



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

ACTITUD DE HABITANTES DE LA ZONA METROPOLITANA HACIA
LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN ANTE EL BROTE DE
INFLUENZA HUMANA A/H1N1

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N

SANTILLÁN CRUZ ELVIA

TEJOCOTE CARO ANAYELI

VARELA GENIS MIREL ALEJANDRA

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: LIC. LEONEL ROMERO URIBE

COMITÉ: DR. JOSÉ MARCOS BUSTOS AGUAYO

MTRO. JUAN CRISÓSTOMO MARTÍNEZ BERRIOZABAL

DR. RUBÉN LARA PIÑA

DR. JOSÉ DE JESÚS SILVA BAUTISTA



MÉXICO D. F.

JUNIO 2010



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.

AGRADECIMIENTOS

UNAM

Agradecemos a nuestra Máxima Casa de Estudios la Universidad Nacional Autónoma de México y especialmente a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por el cobijo académico, por brindarnos la oportunidad de desarrollarnos de manera personal y profesional en sus instalaciones.

Por hacernos personas abiertas al conocimiento y a la ciencia, por transformar nuestro pensamiento, nuestro actuar y nuestro vivir. Por ofrecernos la oportunidad de ser psicólogas y sentirnos orgullosas de nuestra institución.

A NUESTRO DIRECTOR DE TESIS

Lic. Leonel Romero Uribe por creer y dirigir este proyecto, por las sugerencias e ideas, así como la paciencia, disposición, tiempo y apoyo que nos brindó a lo largo de esta investigación, sin lo cual hubiera sido difícil concluir esta tesis.

A NUESTROS ASESORES

Dr. José Marcos Bustos Aguayo, Mtro. Juan Martínez Berriozabal, Dr. Rubén Lara Piña y Dr. José de Jesús Silva Bautista por enriquecer este trabajo a través de sus experiencias y conocimientos, por sus aportaciones y comentarios que hicieron de esta una mejor tesis.

“Por mi raza hablará el espíritu”

EL VIA

A Dios

Por estar conmigo en cada paso que doy, por darme la fortaleza y capacidad para terminar satisfactoriamente mi carrera profesional. Por permitirme cumplir una meta más en mi vida.

A mis Padres:

*Albertina Cruz Cabrera
y
Francisco Santillán Valdivia*

Por permitirme conocer lo maravilloso que puede ser la vida. Por su amor, su tiempo, sus sacrificios, su ayuda y el apoyo que me han dado a lo largo de mi existencia. Gracias especialmente a ti mamá por estar siempre a mi lado, por la confianza, por brindarme las bases necesarias para alcanzar mis metas, gracias por las noches de desvelo, las palabras de aliento, por los consejos y valores enseñados, por la paciencia, por tu amor incondicional, por impulsarme siempre a seguir adelante.

A mi familia

Por brindarme su confianza, ayuda y apoyo en el transcurso de mi formación profesional, pero sobre todo gracias por estar conmigo en todo momento.

A mis compañeras de tesis

Por el tiempo compartido, por las risas y enojos, por las veces que me escucharon, por su confianza y apoyo, y todo cuanto ha fortalecido esta amistad.

Gracias a todos aquellos que de alguna u otra manera han contribuido para que se logre esto. Gracias por formar parte de mi vida, por confiar en mí, por ser parte de este sueño y acompañarme en el camino.

ANAYELI

A Dios

Por ser mi guía en todo momento de mi vida, por sus bendiciones y su inmenso amor, por brindarme lo suficiente para salir triunfante de las adversidades y así pasar obstáculos y poder sanarme emocional y espiritualmente. Porque gracias a eso he tenido la oportunidad de estar en donde me encuentro hoy. Gracias, porque en mi caminar de tu mano, nunca me abandonaste.

A mis padres

José Juan Tejocote Galicia

y

María Guadalupe Caro Naranjo

Por darme la vida, por su gran apoyo incondicional a lo largo de toda mi existencia, por los valores morales y formación profesional. Porque sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para formarme y porque nunca podré pagarles ni aún con todas las riquezas más grandes del mundo. Por lo que soy y por todo el tiempo que me dedicaron, en especial a mi mamá por ser cómplice incondicional en todo momento... los AMO, Mil Gracias!!!

A mis herman@s

Magali, Gustavo y Diego

Por existir en mi vida, por su particular forma de estar en las buenas y en las malas conmigo, porque sé que cuento con ustedes incluso con las diferentes formas de pensar y ver las cosas, con este logro espero ser para ustedes un ejemplo para que siempre logren lo que se proponen, saben que cuentan conmigo y siempre los apoyare, los quiero!!!

A mis compañeras y amigas de tesis

Elvia y Mirel

Por acompañarme en este proceso de crecimiento profesional y hacer posible este proyecto que iniciamos juntas hace un año. Por escucharme y compartir tantos momentos de alegría y tristeza, por su cariño, confianza y apoyo constante, por ser mis Amigas ¡Muchas Gracias!

A todas las personas que conocí a lo largo de mi vida

Porque han compartido conmigo los “ires y venires” de la vida y que en algún momento afectaron mi existencia y aportaron un granito de arena a mi desarrollo personal y profesional, para ustedes solo tengo palabras de agradecimiento y un inmenso cariño y respeto.

No podían faltar esas personas que ahora son como mis ángeles porque me han acompañado en todo momento y que estén donde estén, siempre los llevaré en el corazón y nunca los olvidare, Dios los bendiga, sé que en algún momento nos volveremos a encontrar.

MIREL ALEJANDRA

A Dios

Por permitirme llegar a este momento tan importante de mi vida, por ser esa luz que ilumina mi camino, por ser mi fuerza mi escudo y mi verdad y por todo lo que en tu infinita misericordia me has permitido alcanzar.

A mi Madre

Estela Genis Rosas, por haberme dado la valiosa oportunidad de vivir y darme todo lo posible para tener una buena educación. Te reconozco y admiro el esfuerzo mostrado en la ardua y difícil tarea de ser madre.

A mi Hermana

Norma Angélica, por compartir toda una vida conmigo, por el apoyo incondicional y la constante motivación en todos mis sueños, por estar al pendiente en el desarrollo de esta tesis, por ser un gran ejemplo de lucha, amor, valor y demostrarme que a pesar de las adversidades no hay imposibles.

A mis compañeras de Tesis

Elvia y Anayeli, por ser grandes amigas que ocupan un lugar importante en mi vida, por las vivencias compartidas, su constante motivación y apoyo en circunstancias difíciles, por forjar y culminar este sueño juntas, lo cual me da la confianza de que puedo contar con ustedes.

A mi Novio

Alejandro González, por ser una bendición muy especial en mi vida, sobre todo en los momentos más duros de este proceso, por darme la fuerza que me faltaba y el ánimo que no encontraba y el hecho de haber llegado juntos a esta importante meta hace que parte de este logro también sea tuyo.

*“Aplica tu corazón a la enseñanza, y tus oídos a las palabras de sabiduría”
Proverbios 23:12*

ÍNDICE

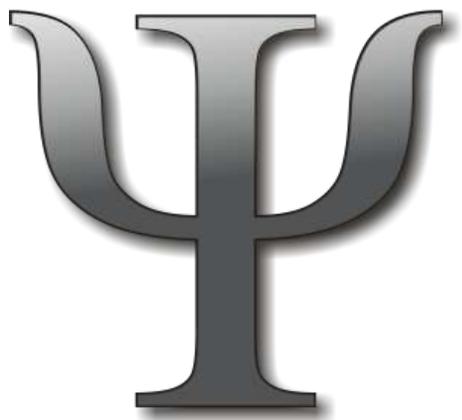
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1. INFLUENZA.....	11
1.1 DEFINICIÓN	11
1.2 TIPOS DE INFLUENZA A.....	11
1.3 INFLUENZA HUMANA A/H1N1	14
1.3.1 Transmisión	14
1.3.2 Síntomas.....	15
1.3.3 Medidas de Prevención	15
CAPÍTULO 2. ACTITUD	22
2.1 DEFINICIÓN DE ACTITUD.....	22

2.2 COMPONENTES DE LA ACTITUD	25
2.3 FORMACIÓN DE LA ACTITUD	27
2.3.1 Experiencia Directa	27
2.3.2 Factores de Aprendizaje	28
2.3.3 Agentes Socializadores	29
2.4 FUNCIONES DE LA ACTITUD	30
2.4.1 Funciones Motivacionales	30
2.4.2 Funciones Cognitivas	32
2.5 RELACIÓN ACTITUD - CONDUCTA	33
2.6 ENFOQUES TEÓRICOS	35
2.6.1 Teoría del Equilibrio de Heider	35
2.6.2 Modelo de los Tres Componentes.....	37
2.6.3 Teoría de la Disonancia Cognitiva de Festinger.....	39
2.6.4 Teoría de la Acción Razonada	42
2.6.5 Teoría de la Acción Planificada	44
CAPÍTULO 3. PERSUASIÓN	47
3.1 DEFINICIÓN DE PERSUASIÓN	47
3.2 ENFOQUES TEÓRICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSUASIÓN	49
3.2.1 El grupo de investigación de la Universidad de Yale	49
3.2.2 La Teoría de la Respuesta Cognitiva	50
3.3 ELEMENTOS CLAVE EN EL PROCESO PERSUASIVO	53
3.3.1 La Fuente.....	53
3.3.2 El Mensaje	54
3.3.3 El Receptor	57
3.3.4 El Contexto	58
3.3.5 El Canal	59
3.4 RUMOR	62
3.5 RESISTENCIA ANTE LA PERSUASIÓN	64
3.5.1 Teoría de la Inoculación	64
3.5.2 Distracción	65
3.5.3 Prevención	65
3.5.4 La Reactancia	65
3.5.5 Teoría de la Inmunización	66

3.5.6 La Evitación Selectiva.....	66
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA	68
CAPÍTULO 5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	75
5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	75
5.2 APARTADO 1 “DIMENSIONES DE ACTITUD”	77
5.2.1 Frecuencias y Porcentajes por Dimensión	77
5.2.2 Análisis Factorial.....	88
5.2.3 Análisis de Varianza (ANOVA)	94
5.3 APARTADO 2 “MEDIOS DE COMUNICACIÓN”	99
5.3.1 Frecuencias y Porcentajes	99
5.3.2 Análisis Factorial.....	102
5.4 APARTADO 3 “MEDIDAS DE PREVENCIÓN”	104
5.4.1 Frecuencias y Porcentajes	104
5.4.2 Análisis Factorial.....	108
5.4.3 Análisis de Varianza (ANOVA)	110
5.5 DESCRIPCIÓN DE CORRELACIÓN	115
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN	118
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES	127
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
ANEXO	140

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue conocer la actitud hacia las medidas de prevención ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1 de habitantes de la zona metropolitana, así como conocer si existen diferencias con respecto a variables sociodemográficas y si existe relación entre actitud y la realización de las medidas de prevención. Se seleccionó una muestra de 200 sujetos mayores de 18 años; 25 hombres y 25 mujeres por cada nivel educativo: primaria, secundaria, medio superior y superior. Con un muestreo no probabilístico, intencional y por cuota. Se elaboró un instrumento constituido por tres apartados, con un total de 56 ítems, y una escala de respuesta tipo Likert, teniendo para cada reactivo cinco niveles de respuesta. El análisis de datos se realizó por medio del programa SPSS, frecuencias y porcentajes, alpha de Cronbach, análisis factorial, análisis de varianza y correlación. Las principales conclusiones señalan que en general existe una actitud favorable hacia las medidas de prevención, de igual forma se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores de actitud: prevenir, opinión, información, medidas y hogar; y en los factores de medidas de prevención: evitar, cuidar, seguridad y externo; con respecto a las variables: edad, escolaridad, estado civil y sexo; además de comprobar que existe relación entre actitud y la realización de las medidas de prevención.



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, las pandemias de gripe han barrido el planeta causando un número ingente de muertes y provocando una devastación social y económica a su paso. Sus orígenes se remontan, al menos, a los días de Hipócrates, que registró un brote de una enfermedad que empezaba con tos seguida de neumonía y otros síntomas, en el año 400 a.C. (Siegel, 2006).

Durante el siglo XX se presentaron tres grandes pandemias por el virus de influenza: la primera y más devastadora sucedió durante 1918-1919 conocida como influenza española, causada por el virus tipo A/H1N1; que originó entre 40 y 50 millones de muertes a nivel mundial, teniendo mayor impacto en niños y en ancianos, pero una elevada mortandad en adultos jóvenes; la segunda pandemia fue de 1957-1958 conocida como influenza asiática, ocasionada por la cepa H2N2, causando 2 millones de muertes, los índices de infección eran más altos entre los niños, los jóvenes y las mujeres embarazadas, pero los ancianos tuvieron los mayores índices de mortalidad (op. cit., 2006).

Por último, la influenza de Hong Kong en 1968-1969, causada por el subtipo H3N2, provocó alrededor de 1 millón de muertes, afectando principalmente a personas mayores de 65 años y a personas con enfermedades crónicas (Manjares, 2007).

Por otra parte, entrado el siglo XXI, a finales de 2002, el mundo se estremeció con la noticia de que en China comenzaba a multiplicarse el número de enfermos afectados con una neumonía atípica hasta entonces desconocida. Se trataba del Síndrome Respiratorio Agudo y Grave (SARS, por sus siglas en inglés), un mal que sobrepasó a las autoridades sanitarias, que poco pudieron hacer para contener el aumento de brotes. Esta situación encendió focos rojos entre la comunidad científica puesto que en el país había 1,200 millones de habitantes que ante la llamada influenza pandémica corrían el riesgo de contagio (Escorcia, 2009).

Asimismo, a finales de 2003 comenzó a extenderse esta epidemia por el sureste asiático con cierta rapidez afectando a Tailandia, Vietnam, Corea del Sur, Laos, Camboya e Indonesia. A pesar de la propagación de la epidemia, no tuvo precedentes históricos ni económicos (Stevens, 2005).

México, como el resto de los países, sufre de influencias estacionales que pueden afectar hasta a un 10 por ciento de la población. Los casos de influenza se presentan más frecuentemente en los meses de diciembre y enero, aunque en febrero todavía es posible encontrar un número importante de personas afectadas. Para poder sopesar el impacto de las influencias estacionales basta decir que en el mes de diciembre mueren, en promedio, 770 niños menores de dos años, y que en enero, pueden morir, en promedio, 1,150 adultos mayores de 65 años (Cevallos, 2009).

No obstante, a partir de mediados de marzo de 2009, los sistemas de vigilancia empezaron a registrar un incremento de casos de influenza severa en la Ciudad de México. Este incremento empezó durante un periodo cuando normalmente los casos de influenza estacional empiezan a disminuir. El número de casos notificados siguió creciendo en las primeras semanas de abril y se vio una expansión geográfica con más conglomerados de casos de neumonías severas en adultos jóvenes y normalmente saludables. El 17 de abril, México implementó una vigilancia intensificada para casos de enfermedad respiratoria severa (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

El 24 de abril el gobierno federal reconoció que en México existía una epidemia de influenza en la que se identificó un nuevo virus de origen porcino (Herrera, 2009). Ante tal situación el Secretario de Salud José Ángel Córdova Villalobos informó que como medida preventiva frente a esta epidemia que se presentaba en el área metropolitana de la Ciudad de México, se suspenderían clases en todas las escuelas hasta el día 5 de mayo (La redacción, 2009).

Además instó a la población a acudir al médico en caso de presentar los síntomas correspondientes a esta enfermedad (“Por la influenza suspenden”, 2009). De igual forma pidió evitar sitios concurridos y eventos multitudinarios; también señaló que para prevenir el contagio, se recomendaba mantenerse alejado de las personas que presentaran enfermedades respiratorias; lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón; no saludar de beso ni de mano; asimismo, evitar compartir alimentos, vasos, cubiertos; ventilar y permitir el paso del sol en la casa, oficina y todos los lugares cerrados; mantener limpias las cubiertas y baños, manijas y barandales, así como juguetes, teléfonos y objetos de uso común.

Los registros del 17 al 26 de abril confirmaron 26 casos de influenza porcina y 7 defunciones, la tasa de letalidad a la fecha era de 26.9% a nivel nacional. En el Distrito Federal 17 eran los

casos confirmados equivalentes al 65% a nivel nacional, mientras que en el Estado de México 7 eran las personas infectadas correspondiente al 27%, asimismo, se registraba un caso en Oaxaca y otro en Veracruz (SINAVE, 2009).

El 27 de abril, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elevó su nivel de alerta de 3 a 4, en una escala de 6, equivalente a un *incremento significativo* del riesgo de pandemia de la influenza porcina que afectaba a México y Estados Unidos, y que comenzó a extenderse a otras naciones. Las fases se definen según la extensión geográfica de la enfermedad y no necesariamente según su severidad (AFP, REUTERS, DPA y NOTIMEX, 2009).

El 28 de abril, se informaba que la epidemia de influenza en México se encontraba en su momento más álgido ya que el número de enfermos subió de 1,614 la noche del domingo a 1,995 la mañana del 27 de abril (Cruz, 2009).

El 29 de abril, la OMS elevó a 5 el nivel de alerta por la gripe porcina, lo que significaba que la enfermedad había desarrollado focos autónomos en más de dos países (México, Estados Unidos, Canadá, España, Nueva Zelanda, Israel e Inglaterra), lo que indica una señal muy fuerte de la inminencia de una pandemia (AFP, DPA y REUTERS, 2009).

En esa misma fecha, el Secretario de Salud anunció la suspensión parcial de actividades no sustantivas, tanto de la administración pública federal como de los sectores productivos, a partir del primero y hasta el 5 de mayo, como medida adicional de reforzamiento preventivo contra el avance del virus de influenza. Así como la suspensión de las actividades escolares en todo el país y en todos los niveles educativos, incluidas las guarderías (Cruz y Pérez, 2009).

El Instituto Nacional de Salud Pública (institución encargada de ofrecer resultados de investigación en problemas relevantes de la salud pública para prevenir y controlar enfermedades) dio a conocer que existía un incremento sustancial en el porcentaje de muertes a causa de neumonía severa en personas de entre 5 y 59 años de edad con respecto a periodos de influenza estacional de años previos: promedio de 17% comparado con 87% en marzo/abril de 2009. En subgrupos de edad, la razón de incremento osciló entre 1.2% (55 a 59 años) y 11.7% (20 a 24 años). En contraste, se observaron porcentajes menores de muertes en el subgrupo de personas menores de 4 y mayores de 60 años con respecto a cifras de influenza estacional; 17% de mortalidad en años anteriores contra 5% en 2009 para menores de 4 años,

y 7% y 42% contra 2% y 3% en mayores de 60 y 80 años respectivamente. Por otra parte, el cambio en los índices de morbilidad fue pronunciado, con 71% de casos de neumonía severa en pacientes de entre 5 y 59 años de edad, en comparación con el 32% promedio de casos en este grupo de edad durante los periodos de influenza de años anteriores (“Frente al nuevo virus”, 2009).

El 30 de abril la OMS designa al nuevo virus como *Virus de la Influenza Humana*, con lo cual, oficialmente, dejó de utilizarse el término influenza porcina (“Dichos y hechos”, 2009, p. 9).

Por otro lado, al confirmarse la tendencia a la baja en la demanda de atención a los servicios de salud, el gobierno federal dio a conocer que a partir del 6 de mayo se reanudarían totalmente las actividades económicas, y las escolares lo harían en forma progresiva (Cruz, 2009).

De igual manera se flexibilizaron las medidas de distanciamiento social, tales como apertura de cines, restaurantes, estadios de fútbol y de otros centros deportivos (“Dichos y hechos”, 2009).

Para el 9 de mayo, los registros revelaban que el 60 por ciento de los fallecidos eran adultos jóvenes de entre 20 y 39 años, y junto con las personas de hasta 55 años, representaban 84% de los decesos. Sólo dos eran menores de edad; respecto del nivel escolar, resulta que 7% carecía de educación; 34% contaba con educación primaria y 26% tenía la secundaria; 21% estudió el bachillerato y 12% el nivel profesional (Cruz, 2009).

El 14 de mayo se confirmaron 2,895 casos de Influenza Humana A/H1N1, de los cuales 1,425 pertenecían al Distrito Federal y 191 al Estado de México. Del total de casos confirmados 66 personas fallecieron (SINAVE, 2009).

Hasta el día 22 de mayo, se habían confirmado un total de 4,174 casos de gripe por A (H1N1) en México, de los cuales 80 fallecieron (1.9% de los casos confirmados). El 56.3% de los fallecidos eran mujeres, y el 77.5% se encontraban entre los 20 y los 54 años de edad (“Consideraciones y recomendaciones”, 2009).

El 29 de mayo se confirmaron 5,337 casos y un total de 97 defunciones. El Distrito Federal seguía presentando el mayor número de personas infectadas teniendo un registro de 1,804 casos, mientras que en el Estado de México el índice era de 280 (SINAVE, 2009).

Para el 5 de junio se presentaban en el Boletín Semanal de Influenza H1N1 (emitido por la Dirección General Adjunta de Epidemiología) 5,949 casos confirmados y 108 defunciones. Cabe mencionar que el mayor índice de defunciones oscila entre los 15 y 59 años de edad.

El 11 de junio, la directora general de la OMS, doctora Margaret Chan, decidió elevar el nivel de alerta de pandemia de gripe de la fase 5 a la fase 6. Para el día 16 se tenía un registro de 7,083 casos confirmados, de los cuales 113 fallecieron (“Dichos y hechos”, 2009).

El 23 de junio se confirmaron 8,680 casos de los cuales el 51.5% son varones y el total de defunciones ascendió a 116 (SINAVE, 2009).

Posteriormente, la Secretaría de Salud informó que la curva epidemiológica pronunció su cima en dos momentos: uno el 26 de junio, al registrarse 375 casos en un día, y el último, a principios de septiembre, con 282 casos (“Repunta contagio”, 2009).

De esta manera la Influenza A/H1N1 requiere de la atención y alerta de los sistemas sanitarios ya que se trata de una enfermedad cuyo comportamiento futuro se desconoce. El genoma del agente puede variar, con resultados que pueden ser fatales y a pesar de los avances que se han dado en los últimos años, el mundo no está preparado para defenderse ante una pandemia. La estrategia para enfrentar este virus en ausencia de vacunas deben ser las *medidas de prevención*.

Cabe destacar que la epidemia del virus de Influenza Humana y sus características, han tenido un impacto social importante y han significado cambios en la vida cotidiana de toda la población, en especial en el área metropolitana de la Ciudad de México.

Ante tal situación se pudieron observar diferentes posturas que la población mexicana tomó, respecto a esto la doctora Laura Hernández Guzmán, investigadora de la Facultad de Psicología señaló: “Hubo quienes se mostraron incrédulos y no acataron las medidas de higiene como lavarse las manos constantemente y usar tapaboca y, quienes, por el contrario, vivieron

intensamente el suceso y, por consiguiente, sufrieron ansiedad y zozobra” (“Influenza: entre el pánico”, 2009, párr. 3).

Una gran parte de la población reaccionó tomando en consideración la información proveniente de los medios de comunicación quienes propagaron varias versiones de los hechos creando así una ola de incertidumbres, puesto que el origen de estas falsas percepciones estuvo en la desinformación. La información difundida por las autoridades y los medios de comunicación no fue precisa y generó la desconfianza de la opinión pública.

Asimismo, se manejó entre la población el temor de que el gobierno estuviera manipulando la magnitud real del brote epidémico con fines electorales y para desviar la atención de la crisis económica y de la intención de militarizar el país.

De este modo, se mostraron las dos caras de un mismo efecto: la descalificación de la gravedad de la pandemia y el pánico.

De ahí surge la importancia de estudiar la actitud hacia las medidas de prevención ante el brote de Influenza Humana en la Ciudad de México, dado que la realización de cada una de estas medidas son primordiales para preservar la salud.

Entendiendo así a la actitud como la categorización de un objeto-estímulo a lo largo de una dimensión evaluativa, basada o generada a partir de tres tipos de información: 1) cognitiva, 2) información afectiva/emocional, y/o 3) información sobre las conductas pasadas o la intención conductual (Zanna y Rempel, 1998; citado por Ibáñez et al., 2004).

Para fundamentar de manera teórica lo expuesto anteriormente, se elaboraron tres capítulos. El primero aborda la Influenza iniciando con la definición, seguido de los tipos de influenza A, posteriormente se hace hincapié en la Influenza Humana A/H1N1, su forma de transmisión y síntomas, así como las medidas de prevención para evitar el contagio.

El segundo capítulo expone el tema Actitud, en este se muestran distintas definiciones del concepto, así como, sus componentes, formación y funciones, se explica la relación actitud-conducta y algunos enfoques teóricos.

El tercer capítulo desarrolla el tema Persuasión, se define el término según diversos autores, se revisan los principales enfoques teóricos, asimismo, los elementos clave en el proceso persuasivo, el rumor y las propuestas que hacen algunos autores sobre la resistencia ante la persuasión.

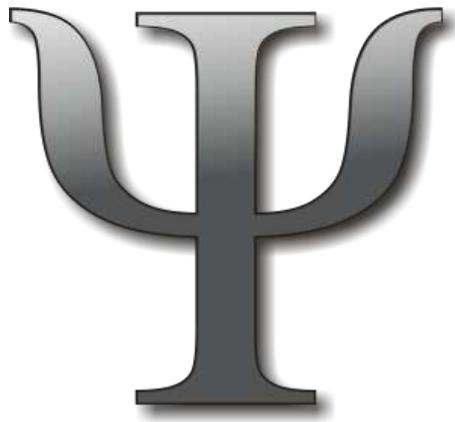
La parte metodológica aparece en el cuarto capítulo y comprende las preguntas de investigación, hipótesis, objetivos y definición de las variables, así como, las características de la población, muestra, muestreo, tipo de investigación, diseño, instrumento, procedimiento de aplicación y análisis estadístico realizado.

El quinto capítulo comprende la presentación de resultados de los análisis realizados a la muestra, tales como: frecuencias y porcentajes, alpha de Cronbach como prueba de confiabilidad, análisis factorial, ANOVAS de las variables y correlación de Pearson.

El sexto capítulo aborda la discusión en donde se contrastan los resultados con la bibliografía consultada.

El séptimo capítulo contiene las conclusiones desarrolladas en esta investigación, en términos generales se comprobaron las hipótesis; asimismo, se exponen las limitaciones y recomendaciones para futuras investigaciones.

Finalmente, se enlistan las referencias consultadas y se presenta el anexo correspondiente.



CAPÍTULO 1

INFLUENZA

- Definición
- Tipos de Influenza
- Influenza Humana A/H1N1

CAPÍTULO 1. INFLUENZA

1.1 Definición

La influenza o gripe, es una enfermedad infecciosa de las vías respiratorias causada por alguno de los tres tipos de organismos de la familia Orthomyxovirus, que los biólogos llaman A, B, C. Los tipos B y C infectan a los humanos pero son relativamente raros y benignos. El tipo A, además de infectar a las aves y a algunos mamíferos (humanos, cerdos, caballos, ballenas y focas), tienen dos características que lo hacen más peligroso: es más virulento y cambia de cara de una temporada a otra (Burgos y Régules, 2009).

La superficie del virus está básicamente formada por dos clases de proteínas: la H (hemaglutinina) y la N (neuraminidasa), esenciales en el proceso de infección. La hemaglutinina es el gancho que le permite al virus afianzarse a la célula y abrirse paso hacia su interior. La neuraminidasa les permite a los virus hijos emerger de la célula invadida sin quedarse pegados a ella ni adherirse entre sí (Cevallos, 2009).

Se conocen 16 variedades de proteínas H (H1-H16), y nueve de proteínas N (N1-N9); basándose en estas proteínas se pueden clasificar los virus en subtipos como el A/H1N1 de la epidemia de abril de 2009, o el H5N1 de las epidemias de gripe aviar que se han producido en Asia en los últimos años (Burgos y Régules, 2009). Todos los subtipos H y N se han detectado en aves, mientras que en el hombre se han revelado H1, H2 y H3. Por consecuencia cuando aparece un subtipo diferente que logra infectar al humano, éste no será reconocido por el sistema inmune.

1.2 Tipos de Influenza A

El virus de influenza tipo A puede provocar tres tipos de enfermedades: 1) Influenza estacional; 2) Influenza aviar e; 3) Influenza pandémica (Material elaborado por la Dirección General de Promoción de la Salud, 2007).

Influenza estacional. Es una enfermedad propia del ser humano y se presenta principalmente durante los meses de invierno. Sus síntomas son similares a los del catarro común pero mucho más intensos. Se transmite cuando el virus de la influenza entra al organismo a través de ojos, nariz, y/o boca. Y tiene la capacidad de afectar a todas las personas, en especial niños menores de 5 años, adultos mayores de 65 años, personas con enfermedades crónicas como: diabetes, enfermedades del corazón, de los pulmones, etc.

Influenza aviar. Es una enfermedad propia de las aves, causada por el virus de la influenza tipo A, comúnmente llamada gripe aviar. La transmisión puede ser de dos tipos: 1) de aves a aves: las aves (silvestres o de corral) propagan el virus por medio de su excremento o secreciones como moco y saliva y; 2) de aves a humanos: al entrar en contacto directo con las secreciones y excremento de aves infectadas o por medio de las jaulas y utensilios para el manejo y alimentación de las aves. Dentro de los diferentes subtipos del virus de la influenza aviar el que ha logrado contagiar a los seres humanos es el subtipo H5N1.

Influenza pandémica. Es una enfermedad respiratoria causada por un nuevo subtipo del virus de la influenza tipo A, ante el cual la población no tiene defensas; un sistema inmunológico sano puede reaccionar de forma demasiado violenta, de modo que perjudique más que defienda. Si este nuevo virus adquiere la capacidad de transmitirse con facilidad de humano a humano un gran número de personas enfermarán generando una pandemia.

Pandemia procede del griego *Pandemos* que significa a través de la gente. En terminología médica, pandémico se refiere a la expansión mundial de una enfermedad, con brotes en diferentes países, tanto simultáneamente como sucesivos en breves períodos de tiempo, en la mayoría de regiones del mundo (Revill, 2005).

De acuerdo con Cevallos (2009), “La agresividad de los virus responsables de las pandemias de influenza es mayor que la de los virus estacionales y los síntomas que producen son bastantes más severos, causando que muchas más personas fallezcan” (p. 11).

Cuando tiene lugar una pandemia y una gripe de tipo A que no se había visto antes cambia en los humanos, la mayoría de muertes siempre tienen lugar entre las personas que viven en países en desarrollo. Un sistema sanitario público subdesarrollado al que le faltan los cuidados

médicos adecuados y los medios efectivos para difundir los conocimientos y conseguir la cooperación de las personas en riesgo, tiene alto índice de mortandad (Siegel, 2006).

La Organización Mundial de la Salud señala que la gravedad global de una pandemia de gripe, medida por el número de muertes y de casos graves, depende principalmente de la virulencia intrínseca del virus, pero hay muchos otros factores que pueden influir (“¿Cómo se produce”, 2009).

Un virus pandémico que inicialmente origine síntomas leves en personas sin otras enfermedades también puede llegar a causar problemas, sobre todo en las sociedades actuales, extremadamente móviles e interdependientes. Por otra parte, un virus que en un país cause enfermedad leve puede producir en otra región una morbilidad y mortalidad mucho mayores. Además, la virulencia intrínseca del virus es susceptible de cambiar a lo largo del tiempo, en las sucesivas oleadas de propagación nacional e internacional de la pandemia (op. cit., 2009).

En consecuencia, la pandemia gripal provoca grandes avalanchas de personas que buscan atención médica; colapsando los servicios de salud. La alta tasa de ausentismo laboral puede interrumpir otros servicios esenciales como los transportes, las comunicaciones y la seguridad ciudadana. Como toda la población será susceptible al virus pandémico, los picos de enfermedad se alcanzarán rápidamente en la comunidad. Esto implica una disrupción social y económica que puede verse amplificada por los sistemas interdependientes e interrelacionados de comercio (Stevens, 2005).

Las pandemias suelen afectar especialmente a determinados grupos de edad. La concentración de casos y muertes en un grupo de edad joven, económicamente productivo, puede causar más problemas sociales y económicos que su concentración en grupos de personas muy jóvenes o de edad avanzada, como ocurre en las epidemias de gripe estacional (“¿Cómo se produce”, 2009).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2009), las pandemias pueden ocurrir en varias olas (periodos con alta ocurrencia de casos) y pueden durar de 1 a 3 años. Después de este período, usualmente la mayor parte de la población adquiere algún grado de inmunidad y el virus pasa a causar epidemias anuales de menor magnitud.

1.3 Influenza Humana A/H1N1

La Secretaría de Salud del gobierno federal define la Influenza Humana como la enfermedad de las vías respiratorias causada por un virus extremadamente contagioso. Es importante porque afecta a todas las edades, y en mutaciones importantes del virus suele causar complicaciones graves e incluso la muerte en un gran número de personas, frecuentemente niños y ancianos (“¿Qué es influenza humana?”, 2009). Su tiempo de incubación es de dos días, pero puede variar de 1 a 5 días.

En general los síntomas clínicos de la Influenza A/H1N1 son similares a los de la gripe estacional y de otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, pero las manifestaciones clínicas son muy variables, desde una infección asintomática hasta severas complicaciones como neumonía o pulmonía, problemas cardíacos y neurológicos, entre otros, en el peor de los casos, la muerte. Debido a que la mayoría de los casos se han detectado casualmente mediante los sistemas de vigilancia de la gripe estacional, muchos casos leves o asintomáticos pueden haber pasado desapercibidos; así pues, se desconoce hasta qué punto está extendida la enfermedad en el ser humano (op. cit., 2009).

Se desconoce el lugar de origen de este virus, se ha pensado que es una extensión del virus circulante de 1918-1919, cabe destacar que el cuerpo humano no tiene registro inmune ante este nuevo agente biológico patógeno y todas las personas lo pueden contraer ya que entra en el cuerpo a través de todas las mucosas. Es sensible a algunos antivirales (como el oseltamivir y el zanamivir) por lo que la influenza tratada en las primeras 48 horas es curable.

1.3.1 Transmisión

De acuerdo, con la Secretaría de Salud (“La influenza”, 2009) la Influenza A/H1N1 se transmite:

- De persona a persona a través de las secreciones de nariz y boca (toser, estornudar, hablar, cantar).
- Por contacto directo (al saludar de mano o de beso a una persona enferma).
- Al compartir utensilios o alimentos de un enfermo.

- El virus sobrevive en superficies lisas y porosas (manos, manijas, barandales, pañuelos desechables y telas), mantiene entre 48 y 72 horas su capacidad de infección.
- Las manos son el principal vehículo del virus de influenza, ya que con estas se toca la cara, nariz, ojos y boca.

1.3.2 Síntomas

La enfermedad respiratoria causada por la influenza es difícil de distinguir de la enfermedad causada por otros agentes patógenos respiratorios cuando se basa el diagnóstico solamente en los síntomas (“Influenza: Aspectos”, 2001).

Los síntomas más comunes de esta enfermedad son (Cevallos, 2009):

- Temperatura mayor a 38 grados centígrados.
- Ardor y dolor de garganta.
- Tos seca y ojos irritados.
- Dolor de cabeza: inicio brusco y de gran intensidad.
- Dolor muscular y articular: gran intensidad.
- Cansancio y debilidad.
- Estornudos.
- Esgurrimiento nasal.
- Puede presentar mareo, náusea, vomito y diarrea.
- Falta de apetito.
- Dificultad para respirar (más de 30 respiraciones por minuto y labios o uñas de coloración morada).
- Somnolencia.

1.3.3 Medidas de Prevención

Frenar la tasa de infección tiene un mayor impacto en reducir el número de víctimas de una pandemia que curar a las personas ya infectadas, por ello se recomiendan para cuidarse y evitar la propagación de la influenza las siguientes medidas de prevención (“La influenza”, 2009):

- No saludar de beso ni de mano.
- Usar cubrebocas (mascarilla médica o quirúrgica), bajo las siguientes recomendaciones:

Se debe cubrir tanto la nariz, como la boca. Los cubrebocas que son fabricados de un material llamado polipropileno (son los que comúnmente venden en las farmacias, de tela delgada en color azul o blanco), no se pueden lavar y tienen un tiempo de vida de 8 a 12 horas; después de ese tiempo, es necesario desecharlos dentro de una bolsa de plástico cerrada y colocarse uno nuevo.

Se puede utilizar mascarillas que son de un material más resistente tipo plástico y cuentan con filtros intercambiables. Tienen un tiempo de vida que va de 1 a 2 semanas, dependiendo del filtro utilizado.

Si no se encuentra cubrebocas a la venta, se pueden fabricar con una tela de algodón que se tenga en casa. Es importante que dicha tela sea gruesa y se deberá colocar doble para que realmente proteja. Este tipo de cubrebocas requiere cambiarse diario, por lo que sí se pueden lavar, pero tiene que hacerse con cloro.

Sin embargo, a pesar de lo que se crea respecto a las mascarillas hay pocas pruebas que demuestren que funcionan. Los expertos de salud de Gran Bretaña piensan que pueden ser al contrario: a la gente, llevar mascarilla le da una falsa sensación de seguridad y es probable que sigan con menos cuidado otras prevenciones que limitarían su exposición al virus (Revill, 2005).

Existen riesgos al usarlas, el mayor peligro es que se pueden llevar puestas durante largos periodos de tiempos y los gérmenes se llevan de un lado a otro dentro de ellas. Un virus puede vivir hasta ocho horas en materiales blandos, por lo que cualquier persona corre el riesgo de contagiarse con los virus cuando se quita la mascarilla al llegar a casa (op. cit., 2005).

- Lavarse frecuentemente las manos con suficiente agua y jabón. Si no se tiene forma de lavar las manos, se puede utilizar alcohol en gel. Se debe tener mayor higiene de las manos:

- Cuando se llega de la calle.
- Si se utilizó transporte público.
- Antes de ingerir alimentos.
- Cada vez que se tosa o estornude, incluso si se ha utilizado un pañuelo.

Según Revill (2005), el virus sólo dura unos minutos en la piel, por lo que lavarse con frecuencia puede ser una medida de autoprotección inestimable.

Lavarse las manos es un procedimiento que casi todo el mundo aprende de pequeño, aunque es creíble la cantidad de gente que se olvida de hacerlo o coge atajos cuando ya son mayores. Se estima que una quinta parte de los adultos no se lava las manos después de ir al servicio, y menos de la mitad se las lava después de haber estornudado sobre ellas.

En una pandemia, lavarse las manos constituirá la diferencia entre la vida y la muerte. Una persona normal se toca la boca, la nariz, los ojos o las orejas (puntos de acceso para la enfermedad) entre una y tres veces cada cinco minutos y la mayoría del tiempo no es consciente de que lo está haciendo.

Más de tres cuartas partes de las enfermedades se propagan por medio de las manos. En una pandemia de gripe, la transmisión de mano a boca o nariz es un riesgo equiparable al de las partículas aéreas que alguien puede toser directamente sobre una persona.

- Usar un pañuelo desechable al toser o estornudar. Si no se lleva un pañuelo a la mano, se debe cubrir la boca con el antebrazo (parte interna del codo).

Al comenzar una pandemia, uno de los mensajes de salud más importantes tiene que ver con la importancia de utilizar un pañuelo al toser o estornudar. Un solo estornudo puede enviar volando por el aire 100.000 partículas víricas (Revill, 2005).

- Tirar los pañuelos usados a la basura en una bolsa cerrada y lavarse inmediatamente las manos.

Un pañuelo atrapa los gérmenes, pero se debe tirar de forma apropiada, puesto que de otro modo el virus sobrevivirá en él y potencialmente puede infectar aún a otras personas. Una solución es tener un cubo pequeño (que se debe desinfectar a menudo) en la cocina para tirar los pañuelos. Los pañuelos de algodón no son tan higiénicos como los de papel, y por ese motivo la mayoría de los expertos en salud no los recomiendan (Revill, 2005).

- No escupir en el suelo ni en otras superficies expuestas al medio ambiente, utilizar un pañuelo o lienzo y desecharlo en una bolsa de plástico cerrada.
- Evitar asistir a lugares concurridos: plazas comerciales, antros, bares, cines, teatros, restaurantes, estadios, deportivos, eventos masivos, metro y autobuses.
- Evitar cambios bruscos de temperatura.
- Ventilar bien la casa, las habitaciones y el lugar de trabajo, evitando corrientes bruscas de aire y favoreciendo la entrada del sol.
- Limpiar constantemente las cubiertas de cocina y baño, manijas, barandales, juguetes, teléfonos, computadoras, teclados, monitores y otros objetos de uso común, ya que el virus de influenza queda latente en objetos contaminados por lo menos durante 2 horas. La investigación de la Agencia de Protección de la Salud estima que el virus de la gripe puede sobrevivir entre 24 y 48 horas en superficies de acero inoxidable. Se puede coger el virus de superficies rígidas como escritorios, teclados de ordenador y teléfonos mucho tiempo después de que los haya utilizado alguien infectado.

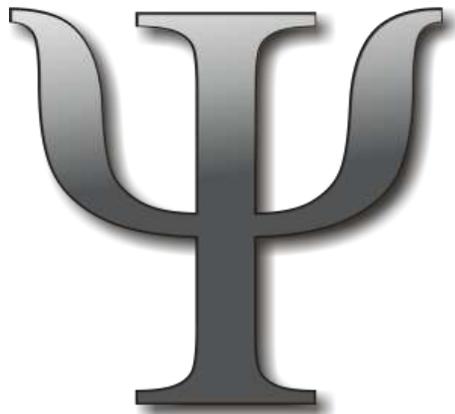
En superficies como un sofá, prendas, un periódico, se estima que un virus sobrevive hasta 8 horas. Es esencial mantener las superficies limpias y desinfectadas. No hace falta comprar productos especialmente agresivos o limpiadores antibacterianos específicos. Basta con desinfectantes normales, cualquiera de ellos acabará con las partículas de virus que pueda haber en las superficies (Revill, 2005).

Una vez que se han limpiado todas estas superficies, se deben lavar los trapos con mucho cuidado. El ciclo normal de la lavadora es suficiente para destruir cualquier germen. Se pueden utilizar guantes de goma para limpiar, pero en ese caso también

deben limpiarse después. En cualquier caso, sería más eficaz lavarse bien las manos durante treinta segundos con agua y jabón (op. cit., 2005).

- Ingerir alimentos ricos en vitaminas A y C (frutas amarillas, cítricos como naranja, mandarina, lima, limón, piña, guayaba, papaya y durazno; verduras como brócoli, jitomate y zanahoria) para ayudar a fortalecer las defensas y tener menos riesgo de contagio. También se puede consumir suplementos con vitaminas A y C en sus diferentes presentaciones, sin embargo, las contenidas en frutas y verduras son naturales y por tanto de mejor calidad, se absorben más rápido en el organismo y son más económicas.
- Tener una dieta alimenticia balanceada.
- Tomar abundantes líquidos (agua simple, agua de frutas, sopas caldosas, té, etc.).
- Lavar con suficiente agua caliente y jabón los platos, vasos y cubiertos de las personas enfermas.
- No compartir alimentos ni bebidas con otras personas.
- Evitar exponerse a contaminación ambiental, sobre todo al humo de cigarro. No fumar en lugares cerrados, principalmente evitar hacerlo junto a niños, ancianos y personas enfermas.
- Si se padece cáncer, diabetes, alguna cardiopatía y /o VIH, extremar las medidas de precaución, ya que se tiene las defensas bajas.
- Suspensión de labores en servicios públicos no básicos.
- En la medida de lo posible, posponer las reuniones sociales como bodas o XV años.
- Si se presentan todos o varios de los síntomas de influenza se debe acudir a un centro de salud para ser revisado y atendido inmediatamente. Si los médicos determinan que debe ser hospitalizado, no se debe negar al servicio.

- Verificar que el personal del centro de salud que atiende utilice cubrebocas, guantes y bata.
- Si necesita recibir atención médica en un centro de salud, es importante que se vaya acompañado sólo de una persona, para evitar aglomeraciones e incrementar el riesgo de contagio.
- Si la persona no es hospitalizada y le permiten regresar a casa, deberá seguir estas recomendaciones:
 - Aislarse en una habitación.
 - Permanecer en reposo.
 - En la medida de lo posible, tratar de que sólo un miembro de la familia lo cuide.
 - Tomar los medicamentos tal y como lo indiquen los médicos.
 - Tomar abundantes líquidos y tener una alimentación balanceada.
 - Separar los trastes donde come y lavarlos con suficiente agua caliente y jabón.
 - Volver a acudir al centro de salud si se presenta dificultad para respirar.
- Evitar automedicarse, así como medicar a niños, es preferible que acudan al médico. Evita el uso de aspirinas o medicamentos similares que contengan Ácido Acetilsalicílico. Si se tiene fiebre, controlarla sólo con medios físicos (compresas de agua fría, no hielo y vestir con ropa ligera).



CAPÍTULO 2

ACTITUD

- **Definición**
- **Componentes**
- **Formación**
- **Funciones**
- **Relación Actitud-Conducta**
- **Enfoques Teóricos**

CAPÍTULO 2. ACTITUD

Habitualmente, las personas toman decisiones y realizan elecciones acerca de un sinnúmero de temas, por ejemplo, qué partido elegir, si acudir o no a una manifestación a favor de los matrimonios gays, decidir sobre distintas marcas de ropa, cantantes u opciones musicales a la hora de comprar o, finalmente, optar por salir o no a cenar con determinadas personas. Estos comportamientos tienen un punto en común, todos ellos reflejan las valoraciones que las personas poseen sobre las distintas cuestiones mencionadas. A dichas valoraciones se les conoce con el nombre de actitudes (Morales, Moya, Gaviria y Cuadrado, 2007).

2.1 Definición de Actitud

Este concepto ha cambiado a lo largo de la historia de la psicología social; se han propuesto distintas definiciones de actitud de mayor o menor complejidad de acuerdo a las diferentes tendencias teóricas y las preocupaciones dominantes del momento. Sin embargo, hay cierto consenso sobre algunas de sus características básicas.

Para Thomas y Znaniecki (1918, Pallí y Martínez; citado por Ibáñez et al., 2004), “las actitudes son el proceso de conciencia individual que determina la actividad posible o real del individuo en el mundo social” (p.189).

La consolidación del concepto en psicología social vendrá de la mano de Louis Leon Thurstone, (1928; citado por Ibáñez et al., 2004), quien definió la actitud como “la intensidad de afecto a favor o en contra de un objeto psicológico” (p.189).

Allport (1935; citado por Rodrigues, 1991) reformuló la definición de actitud como: “Un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, y capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que está relacionado” (p. 336).

Una característica esencial de esta definición es la idea de que la actitud es una disposición a actuar de cierta manera, sin que implique que este estado potencial pase a acto (Lameiras, 1997).

Esto es, considerar a las actitudes como un mediador de comportamiento cuyo valor será determinado por la ayuda que preste para orientar en cualquier dirección, que permita aumentar las probabilidades de medición directa. Sin embargo, ninguno de los procedimientos llevados a cabo para lograr la medición, ha logrado obtener pruebas para ser considerado como el único y mejor de todos (Salazar et al., 2006).

Allport indicaba que la bibliografía existente incluía más de cien definiciones de actitud, sin embargo, en los años restantes la proliferación de definiciones ha continuado; en Rodrigues (1991) se muestran las siguientes:

Doob en 1947 define la actitud como “una respuesta implícita, capaz de producir tensión, considerada socialmente significativa en la sociedad del individuo” (p. 336).

Smith Bruner y White (1956), la definen como “una predisposición a experimentar de ciertas formas a una determinada clase de objetos, con un afecto característico: ser motivado en diversas formas por esta clase de objetos, y actuar en forma característica en relación con dichos objetos” (p. 336).

Krech, Crutchfield y Ballacher (1962), señalan que la actitud es “Un sistema duradero de evaluaciones positivas y negativas, sentimientos emocionales y tendencias en favor o en contra en relación con un objeto social” (p. 336).

En 1964 Secord y Backman, la definen como: “Ciertas regularidades en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones del individuo para actuar en relación con algún aspecto de su ambiente” (p. 337).

Sheriff y Sheriff (1965), mencionan que “se refiere a las posiciones que la persona adopta y aprueba acerca de objetos, controversias, personas, grupos o instituciones” (p. 337).

De acuerdo con Rokeach en 1969, “Es una organización relativamente duradera de creencias acerca de un objeto o de una situación que predisponen a la persona para responder de una determinada forma” (p. 337).

Freedman, Carlsmith y Sears (1970), la consideran como: “Una colección de cogniciones, creencias, opiniones, y hechos (conocimiento), incluyendo las evaluaciones (sentimientos) positivas y negativas, todos relacionándose y describiendo a un tema u objeto central” (p. 337).

Una de las definiciones más sencillas la sugirió Bem (1970; citado por Perlman y Cozby, 1989), “las actitudes son lo que nos gusta y lo que nos disgusta. Son nuestras afinidades y aversiones hacia objetos, situaciones, personas, grupos y cualquier otro aspecto identificable de nuestro ambiente, incluso ideas abstractas y políticas sociales” (p.74).

Warren (1973; citado por Gross, 2007) menciona que:

[...] las actitudes tienen referencia social en sus orígenes y desarrollo en sus objetos, mientras que al mismo tiempo tienen referencia psicológica en cuanto a que son inherentes al individuo y se encuentran íntimamente mezcladas con su conducta y hechura psicológica (p. 436).

Existe un resurgimiento de la definición de actitud en los años ochenta y noventa centrado en la estructura y funciones de los sistemas actitudinales, entre estas se encuentran:

Fishbein y Ajzen (1980; citado por Echebarria, 1991) la definen como “evaluaciones generales que pueden ser medidas por el método de localizar las respuestas de los sujetos en una dimensión evaluativa bipolar (agrado-desagrado)” (p. 62).

Por su parte, Zanna y Rempel (1988; citado por Ibáñez et al., 2004), definen la actitud como: “categorización de un objeto-estímulo a lo largo de una dimensión evaluativa, basada o generada a partir de tres tipos de información: 1) cognitiva, 2) información afectiva/emocional, y/o 3) información sobre las conductas pasadas o la intención conductual” (p.192).

Rodrigues (1991), la define como una “organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto” (pp. 337-338).

Para Eagly y Chaiken (1993; citado por Morales et al., 1999), la actitud es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreta con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad.

De acuerdo con Worchel, Cooper, Goethals & Olson (2002), una actitud es un juicio evaluativo (bueno o malo) de un objetivo. Así una actitud representa la propensión favorable o negativa del individuo hacia el objetivo.

La actitud siendo un estado interno, tendrá que ser inferido a partir de respuestas manifiestas y observables. Asimismo, se caracteriza por su carácter evaluativo (positivo o negativo) que las personas asocian a un objeto (situación, persona o problema social).

Las actitudes han posibilitado a la psicología social conceptualizar teóricamente la relación entre el pensamiento, las emociones y la acción de las personas. Permiten explicar el vínculo que hay entre ciertos objetos sociales y el comportamiento que la gente tiene hacia éstos, es decir, tiene un carácter mediador (Ibáñez et al., 2004).

2.2 Componentes de la Actitud

Las actitudes se forman y se mantienen sobre la base de una serie de componentes psicológicos. Estos componentes son de tres tipos (Huici, López & Nouvilas, 1996):

- a) *Componente Cognitivo*: la evaluación surge del conocimiento y creencias sobre las características de un objeto, suceso o situación.

Morales et al. (1999), señala que la evaluación positiva o negativa de un objeto se produce a través de pensamientos e ideas, designados en los estudios sobre actitudes

como *creencias*. En sentido estricto, las *creencias* incluyen tanto los pensamientos y las ideas propiamente dichas como su expresión o manifestación externa.

Las creencias representan el conocimiento o información que se tiene acerca del mundo (aunque pueden ser imprecisas o incompletas) y, en sí mismas, no brindan una evaluación. De acuerdo con Fishbein y Ajzen (1975; citado por Gross, 2007), “una creencia vincula un objeto con algún atributo” (p. 437). Para convertir una creencia en una actitud, se necesita *valor*. Valor se refiere con el sentido del individuo acerca de lo que es deseable, bueno, valioso, meritorio y demás.

La evaluación por medio de las respuestas cognitivas ocurre en una doble secuencia. Inicialmente se establece una asociación de naturaleza probabilística entre un objeto y alguno de sus atributos o notas.

En función del resultado de este primer paso, en el que se procede a establecer una asociación objeto-atributo cuya fuerza depende del grado de probabilidad estimado por la persona, se da el segundo paso, que es la evaluación propiamente dicha, y que deriva fundamentalmente de la connotación positiva o negativa del atributo.

Worchel et al. (2002), mencionan que existen dos categorías principales de creencias: las basadas en las experiencias personales directas con el objeto (estas dan lugar a creencias descriptivas sobre el objeto) y las que se basan en información indirecta obtenida de otras personas (se llaman inferenciales, formadas a partir de las descriptivas o de otras inferidas). Las actitudes basadas en experiencias directas con un objeto son más accesibles (se traen con mayor facilidad a la mente), se retienen mejor y son más claras que las actitudes basadas en experiencias indirectas.

- b) *Componente Afectivo*: la evaluación se fundamenta en emociones y sentimientos que la persona ha experimentado en relación a ese objeto, suceso o situación, y conforme a esto sus actitudes estarán sujetas a diferentes matices.

Echebarria (1991), lo llama también componente evaluativo y se refiere a la valoración, positiva o negativa, que hace un sujeto de ese objeto de actitud. Si le agrada o desagrada ese objeto, si lo considera bueno o malo, si lo rechaza o acepta.

c) *Componente de Tendencia Conductual*: la evaluación se basa en las actuaciones y comportamientos que la persona ha ejecutado en relación con el objeto, suceso o situación.

Las actitudes como acción, contienen una calidad motivacional, que darán lugar a una conducta determinada (observada en acción), en tanto las propias actitudes motivan una u otra forma de conducta (Torneró, 1991).

La conducta no se encuentra sólo determinada por lo que a las personas les gustaría hacer, sino también por lo que piensan que deben hacer, o sea, por las *normas sociales*, por lo que generalmente han hecho, es decir, por sus hábitos, y por las consecuencias esperadas de su conducta (Rodríguez, Assmar y Jablonski, 2002).

Cabe destacar, que la actitud se puede basar en sólo alguno de estos factores, en todos, o en la combinación de algunos de ellos. A veces, la dirección de la evaluación de los factores no va en el mismo sentido. Se puede tener un mismo conocimiento negativo sobre el objeto de actitud y, sin embargo, las experiencias y conductas son favorables a ese objeto (Huici et al., 1996).

2.3 Formación de la Actitud

Las personas poseen actitudes hacia la mayoría de estímulos que les rodea, éstas surgen de las interacciones sociales por las que el individuo pasa, por lo tanto, la actitud se considera aprendida. Existen diversos tipos de factores propuestos como claves en la formación de las actitudes, algunas de ellas son:

2.3.1 Experiencia Directa

La primera vía para la formación de actitudes es a través de la experiencia personal directa con el objeto de actitud. Según algunas posiciones teóricas, la simple exposición a un objeto hace que se obtenga información sobre éste; esto por sí solo ya sería suficiente para que se desarrolle una actitud hacia el objeto o modifique todas las actitudes anteriores tenidas hacia él.

De hecho, parece que el encontrarse con un objeto un cierto número de veces predispone ya a tener una actitud, hacia el objeto (Ibáñez et al., 2004).

Zajonc (1968; citado por Lameiras, 1997), menciona que la exposición repetida con un objeto de actitud tendrá como resultado incrementar las evaluaciones positivas a dicho objeto actitudinal. Especifica que la actitud favorable se formará como consecuencia de la *exposición directa* al estímulo sin necesidad de que se encuentre asociado a un reforzador o a un reductor de tensión.

Por otro lado, el efecto de la experiencia directa es más fuerte cuanto más larga y repetitiva es la exposición, o más traumática y decisiva.

2.3.2 Factores de Aprendizaje

Desde las teorías conductistas se explica la emergencia de actitudes según diversos procesos de aprendizaje.

Condicionamiento clásico. Se refiere a una forma de aprendizaje en la que un estímulo que inicialmente no evoca ninguna respuesta emocional (estímulo condicionado) termina por inducir dicha respuesta como consecuencia de su emparejamiento sucesivo con otro estímulo (estímulo incondicionado), que sí provoca naturalmente la mencionada respuesta afectiva (Morales et al., 2007).

Cabe destacar, que puede ocurrir por debajo del nivel de vigilancia consciente, incluso cuando las personas no son conscientes de los estímulos que sirven como base para este tipo de condicionamiento (Baron y Byrne, 1998).

Condicionamiento instrumental. Las actitudes están constituidas a partir de procesos de refuerzos y castigos. Es la forma de aprendizaje en el que las respuestas que conducen a resultados positivos o que permiten la evitación de resultados negativos están fortalecidas (op. cit., 1998).

Modelado. Bandura (1971; citado por Ibáñez et al., 2004), propuso que para aprender una actitud no hace falta necesariamente una experiencia directa. A menudo, la mera

observación del comportamiento de alguien (el modelo) y de las consecuencias que este comportamiento tiene para el modelo es ya suficiente para un aprendizaje. Así, esta postura difiere de las anteriores en que el aprendizaje se lleva a cabo sin que la persona necesite experimentar directamente las consecuencias del comportamiento.

2.3.3 Agentes Socializadores

Es el proceso mediante el cual una persona se convierte en un miembro competente para desarrollarse en una sociedad o en una cultura. Hay diversos agentes de socialización, por ejemplo, la familia, la escuela, los medios de comunicación, los amigos y grupos (op. cit., 2004):

La familia. Aquellas personas que se encargan de educar y cuidar de los niños, acaban transmitiendo actitudes. Los padres son la primera fuente de información con la que se encuentra el niño, una información que se acaba convirtiendo en la más importante, creíble y difícil de modificar.

La escuela. Al igual que en las demás instituciones, en las escuelas no se transmite simplemente conocimiento, sino también maneras de educar, de comportarse y ser persona. Además, el conocimiento en sí mismo no es neutro, lleva implícitos valores sobre cómo son las personas y sus relaciones, cómo tendría que ser la sociedad, transmite cierta manera de ver el mundo y de verse a sí mismo.

Los medios de comunicación. Tienen un papel muy importante en la configuración de actitudes debido a que en sus informaciones, programas y publicidad transmiten también valores, opiniones, modelos, etc., que las personas pueden adoptar.

Los grupos. Son fuente importante en la formación de actitudes, ya que las personas tienden a desarrollar actitudes propias de los grupos con los que se relacionan.

Lo que es común en todos ellos, es que su influencia no se debe tanto a procesos de aprendizaje como a la transmisión de conocimiento que efectúan. Esto implica transmisión de información, pero no solo eso, sino que también se transmiten valores, modelos de conducta, etc.

Por otro lado, la teoría de la comparación social de Festinger en 1954 contribuye también a la explicación de cómo se constituyen las actitudes, y de porqué las actitudes de los miembros del grupo son parecidas. Según Festinger, las personas necesitan evaluar las actitudes y habilidades para saber si son correctas. Si no se tiene al alcance criterios objetivos para valorarlas se compara con las de los otros. En la medida en que las opiniones coincidan con las de los demás, se concluye que las ideas y actitudes son exactas; y en caso de discrepancia, se modifican las actitudes de forma que se acerquen en mayor medida a las perspectivas de los demás, las harán converger hacia la actitud dominante, la actitud normativa (Ibáñez et al., 2004).

2.4 Funciones de la Actitud

Por lo general la gente se forma actitudes de manera rápida y sin esfuerzo; se es capaz de evaluar objetos a partir de relativamente poca información y sin deliberación. Estas cualidades revelan que las actitudes cumplen *funciones* psicológicas importantes como lo es la supervivencia (Worchel et al.).

De acuerdo con Ibáñez et al. (2004) dichas funciones pueden ser divididas en motivacionales y cognitivas: las primeras presentan las actitudes como respuestas a necesidades individuales o de grupo, las segundas se centran en el impacto que tienen en el procesamiento de la información. A menudo la funcionalidad de las actitudes no está en relación con las necesidades personales de un sujeto, sino con las necesidades e ideología del grupo al cual las actitudes remiten.

2.4.1 Funciones Motivacionales

El análisis más conocido según Worchel et al., es el de Katz en 1960 al identificar cuatro funciones posibles de las actitudes.

1º. Función Utilitaria. Se le ha dado también los nombres de adaptativa o instrumental y se refiere a las respuestas favorables que el individuo recibe de sus semejantes al manifestar sus propias actitudes, asimismo, le permite al sujeto ser identificado como miembro del

grupo. Sirve para maximizar las recompensas (conseguir aquello que se quiere) y minimizar los castigos (evitar aquello que no gusta).

2º. Función de Conocimiento. Las actitudes proporcionan patrones o marcos de referencia para interpretar y orientar la experiencia del individuo, así como permitirle una nueva comprensión del mundo que lo rodea, pudiendo establecer cierto grado de predicción, consistencia y estabilidad.

De acuerdo con Fazio y Zanna (1981; Fazio, 1986; citado por Echebarria, 1991), la actitud va a determinar en gran medida la atención, el procesamiento de información y la recuperación posterior de la misma, primando la información relevante y congruente con las actitudes previas.

3º. Función Expresiva de Valor. Las actitudes algunas veces comunican los valores y la identidad de los individuos hacia los demás.

Algunas actitudes permiten a la persona expresar de manera positiva sus valores y creencias principales, y mostrar con ello el tipo de persona que cree ser. La gratificación que obtiene así es la afirmación de su identidad personal y la consolidación de su imagen (Ibáñez et al., 2004).

4º. Función Defensiva del Ego. Las actitudes sirven para evadir verdades dolorosas o resolver conflictos internos. A través de ellas, el sujeto puede mantener una imagen positiva de sí mismo.

En palabras de Katz (1967; citado por Ibáñez et al., 2004), “el enfoque funcional es un intento de entender las razones por las que la gente tiene las actitudes que tiene. No obstante, las razones se encuentran en el ámbito de motivaciones psicológicas y no en acontecimientos y circunstancias externos” (p. 209).

De acuerdo con lo anterior, si se consideran conjuntamente las funciones que cumplen las actitudes, se puede observar su importancia a la hora de satisfacer las necesidades psicológicas fundamentales de los humanos: tener conocimiento y control sobre el entorno,

mantener cierto equilibrio y sentido interno, sentirse bien con sí mismo y ser aceptado por los demás.

2.4.2 Funciones Cognitivas

Estas teorizaciones se han interesado por cómo las actitudes influyen la percepción, comprensión y recuerdo del mundo en el cual se vive. Se basan, en procesos y mecanismos perceptivos, lo cual quiere decir que se centran sobre el individuo y su mente.

- *Procesamiento de la información:* las actitudes pueden funcionar como esquemas y proporcionan un marco con que interpretar el mundo y entender los acontecimientos.

Las actitudes sesgan el procesamiento de información de modo que hay más probabilidades de que se procese la información congruente con las actitudes. La selectividad opera en todas las etapas del procesamiento de la información: la atención (lo observado), la percepción (como se interpretan los estímulos) y la memoria (lo que se recuerda). Los efectos de las actitudes sobre el procesamiento de la información deberán ser mayores cuando las actitudes sean muy accesibles, es decir, cuando vienen a la mente de manera rápida (Fazio, 1990; citado por Worchel et al.), ya que las actitudes accesibles se activan en forma automática en la persona del objeto y, por ende, influyen en la percepción.

- *Investigación activa de información relevante para la actitud:* las personas están motivadas a exponerse a la información que concuerda con su actitud y a evitar la información contradictoria referente a la misma, con el fin de mantener la consonancia cognitiva.
- *Percepción de la información relevante para la actitud:* las actitudes condicionan y sesgan la percepción de la información y su evaluación.
- *Recuerdo de la información relevante para la actitud:* las actitudes facilitan el recuerdo de aquella información que está muy de acuerdo o muy en contra de ellas, más que el de las afirmaciones moderadas.

2.5 Relación Actitud - Conducta

La notable discrepancia entre las actitudes que se declaran verbalmente y la conducta que se observa en la realidad parece ser un hecho bastante común en la mayoría de las personas (Salazar et al., 2006).

La relación entre la actitud y la conducta, constituye uno de los motivos que siempre hicieron merecer a las actitudes especial atención de los psicólogos sociales, ésta relación es central en todas las teorías sobre modificación y cambio de actitudes. El desarrollo teórico sobre esta relación y la comprobación empírica han puesto de manifiesto que es necesario tener en cuenta una serie de variables que condicionan esa relación (Huici et al.).

Principio de compatibilidad. La actitud se relaciona con la conducta cuando ambas se plantean en el mismo nivel de generalidad. Si se mide una actitud muy general y, sin embargo, la conducta medida es muy específica o limitada a un contexto muy concreto, se puede encontrar inconsistencia entre actitud y conducta. Necesita haber un alto grado de compatibilidad (o correspondencia) entre ellas.

Por actitudes generales se entienden las actitudes hacia los objetos, personas y temas. Por conductas generales, las medidas de toda la clase de acciones hacia el objeto. Una actitud específica es una postura hacia una conducta particular. Una medida específica de una conducta es una medida de una acción hacia un objeto en un lugar particular en un momento determinado (Worchel et al.).

Planificación de la conducta. La teoría de la acción razonada postula que el antecedente inmediato de la conducta no es la actitud, si no la intención de realizar esa conducta.

Definiendo intención como un juicio probabilístico, pero que conecta al sujeto con una acción; esto es, la probabilidad de que un sujeto realice o no una respuesta específica (Salazar et al., 2006).

Sobre la intención de la conducta influyen la actitud, la norma subjetiva y también el control que la persona percibe de que realmente puede llevar a cabo esa conducta. Solo si la persona cree que posee la capacidad para realizar esa conducta y que va a contar con

recursos suficientes planificará el realizarla. El control percibido es una variable mediadora importante entre actitud y conducta.

Accesibilidad actitudinal y conducta. Se refiere al grado en que las actitudes se activan espontáneamente cuando las personas se exponen al objeto de actitud. Para algunos objetos de actitud la asociación evaluativa es muy clara. En esa asociación objeto-evaluación influye mucho la experiencia propia del sujeto, que sea directa, repetida, etc. Cuando la asociación entre objeto y evaluación es fuerte, ante la presencia del objeto surgirá inmediatamente esa evaluación. La evaluación va a sesgar la percepción de ese objeto en esa situación inmediata y, como consecuencia, va a afectar a la conducta que se realice. Por lo tanto, cuanto más accesible es una actitud más va a influir en la conducta relacionada con ella, más fuerte va a ser la relación actitud-conducta.

Actitudes, hábitos y conductas. Otra de las variables que puede influir como mediadora entre actitud y conducta es el hábito, es decir, el que la conducta, a base de haberse repetido frecuentemente se haya convertido en prácticamente automática para la persona. El que se inicie una conducta depende de la actitud y su persistencia depende del hábito. Cierto es que, las conductas de salud están relacionadas a factores cognitivos, tales como la creencia de que ciertas conductas de salud son benéficas, o la idea de que uno puede estar expuesto a una determinada enfermedad si no pone en práctica una determinada conducta de salud; cabe mencionar, que las conductas de salud varían con la edad, por lo general en la niñez, los hábitos de salud son buenos, se deterioran en la adolescencia y al comienzo de la adultez, pero mejoran nuevamente entre personas más grandes (Taylor, 2007).

Desde que una conducta se inicia hasta que llega a ser un hábito se pueden distinguir tres fases:

- a) *Fase declarativa*. Se utiliza la información (creencias) sobre la acción; la interpretación que se hace de esa acción hace que se llegue a una evaluación de la misma (actitud); la integración de actitud y creencias llevan a la decisión o intención de conducta.
- b) *Fase procedimental*. Se centra en la ejecución de la acción, lo que lleva a la formación de un hábito.
- c) *Fase de perfeccionamiento del hábito* a través de la repetición de la acción en diferentes situaciones.

Autorreflexión, autopercepción e inconsistencia entre actitud y conducta. La autorreflexión (el exponer razones) puede llevar a modificar las actitudes. Este cambio se da, fundamentalmente, en actitudes que no se han basado en procesos cognitivos, si no en aquéllas basadas en procesos afectivos.

Ajzen y Fishbein (1973, 1977, citado por Vander, 1986) han propuesto una elaboración para conceptualizar la relación entre actitudes y comportamiento. Sostienen que si bien la actitud que se tiene hacia un objeto influye en la pauta general de respuesta hacia él, no permite predecir la acción específica respecto del objeto. A estos autores les ha interesado averiguar las intenciones subyacentes en las acciones, y entienden que estas intenciones están conformadas por tres factores: 1) la actitud que se tenga respecto de la realización del acto en cuestión, 2) la creencia acerca de la probabilidad de que otros esperen que se realice ese acto, y 3) la motivación para satisfacer tales creencias o amoldarnos a ellas.

2.6 Enfoques Teóricos

2.6.1 Teoría del Equilibrio de Heider

Fritz Heider (1946, 1958; op. cit., 1986), es quien formuló por primera vez el principio de la coherencia actitudinal con su teoría de las actitudes basada en el equilibrio.

Parte del supuesto que la conducta interpersonal y la percepción social están determinadas, o por lo menos codeterminadas por simples configuraciones cognitivas. Los sujetos intentan dar un sentido a la situación estimular incongruente. Asume que las estructuras cognitivas tienden al equilibrio. El determinante del equilibrio son valencias positivas y negativas de los elementos que componen la estructura cognitiva (Echebarria, 1991).

El estado de equilibrio se produce cuanto todo se acopla armoniosamente sin tensión. El equilibrio viene dado por la percepción que el sujeto tiene de las relaciones entre los elementos y no por el estado que caracteriza las relaciones reales (Lameiras, 1997).

El desequilibrio se caracteriza por tensión, incomodidad, malestar. El individuo se siente motivado a reducir el desequilibrio, y una manera de lograrlo es cambiar su actitud (Vander, 1986).

Tres elementos del cambio le interesaban: 1) la persona que es el foco de atención; 2) otra persona y; 3) una entidad impersonal ya sea objeto, idea o suceso. El interés primordial de este autor era descubrir qué relación existía entre estos tres elementos (op. cit., 1986).

Heider analiza dos tipos de estructuras cognitivas (Echebarria, 1991):

Las diádicas. El equilibrio se producirá cuando las relaciones entre dos entidades son ambas positivas o negativas. El equilibrio de una relación se establece cuando las valencias son del mismo signo. Por lo tanto, el desequilibrio se presenta cuando los signos o valencias no se corresponden. Para Heider todo desequilibrio genera tensión, y ante un estado de tensión el sujeto busca cómo restaurar el equilibrio perdido. Esta recuperación del equilibrio por parte del individuo se puede conseguir a través de dos medios:

1. Mediante una reinterpretación o reorganización cognitiva.
2. Realizando una conducta sobre el medio.

La tríadica. El balance se da cuando las tres relaciones son positivas, o dos negativas y la otra positiva. Se produce equilibrio cuando las tres valencias son de signo positivo, o cuando dos de ellas son de signo negativo y una positiva. Por otra parte, el desequilibrio se producirá en cualquiera de las otras posibles combinaciones.

En un sistema de relación tríadica la forma de restablecer el equilibrio perdido se realiza mediante una modificación o reorganización de los esquemas cognitivos, o bien a través de la realización de una conducta que cambie los signos existentes en esa relación.

Según Ibáñez et al. (2004), este modelo señala que las personas tienen una necesidad de mantener consistencia en sus relaciones; en particular, tienen una tendencia psicológica a organizar sus conocimientos sobre las cosas de manera armónica, en un estado de equilibrio o balance en el que las ideas coexisten sin tensión.

2.6.2 Modelo de los Tres Componentes

El modelo tripartito considera a las actitudes formadas por tres elementos: afectivo, cognitivo y conductual. Este modelo ha sido propuesto por Smith en 1947 y esquematizado por Rosemberg y Hovland en 1960 (Lameiras, 1997).

Esta perspectiva de tres componentes parece enriquecer el concepto de actitud como tendencia evaluativa con elementos cognitivos y conductuales que, en principio, tendría que ir unidos a la evaluación, los primeros como base o precondition, ya que no se puede evaluar algo que se desconoce, y los segundos como una consecuencia lógica, ya que de una evaluación de un cierto signo (positivo o negativo) habría que esperar una conducta del mismo signo o parecido.

De acuerdo con este enfoque, “las actitudes son predisposiciones a responder a alguna clase de estímulos con ciertas clases de respuesta” (Rosenberg & Hovland, 1960: 3), los tres principales tipos de respuesta que existen están definidas como afectivas (sentimientos evaluativos y preferencias), cognitivas (opiniones y creencias) y conductuales o conativas (acciones abiertas y declaraciones de intentos). La relación entre estos tres componentes está representada en la figura 1 (Eiser, 1986).

According to this view, ‘attitudes are predispositions to respond to some class of stimuli with certain classes of response’ (Rosenberg and Hovland, 1960: 3), the three major types of response being defined as *affective* (evaluative feelings and preferences), *cognitive* (opinions and beliefs), and behavioural or conative (overt actions and statements of intent). The relation-ship between these three components is represented in figure 1 (Eiser, 1986).

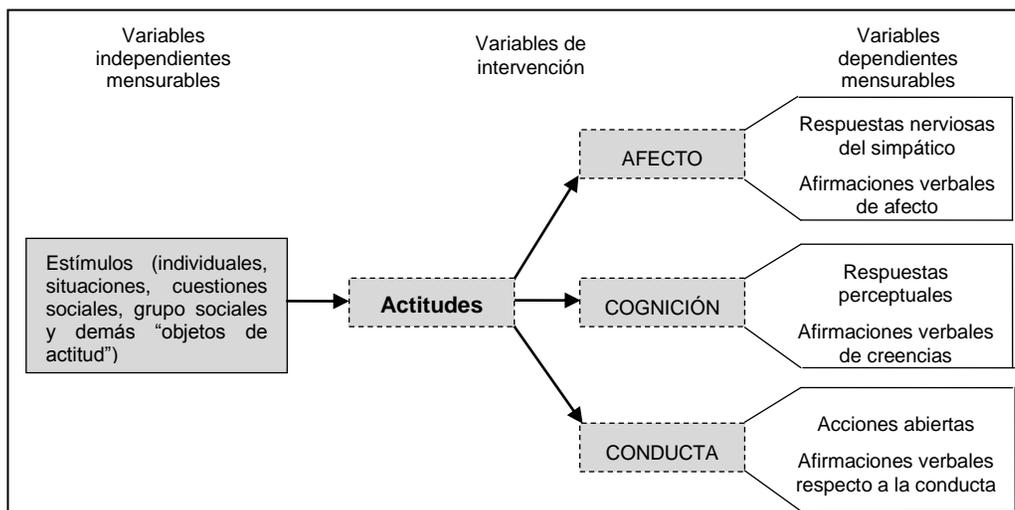


Figura 1. Esquema de los tres componentes por Rosenberg & Hovland (1960; en Eiser, 1986).

Según Morales et al. (1999), los tres tipos de respuesta son diferentes entre sí aunque no completamente, ya que todas ellas remiten en última instancia a la actitud. Cabe esperar, por tanto, que estén relacionadas de manera positiva, aunque no muy intensa.

La actitud es una variable latente o constructo hipotético que al ser inaccesible a la observación directa, debe ser inferido a partir de respuestas mensurables. Con dichas respuestas es posible reflejar las valoraciones que el sujeto hace del objeto de actitud, abordando el constructo actitudinal desde una triple composición (Lameiras, 1997).

En este modelo los tres componentes son considerados como factores de *primer orden* y la actitud como un único factor de *segundo orden* (Rosenberg y Hovland, 1960; op. cit., 1997).

La primera categoría, respuestas *cognitivas*, refleja la percepción del objeto de actitud y la información relativa a este, las ideas y *creencias* que el individuo tiene sobre el objeto de actitud. Como plantea Rokeach (1968), las creencias que un sujeto tiene están interrelacionadas formando sistemas. Para la caracterización de estos sistemas dos propiedades son especialmente relevantes: la centralidad y la intensidad.

La centralidad hace referencia a la importancia de una creencia dentro del sistema a sus implicaciones y consecuencias para otras creencias. La intensidad de la creencia se refiere al grado de certeza que el sujeto tiene en ellas. Distingue así entre creencias *primitivas* y *derivadas*; las primeras son incuestionables para el sujeto, ya sea porque proceden directamente de una experiencia personal incuestionable o de una autoridad no puesta en duda. Las creencias *derivadas* se basan en las relaciones implícitas con otras creencias que el sujeto asume.

La segunda categoría de respuestas desde las que las actitudes pueden ser inferidas corresponden a los sentimientos generados hacia el objeto de actitud. Dos características son especialmente relevantes: la valencia y la complejidad.

La valencia hace referencia a la intensidad de los sentimientos a favor o en contra de un objeto y la complejidad al abanico de reacciones emocionales ante él, que puede variar desde un simple gusto o disgusto por algo que se percibe psicológicamente distante, hasta un complejo conjunto de reacciones emocionales y afectivas, a algo sentido como muy cercano.

Finalmente la tercera categoría de respuestas es la conductual. Identificadas como inclinaciones de conducta, intenciones, compromisos y acciones con respecto al objeto de actitud.

Se presupone que en este modelo tiene que existir una relación positiva entre actitud y conducta. Debe existir congruencia entre los tres componentes de una actitud. El conductual debe coincidir con la calidad y la cantidad del afecto relacionado con una cierta categoría. De hecho, un modo de inducir al cambio de actitud es crear una incongruencia entre los tres componentes presentando alguna información nueva. Dicha incongruencia motivará que el individuo cambie el contenido de los componentes, para darles congruencia una vez más (Whittaker, 1979).

2.6.3 Teoría de la Disonancia Cognitiva de Festinger

Esta teoría formulada por Leon Festinger en 1957, reemplaza el concepto de coherencia o equilibrio por el de consonancia, y el de incoherencia o desequilibrio por el de disonancia. Existe una tendencia a producir relaciones consonantes entre las cogniciones y a evitar la disonancia. Una cognición es cualquier fragmento de conocimiento, de creencia o de opinión que las personas tienen acerca de sí mismas, su conducta o su ambiente (Vander, 1986).

Las cogniciones pueden ser relevantes o irrelevantes unas a otras. La relevancia significa que una cognición amplía algo acerca de la otra; de no ser así las cogniciones son irrelevantes unas a otras. Si las cogniciones son relevantes unas a otras, pueden existir ya sea en un estado consonante o en un estado disonante (Torneró, 1991).

Festinger (1957; citado por Deutsch & Krauss, 1994), resume los aspectos fundamentales de la teoría:

- 1) Entre los elementos cognitivos pueden existir relaciones desajustadas o disonantes.
- 2) La existencia de disonancia determina el surgimiento de presiones para reducirla y para evitar su aumento.
- 3) Las manifestaciones de la influencia de estas presiones incluyen cambios en el comportamiento, en el conocimiento, y una exposición circunspecta a la nueva información y a las nuevas opiniones.

El postulado básico de la teoría de la disonancia cognitiva es que en todo ser humano existe una tendencia a mantener una congruencia entre lo que piensa y lo que hace, entre sus actitudes y su conducta. Festinger dice que cuando se produce incongruencia entre lo que se piensa y lo que se hace se produce un estado de disonancia; y este estado de disonancia lo que hace es generar una tensión que impulsa al sujeto a restablecer el equilibrio. Por lo general, la forma de restablecer este equilibrio es modificando las actitudes previas en la dirección de la conducta realizada (Festinger, 1957; Festinger & Carlsmith, 1959; citado por Echebarria, 1991).

Según Lameiras (1997), a medida que se incrementa la disonancia también se incrementa la presión para reducirla. Existen tres modos de reducirla: cambiando un elemento cognoscitivo del comportamiento, cambiando un elemento cognoscitivo del medio ambiente, o añadir nuevos elementos cognoscitivos.

Al describir la reducción de la disonancia, Festinger introduce una distinción entre los elementos cognitivos que se refieren al comportamiento o a los sentimientos y los que se refieren al ambiente. Señala que los conocimientos sobre el ambiente son generalmente más resistentes al cambio que las creencias sobre el comportamiento. Ocurre así porque, presumiblemente, se puede modificar con más frecuencia el propio comportamiento que el ambiente. Este autor postula que la *resistencia al cambio* de un elemento cognitivo está determinada no sólo por la incapacidad del individuo para influir sobre los acontecimientos a los que la creencia se refiere, sino también por la cantidad de nueva disonancia que el cambio introducirá en las relaciones con otros elementos cognitivos (Deutsch & Krauss, 1994).

Esta teoría generaliza la idea de que la situación posterior a la decisión puede diferir de la situación previa. Formula el supuesto único y original de que el hecho de tomar una decisión *per se* suscita disonancia y presiones para reducirla.

La disonancia posterior a la decisión surge, por que la decisión a favor de la alternativa elegida se opone a las creencias a favor de la(s) alternativa(s) no elegida(s). Para poder estabilizar o congelar la decisión luego que ha sido tomada, una persona tratará de reducir la disonancia cambiando sus cogniciones de manera tal que aumente el atractivo de la alternativa elegida en comparación con la no elegida, o desarrollando cogniciones que permitan que las alternativas puedan sustituirse entre sí, o revocando psicológicamente la decisión. Según Festinger (1964; op.cit., 1994), la diferencia fundamental entre los estados previos y posteriores

a la decisión reside en que el conflicto previo a la decisión reside en que el conflicto previo a la decisión es más imparcial y objetivo, ya que se reduce al atractivo de la alternativa a elegir.

Festinger aplica su teoría a situaciones específicas como son las situaciones de libre elección, las situaciones de acuerdo forzado y la exposición involuntaria (Lameiras, 1997).

En las situaciones de libre elección hay conflicto cuando el sujeto tiene que elegir entre cierto número de opciones deseables –un conflicto de atracción-atracción- pero la disonancia se crea una vez que el sujeto ha tomado la decisión, es por tanto un conflicto posterior a la decisión. Y la magnitud de dicha disonancia vendrá dada por: la relativa atracción de la opción no elegida comparada con la elegida –a mayor importancia mayor magnitud de la disonancia-, la importancia de la decisión –a mayor importancia mayor magnitud de la decisión- y el grado de similitud no valorativa entre las opciones –a menor similitud mayor será la magnitud de la disonancia-.

Las situaciones de acuerdo forzado se dan cuando se fuerza al individuo a una conducta que es disonante o que no va de acuerdo con sus creencias y actitudes. Festinger año predice que cuanto menor sea la recompensa para inducir la conducta de acuerdo forzado, mayor será la disonancia resultante y por tanto el cambio. Ya que el sujeto no puede justificar su conducta en función de un incentivo sino que tiene que encontrar un justificante más profundo que le lleva a modificar sus propias creencias o actitudes para que aparezcan como consonantes con la conducta realizada.

Finalmente, en aquellas situaciones en las que el sujeto se expone involuntariamente a la información, la disonancia puede surgir si dicha información implica planteamientos contrarios a las creencias y actitudes del propio sujeto.

Toda conducta contra-actitudinal conducirá a un cambio de las actitudes previas en dirección a la conducta realizada. Para ello, deben darse algunas condiciones particulares (Echebarria, 1991):

- 1) Para que la inconsistencia produzca un cambio el resultado de la conducta contra-actitudinal debe ser aversivo para la persona misma o para otros.

- 2) No es necesario que esas consecuencias aversivas se produzcan realmente, lo importante es la percepción del sujeto de que tales consecuencias resultarán de su acción.
- 3) El sujeto debe tener una libertad de elección percibida para la realización de la conducta contra-actitudinal.
- 4) Finalmente, el sujeto debe admitir una responsabilidad personal, auto-atribuirse las consecuencias aversivas de la conducta contra-actitudinal.

Sin embargo, si se induce a una persona a hacer o decir algo contrario a sus opiniones privadas, habrá una tendencia a cambiar sus opiniones haciéndolas más concordantes con lo dicho o hecho "... a mayor presión utilizada para elicitación la conducta manifiesta, menor será la tendencia antes mencionada" (Festinger & Carlsmith, 1959; op.cit., 1991, p. 49). Asimismo, una pequeña recompensa puede ser más efectiva para producir cambios actitudinales que una recompensa grande.

2.6.4 Teoría de la Acción Razonada

Fishbein y Ajzen (1975; citado por Worchel et al.), propusieron un modelo completo de las causas de las conductas específicas. Se supone que la causa inmediata de una conducta específica es la intención del individuo de realizar o no el acto. Plantearon la hipótesis de que las intenciones se basan en dos factores: las actitudes hacia la realización de la conducta que son las actitudes específicas del análisis anterior (que se fundarán en las convicciones del individuo acerca de las consecuencias de las conductas); y las normas subjetivas las cuales se refieren a la presión social percibida a actuar de cierta manera. Son el resultado de las creencias acerca de lo que los demás quieren que hagan.

La intención de este modelo es definir y predecir la conducta de un sujeto. Para estos autores la variable más cercana a la conducta es la *intención* que manifiesta ese sujeto hacia esa conducta. Así, lo que van a intentar es predecir cuál va a ser la intención de conducta de un sujeto, y esta intención de conducta está determinada por dos variables: 1) la actitud, y 2) la norma subjetiva.

Así pues, mediante la actitud y las normas subjetivas que tenga un sujeto es posible determinar cuál es su intención de conducta, y a través de esta se puede predecir cuál será su conducta.

La actitud hacia la propia conducta es estimada, por una parte, por las creencias que posee el sujeto acerca de la probabilidad de que la realización de un determinado comportamiento da como resultado una serie de consecuencias específicas, y por otra parte, por la evaluación subjetiva de dichas consecuencias o resultados (León y Medina, 2002).

Las creencias son definidas como un juicio probabilístico que conecta a algún objeto o concepto con algún atributo, entonces, la creencia contempla, por una parte, su contenido a las relaciones objeto-atributo, y por la otra, la fuerza de la creencia que está determinada por la probabilidad subjetiva de que esta relación sea verdadera (Salazar et al., 2006).

De acuerdo con Lameiras (1997), las creencias no solamente permitirían la formación de actitudes sino también serían los elementos esenciales para la formación del componente denominado *norma subjetiva*, uno de los dos predictores que determinarán la *intención conductual*, antecedente de la conducta. A través de las creencias se formarán las valoraciones. El sujeto formará la actitud *agregando* información sobre el objeto actitudinal disponible por parte del sujeto en el momento de emitir el juicio. Se asume que incrementando la *favorabilidad* de la información se incrementa la *favorabilidad* de la actitud.

En la teoría de la acción razonada se considera que las actitudes no predicen directamente la conducta, sino que las actitudes inciden sobre la conducta a través de sus efectos sobre las intenciones. Las intenciones conductuales se convierten en el predictor inmediato de la conducta, y tres son las condiciones principales que delimitan a dicha teoría. La primera: la medida de la *intención* se debe de corresponder en su nivel de generalidad con la medida de la conducta; el segundo: la intención no debe haber cambiado en el intervalo de tiempo que se extiende entre la obtención de la medida de intencionalidad y el momento en el que la conducta es observada; la tercera: la conducta bajo consideración se encuentre bajo control voluntario. Dicho control se da cuando la persona puede decidir si lleva a cabo o no la conducta (op. cit., 1997).

A medida que la conducta dependa de la presencia de oportunidades apropiadas como tiempo, dinero, destrezas, cooperación de otras personas, etc., disminuye la probabilidad de que la conducta se encuentre bajo control voluntario. Lo que puede provocar que el sujeto sea incapaz de ejecutar la conducta aún cuando tenga intención de hacerlo (op. cit. 1997).

2.6.5 Teoría de la Acción Planificada

Es la reformulación que hizo Ajzen (1958; citado por León y Medina, 2002) a la teoría de la acción razonada; añadiendo a la estructura conceptual de la misma, como factor determinante el grado de control percibido por la persona sobre su propia conducta.

Se considera que esta variable afecta, junto a las dos estudiadas en la teoría de acción razonada (la actitud y la norma subjetiva), a la *intención de conducta* y que, además, puede afectar directamente a la conducta (Echebarria, 1991).

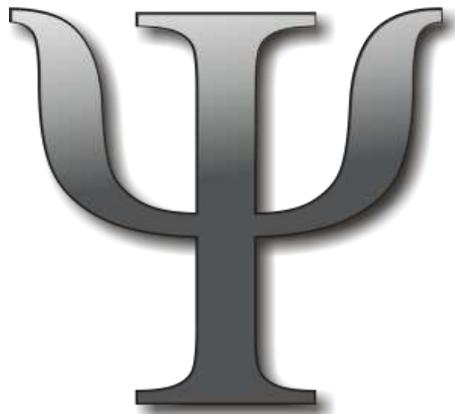
La variable control percibido se subdivide en dos componentes:

1. Un factor externo, que hace referencia a la evaluación de las oportunidades, facilidades, etc., externas para la ejecución de la conducta.
2. Un factor interno, que se refiere al deseo, la motivación, la habilidad, etc., para ejecutar la conducta.

Es decir, el control percibido de la conducta guarda relación con la percepción de obstáculos internos y/o externos-situacionales, que impiden o dificultan que se lleve a cabo la conducta en cuestión. Cuanto menos controlable le parezca a la persona una conducta, más ayuda el control percibido de la conducta en su predicción (Morales y Moya, 1996).

Esta teoría mantiene que las intenciones conductuales, más que las actitudes, influyen directamente en la conducta. Estas intenciones conductuales están determinadas por tres tipos de creencias: creencias personales sobre las consecuencias de una conducta (la actitud de la persona), creencias sobre el control (control conductual percibido) y las creencias normativas o sociales (normas subjetivas) (Sánchez, 2002).

Según esta teoría, la actitud es una función de las creencias que la persona tiene sobre las consecuencias de una determinada conducta y la evaluación de esas consecuencias. Las creencias de control son aquellas que la persona mantiene sobre su capacidad para realizar la conducta. Y las creencias sociales están en función del grado en que la persona percibe presión social para realizar la conducta. Esta presión social percibida -o norma subjetiva- está determinada por las percepciones que la persona tiene respecto a cómo piensan los grupos o individuos sobre cómo debería comportarse en una situación y el grado de motivación para conformarse a estos referentes (op.cit., 2002).



CAPÍTULO 3

PERSUASIÓN

- **Definición**
- **Enfoques Teóricos**
- **Elementos Clave**
- **Rumor**
- **Resistencia ante la Persuasión**

CAPÍTULO 3. PERSUASIÓN

Una de las formas más importantes y difundidas de cambiar las actitudes es a través de la comunicación. La vida transcurre inmersa en un mar de mensajes, recomendaciones, peticiones, órdenes y súplicas, procedentes de amigos, familiares, compañeros, medios de comunicación, políticos, gobernantes y otras instituciones, quienes pretenden que se realicen determinadas conductas y se abandone la práctica de otras. La principal forma que tienen las autoridades sanitarias de evitar conductas altamente peligrosas para la salud es mediante la transmisión de mensajes persuasivos (Moya; citado por Morales et al., 1999).

La persuasión existe desde que los seres humanos comenzaron su interrelación y ha servido a todas las causas, desde las más nobles a las más villanas. Tratar de encasillar o colocarle una etiqueta única de buena o mala sería un error. Rodríguez (1992), indica que la persuasión cobra valor e incidencia sobre todo en los momentos de cambio y transformación, tanto a nivel personal como social, ésta a su vez no va sola, sino que suele ir acompañada y favorecida por un contexto de otros cambios. Las crisis sociales y la consiguiente presión para la implantación de nuevos valores y pautas de comportamiento son propicias para la acción persuasiva.

3.1 Definición de Persuasión

Algunas definiciones del concepto de persuasión que han aportado los estudiosos de la comunicación humana son las siguientes (Fonseca y Herrera, 2002):

Blair en 1804 define persuasión como una “fuerza de atracción por medios psicológicos, pues convence a la razón y mueve a la voluntad, consiguiendo una adhesión entusiasta y afectiva a la propia opinión” (p. 2).

En 1973 Bettinghaus la señala como un intento consciente de un individuo, de cambiar las actitudes, creencias o conductas de otro individuo o grupo de individuos por medio de la transmisión de un mensaje.

Para Brebeck (1976), persuasión es comunicar con la intención de influir en la selección de alternativas. Es un proceso que trata de identificar una preferencia para una opinión, sin controlar o forzar el abandono de otras posibilidades.

Por su parte, Levinger en 1979 la define como la manipulación de símbolos para producir acciones en otras personas. Apela al intelecto y al sentimiento para obtener algún tipo de consentimiento psicológico del individuo al cual se persuade.

Larson (1986), menciona que es la creación de un estado de identificación entre una fuente y un receptor que resulta de la utilización de símbolos.

Estas definiciones tienen en común la idea de que la persuasión es un tipo especial de comunicación porque hay la intención consciente del emisor por influir en el receptor. Comprende opiniones, selección de alternativas y se deja al receptor la libertad de tomar decisiones.

Asimismo, Petty y Cacioppo (1986; citado por Briñol, De la Corte y Becerra, 2001), entienden por persuasión “cualquier cambio que ocurra en las actitudes de la persona como consecuencia de su exposición a una comunicación, dicha comunicación es diseñada y ejecutada intencionalmente con ese fin” (pp. 14-15).

Vander (1986) define la persuasión como el intento deliberado de una persona o bando para influir en las actitudes o conductas de otros, con el objeto de alcanzar algún fin preestablecido.

Para persuadir se necesita predecir la significación que el receptor dará al mensaje, por lo que se refuerza la idea de que la persuasión es intelectual, y en la que se planea o se diseña la forma de influir en otras personas (Fonseca y Herrera, 2002).

De acuerdo con Kelley (1991), la persuasión es necesaria por el solo hecho de que se difiere en los objetivos y en los medios con los que se consiguen. Se emplea para convencer al ofensor para que redefina su objetivo o modifique los medios para lograrlo. Su principal objetivo es modificar la conducta de los otros.

3.2 Enfoques Teóricos en el Estudio de la Persuasión

Existen dos grandes enfoques teóricos en el campo de la investigación sobre persuasión, la teoría del aprendizaje y el enfoque de la respuesta cognitiva.

La aplicación de la teoría del aprendizaje al ámbito de la persuasión tiene su expresión más brillante en el Programa de Comunicación y Cambio de Actitudes llevado a cabo por Carl Hovland y sus colaboradores (Janis y Kelley) en la Universidad de Yale, durante los años 50 y perfeccionado por McGuire (1985; citado por Briñol et al., 2001).

3.2.1 El grupo de investigación de la Universidad de Yale

La investigación desarrollada en la Universidad de Yale por Carl I. Hovland y otros psicólogos sociales se convirtió en el primer abordaje sistemático de la persuasión en esta disciplina. Según este enfoque, para que un mensaje persuasivo cambie la actitud y la conducta, tiene que cambiar previamente los pensamientos o creencias del receptor del mensaje. Los teóricos de Yale consideraban que este cambio en las creencias se produciría siempre que el receptor recibiera unas creencias distintas a las suyas y además éstas fueran acompañadas de incentivos. Los receptores pensarán sobre los mensajes, y si los entienden y los encuentran aceptables o interesantes, los aceptarán; si no, los rechazarán (Moya, 1999; citado por Morales et al., 1999).

Así el proceso de persuasión es concebido como un conjunto de etapas, de las cuales hay una serie de elementos claves. La eficacia de un mensaje persuasivo depende fundamentalmente del efecto que produzca en el receptor cuatro elementos claves: a) la fuente, b) el contenido del mensaje, c) el canal comunicativo y d) el contexto. Los efectos de esos cuatro elementos se ven modulados por ciertas características de los receptores, como su grado de susceptibilidad ante la persuasión, edad, nivel educativo, creencias previas, autoestima, entre otros.

Los efectos psicológicos que los mensajes pueden producir en el receptor son cuatro (op.cit., 1999): atención, comprensión, aceptación y retención. Y todos ellos son necesarios para que el mensaje persuasivo sea efectivo. La primera etapa, la *atención* reconoce el hecho de que no todos los mensajes que se emiten con la intención de persuadir llegan a los receptores.

Pero no basta con recibir el mensaje para que este surta efecto. Es necesaria su *comprensión*. Mensajes demasiado complejos o ambiguos pueden perderse sin influir sobre los receptores o por el contrario influir en un sentido contrario al deseado por el emisor.

El tercer paso, la *aceptación*, se consigue cuando los receptores llegan a estar de acuerdo con el mensaje persuasivo. El grado de aceptación de un mensaje depende fundamentalmente de los incentivos que ofrezca para el receptor. La *retención* es una etapa necesaria si se pretende que la comunicación persuasiva tenga un efecto a largo plazo.

3.2.2 La Teoría de la Respuesta Cognitiva

Después de varias décadas de investigación, se demostró, por un lado, que el aprendizaje de un mensaje no lleva siempre a la persuasión y, por otro, que se puede convencer a una persona aunque ésta no se aprenda el contenido de un mensaje (Morales, Moya, Gaviria y Cuadrado, 2007).

Como consecuencia, la aproximación basada en el aprendizaje del mensaje dio paso a la aproximación de la respuesta cognitiva, la cual se centra en los procesos cognitivos que determinan cómo son realmente persuadidos los individuos, en los esfuerzos para comprender: 1) qué piensa la gente cuando se ve expuesta a mensajes persuasivos y 2) cómo estos pensamientos y procesos cognitivos básicos determinan si y en qué medida, la gente experimenta cambios de actitud (Baron y Byrne, 1998).

La persuasión depende, fundamentalmente, de los pensamientos que las personas generan cuando reciben un tratamiento persuasivo. Cuando los pensamientos favorables predominan, el mensaje persuade; cuando predominan los desfavorables, hay poca o ninguna persuasión (Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2002).

Según Briñol et. al., quien quiera tener éxito en producir el cambio de actitudes deberá orientar y canalizar los pensamientos de los receptores de tal forma que lo que ellos piensen se halle en sintonía con las propuestas del emisor, desactivando los pensamientos negativos y fomentando simultáneamente los pensamientos positivos sobre el curso de acción propuesto.

Para corregir los déficits y para tratar de reconciliar los resultados contradictorios obtenidos por la investigación precedente se han postulado dos modelos teóricos: el ELM (Elaboration Likelihood Model of Persuasion o Modelo de Probabilidad de Elaboración de la Persuasión) y el HSM (Heuristic-Systematic Model o Modelo Heurístico-Sistemático).

Modelo de Probabilidad de Elaboración de la Persuasión

Este modelo formulado por Petty y Cacioppo (1981; citado por Rodríguez, 1992), es el de más reciente aparición y repercusión en el estudio de la persuasión. Se centra en los procesos responsables del cambio de actitud cuando se recibe un mensaje así como en la fuerza de las actitudes que resultan de tales procesos.

Las personas piensan en el mensaje, los argumentos que se forman y, tal vez, los argumentos que se han dejado a un lado. Son estos pensamientos y no el mensaje en sí, los que conducen al cambio de actitud o a la resistencia al mismo (Baron y Byrne, 1998).

Desde el ELM se formulan dos rutas básicas para la obtención de la persuasión a partir del procesamiento de la información realizado por el receptor o potencial persuadido. De esta forma, el receptor no es un ente pasivo de absorción y cambio, sino que con su elaboración activa del mensaje recibido, determina el cambio o bien la resistencia ante una propuesta persuasiva. Esta elaboración puede llevarse a cabo a través de la ruta central o a través de la ruta periférica (Rodríguez, 1992):

La ruta central es la que desarrolla una más alta elaboración cognitiva del mensaje, responde más a las consideraciones o argumentos racionales y lógicos del mensaje.

La ruta periférica no alcanza una elaboración cognitiva relevante y se determina por mecanismos secundarios, sin llegar a la aplicación de un pensamiento deliberativo a los considerados más importantes del objeto de la persuasión, obedece más a impresiones emotivas y afectivas o a variables secundarias, irrelevantes o formales, adyacentes al mensaje.

El cambio de actitud que se produce a través de la ruta central es más duradero, predice mejor la conducta y es más resistente a la persuasión contraria que el cambio de actitud

producido a través de la ruta periférica (Petty y Cacioppo, 1986b; citado por Morales et al., 1999).

De acuerdo con este modelo, los dos principales determinantes de la probabilidad de elaboración son, por una parte, la *motivación para procesar el mensaje*, que consiste en sentir un fuerte deseo de llevar a cabo el esfuerzo mental necesario para analizar con detalle toda la información contenida en un mensaje, y, por otra, *la capacidad* para dicho procesamiento, o el hecho de estar en posesión de las habilidades y disponer de las oportunidades necesarias para poder pensar sobre dicha comunicación. Cuanto mayores sean la motivación y la capacidad de los receptores para procesar una comunicación, mayor será la probabilidad de elaboración del mensaje que van a llevar a cabo (Morales et al., 2007).

Modelo Heurístico-Sistemático

En el modelo heurístico-sistemático, Chaiken (1980, 1987; citado por Worchel et al., 2002) distingue entre procesamiento sistemático y procesamiento heurístico.

El procesamiento sistemático en las situaciones de persuasión refleja un análisis cuidadoso e intenso de la información relevante. El procesamiento heurístico ocurre cuando las personas adoptan o rechazan posiciones con base en heurísticos cognoscitivos –reglas prácticas simples- más que en un análisis cuidadoso de la información pendiente. La heurística simplifica nuestro mundo proporcionándonos supuestos y reglas para hacer juicios rápidos (op cit., 2002).

La persuasión no es resultado del análisis realizado sobre la validez del mensaje, sino fruto de alguna señal o característica superficial de éste, de la fuente que lo emite, o de las reacciones de otras personas que reciben el mismo mensaje (Eagly y Chaiken, 1984; citado por Morales et al., 1999).

3.3 Elementos Clave en el Proceso Persuasivo

3.3.1 La Fuente

Además de fuente, a la figura de quién emite un mensaje o inicia un acto comunicativo se le denomina también comunicador o emisor (Rodríguez, 1992).

Dos son las principales características que se han encontrado asociadas a las fuentes con mayor poder persuasivo (Morales et al., 1999, 2007):

Credibilidad. Hace referencia a todos aquellos rasgos que hacen que se perciba al emisor como experto (competente) y digno de confianza (sincero).

El primero se refiere a si el receptor considera que la fuente tiene conocimiento y capacidad para proporcionar información rigurosa y precisa. La segunda implica su percepción por parte de la audiencia como una fuente informativa, sincera, fiable y sin afán de lucro. Según estas definiciones lo importante para la persuasión no es cuánto sabe realmente el emisor o si dice la verdad, sino en qué medida la audiencia así lo percibe.

Atractivo. Hace referencia a si quien emite el mensaje es atractivo o no para el auditorio y si ello influirá o no sobre ese auditorio. Un comunicador resultará atractivo para su audiencia en la medida en que durante su comunicación aparezca, alternativa o simultáneamente, como simpático, similar, familiar y físicamente atractivo, ante dicha audiencia. En primer lugar, una fuente atractiva puede determinar que se preste atención al mensaje mientras que otra menos atractiva quizá no evite pasar desapercibida. En segundo lugar, puede influir en la fase de aceptación pues el receptor a través del proceso de identificación puede querer desear, pensar o actuar de la misma manera que lo hace la fuente. En tercer lugar, el atractivo puede incrementar la credibilidad de la fuente.

Según Moya (1999; citado por Morales et al., 1999), credibilidad y atractivo no son las únicas características que influyen en que una fuente tenga mayor o menor capacidad persuasiva. Hay otros factores que merecen ser considerados.

Poder. Designa la capacidad de la fuente para controlar los resultados que el receptor puede obtener (administrar recompensas y castigos). Cuando la eficacia de un mensaje persuasivo descansa en el poder de la fuente, es probable que se dé un cambio de actitud en el receptor de forma manifiesta o aparente, pero no necesariamente interno.

El poder de una fuente depende de tres factores: a) que los receptores creen que la fuente tiene claramente control sobre las recompensas y castigos, b) que consideren que la fuente utilizará dicho poder para que la audiencia se conforme a su mensaje, y c) que prevean que la fuente se enterará de su conformidad o disconformidad.

Semejanza. Se refiere a la similitud que presente con el receptor, en cuanto a actitudes, personalidad, procedencia u otro tipo. La semejanza también puede influir en que la fuente sea percibida como más competente, pero siempre y cuando la dimensión de la competencia y de la semejanza coincidan.

3.3.2 El Mensaje

El mensaje es el elemento central del proceso de comunicación, es el medio concebido para persuadir, no puede aislarse de los demás elementos de la comunicación. Generalmente el mensaje habla de algo (el problema o el objeto social), indica cuál es la posición de la fuente respecto a ese problema u objeto y expone argumentos que pueden variar la posición del receptor respecto a ese problema (Echebarria, 1991).

El mismo mensaje, su organización y construcción pueden tener efectos determinantes en cómo el propio mensaje es recibido. Son numerosos los aspectos del mensaje y de su contenido que se han investigado. Los aspectos más destacados son (Morales et al.):

Mensajes racionales. Estos ofrecen datos y evidencias sobre el objeto de actitud, es decir, realizan afirmaciones sobre hechos, originadas por una fuente o fuentes distintas del emisor, en objetos no creados por el emisor y en opiniones de personas distintas del emisor. Las formas de argumentación de este tipo de mensajes suelen ser la deducción y la inferencia y tienden a apelar a la capacidad reflexiva de las audiencias.

Mensajes emotivos. Estos utilizan los argumentos para crear distintos sentimientos y emociones en los receptores, produciendo respuestas instantáneas de agrado vs. desagrado; aceptación vs. rechazo y de acercamiento vs. evitación, en relación con las propuestas del mensaje.

La investigación más actual sugiere que la superior eficacia de uno u otro tipo de mensaje depende de en qué se base la actitud que se quiere cambiar, si en aspectos cognitivos o afectivos.

Llamamiento al miedo. Hace referencia a la utilización del miedo como elemento de persuasión. Las amenazas serán efectivas siempre que: a) el mensaje proporcione argumentos sólidos sobre la posibilidad de que el receptor sufra de forma extrema alguna consecuencia negativa, b) los argumentos expliquen que estas consecuencias negativas se obtendrán probablemente si no se adoptan las recomendaciones sugeridas, y c) el mensaje asegura que la adopción de sus recomendaciones evitará, con seguridad, las consecuencias negativas (Morales et al., 1999).

Los mensajes que producen temor son por lo general eficaces cuando proporcionan al receptor un medio para reducir dicho temor. Sin embargo, si el temor provocado es demasiado fuerte, los mensajes pueden activar los mecanismos de defensa de las personas y ser ignorados (Feldman, 2006).

A niveles altos de temor, los individuos se sienten paralizados e incapaces de pensar en las recomendaciones del mensaje; a niveles bajos de miedo, las personas no están suficientemente motivadas para cambiar su actitud; los niveles moderados de temor, por el contrario, serían los más efectivos para incrementar la motivación al cambio de conducta. Sin embargo, estos cambios positivos con frecuencia no son permanentes y desaparecen con el paso del tiempo (Latorre y Beneit, 1994).

Leventhal (1970; op.cit., 1994), ha propuesto que una comunicación que provoca miedo intenso puede producir dos reacciones distintas. Una de ellas es el control del temor creado por las amenazas. Formas de defenderse contra el miedo pueden ser, por ejemplo, retirarse de la situación, pensar en contraargumentos para contrarrestar la amenaza, dejar de pensar en el peligro o desarrollar cierto tipo de racionalizaciones que disminuyan el temor. La otra reacción

es afrontar el peligro. Esta reacción incluiría hacer frente a las amenazas aceptando las recomendaciones de la comunicación.

Comunicaciones imparciales y parciales. El primero se refiere a si el mensaje que transmite el hablante menciona los argumentos contrarios, siendo menos tendencioso, mejor informado y con menos propósitos de persuadir a sus oyentes ya que el mensaje se presentará como un discurso objetivo y no como una propaganda. Por otro lado, una comunicación parcial o unilateral es menos complicada y más fácil de captar. La comunicación parcial parece ser más eficaz si el público está mal informado o tiene un bajo grado de instrucción. Pero si el público está bien informado y tiene un buen grado de instrucción, o si en un primer momento tiene una actitud contraria al mensaje, parece ser mejor la comunicación imparcial (Mc Ginnies, 1966; McGuire, 1969; citado por Vander, 1986).

El contenido de los mensajes. Entendido como la clase de información verbal, visual, o ambas que, en forma de argumentos, el mensaje conlleva. Muchas son las variables de contenido que se han estudiado tales como:

- *Calidad y cantidad de los argumentos*, aquellos argumentos que hacen referencia a consecuencias que son probables y deseables resultan más convincentes que aquellos otros referidos a consecuencias menos probables o deseables; en lo que se refiere a la cantidad de argumentos, el efecto del incremento del número de argumentos depende tanto de la ruta que siga el receptor como de la calidad de los argumentos (Morales et al., 1999).
- *Ordenamiento de los argumentos*. Se refiere a cómo han de ser ordenados los argumentos para que sean más o menos influyentes; existen dos formas de organizarlos (Echebarria, 1991): 1) ordenación en clímax, en esta los argumentos más débiles se exponen inicialmente, y progresivamente se van introduciendo argumentos cada vez más sólidos, de forma que los argumentos más consistentes son los que aparecen en último lugar de la exposición; 2) ordenación en anticlímax, supone comenzar la exposición con argumentos muy sólidos para acabar con argumentos más débiles. En términos generales se ha observado que la ordenación en forma de clímax es la más útil y eficaz para incidir en la opinión del auditorio.

- *Argumentación unilateral o bilateral.* La argumentación unilateral consiste en presentar únicamente el punto de vista que mantiene el emisor, en presentar sólo las razones del emisor. La argumentación bilateral se da cuando en los discursos se presentan tanto las razones a favor de la postura del emisor como las razones que otros sujetos dan para mantener unas posturas alternativas o distintas a la que propone el emisor (op. cit., 1991).

La argumentación bilateral es más apropiada para persuadir a receptores ya instruidos sobre los diversos ángulos de la materia, a receptores con puntos de vista inicialmente hostiles a los del emisor o receptores de mayor nivel intelectual mientras que la exposición unilateral resulta útil ante problemas poco conocidos o poco controvertidos ante personas de bajo nivel intelectual y cuando se quiere conseguir un cambio de actitud inmediato, aunque no resulte duradero (Rodríguez, 1992).

- *Información estadística o basada en ejemplos.* La primera es aquella información que contiene datos, cifras y gráficas acerca de algún aspecto social, que la opinión pública toma como objetiva e importante. Sin embargo, la información basada en ejemplos, es la que describe de forma viva y detallada un acontecimiento, por lo general el impacto es bastante mayor que el de la información basada en porcentajes, promedios y demás estadísticos (Taylor y Thompson, 1982; citado por Morales et al., 1999).

3.3.3 El Receptor

La persona o grupo a quien va dirigido el mensaje es denominado receptor, destinatario, oyente o audiencia. Este es el punto culminante del proceso de persuasión y el encargado de desarrollar en sí mismo todas las fases de dicho proceso (Rodríguez, 1992).

Además de procesar la información que recibe e interactuar con la mayoría de variables del emisor y del mensaje, en el receptor se conjugan un buen número de variables propias entre las que destacan (op. cit., 1992):

Autoestima. Esta parece ser un aspecto de la personalidad que marca una relación respecto al potencial individual de ser influido. Las personas con baja autoestima tienen menos confianza en sí mismos y se ven con menos capacidades, lo que les hace más dependientes

de la opinión de los demás (la aceptación del mensaje es más probable en ellos), pero a la vez estas personas parecen tener un menor interés por el mundo que les rodea y de ahí que la probabilidad de recepción del mensaje sea también menor.

Inteligencia. Se encuentra en relación directa con la capacidad de atención y comprensión del mensaje lo que facilita que las personas más inteligentes puedan recibir y comprender mejor los mensajes, pero también, porque son más inteligentes, pueden resistirse en mayor medida a ser persuadidos.

3.3.4 El Contexto

El contexto o situación es el conjunto de elementos materiales y humanos que rodean al proceso de persuasión y que lo hacen posible (Briñol et al.).

La atmósfera o situación persuasiva puede ser favorable al cambio si hace agradable la relación entre medio ambiente y receptor; si por el contrario, resulta desagradable, puede impedir el cambio (Rodríguez, 1992).

Algunas de las variables que han mostrado tener más incidencia sobre el cambio de actitudes son (Morales et al.):

Distracción. Esta generalmente interfiere con el pensamiento, lo que puede aumentar o disminuir la persuasión dependiendo de la calidad de los argumentos del mensaje. Cuando los argumentos son fuertes, la distracción reduce su impacto persuasivo y limita la capacidad de la audiencia para darse cuenta de los méritos de la propuesta. Por el contrario, cuando los argumentos son débiles, la distracción aumenta su impacto persuasivo y evita que la audiencia piense sobre sus debilidades (Petty y cols. 1976).

Advertencias previas de la postura defendida. Avisar de antemano a la audiencia de la postura suele aumentar la resistencia a la persuasión. Dependiendo del tiempo que transcurra entre la advertencia y la emisión del mensaje, si el mensaje se produce inmediatamente después de la advertencia, la resistencia a la persuasión será mucho menor que si transcurre una cierta cantidad de tiempo, siendo entonces la resistencia considerablemente mayor (Freedman y Sears, 1965; Petty y Cacioppo, 1977). En este último

caso, al disponer de más tiempo, los receptores pueden pensar anticipadamente en los argumentos en contra de la postura que van a recibir.

Advertencias previas del intento persuasivo. A veces las personas saben que les van a intentar convencer, pero no saben de antemano en qué dirección.

Estado de ánimo. Cuando la probabilidad de elaboración por parte del receptor es baja, su estado de ánimo impactará sobre las actitudes a través de procesos de baja elaboración. Se suele observar mayor persuasión cuando las personas se sienten felices comparado a cuando las personas se sienten tristes. Por su parte, cuando la probabilidad de elaboración es moderada, el estado de ánimo tiene influencia sobre la cantidad de pensamiento elaborado.

El contexto social que envuelve al receptor puede intervenir también en distinto sentido sobre el efecto producido por el mensaje. Si los receptores están en el seno de un grupo, el efecto persuasivo del mensaje tiende a incrementarse, en general, produciendo un efecto facilitador del conjunto, y cuanto mayor es éste más aumenta el efecto persuasivo, en tanto los sujetos le otorgan al emisor mayor capacidad de convocatoria y credibilidad (Rodríguez, 1992).

3.3.5 El Canal

El canal hace referencia al medio físico a través del que se transmite la información contenida en un mensaje desde el emisor hasta el receptor, este implica el conjunto de sentidos humanos o vías perceptibles mediante las cuales las personas transmiten sus mensajes. Así se habla de canal visual, auditivo, audiovisual (TV) y táctil, y la persuasión se puede producir a través de todos o de cualquiera de ellos (Morales et al.).

En cuanto al papel que juega en el proceso de cambio de actitudes, pueden establecerse algunas conclusiones (Briñol et al.):

Persuasión personal versus persuasión mediática. La persuasión cara a cara resulta más eficaz que la persuasión a través de los diferentes medios de comunicación debido a que: 1) los contactos personales son más informales, más difíciles de evitar y menos evidentes en su intencionalidad persuasiva; 2) en ellos el emisor puede modificar sus discurso en función

de las resistencias que el receptor muestre en el curso de la conversación; 3) las relaciones cara a cara hacen más evidente las recompensas que el receptor pudiera obtener por el hecho de aceptar el mensaje; 4) la confianza y la credibilidad son características más fácilmente atribuibles a una persona a la que se conoce por experiencia directa que al impersonal comunicador de un medio y; 5) el contacto personal con la fuente persuasiva hace posibles, la inducción de cambios de conducta que no hayan sido producto de alteración alguna sobre las actitudes u opiniones del receptor.

Persuasión a través de los medios: inevitable y repetitiva. La presencia de los medios de comunicación de masas condicionan la interpretación del mundo, las sucesivas apariciones de un nuevo medio de comunicación (impresión, prensa, radio, televisión, etc.) han producido sus respectivas transformaciones en el ejercicio de la persuasión. Asimismo, la capacidad de los medios para inducir familiaridad respecto a cualquier objeto o persona a través de la repetición de un mismo mensaje.

Agee y Cameron (2001; citado por Fonseca y Herrera, 2002), exponen las siguientes pautas generales que rigen a la hora de elegir el medio de comunicación adecuado a cada público:

Los medios de comunicación impresos. Son los más eficaces para transmitir con detalles el mensaje al receptor. Facilitan mucho más la comprensión del mensaje en comparación con los medios audiovisuales, debido a la menor complejidad del mensaje escrito y a las posibilidades mayores que el canal escrito ofrece para que sea el receptor quien controle el tiempo y las modalidades de procesamiento del mensaje, es decir, el material impreso puede releerse y guardarse para consultarlo posteriormente. Los periódicos son el medio impreso más rápido y de impacto más generalizado. Las revistas, aunque son más lentas, llegan mejor a públicos con intereses específicos. Los libros tardan más tiempo, pero pueden generar un fuerte impacto.

La televisión. Produce el mayor efecto emocional de todos los medios de comunicación. Su fuerza visual hace que las situaciones le parezcan cercanas al telespectador. La personalidad del presentador de televisión ejerce una influencia que no puede ser igualada por los medios de comunicación impresos.

La radio. Las principales ventajas de ésta son la flexibilidad y la capacidad de llegar a públicos específicos. Se pueden preparar mensajes y emitirlos más rápidamente que en la televisión y a un costo mucho menor. Puesto que hay mucho más estaciones de radio que televisoras, es más fácil conseguir que el mensaje llegue al público, si bien éste suele ser más reducido.

Los medios de comunicación en línea. Se usan normalmente como complemento para llegar a grupos de alto nivel cultural y relativamente acomodados, interesados en nuevas ideas y enfoques frescos. Sin embargo los patrones de uso cambian sin cesar y hay noticias importantes que llegan a un público numeroso a través de estos medios.

Por lo que se refiere a la eficacia persuasiva de los distintos medios, en general puede afirmarse que ningún medio de comunicación es más persuasivo que otro, y que las estrategias que combinan más de un medio de comunicación, y que son complementadas con alguna forma de comunicación directa con el receptor, resultan ser las más persuasivas (Briñol et al.).

Algunos trabajos confirman la superior eficacia de la televisión frente a los medios escritos en términos de recuerdo de diversos mensajes publicitarios. Si se toma en cuenta el nivel de implicación, existen pruebas empíricas de que siempre que aquél sea bajo, los medios audiovisuales e incluso la radio tendrán una ventaja sobre los escritos en relación al recuerdo, lo cual es congruente con el hecho de que, en efecto, los medios impresos exigen, por lo general, un mayor esfuerzo cognitivo (op. cit., 2001).

El hecho de que el medio de comunicación más frecuentado conceda prioridad a la ruta periférica de la persuasión no significa necesariamente que ésa sea siempre la ruta más eficaz para influir sobre las conductas, actitudes y opiniones de la gente. Dado que la ruta periférica tiene efectos menos duraderos y genera actitudes menos resistentes al cambio (op. cit., 2001).

Ahora bien, la presencia de determinados factores en la situación persuasiva puede hacer que un medio sea más eficaz que otro en relación con el cambio de actitudes (Morales et al.).

En la actualidad existen medios de comunicación más rápidos y que cubren un gran espacio, la misma abundancia de información genera áreas de ambigüedad o de semi-conocimiento, que se colman mediante los rumores. Muchos rumores circulan con gran rapidez y la transmisión

oral muchas veces complementa a la transmisión por los medios de comunicación (Morales et al., 1999).

3.4 Rumor

Gran parte de la conversación cotidiana, consiste en la transmisión oral de persona a persona de rumores. Según Allport y Postman (1947/1982), los rumores nacen de la necesidad de explicar situaciones confusas pero importantes para la gente y de aliviar la tensión nacida de la incertidumbre. Los rumores subsisten tanto como se mantienen la incertidumbre y la ansiedad (Bellenger, 1989).

Los rumores se definen como proposiciones o creencias que se transmiten oralmente como ciertas, sin medios probatorios seguros para demostrarla (Paés y Marques; citado por Morales et al., 1999). Estos abordan objetos que incluyen verdades sociales o cuestionan que los grupos comparten como hechos consensuales.

Para Bellenger (1989), el rumor se propaga y persuade a su manera, sin que quienes lo hacen correr tengan la intención de obtener el asentimiento del otro. Los rumores son un fenómeno importante, ya que ilustran el procesamiento social de la información, es decir, un proceso de interacción entre procesos cognitivos intrapersonales y procesos sociales interpersonales. Los esquemas o estructuras de creencias serían los aspectos intrapersonales, y las narraciones orales transmitidas de una persona a otra y de un contexto a otro, serían los procesos sociales.

Durante un desastre la opinión pública tiende a atribuir la responsabilidad a un grupo concreto de autoridades o responsables, ocasionando rumores, los cuales constituyen una *caja de herramientas cultural* de los miembros de una sociedad como arma crítica, por ejemplo, las hipótesis del complot de los poderosos reaparecen en diferentes momentos de crisis y enfermedades, incluso cuando las autoridades oficiales se oponen a estas versiones de los acontecimientos. La cuestión del complot de los poderosos se ha manifestado en diferentes periodos. Tal es el caso de las epidemias de cólera del siglo XIX en Europa: en la mayoría de los países la población acusó al gobierno y a sus agentes, los médicos, de ser responsables de la difusión de la enfermedad como un medio para eliminar a los pobres mediante el

envenenamiento de estos. La aparición de situaciones de mortalidad masiva, asociada a la intervención sanitaria de agentes de la autoridad, generalmente médicos, provocaban en las clases populares las sospechas que las medidas tomadas eran la causa y no un efecto de la enfermedad (Morales et al., 1999).

La mayoría de los rumores son de contenido negativo, asociados con la agresividad, ansiedad y el miedo. Una explicación de este hecho es la asimetría del impacto a corto plazo de lo negativo en relación con lo positivo. Los estímulos negativos tienen un mayor peso en la percepción social en general, porque son más novedosos o menos frecuentes, tienen mayor valor informativo que estímulos positivos de igual intensidad y por ende tienen un mayor impacto cognitivo y afectivo (Lewicka, Czapinski y Peeters, 1992; op. cit., 1999).

Los motivos o funciones de los rumores postulados por diferentes autores son los siguientes (Allport y Postman, 1982; Rouquette, 1997; op. cit., 1999):

- a) Catártica. Mediante la expresión verbal de la emoción de ansiedad o enojo, se descarga la emoción.
- b) La justificación y explicación de la emoción. Se expresa y valida socialmente una emoción.
- c) Esfuerzo en pos del significado o en busca de la explicación. La atribución de significado, o el interpretar el hecho problemático, el conferirle un significado, cumple una función de conocimiento.
- d) Pragmática. Como una prolongación de la explicación, generalmente se justifica una acción colectiva.
- e) Excitación estética. El rumor rompe la rutina y transmite de forma socialmente aceptable una información novedosa y que produce un efecto dramático (se siente placer al conocer a distancia el sufrimiento de alguien).

Los rumores van a cumplir una función de causalidad, de diferenciación social y de justificación de la acción. El papel propulsor del rumor por la ansiedad, la credibilidad y la incertidumbre se ve confirmado.

Los rumores aparecen en situaciones de emergencia o catástrofes y generalmente se asocian a manifestaciones de masas o conductas colectivas. Las conductas colectivas se

refieren a la emergencia de conductas sociales extrainstitucionales, que aparecen cuando hay situaciones novedosas ante las cuales las definiciones sociales de lo que hay que hacer son inexistentes o insuficientes (Lofland, 1981; Smelser, 1962; Rushing, 1995; op.cit., 1999). Una catástrofe surge de un suceso negativo, a menudo imprevisto y brutal, que provoca destrucciones materiales y pérdidas humanas importantes, ocasionando un gran número de víctimas, una desorganización social importante. Las epidemias de enfermedades mortales son un paradigma de catástrofe colectiva.

Estas conductas colectivas son típicas cuando: a) la enfermedad es fuertemente letal; b) aparece de repente; c) la tasa de mortalidad aumenta rápidamente; d) se cree en el contagio de la enfermedad y que muchas personas están en riesgo de contraerla. Una característica necesaria para las conductas colectivas es que e) la causa de la enfermedad sea desconocida.

El sentimiento intenso de miedo es un fenómeno frecuente en situaciones de catástrofes o de amenazas y no es una condición suficiente para que aparezcan conductas de pánico.

Los factores que facilitan la transmisión de rumores son, en orden de importancia, la ansiedad, la credibilidad o veracidad del rumor, la incertidumbre ante él y la presión social, de tal forma que a mayor número de personas a las que se escuchó el rumor, mayor su retransmisión.

3.5 Resistencia ante la Persuasión

Algunos autores hacen propuestas con el fin de entender cómo las personas pueden resistirse a la persuasión, a continuación se exponen algunas de ellas:

3.5.1 Teoría de la Inoculación

Propuesta por McGuire (1964), defiende que la exposición de una persona a argumentos sencillos contrarios a sus creencias o actitudes propias tiene un efecto de vacuna contra la persuasión; pone en cuestión qué es más eficaz para aumentar la resistencia a un mensaje: el exponer a la persona a argumentos que cuestionen sus actitudes o el proporcionarle nuevos argumentos que apoyen su postura. Según esta teoría, es más eficaz la exposición a

argumentos contrarios porque entrena al individuo en la defensa de su postura y aumenta su motivación para afirmarse en sus actitudes (Huici, López y Nouvilas, 1996).

3.5.2 Distracción

La influencia de esta variable se ve medida por el tipo de respuesta cognitiva que suscite el mensaje: argumentos a favor o en contra. La distracción puede inhibir la producción de argumentos en contra del mensaje y, en ese caso, favorecería el cambio de actitudes. También inhibiría la producción de argumentos a favor y, en ese caso, reduciría la eficacia de la persuasión (op.cit., 1996).

3.5.3 Prevención

Según Cialdini y Petty (1979; citado por Ibáñez et al., 2004), otro factor que permite oponerse a la persuasión es estar prevenido. Cuando se sabe que un discurso, un mensaje grabado, o una indicación escrita están diseñados para alterar las opiniones, se está menos dispuesto a que afecten que si no se tuviera este conocimiento previo.

El estar prevenido influye en diversos procesos cognitivos que juegan un papel en la persuasión. Primero, el hecho de estar sobreavisado da una mayor oportunidad para formular contraargumentos que pueden reducir el impacto del mensaje, este efecto depende del grado de implicación de la persona sobre el tema, si es bajo no se generan argumentos en contra. Además también proporciona más tiempo para recopilar información y hechos, lo cual puede ser útil para refutar el mensaje persuasivo (Wood, 1982; citado por Baron y Byrne, 1998). Los beneficios de este ocurren con mayor probabilidad con respecto a actitudes que se consideran importantes, pero parecen producirse en un menor grado incluso en el caso de actitudes que se contemplan insignificantes.

3.5.4 La Reactancia

La teoría de la reactancia de Brehm (1966; citado por Rodrigues, Assmar y Jablonski, 2002), afirma que siempre que la libertad se reprime o se ve amenazada, surge una motivación para recuperarla. La consecuencia de este postulado de la teoría, consiste en el hecho de que, si el receptor de la comunicación persuasiva percibe el intento de persuasión como una intención o

un acto dirigido a coartar su libertad, es probable que la resistencia al cambio de actitud en el sentido de la posición defendida por el comunicador sea tal, que no queden posibilidades de éxito para el comunicador.

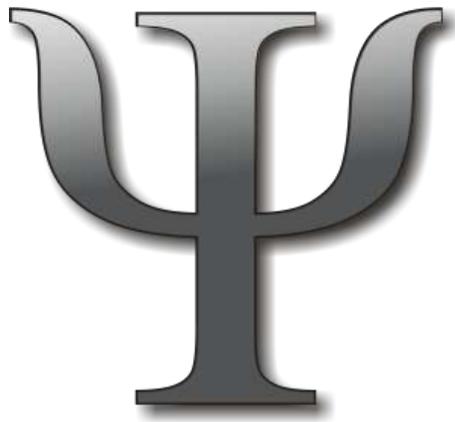
3.5.5 Teoría de la Inmunización

McGuire (1962; 1964; op. cit., 2002), sostiene que las actitudes que nunca fueron atacadas son más vulnerables a un ataque persuasivo que aquellas para las cuales el individuo creó defensas contra las argumentaciones en contra. Reconoce que una de las maneras de fortalecer una actitud consiste en brindarle apoyo constante y argumentos que le sean favorables. En consecuencia, las dos formas de hacer menos eficaz a una comunicación persuasiva son: 1) inmunizarse contra sus efectos por medio de un contraataque a los intentos poco amenazadores de cambiar la posición original de la persona; 2) fortalecer la posición original con argumentos constantes.

3.5.6 La Evitación Selectiva

De acuerdo con Baron y Byrne (1998), hay otro modo de resistirse a los intentos de persuasión y es a través de la evitación selectiva o una tendencia a dirigir la atención lejos de toda información que constituya un desafío a las actitudes existentes.

Estas tendencias a ignorar o a evitar la información que contradice las actitudes mientras que se busca activamente información consistente con ellas constituye las dos caras de lo que los psicólogos sociales llaman exposición selectiva, y tal selectividad con respecto a lo que se determina como el foco de atención ayuda a asegurar que las actitudes se mantengan intactas durante períodos más largos de tiempo.



CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA

- **Preguntas de Investigación**
- **Hipótesis, Objetivos y Variables**
- **Población, Muestra y Muestreo**
- **Tipo de investigación y Diseño**
- **Instrumento y Procedimiento**
- **Análisis de los Datos**

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

Preguntas de investigación

¿Cuál es la actitud de habitantes de la Zona Metropolitana hacia las medidas de prevención ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1?

¿Existen diferencias entre variables sociodemográficas y la actitud hacia las medidas de prevención ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1 de habitantes de la Zona Metropolitana?

¿Existe relación entre actitud y la realización de las medidas de prevención de habitantes de la Zona Metropolitana ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1?

¿Existe relación entre persuasión de los medios de comunicación (televisión, radio, periódico e internet) y seguir las medidas de prevención ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1 en habitantes de la Zona Metropolitana?

Hipótesis

Ha: Existe una actitud favorable de habitantes de la Zona Metropolitana hacia las medidas de prevención ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1.

Ha: Existen diferencias entre variables sociodemográficas y la actitud hacia las medidas de prevención ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1 de habitantes de la Zona Metropolitana.

Ha: Existe relación entre actitud y la realización de las medidas de prevención de habitantes de la Zona Metropolitana ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1.

Ha: Existe relación entre persuasión de los medios de comunicación (televisión, radio, periódico e internet) y seguir las medidas de prevención ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1 en habitantes de la Zona Metropolitana.

Objetivos

- Construcción del marco teórico para abordar la problemática desde la perspectiva psicológica social.
- Conocer la actitud de habitantes de la Zona Metropolitana hacia las medidas de prevención ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1.
- Conocer si existen diferencias entre variables sociodemográficas y la actitud hacia las medidas de prevención ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1 de habitantes de la Zona Metropolitana.
- Conocer si existe relación entre actitud y la realización de las medidas de prevención de habitantes de la Zona Metropolitana ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1.
- Conocer si existe relación entre persuasión de los medios de comunicación (televisión, radio, periódico e internet) y seguir las medidas de prevención ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1 en habitantes de la Zona Metropolitana.
- Construcción de un Instrumento que permita evaluar actitud hacia las medidas de prevención ante el virus de Influenza Humana A/H1N1.

Variables

Variable Dependiente: Actitud y Persuasión

Definición Conceptual:

Actitud es la categorización de un objeto-estímulo a lo largo de una dimensión evaluativa, basada o generada a partir de tres tipos de información: 1) cognitiva, 2) afectiva/emocional, y 3) intención conductual (Zanna y Rempel, 1998; citado por Ibáñez et al., 2004).

Persuasión es cualquier cambio que ocurra en las actitudes de la persona como consecuencia de su exposición a una comunicación, dicha comunicación es diseñada y ejecutada intencionalmente con ese fin (Petty y Cacioppo, 1986; citado por Briñol, De la Corte y Becerra, 2001).

Definición Operacional:

Las respuestas que dan los sujetos a los reactivos del instrumento aplicado.

Variable Independiente: Edad - Escolaridad - Estado Civil - Sexo

Definición Conceptual:

Edad es el periodo transcurrido desde el nacimiento hasta una fecha o tiempo determinado. Cuando se expresa en unidades de año (Warren, 1998).

Escolaridad es el conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro escolar (Alonso, 1982).

Estado Civil es la condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles (Diccionario de la Lengua Española, 1985).

Sexo es la división biológica del ser vivo animal o humano sobre la base de su papel reproductor (Genovard, 1980).

Definición Operacional:

Las respuestas que dan los sujetos a los reactivos del instrumento aplicado.

Población

Habitantes de la Zona Metropolitana, mayores de 18 años.

Muestra

Se conformó por 200 sujetos de la Zona Metropolitana; 50 sujetos (25 hombres y 25 mujeres) por cada uno de los siguientes niveles educativos: primaria, secundaria, medio superior y superior.

Muestreo

No probabilístico, intencional y por cuota.

Tipo de Investigación

Campo, descriptivo de corte transversal.

Diseño

Ex - post – facto, multivariado e intragrupo.

Instrumento

El Instrumento de Evaluación de Actitud, Persuasión y Medidas de Prevención ante la Epidemia de Influenza Humana A/H1N1 fue elaborado con base al marco teórico de esta investigación. Este cuestionario constó de tres apartados, con un total de 56 ítems, y una escala de respuesta tipo Likert (ver anexo).

El primer apartado (del ítem 1 al 30) evaluó la actitud en sus tres dimensiones (cognitivo, afectivo y conductual) hacia el fenómeno descrito, con las siguientes opciones de respuesta:

(1) *TOTALMENTE DESACUERDO* **(2)** *DESACUERDO* **(3)** *NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO* **(4)** *DE ACUERDO* **(5)** *TOTALMENTE DE ACUERDO*

El segundo apartado (del ítem 31 al 38) evaluó la persuasión de los medios de comunicación con las siguientes opciones de respuesta:

(1) *NADA* **(2)** *POCO* **(3)** *REGULAR* **(4)** *MUCHO* **(5)** *BASTANTE*

El tercer apartado (del ítem 39 al 56) evaluó la realización de las medidas de prevención con las siguientes opciones de respuesta:

(1) *NUNCA* **(2)** *A VECES* **(3)** *FRECUENTEMENTE* **(4)** *MUY FRECUENTEMENTE* **(5)** *SIEMPRE*

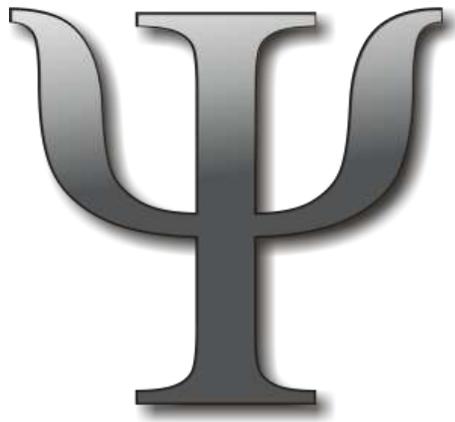
Procedimiento:

Se acudió a diferentes delegaciones y municipios de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México para aplicar el instrumento antes mencionado. Se le preguntó a cada sujeto si deseaba participar en la investigación. En caso de cumplir con los requisitos, se procedió a la aplicación del instrumento en su ambiente natural. Al entregar el instrumento se hizo de su conocimiento el objetivo de la investigación, mencionando que los datos que proporcionara serían confidenciales y para uso exclusivo del investigador. Se pidió de la manera más atenta, contestara con sinceridad lo que se solicitaba, se le informó que si tenía duda con respecto a

alguna de las afirmaciones lo comunicara inmediatamente para aclarar la duda; asimismo, se le dijo que procurara no dejar ni un solo reactivo sin contestar. El instrumento se contestó en el momento de la entrega y sin límite de tiempo. Por último se agradeció la cooperación de cada sujeto para la investigación.

Análisis de los Datos:

Los datos obtenidos de la aplicación del instrumento se analizaron mediante frecuencias y porcentajes, se realizó una prueba de confiabilidad (alpha de *Cronbach*), asimismo se hizo una prueba para la validez del instrumento (análisis *factorial*) y un análisis de varianza (*ANOVA*) para encontrar diferencias con respecto a las variables sociodemográficas y una correlación *Pearson*.



CAPÍTULO 5

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

- **Variables Sociodemográficas**
- **Apartado 1 “Dimensiones”**
- **Apartado 2 “Medios de Comunicación”**
- **Apartado 3 “Medidas de Prevención”**
- **Descripción de Correlación**

CAPÍTULO 5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se muestra el análisis descriptivo llevado a cabo en cada uno de los tres apartados que componen el Instrumento de Evaluación de Actitud, Persuasión y Medidas de Prevención ante la Epidemia de Influenza Humana A/H1N1. Los estadísticos realizados fueron: distribución de frecuencias y porcentajes, análisis factorial, alpha de Cronbach, análisis de varianza (ANOVA) y correlación, para lo cual se utilizó el programa SPSS versión 13.0 (español).

5.1 Variables Sociodemográficas

- Frecuencias y porcentajes

Tabla 1. Descripción de frecuencias y porcentajes de edad, escolaridad, estado civil y sexo.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	GRUPOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	1. 18-22	53	26.5
	2. 23-31	49	24.5
	3. 32-42	49	24.5
	4. 43-67	49	24.5
ESCOLARIDAD	1. Primaria	50	25.0
	2. Secundaria	50	25.0
	3. Medio Superior	50	25.0
	4. Superior	50	25.0
ESTADO CIVIL	1. Soltero (a)	88	44.0
	2. Casado (a)	112	56.0
SEXO	1. Hombre	100	50.0
	2. Mujer	100	50.0

En la tabla 1 se describen las variables sociodemográficas. La primer variable denominada **edad**, se conformó de cuatro rangos: el primero comprende las edades de 18 a 22 años con una frecuencia de 53 correspondiente a un 26.5% del total; el segundo abarca las edades de 23 a 31 años con una frecuencia de 49 correspondiente a un 24.5%; el tercero incluye las edades de 32 a 42 años con una frecuencia de 49 correspondiente a un 24.5% y; el cuarto comprende las edades de 43 a 67 años con una frecuencia de 49 correspondiente a un 24.5%.

En la segunda variable denominada **escolaridad**, se buscó formar cuatro grupos conformados por los niveles de estudio: primaria, secundaria, medio superior y superior; cada uno con igual número de individuos, es decir, cada nivel con una frecuencia de 50 y un porcentaje de 25.0.

La tercer variable denominada **estado civil**, se conformó por dos rangos, en el primer rango el 44% es soltero(a) con una frecuencia de 88 y en el segundo el 56% es casado(a) con una frecuencia de 112.

En la cuarta variable denominada **sexo**, se buscó equilibrar los dos grupos que la componen con el mismo número de sujetos, es decir, cada una constó de 100 individuos equivalente al 50% del total para ambas.

5.2 Apartado 1 “Dimensiones de Actitud”

5.2.1 Frecuencias y Porcentajes por Dimensión

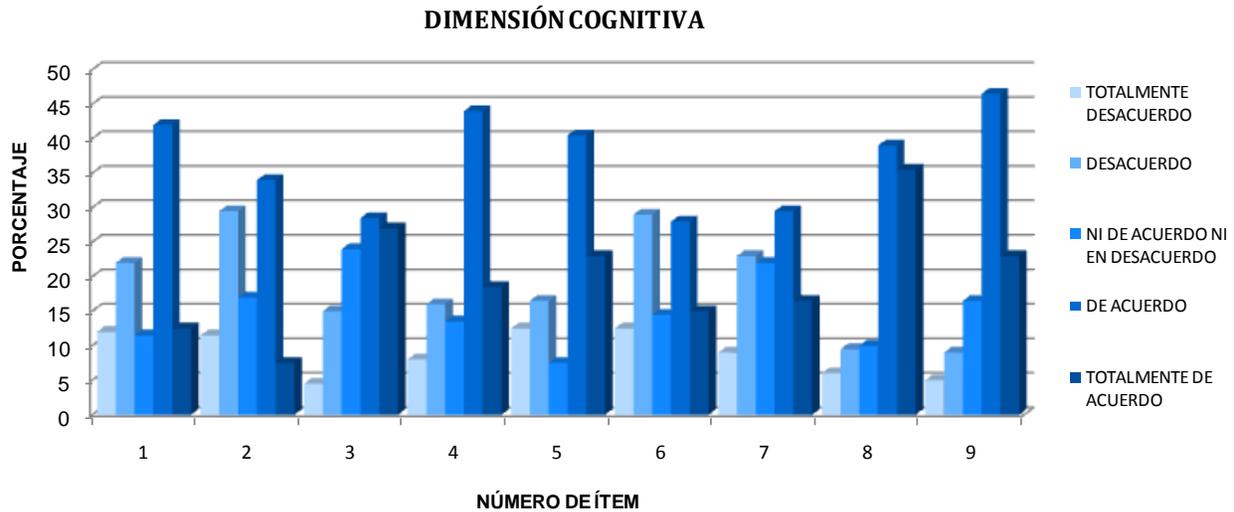
A continuación se muestran los datos obtenidos en cada una de las dimensiones que componen este apartado.

- Dimensión Cognitiva

Tabla 2. Distribución de frecuencias de la dimensión cognitiva.

Ítem	Nombre del ítem	1		2		3		4		5	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	La gente conoce la mayoría de las medidas preventivas implementadas ante el brote del virus de influenza humana A/H1N1	24	12.0	44	22.0	23	11.5	84	42.0	25	12.5
2	Las medidas preventivas que se tomaron en el país fueron suficientes para evitar el contagio de influenza humana A/H1N1.	23	11.5	59	29.5	34	17.0	68	34.0	15	7.5
3	La divulgación de la existencia del virus de influenza humana A/H1N1 se originó por manipulaciones políticas.	9	4.5	30	15.0	48	24.0	57	28.5	54	27.0
4	Las medidas de prevención hacia el virus de influenza humana A/H1N1 sirven para evitar contagios masivos.	16	8.0	32	16.0	27	13.5	88	44.0	37	18.5
5	La suspensión de clases como medida preventiva fue apropiada para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1.	25	12.5	33	16.5	15	7.5	81	40.5	46	23.0
6	Quedarse en casa como medida preventiva fue apropiada para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1.	25	12.5	58	29.0	29	14.5	56	28.0	30	15.0
7	Las medidas preventivas implementadas por las autoridades para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1 fueron excesivas.	18	9.0	46	23.0	44	22.0	59	29.5	33	16.5
8	Las medidas preventivas de higiene para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1 deben formar parte de la vida cotidiana de la sociedad.	12	6.0	19	9.5	20	10.0	78	39.0	71	35.5
9	La diversa información acerca del brote de influenza humana A/H1N1 generó incredulidad hacia la veracidad de la epidemia.	10	5.0	18	9.0	33	16.5	93	46.5	46	23.0

Figura 2. Distribución de porcentajes de la dimensión cognitiva.



De acuerdo con la tabla 2 y la figura 2, los datos encontrados con respecto a la *Dimensión Cognitiva* se desarrollan de la siguiente forma:

En el ítem (1) “La gente conoce la mayoría de las medidas preventivas implementadas ante el brote del virus de influenza humana A/H1N1” el 42% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 22% contestó que estaban *en desacuerdo*, el 12.5% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 12% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo* y el 11.5% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*.

En el ítem (2) “Las medidas preventivas que se tomaron en el país fueron suficientes para evitar el contagio de influenza humana A/H1N1” el 34% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 29.5% contestó que estaban *en desacuerdo*, el 17% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 11.5% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo* y el 7.5% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*.

En el ítem (3) “La divulgación de la existencia del virus de influenza humana A/H1N1 se originó por manipulaciones políticas” el 28.5% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 27% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 24% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 15% contestó que estaban *en desacuerdo* y el 4.5% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (4) “Las medidas de prevención hacia el virus de influenza humana A/H1N1 sirven

para evitar contagios masivos” el 44% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 18.5% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 16% contestó que estaban *en desacuerdo*, el 13.5% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo* y el 8% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (5) “La suspensión de clases como medida preventiva fue apropiada para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1” el 40.5% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 23% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 16.5% contestó que estaban *en desacuerdo*, el 12.5% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo* y el 7.5% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*.

En el ítem (6) “Quedarse en casa como medida preventiva fue apropiada para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1” el 29% de los sujetos contestaron que estaban *en desacuerdo*, el 28% contestó que estaban *de acuerdo*, el 15% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 14.5% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo* y el 12.5% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (7) “Las medidas preventivas implementadas por las autoridades para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1 fueron excesivas” el 29.5% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 23% contestó que estaban *en desacuerdo*, el 22% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 16.5% contestó que estaban *totalmente de acuerdo* y el 9% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (8) “Las medidas preventivas de higiene para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1 deben formar parte de la vida cotidiana de la sociedad” el 39% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 35.5% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 10% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 9.5% contestó que estaban *en desacuerdo* y el 6% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

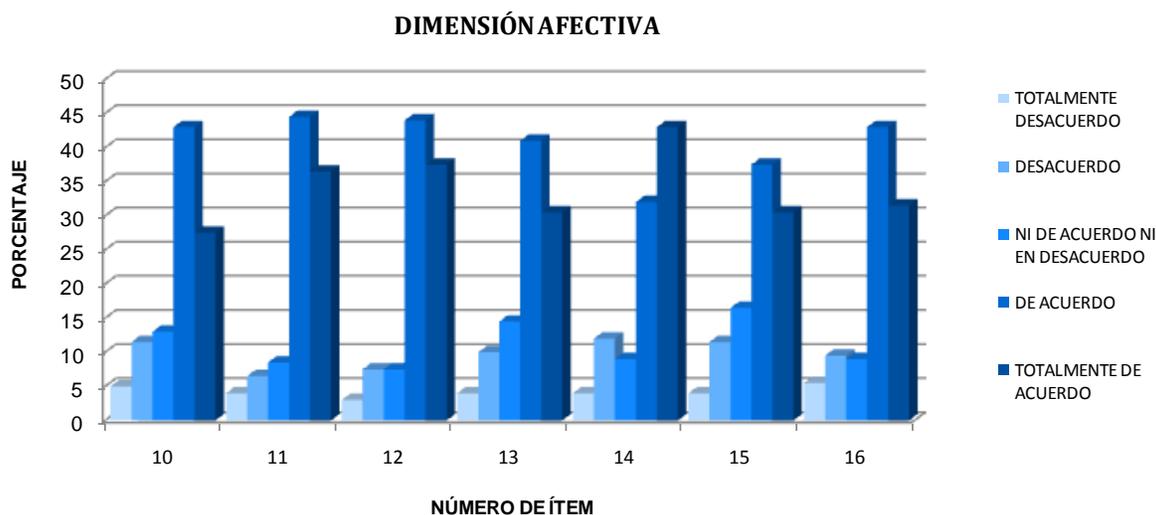
En el ítem (9) “La diversa información acerca del brote de influenza humana A/H1N1 generó incredulidad hacia la veracidad de la epidemia” el 46.5% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 23% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 16.5% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 9% contestó que estaban *en desacuerdo* y el 5% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

- Dimensión Afectiva

Tabla 3. Distribución de frecuencias de la dimensión afectiva.

Ítem	Nombre del ítem	1		2		3		4		5	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
10	Es preocupante enterarse de una epidemia de influenza humana A/H1N1 como la sucedida en México en abril de 2009.	10	5.0	23	11.5	26	13.0	86	43.0	55	27.5
11	La alerta de epidemia de influenza humana A/H1N1 generó incertidumbre en la sociedad.	8	4.0	13	6.5	17	8.5	89	44.5	73	36.5
12	La alerta de epidemia de influenza humana A/H1N1 generó temor en la población.	6	3.0	15	7.5	15	7.5	88	44.0	75	37.5
13	Las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A/H1N1 generaron molestia en las personas.	8	4.0	20	10.0	29	14.5	82	41.0	61	30.5
14	La visita del Presidente de E. U. A en el país provocó desconfianza en la veracidad de la información con respecto al inicio del brote de influenza humana A/H1N1.	8	4.0	24	12.0	18	9.0	64	32.0	86	43.0
15	La suspensión de actividades en los sectores productivos ante el brote de influenza humana A/H1N1 provocó desaprobación en la sociedad mexicana.	8	4.0	23	11.5	33	16.5	75	37.5	61	30.5
16	La orden de suspensión de clases por el brote de influenza humana A/H1N1 generó pánico en las personas.	11	5.5	19	9.5	18	9.0	86	43.0	63	31.5

Figura 3. Distribución de porcentajes de la dimensión afectiva.



De acuerdo con la tabla 3 y la figura 3, los datos encontrados con respecto a la *Dimensión Afectiva* se desarrollan de la siguiente forma:

En el ítem (10) “Es preocupante enterarse de una epidemia de influenza humana A/H1N1 como la sucedida en México en abril de 2009” el 43% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 27.5% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 13% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 11.5% contestó que estaban *en desacuerdo* y el 5% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (11) “La alerta de epidemia de influenza humana A/H1N1 generó incertidumbre en la sociedad” el 44.5% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 36.5% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 8.5% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 6.5% contestó que estaban *en desacuerdo* y el 4% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (12) “La alerta de epidemia de influenza humana A/H1N1 generó temor en la población” el 44% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 37.5% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 7.5% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 7.5% contestó que estaban *en desacuerdo* y el 3% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (13) “Las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A/H1N1 generaron molestia en las personas” el 41% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 30.5% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 14.5% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 10% contestó que estaban *en desacuerdo* y el 4% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (14) “La visita del Presidente de E. U. A en el país provocó desconfianza en la veracidad de la información con respecto al inicio del brote de influenza humana A/H1N1” el 43% de los sujetos contestaron que estaban *totalmente de acuerdo*, el 32% contestó que estaban *de acuerdo*, el 12% contestó que estaban *en desacuerdo*, el 9% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo* y el 4% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (15) “La suspensión de actividades en los sectores productivos ante el brote de influenza humana A/H1N1 provocó desaprobación en la sociedad mexicana” el 37.5% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 30.5% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 16.5% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 11.5% contestó que estaban *en desacuerdo* y el 4% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (16) “La orden de suspensión de clases por el brote de influenza humana A/H1N1 generó pánico en las personas” el 43% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 31.5% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 9.5% contestó que estaban *en desacuerdo*, el 9% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo* y el 5.5% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

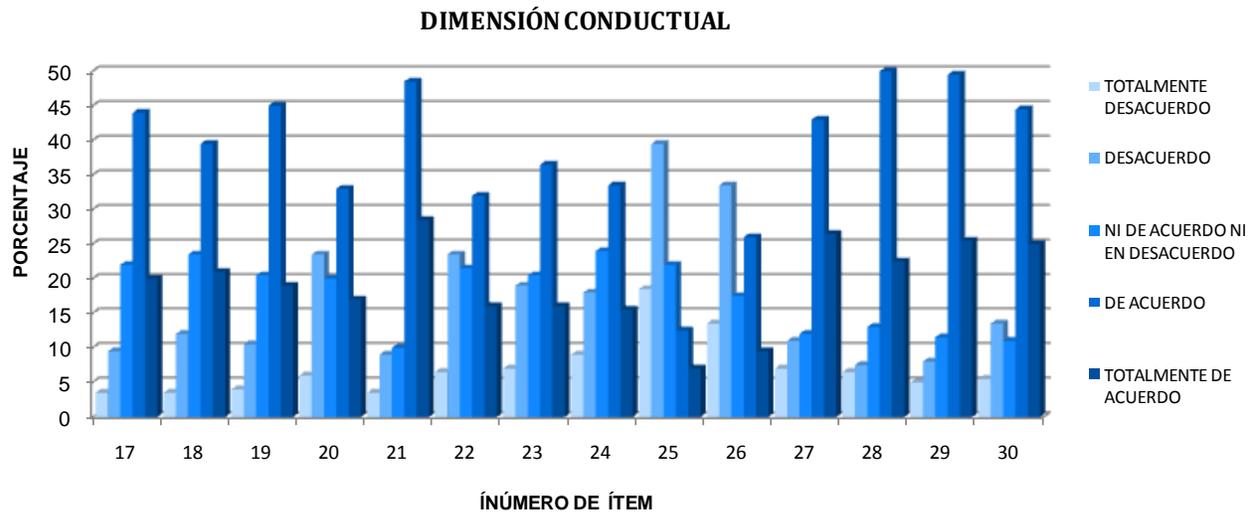
- Dimensión Conductual

Tabla 4. Distribución de frecuencias de la dimensión conductual.

Ítem	Nombre del ítem	1		2		3		4		5	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
17	Las medidas adoptadas por parte de la población para evitar contagios de influenza humana A/H1N1 fomentaron la responsabilidad individual.	7	3.5	19	9.5	44	22.0	88	44.0	40	20.0
18	Las medidas adoptadas por parte de la población para evitar contagios de influenza humana A/H1N1 fomentaron la responsabilidad social.	7	3.5	24	12.0	47	23.5	79	39.5	42	21.0
19	Las medidas preventivas recomendadas por las autoridades son necesarias para evitar contagios de influenza humana A/H1N1.	8	4.0	21	10.5	41	20.5	90	45.0	38	19.0
20	El uso de cubrebocas es necesario para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1.	12	6.0	47	23.5	40	20.0	66	33.0	34	17.0
21	El aseo de manos frecuentemente es necesario para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1.	7	3.5	18	9.0	20	10.0	97	48.5	57	28.5
22	Se debe evitar saludar de mano para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1.	13	6.5	47	23.5	43	21.5	64	32.0	32	16.0
23	Se debe evitar saludar de beso para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1.	14	7.0	38	19.0	41	20.5	73	36.5	32	16.0
24	Se debe evitar acudir a lugares públicos cerrados para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1.	18	9.0	36	18.0	48	24.0	67	33.5	31	15.5
25	Se debe evitar usar el transporte colectivo para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1.	37	18.5	79	39.5	44	22.0	25	12.5	14	7.0
26	Se debe evitar asistir a reuniones sociales para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1.	27	13.5	67	33.5	35	17.5	52	26.0	19	9.5
27	Se deben desinfectar los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1.	14	7.0	22	11.0	24	12.0	86	43.0	53	26.5
28	Se deben desinfectar los artículos personales para evitar la dispersión del virus de influenza humana A/H1N1.	13	6.5	15	7.5	26	13.0	100	50.0	45	22.5

29	Se deben mantener ventilados los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1.	10	5.0	16	8.0	23	11.5	99	49.5	51	25.5
30	Se debe permitir la entrada del sol en los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1.	11	5.5	27	13.5	22	11.0	89	44.5	50	25.0

Figura 4. Distribución de porcentajes de la dimensión conductual.



De acuerdo con la tabla 4 y la figura 4, los datos encontrados con respecto a la *Dimensión Conductual* se desarrollan de la siguiente forma:

En el ítem (17) “Las medidas adoptadas por parte de la población para evitar contagios de influenza humana A/H1N1 fomentaron la responsabilidad individual” el 44% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 22% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 20% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 9.5% contestó que estaban *en desacuerdo* y el 3.5% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (18) “Las medidas adoptadas por parte de la población para evitar contagios de influenza humana A/H1N1 fomentaron la responsabilidad social” el 39.5% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 23.5% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 21% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 12% contestó que estaban *en desacuerdo* y el 3.5% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (19) “Las medidas preventivas recomendadas por las autoridades son necesarias para evitar contagios de influenza humana A/H1N1” el 45% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 20.5% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 19% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 10.5% contestó que estaban *en desacuerdo* y el 4% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (20) “El uso de cubrebocas es necesario para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1” el 33% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 23.5% contestó que estaban *en desacuerdo*, el 20% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 17% contestó que estaban *totalmente de acuerdo* y el 6% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (21) “El aseo de manos frecuentemente es necesario para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1” el 48.5% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 28.5% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 10% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 9% contestó que estaban *en desacuerdo* y el 3.5% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (22) “Se debe evitar acudir a lugares públicos cerrados para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1” el 32% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 23.5% contestó que estaban *en desacuerdo*, el 21.5% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 16% contestó que estaban *totalmente de acuerdo* y el 6.5% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (23) “Se debe evitar saludar de beso para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1” el 36.5% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 20.5% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 19% contestó que estaban *en desacuerdo*, el 16% contestó que estaban *totalmente de acuerdo* y el 7% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (24) “Se debe evitar asistir a reuniones sociales para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1” el 33.5% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 24% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 18% contestó que estaban *en*

desacuerdo, el 15.5% contestó que estaban *totalmente de acuerdo* y el 9% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (25) “Se debe evitar usar el transporte colectivo para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1” el 39.5% de los sujetos contestaron que estaban *en desacuerdo*, el 22% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 18.5% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*, el 12.5% contestó que estaban *de acuerdo* y el 7% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*.

En el ítem (26) “Se debe evitar acudir a lugares públicos cerrados para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1” el 33.5% de los sujetos contestaron que estaban *en desacuerdo*, el 26% contestó que estaban *de acuerdo*, el 17.5% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 13.5% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo* y el 9.5% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*.

En el ítem (27) “Se deben desinfectar los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1” el 43% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 26.5% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 12% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 11% contestó que estaban *en desacuerdo* y el 7% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (28) “Se deben desinfectar los artículos personales para evitar la dispersión del virus de influenza humana A/H1N1” el 50% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 22.5% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 13% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 7.5% contestó que estaban *en desacuerdo* y el 6.5% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (29) “Se deben mantener ventilados los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1” el 49.5% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 25.5% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 11.5% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, el 8% contestó que estaban *en desacuerdo* y el 5% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

En el ítem (30) “Se debe permitir la entrada del sol en los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1” el 44.5% de los sujetos contestaron que estaban *de acuerdo*, el 25% contestó que estaban *totalmente de acuerdo*, el 13.5% contestó que estaban *en desacuerdo*, el 11% contestó que estaban *ni de acuerdo ni en desacuerdo* y el 5.5% contestó que estaban *totalmente en desacuerdo*.

5.2.2 Análisis Factorial

Se realizó el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax para obtener la validez de este apartado. Se tomó un valor mínimo de carga factorial de .400. La variable actitud, conformada por tres dimensiones (cognitivo, afectivo y conductual) arrojó ocho factores los cuales explican el 64.606% de la varianza total y un alpha general = 0.890, que determinó la existencia de confiabilidad estadística. Se presenta una tabla de definición en cada una de las tres dimensiones que componen este apartado, acompañada de su respectivo análisis factorial.

Tabla 5. Definición de factores de la dimensión cognitiva.

NOMBRE	DEFINICIÓN	INDICADORES
Prevenir	Medidas de contención ante la epidemia de influenza.	Suspensión de clases Quedarse en casa Evitar contagios
Opinión	Diversos puntos de vista de la población acerca del brote de influenza.	La diversa información generó incredulidad Las medidas deben formar parte de la vida cotidiana Las medidas fueron excesivas
Información	Conocimiento acerca de la epidemia de influenza.	La gente conoce las medidas Origen del virus por manipulación política Las medidas fueron suficientes

Tabla 6. Análisis factorial de la dimensión cognitiva con los factores: prevenir, opinión e información.

		COGNITIVA		
		Factor		
		1	2	3
PREVENIR	5. La suspensión de clases como medida preventiva fue apropiada para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1.	.791		
	6. Quedarse en casa como medida preventiva fue apropiada para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1.	.765		
	4. Las medidas de prevención hacia el virus de influenza humana A/H1N1 sirven para evitar contagios masivos.	.532		
OPINION	9. La diversa información acerca del brote de influenza humana A/H1N1 generó incredulidad hacia la veracidad de la epidemia.		.750	
	8. Las medidas preventivas de higiene para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1 deben formar parte de la vida cotidiana de la sociedad.		.748	
	7. Las medidas preventivas implementadas por las autoridades para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1 fueron excesivas.		.444	

INFORMACION	1. La gente conoce la mayoría de las medidas preventivas implementadas ante el brote del virus de influenza humana A/H1N1.			.683
	3. La divulgación de la existencia del virus de influenza humana A/H1N1 se originó por manipulaciones políticas.			.624
	2. Las medidas preventivas que se tomaron en el país fueron suficientes para evitar el contagio de influenza humana A/H1N1.			.419
	$\alpha =$.675	.494	.224

Para la dimensión cognitiva se encontraron tres factores (ver tabla 6). El primer factor denominado **prevenir** está compuesto por los ítems: “La suspensión de clases como medida preventiva fue apropiada para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .791, “Quedarse en casa como medida preventiva fue apropiada para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .765 y “Las medidas de prevención hacia el virus de influenza humana A/H1N1 sirven para evitar contagios masivos” con una carga factorial de .532.

El segundo factor denominado **opinión** está compuesto por los ítems: “La diversa información acerca del brote de influenza humana A/H1N1 generó incredulidad hacia la veracidad de la epidemia” con una carga factorial de .750, “Las medidas preventivas de higiene para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1 deben formar parte de la vida cotidiana de la sociedad” con una carga factorial de .748 y “Las medidas preventivas implementadas por las autoridades para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1 fueron excesivas” con una carga factorial de .444.

El tercer factor denominado **información** está compuesto por los ítems: “La gente conoce la mayoría de las medidas preventivas implementadas ante el brote del virus de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .683, “La divulgación de la existencia del virus de influenza humana A/H1N1 se originó por manipulaciones políticas” con una carga factorial de .624 y “Las medidas preventivas que se tomaron en el país fueron suficientes para evitar el contagio de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .419.

Tabla 7. Definición de factores de la dimensión afectiva

NOMBRE	DEFINICIÓN	INDICADORES
Provoca	Sentimientos y emociones que se originaron durante la epidemia de influenza.	Desaprobación Desconfianza Pánico Molestia
Comienzo	Sentimientos y emociones que se despertaron en la población al inicio de la epidemia.	Preocupación Incertidumbre Temor

Tabla 8. Análisis factorial de la dimensión afectiva con los factores: provoca y comienzo.

		AFECTIVA	Factor	
			1	2
PROVOCA	15. La suspensión de actividades en los sectores productivos ante el brote de humana A/H1N1 provocó desaprobación en la sociedad mexicana.		.841	
	14. La visita del Presidente de E. U. A en el país provocó desconfianza en la veracidad de la información con respecto al inicio del brote de influenza humana A/H1N1.		.740	
	16. La orden de suspensión de clases por el brote de influenza humana A/H1N1 generó pánico en las personas.		.655	
	13. Las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A/H1N1 generaron molestia en las personas.		.623	
COMIENZO	10. Es preocupante enterarse de una epidemia de influenza humana A/H1N1 como la sucedida en México en abril de 2009.			.811
	11. La alerta de epidemia de influenza humana A/H1N1 generó incertidumbre en la sociedad.			.810
	12. La alerta de epidemia de influenza humana A/H1N1 generó temor en la población.			.703
		$\alpha =$.732	.738

Para la dimensión afectiva se encontraron dos factores (ver tabla 8). El primer factor denominado **provoca** está compuesto por los ítems: “La suspensión de actividades en los sectores productivos ante el brote de influenza humana A/H1N1 provocó desaprobación en la sociedad mexicana” con una carga factorial de .841, “La visita del Presidente de E. U. A en el país provocó desconfianza en la veracidad de la información con respecto al inicio del brote de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .740, “La orden de suspensión de clases por el brote de influenza humana A/H1N1 generó pánico en las personas” con una carga factorial de .655 y “Las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A/H1N1 generaron molestia en las personas” con una carga factorial de .623.

El segundo factor denominado **comienzo** está compuesto por los ítems: “Es preocupante enterarse de una epidemia de influenza humana A/H1N1 como la sucedida en México en abril de 2009” con una carga factorial de .811, “La alerta de epidemia de influenza humana A/H1N1 generó incertidumbre en la sociedad” con una carga factorial de .810 y “La alerta de epidemia de influenza humana A/H1N1 generó temor en la población” con una carga factorial de .703.

Tabla 9. Definición de factores de la dimensión conductual.

NOMBRE	DEFINICIÓN	INDICADORES
Medidas	Recomendaciones de distanciamiento social hechas por la Secretaría de Salud.	Evitar asistir a reuniones sociales Evitar saludar de beso Evitar saludar de mano Evitar lugares públicos Evitar usar transporte colectivo Usar cubrebocas
Hogar	Medidas establecidas dentro de casa para el cuidado de la familia.	Ventilar los hogares Permitir la entrada del sol Desinfectar artículos personales Desinfectar los hogares
Responsable	Compromiso de cuidar la salud pública e individual.	Las medidas adoptadas fomentaron la responsabilidad social e individual Las medidas son necesarias El aseo de manos

Tabla 10. Análisis factorial de la dimensión conductual con los factores: medidas, hogar y responsable.

		CONDUCTUAL		
		Factor		
		1	2	3
MEDIDAS	26. Se debe evitar asistir a reuniones sociales para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1.	.801		
	23. Se debe evitar saludar de beso para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1.	.786		
	22. Se debe evitar saludar de mano para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1.	.770		
	24. Se debe evitar acudir a lugares públicos cerrados para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1.	.761		
	25. Se debe evitar usar el transporte colectivo para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1.	.721		
	20. El uso de cubrebocas es necesario para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1.	.443		

HOGAR	29. Se deben mantener ventilados los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1.		.850		
	30. Se debe permitir la entrada del sol en los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1.		.808		
	28. Se deben desinfectar los artículos personales para evitar la dispersión del virus de influenza humana A/H1N1.		.804		
	27. Se deben desinfectar los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1.		.774		
RESPONSABLE	18. Las medidas adoptadas por parte de la población para evitar contagios de influenza humana A/H1N1 fomentaron la responsabilidad social.			.804	
	17. Las medidas adoptadas por parte de la población para evitar contagios de influenza humana A/H1N1 fomentaron la responsabilidad individual.			.791	
	19. Las medidas preventivas recomendadas por las autoridades son necesarias para evitar contagios de influenza humana A/H1N1.			.774	
	21. El aseo de manos frecuentemente es necesario para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1.			.504	
		$\alpha =$.859	.874	.781

Para la dimensión conductual se encontraron tres factores (ver tabla 10). El primer factor denominado **medidas** está compuesto por los ítems: “Se debe evitar asistir a reuniones sociales para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .801, “Se debe evitar saludar de beso para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .786, “Se debe evitar saludar de mano para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .770, “Se debe evitar acudir a lugares públicos cerrados para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .761, “Se debe evitar usar el transporte colectivo para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .721 y “El uso de cubrebocas es necesario para evitar el contagio del virus de influenza humana A H1N1” con una carga factorial de .443.

El segundo factor denominado **hogar** está compuesto por los ítems: “Se deben mantener ventilados los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .850, “Se debe permitir la entrada del sol en los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .808, “Se deben desinfectar los artículos personales para evitar la dispersión del virus de influenza humana

A/H1N1” con una carga factorial de .804 y “Se deben desinfectar los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .774.

El tercer factor denominado **responsable** está compuesto por los ítems: “Las medidas adoptadas por parte de la población para evitar contagios de influenza humana A/H1N1 fomentaron la responsabilidad social” con una carga factorial de .804, “Las medidas adoptadas por parte de la población para evitar contagios de influenza humana A/H1N1 fomentaron la responsabilidad individual” con una carga factorial de .791, “Las medidas preventivas recomendadas por las autoridades son necesarias para evitar contagios de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .774 y “El aseo de manos frecuentemente es necesario para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .504.

5.2.3 Análisis de Varianza (ANOVA)

Esta prueba se hizo con el objetivo de encontrar diferencias en las variables independientes sobre los factores y se presentan sólo aquellas que fueron significativas.

- Factor **prevenir** con la variable **escolaridad**

Tabla 11. Análisis de varianza del factor prevenir con la variable escolaridad.

ESCOLARIDAD	N	Media	gl	F	Sig.
1. PRIMARIA	49	3.24	3	4.076	.008
2. SECUNDARIA	49	3.56			
3. MEDIO SUPERIOR	50	3.55			
4. SUPERIOR	50	2.98			
Total	198	3.33			

En el análisis de varianza practicado al factor **prevenir** compuesto por los ítems: (5) La suspensión de clases como medida preventiva fue apropiada para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1, (6) Quedarse en casa como medida preventiva fue apropiada para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1, y (4) Las medidas de prevención hacia el virus de influenza humana A/H1N1 sirven para evitar contagios masivos; se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable escolaridad ya que en este se obtuvo una significancia de .008, es decir, los sujetos que cuentan con un nivel de educación superior tienden a mostrar una actitud de desacuerdo hacia estas medidas, mientras que las personas con escolaridad primaria, secundaria y medio superior tienden a estar de acuerdo con estas (ver tabla 11).

- Factor **opinión** con la variable **sexo**

Tabla 12. Análisis de varianza del factor opinión con la variable sexo.

SEXO	N	Media	gl	F	Sig.
1. HOMBRE	100	3.49	1	4.529	.035
2. MUJER	100	3.73			
Total	200	3.61			

En el análisis de varianza practicado al factor **opinión** compuesto por los ítems: (9) La diversa información acerca del brote de influenza humana A/H1N1 generó incredulidad hacia la veracidad de la epidemia, (8) Las medidas preventivas de higiene para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1 deben formar parte de la vida cotidiana de la sociedad y (7) Las medidas preventivas implementadas por las autoridades para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1 fueron excesivas; se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable sexo ya que en este se obtuvo una significancia de .035, es decir, las mujeres tienden a estar más a favor de la prevención, en tanto que los hombres tienden a estar más en desacuerdo con esto (ver tabla 12).

- Factor **información** con la variable **edad**

Tabla 13. Análisis de varianza del factor información con la variable edad.

EDAD	N	Media	gl	F	Sig.
1. 18-22	53	3.40	3	2.903	.036
2. 23-31	47	3.39			
3. 32-42	49	3.18			
4. 43-67	48	3.02			
Total	197	3.25			

En el análisis de varianza practicado al factor **información** compuesto por los ítems: (1) La gente conoce la mayoría de las medidas preventivas implementadas ante el brote del virus de influenza humana A/H1N1, (3) La divulgación de la existencia del virus de influenza humana A/H1N1 se originó por manipulaciones políticas y (2) Las medidas preventivas que se tomaron en el país fueron suficientes para evitar el contagio de influenza humana A/H1N1; se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable edad ya que en este se obtuvo una significancia de .036, donde las personas de 43 a 67 años se muestran en desacuerdo con los reactivos anteriores, mientras que las personas de 18 a 42 años tienden a estar más a favor de estos (ver tabla 13).

- Factor **información** con la variable **escolaridad**

Tabla 14. Análisis de varianza del factor información con la variable escolaridad.

ESCOLARIDAD	N	Media	gl	F	Sig.
1. PRIMARIA	50	3.13	3	2.726	.045
2. SECUNDARIA	48	3.40			
3. MEDIO SUPERIOR	50	3.41			
4. SUPERIOR	49	3.07			
Total	197	3.25			

En el análisis de varianza practicado al factor **información** compuesto por los ítems: (1) La gente conoce la mayoría de las medidas preventivas implementadas ante el brote del virus de influenza humana A/H1N1, (3) La divulgación de la existencia del virus de influenza humana A/H1N1 se originó por manipulaciones políticas y (2) Las medidas preventivas que se tomaron en el país fueron suficientes para evitar el contagio de influenza humana A/H1N1; se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable escolaridad ya que en este se obtuvo una significancia de .045, donde los sujetos que cuentan con un nivel de educación superior tienden a mostrar una actitud de desacuerdo con los reactivos anteriores, mientras que las personas con escolaridad primaria, secundaria y medio superior tienden a estar de acuerdo con estos reactivos (ver tabla 14).

- Factor **medidas** con la variable **edad**

Tabla 15. Análisis de varianza del factor medidas con la variable edad.

EDAD	N	Media	gl	F	Sig.
1. 18-22	53	2.82	3	4.474	.005
2. 23-31	47	2.96			
3. 32-42	47	3.21			
4. 43-67	49	3.41			
Total	196	3.09			

En el análisis de varianza practicado al factor **medidas** compuesto por los ítems: (26) Se debe evitar asistir a reuniones sociales para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1, (23) Se debe evitar saludar de beso para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1, (22) Se debe evitar saludar de mano para prevenir el contagio del virus de

influenza humana A/H1N1, (24) Se debe evitar acudir a lugares públicos cerrados para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1, (25) Se debe evitar usar el transporte colectivo para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1 y (20) El uso de cubrebocas es necesario para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1; se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable edad ya que en este se obtuvo una significancia de .005, es decir, las personas de 43 a 67 años tienden a estar más a favor de llevar a cabo éstas medidas preventivas, mientras que las personas de 18 a 42 años están en desacuerdo con éstas medidas (ver tabla 15).

- Factor **medidas** con la variable **estado civil**

Tabla 16. Análisis de varianza del factor medidas con la variable estado civil.

ESTADO CIVIL	N	Media	gl	F	Sig.
1. SOLTERO (A)	86	2.95	1	4.092	.044
2. CASADO (A)	110	3.21			
Total	196	3.09			

En el análisis de varianza practicado al factor **medidas** compuesto por los ítems: (26) Se debe evitar asistir a reuniones sociales para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1, (23) Se debe evitar saludar de beso para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1, (22) Se debe evitar saludar de mano para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1, (24) Se debe evitar acudir a lugares públicos cerrados para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1, (25) Se debe evitar usar el transporte colectivo para prevenir el contagio del virus de influenza humana A/H1N1 y (20) El uso de cubrebocas es necesario para evitar el contagio del virus de influenza humana A/H1N1; se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable estado civil ya que en este se obtuvo una significancia de .044, donde las personas solteras están en desacuerdo en llevar a cabo éstas medidas, mientras que las personas casadas tienden a estar a favor de realizarlas (ver tabla 16).

- Factor **hogar** con la variable **sexo**

Tabla 17. Análisis de varianza del factor hogar con la variable sexo.

SEXO	N	Media	gl	F	Sig.
1. HOMBRE	99	3.58	1	6.659	.011
2. MUJER	100	3.92			
Total	199	3.75			

En el análisis de varianza practicado al factor **hogar** compuesto por los ítems: (29) Se deben mantener ventilados los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1, (30) Se debe permitir la entrada del sol en los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1, (28) Se deben desinfectar los artículos personales para evitar la dispersión del virus de influenza humana A/H1N1 y (27) Se deben desinfectar los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A/H1N1; se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable sexo ya que en este se obtuvo una significancia de .011, donde las mujeres tienden a estar a favor de realizar éstas medidas en el hogar, mientras que los hombres tienden a estar en desacuerdo con la realización de estas (ver tabla 17).

5.3 Apartado 2 “Medios de Comunicación”

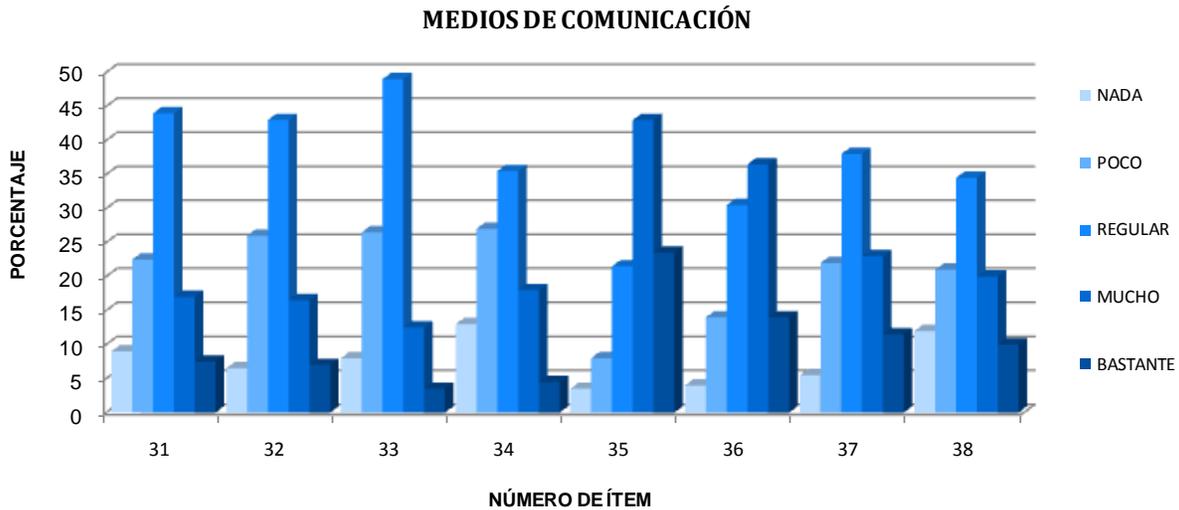
5.3.1 Frecuencias y Porcentajes

A continuación se describen los datos obtenidos de cada ítem que compone este apartado.

Tabla 18. Distribución de frecuencias del factor confiable de medios de comunicación.

Ítem	Nombre del ítem	1		2		3		4		5	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
31	La información acerca del virus de influenza humana A/H1N1 proporcionada por los noticieros de televisión fue confiable.	18	9.0	45	22.5	88	44.0	34	17.0	15	7.5
32	La información acerca del virus de influenza humana A/H1N1 proporcionada en la radio fue confiable.	13	6.5	52	26.0	86	43.0	33	16.5	14	7.0
33	La información acerca del virus de influenza humana A/H1N1 divulgada en los periódicos fue confiable.	16	8.0	53	26.5	98	49.0	25	12.5	7	3.5
34	La información publicada en internet sobre la epidemia de influenza humana A/H1N1 fue confiable.	26	13.0	54	27.0	71	35.5	36	18.0	9	4.5
35	La televisión fomentó que se realizaran las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A/H1N1.	7	3.5	16	8.0	43	21.5	86	43.0	47	23.5
36	La radio fomentó que se realizaran las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A/H1N1.	8	4.0	28	14.0	61	30.5	73	36.5	28	14.0
37	El periódico fomentó que se llevaran a cabo las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A/H1N1.	11	5.5	44	22.0	76	38.0	46	23.0	23	11.5
38	La información publicada en internet sobre el brote de influenza humana A/H1N1 fomentó que llevaran a cabo las medidas de prevención.	24	12.0	42	21.0	69	34.5	40	20.0	20	10.0

Figura 5. Distribución de porcentajes de medios de comunicación.



De acuerdo con la tabla 18 y la figura 5, los datos encontrados con respecto a la *Dimensión Conductual* se desarrollan de la siguiente forma:

En el ítem (31) “La información acerca del virus de influenza humana A/H1N1 proporcionada por los noticieros de televisión fue confiable” el 44% de los sujetos contestaron que *regular*, el 22.5% contestó que *poco*, el 17% *mucho*, 9% *nada* y el 7.5% *bastante*.

En el ítem (32) “La información acerca del virus de influenza humana A/H1N1 proporcionada en la radio fue confiable” el 43% de los sujetos contestaron que *regular*, el 26% contestó que *poco*, el 16.5% *mucho*, 7% *bastante* y el 6.5% *nada*.

En el ítem (33) “La información acerca del virus de influenza humana A/H1N1 divulgada en los periódicos fue confiable” el 49% de los sujetos contestaron que *regular*, el 26.5% contestó que *poco*, el 12.5% *mucho*, 8% *nada* y el 3.5% *bastante*.

En el ítem (34) “La información publicada en internet sobre la epidemia de influenza humana A/H1N1 fue confiable” el 35.5% de los sujetos contestaron que *regular*, el 27% contestó que *poco*, el 18% *mucho*, 13% *nada* y el 4.5% *bastante*.

En el ítem (35) “La televisión fomentó que se realizaran las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A/H1N1” el 43% de los sujetos contestaron que *mucho*, el 23.5% contestó que *bastante*, el 21.5% *regular*, el 8% *poco* y el 3.5% *nada*.

En el ítem (36) “La radio fomentó que se realizaran las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A/H1N1” el 36.5% de los sujetos contestaron que *mucho*, el 30.5% *regular*, el 14% *bastante*, el 14% *poco* y el 4% *nada*.

En el ítem (37) “El periódico fomento que se llevaran a cabo las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A/H1N1” el 38% de los sujetos contestaron que *regular*, el 23% contestó que *mucho*, el 22% *poco*, el 11.5% *bastante* y el 5.5% *nada*.

En el ítem (38) “La información publicada en internet sobre el brote de influenza humana A/H1N1 fomentó que llevaran a cabo las medidas de prevención” el 34.5% de los sujetos contestaron que *regular*, el 21% *poco*, el 20% *mucho*, el 12% *nada* y el 10% *bastante*.

5.3.2 Análisis Factorial

Se realizó el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax para obtener la validez de este apartado. Se tomó un valor mínimo de carga factorial de .400. Se encontraron dos factores que explican el 64.284% de la varianza total y un alpha general = 0.845, que determinó la existencia de confiabilidad estadística. Se presenta una tabla de definición acompañada de su respectivo análisis factorial.

Tabla 19. Definición de factores de medios de comunicación.

NOMBRE	DEFINICIÓN	INDICADORES
Confiable	Que tan creíble resultó para la población la información proporcionada por los medios de comunicación.	La información acerca del virus A/H1N1 proporcionada por los medios de comunicación (televisión, radio, periódico e internet) fue confiable.
Fomenta	Medios que más promovieron las medidas de prevención.	Los medios de comunicación (televisión, radio, periódico e internet) fomentaron que se realizaran las medidas de prevención ante el brote de influenza humana.

Tabla 20. Análisis factorial de medios de comunicación con los factores: fomenta y confiable.

		MEDIOS DE COMUNICACION	Factor		
			1	2	
CONFIABLE		31. La información acerca del virus de influenza humana A/H1N1 proporcionada por los noticieros de televisión fue confiable.	.890		
		32. La información acerca del virus de influenza humana A/H1N1 proporcionada en la radio fue confiable.	.846		
		33. La información acerca del virus de influenza humana A/H1N1 divulgada en los periódicos fue confiable.	.756		
		34. La información publicada en internet sobre la epidemia de influenza humana A/H1N1 fue confiable.	.526		
FOMENTA		36. La radio fomentó que se realizaran las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A/H1N1.		.809	
		37. El periódico fomentó que se llevaran a cabo las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A/H1N1.		.807	
		38. La información publicada en internet sobre el brote de influenza humana A/H1N1 fomentó que llevaran a cabo las medidas de prevención.		.726	
		35. La televisión fomentó que se realizaran las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A/H1N1.		.703	
			$\alpha =$.806	.809

De acuerdo con la tabla 20, el primer factor denominado **confiable** está compuesto por los ítems: “La información acerca del virus de influenza humana A/H1N1 proporcionada por los noticieros de televisión fue confiable” con una carga factorial de .890, “La información acerca del virus de influenza humana A/H1N1 proporcionada en la radio fue confiable” con una carga factorial de .846, “La información acerca del virus de influenza humana A/H1N1 divulgada en los periódicos fue confiable” con una carga factorial de .756 y “La información publicada en internet sobre la epidemia de influenza humana A/H1N1 fue confiable” con una carga factorial de .526.

El segundo factor denominado **fomenta** está compuesto por los ítems: “La radio fomentó que se realizaran las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .809, “El periódico fomento que se llevaran a cabo las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .807, “La información publicada en internet sobre el brote de influenza humana A/H1N1 fomentó que llevaran a cabo las medidas de prevención” con una carga factorial de .726 y “La televisión fomentó que se realizaran las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A/H1N1” con una carga factorial de .703.

5.4 Apartado 3 “Medidas de Prevención”

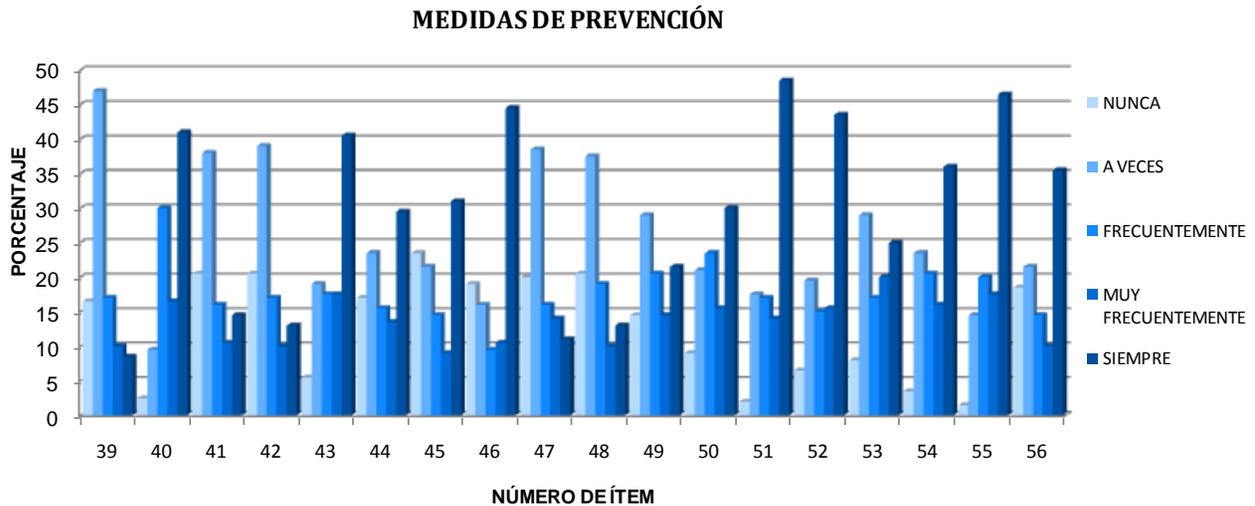
5.4.1 Frecuencias y Porcentajes

A continuación se describen los datos obtenidos de cada ítem que compone este apartado.

Tabla 21. Distribución de frecuencias del factor evitar de medidas de prevención.

Ítem	Nombre del ítem	1		2		3		4		5	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
39	Usar cubrebocas	33	16.5	94	47.0	34	17.0	20	10.0	17	8.5
40	Lavarse las manos	5	2.5	19	9.5	60	30.0	33	16.5	82	41.0
41	Evitar saludar de beso	41	20.5	76	38.0	32	16.0	21	10.5	29	14.5
42	Evitar saludar de mano	41	20.5	78	39.0	34	17.0	20	10.0	26	13.0
43	Al toser o estornudar cubrirse con el antebrazo	11	5.5	38	19.0	35	17.5	35	17.5	81	40.5
44	Usar un pañuelo desechable al toser o estornudar	34	17.0	47	23.5	31	15.5	27	13.5	59	29.5
45	Desechar los pañuelos usados a la basura en una bolsa de plástico cerrada	47	23.5	43	21.5	29	14.5	18	9.0	62	31.0
46	No escupir en el suelo ni en otras superficies expuestas al medio ambiente	38	19.0	32	16.0	19	9.5	21	10.5	89	44.5
47	Evitar asistir a lugares concurridos	40	20.0	77	38.5	32	16.0	28	14.0	22	11.0
48	Evitar asistir a eventos sociales	41	20.5	75	37.5	38	19.0	20	10.0	26	13.0
49	Desinfección de artículos personales	29	14.5	58	29.0	41	20.5	29	14.5	43	21.5
50	Desinfección del hogar	18	9.0	42	21.0	47	23.5	31	15.5	60	30.0
51	Ventilar bien la casa	4	2.0	35	17.5	34	17.0	28	14.0	97	48.5
52	Favorecer la entrada del sol en el hogar	13	6.5	39	19.5	30	15.0	31	15.5	87	43.5
53	Evitar cambios bruscos de temperatura	16	8.0	58	29.0	34	17.0	40	20.0	50	25.0
54	Ingerir alimentos ricos en vitaminas A y C	7	3.5	47	23.5	41	20.5	32	16.0	72	36.0
55	Tomar abundantes líquidos	3	1.5	29	14.5	40	20.0	35	17.5	93	46.5
56	No compartir alimentos ni bebidas con otras personas	37	18.5	43	21.5	29	14.5	20	10.0	71	35.5

Figura 6. Distribución de porcentajes de medidas de prevención.



De acuerdo con la tabla 21 y la figura 6, los datos encontrados con respecto a la *Dimensión Conductual* se desarrollan de la siguiente forma:

En el ítem (39) “Usar cubrebocas” el 47% de los sujetos contestaron que *a veces* cumplían con esta medida, el 17% lo hacía *frecuentemente*, el 16.5% contestó que *nunca*, el 10% *muy frecuentemente* y el 8.5% *siempre*.

En el ítem (40) “Lavarse las manos” el 41% de los sujetos contestaron que *siempre* cumplieron con esta medida, el 30% *frecuentemente*, el 16.5% *muy frecuentemente*, el 9.5% *a veces* y el 2.5% *nunca*.

En el ítem (41) “Evitar saludar de beso” el 38% de los sujetos contestaron que *a veces* cumplían con esta medida, el 20.5% contestó que *nunca*, el 16% lo hacía *frecuentemente*, el 14.5% *muy frecuentemente* y el 10.5% *siempre*.

En el ítem (42) “Evitar saludar de mano” el 39% de los sujetos contestaron que *a veces* cumplían con esta medida, el 20.5% contestó que *nunca*, el 17% lo hacía *frecuentemente*, el 13% *siempre* y el 10% *muy frecuentemente*.

En el ítem (43) “Al toser o estornudar cubrirse con el antebrazo” el 40.5% de los sujetos contestaron que *siempre* cumplieron con esta medida, el 19% *a veces*, el 17.5% *frecuentemente*, el 17.5% *muy frecuentemente* y el 5.5% *nunca*.

En el ítem (44) “Usar un pañuelo desechable al toser o estornudar” el 29.5% de los sujetos contestaron que *siempre* cumplieron con esta medida, el 23.5% *a veces*, el 17% *nunca*, el 15.5% *frecuentemente* y el 13.5% *muy frecuentemente*.

En el ítem (45) “Desechar los pañuelos usados a la basura en una bolsa de plástico cerrada” el 31% de los sujetos contestaron que *siempre* cumplieron con esta medida, el 23.5% *nunca*, el 21.5% *a veces*, el 14.5% *frecuentemente* y el 9% *muy frecuentemente*.

En el ítem (46) “No escupir en el suelo ni en otras superficies expuestas al medio ambiente” el 44.5% de los sujetos contestaron que *siempre* cumplieron con esta medida, el 19% *nunca*, el 16% *a veces*, el 10.5% *muy frecuentemente* y el 9.5% *frecuentemente*.

En el ítem (47) “Evitar asistir a lugares concurridos” el 38.5% de los sujetos contestaron que *a veces* cumplían con esta medida, el 20% contestó que *nunca*, el 16% lo hacía *frecuentemente*, el 14% *muy frecuentemente* y el 11% *siempre*.

En el ítem (48) “Evitar asistir a eventos sociales” el 37.5% de los sujetos contestaron que *a veces* cumplían con esta medida, el 20.5% contestó que *nunca*, el 19% lo hacía *frecuentemente*, el 13% *siempre* cumplió y el 10% *muy frecuentemente*.

En el ítem (49) “Desinfección de artículos personales” el 29% de los sujetos contestaron que *a veces* cumplían con esta medida, el 21.5% *siempre*, el 20.5% *frecuentemente*, el 14.5% *muy frecuentemente* y el 14.5% *nunca*.

En el ítem (50) “Desinfección del hogar” el 30% de los sujetos contestaron que *siempre* cumplieron con esta medida, el 23.5% *frecuentemente*, el 21% *a veces*, el 15.5% *muy frecuentemente* y el 9% *nunca*.

En el ítem (51) “Ventilar bien la casa” el 48.5% de los sujetos contestaron que *siempre* cumplieron con esta medida, el 17.5% *a veces*, el 17% *frecuentemente*, el 14% *muy frecuentemente* y el 2% *nunca*.

En el ítem (52) “Favorecer la entrada del sol en el hogar” el 43.5% de los sujetos contestaron que *siempre* cumplieron con esta medida, el 19.5% *a veces*, el 15.5% *muy frecuentemente*, el 15% *frecuentemente* y el 6.5% *nunca*.

En el ítem (53) “Evitar cambios bruscos de temperatura” el 29% de los sujetos contestaron que *a veces* cumplían con esta medida, el 25% *siempre*, el 20% *muy frecuentemente*, el 17% *frecuentemente* y el 8% *nunca*.

En el ítem (54) “Ingerir alimentos ricos en vitaminas A y C” el 36% de los sujetos contestaron que *siempre* cumplieron con esta medida, el 23.5% *a veces*, el 20.5% *frecuentemente*, el 16% *muy frecuentemente* y el 3.5% *nunca*.

En el ítem (55) “Tomar abundantes líquidos” el 46.5% de los sujetos contestaron que *siempre* cumplieron con esta medida, el 20% *frecuentemente*, el 17.5% *muy frecuentemente*, el 14.5% *a veces* y el 1.5% *nunca*.

En el ítem (56) “No compartir alimentos ni bebidas con otras personas” el 35.5% de los sujetos contestaron que *siempre* cumplían con esta medida, el 21.5% contestaron que *a veces*, el 18.5% *nunca*, el 14.5% *frecuentemente* y el 10% *muy frecuentemente*.

5.4.2 Análisis Factorial

Se realizó el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax para obtener la validez de este apartado. Se tomó un valor mínimo de carga factorial de .400. Se encontraron cuatro factores que explican el 60.542% de la varianza total y un alpha general = 0.890, que determinó la existencia de confiabilidad estadística. Se presenta una tabla de definición acompañada de su respectivo análisis factorial.

Tabla 22. Definición de factores de medidas de prevención.

NOMBRE	DEFINICIÓN	INDICADORES
Evitar	Medidas de distanciamiento social	Evitar asistir a eventos sociales Evitar asistir a lugares concurridos Evitar saludar de mano Evitar saludar de beso Usar cubrebocas No compartir alimentos ni bebidas con otras personas
Cuidar	Medidas para el cuidado propio de la salud	Tomar abundantes líquidos Evitar cambios bruscos de temperatura Ingerir alimentos ricos en vitaminas A y C Desinfección del hogar Desinfección de artículos personales
Seguridad	Medidas encaminadas a la protección de las demás personas	Usar un pañuelo desechable al toser o estornudar Al toser o estornudar cubrirse con el antebrazo Desechar los pañuelos usados a la basura en una bolsa de plástico cerrada Lavarse las manos
Externo	Medidas encaminadas al cuidado de la familia.	No escupir en el suelo ni en otras superficies expuestas al medio ambiente Favorecer la entrada del sol en el hogar Ventilar bien la casa

Tabla 23. Descripción del análisis factorial de medidas de prevención con los factores: evitar, cuidar, seguridad y externo.

MEDIDAS DE PREVENCION		Factor			
		1	2	3	4
EVITAR	48. Evitar asistir a eventos sociales	.843			
	47. Evitar asistir a lugares concurridos	.826			
	42. Evitar saludar de mano	.762			
	41. Evitar saludar de beso	.721			
	39. Usar cubrebocas	.637			
	56. No compartir alimentos ni bebidas con otras personas	.434			

CUIDAR	55. Tomar abundantes líquidos		.764			
	54. Ingerir alimentos ricos en vitaminas A y C		.737			
	53. Evitar cambios bruscos de temperatura		.680			
	50. Desinfección del hogar		.591			
	49. Desinfección de artículos personales		.531			
SEGURIDAD	44. Usar un pañuelo desechable al toser o estornudar			.790		
	43. Al toser o estornudar cubrirse con el antebrazo			.741		
	45. Desechar los pañuelos usados a la basura en una bolsa de plástico cerrada			.710		
	40. Lavarse las manos			.519		
EXTERNO	46. No escupir en el suelo ni en otras superficies expuestas al medio ambiente				.695	
	52. Favorecer la entrada del sol en el hogar				.611	
	51. Ventilar bien la casa				.586	
		$\alpha =$.834	.794	.779	.713

De acuerdo con la tabla 23, el primer factor denominado **evitar** está compuesto por los ítems: “Evitar asistir a eventos sociales” con una carga factorial de .843, “Evitar asistir a lugares concurridos” con una carga factorial de .826, “Evitar saludar de mano” con una carga factorial de .762, “Evitar saludar de beso con una carga factorial de .721, “Usar cubrebocas” con una carga factorial de .637 y “No compartir alimentos ni bebidas con otras personas” con una carga factorial de .434.

El segundo factor denominado **cuidar** está compuesto por los ítems: “Tomar abundantes líquidos” con una carga factorial de .764, “Ingerir alimentos ricos en vitaminas A y C” con una carga factorial de .737, “Evitar cambios bruscos de temperatura” con una carga factorial de .680, “Desinfección del hogar” con una carga factorial de .591 y “Desinfección de artículos personales” con una carga factorial de .531.

El tercer factor denominado **seguridad** está compuesto por los ítems: “Usar un pañuelo desechable al toser o estornudar” con una carga factorial de .790, “Al toser o estornudar cubrirse con el antebrazo” con una carga factorial de .741, “Desechar los pañuelos usados a la basura en una bolsa de plástico cerrada” con una carga factorial de .710 y “Lavarse las manos” con una carga factorial de .519.

El cuarto factor denominado **externo** está compuesto por los ítems: “No escupir en el suelo ni en otras superficies expuestas al medio ambiente” con una carga factorial de .695, “Favorecer la entrada del sol en el hogar” con una carga factorial de .611 y “Ventilar bien la casa” con una carga factorial de .586.

5.4.3 Análisis de Varianza (ANOVA)

- Factor **evitar** con la variable **edad**

Tabla 24. Análisis de varianza del factor evitar con la variable edad.

EDAD	N	Media	gl	F	Sig.
1. 18-22	52	2.31	3	8.200	.000
2. 23-31	45	2.66			
3. 32-42	49	2.54			
4. 43-67	49	3.19			
Total	195	2.67			

En el análisis de varianza practicado al factor **evitar** compuesto por los ítems: (48) Evitar asistir a eventos sociales, (47) Evitar asistir a lugares concurridos, (42) Evitar saludar de mano, (41) Evitar saludar de beso, (39) Usar cubrebocas y (56) No compartir alimentos ni bebidas con otras personas; se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable edad ya que en este se obtuvo una significancia de .000, donde las personas de 43 a 67 años realizaron frecuentemente las medidas de prevención que componen este factor, en tanto que las personas de 18 a 42 años las realizaron a veces (ver tabla 24).

- Factor **evitar** con la variable **estado civil**

Tabla 25. Análisis de varianza del factor evitar con la variable estado civil.

ESTADO CIVIL	N	Media	gl	F	Sig.
1. SOLTERO (A)	85	2.49	1	5.356	.022
2. CASADO (A)	110	2.81			
Total	195	2.67			

En el análisis de varianza practicado al factor **evitar** compuesto por los ítems: (48) Evitar asistir a eventos sociales, (47) Evitar asistir a lugares concurridos, (42) Evitar saludar de mano, (41)

Evitar saludar de beso, (39) Usar cubrebocas y (56) No compartir alimentos ni bebidas con otras personas; se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable estado civil ya que en este se obtuvo una significancia de .022, donde las personas casadas llevaron a cabo frecuentemente estas medidas, mientras que las personas solteras las realizaron ocasionalmente (ver tabla 25).

- Factor **evitar** con la variable **sexo**

Tabla 26. Análisis de varianza del factor evitar con la variable sexo.

SEXO	N	Media	gl	F	Sig.
1. HOMBRE	97	2.53	1	4.091	.044
2. MUJER	98	2.81			
Total	195	2.67			

En el análisis de varianza practicado al factor **evitar** compuesto por los ítems: (48) Evitar asistir a eventos sociales, (47) Evitar asistir a lugares concurridos, (42) Evitar saludar de mano, (41) Evitar saludar de beso, (39) Usar cubrebocas y (56) No compartir alimentos ni bebidas con otras personas; se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable sexo ya que en este se obtuvo una significancia de .044, es decir, las mujeres realizaron con frecuencia estas medidas de prevención, mientras que los hombres sólo a veces las realizaron (ver tabla 26).

- Factor **cuidar** con la variable **edad**

Tabla 27. Análisis de varianza del factor cuidar con la variable edad.

EDAD	N	Media	gl	F	Sig.
1. 18-22	51	3.10	3	3.481	.017
2. 23-31	47	3.50			
3. 32-42	49	3.44			
4. 43-67	49	3.70			
Total	196	3.43			

En el análisis de varianza practicado al factor **cuidar** compuesto por los ítems: (55) Tomar abundantes líquidos, (53) Evitar cambios bruscos de temperatura, (54) Ingerir alimentos ricos en vitaminas A y C, (50) Desinfección del hogar y (49) Desinfección de artículos personales; se

encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable edad ya que en este se obtuvo una significancia de .017, donde las personas de 43 a 67 años realizaron muy frecuentemente las medidas de prevención que componen este factor, mientras que las personas de 18 a 42 años las realizaron con menos frecuencia (ver tabla 27).

- Factor **cuidar** con la variable **estado civil**

Tabla 28. Análisis de varianza del factor evitar con la variable estado civil.

ESTADO CIVIL	N	Media	gl	F	Sig.
1. SOLTERO (A)	85	3.23	1	6.499	.012
2. CASADO (A)	111	3.58			
Total	196	3.43			

En el análisis de varianza practicado al factor **cuidar** compuesto por los ítems: (55) Tomar abundantes líquidos, (53) Evitar cambios bruscos de temperatura, (54) Ingerir alimentos ricos en vitaminas A y C, (50) Desinfección del hogar y (49) Desinfección de artículos personales; se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable estado civil ya que en este se obtuvo una significancia de .012, donde las personas casadas realizaron con mayor frecuencia estas medidas, mientras que las personas solteras las realizaron con menor frecuencia (ver tabla 28).

- Factor **cuidar** con la variable **sexo**

Tabla 29. Análisis de varianza del factor cuidar con la variable sexo.

SEXO	N	Media	gl	F	Sig.
1. HOMBRE	97	3.20	1	11.171	.001
2. MUJER	99	3.65			
Total	196	3.43			

En el análisis de varianza practicado al factor **cuidar** compuesto por los ítems: (55) Tomar abundantes líquidos, (53) Evitar cambios bruscos de temperatura, (54) Ingerir alimentos ricos en vitaminas A y C, (50) Desinfección del hogar y (49) Desinfección de artículos personales; se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable sexo ya que en este se obtuvo una significancia de .001, es decir, las mujeres realizaron muy

frecuentemente estas medidas de prevención, mientras que los hombres las realizaron con menor frecuencia (ver tabla 29).

- Factor **seguridad** con la variable **sexo**

Tabla 30. Análisis de varianza del factor seguridad con la variable sexo.

SEXO	N	Media	gl	F	Sig.
1. HOMBRE	98	3.16	1	13.667	.000
2. MUJER	98	3.71			
Total	196	3.43			

En el análisis de varianza practicado al factor **seguridad** compuesto por los ítems: (44) Usar un pañuelo desechable al toser o estornudar, (43) Al toser o estornudar cubrirse con el antebrazo, (45) Desechar los pañuelos usados a la basura en una bolsa de plástico cerrada y (40) Lavarse las manos; se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable sexo ya que en este se obtuvo una significancia de .000, es decir, las mujeres realizaron muy frecuentemente estas medidas de prevención, mientras que los hombres las realizaron con menor frecuencia (ver tabla 30).

- Factor **externo** con la variable **edad**

Tabla 31. Análisis de varianza del factor externo con la variable edad.

EDAD	N	Media	gl	F	Sig.
1. 18-22	52	3.52	3	2.665	.049
2. 23-31	48	3.54			
3. 32-42	48	3.63			
4. 43-67	49	4.07			
Total	197	3.69			

En el análisis de varianza practicado al factor **externo** compuesto por los ítems: (46) No escupir en el suelo ni en otras superficies expuestas al medio ambiente, (52) Favorecer la entrada del sol en el hogar y (51) Ventilar bien la casa; se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable edad ya que en este se obtuvo una significancia de .049, donde las personas de 43 a 67 años realizaron muy frecuentemente las medidas de

prevención que componen este factor, mientras que los sujetos de 18 a 42 años las realizaron con menor frecuencia (ver tabla 31).

- Factor **externo** con la variable **sexo**

Tabla 32. Análisis de varianza del factor externo con la variable sexo.

SEXO	N	Media	gl	F	Sig.
1. HOMBRE	98	3.32	1	22.934	.000
2. MUJER	99	4.05			
Total	197	3.69			

En el análisis de varianza practicado al factor **externo** compuesto por los ítems: (46) No escupir en el suelo ni en otras superficies expuestas al medio ambiente, (52) Favorecer la entrada del sol en el hogar y (51) Ventilar bien la casa; se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable sexo ya que en este se obtuvo una significancia de .000, es decir, las mujeres realizaron muy frecuentemente estas medidas de prevención, mientras que los hombres las realizaron con menor frecuencia (ver tabla 32).

5.5 Descripción de Correlación

Esta prueba se hizo con el objetivo de encontrar la relación entre factores y se presentan sólo aquellas que fueron significativas (ver tabla 33).

De manera general, se observa correlación entre los tres componentes actitudinales (cognitivo, afectivo y conductual).

La dimensión cognitiva en el factor prevenir se correlacionó con los factores fomenta y confiable de medios de comunicación, y con el factor evitar de medidas de prevención. Asimismo, en el factor opinión se correlacionó con los factores cuidar y externo de medidas de prevención.

La dimensión afectiva en el factor provoca se correlacionó con el factor seguridad de medidas de prevención. Asimismo, en el factor comienzo se correlaciono con los factores fomenta y confiable de medios de comunicación y, a su vez con los factores evitar, cuidar, seguridad y externo de medidas de prevención.

La dimensión conductual se correlacionó con medios de comunicación y medidas de prevención en todos sus factores a excepción del factor medidas con el factor seguridad.

Medios de comunicación en el factor fomenta se correlacionó con los factores evitar, cuidar y externo de medidas de prevención. De igual forma en el factor confiable se correlacionó con los factores evitar, cuidar y seguridad de medidas de prevención.

Correlaciones

Tabla 33. Correlación de las tres dimensiones de actitud, medios de comunicación y medidas de prevención.

	FACTORES	COGNITIVAS			AFECTIVAS		CONDUCTUALES			MEDIOS DE COMUNICACIÓN		MEDIDAS DE PREVENCIÓN			
		PREVENIR	OPINION	INFORMACION	PROVOCA	COMIENZO	MEDIDAS	HOGAR	RESPONSABLE	FOMENTA	CONFIABLE	EVITAR	CUIDAR	SEGURIDAD	EXTERNO
COGNITIVAS	PREVENIR	1													
	OPINION	.214(**)	1												
	INFORMACION	.241(**)	.234(**)	1											
AFECTIVAS	PROVOCA		.418(**)	.231(**)	1										
	COMIENZO	.340(**)	.488(**)	.201(**)	.486(**)	1									
CONDUCTUALES	MEDIDAS	.424(**)				.257(**)	1								
	HOGAR	.453(**)	.377(**)		.191(**)	.441(**)	.500(**)	1							
	RESPONSABLE	.442(**)	.457(**)	.227(**)	.305(**)	.479(**)	.420(**)	.462(**)	1						
MEDIOS DE COMUNICACION	FOMENTA	.151(*)				.265(**)	.247(**)	.312(**)	.288(**)	1					
	CONFIABLE	.418(**)				.304(**)	.499(**)	.431(**)	.380(**)	.523(**)	1				
MEDIDAS DE PREVENCIÓN	EVITAR	.181(*)				.166(*)	.451(**)	.324(**)	.190(**)	.149(*)	.325(**)	1			
	CUIDAR		.239(**)			.142(*)	.197(**)	.344(**)	.241(**)	.201(**)	.146(*)	.437(**)	1		
	SEGURIDAD					-.153(*)	.157(*)	.276(**)	.198(**)	.167(*)	.446(**)	.545(**)	.446(**)	1	
	EXTERNO		.346(**)			.204(**)	.172(*)	.344(**)	.221(**)	.204(**)	.370(**)	.574(**)	.509(**)	.509(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).



CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

En el presente capítulo se realiza el análisis teórico con base en la descripción de resultados expuestos anteriormente, con la finalidad de confirmar y/o rechazar las hipótesis planteadas en este trabajo.

Se encuentra de manera general que habitantes de la zona metropolitana presentan una actitud favorable hacia las medidas de prevención ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1.

Con respecto al análisis factorial realizado al apartado **Dimensiones**, se puede observar que en la *Dimensión Cognitiva*, en el factor PREVENIR se aprecia una actitud favorable hacia la mayoría de las medidas de prevención para evitar contagios masivos, sin embargo, existe una tendencia al desacuerdo con la medida quedarse en casa. Cabe señalar que, las conductas de salud están relacionadas a factores cognitivos, tales como la creencia de que ciertas conductas de salud son benéficas, o la idea de que uno puede estar expuesto a una determinada enfermedad si no pone en práctica una determinada conducta de salud (Taylor, 2007).

Probablemente, tienden al rechazo en la medida quedarse en casa porque la sociedad lleva un ritmo y estilo de vida en el que se tiene que estar en constante actividad. Además, la actual crisis global provocó que los trabajadores se arriesgaran a la infección con tal de hacer frente a sus compromisos económicos. Por lo tanto, un virus pandémico puede llegar a causar problemas, sobre todo en las sociedades actuales extremadamente móviles e interdependientes (“¿Cómo se produce”, 2009).

En relación al factor OPINIÓN existen dos reactivos cuyas respuestas de los sujetos están orientadas hacia una actitud de rechazo, debido a que consideran la información acerca del brote de Influenza Humana A/H1N1 poco confiable, así como excesivas las medidas de prevención implementadas por las autoridades. No obstante, gran parte de las personas encuestadas muestran una actitud favorable hacia que las medidas preventivas de higiene formen parte de la vida cotidiana. Mucho tienen que ver los medios de comunicación ya que son los encargados de transmitir de manera adecuada la información relacionada al acontecimiento, sin embargo, cuando no se da en estas condiciones y circula diversa información se crea

confusión y desconfianza entre la población ocasionando que se pierda la confianza en el medio. Debido a esto se observa entre la población las dos caras de un mismo efecto: la descalificación de la gravedad de la pandemia y el pánico (Material elaborado por la Dirección General de Promoción de la Salud).

En el factor INFORMACIÓN la mayoría de los encuestados están de acuerdo en que se conocen las medidas preventivas, a pesar de esto, no existe una actitud clara en cuanto a que estas son suficientes para evitar contagios. Por otra parte, se cree que la divulgación de la existencia del virus se originó por manipulaciones políticas. Como se mencionó anteriormente, el papel de los medios de comunicación durante la epidemia fue importante al dar a conocer las medidas de prevención a través de spots, sin embargo, el que una persona crea o no que una medida de salud reducirá la amenaza tiene a su vez dos componentes: si el individuo piensa o no que una práctica de salud resultará efectiva y si el costo de realizar esa medida es mayor que los beneficios que obtendrá con ella (Rosentock, 1974; en Taylor, 2007). En este caso, la duda sobre la eficacia de estas medidas pudo surgir al informar los medios sobre el incremento diario del número de contagios y muertes por Influenza Humana.

En cuanto al posible origen por manipulaciones políticas puede deberse como señala Morales et al. (1999), que la evaluación positiva o negativa de un objeto se produce a través de pensamientos e ideas denominadas *creencias*, las cuales pueden estar basadas en información indirecta obtenida de otras personas.

Páez y Márquez (op cit., 1999) conciben estas creencias como rumores, los cuales se transmiten oralmente como ciertos, sin medios probatorios seguros para demostrarlos y por lo general son de contenido negativo. Los rumores nacen de la necesidad de explicar situaciones confusas pero importantes para la gente y aliviar la tensión nacida de la incertidumbre. Por ello, durante un desastre la opinión pública tiende a atribuir la responsabilidad a un grupo concreto de autoridades, ocasionando rumores, los cuales constituyen una *caja de herramientas cultural* de los miembros de una sociedad como arma crítica, por ejemplo, las hipótesis del complot de los poderosos reaparecen en diferentes momentos de crisis y enfermedades, incluso cuando las autoridades oficiales se oponen a estas versiones de los acontecimientos.

En cuanto a la *Dimensión Afectiva*, el factor PROVOCA muestra que las medidas de prevención según los encuestados generan desaprobación, molestia y pánico, además

manifiestan desconfianza hacia la veracidad de la información con respecto al inicio del brote de Influenza Humana A/H1N1. Tal como señala Feldman (2006), los mensajes que producen temor son por lo general eficaces cuando proporcionan al receptor un medio para reducir dicho temor. Sin embargo, si el temor provocado es demasiado fuerte, los mensajes pueden activar los mecanismos de defensa de las personas y ser ignorados.

En el factor COMIENZO se puede ver que el enterarse de una epidemia como la de Influenza Humana provoca incertidumbre, preocupación y temor en la población encuestada. Como lo menciona Huici, López & Nouvilas (1996), la evaluación se fundamenta en emociones y sentimientos que la persona ha experimentado en relación a ese objeto, suceso o situación, y conforme a esto sus actitudes estarán sujetas a diferentes matices. Asimismo, el sentimiento intenso de miedo es un fenómeno frecuente en situaciones de catástrofes o de amenazas (Morales et al., 1999).

Por otra parte en la *Dimensión Conductual* en el factor MEDIDAS, la población estudiada muestra una actitud favorable hacia el uso de cubrebocas, evitar saludar de beso o mano y evitar acudir a lugares públicos. No obstante, existe una actitud de rechazo hacia evitar asistir a reuniones sociales y evitar el uso de transporte colectivo. Esto puede ser porque las actitudes como acción contienen una calidad motivacional que dan lugar a una conducta (Tornero, 1991).

Por ello, tras el amplio grado de disposición social mostrado durante la epidemia, se evidenció que al paso de los días las medidas de distanciamiento social no se realizaban en la misma magnitud que en un principio, ya que representaban un elevado costo económico y emocional para la población ("la cotidianeidad", 2009).

En el factor HOGAR se observa una actitud favorable en las medidas preventivas encaminadas a la limpieza, tales como: ventilar y desinfectar los hogares y artículos personales así como permitir la entrada del sol. Esto resulta de gran beneficio para evitar la propagación del virus de influenza ya que queda latente en objetos contaminados por lo menos durante dos horas y de 24 a 48 horas en superficies de acero; además, se estima que un virus sobrevive hasta ocho horas en superficies blandas, por tal motivo es esencial mantener las superficies limpias y desinfectadas (Revill, 2005).

En el factor RESPONSABLE existe una actitud favorable al considerar que las medidas adoptadas como el aseo de manos son necesarias para prevenir contagios además de fomentar la responsabilidad individual y social.

Según Revill (2005), más de tres cuartas partes de las enfermedades se propagan por medio de las manos; el virus de influenza sólo dura unos minutos en la piel, por lo que lavarse con frecuencia puede ser una medida eficaz de autoprotección, debido a que una persona suele tocarse la boca, la nariz, los ojos o las orejas entre una y tres veces cada cinco minutos y la mayoría del tiempo no es consciente de que lo está haciendo.

En relación al análisis de varianza se encuentran diferencias significativas en las siguientes variables sociodemográficas:

De acuerdo al factor INFORMACIÓN se observa que el grupo de 43 a 67 años y las personas de nivel superior tienden a mostrar una actitud desfavorable con respecto al conocimiento y suficiencia de las medidas preventivas así como la divulgación de la existencia del virus originada por manipulaciones políticas. Las actitudes proporcionan patrones o marcos de referencia para interpretar y orientar la experiencia del individuo, así como permitirle una nueva comprensión del mundo que lo rodea (Katz, 1960; en Worchel et al., 2002).

En el factor MEDIDAS se puede ver que los grupos de edad más joven y las personas solteras tienen una actitud desfavorable hacia el uso necesario del cubrebocas, de igual forma hacia evitar: saludar de mano, saludar de beso, asistir a reuniones sociales, acudir a lugares públicos y el uso de transporte colectivo; mientras que los sujetos de 43 a 67 años y las personas casadas muestran una actitud favorable con las medidas anteriores. Precisamente una característica del brote de Influenza Humana es que ha afectado a un grupo de edad más joven que las epidemias de gripe estacional; sin embargo se han confirmado casos en todos los grupos de edad, desde los lactantes hasta los ancianos ("Situación del virus", 2009). En efecto, las estadísticas del INSP indican un incremento del 11.7% de muertes a causa de neumonía severa entre jóvenes de 20 a 24 años en marzo/abril de 2009.

En el factor PREVENIR los sujetos con nivel educativo superior muestran una actitud de rechazo hacia las medidas de prevención para evitar contagios masivos. Esto es porque las

actitudes se forman a través de las interacciones sociales, por tal motivo, las personas tienden a desarrollar actitudes propias de los grupos con los que se relacionan (Ibáñez et al., 2004).

En el factor OPINIÓN las mujeres tienden a estar más a favor de que la diversa información generó incredulidad hacia la veracidad de la epidemia, que estas medidas son excesivas pero aun así deben formar parte de la vida cotidiana. Cabe recordar que el contexto de esta epidemia estuvo marcado por la incertidumbre ante lo desconocido. Sólo se sabía que la exposición ante el virus generaba un contagio posible y que podría ser letal. Este clima permitió el surgimiento de rumores contruidos por actores anónimos que utilizaron la contingencia para desarrollar historias sobre su origen, ocasionando duda y desinformación entre la sociedad e incrementando el escepticismo ante una situación de emergencia sanitaria (“México de mis amores”, 2009).

Por último, en el factor HOGAR las mujeres muestran estar más de acuerdo en ventilar y desinfectar el hogar y artículos personales, así como permitir la entrada del sol para evitar la propagación del virus A/H1N1. Como era de esperar, las mujeres muestran mayor preocupación por las actividades del lugar en donde viven; tanto la higiene básica como el cuidado y la limpieza de la casa deben estar incluidos en las tareas rutinarias como hábitos diarios para el cuidado de la salud (Taylor, 2007).

De acuerdo al análisis de correlación efectuado a las variables, se puede decir que existe relación entre actitud y la realización de las medidas de prevención.

Aunado a esto los resultados obtenidos de frecuencias y porcentajes muestran que de las 18 medidas recomendadas por las autoridades de la salud, 11 de ellas (*no compartir alimentos ni bebidas con otras personas, tomar abundantes líquidos, ingerir alimentos ricos en vitaminas A y C, desinfección del hogar, usar un pañuelo desechable al toser o estornudar, cubrirse con el antebrazo, desechar los pañuelos usados a la basura en una bolsa de plástico, lavarse las manos, no escupir en el suelo ni en otras superficies expuestas al medio ambiente, favorecer la entrada del sol en el hogar y ventilar bien la casa*) según los encuestados las realizaron siempre, mientras que 6 (*evitar asistir a lugares concurridos, evitar saludar de mano, usar cubrebocas, evitar saludar de beso, evitar cambios bruscos de temperatura y desinfección de artículos personales*) se llevaron a cabo de vez en cuando a pesar de tener una actitud

favorable hacia ellas; asimismo, la medida *evitar asistir a eventos sociales* presenta una actitud y realización desfavorable.

Como lo señala el modelo de los tres componentes, debe existir una relación positiva entre actitud y conducta (Whittaker, 1979). Cabe esperar, que los tres tipos de respuesta estén relacionadas de manera positiva, aunque no muy intensamente.

Además, un factor importante es la utilización del miedo como elemento persuasivo, el cual es efectivo siempre que: a) el mensaje proporcione argumentos sólidos sobre la posibilidad de que el receptor sufra de forma extrema alguna consecuencia negativa, b) los argumentos expliquen que estas consecuencias negativas se obtendrán probablemente si no se adoptan las recomendaciones sugeridas y c) el mensaje asegura que la adopción de sus recomendaciones evitará, con seguridad, las consecuencias negativas (Morales et al., 1999).

Con respecto al análisis de varianza realizado a los factores del apartado **Medidas de Prevención**, se observa que en el factor EVITAR las personas casadas, las mujeres y los sujetos de 43 a 67 años cumplieron frecuentemente con las medidas de distanciamiento social. Por otra parte, las personas solteras, los hombres y los sujetos de 18 a 42 años las realizan ocasionalmente. Como lo indican Rodrigues, Assmar y Jablonski (2002), la conducta no se encuentra sólo determinada por lo que a las personas les gustaría hacer, sino también por lo que piensan que deben hacer, por sus hábitos, y por las consecuencias esperadas de su conducta.

Cabe mencionar, que las conductas de salud varían con la edad. Por lo general en la niñez, los hábitos de salud son buenos, se deterioran en la adolescencia y al comienzo de la adultez, pero mejoran nuevamente entre personas más grandes (Taylor, 2007).

En el factor CUIDAR las personas casadas, las mujeres y los sujetos de 43 a 67 años cumplieron muy frecuentemente con las medidas enfocadas al cuidado propio de la salud, sin embargo, las personas solteras, los hombres y los sujetos de 18 a 42 años las realizan frecuentemente. En cuanto al factor SEGURIDAD, las mujeres realizan muy frecuentemente las medidas encaminadas a la protección de las demás personas, mientras que los hombres las llevan a cabo de manera frecuente. En el factor EXTERNO las personas de 43 a 67 años y las mujeres cumplen muy frecuentemente con ventilar y permitir la entrada del sol en el hogar, así

como evitar escupir en el suelo. No obstante, los encuestados de 18 a 42 años y los hombres sólo las hacen de manera frecuente.

Las medidas aplicadas durante la epidemia fueron drásticas, pero lograron frenar y disminuir la velocidad de la propagación del virus y cumplieron una responsabilidad fundamental. La respuesta de la sociedad ha sido clave para encarar la situación (“Influenza A H1N1”, 2009).

En este sentido, los aspectos de promoción de la salud de la vida familiar son evidentes en el hecho de que los hombres casados tienen mucho mejores hábitos de salud que los hombres solteros, debido en parte a que las esposas crean la vida de hogar que inculca estos hábitos sanos. Las mujeres solteras y casadas tienen estilos de vida igualmente sanos, con excepción de las mujeres solteras con niños, quienes están en desventaja con respecto a la salud (Hughes y Waite, 2002; en Taylor, 2007).

En cuanto a los resultados obtenidos de frecuencias y porcentajes del apartado **Medios de Comunicación**, se observa que los encuestados consideran regularmente confiable la información acerca del virus de Influenza Humana A/H1N1 proporcionada por la televisión, radio, periódico e internet. Aunado a esto, los encuestados opinan que la televisión y la radio fomentaron mucho la realización de las medidas preventivas, mientras que periódico e internet lo hicieron de manera regular.

Cabe destacar que la responsabilidad de los medios de comunicación es informar de manera veraz, clara, consistente y adecuada antes y durante una pandemia de influenza. Para esto la OMS ha establecido lineamientos en el manejo de la información para situaciones emergentes, denominada *comunicación de riesgos* (Material elaborado por la Dirección General de Promoción de la Salud, s.f.). La fuerza y alcance de los medios de comunicación para transmitir información es creciente, por lo que la responsabilidad social de los medios de comunicación ante esta situación es importante. Será a partir de esta información que la población podrá tomar decisiones que afectaran su vida y la de sus seres queridos.

De acuerdo con Agee y Cameron (2001; en Fonseca y Herrera, 2002), la televisión produce el mayor efecto emocional de todos los medios de comunicación. Su fuerza visual hace que las situaciones le parezcan cercanas al telespectador. La personalidad del presentador de televisión ejerce una influencia que no puede ser igualada por los medios de comunicación

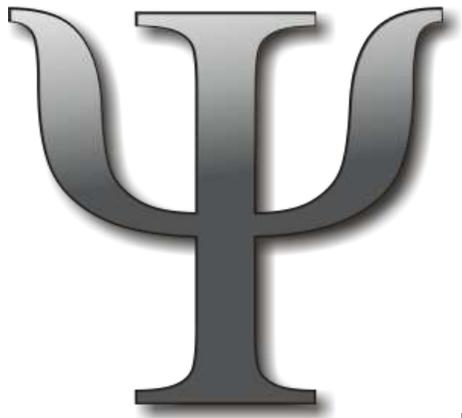
impresos. Por otra parte, la radio tiene la capacidad de llegar a públicos específicos, se pueden preparar mensajes y emitirlos más rápidamente por lo que es más fácil conseguir que el mensaje llegue al público.

Con base en los resultados de los apartados **Medidas de Prevención** y **Medios de Comunicación** se puede decir que existe relación entre persuasión de los medios y seguir las medidas de prevención ante la epidemia de Influenza Humana A/H1N1 en habitantes de la Zona Metropolitana, ya que de las 18 medidas recomendadas por las autoridades, 11 de ellas tuvieron un alto índice de realización.

De acuerdo con Petty y Cacioppo (1986; en Briñol, De la Corte y Becerra, 2001), se entiende por persuasión “cualquier cambio que ocurra en las actitudes de la persona como consecuencia de su exposición a una comunicación, dicha comunicación es diseñada y ejecutada intencionalmente con ese fin” (pp. 14-15).

Los medios de comunicación se utilizan con frecuencia para llevar a cabo campañas preventivas con la intención de modificar determinadas conductas de salud de la población, generalmente los efectos son transitorios y no se mantienen a largo plazo.

Por lo que se refiere a la eficacia persuasiva de los distintos medios, en general puede afirmarse que las estrategias que combinan más de un medio de comunicación resultan ser las más persuasivas (Briñol et al., 2001).



CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

La alerta epidemiológica que vivió México en el mes de abril de 2009 debido al brote de Influenza Humana A/H1N1 fue una situación sin precedentes en el país. Para hacer frente a esta emergencia, las autoridades tomaron medidas sanitarias para evitar que el virus se siguiera propagando. A raíz de la aparición de la influenza A, la Ciudad de México vivió una situación de incertidumbre y temor, sin duda, el ambiente social se vio modificado a causa del nuevo virus, no solo por las lamentables muertes que provocó y los miles de infectados, sino en especial por el estigma que ha marcado a la población.

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación a través de la aplicación del instrumento construido y validado para este estudio, se concluye con respecto a la primera hipótesis planteada que en general existe una actitud favorable de parte de los habitantes de la zona metropolitana investigados hacia las medidas de prevención ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1, lo que nos lleva a aceptar la hipótesis alterna.

En este caso las tres dimensiones de la actitud presentaron en conjunto una actitud favorable hacia las medidas preventivas, aunque no para los reactivos que implican la interrupción de jornadas laborales, evitar aglomeraciones de personas y creencias acerca del origen de la epidemia, puesto que el trabajo es un elemento común en todas las sociedades y además es indispensable para la supervivencia económica de las personas.

Por consiguiente, se observa que las actitudes hacia las medidas de prevención se manifiestan en aspectos cognitivos, afectivos y conductuales tal como se plasmó en los ítems de la escala. Esto implica que la gente tiene la disposición de actuar de una manera positiva ante las medidas de prevención como estrategia para enfrentar el virus de Influenza Humana A/H1N1.

En lo que respecta a la segunda hipótesis se confirma la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil y sexo) y la actitud hacia las medidas de prevención ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1 de habitantes de la Zona Metropolitana.

Se encontró que tanto la edad como el estado civil influyen en la actitud hacia las medidas de prevención, ya que son las personas de 18 a 31 años y los solteros quienes están en desacuerdo con aquellas medidas que imponen distanciamiento social, mientras que los sujetos de 32 a 67 años y los que están casados muestran una actitud de indecisión.

Quizá esto se deba a que los jóvenes y los solteros suelen tener mayor número de actividades fuera de casa: escuela, trabajo, reuniones sociales, entre otras; razón por la cual se muestran en desacuerdo con las medidas que sugieren evitar asistir a cualquier tipo de reunión social, caso contrario al de las personas de mayor edad y los casados, quienes independientemente de su trabajo tienen un mayor compromiso familiar.

De igual manera, se observa que existe una relación con la variable escolaridad, puesto que las personas con nivel superior manifiestan estar en desacuerdo con la suspensión de clases, quedarse en casa y que las medidas de prevención sirvan para evitar contagios, mientras que aquellos sujetos que tienen estudios de menor nivel académico muestran indecisión hacia éstas medidas.

Tal vez este tipo de actitudes se deba primordialmente a la situación social y económica que se vive en el país, aunado a la serie de rumores que circularon en algunos medios como periódico e internet acerca de la epidemia, lo cual no permitió un ambiente propicio para la credibilidad de ésta, a pesar de que se les enseña a los profesionistas pensar de manera crítica ante los sucesos sociales.

Asimismo, en la variable sexo se encontró que los hombres muestran una actitud de indecisión hacia la idea de que las medidas preventivas de higiene formen parte de la vida, así como, mantener ventilados los hogares, permitir la entrada del sol, desinfección de los hogares y artículos personales, en tanto que las mujeres tienden a estar más a favor de éstas medidas.

Con base en lo anterior, se refuerza la idea de que tanto las mujeres como los hombres desarrollan estilos de vida sanos desde la niñez, sin embargo, las mujeres son las que logran conservar sus hábitos de salud a lo largo de la vida.

En cuanto a la tercera hipótesis, se confirma que existe relación entre actitud y la realización de las medidas de prevención de habitantes de la zona metropolitana ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1.

Esto se fundamenta en los resultados de correlación, ya que en ellos se puede constatar la relación entre la realización de las medidas de prevención llevadas a cabo por la población y las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual, en ésta última se aprecia una mayor realización.

Como se ha mencionado con anterioridad, la actitud que se tiene hacia un objeto influye en la pauta general de respuesta hacia éste, es de esperar entonces que actitudes favorables den como consecuencia acciones de la misma índole. Cabe aclarar, como lo indica la teoría que la relación entre las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual debe ser positiva aunque no de manera muy intensa como sucedió en la correlación de esta investigación.

Finalmente, con respecto a la cuarta hipótesis se concluye que existe relación entre persuasión de los medios de comunicación (televisión, radio, periódico e internet) y seguir las medidas de prevención ante la epidemia del virus de Influenza Humana A/H1N1 en habitantes de la Zona Metropolitana.

Como ya se hizo notar en capítulos anteriores, los medios de comunicación cumplen un importante rol informativo hacia la ciudadanía respecto a cualquier acontecimiento, su objetivo es informar sobre las características y consecuencias de cualquier catástrofe con mensajes que induzcan a acciones responsables. Como se comprobó en los resultados de este estudio, todos los medios ejercen persuasión a través de los mensajes emitidos, sin embargo, el grado o magnitud de su eficacia depende de las estrategias y el alcance de los mismos. En este caso quienes fomentaron más la realización de las medidas ante la epidemia de Influenza A/H1N1 fueron la televisión y la radio, esto puede deberse a que la población tiene mayor acceso a estos dos medios, contrario al periódico e internet, que representan un gasto extra para las personas, con referencia a este último la mayoría de la gente y sobre todo los de mayor edad no manejan este tipo de tecnología. Ante esto, pudo observarse que los medios de comunicación cumplieron un papel importante para que las personas llevaran a cabo las medidas de prevención ante la epidemia.

Debido a todo lo visto anteriormente, concluimos que la investigación realizada cumplió los objetivos planteados y respondió a las preguntas formuladas. No obstante, los resultados encontrados son representativos de la muestra por lo que no pueden generalizarse.

La relevancia de este trabajo residió en el intento de explorar un fenómeno nuevo, de dimensiones y consecuencias sociales, además de permitir ampliar el conocimiento un poco más sobre la manera en que las actitudes de las personas varían hacia ciertas medidas de prevención impuestas por las autoridades de salud ante la epidemia de Influenza Humana.

Un aspecto importante que se encontró al realizar este estudio fueron las limitantes, entre las que se pueden mencionar la carencia de investigaciones y bibliografía sobre el tema en cuestión, ya que se trata de una enfermedad relativamente nueva en México.

Otra limitante se presentó cuando se recolectaron los datos, puesto que no había mucha disponibilidad por parte de la gente para contestar el cuestionario diseñado en esta investigación. Varias personas argumentaban la falta de tiempo, o bien, la desconfianza de que perteneciéramos al gobierno o que solo nos interesara obtener datos personales para hacer uso incorrecto de éstos.

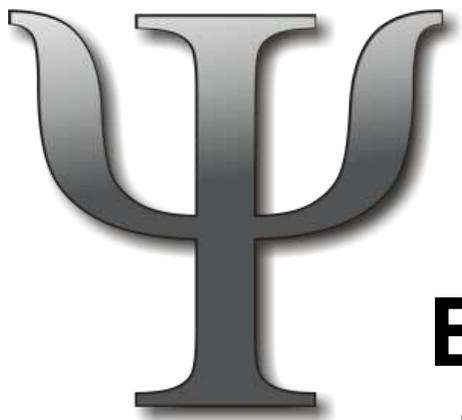
También encontramos dificultad para localizar algunos integrantes de la muestra, en especial aquellos con nivel escolar primaria, aunado a esto, las pocas personas que se encontraban se negaban a colaborar por la falta de credibilidad hacia el tema pues afirmaban que eran mentiras del gobierno.

El presente estudio deja abierta la posibilidad a futuros investigadores de seguir profundizando en la misma línea o desde perspectivas científicas diferentes, ya que es fundamental darnos cuenta de la importancia de una epidemia y lo que ésta conlleva a nivel individual y social.

Para posteriores investigaciones se recomienda explorar variables que a partir de los datos obtenidos requieren de mayor análisis, y otras que durante el desarrollo de este estudio resultaron importantes y que no fueron incluidas, tales como: el tipo de trabajo y lugar de residencia. Esto con el objetivo de recabar información más concreta y determinar si alguna de

estas variables influye en la realización de las medidas de prevención. Asimismo, se sugiere elaborar instrumentos que ayuden a enriquecer los resultados obtenidos.

Para finalizar proponemos la realización de estrategias encaminadas a concientizar a la población sobre las medidas de prevención: lavarse las manos, al toser o estornudar cubrirse con el antebrazo o usar un pañuelo desechable, desechar los pañuelos usados a la basura en una bolsa de plástico cerrada, no escupir en el suelo ni en otras superficies expuestas al medio ambiente, desinfección de artículos personales y del hogar, no compartir alimentos ni bebidas con otras personas; esto a través de folletos, talleres y conferencias que permitan el desarrollo de hábitos firmes entre las personas con el fin de estar mejor preparados ante una epidemia como la acontecida en 2009 y a su vez permita conformar una sociedad más consciente de que sus acciones pueden disminuir en gran medida ciertas enfermedades. En suma, lo sucedido debe de servir para mejorar el estado de preparación tanto de las instituciones oficiales como de la población en general.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFP, DPA y REUTERS. (2009, 30 de abril). Primer muerto en Estados Unidos; la OMS eleva a 5 el nivel de alerta. *La jornada*. Recuperado el 11 de junio de 2009, de <http://www.jornada.unam.mx/2009/04/30/index.php?section=politica&article=003n1pol>

AFP, REUTERS, DPA y NOTIMEX. (2009, 28 de abril). Eleva la OMS a fase 4 la alerta por influenza porcina en México. *La jornada*. Recuperado el 10 de junio de 2009, de <http://www.jornada.unam.mx/2009/04/28/index.php?section=politica&article=003n1pol>

Alonso, M. (1982). *Diccionario del Español Moderno*. España: Aguilar.

Baron, R. A. y Byrne, D. (1998). *Psicología Social* (8ª. Ed.). Madrid: Prentice Hall Iberia.

Bellenger, L. (1989). *La persuasión*. México: Fondo de Cultura Económica.

Burgos, E. y Régules, S. (2009, junio). El virus de Abril. *¿Cómo ves? Revista de Divulgación de la Ciencia de la Universidad Nacional Autónoma De México*, 127, 16-17.

Briñol, P., De la Corte, L. y Becerra, A. (2001). *Qué es persuasión*. España: Biblioteca Nueva.

Cevallos, M. (2009, junio). Influenza A/H1N1: la nueva epidemia. *¿Cómo ves? Revista de Divulgación de la Ciencia de la Universidad Nacional Autónoma De México*, 127, 11-12.

¿Cómo se produce una pandemia de influenza? (2009, junio). México Sano, p. 21

Cruz, M. Á. (2009, 28 de abril). Las muertes pasaron de 103 a 149; Hay mil 995 Infectados. *La Jornada*. Recuperado el 11 de junio de 2009, de <http://www.jornada.unam.mx/2009/04/28/index.php?section=politica&article=007n1pol>

Cruz, M. Á. (2009, 5 de mayo). Mañana se reanudan actividades económicas, anuncia Córdoba. *La Jornada*. Recuperado el 11 de junio de 2009, de <http://www.jornada.unam.mx/2009/05/05/index.php?section=politica&article=005n1pol>

Cruz, M. Á. (2009, 9 de mayo). Córdoba: mujeres, más de la mitad de los 45 muertos por influenza A. *La Jornada*. Recuperado el 12 de junio de 2009, de <http://www.jornada.unam.mx/2009/05/09/index.php?section=politica&article=003n1pol>

Cruz, A. y Pérez, C. (2009, 30 de abril). Suspensión parcial de actividades de la administración pública: Ssa. *La Jornada*. Recuperado el 11 de junio de 2009, de <http://www.jornada.unam.mx/2009/04/30/index.php?section=politica&article=005n1pol0>

Deutsch, M. & Krauss, R. (1994). *Teorías en Psicología Social*. México: Paidós.

Diccionario de la Lengua Española. (1985). España: Océano-Éxito S.A.

Dichos y hechos. (2009, junio). *México Sano*, p. 15 (pp. 9, 12, 15).

(2001, 3 de septiembre). Influenza: Aspectos Epidemiológicos Básicos para el Desarrollo de Vacunas. *Boletín Epidemiológico*. Recuperado 18 de noviembre de 2009, de http://www.paho.org/Spanish/sha/be_v22n3-influenza.htm

(2009). La influenza. *Secretaría de Salud*. Recuperado el 10 de junio de 2009, de <http://www.salud.df.gob.mx/influenza/images/stories/pdf/cuadernillo.pdf>

(2009). ¿Qué es la influenza humana? *Ciudad de México*. Recuperado el 15 de junio de 2009, de http://www.influenza.df.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=85&Itemid=107

(2009, 23 de abril). Por la influenza suspenden clases en DF y EDOMEX: SSA. *La Jornada*. Recuperado el 3 de junio de 2009, de <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2009/04/23/por-influenza-suspenden-clases-en-df-y-edomex-ssa>

(2009, 26 de mayo). Consideraciones y recomendaciones provisionales para el manejo clínico de la gripe por A (H1N1). *Consulta de expertos de OPS/OMS*. Recuperado el 04 de diciembre de 2009, de http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=805&Itemid=569&lang=es

(2009,18 de junio). Influenza: entre el pánico y la duda. *El Universal*. Recuperado el 20 de junio de 2009, de <http://www.eluniversal.com.mx/sociedad/3374.html>

(2009, 22 de julio). Frente al nuevo virus de influenza A (H1N1). Identificar los grupos de edad más vulnerables para priorizar uso de vacunas y antivirales. Instituto Nacional de Salud Pública. *Boletín de Prensa*. Recuperado el 23 de noviembre de 2009, de <http://www.insp.mx/medios/noticias/index.php?art/id:180>

Echebarria, A. (1991). *Psicología Social Sociocognitiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Eiser, R. (1986). *Social Psychology: Attitudes, cognition and social behavior* [Psicología Social: actitudes, cognición y conducta social]. Cambridge University Press.

Escorcía, M. (2009, 7 de mayo). La desinformación, más peligrosa que la influenza. *Boletín UNAM*. Recuperado el 5 de junio de 2009, de http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2009_277.html

Feldman, R. S. (2006). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana* (6ª. Ed.). México: McGraw-Hill.

Fonseca, M. y Herrera, M. (2002). *Diseño de campañas persuasivas*. México; Pearson Educación.

Genovard, R. C. (1980). *Diccionario de Psicología*. España: Elicien.

Gross, R. (2007). *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta* (4ª. Ed.). México: Manual Moderno.

Herrera, B. C. (2009, 25 de abril). Antivirales, no vacuna, solución si no hay contagio masivo: Ssa. *La Jornada*. Recuperado el 10 de junio de 2009, de <http://www.jornada.unam.mx/2009/04/25/index.php?section=politica&article=003n1pol>

Huici, C., López, M. & Nouvilas, E. (1996). *Psicología Social*. España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Ibáñez, T., Botella, M., Domènech, M., Feliu, J., Martínez, L. M., Pallí, C., et al. (2004). *Introducción a la Psicología Social*. Barcelona: UOC.

Kelley, K. (1991). *La persuasión en la comunicación. Teoría y contexto*. México: Paidós.

Lameiras, M. (1997). *Las actitudes: situación actual y ámbitos de aplicación*. Valencia: Promolibro.

La redacción. (2009, 24 de abril). Parán Clases en DF y Edomex por la Epidemia de Influenza. *La Jornada*. Recuperado el 10 de junio de 2009, de <http://www.jornada.unam.mx/2009/04/24/index.php?section=sociedad&article=045n1soc>

Latorre, P. J. y Beneit, M. P. (1994). *Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen.

León, J. M. y Medina, S. (2002). *Psicología Social de la Salud. Fundamentos teóricos y metodológicos*. España: Comunicación social.

Manjares, Z. M. (2007). Antecedentes y origen de la epidemia. *Medigraphic: neumología y cirugía de tórax*, 66, (S1-4).

Material elaborado por la Dirección General de Promoción de la Salud. (2007, noviembre). ¡Cuidado con la influenza! Recuperado el 23 de noviembre de 2009, de <http://www.mipediatra.com/presentaciones/influenza-tipos.pps>

Material elaborado por la Dirección General de Promoción de la Salud (s.f.). Guía informativa para empresarios sobre la posible pandemia de influenza. Recuperado el 23 de noviembre de 2009, de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/pandemia/4_guias_informativas/2_guia_empresarios.pdf

Morales, J. F., Huici, C., Moya, M., Gaviria, E., López, M. y Nouvilas, E. (1999). *Psicología Social*. España: McGraw-Hill.

Morales, J. F. y Moya, M. C. (1996). *Tratado de Psicología Social: procesos básicos*. España: Síntesis.

Morales, J. F., Moya, M., Gaviria, E. y Cuadrado, I. (2007). *Psicología Social* (3ª. Ed.). España: McGraw-Hill.

Organización Panamericana de la Salud (2009, 21 de mayo). *Plan Regional para la Vacunación en caso de Pandemia de Influenza*. Recuperado el 23 de noviembre de 2009, de http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/Influenza_RegPlan_26May09_s.pdf

Perlman, D. y Cozby, P. (1989). *Psicología Social*. México: McGraw-Hill.

Repunta contagio por el virus de la influenza A (H1N1). (2009, septiembre). *México Sano*, pág. 1

Revill, J. (2005). *Todo lo que necesita saber sobre la gripe aviaria y cómo prevenirla*. España: Planeta.

Rodrigues, A. (1991). *Psicología Social* (4ª. Ed.). México: Trillas.

Rodrigues, A., Assmar, E. y Jablonski, B. (2002). *Psicología Social* (5ª. Ed.). México. Trillas.

Rodríguez, A. (1992). *El lavado de cerebro. Psicología de la persuasión coercitiva*. España: Boixareu Universitaria.

Salazar, J. M., Montero, M., Muñoz, C., Sánchez, E., Santoro, E. y Villegas, J. F. (2006). *Psicología Social* (3ª. Ed.). México: Trillas.

Sánchez, J. (2002). *Psicología de los grupos*. España: McGraw-Hill.

Siegel, M. (2006). *La gripe aviar*. España: Amat.

SINAVE/DGAE/CENAVECE/SSA: Boletín Semanal Influenza H1N1. Recuperado el 1 de diciembre de 2009, de http://www.dgepi.salud.gob.mx/influenza/AH1N12009/ah1n1_boletines.html

Stevens, N. (2005). *La gripe aviar*. España: Sirio.

Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la Salud* (6ª. Ed.). México: McGraw-Hill.

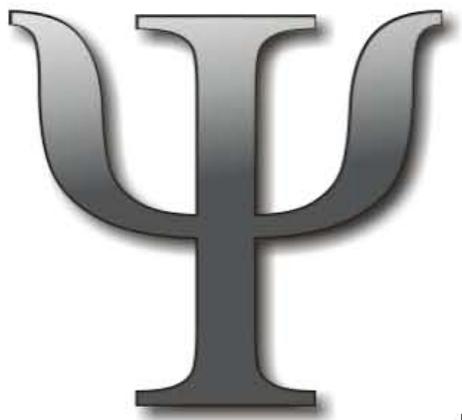
Tornero, C. (1991). *La actitud del hombre frente a la vida. Fundamentos biológicos, psicológicos y sociales de la actitud humana*. México: Porrúa.

Vander, J. W. (1986). *Manual de Psicología Social*. Argentina: Paidós.

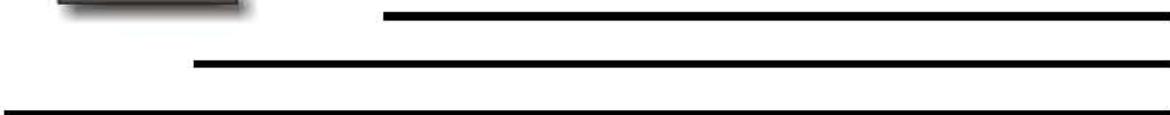
Warren, H. (Comp.). (1998). *Diccionario de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.

Whittaker, J. O. (1979). *La Psicología Social en el mundo de hoy*. México: Trillas.

Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G. R. & Olson J. M. (2002). *Psicología Social*. México: Internacional Thomson Editores.



ANEXO





ANEXO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA



**Instrumento de Evaluación de Actitud, Persuasión y Medidas de Prevención
ante la Epidemia de Influenza Humana A/H1N1**

Sexo: Hombre () Mujer ()

Escolaridad: _____

Edad: _____

Estado Civil: _____

El siguiente cuestionario tiene como propósito conocer su opinión hacia las medidas de prevención ante brote del virus de influenza humana A (H1N1) acontecido en abril de 2009.

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de aseveraciones acerca del brote de influenza humana A (H1N1), lea cuidadosamente cada una de ellas y señale con una "X" la que mejor exprese su punto de vista, conforme a la siguiente valoración:

**(1) TOTALMENTE
DESACUERDO**

(2) DESACUERDO

**(3) NI DE ACUERDO NI EN
DESACUERDO**

(4) DE ACUERDO

**(5) TOTALMENTE DE
ACUERDO**

Elija sólo una opción por cada aseveración. No hay respuestas buenas ni malas. La información que usted proporcione en este cuestionario es estrictamente confidencial y anónima y se usará con fines estadísticos.

	TOTALMENTE DESACUERDO	DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
1. La gente conoce la mayoría de las medidas preventivas implementadas ante el brote del virus de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
2. Las medidas preventivas que se tomaron en el país fueron suficientes para evitar el contagio de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
3. La divulgación de la existencia del virus de influenza humana A H1N1 se originó por manipulaciones políticas.	1	2	3	4	5
4. Las medidas de prevención hacia el virus de influenza humana A H1N1 sirven para evitar contagios masivos.	1	2	3	4	5
5. La suspensión de clases como medida preventiva fue apropiada para evitar la propagación del virus de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
6. Quedarse en casa como medida preventiva fue apropiada para evitar el contagio del virus de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
7. Las medidas preventivas implementadas por las autoridades para evitar el contagio del virus de influenza humana A H1N1 fueron excesivas.	1	2	3	4	5
8. Las medidas preventivas de higiene para evitar el contagio del virus de influenza humana A H1N1 deben formar parte de la vida cotidiana de la sociedad.	1	2	3	4	5
9. La diversa información acerca del brote de influenza humana A H1N1 generó incredulidad hacia la veracidad de la epidemia.	1	2	3	4	5

		TOTALMENTE DESACUERDO	DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
10.	Es preocupante enterarse de una epidemia de influenza humana A H1N1 como la sucedida en México en abril de 2009.	1	2	3	4	5
11.	La alerta de epidemia de influenza humana A H1N1 generó incertidumbre en la sociedad.	1	2	3	4	5
12.	La alerta de epidemia de influenza humana A H1N1 generó temor en la población.	1	2	3	4	5
13.	Las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A H1N1 generaron molestia en las personas.	1	2	3	4	5
14.	La visita del Presidente de E. U. A en el país provocó desconfianza en la veracidad de la información con respecto al inicio del brote de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
15.	La suspensión de actividades en los sectores productivos ante el brote de influenza humana A H1N1 provocó desaprobación en la sociedad mexicana.	1	2	3	4	5
16.	La orden de suspensión de clases por el brote de influenza humana A H1N1 generó pánico en las personas.	1	2	3	4	5
17.	Las medidas adoptadas por parte de la población para evitar contagios de influenza humana A H1N1 fomentaron la responsabilidad individual.	1	2	3	4	5
18.	Las medidas adoptadas por parte de la población para evitar contagios de influenza humana A H1N1 fomentaron la responsabilidad social.	1	2	3	4	5
19.	Las medidas preventivas recomendadas por las autoridades son necesarias para evitar contagios de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
20.	El uso de cubrebocas es necesario para evitar el contagio del virus de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
21.	El aseo de manos frecuentemente es necesario para evitar el contagio del virus de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
22.	Se debe evitar saludar de mano para prevenir el contagio del virus de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
23.	Se debe evitar saludar de beso para prevenir el contagio del virus de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
24.	Se debe evitar acudir a lugares públicos cerrados para prevenir el contagio del virus de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
25.	Se debe evitar usar el transporte colectivo para prevenir el contagio del virus de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5

		TOTALMENTE DESACUERDO	DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
26.	Se debe evitar asistir a reuniones sociales para prevenir el contagio del virus de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
27.	Se deben desinfectar los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
28.	Se deben desinfectar los artículos personales para evitar la dispersión del virus de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
29.	Se deben mantener ventilados los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
30.	Se debe permitir la entrada del sol en los hogares para evitar la propagación del virus de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES: A continuación elija con una "X" que tan confiable para usted es la información proporcionada por los siguientes medios.

		NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
31.	La información acerca del virus de influenza humana A H1N1 proporcionada por los noticieros de televisión fue confiable.	1	2	3	4	5
32.	La información acerca del virus de influenza humana A H1N1 proporcionada en la radio fue confiable.	1	2	3	4	5
33.	La información acerca del virus de influenza humana A H1N1 divulgada en los periódicos fue confiable.	1	2	3	4	5
34.	La información publicada en internet sobre la epidemia de influenza humana A H1N1 fue confiable.	1	2	3	4	5
35.	La televisión fomentó que se realizaran las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
36.	La radio fomentó que se realizaran las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
37.	El periódico fomentó que se llevaran a cabo las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A H1N1.	1	2	3	4	5
38.	La información publicada en internet sobre el brote de influenza humana A H1N1 fomentó que llevaran a cabo las medidas de prevención.	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES: Indique con una “X” con qué regularidad cumplió usted con las medidas de prevención ante el brote de influenza humana A H1N1.

	NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
39. Usar cubrebocas	1	2	3	4	5
40. Lavarse las manos	1	2	3	4	5
41. Evitar saludar de beso	1	2	3	4	5
42. Evitar saludar de mano	1	2	3	4	5
43. Al toser o estornudar cubrirse con el antebrazo	1	2	3	4	5
44. Usar un pañuelo desechable al toser o estornudar	1	2	3	4	5
45. Desechar los pañuelos usados a la basura en una bolsa de plástico cerrada	1	2	3	4	5
46. No escupir en el suelo ni en otras superficies expuestas al medio ambiente	1	2	3	4	5
47. Evitar asistir a lugares concurridos	1	2	3	4	5
48. Evitar asistir a eventos sociales	1	2	3	4	5
49. Desinfección de artículos personales	1	2	3	4	5
50. Desinfección del hogar	1	2	3	4	5
51. Ventilar bien la casa	1	2	3	4	5
52. Favorecer la entrada del sol en el hogar	1	2	3	4	5
53. Evitar cambios bruscos de temperatura	1	2	3	4	5
54. Ingerir alimentos ricos en vitaminas A y C	1	2	3	4	5
55. Tomar abundantes líquidos	1	2	3	4	5
56. No compartir alimentos ni bebidas con otras personas	1	2	3	4	5

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!