfactorias relaciones familiares en el hogar, razonable cuidado y conservación del cuerpo con el objeto de que no reciba una lesión indebida y la capacidad de adaptarse a la tensión y de mantener las ansiedades dentro de límites tolerables. Los profesionales médicos, mediante el conocimiento de este proceso, pueden ayudar a

través del ejemplo y la educación, sin embargo son extremadamente importantes las clases sociales y los patrones sociales que afectan las actitudes y las emociones

b) Prevención de enfermedades.

Esta área se superpone con la conservación de la salud, pero generalmente esta interesada en proyectos más específicos, como la prevención de accidentes, la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, la selección de programas oftálmicos, auditivos, oncológicos y sobre la tuberculosis y en garantizar la pureza del agua y de los alimentos ¿En estos servicios existe una injerencia técnica, médica y no médica, pero aun la educación y la motivación son de la mayor importancia?

c) Diagnóstico y tratamiento

Esta es la principal área de interés para el médico familiar, aún cuando al igual que el doctor de hospitales se apoya en la ayuda recibida por el personal de enfermería y técnico

d) Rehabilitación.

El mejorarse no es únicamente estar curado de una enfermedad. A menos que el paciente pueda regresar a su función normal o que pueda adaptarse adecuadamente para superar una disminución en la misma, no se le considera curado. La mejora implica un retorno normal a las actividades físicas y sociales y esto es más bien de actitud mental que de ciencias físicas, en la atención médica básica debe considerarse al paciente como un todo en su contexto social.

e) Certificación.

Por ley esta obligación recae en el médico. Está obligado a suministrar certificados de incapacidad para trabajar, incapacidad para formar parte de un jurado e incapacidad para participar en otras diversas actividades que las personas les gustaría evitar, además al término de la existencia tiene que cerrar el capítulo mediante la certificación del fallecimiento

De acuerdo a los puntos anteriores, una buena atención médica a una comunidad debe reunir los siguientes requisitos: 1) Igualdad. Todas las personas tienen derecho a la misma atención médica, sin limitaciones por razones de orden político, social, económico o religioso; 2) Calidad. La atención médica debe ser de acuerdo al adelanto científico y al grado de desarrollo del medio, estos es, debe haber una tecnología apropiada. 3) Integral. El servicio de médico debe atender los aspectos de protección de la salud, prevención de padecimientos, atención curativa y rehabilitación. y 4) Oportunidad y accesibilidad. Los recursos de atención médica deben estar disponibles en el momento en que sean necesarios

Elementalmente, se puede decir, que la atención médica básica, está tratando de satisfacer las demandas ya mencionadas Morrel (1973, cit por Pritchard, 1982) describen cuatro objetivos de un servicio de atención médica y que se describen a continuación

- 1 Debe ser accesible a toda la población
- 2 Debe ser aceptable por la población
- 3 Debe identificar aquellas necesidades médicas de la población que puedan prevenirse, modificarse o curarse
- 4 Deberá utilizar al máximo el potencial humano y los recursos para satisfacer las necesidades médicas de la población

Independientemente del beneficio directo que la atención proporciona en los programas de salud, otro de los objetivos es, contribuir mediante el diagnóstico correcto y oportuno, a la realización de estudios epidemiológicos y al conocimiento más completo de la situación de salud existente. Además, la atención médica curativa tiene un contenido preventivo, cualquiera que sea el padecimiento de que se trate en las crónicas, evita las complicaciones y la invalidez, en las enfermedades transmisibles impide o limita la diseminación

La atención médica para ser mas eficiente se debe proporcionar en forma escalonada y regionalizada, es decir, en los tres niveles conocidos (Medicina Familiar, Hospitales y Especialidades) y con coordinación técnico-administrativa entre ellos. Ya sea que se realice en forma organizada por el personal de salud, o que la lleve a cabo el medico privado en su labor profesional, constituye un elemento importante dentro de los objetivos del programa de salud pública (Alvarez, 1991)

3.1.2.- ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

La organización puede conceptuarse como la etapa donde se fijan obligaciones a individuos o a grupos de personas y donde se señalan las relaciones entre todas las actividades y la autoridad con el objeto de llegar a una meta específica, su esencia es la coordinación. La organización no es un fin en sí misma sino un medio para un proposito

De acuerdo con Fajardo (1989), en cualquier organización médica deben estudiarse división del trabajo, departamentación, organigramas, organización formal (lineal, funcional o "staff" y lineal funcional o "lineal staff"), organización informal, organización matricial, comités y coordinación

De tal modo la organización es la determinación de las funciones y actividades necesarias para cumplir los objetivos, la especificación del tipo y número de personas que las van a realizar, las técnicas o procedimientos a utilizar y los mecanismos de supervisión (control) que se aplicarán. Una vez planteadas, a parecer de Alvarez (1991), deben tener realismo, factibilidad y eficacia

La administración como ciencia, ha establecido principios que orientan la organización Ellos son

- a) Autoridad Es el derecho de requerir acciones a los demás pero siempre debe corresponder a la responsabilidad, la cual significa responder a las actividades designadas La autoridad puede ser delegada, la responsabilidad no
- b) Delegación Es la acción por la cual se confiere a una persona una facultad o jurisdicción de acuerdo con su cargo, de manera que ejerza dicha facultad en representación de quien se la confirió
- c) Jefatura Implica autoridad La tiene el jefe superior, las tienen los jefes intermedios a quienes se les ha delegado y que deben aceptar la responsabilidad inherente a la autoridad recibida
- d) La asignación, integración y definición de funciones proceden del jefe superior con la colaboración de los jefes intermedios, y se ejercen a través de éstos, por el personal aplicativo
- e) El "proceso escalonado" tiene una connotación funcional y dinámica. no debe confundirse con la simple representación gráfica de la estructura de la organización

Debe precisarse que la organización no es un fin, sino un medio El fin es el objetivo que se pretende alcanzar Para conseguir este es necesario que se establezca y se promueva una relación y coordinación efectiva entre las actividades entre los diversos grupos que constituyen la organización (Álvarez, 1991)

La organización para incorporar el cambio requiere de la elaboración previa de los documentos o instrumentos de administración, como instructivos y diagramas de flujo, para que el personal involucrado en este cambio perciba con claridad las características del mismo y sus finalidades, asumiendo las responsabilidades que a cada cual le compete (Dirección de Prestaciones Médicas, 1997)

De tal manera y por las condiciones expuestas, esta forma de organización debe adaptarse a las condiciones cambiantes, para lo cual debe mantener suficiente estabilidad para funcionar satisfactoriamente y no obstante permitirse a sí misma el volverse estática, ultraconservadora o abstraerse de la necesidad de adaptarse a las nuevas condiciones, para lo cual debe mantenerse un equilibrio dinámico entre la estabilidad-continuidad y adaptación-innovación.

Es a través del modelo moderno de atención a la salud, enfocado a la atención integral del paciente utilizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se lleva a cabo el presente proyecto, la organización se hace procesal y sistemática, pues el conjunto de sus elementos, propiedades y relaciones, se integra en un todo y en ello el médico juega un papel muy importante como integrador, ya que dirige el proceso central, mismo en el que confluyen todas las actividades del equipo de salud, las que están entrelazadas y son interdependientes, para lograr los objetivos y orientar los cambios en beneficio de los usuarios externos e internos mediante la utilización óptima de los recursos (Reunión Nacional de Atención Médica, 1994)

El funcionamiento de la organización depende del personal en este caso, de atención a la salud, su calidad y cantidad deben guardar una estricta correspondencia en lo que se refiere a su actividad, los trabajadores a su vez, requieren de la conducción y vigilancia, así como de la observación continua y cuidadosa del directivo del personal y al mismo tiempo, requieren que este les solución

Desde el punto de vista organizacional, dentro del contexto de la administración de la calidad y en el desarrollo de los procesos para la mejora continua, el propósito didáctico deberá ser siempre un propósito transformador, que a través de procesos educativos favorezca en los integrantes de determinado subsistema la adquisición y el fortalecimiento de conocimientos, el incremento y el desarrollo de habilidades y destrezas y la estructuración y la consolidación de un marco de valores orientados de manera consciente, razonada y motivada hacia un desempeño operativo cotidiano, concordante con la búsqueda perseverante de una mayor funcionalidad, eficacia y efectividad de los elementos operativos en las unidades, siendo el paciente y su familia los clientes a satisfacer, puesto que son la razón de ser del instituto

3.2.- RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

La relación entre médico y paciente ha tenido una importancia fundamental, tanto para efectos de identificación de la enfermedad, como para el establecimiento de un diagnóstico y pronóstico confiable. Los modelos de análisis desde los cuales se estudia la relación entre estos son variados y a veces controvertidos, ya que toman en consideración aspectos inherentes a la interacción de dos personajes, donde se dan lugar una serie de confrontaciones que van más allá del encuentro entre ellos

Según Lain (1970), bajo una perspectiva humanista, se caracteriza como una relación estrecha con el paciente que permite al médico conocerlo a fondo. En la concepción de Menéndez (1985), se plantea que en ese encuentro se personifican simbolismos estereotipados de la jerarquía profesional y el paciente que acude por ayuda a la cual se le confiere un papel pasivo

En el modelo de medicina institucional (Rivero, 1979), la acción individual de la relación es limitada, el médico representa al sector del poder y el consultante personifica la representación de una enfermedad y la posibilidad de confrontación profesional con base en los recursos de una infraestructura gubernamental y administrativa

De forma general, la relación entre dos personas puede adoptar diversas modalidades, desde el abrazo amistoso y la conversación efusiva, hasta la mutua agresión, sin soslayar la simple mirada desdenosa e indiferente. Sin embargo, puede decirse que hay dos formas centrales de relación interhumana: una de tipo objetivo y otra de auténtica relación interpersonal. En la primera, alguno de los dos sujetos intenta convertir al otro en

puro objeto, en forma intencional, el otro queda reducido a ser cosa, carente de libertad personal y de fines propios

En la relación interpersonal, un objeto trata al otro conforme a lo que él es en sí mismo, considerándose y tratándose como seres a cuya realidad individual pertenecen en la vida, la intimidad, la inteligencia y la capacidad de apropiación (Lain, 1983)

Anteriormente, el enfermo era para el médico objeto de contemplación cognoscitiva y manipulación terapéutica. Existe un consenso de que convertir programáticamente al paciente en puro objeto, es mutilar y degradar la plenitud de la condición humana. En consecuencia, puesto que el paciente es un ser humano, la relación entre él y el médico debe ser interpersonal.

La comprensión del paciente como persona es el objetivo de la relación de carácter interpersonal que el médico debe establecer con este durante la consulta. La comprensión y el conocimiento científico aunados hacen de toda acción y decisión médica un acto orientado a ayudar médicamente a una persona que vive un problema de salud (Martínez, 1979)

La experiencia clínica demuestra que la relación médico-paciente se obtiene en una atmósfera distinguida, donde se deje hablar libremente al paciente y se le permita expresar en sus palabras, con su orden y desde su punto de vista. Del mismo modo la conversación con él, está avalada por la práctica a través del tiempo y constituye un instrumento insustituible que enfrenta a dos personas con sus respectivos sistemas de valores, requiere calor emocional y sinceridad ya que la forma de decir las cosas y el término usado puede tener connotaciones a veces insospechadas por él, lo cual obliga a entender el mensaje oculto, el marco de referencia emocional del paciente, y esto sólo es posible si está precedida de la confianza (Schuffel, 1976)

A menudo los médicos no están conscientes de las necesidades de sus pacientes y en algunos casos es él, el que interrumpe y altera el curso de la conversación, con el fin de guiar la atención del paciente exclusivamente sobre su enfermedad. Esto, en gran parte, conlleva a una mala organización en el primer contacto, que se traduce en la incompreensión por ambas partes. Por otro lado, el distanciamiento en el trato, la subestimación en el contacto corporal (darse la mano), la falta de amabilidad y simpatía, son fuentes indiscutibles de interferencia de la comunicación sin la cual ambos se sentirán defraudados (Muller, 1974)

No obstante, existen pacientes que prefieren dar rienda suelta a la información, sin que se les pregunte, proporcionando el intercambio de opiniones donde, al parecer, el médico que habla poco, suele producir decepción al mostrar una actitud que puede calificarse de desinterés por el paciente. En el primer caso son mayores las posibilidades de establecer lazos adecuados de comunicación. El modelo de Lain (1983), recurre al diálogo anamnésico del paciente, constituido de expresiones paraverbales, verbales y silencios. En el principio, el comportamiento de este refleja importantes patrones de conducta y constituye por sí mismo una importante fuente de datos. De aquí que el médico deba ser un observador sensible para percibir las reacciones que se manifiestan durante su interacción con él.

Cuando el enfermo habla al médico le notifica algo y le persuade, a la vez recibe compañía y logra tranquilidad a través de una función catártica. Esta anamnesis debe ser valorada en cuanto a la realidad del paciente por el médico, así mismo, hay en el primero silencios significativos por algo que le es penoso manifestar abiertamente o por que existe algún conflicto emocional. El médico al preguntar cuál es la causa real del silencio, aprovecha esta situación en beneficio de este.

El médico al hablar concede compañía, procurará que sus palabras al enfermo lo nombren expresamente, para que las sienta dirigidas a él. Lo impersonal debe ser excluido de la relación entre ambos, la comunicación es un aspecto fundamentalmente básico en la relación médico-paciente, además de contribuir como un elemento terapéutico, contribuye y se dirige a buscar la participación de este en su tratamiento, pues la falta de información y comunicación colocaría al paciente en una situación pasiva y desventajosa, que le llevaría a crear dependencia hacia el médico y un comportamiento inadecuado que limitaría el proceso de recuperación o el de la curación, debido a la ausencia de información orientadora de su conducta (Pérez, 1986).

Otro punto importante dentro de la relación entre médico y paciente, es la transferencia, esta es el resultado de la relación entre ambos, y radica en la conducción que el médico logra del flujo emocional del otro hacia sí mismo. Por tanto el que se dé alguna relación afectiva puede depender, en gran medida, del tiempo no sólo del que la relación en sí misma dura y en el que se lleva a cabo el tratamiento, si no además del espacio que se dedica a cada uno de los pacientes. Si el tiempo es corto no se da la relación, cuanto más fugaz es la entrevista más agresión-frustración se desarrolla y por ende mayor es el nivel de conflicto.

En esta relación la transferencia es un trasplante que el paciente efectúa hacia el médico en sus sentimientos y actitudes, amistades hostiles y ambivalentes que abriga en etapas tempranas respecto a las figuras parentales o con referencia a otra persona que tuvo un papel importante en su vida. De esta forma el paciente reacciona ante el médico como si se tratará de la persona que originalmente provocó tales sentimientos y actitudes (Kolb, 1976).

Así mismo, la contratransferencia representa una orientación defensiva del médico con relación al paciente. Se sugiere que ésta hace su aparición cuando se angustia a causa del paciente, cuando tiene sentimientos e ideas de lo que una investigación terapéutica pueda suscitar en él, y cuando sus deseos de evitar la angustia y sus raíces dinámicas le obligan a adoptar actitudes defensivas. Estas a su vez dificultan su auténtica comprensión terapéutica del paciente.

En términos generales, la contratransferencia se considera como una manifestación de la renuncia del terapeuta a saber y descubrir algo acerca de sí mismo y de que sigan enterrados conflictos sin resolver. Estas reacciones tienen el valor de un mensaje de importancia y si se examinan cuidadosamente, arrojarán luz sobre las defensas dinámicas del paciente.

La contrarreferencia es responsable de muchos errores y fracasos en la relación médico-paciente, al estar formada por actitudes negativas del médico hacia el paciente, tales como la ira, la impaciencia o el resentimiento. También pueden presentarse en el médico emociones positivas hacia el paciente, por ejemplo, amor, deseo sexual, etc (Kolb, 1976)

Resulta claro que cuando el paciente mantiene con el médico una relación auténtica de estimación y confianza es posible establecer un trato adecuado. En contraste, cuando predominan actitudes negativas por ambas partes, es probable que en cuanto al paciente, éste olvide los medicamentos, abandone la dieta y se aferre a sus síntomas, por otro lado el médico, se inclinan por ignorarlos, perdiendo así la oportunidad de aprovechar estos factores psicológicos en beneficio de mejorar la relación entre ambos.

Aunque esta situación puede ser culpable del fracaso en la relación médico-paciente, un médico hábil puede darle un buen uso, al tratar de desentrenar el significado de su actitud hacia el paciente y llegar a conocer así lo que expresa su conducta y lo que representan.

En el caso de la medicina institucional y en particular en el IMSS, que para efectos del presente trabajo es donde se lleva a cabo esta investigación, transforma la clásica relación médico-paciente, modificando la acción individual, ya que esta es necesariamente limitada. Desigual en su ejercicio, puesto que depende de la preparación individual de un sujeto (médico) y aún de su habilidad y madurez personal, variará según estas características de los sujetos que la ejerzan, estará supeditada a la capacidad que dichos sujetos para establecer una adecuada relación médico-paciente. Para que esta situación tenga franca efectividad es necesario que acepte la necesidad y se ofrezca dicha relación. Es posible detectar algunos problemas que la obstaculizan, algunos de ellos se pueden generar debido a que el enfermo no a elegido a su médico y el médico tiene que aceptar a todos los pacientes que le son asignados.

En lo relativo a la atención médica, el primer contacto que establece una persona al acudir a la institución, lo realiza con el médico familiar, quien tiene la posibilidad de establecer una estrecha relación debido al contacto con sus aspectos personales, familiares y sociales. La existencia del médico general resulta considerablemente necesaria y de gran utilidad en la sociedad. Resultando así, ser un modelo profesionalmente completo y competente, es el médico más importante y útil para los requerimientos y necesidades de la institución (Jimich, 1986).

Sería ideal que el médico familiar identificara y manejara aspectos psicológicos, pues sería en beneficio del paciente como de la institución, ya que se podrá optimizar los recursos humanos y técnicos de que se dispone para mejorar el servicio y como premisa fundamental, en el paciente no se generará un padecimiento crónico. La atribución al médico familiar de la responsabilidad de la atención de la medicina familiar se manifiesta en el hecho de que es el profesional encargado de atender a todos los miembros del núcleo familiar y que constituye la base o la referencia en que el médico debe circunscribir la atención brindada en un momento determinado a un miembro de ese grupo.

La crisis de la sociedad contemporánea y el alto costo de la vida, se han manifestado repercutiendo en los servicios de salud institucionales en general, el caso del IMSS no es la excepción. Han aumentado los índices de cobertura a una población que generalmente no acudía a solicitar servicio, ya que lo hacía en forma privada, para evitar la atención generalizada. Todo ello a propiciado que se refleje este fenómeno en un punto álgido como lo es el primer contacto que el paciente tiene con la institución, el médico familiar.

La resultante ha sido, un aumento considerable en el número de pacientes que tiene que atender en un tiempo relativamente corto, con lo cuál la relación entre el médico y el paciente se ha restringido a una circunstancia que más bien puede ser analizada bajo lineamientos administrativos que profesionales o médico-humanitarios. Este deterioro en la calidad de los servicios de atención se ve reflejado en varios elementos por considerar el poco tiempo dedicado a los pacientes, la poca exploración para la elaboración del historial clínico del paciente, los requerimientos de otras técnicas de apoyo como lo son los análisis de laboratorio, el interrogatorio por sí mismo, etc. Lo que se traduce, no solo en una apreciación subjetiva del paciente del deterioro de los servicios médicos, sino en cuanto a la auto percepción del mismo médico como profesional de la salud.

3.3.- SALUD PÚBLICA Y ESTRATEGIAS ACTUALES

Las reformas que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha emprendido para mantener su vigencia como instrumento fundamental de la seguridad social, representa para la Dirección General retos sin precedentes, entre los que sobresalen

Ampliar la cobertura de atención, mejorar la calidad de los servicios, hacer mas accesibles a la población los servicios médicos, hacer eficiente la asignación de recursos, favorecer el desarrollo organizacional que asegure la eficiencia técnica y la calidad, fortalecer el desarrollo del personal, de los sistemas de información y la investigación científica y tecnológica.

Para dar cumplimiento a los ordenamientos de la legislación vigente, la Dirección General del Instituto emitió los Lineamientos Estratégicos 1996-2000 en los que se definen las líneas de acción y los programas prioritarios de la Institución, que son Eficiencia operativa y mejora en la calidad de los servicios, Compromisos derivados de la nueva Ley y Modernización Institucional. Lo anterior se considera una oportunidad para reorganizar y revitalizar el sistema de atención médica, mediante estrategias de mejora que se orienten a dar respuesta a la transición epidemiológica, demográfica y laboral de nuestro país.

Considerando el marco anterior, La Dirección de Prestaciones Médicas tiene la responsabilidad fundamental de otorgar atención integral a la salud del individuo y la familia con oportunidad, calidad, calidez y eficiencia. Dentro de esta responsabilidad, La Coordinación de Atención Médica debe planear, conducir y evaluar los procesos dirigidos a

la atención de los daños a la salud, para favorecer la recuperación de la misma, de manera oportuna y eficiente

Si bien el proceso de modernización Institucional tiene como uno de sus ejes la desconcentración de funciones y facultades hasta los niveles donde resulte útil, práctico y funcional para el desarrollo de los procesos de la atención a la población. Bajo ésta perspectiva y considerando las necesidades actuales y las expectativas de los usuarios, la Coordinación de Atención Médica ha elaborado el presente Plan General de Mejora de la Atención Médica 1996-2000

El otorgamiento de los servicios debe tener como atributos básicos la oportunidad, la calidez, la efectividad y la eficiencia en la utilización de los recursos con la finalidad de lograr la calidad en la atención médica

Los procesos relacionados con la administración de la atención médica, han sido desconcentrados a los niveles regional, delegacional y de la unidad médica, a fin de fortalecer la capacidad de gestión y toma de decisiones en el ámbito operativo y reforzar la función normativa del área central. En el proceso de mejora continua la función directiva en todos los niveles de la operación, es el centro de este cambio sistemático, y el papel del directivo será generar y conducir acciones sistematizadas de mejora

De tal forma, se establecen las siguientes premisas a considerar en el desempeño directivo dentro del área médica

- El ejercicio cotidiano de un liderazgo congruente entre el pensar, decir y hacer
- El desarrollo de las actividades directivas de acuerdo a un programa de trabajo propio que optimice tiempos y favorezca resultados
- El uso de herramientas estadísticas, de diagnóstico, control de proceso y evaluación del mismo
- El seguimiento a indicadores de impacto según la finalidad de cada proceso
- El uso sistemático de un método de análisis y mejora de procesos que se traduzca en planes de mejora, que se apliquen y modifiquen la operación y los resultados
- La evaluación conjunta de los resultados de los procesos operativos y el establecimiento de acuerdos de calidad, con los proveedores y los usuarios internos, y el seguimiento de los mismos
- La operación de equipos de proyecto, tanto del sistema como por cada subsistema, de acuerdo al diagnóstico y dentro de las líneas de acción de mejora continua que se establezcan
- El diseño y la realización sistemática de actividades para el desarrollo de la cultura de la calidad

(Plan General de Mejora de la Atención Médica, 1996-2000)

3.3.1.- OBJETIVO GENERAL

Proporcionar una herramienta que facilite la planeación, desarrollo y evaluación de las acciones para la mejora continua de los procesos directivos y operativos de la atención médica con el fin que esta otorgue con enfoque biológico, psicológico, laboral y social en los tres niveles de operación, mediante estrategias proactivas y previsoras que tiendan a satisfacer las expectativas de los usuarios

3.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Favorecer el enfoque sistemático, la mejora continua, la eficiencia operativa y la autogestión en los procesos de atención médica
- Promover el desarrollo y fortalecimiento de los recursos institucionales con el fin de alcanzar niveles de excelencia en los servicios
- Contribuir al cumplimiento de los objetivos de la Dirección de Prestaciones Médicas en el marco de las políticas y estrategias emitidas por la Dirección General del Instituto

3.3.3.- POLÍTICAS

En concordancia con todo lo anterior, la Coordinación de Atención Médica define las siguientes políticas, para su aplicación pertinente en todos los procesos de la operación

- Otorgará atención médica integral, que comprenda lo biológico, lo psicológico, lo social y lo laboral, al individuo y su familia
- Apoyará de manera sistemática a las actividades de atención al daño y rehabilitación con acciones de prevención primaria
- Propiciará la mejora continua en la calidad de los servicios
- Prevalecerán los valores humanistas en el otorgamiento de la atención médica
- Procurará la satisfacción de los usuarios
- Favorecerá la cultura de trabajo en equipo en todos los niveles de operación, para el otorgamiento de la atención médica
- Considerará la regionalización de los servicios y la organización por niveles de operación, para el otorgamiento de la atención médica integral
- Considerarán complementarias entre sí, las actividades de atención médica en los tres niveles de operación, para el otorgamiento de la atención médica integral
- Aplicará el enfoque de mejora continua en la administración de los procesos de la atención médica, en los niveles central, regional, delegacional y operativo
- Aplicará la planeación oportuna, el seguimiento sistemático y la evaluación por niveles organizacionales y de operación, así como la retroalimentación correspondiente, con sentido crítico, positivo y de transformación progresiva del otorgamiento de los servicios
- Favorecerá la desconcentración de procesos y facultades a los niveles correspondientes para mejorar la eficiencia operativa y la autonomía de gestión
- Fortalecerá el uso racional de los recursos, con relación a la mejora de la calidad de los servicios, y de la contención de los costos de operación

- Considerarán en la educación y la investigación médica, como soporte sistemático en el mejoramiento de la calidad, oportunidad y humanismo de la atención médica.

La atención médica en las unidades esta organizada de manera sistemática, identificándose los procesos de Consulta externa, Urgencias, Atención domiciliaria, Hospitalización, Cirugía y tococirugía y Auxiliares de diagnóstico y tratamiento, dado que el proyecto se elaboro en el área de Consulta externa, se explicara solo está

Esta estrategia pretende dar solución a la problemática identificada en el primer nivel de atención, mismo que atiende las necesidades de salud y demandas de atención de la mayor parte de la población derechohabiente, por lo que requiere de la reestructuración del sistema actual de la medicina familiar a fin de hacerlo más efectivo, eficiente oportuno y de calidad, todo ello acorde con las políticas de modernización institucional antes mencionadas

Así se encuentran las líneas de acción a seguir

- 1 Desconcertar las Unidades de Medicina Familiar de los Hospitales.
- 2 Utilizar en forma optima los consultorios de los procesos
- 3 Disponer del equipamiento adecuado para el otorgamiento de la consulta externa, con base en su capacidad resolutive y demanda de atención
- 4 Atender el 100% de la demanda de atención del proceso
- 5 Actualizar la sistematización del proceso
- 6 Fortalecer y utilizar racionalmente el sistema de referencia y contrarreferencia
- 7 Realizar los procedimientos necesarios del proceso con el apoyo de otros procesos
- 8 Fomentar la aplicación de los principios de la prescripción razonada

La atención en Medicina Familiar (Consulta externa) se otorga en 1498 unidades que se clasifican en Unidades de Medicina Familiar, en 5,568 consultorios, la atención en consulta externa de especialidades se otorga en 3,509 consultorios. La capacitación y actualización del personal para la atención de la salud, no es homogénea, lo que ha dado lugar a diferencias en el desempeño de los mismos, no siempre concordante con los criterios de calidad y eficiencia requeridos. Al entrar en vigencia la nueva Ley del Seguro Social, se espera que se incremente la calidad de los servicios y dar solución a los problemas que enfrenta el Instituto (Reglamento de Servicios Médicos IMSS, 1998)

3.4.- LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL AÑO 2000

Conforme se acerca el año 2000, la referencia literal a esta fecha como idea de futuro es cada vez menos apropiada. No obstante, la expresión tiene un sentido simbólico cuando se advierte lo que significa un fin de siglo y de un milenio y que, por tanto, se le suele asociar con pronósticos inevitables de renovación o, al menos, con deseos intensos de transformación. Las predicciones pueden ser pesimistas al ser centradas en las amenazas y riesgos, o bien, optimistas cuando se basan en las fortalezas y en lo deseable y factible

Los argumentos mas serios y válidos para elaborar predicciones son, acaso, por un lado los derivados por las proyecciones de los hechos presentes y sus tendencias, y por otro, las necesidades sociales, esto de acuerdo con Treviño y Lifshitz (1994)

Las primeras, entendidas como los cambios observables, graduales y persistentes que ocurren en un determinado periodo, permiten predecir el futuro y hacer conjeturas sobre el comportamiento de un fenómeno determinado. Las proyecciones dan idea, por ejemplo, de los problemas de salud que acontecen, del comportamiento que podrán tener los individuos y las comunidades, de la dimensión cuantitativa que alcanzarán las transiciones epidemiológica y demográfica, de las probabilidades de que se genere el conocimiento científico y la tecnología que permita contender los riesgos de la vida y las enfermedades actuales, sin olvidar su posible comportamiento en el mañana

Por su parte, las necesidades sociales señalan -siempre lo han hecho-, el rumbo que, lógicamente, deberá seguir la respuesta que la sociedad organizada deberá ofrecer para enfrentarse a las amenazas y a los perjuicios a su salud. En este tema también se debe aspirar a que prevalezca la exaltación social de los valores supremos de la salud, pues para vislumbrar el porvenir tan importante resulta lo que debe de cambiar como lo que tiene que permanecer

Ante estos parametros estos autores concluyen que sobre el conocimiento de las particularidades de la situación actual ayuda a estimar hacia dónde se dirigirá la atención a la salud. Algunos de los rasgos que caracterizan a la sociedad contemporánea, que es razonable esperar se acentúen en el futuro, y que pueden participar en la identificación y el trazo de los caminos que seguira esta atención, incluyen la rapidez alcanzada en la generación, difusión e impacto del conocimiento científico, en particular en el campo de la biología molecular, el desarrollo vertiginoso de la tecnología médica, el reconocimiento de los efectos nocivos que los determinantes ambientales ejercen sobre la salud, la necesidad de abordar los problemas que surjan del proceso salud-enfermedad mediante el verdadero trabajo en equipo de grupos multidisciplinarios, la exigencia creciente de responder a criterios establecidos internacionalmente, los avances en la automatización y la robotica, los nuevos dilemas bioéticos, sobre todo los relacionados con la investigación científica y con las etapas iniciales y finales de la vida, el reconocimiento de los derechos morales y legales de los pacientes, la aplicación a la solución de problemas de salud, de las ciencias de la conducta, las matemáticas, la estadística o las metodologías administrativas relacionadas con la calidad y el mejoramiento continuo entre otras

En la actualidad, la atención médica se identifica como el proceso de interrelación entre el individuo o su familia y el prestador de servicios, pero sobre todo, la realización por este último de acciones de prevención secundaria o terciaria para manejar los daños a la salud. Conceptualmente implica, entonces, casi exclusivamente la atención de enfermedades. No obstante, en el futuro los mismos personajes que la realizan tendrán responsabilidades que trasciendan ese propósito, pues además de que curen y rehabiliten, deberán prevenir, realizar educación para la salud e investigar

Esto ubica al médico y al resto del personal que lo auxilia en una dimensión distinta, en la que la salud tiene preponderancia por sobre la enfermedad, desde luego sin desconocer el compromiso de reparar lo más posible los daños. En otras palabras, la llamada en estos días atención médica deberá, en el año 2000 y después, como responsabilidad práctica, no desvincularse de la salud pública, la educación médica y la investigación médica, y quienes la realicen se designarán mejor como personal al servicio de la atención a la salud. En este sentido, dicha atención deberá poner el acento en el cuidado de los riesgos, pero además, la metodología clínica que hoy ayuda en el diagnóstico y el tratamiento de los estropicios a la salud tendrá que sustentarse cada vez más en el escrutinio y manejo correcto de los factores de riesgo que se ciernen sobre los individuos y las familias, para poco a poco caracterizarlos mejor como amenazas a la salud que ameritan un cuidado específico (Treviño y Lifshitz, 1994).

La actual atención médica suele ocuparse de las demandas, es decir, las solicitudes que los individuos o sus familias hacen para que su salud dañada sea restablecida. La aspiración futura será anticiparse a dicha demanda mediante la atención de las necesidades. Esto supone, desde luego, un usuario instruido que entienda y acepte la responsabilidad que le corresponde en el cuidado de su salud. Los modelos paternalistas y contractuales de relación médico-paciente habrán de ser sustituido por los modelos de asociación en los que las responsabilidades, más que repartirse, se compartan. Esto obligará al facultativo y al equipo de salud a explorar las expectativas de los pacientes en lo general y en cada uno en lo individual, para atender los aspectos psicológicos, familiares, económicos y sociológicos que se considere pertinentes. Para tales rubros, tendrán que adoptar una postura crítica ante la tecnología emergente que les permita actuar como abogados de los pacientes ya que, aunque con ella teóricamente se avance en objetividad, no deberán olvidarse de la condición humana de quienes acuden a ellos, curiosamente la misma que a ellos los define.

La calidad de los procesos que están presentes en la atención a la salud constituye un elemento fundamental en las aspiraciones para el futuro: la eficiencia, la efectividad, la satisfacción del paciente y la de su familia, la satisfacción del personal que proporciona la atención, la oportunidad, la continuidad, la accesibilidad, el uso adecuado de los recursos, la equidad y la calidez son características de la calidad sobre las que tendrá que ponerse mucha atención. La necesidad de incorporar oportunamente los avances científicos y tecnológicos a la atención de la salud compromete al personal con una educación continua y eficiente, y exige una capacidad de discernir lo valioso de lo superfluo. La búsqueda de nuevas respuestas mediante la investigación, tendrá que incorporarse como herramienta de uso cotidiano entre el personal.

El futuro plantea un usuario más demandante, más exigente y crítico en la medida en que resulte eficaz la educación para la salud. Se esperaría que cada vez más las solicitudes de atención a la salud precedan a aquéllas que se piden para atender a los daños a la salud, por ello, el personal tendrá que estar preparado y dispuesto para responder a esta nueva exigencia. Una mayor conciencia por parte de los pacientes, y de los que todavía no lo son, acerca de sus derechos y un mejor conocimiento de su salud, sus enfermedades y sus riesgos pondrá a prueba la capacidad, la sensibilidad y el talento de los prestadores de servicios.

En relación con la atención de la enfermedad propiamente dicha, sus escenarios y sus responsabilidades de los prestadores de estos servicios se diversificarán, la recuperación de los espacios de la atención ambulatoria y domiciliaria, junto con los costos crecientes de la atención hospitalaria delinear una tendencia a simplificarla. La tendencia a la superespecialización del personal habrá de coexistir con la que favorece la simple especialización, puesto que se necesita tanto de la profundidad como de la extensión, del detalle y del todo, de la atención del órgano, pero sobre todo de la persona. Tendrán que buscarse las estrategias para evitar la tecnificación excesiva de esta atención, pues de otro modo cada vez será más difícil su financiamiento, tratar de que la tecnología vuelva más eficiente esta atención y no que simplemente la haga más costosa.

Capítulo 4

Capacitación

4.1.- PSICOLOGÍA INDUSTRIAL

4.1.1.- ANTECEDENTES

La Psicología Industrial es una consecuencia de la industrialización, por tanto, en su nacimiento coinciden dos hechos por una parte el nacimiento de la Psicología como ciencia experimental, por otra la incorporación de Europa y Estados Unidos de América a los procesos de industrialización intensiva (Ballesteros, 1990)

Se tienen datos desde 1901 (Ferguson, 1962, cit en Blum y Naylor, 1994), cuando el Doctor Walter Dill Scott, intento aplicar los principios psicológicos al campo de la publicidad Así como numerosos artículos y libros entre ellos *The Theory and Practice of Advertising*, *The Psychology of Public Speaking* e *Influencing Men in Business*

En 1913 Hugo Munstemberg psicólogo alemán (cit por Muchinsky, 1994), con experiencia académica, aplico los metodos psicológicos tradicionales a problemas industriales concretos Estudio sistemáticamente todos los aspectos del trabajo y desarrollo una ingeniosa simulación de laboratorio y colaborando para la causa alemana en la Primera Guerra Mundial, algunos escritores consideran a Münstemberg como el padre de la Psicología Industrial

La Primera Guerra Mundial influyo positivamente en la respetabilidad de la psicología Robert Yerkes (AÑO), consiguio introducir a la Psicología en la guerra, colaborando con técnicas para seleccionar reclutas, asignar trabajos adecuados dentro del ejercito, estudios sobre motivación del soldado, su moral, problemas psicológicos y disciplina Yerkes insistió en que la psicología podía ser de gran ayuda para la nación en epoca de guerra

Cuando los E U entraron en la Segunda Guerra Mundial, los psicologos industriales se prepararon más que en la primera, para entonces ya se habian estudiado los problemas de colocacion y selección de empleados, refinando sus técnicas considerablemente Walter Bingham (AÑO), presidio la clasificación del personal militar, se desarrollo una prueba que permitiese clasificar en una serie de categorías en base a su capacidad para aprender los deberes y responsabilidades del soldado, esta se llamo Prueba de Clasificación General del Ejercito (PCGE), se trabajo también en el desarrollo y pruebas de stress, selección y reclutamiento de pilotos militares

La Segunda Guerra Mundial fue un trampolin para refinar las técnicas psicológicas industriales y las habilidades de la psicología aplicada Así, esta

evoluciono hacia un campo de examen científico, habiéndose ya establecido como una práctica profesional aceptable. Después de la guerra, florecieron varias agencias psicológicas de investigación, los primeros trabajos en psicología Industrial se centraron en los beneficios económicos que podrían resultar de aplicar las ideas y los métodos de la psicología a los problemas de la industria (Muchinsky, 1994)

4.1.2.- CONCEPTO

Como un área de especialidad, la Psicología Industrial tiene una definición más restringida que la psicología como totalidad. Guión en 1965 (cit. por Muchinsky, 1994), define la psicología industrial como "el estudio científico de la relación entre el hombre y el mundo del trabajo: el estudio del ajuste de la gente a los lugares a los que van, a la gente que se encuentra, y las cosas que hace en el proceso de "hacerse" un sitio". Blum y Naylor (1994), la definen como "simplemente la aplicación o extensión de los hechos y los principios psicológicos a los problemas que conciernen a los seres humanos que operan dentro del contexto de los negocios y la industria".

En este sentido, Ballesteros (1990) considera a esta disciplina como "el estudio de la conducta humana dentro del ámbito de trabajo profesional". El aspecto más relevante en la psicología industrial es su disciplina, reconoce claramente que las conclusiones científicas deben ser objetivas y basarse en datos reunidos como resultado de la aplicación de un procedimiento definido.

La psicología, en la industria, es la ciencia de la conducta humana. Como ciencia la psicología trata de descubrir o desarrollar conceptos explicativos, la explicación exige la identificación, descripción y observación de variables. De ahí, la principal contribución que la psicología puede hacer a la industria es introducir el método científico como base para derivar decisiones que impliquen y se apoyen en la conducta humana (Dunnette y Kirchner, 1994).

En general, el psicólogo industrial se preocupa por el comportamiento en situaciones de trabajo (Muchinsky, 1994).

4.1.3.- CAMPOS DE LA PSICOLOGÍA INDUSTRIAL

Hay dos campos en la Psicología Industrial: la ciencia y la práctica. La psicología industrial es un campo legítimo de examen científico, preocupada por el avance del conocimiento de la gente en el mundo de trabajo (Muchinsky, 1994).

Como en cualquier área de la ciencia, las preguntas planteadas por los psicólogos industriales orientan su investigación y sus métodos científicos se emplean para obtener respuestas

Por otro lado la Psicología Industrial - el lado profesional - se preocupa de aplicar el conocimiento para resolver problemas en el mundo del trabajo. Los hallazgos de la investigación psicológica pueden usarse para contratar mejores empleados, reducir el ausentismo, mejorar la comunicación, aumentar la satisfacción en el trabajo, y resolver otros problemas. La mayoría de los psicólogos industriales se sienten atraídos por ambos campos: la ciencia y la práctica. De esta manera la psicología industrial se ocupa de varios campos, siendo una ciencia diversificada que contiene varias subespecialidades (Blum y Naylor, 1994)

El Comportamiento Organizacional Casi todos los empleados trabajan dentro de algún contexto organizativo, se sabe que las organizaciones pueden influir en nuestras actitudes y los comportamientos de quienes pertenecen a ellas. El trabajo en esta área se centra en factores tales como el comportamiento relacionado con el rol, presiones que los grupos pueden imponer sobre los individuos, sentimientos personales de compromiso hacia una organización, y modelos de comunicación dentro de una organización.

La Psicología de la Ingeniería Esta se preocupa de comprender el desempeño humano en los sistemas persona-máquina, incluyendo el diseño de equipo y maquinaria para mejorar la seguridad y productividad del trabajador.

Consejo Vocacional y de Carrera Esta subespecialidad es una mezcla entre el consejo y la psicología industrial, el consejo se aplica a los problemas de la gente en el trabajo. Los consejeros orientados hacia la industria ayudan a los empleados a escoger una trayectoria de carrera que le satisfaga y resuelva los conflictos entre los intereses laborales y no laborales, a ajustarse a los cambios de interés en su carrera, y a prepararse para la jubilación.

Desarrollo de las Organizaciones En esta área los psicólogos se centran en mejorar o cambiar (es decir, "desarrollar") las organizaciones para hacerlas más eficientes. El psicólogo debe ser capaz de diagnosticar los problemas de una organización, recomendar cambios, y después evaluar la eficacia de los cambios.

Las Relaciones Industriales El área final de la especialidad de la psicología industrial son las relaciones industriales. Estas trabajan con problemas entre patrones y empleados y normalmente implica una labor

sindical En esta área los psicólogos dirigen su trabajo hacia puntos como la cooperación y los conflictos entre grupos de trabajo

La Psicología del Personal La palabra personal significa gente, esta se preocupa de las diferencias individuales Entre otras cosas, esta área determina que habilidades humanas se necesitan para ciertos trabajos, cómo evaluar a empleados potenciales, cómo medir el desempeño de trabajo de los empleados, y cómo entrenar a los trabajadores para mejorar su desempeño

4.2.- CAPACITACIÓN

4.2.1.- ANTECEDENTES

El fenómeno de la educación es tan antiguo como el hombre mismo El proceso de aprendizaje, eje de toda acción educativa y de entrenamiento, era claro en los primeros intentos por enseñar e intercambiar habilidades en los pueblos primitivos Los aprendices se conocen desde 2,000 años A C , y la estructura de los gremios y asociaciones constituyen un remoto antecedente de la actual educación

Con el surgimiento de lo que se puede llamar la era industrial - primera mitad del siglo XVIII - aparecen innumerables escuelas industriales cuyas metas son lograr el mayor conocimiento de los retos y procedimientos de trabajo, en el mejor tiempo posible

Ya en nuestro siglo, el entrenamiento ha tenido un gran desarrollo Por el año de 1915 aparece en los Estados Unidos un método de enseñanza aplicado directamente al entrenamiento militar conocido como método de los cuatros pasos, que son mostrar, decir, hacer y comprobar

Se debe indicar que las dos guerras sufridas en este siglo dieron lugar al desarrollo de técnicas de entrenamiento y capacitación intensiva, cuyos retos se han ajustado a otros campos de la acción humana, especialmente la industria En 1940 fue cuando se comenzó a entender que la labor del entrenamiento debía ser una función organizada y sistematizada, en la cual la figura del instructor adquiere especial importancia Es relativamente cercano el momento, es decir, hace 12 ó 15 años, en que en México las empresas públicas y privadas le dieron importancia a la educación y el entrenamiento

Se han creado diversos institutos de enseñanza a los que las empresas acuden para satisfacer sus necesidades en estas áreas independientemente de las empresas que, sin considerarse autosuficientes, satisfacen sus propias

necesidades. Así mismo, existen asociaciones que promueven la capacitación empresarial (Siliceo, 1990)

De este modo, la capacitación se basa en una filosofía que considera que la persona tiene necesidades múltiples, y que no es solamente el ingreso económico lo que se busca al realizar un trabajo determinado. También es importante desarrollarse integralmente para aplicar las capacidades intelectuales y creativas en el trabajo y en general en todos los actos de la vida. En este sentido, la capacitación se sustenta en una filosofía que rescata el valor del ser humano dentro de la empresa y que responde a una manera de pensar y entender el medio ambiente social, laboral y familiar en que este se desenvuelve.

El tema de la capacitación cobra mayor interés, dado que la cantidad de personal con escolaridad media y superior es mínima, es decir, el número de profesionistas, bachilleres y personal capacitado y especializado en algunas áreas es, definitivamente, desconsolador.

En México existe una demanda excesiva de personal calificado, que las universidades y diferentes instituciones de enseñanza no están en disponibilidad de ofrecer, por lo cual es necesario que tanto las organizaciones públicas como las empresas privadas establezcan programas periódicos de educación, brindando así, el tipo de enseñanza necesaria para que se realice el trabajo con mayor eficacia, y éste sea más significativo para el trabajador.

4.2.2.- CONCEPTO

Dos puntos básicos destacan el concepto de capacitación, a saber:

- 1 Las organizaciones en general deben dar las bases para que sus colaboradores tengan la preparación necesaria y especializada que les permita enfrentarse en las mejores condiciones a su tarea diaria.
- 2 No existe mejor medio que la capacitación para alcanzar altos niveles de motivación y productividad.

Así, la capacitación se dirige al mejoramiento de la calidad de los recursos humanos valiéndose de todos los medios que le conduzcan al incremento de los conocimientos, al desarrollo de habilidades y al cambio de actitudes en cada uno de los individuos que conforman la empresa.

De acuerdo con Pinto (1994), bajo la perspectiva del Plan Nacional de Capacitación, distingue la capacitación para el trabajo de la capacitación en el trabajo

- 1 Capacitación para el trabajo es de carácter escolarizado y se refiere a la enseñanza -aprendizaje de los conocimientos, habilidades, actitudes y destrezas que requiere el individuo para incorporarse al sistema productivo en una ocupación específica
- 2 Capacitación en el trabajo se imparte en los centros de trabajo y persigue el propósito concreto de desarrollar los conocimientos, habilidades, actitudes y destrezas de los trabajadores para incrementar su desempeño en un puesto o en un área de trabajo específica

De este modo la capacitación tiene un papel muy significativo en la dinámica de las organizaciones, en tanto que es uno de los medios que permiten generar cambios para incrementar la productividad de las empresas es por medio de la función administrativa. Este comprende cuatro procesos

- PLANEACIÓN
 - a - Determinación de Necesidades de Capacitación
 - b - Objetivos
 - c - Planes y Programas
 - d - Presupuestos
- ORGANIZACIÓN
 - a - Estructuras
 - b - Procedimientos
 - c - Integración de Personas
 - d - Integración de Recursos Materiales
- EJECUCIÓN
 - a - Contratación de Servicios
 - b - Desarrollo de Programas
 - c - Coordinación de Eventos
 - d - Control Administrativo y Presupuestal
- EVALUACIÓN
 - a - Macroevaluación
 - b - Microevaluación
 - c - Seguimiento
 - d - Ajuste al Sistema

Sin pretender ser complejos definiendo la función de capacitación, se ofrece el siguiente concepto “ la capacitación consiste en una actividad planeada y basada en necesidades reales de una empresa y orientada hacia un cambio en los conocimientos, habilidades y actitudes del colaborador”

Del anterior concepto y algunas otras consideraciones se pueden deducir que la función educacional adquiere, y adquirirá, mayor importancia en nuestro medio (Siliceo, 1990)

4.3.- MARCO LEGAL

Uno de los productos del proceso de capacitación que más cuidan las empresas es el que resulta de las gestiones legales que se realizan ante las autoridades de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, particularmente en la Dirección General de Capacitación y Productividad, que es la entidad responsable de vigilar el cumplimiento de la Ley Federal del Trabajo en materia de capacitación

Hasta la fecha muchas empresas ven todavía a la capacitación como una carga legal con la que se tiene que cumplir, desconociendo los beneficios que ésta les proporciona, así como la importancia de su legislación y vigilancia. Este hecho resulta paradójico si se toma en cuenta que uno de los factores para el incremento de la productividad es la eficiencia en el trabajo, renglón en el que la capacitación y el adiestramiento son fundamentales al mejorar los niveles de calificación de los recursos humanos (Pinto, 1994)

El proceso legal de la capacitación tiene como objetivo cumplir con los requerimientos que señala la ley antes citada en materia de capacitación y adiestramiento, como son informar sobre la constitución de comisiones mixtas de capacitación y adiestramiento, el registro de planes y programas y la expedición y registro de constancias de habilidades laborales (artículo 153 inciso A al X del capítulo III Bis de la Ley Federal del Trabajo)

• Constitución de Comisiones Mixtas de Capacitación y Adiestramiento.

Las comisiones mixtas de capacitación y adiestramiento son los organismos que constituyen dentro de cada empresa con igual número de representantes de los trabajadores y del patrón, con el propósito de vigilar el cumplimiento de la obligación patronal de capacitar a sus trabajadores entre sus facultades se encuentran

- a) Vigilar la instrumentación y operación del sistema y de los procedimientos que se implanten para mejorar la capacitación y el adiestramiento de los trabajadores
- b) Autenticar las constancias de habilidades laborales.

Los formatos que proporciona la ST y PS para el cumplimiento de esta disposición son: Forma DC-1 Informe sobre la constitución de la Comisión Mixta de Capacitación y Adiestramiento y Forma DC-1A Informe sobre la actualización relativa a la Comisión Mixta de Capacitación y Adiestramiento (en caso de cambios)

• Registro de Planes y Programas.

Estos ordenamientos señalan que para el caso de las empresas que cuenten con contrato colectivo de trabajo, la presentación de los planes y programas para su registro debe hacerse dentro de los 15 días siguientes a la celebración, revisión o prórroga del mismo, mientras que las empresas que no se registren bajo esta forma contractual están obligadas a presentar sus programas dentro de los primeros 60 días de los años impares, y deben cumplir con los siguientes requisitos

- a) Referirse a periodos no mayores a 4 años
- b) Comprender todos los puestos y niveles de la empresa
- c) Precisar las etapas durante las cuales se impartirá la capacitación y el adiestramiento al total de los trabajadores
- d) Señalar el procedimiento de selección a través del cual se establecerá el orden en que serán capacitados los trabajadores de un mismo puesto o categoría
- e) Especificar el nombre y número de registro de los agentes capacitados ante la ST y PS

Los formatos que se emplean para cumplir con esta disposición son Forma DC-2 que se refiere a la presentación de los Planes y Programas de Capacitación y Adiestramiento, Forma DC-2A sobre la presentación de modificaciones a los Planes y Programas de Capacitación y Adiestramiento (en caso de cambios) y Forma DC-U única para el informe sobre la constitución de la Comisión Mixta y presentación resumida del Plan y Programas de Capacitación y Adiestramiento para empresas hasta con 19 trabajadores

• Expedición de Constancias de Habilidades Laborales.

Las Constancias de Habilidades Laborales son los documentos que expide la empresa y que son autenticados por la Comisión Mixta, con los cuales se acredita al trabajador haber llevado y aprobado un curso de capacitación que le acredite para el desempeño de un determinado puesto

Ahora bien, de acuerdo con el artículo 153-U, cuando un trabajador se niega a participar en los programas de capacitación por considerar que posee los conocimientos necesarios para el desempeño de su puesto y del inmediato superior, deberá acreditar documentalmente dicha capacidad o presentar y aprobar ante la entidad instructora el examen de suficiencia que señale la ST y PS

• Registro de Listas de Constancias de Habilidades Laborales

El formato para tal efecto es la forma DC-4 La lista de Constancias de Habilidades Laborales es el formato denominado DC-5 y es el documento por medio del cual se registran oficialmente las constancias expedidas a los trabajadores adiestrados y capacitados, anexando copias de las mismas

4.3.1.- LEY FEDERAL DEL TRABAJO

Título Cuarto - Derechos y Obligaciones de los Trabajadores y los Patrones

Capítulo III Bis De la Capacitación y Adiestramiento de los Trabajadores

Artículo 153-A - Todo el trabajador tiene el derecho a que su patrón le proporcione capacitación o adiestramiento en su trabajo que le permita elevar su nivel de vida y productividad, conforme a los planes y programas formulados, de común acuerdo, por el patrón y el sindicato o sus trabajadores y aprobados por la Secretaria del Trabajo y Previsión Social

Artículo 153-B - Para dar cumplimiento a la obligación que, conforme al artículo anterior les corresponde, los patrones podrán convenir con los trabajadores en que la capacitación o adiestramiento se proporcione a éstos dentro de la misma empresa o fuera de ella, por conducto de personal propio, instructores especialmente contratados, instituciones, escuelas u organismos especializados, o bien mediante adhesión a los sistemas generales que se establezcan y que se registren en la STPS. En caso de tal adhesión, quedará a cargo de los patrones cubrir las cuotas respectivas

Artículo 153-C - Las instituciones o escuelas que deseen impartir capacitación o adiestramiento, así como su personal docente, deberán estar autorizadas y registradas por la STPS

Artículo 153-D - Los cursos y programas de capacitación o adiestramiento de los trabajadores, podrán formularse respecto a cada establecimiento, una empresa, varias de ellas o respecto a una rama industrial o actividad determinada

Artículo 153-E - La capacitación o adiestramiento a que se refiere el artículo 153-A, deberá impartirse al trabajador durante las horas de su jornada de trabajo; salvo que, atendiendo a la naturaleza de los servicios, patrón y trabajador convengan que podrán impartirse de otra manera, así como en el caso de que el trabajador desee capacitarse en una actividad

distinta a la de la ocupación que desempeña, en cuyo supuesto, la capacitación se realizará fuera de la jornada de trabajo

Artículo 153-F - La capacitación y adiestramiento deberán tener por objeto

- I Actualizar y perfeccionar los conocimientos y habilidades del trabajador en su actividad. Así como, proporcionarle información sobre la aplicación de nueva tecnología en ella,
- II Preparar al trabajador para ocupar una nueva vacante o puesto de nueva creación,
- III Prevenir riesgos de trabajo.
- IV Incrementar la productividad, y,
- V En general, mejorar las aptitudes del trabajador

Artículo 153-G - Durante el tiempo en que un trabajador de nuevo ingreso que requiera capacitación inicial para el empleo que va a desempeñar, reciba ésta, prestara sus servicios conforme a las condiciones generales de trabajo que rijan a la empresa o a la que se estipule respecto a ella en los contratos colectivos

Artículo 153-H - Los trabajadores a quienes se imparta la capacitación o adiestramiento están obligados a

- I Asistir puntualmente a los cursos, sesiones de grupo y demás actividades que conformen parte del proceso de capacitación o adiestramiento,
- II Atender las indicaciones de las personas que impartan la capacitación o adiestramiento, y cumplir con los programas respectivos, y,
- III Presentar los exámenes de evaluación de conocimientos y de aptitud que sean requeridos

Artículo 153-I - En cada empresa se constituirán Comisiones Mixtas de Capacitación y Adiestramiento, integradas por igual número de representantes de los trabajadores y del patrón, las cuales vigilarán la instrumentación y operación del sistema y de los procedimientos que se implanten para mejorar la capacitación y el adiestramiento de los trabajadores, y sugerirán las medidas tendientes a perfeccionarlos, todo esto conforme a las necesidades de los trabajadores y de las empresas

Artículo 153-J - Las autoridades laborales cuidarán que las Comisiones Mixtas de Capacitación y Adiestramiento se integren y funcionen oportunamente y normalmente, vigilando el cumplimiento de la obligación patronal de capacitar y adiestrar a los trabajadores

Artículo 153-K - La STPS podrá convocar a los patrones, sindicatos y trabajadores libres que formen parte de las mismas ramas industriales o actividades, para constituir Comités Nacionales de Capacitación y Adiestramiento de tales ramas industriales o actividades, los cuales tendrán el carácter de órganos auxiliares de la propia Secretaría

Estos Comités tendrán facultades para

- I Participar en la determinación de los requerimientos de capacitación y adiestramiento de las ramas o actividades respectivas,
- II Colaborar en la elaboración del Catalogo Nacional de Ocupaciones y en la de estudios de características de la maquinaria y equipo en existencia y uso en las ramas o actividades correspondientes.
- III Proponer sistemas de capacitación y adiestramiento para y en el trabajo, en relación con las ramas industriales o actividades correspondientes,
- IV Formular recomendaciones específicas de planes y programas de capacitación y adiestramiento,
- V Evaluar los efectos de las acciones de capacitación y adiestramiento en la productividad dentro de las ramas industriales o actividades específicas de que se trate, y,
- VI Gestionar ante la autoridad laboral el registro de las constancias relativas a conocimientos o habilidades de los trabajadores que hayan satisfecho los requisitos legales exigidos para tal efecto

Artículo 153-L - La STPS fijará las bases para determinar la forma de designación de los miembros de los Comités Nacionales de Capacitación y Adiestramiento, así como las relativas a su organización y funcionamiento

Artículo 153-M - En los contratos colectivos deberán incluirse cláusulas relativas a la obligación patronal de proporcionar capacitación y adiestramiento a los trabajadores, conforme a planes y programas que satisfagan los requisitos establecidos en este Capítulo. Además, podrá consignarse en los propios contratos el procedimiento mediante el cual el patron capacitará y adiestrará a quienes pretendan ingresar a laborar a la empresa, tomando en cuenta, en su caso, la cláusula de admisión

Artículo 153-N - Dentro de los quince días siguientes a la celebración, revisión o prórroga del contrato colectivo, los patrones deberán presentar ante la STPS, para su aprobación, los planes y programas de capacitación y adiestramiento que se hayan acordado establecer, o en su caso, las modificaciones que se hallan convenido acerca de planes y programas ya implantados con aprobación de la autoridad laboral

Artículo 153-O - Las empresas en que no rija contrato colectivo de trabajo, deberán someter a la aprobación de la STPS, dentro de los primeros sesenta días de los años impares, los planes y programas de capacitación o adiestramiento que, de común acuerdo con los trabajadores, hayan decidido implantar, igualmente, deberán informar en cuanto a la constitución y bases generales a la que se sujetará el funcionamiento de las CMCA

Artículo 153-P - El registro de que trata el artículo 153-C se otorgará a las personas o instituciones que satisfagan los siguientes requisitos

- I Comprobar que quienes capacitarán o adiestrarán a los trabajadores, están preparados profesionalmente en la rama industrial o actividad en que impartirán sus conocimientos,
- II Acreditar satisfactoriamente, a juicio de la STPS, tener conocimientos bastantes sobre los procedimientos tecnológicos propios de la rama industrial o actividad en la que pretenda impartir dicha capacitación o adiestramiento, y,
- III No estar ligadas con personas o instituciones que propaguen algún credo religioso, en los términos de la prohibición por la fracción IV del artículo 3o Constitucional. El registro concedido en los términos de este artículo podrá ser revocado cuando se contravengan las disposiciones de esta Ley. En el procedimiento de revocación, el afectado podrá ofrecer pruebas y alegar lo que a su derecho convenga

Artículo 153-Q - Los planes y programas de que tratan los artículos 153-N y 153-O, deberán cumplir los siguientes requisitos

- I Referirse a periodos no mayores a cuatro años,
- II Comprender todos los puestos y niveles existentes en la empresa;
- III Precisar las etapas durante las cuales se impartirá la capacitación y el adiestramiento al total de los trabajadores de la empresa,
- IV Señalar el procedimiento de selección, a través del cual se establecerá el orden en que serán capacitados los trabajadores de un mismo puesto y categoría,
- V Especificar el nombre y número de registro en la STPS de las entidades instructoras, y,
- VI Aquellos otros que establezcan los criterios generales de la STPS que se publiquen en el "Diario Oficial" de la Federación

Dichos planes y programas deberán ser aplicados de inmediato por las empresas

Artículo 153-R - Dentro de los sesenta días hábiles que sigan a la presentación de tales planes y programas ante la STPS, ésta los aprobará o dispondrá que se les hagan las modificaciones que estime pertinentes, en la inteligencia de que, aquellos planes y programas que no hayan sido objetados por la autoridad laboral dentro del término citado, se entenderán definitivamente aprobados.

Artículo 153-S - Cuando el patrón no de cumplimiento a la obligación de presentar ante la STPS los planes y programas de capacitación y adiestramiento, dentro del plazo que corresponda, en los términos de los artículos 153-N y 153-O, o cuando presentados dichos planes y programas, no los lleve a la práctica, será sancionado conforme a lo dispuesto a la

fracción IV del artículo 878 de esta Ley, sin perjuicio de que, en cualquiera de los dos casos, la propia Secretaría adopte las medidas pertinentes para que el patrón cumpla con la obligación de que se trata

Artículo 153-T - Los trabajadores que hayan sido aprobados en los exámenes de capacitación y adiestramiento en los términos de este Capítulo, tendrán derecho a que la entidad instructora les expida las constancias respectivas, mismas que, autenticadas por la CMCA de la Empresa, se harán del conocimiento de la STPS, por conducto del correspondiente Comité Nacional o, a falta de éste, a través de las autoridades del trabajo a fin de que la propia Secretaría las registre y las tome en cuenta para formular el padrón de trabajadores capacitados que corresponda, en los términos de la fracción IV del artículo 539

Artículo 153-U - Cuando implantado un programa de capacitación, un trabajador se niegue a recibir ésta, por considerar que tiene los conocimientos necesarios para el desempeño de su puesto y del inmediato superior, deberá acreditar documentalmente dicha capacidad y presentar y aprobar, ante la entidad instructora, el examen de suficiencia que señale la STPS

En este último caso, se extenderá a dicho trabajador la correspondiente constancia de habilidades laborales

Artículo 153-V - La constancia de habilidades laborales es el documento expedido por el capacitador, con el cual el trabajador acreditará haber llevado y aprobado un curso de capacitación

Las empresas están obligadas a enviar a la STPS para su registro y control, listas de las constancias que se hayan expedido a sus trabajadores. Las constancias de que se trata surtirán plenos efectos, para fines de ascenso, dentro de la empresa en que se haya proporcionado la capacitación o adiestramiento. Si en una empresa existen varias especialidades o niveles en relación con el puesto a que la constancia se refiera, el trabajador, mediante el examen que practique la CMCA respectiva acreditará para cuál de ellas es apto.

Artículo 153-W - Los certificados, diplomas, o grados que expidan el Estado, sus organismos descentralizados o los particulares con reconocimiento de validez oficial de estudios, a quienes hayan concluido un tipo de educación con carácter terminal, serán inscritos en los registros de que trata el artículo 539, fracción IV, cuando el puesto y categoría correspondientes figuren en el Catálogo Nacional de Ocupaciones o sean similares a los incluidos en él

Artículo 153-X - Los trabajadores y patrones tendrán derecho a ejercitar ante las Juntas de Conciliación y Arbitraje las acciones individuales y colectivas que deriven de la obligación de capacitación o adiestramiento impuesta en este Capítulo

4.3.2.- CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO IMSS

• Reglamento de Capacitación y Adiestramiento

Capítulo I.- Generalidades

Artículo 1 - El presente reglamento establece las normas y lineamientos para organizar e impartir permanentemente cursos y actividades de capacitación, adiestramiento, actualización y orientación en los términos de la Cláusula 114 y demás relativas del Contrato Colectivo de Trabajo

Artículo 2 - Para la interpretación y aplicación del presente Reglamento se entiende por

Plan de Capacitación y Adiestramiento del IMSS Expresión escrita de la estrategia con la que Instituto organiza los conjuntos de programas de capacitación, adiestramiento y actualización de cada una de las áreas ocupacionales que la integran, con el objeto de satisfacer las necesidades de todos y cada uno de los puestos de trabajo

Programa General Unidad formal y explícita de carácter terminal que forma parte de un sistema general, que corresponde a un determinado puesto de trabajo y está integrado por uno o más módulos

Capacitación Proceso educativo activo, y permanente que consiste en adquirir, mantener, renovar, reforzar, actualizar o incrementar los conocimientos, destrezas y actitudes necesarias para el desarrollo personal y colectivo de los trabajadores

Adiestramiento Todas aquellas acciones encaminadas al desarrollo de habilidades y destrezas del trabajador, en el manejo de equipos, instrumentos, aparatos, etc, con el propósito de incrementar la calidad y eficiencia en su puesto de trabajo

Detección de Necesidades Proceso sistemático y objetivo que proporciona información sobre necesidades de capacitación, adiestramiento y actualización y que se efectúa con la participación de directivos y trabajadores

Inducción al Área y al Puesto: Proceso mediante el cual se orienta a un trabajador de reciente contratación, como al que cambia de adscripción o de puesto, proporcionándole los conocimientos e información necesarios sobre su unidad de adscripción o de puesto, área de trabajo aspectos fundamentales de la actividad a desarrollar, que le permitan su adecuada integración para el eficiente desempeño de sus labores

Programación Documento operativo básico, en que se calendarizan las actividades de capacitación, adiestramiento y actualización

Modalidad Educativa Son las diferentes formas y estrategias que puede adoptar el proceso de enseñanza-aprendizaje, para ofrecer a los trabajadores las técnicas necesarias para su capacitación, adiestramiento y actualización

Constancia. Documento expedido por el Instituto y autenticado por la Representación Ejecutiva de la Comisión Nacional o Subcomisiones Mixtas de Capacitación y Adiestramiento, con el cual el trabajador comprobará haber aprobado un curso de capacitación, adiestramiento o actualización

Curso Conjunto de actividades educativas para adquisición o actualización de las habilidades, conocimientos o desarrollo relativos a un puesto de trabajo, cuya reunión conforma un programa de capacitación y adiestramiento

Artículo 3 - Para los efectos de este reglamento y en los términos de las cláusulas 114, 115 y 117 del Contrato Colectivo de Trabajo en vigor se consideran cuatro tipos de capacitación

a) Capacitación y Adiestramiento en el Puesto, dirigida tanto a trabajadores de reciente contratación como a los que ya laboran en el Instituto y comprende la enseñanza sobre los módulos de integración a la misión Institucional y Sindical y Seguridad e Higiene en el Trabajo de conformidad con los contenidos mencionados en el Artículo 18. Los trabajadores con categorías cuyos requisitos no incluyan certificados o títulos con reconocimiento con validez oficial de estudios, cursarán los módulos que contienen la enseñanza sobre conocimientos técnicos y administrativos de las funciones, actividades y responsabilidades del puesto de conformidad con los profesiogramas respectivos con especial énfasis en la práctica de sus operaciones básicas. El trabajador que apruebe la capacitación técnica y básica tendrá derecho a recibir constancia de habilidades laborales

b) Capacitación Continua en el Trabajo, que comprende la enseñanza para que el trabajador reciba, actualice e incremente los conocimientos, destrezas y actitudes que sus actividades demanden, previa detección de necesidades de capacitación

c) Capacitación y Adiestramiento Promocional a Plazas Escalafonarias, que comprende la enseñanza de los módulos técnicos comprendidos en los programas generales, registrados ante la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, dirigida a categorías autónomas y de pie de rama. Así mismo el Instituto proporcionará capacitación selectiva de acuerdo con sus necesidades

Artículo 4.- El Instituto proporcionará locales en donde no existan y sean necesarios, así como todo lo indispensable para su funcionamiento. Esta misma obligación incluye el Centro Nacional de Capacitación y Productividad en Distrito Federal y los que la Organización tenga en el futuro

Capítulo V.- Planes y Programas.

Artículo 17 La capacitación y el adiestramiento, se basarán en necesidades reales detectadas y/o validadas por la Comisión Nacional, de tal manera que los cursos y actividades se traduzcan en la satisfacción de éstas

Artículo 18.

I El Plan de Capacitación y Adiestramiento del Instituto estará integrado por los Programas generales y Específicos, cuya finalidad es satisfacer las necesidades que en la materia presente la Institución

II Los Programas Generales que servirán como base para impartir la Capacitación y Adiestramiento en el Puesto, Promocional a Plazas Escalonarias y para Cambio de Rama comprenderán los módulos siguientes

a) Integración a la misión Institucional y Sindical mediante información sobre historia, filosofía y doctrina de la Seguridad Social, la Ley del Seguro Social, Organización y Funcionamiento del Instituto y del Sindicato, ordenamientos legales y contractuales que rigen sus relaciones, ética laboral, necesidad, importancia y trascendencia de cada uno de los puestos en la misión institucional,

b) Seguridad e Higiene en el Trabajo, conceptualizando acto inseguro, condición insegura y funcionamiento del sistema de Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene,

c) Conocimientos sobre las funciones, actividades y responsabilidades del puesto de conformidad con los profesiogramas respectivos con especial énfasis en la práctica de sus operaciones básicas

III Los Programas Específicos que servirán como base para impartir la Capacitación Continua en el Trabajo comprenderán los módulos siguientes

a) Actividades educativas, para que el trabajador reciba, actualice e incremente los conocimientos y destrezas que sus actividades demanden, previa detección de Necesidades de Capacitación y Adiestramiento, y/o.

b) Materias de relaciones humanas que comprendan conocimientos sobre ética, psicología social, relaciones públicas y comunicación, con objeto de mejorar las actitudes de los trabajadores y lograr óptima comprensión en el trato de los derechohabientes y con sus compañeros, vinculándolos mejor a la doctrina y fines de la Seguridad Social

Artículo 19 El plan y programas de capacitación, adiestramiento y actualización, comprenderán todas las categorías existentes del personal de base y deberán abarcar un periodo no mayor de cuatro años. Las etapas durante las cuales se impartirá la capacitación y adiestramiento a la totalidad de los trabajadores, serán convenidas por las partes, a través de la Comisión Nacional Mixta de Capacitación y Adiestramiento

Artículo 20 Las Dependencias Institucionales, invariablemente pondrán a consideración de la Representación Ejecutiva de la Comisión

Nacional y Subcomisiones Mixtas de Capacitación y Adiestramiento respectivas en forma semestral o con la periodicidad que se acuerde, los programas de capacitación, adiestramiento y actualización que vayan a operar, para su registro y supervisión

Artículo 21 Las Dependencias Institucionales deberán instrumentar, operar y evaluar sus programas de capacitación, adiestramiento y actualización e informar invariablemente en forma bimestral los avances e incidencias de éstos a la Representación Ejecutiva de la Comisión Nacional o a las Subcomisiones Mixtas de Capacitación y Adiestramiento respectivas. Así mismo las Dependencias del Instituto deberán invariablemente proporcionar a los trabajadores inducción al área y al puesto al inicio de sus actividades en su adscripción o categoría y reportar los avances de este programa

Artículo 22 Con la periodicidad que se acuerde, el Instituto presentará ante la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, a través de la Comisión Mixta de Capacitación y Adiestramiento, para registro y aprobación, el plan y programas de capacitación, adiestramiento y actualización que conjuntamente con el Sindicato haya acordado establecer o, en su caso, las modificaciones convenidas con relación al plan y programas ya implantados con la aprobación de la autoridad laboral

Capítulo VI.- De los Instructores, Asesores y Tutores

Artículo 23 Las Dependencias Institucionales están obligadas a integrar y mantener actualizado un catálogo de instructores, asesores y tutores de base o de confianza. Este catálogo lo enviarán a la Comisión Nacional Mixta de Capacitación y Adiestramiento, por conducto de las Subcomisiones Mixtas, con la anticipación que se requiera

Artículo 24 Los jefes inmediatos serán considerados instructores, asesores y tutores potenciales del personal a su cargo, así como los trabajadores que demuestren tener los conocimientos técnicos necesarios y manifiesten su deseo de ser instructores o tutores, los que en su caso serán capacitados y actualizados.

Capítulo VII.- Derechos y Obligaciones de los Trabajadores

Artículo 25. De los Derechos

a) Recibir la capacitación, adiestramiento, actualización y orientación que les permita elevar su calidad de vida y productividad de acuerdo con los Planes y Programas elaborados por las dependencias del Instituto conforme a las normas establecidas por la Comisión Nacional Mixta de Capacitación y Adiestramiento,

- b) Recibir las constancias de aprobación correspondientes,
- c) Solicitar y recibir del área correspondiente los manuales e instructivos actualizados que se requiera,
- d) Solicitar revisión de examen de capacitación promocional en los términos que se establezcan en las respectivas convocatorias,
- e) Recibir de su área de adscripción las facilidades necesarias para asistir a las actividades de capacitación, adiestramiento, actualización y orientación,
- f) A ser considerado en los programas de capacitación, adiestramiento, actualización y orientación como instructor, sinodal o asesor,
- g) Recibir la inducción al área y al puesto,
- h) Cuando el trabajador considere tener los conocimientos suficientes para el desempeño de su puesto y de su inmediato superior, deberá acreditar documentalente dicha capacidad y presentarse y aprobar el examen de suficiencia que señale la Dirección General de Capacitación y Productividad de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Artículo 26 De las Obligaciones

- a) Presentarse con puntualidad a la hora y lugar que se le señale en los programas correspondientes debiendo asistir y permanecer el tiempo completo de su realización,
- b) Atender las indicaciones de los instructores que impartan la capacitación, adiestramiento, actualización y orientación, y cumplir con los programas respectivos.
- c) Desempeñar con responsabilidad y eficiencia todas las actividades que impliquen el desarrollo de los cursos de capacitación, adiestramiento, actualización y orientación,
- d) Presentar los exámenes de evaluación de conocimientos y de aptitudes correspondientes

Artículo 27 Los cursos de capacitación y adiestramiento en el trabajo, de capacitación promocional y de cambio de rama se efectuarán dentro de la jornada de trabajo (Contrato Colectivo de Trabajo IMSS, 1995-1997)

4.3.3.- FUNCIÓN DE LA CAPACITACIÓN

En los últimos años las organizaciones productivas en México han mostrado un fuerte interés por la capacitación y el adiestramiento de los trabajadores, debido principalmente a tres factores.

- 1 Las disposiciones legales
- 2 El mejoramiento de la calidad de vida del trabajador
- 3 El incremento de la productividad.

Las disposiciones legales han hecho que los empleadores se inquieten y traten de encontrar procedimientos que les permitan cumplir oportunamente, desafortunadamente esto ha provocado que se diseñen programas de capacitación y adiestramiento sin considerar, los lineamientos técnicos que deben reunir

Los representantes de los trabajadores, sindicatos, centrales obreras y asociaciones de profesionales, se han manifestado en hacer que la capacitación y el adiestramiento constituyan un recurso para obtener mejores condiciones de ingresos y preparación, que coadyuven al mejoramiento de la calidad de vida del trabajador

El gobierno, por su parte, realiza campañas para sensibilizar a los empresarios y trabajadores acerca del papel que juega la capacitación en el incremento de la productividad, definiendo a esta no como el tener que trabajar más sino el trabajar mas inteligentemente, no como la explotación del trabajador sino como la mejor distribución de la riqueza

En todos los casos cada entidad interpreta y maneja su propio concepto de capacitación, proponiendo líneas de acción para su utilización en uno u otro sentido. La realidad es que la capacitación y el adiestramiento constituyen una fórmula educativa extraescolar, mediante la cual los trabajadores de todos los niveles dentro de las organizaciones productivas, tienen la posibilidad de aumentar sus habilidades, conocimientos y destrezas, en otras palabras, desarrollar sus aptitudes para superarse técnica y profesionalmente, permitiendo con ello mejorar la calidad de su trabajo (Mendoza, 1996)

Esta exigencia ha provocado que muchas empresas se vean en la necesidad de generar cambios profundos en la organización de los procesos para responder a los nuevos parámetros de competitividad que imperan en los mercados internacionales. Los nuevos parámetros a considerar para que una empresa tenga permanencia en el mercado son

- Calidad de cero error, es decir, que los servicios y productos deben estar libres de fallas
- Entrega oportuna del producto, ya que no se admitirán retrasos
- Precio competitivo en el ámbito internacional

Para cumplir con las exigencias del mercado, las empresas tienen que conjugar sus esfuerzos tecnológicos, estructurales, administrativos y humanos para elaborar una nueva filosofía en la que impera la prevención sobre el error y la colaboración de sus miembros para hacer todo correctamente desde la primera vez (Pinto, 1994)

Si bien el logro de setos propósitos depende de la conjugación de todos los recursos de la empresa, la parte más importante es el recurso humano que, además de aportar sus esfuerzos y conocimientos, ha de tener una actitud sensible de calidad

Lo anterior implica la necesidad de dar un impulso a la capacitación, la cual tiene que comenzar con los niveles directivos, en tanto que a este nivel le corresponde iniciar los cambios en los valores de la organización e introducir la filosofía de calidad

De tal manera que la capacitación ha tenido un gran impacto sobre la atención médica básica, tanto en el estímulo que ha brindado a los directivos para mejorar su planeación, como en el resultado que el doctor capacitado obtiene para su ejercicio

En este sentido sé esta desarrollando muy bien la capacitación del visitador médico y del enfermero comunitario. No puede decirse lo mismo de la capacitación de los médicos, que es un área que se ha dejado de lado. Esta generalizándose la preparación de las recepcionistas la cual se descuido muchísimo en el pasado. La capacitación del director-médico administrador acaba de iniciarse. es un área donde el progreso es muy importante para una eficaz atención médica básica. La superación del equipo de trabajo como un proceso de estudio conjunto difícilmente a comenzado, pero rendirá atractivos dividendos al personal, a los pacientes y al servicio (Pritchard, 1982)

En lo que respecta al médico ya se ha iniciado la labor de capacitación, aunque esta a girado en una perspectiva netamente clínica, la capacitación que se implementará abarcara otro aspecto relevante que no a sido reconocido del todo, el psicológico

A los médicos generales desde hace mucho tiempo se les ha considerado como el subproducto, en vez del producto final de los estudios de medicina, sin embargo están cambiando las épocas. Para los médicos generales es relativamente nueva la capacitación y esta actuando deprisa. Este concepto es manejado por la Psicología Industrial ya que esta estudia el desarrollo y superación de las personas por medio del entrenamiento. Es probable que dentro de pocos años la capacitación sea obligatoria para los directivos de la atención médica básica

Capítulo 5

Metodología

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. ¿Cómo influye la capacitación en el cambio de actitud de los médicos sobre la atención en los derechohabientes?

5.2 HIPOTESIS Si existe la capacitación entonces la actitud de los médicos cambiara hacia la atención en los derechohabientes

5.2.1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Sensibilizar al médico familiar para mejorar la calidad de la atención, a través de un curso de capacitación.

- 1 - Establecer la importancia de los factores psicológicos (comunicación, afectividad, percepción, etc) en los médicos para aplicarlos en el momento de la consulta
- 2 - Conocer las actitudes de los médicos de la UMF No 9, con respecto a la relación médico-paciente
- 3 - Determinar los componentes de la actitud médica ante la prestación del servicio, por medio de una escala de actitudes que contenga los componentes de estas

5.2.2. VARIABLES V D Actitud en el médico con respecto a la atención

V I Curso de capacitación dirigida a la sensibilización en el médico

DEFINICIÓN CONCEPTUAL V D La actitud hacia la atención médica presentara diferencias después de la capacitación, la tendencia a evaluar la atención médico-paciente será diferente (Larousse, 1993)

DEFINICIÓN OPERACIONAL V.D Las respuestas a la escala de actitud hacia la atención médico-paciente, tendrán una mayor homogeneidad entre los componentes de los mismos

DEFINICIÓN CONCEPTUAL V I Acción a través de la cual se encuentra explícita la expresión de habilidades, conocimientos, afectos para un buen desarrollo institucional (Larousse, 1993)

DEFINICIÓN OPERACIONAL V I. Implementación de un curso que incluya áreas relacionadas con comunicación, atención, motivación, afectividad, percepción, con la finalidad de promover un cambio

5.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN Expo facto por la elaboración, validación y aplicación de la escala
Aplicada por el curso de capacitación.

TIPO DE DISEÑO Cuasiexperimental (Cambell y Stanley, 1993)

5.3.1 POBLACIÓN La población estuvo integrada por los médicos que laboran en la UMF No 9 de la Delegación No 3 Sureste del I.M.S.S en el D.F., que se encuentra localizada en Av Revolución y calle 7 de la colonia Sn Pedro de los Pinos, contando con 29 consultorios de Medicina Familiar

MUESTRA La muestra la conformaron 29 médicos del turno matutino y 29 médicos del turno vespertino Los sujetos con los que se trabajo, fueron 58 médicos de la Clínica No 9, sin importar sexo o edad y que trabajen en consulta externa El tipo de muestreo fue accidental

CURSO DE CAPACITACIÓN	TURNO MAT	TURNO VESP	TOTAL
SI	7 MED	5 MED	12 MED
NO	22 MED.	24 MED	46 MED

5.4 INSTRUMENTOS

5.4.1. Escala Tipo Lickert.

Se elaboro y aplicó una escala de actitud con respuesta tipo Lickert, la cual contenia los componentes de ésta cognitivo, afectivo y conductual, la escala fue de 30 reactivos referentes a la atención médica (Ver Anexo I) Así la aplicación del instrumento se realizo en tres fases

I) -Elaboración y validacion de la escala

Para conocer el tipo de actitud que el médico mantiene en la atención, se decidió utilizar la escala de actitudes tipo Lickert Para su elaboración se redactaron 180 reactivos dirigidos hacia la atención médica (cognitivo, afectivo y conductual), 60 reactivos por cada componente, redactados en forma positiva o negativa, tres categorías propias de la atención médica profesión, formación y vocación (Lam, 1983)

Una vez concluidos los reactivos se sometieron a un proceso de validación por cada juez en el tema, Médicos Familiares y Psicólogos, de esta manera se califico reactivo por reactivo considerando la redaccion, categoría, componente que comprendía el mismo (Ver anexo II)

Concluida esta fase, se realizaron las correcciones indicadas y se extrajeron las

mayores frecuencias, de acuerdo a la calificación que los jueces otorgaron a los reactivos tomando como rango arriba del 80% de las respuestas para cada característica, Componente (CM), Redacción (R), Categoría (CT) -, seleccionando dos de los tres rubros para su validación (Ver anexo III)

Posterior a este procedimiento la escala queda conformada por 65 reactivos distribuidos de la siguiente manera, 20 reactivos referentes al componente afectivo, 25 reactivos al componente cognitivo y 20 reactivos al componente conductual

Para obtener la confiabilidad del instrumento se piloteo entre el 50% de la población de los médicos familiares de la U.M.F. 9, esto con el fin de consolidar cuales serian los reactivos más propicios para obtener la actitud ya señalada. Así, al médico se le entrego una carta explicando el objetivo de la escala, la colaboración por parte de estos y la forma en como debía contestar dicho instrumento (Ver anexo IV). La manera en como se selecciono a los sujetos para él piloteo fue accidental, conforme llegaban al consultorio y hasta cubrir el 50% de toda la población, debido a la carga de trabajo en la clínica se les entrego la escala, al inicio de sus actividades tanto en el turno matutino como en el turno vespertino pasando a recogerlo al final de su jornada laboral

Al obtener todos los cuestionarios ya contestados se sacaron las frecuencias de cada reactivo de acuerdo al procedimiento de la escala tipo Lickert, se califico como a continuación se explica

Para reactivos positivos	Para reactivos negativos
Totalmente de acuerdo, TA = 5	Totalmente de acuerdo, TA = 1
De acuerdo, A = 4	De acuerdo, A = 2
Indeciso, I = 3	Indeciso, I = 3
En desacuerdo, D = 2	En desacuerdo, D = 4
Totalmente en desacuerdo TD = 1	Totalmente en desacuerdo TD = 5

Ya con la frecuencia de cada reactivo con respecto a la respuesta de los médicos, se sometió cada uno de estos a la prueba estadística t-student, con el fin delimitar que reactivos satisfacían el criterio de los jueces (Ver anexo V). Y obtener la confiabilidad del instrumento y su validez y tener la certeza de medir lo que se quería medir. La escala final quedo constituida por 30 reactivos, divididos en 10 por componente

II) - Aplicación de la escala

Ya con el instrumento final se prosiguió con su aplicación. En esta primera medición se aplico al total de la población sin importar su sexo, edad, antigüedad o grado de estudios. Las instrucciones fueron las mismas que en la fase de piloteo, se visito cada uno de los consultorios a dejar la escala y se recogió al final del turno correspondiente. Siendo un total de 53 médicos a los que se les proporciono

Para detectar por medio de la escala, la actitud que mantiene el médico y los componentes que se encontraban en mayor o en menor nivel, todos los datos obtenidos se

capturaron en el programa estadístico SPSS, se utilizó la prueba *t student*, y comparar los resultados, esto, una vez aplicado el curso a los médicos seleccionados

III) - Segunda aplicación de la escala

Concluida la etapa de capacitación se aplicó la segunda medición de la escala, a la población total de médicos, con la premisa de diferenciar a los médicos que tomaron el curso. De la misma manera que en la primera aplicación se le entregó al médico la escala utilizando el mismo procedimiento que la vez primera

En este caso se podrá observar de acuerdo a los resultados, la diferencia entre la primera medición y esta segunda, así como comprobar si el curso de capacitación resultó efectivo para el cambio de actitudes en los médicos

5.4.2. SITUACIÓN EXPERIMENTAL La escala se aplicó en los consultorios dentro de la unidad, los cuales tienen un área de 3m ancho por 4.30m de largo, contando con un archivero, escritorio, sillón, cama de oscultación, báscula con estadímetro, lavabo, ventanales en la parte superior del consultorio y luz eléctrica. Para la aplicación de la escala se utilizaron los siguientes materiales

- 1 - 120 escalas
- 2 - lápices, gomas

5.4.3. ANALISIS DE DATOS Se utilizó el programa estadístico SPSS, Dado el tipo de investigación que se llevó a cabo, se empleó la prueba "*t-student*", para observar si hubo diferencias entre el grupo control y experimental

PRUEBA *t STUDENT* Esta prueba estadística paramétrica es usual para analizar datos de dos muestras relacionadas la aplicación de esta prueba otorgará las diferencias en las puntuaciones obtenidas, la prueba "*t*" supone que las diferencias entre las puntuaciones obtenidas pertenecen a una distribución normal, lo cual implica que las variables pueden medirse al menos en una escala de intervalo (Siegel, 1995)

5.4.4. ANALISIS DE RESULTADOS Se llevaron a cabo dos aplicaciones

1 - La primera aplicación de la escala fue obtenida antes del curso, con la cual se compararon los promedios de los médicos que no estuvieron en el curso con los que sí asistieron encontrándose que no había diferencia entre ellos, en las tres áreas

2 - Terminado el curso se aplicó nuevamente la escala a ambos grupos (control y experimental) lo que permitió hacer una doble comparación

- a) Entre el grupo control (que no asistió al curso) y experimental (sí asistieron al curso) donde se encontró una diferencia, estadísticamente significativa, en las tres áreas, con puntajes promedios más altos en el grupo experimental
- b) Entre el grupo anterior a la aplicación del curso y la de después del grupo experimental, donde también se encontró un incremento, estadísticamente significativo, en el puntaje

posterior al curso.

APECTIVO	Nº Casos	CONTROL	Nº Casos	EXPEIMENTAL
ANTES	39	37.52	12	36.33
DESPUES	39	33.99	12	44.33

CONDUCTUAL	Nº Casos	CONTROL	Nº Casos	EXPEIMENTAL
ANTES	39	38.03	12	36.66
DESPUES	39	34.20	12	45.66

COGNITIVO	Nº Casos	CONTROL	Nº Casos	EXPEIMENTAL
ANTES	39	34.96	12	35.5
DESPUES	39	31.61	12	43.33

Los resultados se desglosaron por componente dado que se tenía que detectar cual de estos no estaba interactuando en la conducta del médico, ya que la problemática que origina el proyecto es la mala atención que el prestador esta ofreciendo al derechohabiente, esta gira alrededor de un sin número de acontecimientos, tales como la falta de espacio en el consultorio, no contar con los instrumentos necesarios para la consulta, falta de medicamento, etc Y que abarcaría otro aspecto que en esta ocasión no se tomaran en cuenta, lo que interesa es detectar por que motivo la actitud del médico no es la apropiada

Bajo esta premisa, y después de la aplicación del curso. se muestran gráficamente las diferencias obtenidas entre el personal que no tomo el curso y los que si asistieron De tal manera se puede afirmar que el curso aplicado, si influyo en la actitud del médico generando un cambio en la atención médica, por otro lado los médicos que no tomaron el curso disminuyeron sus promedios, esto podría haberse ocasionado dado que estos ya no colaboraron al responder los cuestionarios de la misma manera que en la primera aplicación y como ya se menciona son varios los aspectos por los que su actitud no sea la adecuada, esto se perciben mejor en las figuras 3, 4 y 5

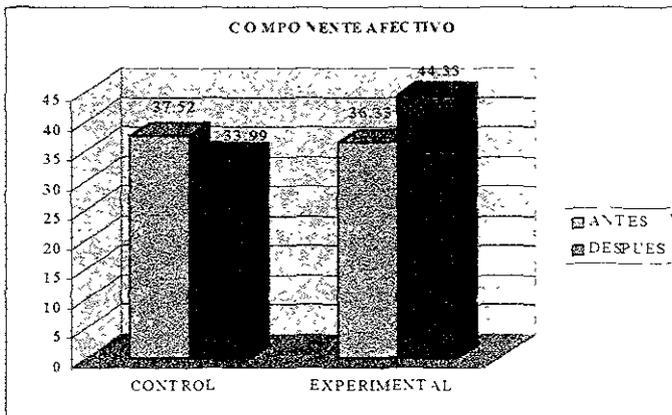


Figura 3

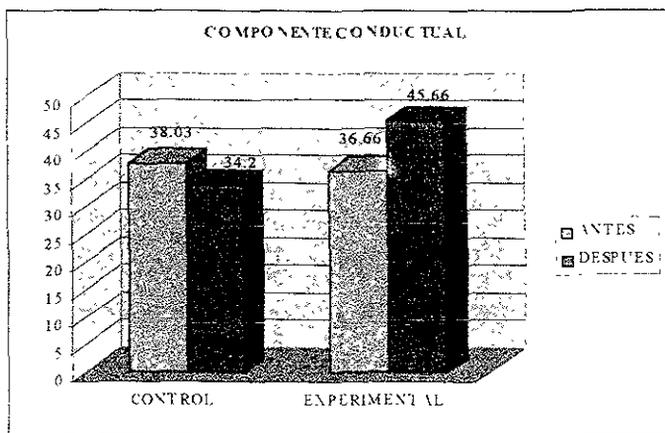


Figura 4

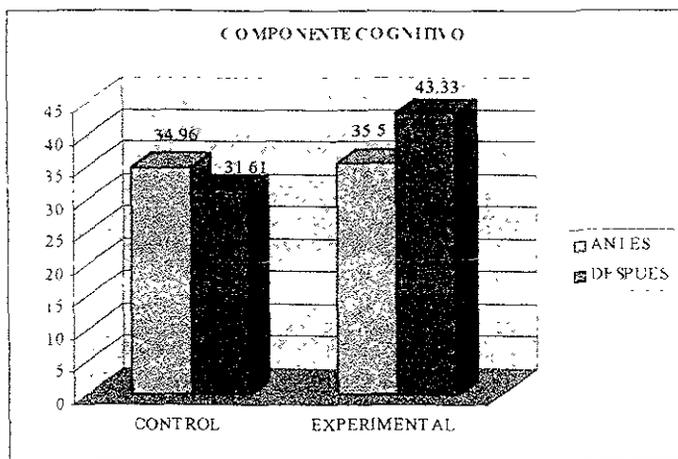


Figura 5

En si todos los componentes aumentaron con respecto a las primeras mediciones realizadas, la aplicacion del curso tuvo el objetivo de modificar la actitud del médico hacia la atención, de acuerdo con los resultados obtenidos en la primera aplicacion de la escala se puede percibir que el médico no manifiesta abiertamente sus sentimientos ante los pacientes

ya que no es muy común que este muestre un perfil sensible, la imagen que demuestra es toda la contraria, proyectando a un ser frío y calculador ante la enfermedad y el dolor de los demás, por lo que el resultado de su comportamiento conduce a un aislamiento profesional hacia el paciente e incluso ante sus demás compañeros, es por ello que el mismo sea en el total de las ocasiones quién impide el mantener una empatía con el derechohabiente como se pretende. Sin duda sus conocimientos clínicos solventan esa falta de tacto para mantener esa cercanía con el paciente y que en muchos casos ha olvidado pues le resulta más importante mantener esa imagen de tener solución a todas sus afecciones.

Así, el curso se elaboró tratando de desarrollar los aspectos afectivos en este y poder canalizar sus sentimientos a una actitud aún más cordial en la consulta. Dado que para el médico es más sencillo razonar sus sentimientos y lograr que comprendiera la intención del curso.

5.5 INSTRUMENTOS

5.5.1. Curso de Capacitación.

El curso de capacitación, se elaboró de acuerdo al(los) componente(s) faltantes en las respuestas de los médicos y dirigido al cambio de actitud, donde se utilizaron los siguientes materiales.

- 1 - 15 hojas de rotafolio
- 2 - lápices, plumones, gomas, gises, borrador
- 3 - 15 diapositivas
- 4 - música ambiental
- 5 - proyector de diapositivas
- 6 - 200 hojas blancas

5.5.2. SITUACIÓN EXPERIMENTAL. El lugar donde se realizó el curso, fueron las instalaciones de la UMF No 9. Dentro del auditorio de la misma, el cual tiene una superficie de 32m. de largo por 20m. de ancho, al frente de dicho auditorio se encuentra un foro de 15m. de largo por 4m. de ancho donde se llevaron a cabo las dinámicas. A sí mismo cuenta con un total de 45 butacas, luz eléctrica, ventanales a los costados superiores, ventilación, pizarrón y sonido, pertinentes para el desarrollo del proyecto.

5.5.3. PROCEDIMIENTO. Elaboración y aplicación de un curso de capacitación. Una vez conocido el componente de la actitud que obtuvo menor frecuencia, se elaboró un curso con el cual se pudiera incrementar y lograr inducir un cambio en la atención al derechohabiente, dicho curso debía contener los aspectos que involucran una atención cordial, el concepto de actitud que el médico debía considerar como complemento de su servicio y las funciones que de ella se derivan, aspectos personales de su ambiente laboral y finalmente la parte emocional. Con estas características el curso quedó organizado de la siguiente manera, abarcando Presentación, Desarrollo de las actividades, Contenido del curso, Tabla de asistencia y de calificación y las dinámicas empleadas durante el mismo (Ver anexo VI).

5.5.4. RESULTADOS En referencia los resultados de la capacitación como se menciona el procedimiento más que llegar a evaluar el rendimiento de los médicos con una medición, se busca desarrollar la participación de este con sus demás compañeros, ya que no solo con la teoría sería suficiente para que el mismo médico se diera cuenta de mejorar algunos procedimientos en la atención, este análisis se obtuvo de acuerdo a los comentarios vertidos por el médico, con base en estos, los resultados son positivos ya que se reconoce y considera adecuado generar este tipo de trabajos, así como el aceptar otras técnicas de entrevista y consulta así como el trato al derechohabiente

Con respecto al análisis y desarrollo del curso se describe a continuación la evaluación cualitativa a nivel descriptivo de las sesiones, así como el avance que se tuvo con las dinámicas realizadas y comentarios acerca del comportamiento del médico ante el curso y el expositor

DESARROLLO DE ACTIVIDADES SESIÓN 1	
OBJETIVO PARTICULAR: Presentación del equipo de trabajo	
FECHA: 2-NOV-98	
TEMA Presentación	OBJETIVO ESPECÍFICO 11 - Presentación del proyecto y del equipo de trabajo
DESARROLLO Se presento de manera formal el curso por parte de la institución, así como del equipo de trabajo, sé explicito el contenido del proyecto y se llevo a cabo una dinámica de presentacion para que el grupo se conociera, se presentaron 21 personas las que se encontraban esparcidas por el auditorio, se observó poca participación durante la dinámica	

DESARROLLO DE ACTIVIDADES SESIÓN 2	
OBJETIVO PARTICULAR: Proporcionar al médico los conceptos de actitud	
FECHA: 3-NOV-98	
TEMA Actitud	OBJETIVO ESPECÍFICO 21 y 22 -Proporcionar al medico el concepto de actitud y su importancia en su medio
DESARROLLO La asistencia de los médicos se redujo a 12, volviendo a sentirse de manera aislada, se propuso que se juntasen y formar dos grupos de trabajo, es notorio que la expresión de sus caras denota incertidumbre, y poca afectividad En cuanto al desarrollo del proyecto, hubo cierta desconfianza y comunicación entre ellos al momento de realizar la actividad correspondiente, conforme paso el tiempo comenzaron a integrarse pero con poca acción, un dato curioso fue el que uno de los equipos al pasar a exponer el tema de actitud dejo solo a un compañero para elaborar la hoja de rotafolio y la exposición, al finalizar la sesión se les hizo notar este detalle al cuál respondieron con pena y risas, se dejo claro que el trabajo en equipo es valioso y que puede colaborar a que haya mejor conjunción entre ellos. De la misma manera hubo algunos médicos que no conocían el concepto de actitud, vertieron opiniones de la importancia del concepto hacia su labor y la familia.	

DESARROLLO DE ACTIVIDADES SESIÓN 3

OBJETIVO PARTICULAR: Funciones de la actitud y su utilidad

FECHA: 4-NOV-98

TEMA Actitud

OBJETIVO ESPECÍFICO: 2 3 y 2 4 -Determinar la importancia de la actitud de servicio dentro de la institución

DESARROLLO

Se presento el mismo grupo de la sesión anterior, nuevamente se tuvo que invitar a que los médicos se sentarán más juntos, aún se percibe como mantienen cierta distancia hacia el expositor e incredulidad hacia el curso; se comenzó a trabajar con la redacción de un texto sobre actitud de servicio y cambio de actitud, se pretendía que el médico analizara estos conceptos y lo relacionara con su vida personal, posteriormente se paso a la dinámica que constaba de elaborar tres dibujos relacionados con su presente, su pasado y futuro con lo que se buscaba resaltar aspectos importantes de su vida y correlacionarlos con los conceptos dados, algunos médicos no hicieron el dibujo pues les resulto complicado manifestarlo y prefirieron comentarlo para el grupo, pero en su mayoría coincidieron en aspectos como la familia, los viajes y su profesión.

Sobre el tema revisado, cabe hacer notar que muchos de ellos reconocieron la falta de organización y comunicación entre ellos mismos, pues su labor es muy "individualista" por lo que se "encierran" en su consultorio y se olvidan de que hay todo un equipo de trabajo a su alrededor. El darse cuenta de esta situación, implica deseos de superación, responsabilidad y respeto, de acuerdo con ellos esta actitud de la que se hablo puede ser filtro donde se logre solucionar no solo los problemas relacionados con su labor y sus pacientes, si no, sobre todo la relación que tienen en su vida privada

DESARROLLO DE ACTIVIDADES SESIÓN 4

OBJETIVO PARTICULAR: Brindar estrategias psicológicas para la atención médica

FECHA: 5-NOV-98

TEMA Atención médica

OBJETIVOS ESPECÍFICOS 3 1, 3 2 y 3 3 -
Brindar algunas técnicas de entrevista y rapport en la atención

DESARROLLO

Asistieron los mismos médicos de la sesión anterior, se ha estado trabajando en equipos y se nota mejor acoplamiento, se ha tratado de que los equipos en cada actividad de grupo se conformen con diferentes miembros y observar como se comportan ante diferentes personas. En esta ocasión se inicio el segundo capitulo que es Atención Médica, se revisaron conceptos de entrevista, rapport, empatía, calidez y respeto, como tarea los médicos trajeron los aspectos que a su parecer son más importantes dentro de la consulta, se generó una breve discusión, pues se sintieron en su mayoría criticados al ofrecer un punto de vista distinto al que manejan ellos, ante estos se les recordó que el curso pretendía brindar un aprendizaje y colaborar con ellos en proporcionarles más herramientas para utilizarlas en su labor, por sus comentarios y gestos se observo que se sintieron ofendidos y hasta insinuaron que como era posible que se les viera a enseñar algo que durante su etapa profesional lo manejaban a diario y que era imposible en

ocasiones lograr empatía con el paciente o por lo menos tener una adecuada comunicación, se pidió que todos estos comentarios se analizaran y que recordarán si en verdad en algún momento dentro de la consulta lo llevaban a cabo y que simplemente lo tomarán en cuenta con el ejercicio con el que se iba a trabajar

De tal forma, se propuso iniciar con la dinámica que trataba de simular una consulta, se pidió que observaran el comportamiento tanto del entrevistador como del entrevistado, sus gestos, tono de voz, cordialidad, actitud, confianza, comunicación, y al final retroalimentarse con lo que habían percibido y obtener conclusiones

Al terminar la dinámica, muchos médicos hicieron notar que no habían tomado en cuenta algunos de estos aspectos y que había sido una buena experiencia, otros fueron más detallistas y comentaron que *el factor humano* determina la dirección de la entrevista y que en verdad no lo llevaban en la práctica, así como el poner atención a los movimientos y estados de ánimo del paciente, en general acordaron que si en verdad llevaran a cabo estos procedimientos o por lo menos algunos principios, harían más sencilla la consulta y de alguna manera no sería tan tediosa la entrevista

Por sus expresiones, al médico le cuesta trabajo manifestar sus ideas, emocionalmente hablando, trata de justificar esta situación utilizando un lenguaje totalmente técnico aminorando la presión de saber que en la consulta no desarrolla todo su potencial, si se percibe una resistencia al ser detectados algunas fallas, no en el aspecto profesional, si no en la parte humana, hasta el momento se percibe mayor confianza entre los médicos y el expositor pero con sus precauciones, ya no hay tanta seriedad en sus rostros, aunque siguen siendo metódicos, sin lograr por completo explorar un poco hacia su persona

DESARROLLO DE ACTIVIDADES SESIÓN 5

OBJETIVO PARTICULAR: Analizar las estrategias actuales en Atención Médica

FECHA: 6-NOV-98

TEMA. Atención Médica

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.4 y 3.5 -

Analizar y discutir las estrategias actuales para las UMF para el beneficio de la consulta

DESARROLLO

En esta sesión algunos médicos llegaron antes de la hora y platicaron conmigo acerca del proyecto, considerando que es algo innovador en el sentido de dar este tipo de cursos, así como las dinámicas de trabajo donde no solo el expositor tiene participación, si no es una constante retroalimentación por parte de ellos, entre ellos y el expositor, este día se extendió el horario por esta situación

De tal manera, durante la plática que se sostuvo con los médicos se les invitó a olvidarse del papel que representan para la institución, que intentaran ser naturales y que no tuvieran pena al expresar lo que sentían, se les dijo que de ahora en adelante se iba a trabajar jugando y que se necesitaba toda su colaboración para que el curso tuviera resultados positivos, las caras de los médicos eran de sorpresa, curiosidad y de poca importancia, entre risas se comenzó la sesión.

siendo ya notorio que se están involucrando con algunos temas, además de la participación en las actividades, ya no hay necesidad de pedir que se sienten más juntos, y ya no se siente tanta esa frialdad entre ellos. De tal modo se continuó revisando el proceso de atención médica, el cual al pedirse aportaciones, quejas o sugerencias, pareció que se hayan puesto de acuerdo al determinar que el proceso estaba bien, que no hacía falta ni incluir, ni quitarle nada. Se expresaron comentarios en el sentido de que este proceso se basaba en el método científico, que fue planeado de forma estratégica y correcta, una pequeña minoría solo comentó que el proceso sin duda sí cumplía con las expectativas de la atención, pero que ojalá todos los médicos llevaran al pie de la letra todos los pasos, nuevamente manifestaron que no solo era labor de ellos brindar una buena atención, sino que, eran todos en conjunto en la clínica los que debían comprometerse en otorgar esta prestación.

Reconocieron que de su parte como médicos familiares si es necesario lograr no solo un cambio de actitud en el trabajo si no también personal y que necesitaban ser más *flexibles* para desarrollar estos cambios que beneficiarán su entorno. Se observó que en un momento determinado hubo gran cohesión entre ellos, nuevamente al sentirse criticados sin pretenderlo reconocieron estas fallas y se ha logrado establecer el trabajo en equipo y concientizar que su actitud juega un papel importante en su labor y tener la flexibilidad como ellos dicen para motivar un cambio.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES SESIÓN 6

OBJETIVO PARTICULAR: Analizar los conceptos de *Sí mismo* y *Autodesarrollo*

FECHA: 9-NOV-98

TEMA: Mejora Personal

OBJETIVO ESPECÍFICO 4.1 y 4.2 -Proporcionar al médico el concepto de sí mismo y autodesarrollo, en beneficio propio de este y del servicio en la atención.

DESARROLLO

Se pasó al capítulo de mejora personal y se pidió redactar un texto por equipo sobre los conceptos dados, a partir de esta revisión, se aplicó la dinámica correspondiente, esta consistió que de acuerdo al autodesarrollo y concepto de sí mismo que tienen ellos, visualizarlo y escribirlo en cuanto a tres aspectos: familia, trabajo y sociedad. Aparte se les hizo cuatro preguntas referentes a cómo el conocerse a sí mismo y cómo podría encaminarlos a generar un cambio y sobre qué bases.

Cabe hacer notar que la confianza entre los médicos y el expositor se va haciendo más amplia, se perciben más confiados y dispuestos a trabajar con este estilo de juego. Esto ha permitido que no solo haya una comunicación interactiva, si no el sentirse ya como un equipo de trabajo que va definiendo poco a poco la utilidad del programa y esto se expresa a través de las preguntas y comentarios acerca de los tópicos del mismo. Uno de los médicos al final de la sesión en la parte de conclusiones comentó algo importantísimo, refiriéndose a que muchas de estas actividades al médico le cuesta trabajo llevar a cabo este tipo de demostraciones, puesto que es exponer ante los demás lo que es su forma de ser y que a pesar que ellos saben que necesitan un cambio.

principalmente personal no lo llevan cabo por prejuicios internos, e inclusive comento que el hecho de exteriorizar lo que sentían en la mayoría de las ocasiones era visto por los directivos como alboroto, sus compañeros resaltaron el comentario al opinar que faltaba una mayor organización entre ellos, además que normalmente la gente que es negativa no colabora para llevar a cabo una mejor integración y por ende, su labor de la mejor manera.

Continúan manejando el concepto de flexibilidad para el cambio y ahora mencionaron la importancia de la comunicación entre ellos, varios de ellos al dar las conclusiones a las que se llegan, solo asienten con la cabeza y parece que quisieran comentar mas sobre ello pero de repente se detienen, el hecho de que están de acuerdo con las conclusiones vertidas viene a reforzar la idea de que si hay un interés en lograr un cambio y dar un giro a su situación personal

DESARROLLO DE ACTIVIDADES SESIÓN 7

OBJETIVO PARTICULAR: Analizar la Actitud de Servicio y el escuchar al paciente.

FECHA: 10-NOV-98

TEMA Mejora Personal

OBJETIVO ESPECIFICO 43 y 44 -Discutir la importancia de la actitud de servicio y la importancia de saber escuchar al paciente

DESARROLLO

En esta sesión se comenzo a trabajar con el concepto de actitud de servicio, se pidio una breve redaccion sobre la calidad de su trabajo para al final discutirlos y sacar los puntos más importantes sobre el equipo de trabajo, posteriormente se trabajo con la dinámica prejuicios inconscientes para sustentar los medios de comunicación que el médico pueda utilizar así como la actitud que promueve dentro de la consulta, aspectos como el poder de convencimiento y la ayuda humanitaria se abarcan dentro de la sesión, ya que en el comportamiento de varios de los médicos, resaltan estos puntos pero tal parece que hay algo que impide demostrarlos por completo

Varios de los médicos se han quedado a platicar después de las sesiones, lo cual nos puede permitir hablar de la cercanía que ya sienten hacia el expositor y sin duda sinónimo de interés que muestran hacia los temas que se han revisado, basta con que uno de los médicos aporte opiniones positivas sobre la forma de lograr un cambio para que los demás demuestren el estar de acuerdo. Se han dado propuestas como: tener un espacio para discutir sobre algún tema, ofrecer información para estar actualizado pero sobre todo para tener un espacio donde poder relajarse y tratar algunos problemas que les acontecen, sugirieron que se les brinde más apoyo *no tan solo económico* si no algo que les motive con su desempeño, reconocer que en muchas ocasiones tienen que ser creativos para sacar la consulta adelante, se les hace importante *darle más validez a ese esfuerzo extra que ponen*

De tal manera que este espacio no solo ha servido para brindar un conocimiento teórico extra, si no también un lugar donde pueden ser escuchados y abordar parte de los problemas que viven

en el consultorio Han podido expresarse libremente, aunque están conscientes tanto ellos como el expositor que el curso *no resolverá todas las necesidades que ellos quieren, pero esa actitud de servicio se nota más al percibir que no solo ellos deben ser los primeros en dar una buena atención ya se ha comentado que piden se involucre a los demás departamentos y llegar a un acuerdo en hacer las cosas de la mejor manera posible puesto que en realidad es todo un equipo de trabajo el que puede lograr una mejora con calidad y no solo unos cuantos*

Siendo así que poco a poco se van cubriendo los objetivos del trabajo y que sin duda el médico ha ido comprendiendo que puede obtener ayuda de otras áreas sin afectar su manera de otorgar la consulta

DESARROLLO DE ACTIVIDADES SESIÓN 8

OBJETIVO PARTICULAR: Sensibilización

FECHA: 11-NOV-98

TEMA Sensibilización	OBJETIVO ESPECÍFICO 5 1 y 5 2 -Analizar y discutir el momento que vive la Institución
----------------------	---

DESARROLLO

El médico ha reconocido que en ocasiones su actitud no es la más adecuada, ha aceptado que el *trabajo en equipo es necesario, así como tener algunas bases psicológicas, no terapéuticas, para desenvolverse tanto laboral como personalmente, ya podemos hablar de un grupo de trabajo con el único propósito de buscar soluciones a los problemas en la consulta, esta sesión en particular fue importante, aparte de analizar lo que debe hacer y lo que se hace como médico en la consulta, se enfrentó al médico a mostrar experiencias relacionadas con cambios de imagen que pudieran afectar la personalidad con la que siempre a sido etiquetado*

En referencia al primer punto, en general mostraron una fuerte unión como médicos y a su formación netamente objetiva y metódica, se pidió dar propuestas sobre la mejora en el proceso de atención que anteriormente ya se había revisado y no surgió alguna, comentaron que era un sistema adecuado bien planeado, sin embargo se comento que no todos respetaban ese procedimiento, incluso que en muchas ocasiones no se conocían todos los pasos de deben realizarse, probablemente lo que si debería incluirse sería la parte afectiva que el médico debe mostrar

En lo que respecta a la dinámica, sé penso que en esta en particular no se tendría la cooperación de ellos, pues se necesitaba de verdad hacer a un lado su condición de médico, pero principalmente propiciar un cambio en su Autoestima, aunque fuera temporal, la resistencia que se manifestó a lo largo de los pasados días de trabajo, parecía ser el principal problema a vencer. Cosa que no sucedió así, se les comento brevemente que tenían que crear una danza o ritual con

ritmos, cantos, lo que se les ocurriera y demostrar en común acuerdo una ideología, un pensamiento, una cultura hacia su labor, en general todos rieron y comentaron entre ellos como se verían realizando estas actividades. Se formaron dos grupos, se organizaron y comenzaron a tratar de demostrar lo que sentían, el primer grupo tomo como tema principal la amistad unos hacían sonidos suaves, otros se abrazaban afectuosamente y algunos bailaban tratando de interpretar la unión entre ellos, el segundo grupo manifestó algo distinto, por medio de distintos ritmos sin ularon diferentes formas de pensamiento y como por medio del lenguaje uno puede comprender y asimilar a las demás personas Al final todos sonrieron al experimentar libertad, confianza, sin pena ni prejuicios de los comentarios de las demás personas que estaban ahí

Los comentarios al final de la sesión fueron de los más productivos, se sintieron bien al demostrarse entre si que no es nada difícil compartir con los demás su forma de ser, respetar la opinión de otras personas, pero creo que lo que menos les importo en ese momento fue el ser personas con una condición o estatus y simplemente se desarrollieron tal y como son Médicos que son totalmente serios y muy estrictos en sus comentarios, reían, se sonrojaban, intercambiaban comentarios chuscos, no se lleo a pensar que podrian generar este tipo de conductas Para ellos, djeron, necesitar un desarrollo humano continuo donde puedan experimentar, tranquilidad tanto en su persona como en su trabajo, en fin fue algo determinante para aceptar que la parte humana, la parte afectiva si pueden ofrecerla solo con un poco de esfuerzo y flexibilidad en el trabajo y dejar a un lado la idea de ser juzgados por los demas, que es el principal factor de sentir miedo a expresar sus sentimientos

DESARROLLO DE ACTIVIDADES SESIÓN 9

OBJETIVO PARTICULAR: Sensibilización

FECHA: 12-NOV-98

TEMA Sensibilización

OBJETIVO ESPECÍFICO 5.3 -Conocer las aportaciones del medico para la mejora continua

DESARROLLO

Para esta sesión, se pidio que trajeran un breve análisis con relación al programa trabajado, que les había parecido, en que forma se puede utilizar en su labor, en fin aportar conclusiones generales sobre el curso

En general se dieron comentarios sobre la intención de mejorar la actitud del medico, asi como el contar con este tipo de trabajos de manera más continua, resaltando la importancia de ser escuchado y tomados en cuenta para algunas decisiones en las que se encuentre involucrado En cuanto a las sugerencias, solicitaron que fuera en un tiempo más corto, menos días y hacerles llegar con mayor anticipacion las invitaciones al curso para organizarse en la consulta, de igual manera se sugirió que se les proporcionara mayor información sobre algunos temas que se revisaron para tener una idea más clara de lo que se estuvo trabajando

Al final de la sesión despues de oír sus comentarios se aplico la dinámica presentación sin palabras donde tenían que expresar cada uno al grupo su forma de ser. como se identifican ellos mismos ante los demás, uno a uno pasaron con algo de nerviosismo y hubo expresiones desde deportistas, fiesteros, gente pensante, hasta los que de verdad no pudieron completar su

demonstración y prefirieron comentar lo que son, esta dinámica tuvo como finalidad consolidar el compañerismo que se ha observado a lo largo del curso, haciendo un recuento, ya no se presentan al auditorio con la etiqueta de médicos, si no más bien como compañeros de clase, haciendo comentarios acerca de su vida personal o de algún caso médico en particular, esto sin duda es importante no solo para efectos de la evaluación del programa, si no también, para comprobar que el médico no ha perdido esa parte humana, si no por las propias condiciones del trabajo ha.. hecho que las excluya de formar parte de su servicio.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES SESIÓN 10

OBJETIVO PARTICULAR: Sensibilización

FECHA: 13-NOV-98

TEMA Sensibilización

OBJETIVO ESPECIFICO 5 4 -Discutir la importancia de la labor del medico ante una sociedad

DESARROLLO

Este día concluyo el curso, se inicio con una sesión de diapositivas referentes al servicio de la atención médica, acompañado de una introducción sobre la función que desempeña el médico familiar en el Instituto, planteando la problemática que vive el IMSS y la necesidad del compromiso del médico en su labor. Al término de esta sesión se les pidió que le escribieran al compañero de al lado lo que había significado el trabajar con él, lo que representaba como persona y como compañero de trabajo, se intercambiaron los comentarios y que ya estando solos analizaran el texto recibido y sirvieran de retroalimentación para cada uno.

Posteriormente se paso a comentar conclusiones sobre lo aprendido, y en general fueron cuatro aspectos a los que se dio mayor importancia

- 1) Trabajo en equipo
- 2) Flexibilidad para el cambio de actitudes
- 3) La importancia de la familia en el médico como parte de su labor de autodesarrollo
- 4) La importancia del trabajo psicológico para un mejor desarrollo humano

Con estas observaciones se puede deducir que el medico requiere de la colaboración de otras áreas, la Psicología es una de ellas y no solo en el ámbito clínico si no el área industrial apoyando a desarrollar un mejor marco laboral y productivo, con la materia prima más importante, el ser humano. Así se ha descubierto que el médico con respecto a su persona tiene diferentes puntos de vista sobre como ofrecer una mayor calidad humana, empatía y encontrar otros medios de comunicación no solo de forma verbal sino con gesticulaciones, posturas e inclusive con mayor contacto con los pacientes (abrazos, saludos de mano, etc)

Además, se logro conjuntar equipos de trabajo, situación no muy habitual en su ambiente laboral, puesto que su practica es netamente individual, con las dinámicas que se aplicaron se obtuvo la participación de todos así como la intención de unificar criterios en algunas estrategias principalmente en la relación que se genera con los pacientes

Capítulo 6

Discusión y Sugerencias

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social la calidad en la atención inicia y termina en la satisfacción del usuario interno y externo, problemas como la sobredemanda, la falta de recursos, escasez en medicamento, materiales, etc. son algunas de las características principales que acostumbran a que esta atención no sea la adecuada, pero principalmente el ambiente laboral en el que se desarrolla el médico de Medicina Familiar es un factor que trae como consecuencia agravar la problemática en la atención al usuario

Observar y conocer la actitud que el médico mantiene en la consulta se logró a través de la detección de los componentes de la actitud por medio de la escala tipo Lickert, con el análisis de resultados, se interpretó que el médico familiar sabe que tiene que otorgar una atención adecuada que cuenta con los conocimientos para restablecer la salud de un paciente, de la misma manera reconoce que siente un compromiso no solo consigo mismo si no con el paciente para aconsejarlo y hacerlo sentir mejor, dado el trabajo realizado con éste durante el curso de capacitación, se puede decir que al médico le cuesta trabajo demostrar con sus acciones las emociones y pensamientos hacia el paciente. Fishbein (1962), nos habla que la actitud es una variable intercurrente y como tal sujeta a inferencias a partir de un hecho no directamente observable, de tal forma de acuerdo con este autor, hacemos uso sistemático de la información disponible cuando se tiene que decidir si se realiza o no, un determinado comportamiento de relevancia social

El médico es un profesionista, que a lo largo de su formación es muy estricto con sus objetivos, demasiado metódico y no se permite desahogar afecto alguno en los pacientes. Esta norma ha causado el desarrollo de un *orgullo médico*, donde no es permitido ser ridiculizado, cuestionado y menos criticado con respecto a sus funciones, tal parece que estructuran una barrera para no sentirse equivocados, impidiendo tener la flexibilidad para reconocer métodos distintos a la de su formación

Por ello precisamente se intentó y se logró a través del curso impartido que se abrieran diversas formas de comunicación para que el médico no solo fuera escuchado, si no para lograr un vínculo con sus compañeros de trabajo además de demostrarse así mismo que es capaz de no sentirse apenado al exteriorizar sus pensamientos. El trabajar en equipo, compartir diversos puntos de vista sobre los temas que se trataron, tener una mayor contacto social en su trabajo y colaborar con otras áreas como la psicología, fue parte de los objetivos que se propuso este proyecto por medio del proceso de capacitación

El inducir el incremento de habilidades con el fin de mejorar la calidad de los recursos humanos es solo uno de los objetivos que la capacitación nos ofrece, de acuerdo con Pinto (1994), este objetivo se cumple al desarrollar los conocimientos y habilidades, así como las mismas actitudes y destrezas para que el trabajador -en este caso el médico- incrementa su desempeño dentro de su área. La capacitación desde el ámbito psicológico nos ayudó a involucrar diferentes procesos no solo emocionales, si no también laborales que permitieran moldear el trabajo de acuerdo con las necesidades que la atención médica requiere

Como se menciona la propuesta de capacitación, incluía varios factores, sensibilizar al médico con respecto a su actitud ante el derechohabiente, generar alternativas de cambio en su personalidad, autoestima, afectividad, que llevara a elaborar canales o vías de

comunicación hacia sus compañeros de trabajo y establecer nuevas estrategias involucrando no solo al personal médico, si no, a las demás áreas de la unidad

De esta manera, intentar un cambio de actitud del médico hacia la atención en el derechohabiente implica no solo demostrar al médico que se puede ser más flexible en su conducta y reconocer la utilidad que puede ser en este caso la psicología como herramienta de trabajo, si no es toda una formación bajo la cual a lo largo de ella se va perdiendo esa parte sensible en él, en si, su labor llega a ser demasiado cotidiana y si agregamos la poca relación entre médico y paciente trae como resultado un ser aislado emocionalmente donde le cuesta trabajo exteriorizar sus temores, dudas y no digamos sus afectos

Una investigación similar en cuanto al cambio de actitud se llevo a cabo en Viscaya (España), por Markez (1994), realizando una aproximación a las concepciones de los médicos de atención primaria mediante un cuestionario contestado por varios grupos de médicos dando como resultado una clara comprensión de la enfermedad y de los enfermos mentales, Habiendo menor rechazo, significará mayor capacidad terapéutica Diez, Barrón y Mauraza (1994), llevaron a cabo un estudio similar con respecto al cambio de actitudes hacia los psicofármacos en pacientes de una semana de ingreso en unidades de corta estancia y alta hospitalaria El mismo estudio se efectúa en los familiares de los pacientes Se encuentra mejor actitud global en ambos grupos al alta comparando los resultados de una escala aplicada a dichos grupos, encontrando el cambio de actitud en los pacientes con trastornos afectivos

Generar cambios en la organización y requerir de este tipo de proyectos, son parte de las exigencias que el médico promueve, contar con el apoyo por parte de los directivos, mejorar las condiciones físicas del área de trabajo, así como tener la oportunidad de colaborar en los problemas internos de la unidad, nos da una idea de la necesidad del médico de ser tomado en cuenta por parte de sus superiores, que es lo que necesita como motivación y no únicamente por el factor económico, Mendoza (1996), nos comenta que este tipo de procesos lleva a una regulación de las exigencias tecnológicas, administrativas y sobre todo sociales en el proceso productivo donde se desenvuelve, en otras palabras desarrollar sus aptitudes y superarse técnica y profesionalmente, permitiendo mejorar la calidad de su trabajo

La evaluación cualitativa de estos objetivos, se percibió por el comportamiento de los mismos médicos durante la etapa de adiestramiento, siendo que aunque el número de médicos fue de un promedio de doce, la evolución que lograron estos en el desarrollo del trabajo no solo influyo en su actitud, si no en intentar una mejora, contribuyendo con nuevas propuestas tanto para los prestadores del servicio como para los pacientes mismos, manuales, carteles, instructivos, espacios de trabajo, salas de reunión son parte del trabajo que como propuesta se dieron para solucionar los problemas que acontecen en la atención

De tal modo, de acuerdo con Fishbein y Ajzen (1980), en su teoría de la Acción Razonada el individuo pasa por cuatro etapas para desarrollar una actitud, la intención hacia la acción inmediata, la misma actitud en referencia al objeto, una norma proveniente del ambiente donde se desenvuelve y la creencia sobre el conocimiento y las conductas de un objeto dado y su relación de afecto hacia este En otras palabras, la actitud del medico esta

determinada por lo que la consulta y el paciente representa para él y que de ella depende generar conductas ya sean positivas o negativas ante el individuo

Así, con el análisis de la capacitación, la atención es vista, no sólo desde una perspectiva laboral, si no como un conjunto de logros que involucra a la sociedad, la familia y la estabilidad emocional en este caso del médico, es decir, la consideración de una determinada conducta, retroalimentada por intenciones y creencias de los conceptos anteriores, que traen como consecuencia una actitud en pro o en contra

El haber involucrado al médico a visualizar la atención médica desde el ámbito psicológico fue importante ya que este dio el reconocimiento al ir descubriendo aspectos personales que en su labor y en muchas ocasiones, hasta en su vida familiar no pone en práctica. El médico intenta escudarse tras la imagen de no permitirse cometer errores, de no ser percibido como alguien que pueda equivocarse, por lo que el resultado es aparentar o convertirse en un ser frío, calculador e insensible que genera un aislamiento emocional ante las personas que lo consultan. Es importante demostrar al médico que la psicología es una buena opción para apoyarse en la consulta pues a fin de cuentas, esta expuesto a las diversas formas de pensamiento de cada uno de los pacientes, asimilarlas implica un gran reto el aquilatar sus respuestas ante el público usuario, siendo así que este material sí a sido un apoyo al menos de acuerdo a los comentarios vertidos por los mismos médicos durante el curso

La capacidad del médico no es cuestionada, es indudable que sus conocimientos y habilidades están por encima de toda expectativa dentro del consultorio, esta situación no es sencilla y más cuando a lo largo de su trayectoria laboral han tenido que enfrentar no solo los problemas institucionales, sino personales y de una sociedad creciente y compleja, lo que implica tratar de amoldarse a todas estas circunstancias, y si además se agrega que su labor es individualista, se logran conjugar varios factores como trabajo excesivo, mal remunerado, etc, dan como resultado la insatisfacción de su ambiente laboral pero principalmente el desinterés de ofrecer una atención con respecto a su forma de ser

Darse cuenta que este documento era solo una aportación más para su labor resulto complicado, la resistencia a sentirse criticados disminuyo al verificar que los objetivos eran exponer sus emociones frente a todos, por propias palabras de los médicos, trabajar jugando fue una manera distinta de aprender tanto a conocer a los demás como un poco de si mismos. El ofrecer la confianza y sinceridad por parte de estos en el transcurso del proyecto, es sinónimo de utilidad que ellos obtuvieron del trabajo, las propuesta de generar un cambio se planteo por la sola reflexión en las dinámicas que precisamente eso era lo que intentaban lograr

La respuesta del médico al curso, propicia pensar que hace falta incidir en factores afectivos para mantener la satisfacción del médico en su trabajo, que logren desarrollar todo el potencial humano que tiene, y procure colaborar con todo el equipo de trabajo, denotado en las diferentes áreas de la clínica tales como asistentes médicas, archivo, farmacia, trabajo social, urgencias, dental etc. Y no sólo recaiga en él la responsabilidad de ofrecer una atención de calidad humana

De tal forma que desde el punto de vista psicológico si se pueden ofrecer aportaciones valiosas en la atención médica particularmente en la relación médico-paciente y dirigidas a la personalidad del médico logrando incidir en aspectos emocionales que propicien actitudes no solo positivas si no actitudes generadoras de auto desarrollo seguridad y confianza, tan solo para que los más beneficiados sea el sector derechohabiente en la prestación del servicio.

Lamentablemente el trabajo psicológico no ha tenido el apoyo suficiente para poder colaborar aun más en este tipo de instituciones. Dado los resultados obtenidos en este proyecto sería interesante involucrar en ellos y ser utilizados para fundamentar investigaciones posteriores a fin de permitir mejorar el proceso productivo de la mejora continua en cualquier Institución o Empresa.

En términos generales dadas las características en que se trabajó sería importante no solo compartir con los médicos estos proyectos si no hacerlo a nivel multidisciplinario involucrando a las demás áreas de la unidad y propiciar equipos de trabajo que traieran como consecuencia mayores propuestas de mejora y obtener resultados con mayor eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios.

Además sería importante involucrar de la misma manera al público usuario contar con su opinión, facilitaría comprender sus exigencias que muchas veces se remite a creer que es recibir una atención rápida sin tantos tiempos perdidos y con cierta contemplación por parte ya sea del médico o cualquier otro prestador de servicio en la unidad. El contar con su punto de vista y enterarlo de los procedimientos que tienen que llevar a cabo restaría contratiempos que solo conllevarían a perjudicar la atención y si en cambio ayudase a tener una organización mejor.

Así mismo es importante señalar, que si se requiere que esta actitud positiva ante la atención se mantenga, y que por lo tanto se den las facilidades para que este tipo de cursos sean continuos pues por el ambiente en que labora el médico es muy factible que disminuya el aprendizaje obtenido en los médicos y por consiguiente no perdure el efecto que se pretende. Es por ello que no basta con un par de semanas para incidir en intentar mejorar ya sea la actitud o cualquier otro aspecto, si no desarrollarlos a corto y mediano plazo beneficiando no solo al usuario si no también al trabajador dado que se mantendría mucho mejor preparado y mejor capacitado. Esto involucrando al personal directivo con el fin de facilitar la gestión directiva que agilice los trámites correspondientes puesto que sin su apoyo no se tendrían las facilidades necesarias para ejercer este tipo de proyectos.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
DIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

EDAD: _____ SEXO: _____

TURNO: _____

La presente escala tiene como finalidad conocer el punto de vista de la comunidad médica, sobre algunos criterios con respecto a la relación médico-paciente dentro de las U.M.F.

Dadas las características de la Unidad, (la población adscrita, número de consultorios, causas de morbilidad, etc.) el instrumento arrojará información valiosa que podrá ser de utilidad tanto para la U.M.F. No 9 como para el Instituto. Ya que dará pie a proyectos posteriores, con el objetivo de fortalecer la calidad de la Atención Médica en nuestras Unidades.

De tal manera que toda la información que se recabe, será totalmente anónima y no se valorará como buena o mala, ya que tendrá uso solamente estadístico.

A continuación, se presenta una serie de reactivos. Señale con una (X) la opción que más se adecue a la percepción que Usted considere mejor, tomando en cuenta que solo podrá elegir una de acuerdo a los siguientes criterios:

- TA: Totalmente de Acuerdo.
- A: De Acuerdo.
- I: Indeciso.
- D: En Desacuerdo.
- TD: Totalmente en desacuerdo.

Por ejemplo

REACTIVO	TA	A	I	D	TD
1.- Considero que el Metro es una buena opción para llegar a la U.M.F. No 9.	X				

DE ANTE MANO LE DAMOS LAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO 1

REACTIVO	TA	A	I	D	TD
1.- Al término de cada consulta me agrada saber que fui útil.					
2.- Los pacientes no entienden los métodos, así que se puede manipular la consulta.					
3.- Aprendo de los médicos con más experiencia para dar mi consulta.					
4.- En la consulta no es obligatorio establecer una empatía lo indispensable es detectar el malestar.					
5.- Me gusta colaborar con los pacientes para con ello estimular su rehabilitación.					
6.- El detectar el problema y recetar no es tan difícil cuando se sabe.					
7.- Siempre aprovecho mis conocimientos para motivar a los pacientes.					
8.- No estoy para aceptar comportamientos débiles, la gente debe afrontar los problemas.					
9.- Todos mis conocimientos han servido para apoyarme en brindar una buena atención.					
10.- Yo sufrí para llegar hasta este nivel, no entiendo cómo la gente se vence tan fácil.					
11.- Siempre es importante contar con buen ánimo, de esta forma obtendré un ambiente más agradable.					
12.- Es suficiente con dar los pro y contra, así la gente determina que es lo mejor para ellos.					
13.- El sentir la alegría de una joven madre me enorgullece.					
14.- Ya es costumbre que tenga que regalar a la gente solo así aprende.					
15.- Ejercer, es ofrecer mis conocimientos hacia una sociedad.					
16.- Los problemas son tan crueles en la consulta, que ya no siento pena por la gente.					
17.- Mi propósito como médico es, ayudar al derechohabiente, mi recompensa será su bienestar.					
18.- A veces resulta molesto, el que en todos lados te pidan consejos de salud.					
19.- Para cualquier problema trato de sensibilizar al paciente y lograr mejores resultados.					
20.- Es por demás que explique al equipo de trabajo que debe comportarse de la mejor manera, siempre algo falla.					
21.- El intercambio de ideas entre médicos logra beneficios para una atención adecuada.					
22.- Las enfermedades llegan a ser crueles, hay que aceptarlas como tal.					
23.- Una forma de estimular al paciente es regalarle una gran sonrisa.					
24.- La espera en la sala de consulta no tiene fin, y pensar que así será mañana.					

TA: Totalmente de acuerdo

A: De Acuerdo

I: Indeciso

D: En Desacuerdo

TD: Totalmente en Desacuerdo

REACTIVO	TA	A	I	D	TD
25.- Colaborar con el paciente hace más cordial la relación y entiendo mucho mejor el problema.					
26.- La consulta no me ha ofrecido el estatus que merezco					
27.- Escuchar al paciente es motivarlo a restablecerse.					
28.- Procuro terminar rápido la consulta, hay otra gente esperándome.					
29.- Uno como médico debe actuar ante cualquier exigencia social.					
30.- La gente llega a quejarse nada más, yo soy médico no nifera.					

TA: Totalmente de acuerdo

A: De Acuerdo

I: Indeciso

D: En Desacuerdo

TD: Totalmente en Desacuerdo

PROF.

PRESENTE.

Por medio de la presente, se le pide a Usted su colaboración para efectuar la validación del instrumento ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA ATENCIÓN MÉDICA

Por este conducto, solicitamos que califique cada uno de los reactivos, en alguna de las siguientes categorías que incluyen el instrumento, los cuales son:

- 1.- PROFESIÓN: Que podrá identificarlo con la letra "P"
- 2.- FORMACIÓN: Que podrá identificarlo con la letra "F"
- 3.- APTITUD: Que podrá identificarlo con la letra "AP"

Además la escala también se estructura de acuerdo a los tres componentes de las actitudes, que son los siguientes:

- 1.- COMPONENTE AFECTIVO: Que podrá identificar con la letra "A"
- 2.- COMPONENTE COGNOSCITIVO: Que podrá identificarla con la letra "CG"
- 3.- COMPONENTE CONDUCTUAL: Que podrá identificarla con la letra "C"

De esta manera, Usted podrá calificarlos si corresponde o no a la categoría o componente referido, así como también la redacción de este.

EJEMPLO:

COMPONENTE AFECTIVO

1.- No soy muy sentimental, es parte de la medicina.

P-

CATEG. (X)

COMP. (✓)

REDAC. (✓)

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 2

ESCALA DE ACTITUD

COMPONENTE AFECTIVO

- 1 El mostrar tan solo una sonrisa hace más grato el contacto con la gente. P+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 2 Observar tendencias de desesperación en el paciente conlleva a una pística detenida para hallar buenos resultados. F+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 3 Cuando percibo problemas familiares en el paciente, sale a flote mi capacidad de ayuda. AP+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 4 En síntomas como depresión o ansiedad recomiendo una buena charla con el paciente. P+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 5 Me logro sentir realizado para encarnar al paciente con otra perspectiva de su malestar. F+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 6 Me siento mucho mejor al colaborar junto con el paciente para ver de otra manera su problema. P+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 7 El saber que un paciente agradece mi labor me llena de satisfacción. F+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 8 El solo hecho de rehabilitar a una persona me hace sentir que soy importante. AP+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 9 Una de mis convicciones como médico es apoyar a la gente eso me hace sentir mejor. P+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 10 Me conforta saber que mi persona es tomada en cuenta para ayudar al público. F+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 11 Nunca me doy por vencido en cambiar la idea de la gente para una rápida recuperación. AP+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 12 Al término de cada consulta me agrada saber que fui útil. P+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 13 De cada paciente aprendo algo, me satisface poner a prueba mi criterio. F+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 14 Me gusta ayudar a la gente sin importar su condición socioeconómica. AP+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 15 La medicina me a dejado gratos momentos uno de ellos, el relacionarme con muchas personas. AP+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 16 Siempre aprovecho mis conocimientos para motivar a los pacientes. F+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 17 La depresión de los pacientes no afecta en mis sentimientos para hacer una buena valoración. AP+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 18 El sentir la alegría de una joven madre me enorgullece. P+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 19 Al ganar la confianza del usuario es sentir que un consejo ayudará aun más. F+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 20 Cuando veo aun padre desconsolado salen a flote mis sentimientos de ayuda. AP+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 21 Al término de mi turno felizito a mi equipo de trabajo nos reconforta y motiva a ser mejores. P+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 22 Para cualquier problema trato de sensibilizar al paciente y lograr mejores resultados. F+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 23 Casi siempre trato de actualizarme, es importante tanto para mi, como para mis pacientes. AP+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 24 No importa donde me encuentre siento la responsabilidad de ser útil a los demás. P+
CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 25 Ser sencillo es sentir que tengo más herramientas para comprender a la gente. F+

- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 26 Procurar no volcar mis problemas en el trabajo, mi orientación es proporcionar soluciones satisfactorias AP+
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 27 Nunca utilizo el lugar que ocupo en el consultorio para sancionar los actos del derechohabiente P+
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 28 Por lo regular hago dinámica mi consulta, siento que trae más efectos positivos F+
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 29 Colaborar con el paciente hace más cordial la relación y entiendo mucho mejor el problema. AP+
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 30 El ser médico no me hace sentir más importante que los demás P+
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 31 Casi me es imposible establecer una buena comunicación con el paciente, lo compenso al darle más medicamentos P-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 32 La competencia no interfiere en mi consulta es mucho mejor la rapidez con la que lo hago AP-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 33 El haber estudiado medicina implica dar una buena consulta más no llegar a involucrarse sentimentalmente AP-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 34 Muchas veces mis actividades particulares se ven afectadas por los problemas en la consulta. P-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 35 Llega a ser molesto que el paciente reitere mucho en lo que hago por él AP-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 36 En ocasiones el hecho de saber que hay gente esperando en la sala me provoca ansiedad. F-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 37 Se me hace complicado sentir algún tipo de acercamiento con el paciente AP-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 38 El solo hecho de saber que me espera un largo día de trabajo contribuye a que decaiga mi estado de ánimo P-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 39 La ineptitud y flojera de algunos pacientes provoca en mi sentimientos de desesperación. F-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 40 El dar consulta en una UMF es solo pasajero, yo sé que tendré mejores oportunidades AP-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 41 No hay nada de malo en dejar claro quien da los consejos en el consultorio esto es emocionante P-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 42 Siento que a veces no aprendo nada de los pacientes pues siempre tienen el mismo error F-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 43 En la consulta no es obligatorio establecer una empatía lo indispensable es detectar el malestar AP-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 44 A mi parecer no se brinda la importancia que debería al médico de consulta externa. P-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 45 Yo sufrí para llegar hasta este nivel, no entiendo cómo la gente se vence tan fácil F-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 46 Los problemas son tan crueles en la consulta que no siento ya pena por la gente AP-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 47 Mi labor es de alta calidad, no tengo porque fijarme en como me percibió o se sintió el paciente P-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 48 En general no escucho los comentarios tanto buenos como malos, yo sé que es envidia. F-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 49 A veces la carga de trabajo es tan intensa que siento que la aminoro dando al paciente lo que él quiere AP-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 50 A mi parecer el ser médico da el derecho de mostrarle sus defectos al paciente, es por su bien. P-
- CATEG. () COMP. () REDAC. ()

- 51 Algo que me molesta mucho es que el paciente crea aun en remedios caseros y esas cosas F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 52 Mi carácter es así y no me hace consolar a alguien cuando no hay remedio AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 53 He llegado ha sentir en ocasiones que desaprovechan mi talento en las consultas P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 54 Mi técnica de consulta siento que es buena y no hay porque verie algún defecto F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 55 Es raro, pero llevo a involucrar mis problemas en la consulta, de aui que no llevo a simpatizar con los
 pacientes AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 56 En ocasiones la gente me ve como un salvador, esto satisface a mi persona. P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 57 Mi actividad es para satisfacer mis ideales no necesariamente para quedar bien con la gente F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 58 Las enfermedades son crueles, hay que asumir las como tal AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 59 No soy muy sentimental, es parte de la medicina. P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 60 Procuro terminar rápido la consulta, hay otra gente esperándome F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()

COMPONENTE CONDUCTUAL.

- 1 El tener los conocimientos suficientes trae como resultado un buen diagnostico. F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 2 La detección de problemas sociales en el paciente no provoca en mi depresión. AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 3 En los problemas de salud del paciente reacciono con malestar cuando él no sigue mis instrucciones P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 4 Ante el paciente estímulo acciones positivas que giran alrededor de mi persona. F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 5 Mi técnica en la consulta es la adecuada, con ello refuerzo mi trabajo F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 6 No me urmujo ante la presión del paciente, se como reaccionar para su ayuda. AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 7 La gente con la que me rodeo en mi consultorio, no influye en mi comportamiento enfocado a una buena
 atención. P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 8 Me gusta colaborar con los pacientes para con ello estimular su rehabilitación. F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 9 Siempre es importante contar con buen ánimo, de esta forma obtendré un ambiente más agradable AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
10. Mi propósito como Médico es, ayudar al derechohabiente, mi recompensa será su bienestar P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 11 Siempre es motivante hacer las cosas bien, mis compañeros lo notarán y habrá un mayor esfuerzo F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 12 Ante cualquier duda, busco apoyo en libros o folletos es importante responder a las dificultades. AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
13. Los estímulos por parte de mis superiores, implican un mejor desarrollo en mi persona y en la consulta.
 P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 14 Encontrar en lado positivo de los problemas, facilita el manejo de la consulta. F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()

- 15 Una forma de estimular al paciente es regalarle una gran sonrisa AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 16 Sé que si respondo con humildad con mis pacientes, hallaré mejores técnicas P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 17 Trato de imitar a mis maestros, sus consejos funcionaban en mí F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 18 De alguna forma busco que el paciente reaccione a mis palabras de ánimo AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 19 Me ha dado buenos resultados el comparar con la gente sus problemas P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 20 Siempre escucho los deseos del paciente, trato de orientarlo y responder a sus expectativas F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 21 La medicina siempre estimulo en mí el placer de servir a la comunidad. AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 22 Uno como médico debe actuar ante cualquier exigencia social P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 23 Siempre procuro adaptar mis conocimientos al nivel de las condiciones que enfrento F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 24 Trato de que mi conducta siempre este dispuesta a vencer cualquier interrogante AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 25 Aparte de ser un medio de vida la medicina me ha dado como resultado ser un buen humano P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 26 Aprendo a resolver instancias técnicas para bien de la consulta. F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 27 No distingo en la consulta si es hombre o mujer, necesitan de mi apoyo AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 28 Si la gente tuviera más seguridad juntos obtendríamos mejores resultados P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 29 El ser humilde implica el aceptar errores en la consulta. F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
30. Dentro del consultorio, trato de actuar de acuerdo a la forma de ser del paciente P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 31 Siempre trato de seguir mi modelo de atención, no importa que sea estricto AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 32 La medicina me ha servido como trampolín para llegar a otros círculos sociales P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 33 No estoy para dar ejemplos, lo cual no responde a mis expectativas F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
34. Casi nadie me lleo a entender, no puedo actuar como si esto hubiera pasado AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
35. Con el tiempo la consulta resulta reiterativa y poco interesante P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
36. Los pacientes no entienden de métodos, así que se puede manipular la consulta. F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
37. A menudo los problemas en la consulta me hacen actuar de acuerdo a como soluciono mis problemas AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
38. La gente en ocasiones es tan testaruda, no entiendo como puedo reaccionar así P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
39. De que sirve, que tranquilice al sujeto, siempre que viene no responde a mis palabras F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
40. Mis expectativas eran otras, ciertamente la consulta no me estimulan lo suficiente AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
41. Mi labor termina al salir del consultorio, lo único que deseo es descansar y relajarme. P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()

- 42 Las condiciones en que doy consulta no ayuda a competir a otros niveles F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 43 De alguna manera al restringirme en la consulta tiene como consecuencia menos disposición. AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 44 He llegado a pensar que doy todo por nada. P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 45 En ocasiones no se puede tratar con el paciente, de que sirve aplicar las técnicas adecuadas F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 46 Es lamentable pero así sucede, llego a pensar que ojalá no llegue gente a la consulta. AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 47 He llegado a perder clientes no por mi culpa, sino por el tiempo que me absorbe la UMF. P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 48 Por lo general no trato de integrarme con los pacientes, resulta algo bochornoso. F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 49 No estoy para aceptar comportamientos débiles, la gente debe afrontar los problemas. AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 50 Que pena que la gente no responda muchas veces a las expectativas de uno. P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 51 Ya es costumbre que tenga que regañar a la gente solo así aprende. F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 52 Esta por demás que explique al equipo de trabajo que debe comportarse o actuar de algún modo, siempre fallan. AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 53 La consulta no me ha ofrecido el estatus que merezco. P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 54 No tengo la necesidad de actuar como me lo pida el paciente sino de que sirve mi información. F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 55 El detectar padecimientos ya experimentados facilita la consulta médica. AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 56 En ocasiones la mala presentación o aspecto del paciente me causa aversión. P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 57 Si realizo de forma rápida mi labor, obtendré mejores resultados en mi consulta. F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 58 Normalmente los problemas del paciente caen en lo mismo, por lo cual siempre digo lo mismo. AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 59 Hay ocasiones dentro de la consulta que no utilizo una técnica específica, pues no lo requiere. F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 60 No intento involucrarme con el paciente y su enfermedad, pues deteriora mi ánimo en el consultorio. P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()

COMPONENTE COGNITIVO.

- 1 Utilizo historias pasadas ejemplificando así los pro y contras del malestar que presenta el paciente. AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 2 Aprovecho mi educación para transmitir seguridad y autoconfianza en el paciente. F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 3 Todo es aprendizaje, y junto con los pacientes toda experiencia es motivadora. P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 4 Ninguna imposición administrativa llega a vencer mi labor de servicio a la comunidad. AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 5 El ver satisfecho al público es logro conjunto del personal del servicio. F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 6 Utilizo la forma de ser del paciente como apoyo en la solución de su problemática. AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 7 Aprendizaje de los médicos con más experiencia para dar mi consulta. F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()

- 8 La interacción con el enfermo ayuda a expandir mi criterio sobre algunas ideas P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 9 Gracias a mi preparación no es difícil enfrentarme a casos complicados AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 10 No soy envidioso e intercambio ideas con otros médicos sobre algún tópico en específico F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 11 Mi labor como servidor público forma parte de mis ideales como persona P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 12 Sensibilizar al paciente es parte de la responsabilidad de cada uno de nosotros AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 13 Casi siempre recomiendo al paciente informarse sobre su padecimiento F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 14 La utilización de alguna metodología en la consulta, cubrirá más aspectos de esta. P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 15 A los pacientes debes recordarles sus obligaciones para su bien. AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 16 Todos mis conocimientos han servido para apoyarme en brindar una buena atención. F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 17 Todas mis actividades giran en dar de buena forma el proceso de la salud. P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 18 Siempre supe que entender la medicina sería entender a mis pacientes AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 19 La experiencia me ha enseñado como lograr una consulta dinámica. F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 20 Ejercer, es ofrecer mis conocimientos hacia una sociedad. P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 21 Trato de que el usuario comprenda y razone que en ocasiones actúa mal. AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 22 Por medio de mis métodos hago que mis paciente busquen ideas y resuelvan sus problemas F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 23 El intercambio de ideas entre médicos logra beneficios para una atención adecuada. P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 24 Mi preparación me ayuda para resolver todo tipo de ayuda en el paciente AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 25 Siempre explico con algún ejemplo la enfermedad del paciente, así comprende su enfermedad. F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 26 La consulta me ha colmado de basto aprendizaje P+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 27 Cuando hay tiempo oriento al paciente, es mi deber encaminarlo a la salud. AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 28 El paciente debe comprometerse a seguir las recomendaciones que le doy F+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 29 La medicina me ha dado reconocimientos de renombre, eso hay que aprovecharlo en la consulta
 institucional. P+ CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 30 Escuchar al paciente es motivarlo a restablecerse. AP+
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 31 Dentro del proceso clínico la falta de voluntad del paciente hace que me desespere F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 32 Saber que en mis manos esta la salud del paciente me conlleva a aceptar mucho responsabilidades que por
 momentos es difícil asumir P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 33 Cuando llega un paciente decaído trato de concentrarme exclusivamente en el problema biológico que
 me ha expresado AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 34 Utilizo el regaño cuando el paciente no entiende mis consejos es muy común en este ámbito F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()

- 35 Una obligación del equipo del trabajo es tranquilizar al paciente para llegar al consultorio más relajado P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 36 Por el momento que vivimos es preferente sacar adelante la consulta, el adentrarse en esta complicaría la rapidez y eficiencia de la misma. AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 37 Cuando un paciente es débil es más fácil resolver la consulta. F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 38 Con tanto trabajo la atención en ocasiones se llega a olvidar. P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 39 El papel de consolar al paciente no le corresponde al médico. AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 40 No puedo explicar a cada paciente que implica su malestar, hay que atender a más gente. F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 41 Como medio de vida la medicina cubre muchas perspectivas, aunque en una institución no se logran. P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 42 Es más conveniente asistir a alguna capacitación, me olvidó un poco del estrés y la gente. AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 43 Llega a suceder que el paciente me diga lo que debo de hacer, eso no lo tolero. F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 44 Me ha costado trabajo adaptarme al nivel de población que me visita. P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 45 Complemento mi labor de consulta privada en esta institución. AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 46 Por más que sugiero al paciente algo positivo nunca me escucha. F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 47 Tal parece que todo mi esfuerzo por superarme en mi labor termina en dar consulta. P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 48 Mucha gente aún ignora los problemas resolutivos en la consulta, aún así quieren que sea rápido. AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 49 No soy de la idea de competir entre médicos, nunca lleva a nada. F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 50 El detectar el problema y recetar no es tan difícil cuando se sabe. P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 51 Es suficiente con dar los pro y contras, así la gente determina que es lo mejor para ellos. AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 52 Nunca utilizo mi persona para ejemplificar cualquier cosa, es anticuado. F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 53 A veces resulta molesto, el que en todos lados te pidan consejos de salud. P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 54 La espera en la sala de consulta no tiene fin, y pensar que así será mañana. AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 55 La medicina es bastante complicada, tanto educativa como operativamente, anticiparía de ello a los estudiantes. F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 56 La gente con la que me rodeo no se parece en nada con la que trató en la consulta. P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 57 La gente llega a quejarse nada más, yo soy médico no niñera. AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 58 Merezco algo más que dar consulta mi preparación así lo exige. F-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 59 A pesar del conocimiento de su enfermedad la gente no ayuda para remediarlo, ya no puedo interferir. P-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()
- 60 No me puedo ver dando consejos y apapachando al público. AP-
 CATEG. () COMP. () REDAC. ()

ANEXO 3

CODIFICACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LOS JUECES

R/I	1			2			3			4			5			6			TOTAL		
	M	R	T	M	R	T	M	R	T	M	R	T	M	R	T	M	R	T	M	R	T
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Por medio de este formato los jueces determinaron la calificación de los reactivos y para las respuestas de los jueces se tomaron los siguientes parámetros.

- Un 80% para el apartado en el Componente de la Actitud (M)
- Un 60% para el apartado de Categoría (T)
- Un 40% para el apartado de Redacción (R)

PUNTAJES DE LAS AFIRMACIONES CON RESPECTO AL REACTIVO

	ALTOS					BAJOS				
	TA	A	I	D	ID	TA	A	I	D	ID
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

De la misma manera, de acuerdo a la frecuencia en las respuestas de los médicos se seleccionaron los puntajes más altos y los más bajos que mostraron los médicos y se capturaron en este formato, esto se hizo para ambos turnos y poder sustentar el instrumento en base con el proceso de elaboración de la escala obteniendo su validación y confiabilidad del mismo.

ANEXO 4

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

EDAD: _____ SEXO: _____

TURNO: _____

La presente escala tiene como finalidad conocer el punto de vista de la comunidad médica, sobre algunos criterios con respecto a la relación médico-paciente dentro de las U.M.F.

Dadas las características de la Unidad, (la población adscrita, número de consultorios, causas de morbilidad, etc.) el instrumento arrojará información valiosa que podrá ser de utilidad tanto para la UF No 9 como para el Instituto. Ya que dará pie a proyectos posteriores, con el objetivo de fortalecer la calidad de la Atención Médica en nuestras Unidades.

De tal manera que toda la información que se recabe, será totalmente anónima y no se valorará como buena o mala ya que tendrá uso netamente estadístico.

A continuación, se presenta una serie de reactivos. Señale con una (X) la opción que más se adecue a la percepción que Usted considere mejor, tomando en cuenta que solo podrá elegir una de acuerdo a los siguientes criterios.

- TA: Totalmente de Acuerdo.
- A : De Acuerdo.
- I : Indeciso.
- D : En Desacuerdo.
- TD: Totalmente en desacuerdo.

Por ejemplo:

REACTIVO	TA	A	I	D	TD
Considero que el Metro es una buena opción para llegar a la UMF No 9.	X				

DE ANTE MANO LE DAMOS LAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ESCALA DE ACTITUDES

REACTIVO	TA	A	I	D	TD
1.- El saber que un paciente agradece mi labor me llena de satisfacción.					
2.- Una de mis convicciones como médico es apoyar a la gente eso me hace sentir mejor.					
3.- Al término de cada consulta me agrada saber que fui útil.					
4.- Me gusta ayudar a la gente sin importar su condición socioeconómica.					
5.- Siempre aprovecho mis conocimientos para motivar a los pacientes.					
6.- El sentir la alegría de una joven madre me enorgullece.					
7.- Cuando veo a un padre desconsolado salen a flote mis sentimientos de ayuda.					
8.- Para cualquier problema trato de sensibilizar al paciente y lograr mejores resultados.					
9.- Procuro no volcar mis problemas en el trabajo, mi orientación es proporcionar soluciones satisfactorias					
10.- Por lo regular hago dinámica mi consulta, siento que trae más efectos positivos.					
11.- Colaborar con el paciente hace más cordial la relación y entiendo mucho mejor el problema.					
12.- En la consulta no es obligatorio establecer una empatía lo indispensable es detectar el malestar.					
13.- Yo sufrí para llegar hasta este nivel, no entiendo cómo la gente se vence tan fácil.					
14.- Los problemas son tan crueles en la consulta, que ya no siento pena por la gente.					
15.- Algo que me molesta mucho es que el paciente crea aún en remedios caseros y esas cosas.					
16.- Mi carácter es así y no me hace consolar a alguien cuando no hay remedio.					
17.- Mi técnica de consulta siento que es buena y no hay porque verle algún defecto.					
18.- Es raro, pero llego a involucrar mis problemas en la consulta, de ahí que no llego a simpatizar con los pacientes.					
19.- Las enfermedades llegan a ser crueles, hay que aceptarlas como tal.					
20.- Procuro terminar rápido la consulta, hay otra gente esperándome.					
21.- El tener los conocimientos suficientes trae como resultado un buen diagnóstico.					

TA: Totalmente de acuerdo

A: De Acuerdo

I: Indeciso

D: En Desacuerdo

TD: Totalmente en Desacuerdo

ESCALA DE ACTITUDES

REACTIVO	TA	A	I	D	TD
22.- <u>M técnica en la consulta es la adecuada, con ello refuerzo mi trabajo.</u>					
23.- <u>Me gusta colaborar con los pacientes para con ello estimular su rehabilitación.</u>					
24.- <u>Siempre es importante contar con buen ánimo, de esta forma obtendré un ambiente más agradable</u>					
25.- <u>Mi propósito como médico es, ayudar al derechohabiente, mi recompensa será su bienestar.</u>					
26.- <u>Ante cualquier duda, busco apoyo en los libros o folletos es importante responder a las dificultades.</u>					
27.- <u>Encontrar el lado positivo de los problemas, facilita el manejo de la consulta.</u>					
28.- <u>Una forma de estimular al paciente es regalarle una gran sonrisa.</u>					
29.- <u>Sé que si respondo con humildad con mis pacientes, hallaré mejores técnicas</u>					
30.- <u>Trato de imitar a mis maestros, sus consejos aún funcionan en mí.</u>					
31.- <u>De alguna forma busco que el paciente reaccione a mis palabras de ánimo.</u>					
32.- <u>Me ha dado buenos resultados el compartir con la gente sus problemas.</u>					
33.- <u>Uno como médico debe actuar ante cualquier exigencia social.</u>					
34.- <u>Aprendo a resolver los problemas que se presentan en la consulta, para bien de la misma</u>					
35.- <u>Dentro del consultorio, trato de actuar de acuerdo a la forma de ser del paciente.</u>					
36.- <u>La medicina me ha servido como trampolín para llegar a otros círculos sociales.</u>					
37.- <u>Los pacientes no entienden los métodos, así que se puede manipular la consulta.</u>					
38.- <u>En ocasiones no se puede tratar con el paciente, de que sirve aplicar las técnicas adecuadas</u>					
39.- <u>Es lamentable pero así sucede, llego a pensar que ojalá no llegue gente a la consulta.</u>					
40.- <u>No estoy para aceptar comportamientos débiles, la gente debe afrontar los problemas.</u>					
41.- <u>Ya es costumbre que tenga que regañar a la gente solo así aprende.</u>					
42.- <u>Es por demás que explique al equipo de trabajo que debe comportarse de la mejor manera, siempre algo falla.</u>					
43.- <u>La consulta no me ha ofrecido el estatus que merezco.</u>					

TA: Totalmente de acuerdo

A: De Acuerdo

I: Indeciso

D: En Desacuerdo

TD: Totalmente en Desacuerdo

ESCALA DE ACTITUDES

REACTIVO	TA	A	I	D	TD
44.- Si realizo de forma rápida mi labor, obtendré mejores resultados en mi consulta.					
45.- Hay ocasiones dentro de la consulta que no utilizo una técnica específica, pues no lo requiere					
46.- El ver satisfecho al público es logro conjunto del personal del servicio					
47.- Aprendo de los médicos con más experiencia para dar mi consulta.					
48.- La interacción con el enfermo ayuda a expandir mi criterio sobre algunas ideas.					
49.- No soy envidioso e intercambio ideas con otros médicos sobre algún tópico en específico.					
50.- Mi labor como servidor público forma parte de mis ideales como persona.					
51.- Sensibilizar al paciente es parte de la responsabilidad de cada uno de nosotros					
52.- A los pacientes debes recordarles sus obligaciones para su bien.					
53.- Todos mis conocimientos han servido para apoyarme en brindar una buena atención.					
54.- Todas mis actividades giran en dar de buena forma el proceso de la salud.					
55.- Ejercer, es ofrecer mis conocimientos hacia una sociedad.					
56.- Por medio de mis métodos hago que mis paciente busquen ideas y resuelvan sus problemas.					
57.- El intercambio de ideas entre médicos logra beneficios para una atención adecuada					
58.- El paciente debe comprometerse a seguir las recomendaciones que le doy.					
59.- La medicina me a dado reconocimientos de renombre, eso hay que aprovecharlo en la consulta institucional.					
60.- Escuchar al paciente es motivarlo a restablecerse.					
61.- El detectar el problema y recetar no es tan difícil cuando se sabe.					
62.- Es suficiente con dar los pro y contras, así la gente determina que es lo mejor para ellos					
63.- A veces resulta molesto, el que en todos lados te pidan consejos de salud					
64.- La espera en la sala de consulta no tiene fin, y pensar que así será mañana.					
65.- La gente llega a quejarse nada más, yo soy médico no niñera.					

TA: Totalmente de acuerdo

A: De Acuerdo

I: Indeciso

D: En Desacuerdo

TD: Totalmente en Desacuerdo

PARA FORMULAS IGUALES

ANEXO 5

$$t = \frac{\left(\frac{\sum f x_a}{f_a} \right) - \left(\frac{\sum f b}{f_b} \right)}{\sqrt{\frac{\sum f x_a^2 - \frac{(\sum f x_a)^2}{f_a}}{\sum f (\sum f - 1)} + \frac{\sum f x_b^2 - \frac{(\sum f x_b)^2}{f_b}}{\sum f (\sum f - 1)}}}$$

$$\bar{x}_a = \frac{\sum f x_a}{\sum f_a} \quad \bar{x}_b = \frac{\sum f x_b}{\sum f_b}$$

PARA FORMULAS DESIGUALES

$$t = \frac{\left(\frac{\sum f x_a}{\sum f_a} \right) - \left(\frac{\sum f x_b}{\sum f_b} \right)}{\sqrt{\frac{\sum f x_a^2 - \frac{(\sum f x_a)^2}{f_a}}{\sum f (\sum f - 1)} + \frac{\sum f x_b^2 - \frac{(\sum f x_b)^2}{f_b}}{\sum f (\sum f - 1)}}}$$

REACTIVOS VALIDADOS

Reactivos aceptados

Reactivo 1

X	Fa	Fxa	Fx2a	X	Fb	Fxb	Fx2b
1	0	0	0	1	0	0	0
2	0	0	0	2	0	0	0
3	0	0	0	3	0	0	0
4	1	4	16	4	4	16	64
5	7	35	175	5	8	36	164
Σ	8	39	191	Σ	8	36	134

Reactivo 2

X	Fa	Fxa	Fx2a	X	Fb	Fxb	Fx2b
1	0	0	0	1	0	0	0
2	0	0	0	2	0	0	0
3	0	0	0	3	0	0	0
4	1	4	16	4	4	16	64
5	7	35	175	5	4	20	100
Σ	8	39	191	Σ	8	36	164

Reactivos rechazados

Reactivo 26

X	Fa	Fxa	Fx2a	X	Fb	Fxb	Fx2b
1	0	0	0	1	0	0	0
2	0	0	0	2	0	0	0
3	0	0	0	3	1	3	9
4	0	0	0	4	6	24	96
5	8	40	200	5	1	5	25
Σ	8	40	200	Σ	8	32	130

Reactivo 27

X	Fa	Fxa	Fx2a	X	Fb	Fxb	Fx2b
1	0	0	0	1	0	0	0
2	0	0	0	2	0	0	0
3	0	0	0	3	1	3	9
4	0	0	0	4	5	20	80
5	8	40	200	5	2	10	50
Σ	8	40	200	Σ	8	33	139

COMPAÑÍA : Instituto Mexicano del Seguro Social DEPENDENCIA NORMATIVA : División de Medicina Familiar

ÁREA O UNIDAD : Unidad de Medicina Familiar No 9 DIRECCIÓN : Av Revolución y calle 7 s/n Col. Sn Pedro de los Pinos

NOMBRE DEL PROGRAMA : Cambio de Actitudes en Médicos de Medicina Familiar

OBJETIVO : Propiciar un Cambio de Actitud en el Médico Familiar hacia la Atención al Derechohabiente

PERIODO DE LA CAPACITACIÓN : 10 Días

DURACIÓN : Del 2 de al 13 de Noviembre de 1998

HORARIO : De 13:00 a 14:00 Hrs.

DESARROLLO DE LAS ETAPAS EN LAS QUE SE CAPACITARA AL TRABAJADOR.									
Denominación del puesto a capacitar	No total de trabajadores en el puesto	No de trab a capacitar en la 1° sesión	N. de trab a capacitar en la 2° sesión	No de trab a capacitar en la 3° sesión	No de trab a capacitar en la 4° sesión	No de trab a capacitar en la 5° sesión	No de trab a capacitar en la 6° sesión	No de trab a capacitar en la 7° sesión	No de trab a capacitar en la 8° sesión
Médico familiar	58	18 3/Nov/98	18 4/Nov/98	18 5/Nov/98	18 6/Nov/98	18 9/Nov/98	18 10/Nov/98	18 11/Nov/98	18 12/Nov/98

ANEXO 6

DESARROLLO DE ACTIVIDADES ETAPAS 1 y 2

OBJETIVO PARTICULAR: Proporcionar al médico los principales conceptos, funciones de la actitud y su utilidad.

DIRIGIDO A	TEMA	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO TEMÁTICO	MATERIALES
Médico Familiar	1 -Presentación	1 1 Presentación del equipo de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dinámica de grupo 	<u>SESIÓN 1</u>
	2 - Actitud.	2 1 Proporcionar al médico antecedentes acerca del concepto de actitud y la importancia en su entorno laboral	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Antecedentes ◆ Primeros conceptos ◆ Relevancia en su medio 	<u>SESIÓN 2</u>
		2 2 Brindar al médico la composición, formación de la actitud y su utilidad	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Concepto ◆ Composición y formación ◆ Utilidad en su labor 	<u>SESIÓN 3</u>
		2 3 Determinar la importancia de la actitud de servicio dentro de la institución	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Actitud de servicio <ul style="list-style-type: none"> ☞ Mentalidad ☞ Actitud positiva ☞ Profesionalismo ☞ Orientación hacia las personas ☞ Disponibilidad ☞ Respeto básico ☞ Confiabilidad ◆ Como trasladarlo a su labor 	
	2 4 Analizar las características que llevan al cambio de actitud	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Características y teorías ◆ Utilidad y funciones ◆ Beneficios en la atención 		

DESARROLLO DE ACTIVIDADES ETAPAS 3 Y 4

OBJETIVO PARTICULAR: Análizar la importancia de estrategias psicológicas para un mayor beneficio en la atención médica

DIRIGIDO A	TEMA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO TEMÁTICO	MATERIALES
Médico Familiar	3 - Atención Médica.	3 1 Brindar al médico algunas técnicas de entrevista o report para encaminar la consulta a un mejor desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Que es el report y la entrevista ◆ Utilidad de estas técnicas en la atención médica 	<u>SESIÓN 4</u>
		3 2 Determinar la importancia de una adecuada relación médico-paciente, en beneficio de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Empatía ◆ Calidez ◆ Respeto 	
		3 3 Analizar los tipos de comunicación que el médico pueda utilizar logrando con ello hacer más efectiva la consulta	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Concepto de comunicación ◆ Tipos de comunicación ◆ Importancia de esta en la consulta 	
		3 4 Revisar y discutir las estrategias actuales del manual de procedimientos para las UMF, identificando algunas fallas para su mejor elaboración práctica	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Manual de procedimientos ◆ Propuestas ◆ Discusión 	<u>SESIÓN 5</u>
		3 5 Discutir con el médico algunos conceptos psicológicos en beneficio de la mejora del servicio	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Trabajo en equipo ◆ Compromiso personal ◆ Discusión 	

DESARROLLO DE ACTIVIDADES ETAPAS 7 y 8**OBJETIVO PARTICULAR: Sensibilizar al médico, dentro de su labor.**

DIRIGIDO A	TEMA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO TEMÁTICO	MATERIALES
Médico Familiar	5 - Sensibilización	5.1 Lo que debe ser y lo que se hace	♦ Debate ♦ Conclusiones	<u>SESIÓN 8</u>
		5.2 Analizar y discutir del momento que vive la institución		
		5.3 Conocer el punto de vista del médico así como sus aportaciones para la mejora continua del personal	♦ Revisión general ♦ Resultados	<u>SESIÓN 9</u>
		5.4 Sensibilizar y motivar al médico al reforzar la importancia de su labor en la sociedad	♦ Discurso ♦ Reportes y quejas ♦ Clausura	<u>SESIÓN 10</u>

Bibliografía

- Acevedo Tomas, Alejandro. 1997 *Aprender jugando*. Edit. Limusa, México. Tomo I.
- Acevedo Tomas, Alejandro. 1997 *Aprender jugando*. Edit. Limusa, México. Tomo II.
- Acevedo Tomas, Alejandro. 1997 *Aprender jugando*. Edit. Limusa, México. Tomo III.
- Alvarez, Alva Rafael. 1991 *Salud Pública y Medicina Preventiva*. Edit. Manual Moderno, México.
- Ballesteros, Pulido R. 1990 *La Psicología de la Empresa*. Edit. Biblioteca Básica de Psicología, Barcelona.
- Blum Milton, L. 1994 *Psicología Industrial*. Edit. Trillas, México.
- Briones, Guillermo. 1996 *Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales*. Edit. Trillas, México.
- Bastos, Marcos. 1996 *Evaluación de Actitudes Ambientales hacia el Deterioro Ecológico*, En Flores Herrera. *Propuestas Metodológicas de Investigación Psicológica*. Edit. F.E.S. Zaragoza.
- Campbell, Donald y Stanley Julian. 1993 *Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social*. Edit. Amorrortu.
- Contrato Colectivo de Trabajo del I.M.S.S. 1997.
- Daves, Robyn M. 1983 *Fundamentos y Técnicas de Medición de Actitudes*. Edit. Limusa, México, D.F.
- Díaz-Guerrero. 1981 *Psicología del Mexicano*. Edit. Trillas, México.
- Díaz, Clemente Miguel. 1992 *Psicología Social, Métodos y Técnicas de Investigación*. Edit. Eudemia, Madrid
- Díez L. E. Barrón, I. Mauraza. 1994 *Psiquis* 15 (5); 197 España
- Dirección de Prestaciones Médica. 1997 *Plan Normativo*. IMSS.

Donabedian, Avedis. 1984 *La Calidad de la Atención Médica*. Edit. Prensa Médica Mexicana, México.

Edward, E. Jones y Harold, B. Gerard. 1990 *Fundamentos de Psicología Social*. Edit. Limusa, México.

Echebarria, A. 1991 *Psicología Social Sociocognitiva*. Edit. Desclee de Bower, Bilbao.

Fajardo, Ortiz Guillermo. 1972 *Teoría y Práctica de la Administración de la Atención Médica y de Hospitales*. Edit. La Prensa Médica Mexicana, México.

Fajardo, Ortiz Guillermo. 1989 *Atención Médica*. Edit. La Prensa Médica Mexicana, México.

Fishbein, Martin 1967 *Attitud, Theory and Measurement*. Edit. Universidad Illinois.

Fishbein, Martin 1975 *Belief, Attitude, Intention and Behavior*. Edit. Addison-Wesley

Fishbein, M. y Ajzen, I. 1980 *Understanding Attitude and Prediction Social Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.

Gagne, Robert M. 1979 *Condiciones del Aprendizaje*. Edit. Interamericana.

Goble, Frank G. 1977 *La Tercera Fuerza*. Edit. Trillas, México.

Gran Enciclopedia Larousse, Tomo 1, 1993

Gran Enciclopedia Larousse, Tomo 2, 1993

Gran Enciclopedia Larousse, Tomo 4, 1993

Hernández Sampieri, R., Fernández C., Bantista L. 1991 *Metodología de la Investigación*. Edit. Macgraw-Hill, México.

Hewston, M. Struebe. 1994 *Introducción a la Psicología Social*. Edit. Ariel, Barcelona

Hollander, E. 1978 Principios y Métodos de Psicología Social. Edit. Amorrortu, Buenos Aires.

Hope, K. 1982 Manual Práctico de Estadística Avanzada. Edit. Trillas, México.

Jinich, H. 1986 El Médico, El Enfermo y La Medicina. Fac. de Medicina, U.N.A.M. Serie Nuevos Maestros, México.

Kerlinger, Fred. 1994 Investigación del Comportamiento. Edit. Interamericana, México.

Kolb, L. 1976 Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana, México.

Klínberg, Otto. 1975 Psicología Social. Edit. Fondo de Cultura Económica, México.

Lain, Entrango P. 1970 El Médico y el Enfermo. Edit. Guadarrama, Madrid.

Lain, Entrango P. 1983 La Relación Médico Enfermo. Edit. Alianza Universidad, Madrid.

Ley Federal del Trabajo. 1999

Lippa, R.A. 1994 Introduction to Social Psychology. Edit. Brooks/Cole Publish Company, E.U.

Magnuson, D. 1972 Teorías de los Test. Edit. Trillas, México.

Mann, Leon. 1993 Elementos de Psicología Social. Edit. Limusa, México.

Marques de Cantu, María José. 1988 Probabilidad y Estadística. U.N.A.M., México.

Markez, I. 1994. Psiquis 15 (9); 433 España

Martínez, Cortez F. 1979 Consulta Médica y Entrevista Clínica. Medicina del Hombre en su Totalidad, Puntos Básicos, México.

Martínez, Ruiz Ma. Susana y Merino, Peralta Azucena. 1981 Método Comparativo de dos Métodos de Medición de Actitudes. U.N.A.M. Fac. de Psicología.

Maslow, Abraham. 1988 El Hombre Autorrealizado. Edit. Kairos, Barcelona.

Mendoza, Nuñez. 1996 Necesidades de Capacitación. Edit. Trillas, México.

Mercado, S. 1991 Acerca de la Validez y sus Vicisitudes. Revista Mexicana de Psicología Social y Personalidad

Montero, Maritza 1994 Construcción y Crítica de la Psicología Social. Edit. Antares. Barcelona

Moscovici, Sergei. 1975 Psicología Social. Edit. Paidós, México.

Muchinsky, Paul. M. 1994 Psicología Aplicada al Trabajo. Edit. Desclee de Brouwer, Bilbao

Munne, F. 1986 Psicología Social. Edit. CEAC, España.

Nadelsticher, Miriam Abraham. 1983 Técnicas para la Construcción de Cuestionarios de Actitudes y Acción Múltiple. Edit. Instituto Nacional de Ciencias P. México.

Nunnally, Jum C. 1970 Introducción a la Medición Psicológica. Edit. Paidós, Buenos Aires.

Nunnally, Jum B. 1995 Teorías Psicométricas. Edit. Macgraw Hill, México.

Oppenheim, A.N. 1975 Questionnaire Design and Attitude Measurement. Edit. Heinemann, London.

Pérez, Moreno T. 1986 La Relación Médico-Paciente en el Cuerpo de Guardia. Boletín de Psicología. Vol. VI, No 3, La Habana Cuba.

Perlman, D. 1993 Psicología Social. Edit. Interamericana, México.

Pinto, Villatoro Roberto. 1994 Proceso de Capacitación Edit. Diana México.

Plan de Mejora Continua. 1996-2000 Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Atención Médica, I.M.S.S.

Pritchard, Peter. 1982 Manual de Atención Médica Básica. Edit. Colección, Salud y Seguridad Social, México.

Reglamento de Servicios Médicos. I.M.S.S. 1998.

Reunión Nacional de Atención Médica. I.M.S.S. 1994

Rivero, S. 1979 La Relación Médico-Paciente en la Medicina Institucional. Trabajo Inédito, Simposio Sintex, México.

Rodríguez, Estrada Mauro. 1985 Autoestima. Edit. Manual Moderno, México.

Rodríguez, Aroldo. 1995 Psicología Social. Edit. Trillas, México.

Salazar, J.M. 1980 Psicología Social. Edit. Trillas, México.

Siegel, Sidney y Castellan John. 1995 Estadística No Paramétrica. Edit. Trillas

Síllico, Alfonso. 1990 Capacitación y Desarrollo Personal. Edit. Limusa, México

Summers, Gene F. 1985 Medición de Actitudes. Edit. Paidós, México.

Treviño, G.N. y Lifshitz, A. 1994 La Atención Médica en el Año 2000. Revista Médica del I.M.S.S. (México); 32: 481-483

Vander, Z. J.W. 1990 Manual de psicología Social. Edit. Paidós, España.

Villoro, Luis. 1994 Creer, Saber, Conocer. Edit. Siglo XXI, España.

Whittaker, J.O. 1979 La Psicología Social en el Mundo de Hoy. Edit. Trillas, México.