

Modificación de actitudes de los enfermos con cáncer hacia la atención médica otorgada en un servicio de oncología

Francisco Omar Cortes-Ibáñez, * Alma Gabriela Valenzuela-Flores, * Juan Alejandro Silva, **
Claudia Cristina Guzmán-Juárez, *** Adriana Abigail Valenzuela-Flores, & Pedro Mario Escudero-de los Ríos[‡]

Resumen

Introducción: La modificación de actitudes implica un cambio holístico en la estructura biopsicosocial del individuo, ya que la actitud abarca las conductas, pensamientos, sentimientos y los procesos mentales superiores involucrados en el comportamiento. Una actitud se va a considerar de dos formas: favorable o desfavorable hacia una parte del entorno; de ser desfavorable, lo más común es el cambio por medio de procesos de enseñanza aprendizaje. **Objetivo:** Evaluar el impacto de un programa de modificación de actitudes dirigido a enfermos oncológicos.

Material y métodos: Estudio cuasiexperimental del tipo antes y después, en tres etapas, para evaluar el efecto de una intervención, de febrero a septiembre de 2009, en un hospital de oncología; la primera de diagnóstico situacional, mediante redes semánticas, para a partir de ellas diseñar y validar una encuesta; la segunda, una intervención educativa enfocada en proporcionar al enfermo información general relativa al área; la tercera, para medir el impacto de la intervención se aplicó la encuesta inicial ya validada. El total de participantes a lo largo de las tres etapas fue de 4200.

Resultados: Se observó que la actitud de los enfermos se modificó con una tendencia favorable respecto a la atención, de 51 a 94% ($p < 0.05$) del total de percepciones del instrumento.

Conclusiones: La intervención modificó las actitudes de los enfermos hacia la atención en el área de oncología médica de manera significativa.

Palabras clave: Modificación de actitudes, redes semánticas, intervención educativa.

Abstract

Background: Attitude changing involves a holistic change on individual biopsychosocial structure. That attitude is understood by behaviors, thoughts, feelings and higher mental processes involved with behavior. This attitude will be considered in two ways: favorable or unfavorable, through a part of the environment. If unfavorable, the most common way to change it is through teaching and learning processes. The aim of this study was to evaluate the impact of a program directed to modify cancer patients' attitudes.

Methods: This study was performed in three stages from February to September 2009 in the Medical Oncology Area of the UMAE Oncology Hospital, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), according to a before and after quasi-experimental design to evaluate the effect of the intervention. The first stage was to diagnose through semantic networks using the results to create and validate a survey. The second stage was the educative intervention focused on providing general information to patients in the area of medical oncology. Finally, the initial survey was used in order to measure the impact of the intervention, which had been previously implemented and validated. The cumulative total of patients during the three stages was 4,200.

Results: Patients attitudes were modified with a specific favorable tendency on the instrument from 51% to 94% ($p = 0.05$) of total instrument perceptions.

Conclusions: This intervention significantly changed patients' attitudes related to the medical oncology area.

Key words: attitudes, modifications, semantic networks, educative intervention.

* División de Calidad, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

** Servicio de Oncología Médica, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

*** División de Desarrollo e Implantación de Modelos de Calidad, Coordinación de Investigación y Desarrollo en Calidad.

& Área de Innovación de Procesos Clínicos, Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.

‡ Dirección General, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D. F.

Correspondencia:

Alma Gabriela Valenzuela-Flores.

División de Calidad, tercer piso, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI,

Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc,

06725 México, D. F.

Tel.: (55) 5627 6900, extensión 22619.

E-mail: alma.valenzuelaf@imss.gob.mx

Recibido para publicación: 25-05-2010

Aceptado para publicación: 22-02-2011

Introducción

La actitud es un componente inherente al ser humano, distante de cualquier concepción subjetiva, entendida como conductas, ideas y sentimientos, y muy recientemente ligada a funciones cerebrales superiores, las cuales dan dirección al comportamiento. De ser así, ¿qué queda fuera de tan amplia noción? Actualmente comprender las actitudes significa comprender a las personas de forma holística abarcando nivel educativo, profesión, conducta, estilo de vida, género, edad, grupo social, estado de salud y emociones, ya que todo lo anterior determina cómo se desenvolverá el individuo en su entorno, ya sea con una actitud favorable o desfavorable.¹

Los programas de capacitación han sido la manera más recurrida de modificación de actitudes, ya que brindan información al sujeto respecto a un tema específico en el cual se pretende cambiar la actitud. No obstante, concebir estrictamente la capacitación como un proceso de enseñanza-aprendizaje permite utilizar todos los momentos en los que se presentan la enseñanza y el aprendizaje para moldear nuestra estructura cognitivo conductual, sin olvidar que son solo una parte de la actitud.^{2,3}

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

- *Diagnóstico situacional*: que estableció un parámetro inicial de la situación evaluada para proporcionar direcciones y puntos de corte.
- *Intervención*: buscaba proporcionar los medios que transformarían la estructura biológica, cognitiva y conductual de los sujetos de estudio.
- *Evaluación de la intervención*: si el modelo de intervención tiene buenos resultados al ser evaluado, se vuelve susceptible de mejora y aproxima a una evaluación más objetiva de las actitudes.^{2,3}

Las actitudes gozan de amplias definiciones, a pesar de eso entre las más aceptadas se menciona que son disposiciones a responder favorable o desfavorablemente hacia un objeto; tanto el afecto, la cognición y la conducta son tres dimensiones en las cuales las actitudes pueden ser expresadas en respuestas observables. Las actitudes tienen en común ciertas características: son adquiridas o aprendidas, se infieren de modos de conducta característicos, son consistentes y selectivas por el mismo individuo durante cierto periodo.^{1-2,4}

Las actitudes involucran tres dimensiones psicológicas (pensamientos, sentimientos y conducta), son aprendidas y pueden ser expresadas de manera objetiva.

El componente cognitivo se refiere a la información y creencias que tiene una persona respecto al objeto de estu-

dio. Las principales características de este componente son la fijación, que se refiere a la duración más o menos estable de la información y a las creencias que posee un individuo; la modificación de éstas depende de su firmeza; la singularidad significa que las actitudes están dirigidas a un solo objeto social y poseen una amplitud que depende de la cantidad de conocimientos concretos que se tengan sobre él, de los cuales la persona no tiene conciencia clara.³

El componente afectivo es el más representativo de una actitud, ya que se refiere a los sentimientos de agrado o rechazo hacia un objeto determinado.

Por su parte, el componente conductual alude a la disposición o tendencia a reaccionar ante el objeto de una forma más o menos fija, ya sea mediante conductas motoras, verbales, intencionales y simbólicas.

Las actitudes cumplen con diversas funciones, entre las que se destacan organizar la información, estructurar la percepción del mundo ayudando a simplificarlo y entenderlo,² y orientar hacia lo conveniente, evitando lo no deseado en relación con el objeto de la actitud, ahorrando tiempo y esfuerzo en reflexionar sobre cómo actuar hacia dicho objeto.⁵ Las actitudes se forman mediante la integración de experiencias, diferenciación y discriminación de experiencias parecidas y traumáticas, y la adopción de actitudes convencionales por imitación o identificación social.^{1-2,5} Por su parte, Krech considera que en la formación de actitudes intervienen cuatro factores:

1. *Motivación y necesidades personales*: se refiere a que en el grado en que el objeto satisface necesidades personales se tiende a desarrollar actitudes favorables hacia él.
2. *Información*: el tipo de actitud dependerá de la información que se tenga del objeto y cómo se procesa.
3. *Características de la personalidad*: complejidad cognitiva, influenciabilidad y el carácter de cada individuo.
4. *Grupos de pertenencia y de referencia*: la formación de actitudes se ve influida por las características del grupo del cual forma parte el individuo, en la medida en la que se identifica con él.³

Las redes semánticas son las concepciones que las personas hacen de cualquier objeto de su entorno; mediante el conocimiento de ellas se vuelve factible conocer la gama de significados, expresados a través del lenguaje cotidiano, que tiene todo objeto social conocido.⁶⁻¹⁷

El postulado básico de las redes semánticas naturales es que existe una organización interna de la información contenida en la memoria a largo plazo en forma de red, donde las palabras o eventos forman relaciones, mismas que en conjunto dan significado.⁷

Las personas desarrollan estructuras psicológicas de conocimiento (estructuras cognitivas), como creencias, opi-

niones, expectativas, hipótesis, teorías y esquemas, que usan para interpretar los estímulos de manera selectiva; sus reacciones están mediadas por estas interpretaciones. Los psicólogos sociales cognitivos explican la percepción y la conducta como una reacción al significado psicológico de la situación mediada por el funcionamiento cognitivo del individuo, un proceso activo en virtud del cual se da sentido al mundo de los estímulos y no por instintos. La técnica de redes semánticas ofrece un medio empírico de acceso a la organización cognitiva del conocimiento (percepción), por tanto, puede proporcionar datos referentes a la organización e interpretación interna de los significantes, indicar cómo fue percibida la información individualmente en el curso de la composición del aprendizaje social y proveer indicios fundamentales acerca de la tendencia a actuar basándose en ese "universo cognitivo".⁷ También supone que el ambiente físico y el social aprendido por el individuo facilitan el entendimiento del mundo social y la solución de problemas. De tal forma existen problemas sociales que provocan necesidades comunes a las personas, llevándolas a organizar el conocimiento ganado empíricamente con el fin de actuar eficazmente de manera colectiva frente a situaciones específicas.⁶⁻¹⁷

Tanto las actitudes como las redes semánticas se sustentan en situaciones aprendidas y determinan cómo reacciona el sujeto ante ciertos escenarios cotidianos. En los últimos años, el cáncer se encuentra entre uno de éstos, pues se trata de una enfermedades en crecimiento que no discrimina condición económica, sexo, edad, profesión; para el 2008 representaba la tercera causa de muerte en México.¹⁸

El diagnóstico de cáncer provoca en la persona situaciones difíciles y atemorizantes, las cuales se verían amioradas si el personal de salud mantuviese una buena comunicación que favoreciera el bienestar psicológico a corto y largo plazo del paciente. Los factores estresantes más importantes para el enfermo se presentan por los daños orgánicos provocados tanto por el avance de la enfermedad como por el tipo de tratamiento que se recibe. Es así que la estructura biopsicosocial del individuo se ve afectada.¹⁹

En los últimos cinco años, México es uno de los miembros de la Organización para el Desarrollo y Cooperación Económica (OCDE) que invierte menos recursos a la salud en proporción a su producto interno bruto (casi 6%, del cual menos de 3% es de gasto público). La oferta de asistencia para el cuidado de la salud con respecto a los estándares de la OCDE es baja. Para el 2007 se contaba únicamente con dos médicos y 1.7 camas por cada mil personas.²⁰

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se enfrenta diariamente con problemas ante los cuales resulta inexcusable buscarles solución a corto y mediano plazo.²¹ Sin embargo, busca mecanismos para mejorar la atención médica, la calidad de vida y la satisfacción de los enfermos.

Para esto último se considera necesario evaluar cómo los enfermos perciben la aplicación de los avances en la atención que reciben, ya que dichas apreciaciones forjarán las actitudes del enfermo a lo largo de su tratamiento; además, representan una parte importante de las directrices que deberán ser tomadas en cuenta para proporcionar atención médica con calidad. Asimismo, resulta útil idear la manera de modificar tales percepciones durante la atención médica, lo que se puede lograr mediante orientación continua dirigida a los enfermos atendidos.²² Entre estas percepciones se encuentran las que posee el enfermo respecto a la atención recibida, debido a que el derechohabiente tiene gran desconocimiento de su enfermedad y del tratamiento de quimioterapia que le será aplicado.²³ Es así que el enfermo atribuye los problemas al modo como recibe la atención por parte del personal y no a sus propias actitudes, partiendo del supuesto de que el IMSS no destina recursos suficientes a sus unidades, correspondiéndole solamente 1% del gasto de operación en materia de salud nacional.^{20,24}

Por otra parte, el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI es un hospital de tercer nivel de atención médica que proporciona en promedio 1300 consultas por día. El área de oncología médica constituye la unidad del hospital en la cual se suministra y se da seguimiento a los tratamientos de quimioterapia que reciben los enfermos ambulatorios; cuenta con seis consultorios, un área física con 18 sillones para la aplicación de los medicamentos, un módulo de asistentes médicas y una sala de espera con capacidad para 120 personas sentadas, aproximadamente. En un día típico de atención se aplican en promedio 105 tratamientos de quimioterapia ambulatoria y 48 de quimioterapia de mezclas. Esto corresponde a una ocupación de 95%.^{25,26}

El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de un programa de modificación de actitudes dirigido a enfermos oncológicos.

Material y métodos

En el área de oncología médica del Hospital de Oncología se realizó un estudio cuasiexperimental tipo antes y después,²⁷ entre el 19 de febrero y el 25 de septiembre de 2009. Este estudio se llevó a cabo en tres fases: en la primera se elaboró una encuesta de actitudes a partir de la información obtenida en las redes semánticas, que incluyó la validación de la misma. La segunda consistió en la intervención educativa y en la última fase se hizo la evaluación de la intervención con la encuesta validada, siendo el control la misma área.

Para la primera fase (redes semánticas) se decidió ocupar una muestra de 200 enfermos, equivalente a 10% del total

de enfermos atendidos por mes en el mismo periodo del año anterior.

En la construcción de las redes semánticas (instrumento) se consideraron los supuestos que miden la percepción de los enfermos respecto a la atención, la enfermedad, el tiempo de espera y el trato del médico. Se aplicó un cuadernillo de redes semántica en los enfermos del área de oncología médica, para lo cual se hicieron impresiones en hojas blancas tamaño esquela de forma vertical, la primera página enunciaba el ejemplo proporcionado por Reyes Lagunes⁷ y se utilizó el estímulo manzana. Las hojas siguientes contenían los cuatro conceptos estímulo (supuestos): trato del médico, tiempo de espera, atención y enfermedad en la parte superior de la hoja, uno por cada página para evitar el cansancio, la adivinación y la contaminación de las palabras generadas.

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

Para la elaboración de la encuesta se tomaron las 35 palabras con mayor peso semántico de las redes semánticas, de las que se crearon reactivos utilizados por los encuestadores para evaluar la actitud del enfermo hacia cada uno de los cuatro supuestos en una escala tipo Likert con seis opciones: totalmente en desacuerdo (TD), en desacuerdo (D), más en desacuerdo que de acuerdo (DA), más de acuerdo que en desacuerdo (AD), de acuerdo (A), totalmente de acuerdo (TA). Una vez diseñada dicha encuesta, se aplicó a 200 personas por cada supuesto, es decir un total de 800 encuestas, con fines de validación.^{2,28-31}

Para el análisis comparativo, los reactivos del supuesto atención fueron clasificados en positivos y negativos conforme a cómo definían la atención recibida.

En la segunda fase el objetivo fue llevar a cabo una intervención con el enfermo para elevar el conocimiento general acerca del servicio prestado, su enfermedad y tratamiento, para determinar el impacto en la actitud manifestada en el área de oncología médica y así mejorar la calidad del servicio.¹⁻⁵ En esta fase se incluyeron 3000 personas entre enfermos y familiares. La intervención consistió en:

1. Proporcionar al enfermo el material de difusión (trípticos y carteles) diseñado previamente por el grupo de investigadores del estudio, bajo el supuesto de que el enfermo debía conocer los trámites administrativos del hospital (solicitud de incapacidades, medicamentos y citas), la distribución de las áreas médicas y quirúrgicas, el tipo de cáncer que presenta, el estadio de la enfermedad, la respuesta al tratamiento y sus efectos secundarios, así como las dietas específicas para cada tipo de enfermo oncológico e información nutrimental básica de alimentos y frutas.
2. Dar dos pláticas grupales informativas por día, de 60 minutos cada una, en las cuales se explicaba el material otorgado y se esclarecían las dudas.^{23,32,33}

Por último, en la tercera fase se realizaron las mediciones cualitativas de los cambios con los instrumentos validados en la primera fase. Por lo tanto solo podían participar los enfermos que ya habían tomado la orientación. Esta vez fue evaluado únicamente el supuesto de “atención” con una muestra de 200 personas como en la primera fase.²⁸⁻³¹

En la realización de las tres fases participaron 4200 enfermos del Hospital que acudieron a consulta en el área de oncología médica.

Para el análisis estadístico se diseñó una base en Excel para la captura y análisis de los datos de redes semánticas, los cuales fueron calificados para obtener las siguientes puntuaciones relevantes:

1. Número total de las diferentes palabras definidoras producidas por los enfermos, identificado como valor TR.
2. Valor del peso semántico (PS) de cada una de las palabras definidoras, que se obtuvo sumando la ponderación de la frecuencia y multiplicando el resultado por la jerarquización asignada para el grupo de enfermos. Es decir, los datos cuyo valor fue uno se multiplicaron por 10, los datos con valor de dos se multiplicaron por nueve, tres por ocho y así sucesivamente.
3. Distancia semántica cuantitativa (DSC), es decir, la distancia que existió entre las palabras definidoras y el supuesto, usando como valor de referencia para las estimaciones la palabra con peso semántico más elevado. Se calculó con la siguiente fórmula:

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

La consistencia interna de las encuestas fue evaluada por medio de un análisis factorial con rotación varimax, validado por un α de Cronbach (programa estadístico de SPSS versión 15.0 para Windows). Además, se llevó a cabo

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

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

Las consideraciones favorables fueron aquellas en que los reactivos positivos acumulaban un porcentaje mayor de frecuencias del tipo TA, A, AD y los negativos acumulaban un porcentaje mayor de frecuencias del tipo TD, D y DA.

Las consideraciones desfavorables fueron aquellas en que los reactivos positivos acumulaban un porcentaje mayor de frecuencias del tipo TD, D y DA y los reactivos negativos acumulaban un porcentaje mayor de frecuencias del tipo TA, A, AD, o donde la *t* de Student no fue significativa ($p > 0.05$).

Los datos obtenidos en la tercera fase del estudio, después de la intervención educativa, se compararon por medio de *t* de Student con los resultados obtenidos de la primera fase. Cabe señalar que la comparación con los resultados de la primera fase con la tercera se hizo únicamente con el supuesto de atención. En este sentido se determinó si hubo un cambio en la actitud de los enfermos que fuera estadísticamente significativo ($p < 0.05$).

Resultados

En la primera fase, las redes semánticas dieron como resultado entre 136 a 201 palabras, que los encuestados utilizaron para definir cada uno de los supuestos (cuadro I).

Respecto a las palabras que los encuestados utilizaron para el supuesto de atención, las de mayor peso semántico fueron buena (819), tardía (322) y amable (305). El peso semántico de la palabra definidora “buena” fue utilizado como valor de referencia para estimar la distancia semántica cuantitativa (cuadro II).

Al clasificar los reactivos del supuesto atención se obtuvieron 18 reactivos positivos y 17 negativos (cuadro III). El análisis factorial de las cuatro encuestas mostró que los valores obtenidos por α de Cronbach fueron mayores a 0.80 (cuadro IV).

De los 35 reactivos totales de la encuesta se identificaron en la primera fase 18 actitudes favorables, mientras que en la tercera fase se obtuvieron 32 ($p < 0.05$) (cuadro V).

Cuadro I. Número total de palabras definidoras en las redes semánticas

Supuestos	TR
Enfermedad	201
Atención	164
Trato del médico	143
Tiempo de espera	136

TR = total de repuestas.

Discusión

El objetivo principal de los procedimientos que pretenden estudiar actitudes ha sido básicamente la determinación de los estados “favorable” o “desfavorable” hacia una entidad cognitiva tratada por parte del sujeto.¹⁻⁵ No obstante, el estudio de las actitudes y conocer los niveles tan detallados de por qué los individuos hacen, dicen, piensan y sienten de una u otra forma, deben ser tema de interés para quienes requieran utilizar esa información en beneficio personal y colectivo a través de la modificación de actitudes.¹

La presente estudio mostró actitudes de los individuos sujetas a modificación con un procedimiento definido, a diferencia de otros donde el propósito solo es el conocimiento de las mismas.^{9,10,13,19,22} La presente investigación supera la limitante del tamaño de muestra de los análisis previos.^{1,2,9,10}

De acuerdo con Figueroa y sus colaboradores,¹¹ partiendo de una observación de las redes semánticas, las palabras definidoras para cada supuesto tienen pesos semánticos elevados y resultan útiles para la construcción de las escalas de actitudes con otros procedimientos como el del mismo Figueroa y sus colaboradores¹¹ o el de Reyes-Lagunes,⁷ que mencionan que a mayor peso semántico aumenta la proximidad de las palabras definidoras ocupadas por los sujetos con el supuesto por definir.⁸⁻¹⁴ Por esta razón decidimos tomar las primeras 35 palabras para la elaboración de los reactivos, teniendo en cuenta que las escalas de actitudes generalmente no se llevan a cabo conforme al método propuesto por Figueroa y sus colaboradores¹¹ sino que se ocupan enunciados que posteriormente serán validados.

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

La significación de las encuestas obtenida en la prueba de α de Cronbach fue mayor a 0.80, consistente con lo encontrado en previos estudios,^{1,2,10,19} lo que hace posible su uso para futuras investigaciones. Dado que lo más importante de esta investigación era la evaluación de la actitud

Cuadro II. Descripción de palabras definidoras, valores de pesos semánticos y de distancia semántica cuantitativa

Número	Palabra definidora	PS	DSC
1	Buena	819	100
2	Tardía	322	39.32
3	Amabilidad	305	37.24
4	Mala atención	217	26.5
5	Regular	167	20.39
6	Excelente	140	17.09
7	Eficacia	136	16.61
8	Oportuna	104	12.7
9	Rapidez	104	12.7
10	Falta información	85	10.38
11	Calidad	79	9.65
12	Grosera	79	9.65
13	Falta de personal	78	9.52
14	Con calidad humana	69	8.42
15	Déspota	68	8.3
16	Más humanidad	63	7.69
17	Cordialidad	55	6.72
18	Poco amable	51	6.23
19	Atento	51	6.23
20	Deficiente	50	6.11
21	Personalizada	42	5.13
22	Mala en ventanilla	40	4.88
23	Poca atención	37	4.52
24	Mucha espera	37	4.52
25	Servicio	34	4.15
26	Cortesía	34	4.15
27	Profesional	34	4.15
28	Adecuada	33	4.03
29	Fría	32	3.91
30	Prepotente	31	3.79
31	Variable	30	3.66
32	Buena de las enfermeras	30	3.66
33	Agradable	29	3.54
34	Necesario	28	3.42
35	Especializada	27	3.3

PS = pesos semánticos, DSC = distancia semántica cuantitativa.

Cuadro III. Clasificación de reactivos positivos y negativos

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

Cuadro IV. Validación de encuestas

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

del enfermo hacia la atención recibida en el servicio de oncología médica, fue el supuesto utilizado para hacer las comparaciones entre la primera y la tercera fase.

La clasificación de los reactivos en negativo y positivo mostró resultados similares a los encontrados por Velasco Altamirano² o Figueroa y sus colaboradores,¹¹ de tal forma que se hicieron inferencias apoyadas en el análisis de frecuencias y la t de Student acerca de cómo debía considerarse la actitud del enfermo, las cuales resultaron ser confiables al momento de evaluar las actitudes y se establecieron como

Cuadro V. Comparación de actitudes favorables y desfavorables

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

* p > 0.05

** Reactivos desfavorables debido a resultado no significativo de prueba t.

*** Reactivos desfavorables debido a porcentaje de frecuencias acumuladas.

TD = totalmente en desacuerdo, D = en desacuerdo, DA = más en desacuerdo que de acuerdo, AD = más de acuerdo que en desacuerdo, A = de acuerdo, TA = totalmente de acuerdo.

una evaluación descriptiva que hizo cambiar la estructura cognitivo conductual del enfermo (tal como se pudo observar en lo realizado por Martín Solbes¹ o Velasco Altamirano,² notándose un incremento en las actitudes favorables de 51 a 94% del total de los reactivos de la encuesta, que representó un aumento de 43 puntos porcentuales ($p < 0.05$), lo que indicó modificación significativa de la actitud del enfermo oncológico mediante la intervención educativa.

Una vez generado el modelo de intervención educativa es posible utilizarlo en otras áreas o ámbitos del Instituto, ya sea con enfermos (de cualquier tipo de especialidad) o trabajadores, sin importar la jerarquía o nivel educativo, ya que la estructura del procedimiento es muy flexible en su aplicación. En este sentido, al poner al alcance del enfermo una orientación holística respecto a su contexto de salud con información relevante, se puede modificar su actitud hacia la atención recibida.

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

Conclusiones

En ocasiones, el enfermo oncológico toma actitudes desfavorables como espejo de su percepción de la enfermedad y del entorno tan activo. Entre los fundamentos que explicarían esto se señalan:

- El enfermo genera malas actitudes por problemas en el servicio que brinda la atención o por cuestiones que tienen que ver con él mismo.
- En la segunda y tercera fase del estudio se observó que parte de estas malas actitudes se debe a falta de información general del enfermo respecto a su entorno, dentro y fuera del hospital.
- Es importante señalar que aun cuando disminuyeron las actitudes desfavorables, éstas no se erradicaron, por lo que se requieren futuras investigaciones para determinar e intervenir en los aspectos que mantienen esas constantes en estos enfermos.

Referencias

1. Martín-Solbes V. Actitudes de los internados en prisión menores de veintiún años, ante la función reeducadora del medio penitenciario en el ámbito andaluz. Tesis, Universidad de Málaga, España, 2006, pp. 29-31.
2. Velasco-Altamirano A. Programa de capacitación para el cambio de actitudes en médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 del IMSS. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, Distrito Federal, México, 2001, pp. 5-18.
3. Braza-Lloret P. Las actitudes sociales. En: Guillén-Gestoso C. Psicología del trabajo para relaciones laborales. España: McGraw Hill; 2000. pp. 63-85.
4. Summers GF. Medición de Actitudes. México: Trillas; 1976. pp. 13-30.
5. Brñol P, Falces C, Becerra A. Actitudes. En: Morales JF. Psicología social. 3^a. ed. Madrid: McGraw-Hill; 2007. pp. 457-489.
6. Alonso-Fernández C. Redes semánticas en el procesamiento del lenguaje natural. Tesis, Universidad Complutense de Madrid, España; 1993. pp. 223-228.
7. Reyes-Lagunes I. Las redes semánticas naturales, su conceptualización y utilización en la construcción de instrumentos. Rev Psicol Soc Personalidad 1993;9:81-97.
8. Collipal-Larré E. Conceptualización a través de redes semánticas naturales de los módulos de autoaprendizaje en anatomía humana. Rev Chil Anat Temuco 2002;20:63-67.
9. Collipal E, Cabalín D, Vargas J, Silva H. Conceptualización semántica del término anatomía humana por los estudiantes de medicina. Int J Morphol 2004;22:185-188.
10. Giraldo L, Mera R. Clima social escolar. Percepción del estudiante. Colomb Med 2000;31:23-27.
11. Figueroa J, González E, Solís V. Una aproximación al problema del significado: las redes semánticas. Rev Latinoam Psicol 1981;13:447-458.
12. González C, Solís C. Significado de familia en adolescentes con ausencia de parente biológico. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, Distrito Federal, México, 2002. pp. 55-56.
13. González-Forteza C, Jiménez A, Gómez C, Berenzón S, Mora J. El significado psicológico del concepto "amigo", en estudiantes adolescentes de diferente nivel educativo. Rev Mex Psicol 1994;11:113-118.
14. Ortiz S, Micu I, Díaz-Martínez A, Hernández R. Construcción semántica del concepto relación médico enfermos por alumnos del primer años de la carrera médico cirujano. Salud Mental 1996;19:36-41.
15. Valdez-Medina J. Las redes semánticas naturales. 4^a. ed. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2005. pp. 65-126.
16. Vera J, Hernández F. Redes semánticas de los conceptos relacionados con la disolución de la pareja. Rev SESAM 1999;3:1-12.
17. Sowa JF [internet]. Semantic networks. California, USA. Disponible en <http://www.jfsowa.com/pubs/semnet.htm>
18. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [sitio web]. Estadísticas demográficas 2008. Disponible en http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/vitales/demograficas/2008/est_demoograficas08.pdf
19. Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, Tattersall MHN, Beeney LJ, Dunn SM. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. Ann Oncol 2003;14:48-56.
20. González-Pier E. Reunión Nacional de Jefes de Finanzas. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2009. pp. 3-13.
21. Instituto Mexicano del Seguro Social [sitio web]. Información institucional. México; 2009. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/instituto>
22. Andersen BL, Shapiro CL, Farrar WB, Crespin T, Wells-Digregorio S. Psychological responses to cancer recurrence. Cancer 2005;104:1540-1547.

23. Gralla RJ, Houlihan NG, Pick R. Guía para entender y controlar los efectos secundarios de la quimioterapia. USA: Cáncer Care, Elsevier Oncology; 2006. pp. 3-21.
24. Vázquez VM, Merino MF, Lozano R. Las cuentas en salud en México 2001-2005. México: Dirección General de Información de Salud, Secretaría de Salud; 2006. pp. 11-20.
25. Escudero-de los Ríos P. Diagnóstico situacional UMAE Hospital de Oncología CMNSXXI. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2009. pp. 6-31.
26. Islas-Cortés R. Historia de la UMAE Hospital de Oncología CMN Siglo XXI. Médicos de México 2006;7:6-9.
27. Kerlinger FN, Lee HB. Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales. 4^a ed. México: McGraw-Hill; 2002. pp. 503-560.
28. Cortada-de Kohan N. Teoría y métodos para la construcción de escalas. Argentina: Lugar Editorial; 2004. pp. 51-100.
29. Elejebarrieta F, Íñiguez L. Construcción de escalas de actitud tipo Thurst y Likert. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 1984. pp. 26-46.
30. Morales P. Medición de actitudes en psicología y educación. 2^a. ed. España: Universidad Pontificia Comillas; 2000. pp. 333-374.
31. Simonovis N, Delgado P, Piras R, Pulido P, Llatas I. Validación de una encuesta estructurada sobre alcoholismo. AVFT 2007;26:33-36.
32. Donaldson MS. Nutrition and cancer: a review of the evidence for an anti-cancer diet. Nutr J [Internet journal] 2004;3:21. Disponible en <http://www.nutritionj.com/content/3/1/19/>
33. Posner MI. Attention: The mechanisms of consciousness. Proc Natl Acad Sci 1994;91:7398-7403.