

# Estructura de las actitudes hacia los hospitales

## *The structure of attitudes towards the hospitals*

Cruz García Lirios<sup>1</sup>

### RESUMEN

A partir de tres formulaciones teóricas, se elaboró un instrumento para medir las actitudes hacia los hospitales estableciendo dos factores: confianza y seguridad hospitalarias, como sus determinantes a través de un modelo de regresión lineal. Los resultados evidencian que las evaluaciones de los hospitales son determinados por la confianza hospitalaria. Sin embargo, mediante un modelo estructural, se demuestra que existen otros factores determinantes no incluidos en el modelo.

**Palabras clave:** Confianza hospitalaria; Seguridad hospitalaria; Actitud hacia los hospitales.

### ABSTRACT

*From three theoretical approaches, an instrument was elaborated to measure the attitudes towards the hospitals and two factors: hospitable confidence and security, as their determinants through a model of linear regression settled down. The results demonstrate that evaluations towards the hospitals are determined by the hospitable confidence. Nevertheless, by means of a structural model, it is demonstrated that there are other determining factors not included in the model.*

**Key words:** Hospital confidence; Hospital's security; Attitude towards the hospitals.

**E**n México, la atención a los derechohabientes es un problema fundamental para explicar la calidad de los servicios de salud públicos en relación con los privados. La Comisión de Transparencia a la Información, en su rubro de salud (SICUENTAS) y en su informe de 2009, señala que 49.9% del servicio está dirigido a los trabajadores federales y estatales, 40% a los afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social, 9% al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado y 0.6% a Petróleos Mexicanos. En otras palabras, en la medida en que se incrementa el número de derechohabientes provenientes del servicio federal o estatal, disminuye la calidad de la atención pública y se incrementa a su vez la de la privada. Por lo anterior, quienes trabajan para el sector público tienden a acudir a los hospitales privados.

La calidad de la atención al derechohabiente es una consecuencia de la inversión de recursos en el sector salud. Si los presupuestos federal y estatal disminuyen, la calidad de la atención tiende asimismo a disminuir. En este sentido, la calidad de la atención al derechohabiente está indicada por la eficiencia (atención gratuita, rápida, oportuna, especializada y amable), la eficacia (cirugías o tratamientos pertinentes, intensivos y diversificados) y la efectividad (sanación intensiva y diversificada) del servicio. Consecuentemente,

---

<sup>1</sup> Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, campus Distrito Federal, General Prim 72, Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, 06600 México, D.F., tel. (55)16-78-59-68, correo electrónico: garcialirios@yahoo.com. Artículo recibido el 30 de julio y aceptado el 23 de noviembre de 2009.

la calidad de la atención al derechohabiente determina en gran medida la tasa de mortalidad. Sin embargo, la calidad de esa atención está influida por las evaluaciones que estos hacen del servicio de salud. Las profesionales de la salud (trabajadores sociales, enfermeros, psicólogos, nutriólogos o médicos) son evaluados a partir de sus actitudes, más que de sus conocimientos y habilidades. Esto mismo ocurre con los profesionales de la salud cuando evalúan a los derechohabientes a partir de sus predisposiciones más que de sus enfermedades. La calidad de la atención es, pues, un problema social que debiera estudiarse a partir de las enfermedades, los conocimientos en torno a ellas y los tratamientos para enfrentarlas.

Tales factores, al estar mediados por las actitudes, hacen necesario un diagnóstico de ellas. Para establecer la eficiencia, la eficacia y la efectividad de la atención pública es necesario conocer las actitudes que se desarrollan en los hospitales públicos entre quienes participan en el fenómeno de la atención sanitaria. Así, un diagnóstico sobre las actitudes hacia los hospitales es el primer paso para discernir entre la calidad de la atención eficiente, eficaz y efectiva de los hospitales privados y de los públicos.

La investigación que aquí se informa buscó contribuir con ese diagnóstico actitudinal a las ciencias de la salud, con un instrumento de medición actitudinal a la disciplina del trabajo social y con un modelo de intervención al hospital donde se realizó el estudio.

El diagnóstico actitudinal muestra que las evaluaciones de los derechohabientes y los profesionales de la salud están sesgadas porque se hacen a partir de las disposiciones más que de los conocimientos y habilidades, y establece que las actitudes determinan una evaluación desfavorable hacia los hospitales públicos y sus servicios correspondientes. El instrumento que mide las actitudes devela los mecanismos de evaluación sesgada que utiliza la gente para minimizar los servicios de salud públicos y maximizar los servicios de salud privados.

Los límites del estudio de actitudes hacia los hospitales públicos y los privados están en función del tipo de población derechohabiente o clientelar. En los hospitales públicos, la mayoría de los usuarios son derechohabientes, y en los privados son

clientes que cuentan con los recursos financieros para pagar una estancia, corta o prolongada, en el hospital. También existen diferencias culturales, ya que quienes acuden a los hospitales públicos se encuentran en una fase crónica o terminal, mientras que quienes van a los hospitales privados se encuentran en una fase preventiva. En este sentido, es posible encontrar mayores facilidades para el diagnóstico en los hospitales públicos.

Otra dificultad importante estriba en las familias de los pacientes. En los hospitales públicos los enfermos pertenecen a grupos que están enlazados por redes sociales que se solidarizan para enfrentar la enfermedad de sus miembros. En contraste, en los hospitales privados los pacientes tienden a acudir solos, y las visitas que reciben son de familiares que están dispuestos a suspender sus actividades para visitar al enfermo.

Ambos límites contextualizan las actitudes que se desarrollan en ambos tipos de hospitales. Se espera que estos imponderables develen las diferencias actitudinales entre los usuarios y los profesionales de la salud. Es decir, las actitudes tenderán a ser positivas cuando los usuarios y los profesionales de la salud evalúan a los hospitales por su infraestructura, instalaciones y tecnología, soslayando los programas preventivos que demuestran sus conocimientos y las habilidades. En contraste, las actitudes serán negativas cuando se evalúan los programas preventivos.

Se han utilizado las teorías sobre las actitudes para explicar el comportamiento humano. En la historia de las actitudes es posible observar su evolución, que va desde la descripción de los fenómenos sociales mediáticos, hasta la predicción del comportamiento individual planificado y sistemático. Los estudios actitudinales cobraron relevancia en la década de los treinta, cuando Floyd Allport investigó los efectos de la propaganda en la milicia norteamericana. La relación estrecha entre la milicia norteamericana y los departamentos de psicología de las universidades más prestigiadas de Europa y Estados Unidos tuvo como principal resultado el diagnóstico, la implementación y la evaluación de programas que buscaban disuadir o persuadir a los individuos en torno a los conflictos entre Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia, Alemania, Italia, Rusia y Japón. Luego, los estudios actitudinales se caracterizaron por

el desarrollo masivo de tests, baterías, pruebas y escalas que la industria utilizó para seleccionar a su personal. La era postindustrial, que daría paso a la informacional, determinó el desarrollo de modelos psicológicos para explicar el comportamiento humano en las décadas posteriores. Una vez consolidada la economía informacional, se desarrollaron programas para evaluar las preferencias y las necesidades de los usuarios a través de la Internet. En el sector salud, los estudios actitudinales fueron una herramienta pertinente para elaborar diagnósticos acerca de, por ejemplo, las conductas de riesgo de los infectados con VIH-sida, y posteriormente para desarrollar estrategias de intervención en pacientes con cáncer, a quienes se les diagnosticaron estados depresivos que aceleraban su muerte a causa del abandono de sus tratamientos. Es posible encontrar investigaciones sobre las actitudes hacia diversas enfermedades, profesionales de la salud, usuarios y hospitales.

Dichos estudios se han enfocado en las actitudes hacia el servicio de salud, la infraestructura, las instalaciones, la tecnología y los programas de prevención o tratamiento inmediato, y predominan las evaluaciones de los usuarios acerca de la atención que reciben (Laca, 2005; Palli y Martínez, 2004). Tales diagnósticos plantean y conciben las actitudes como indicadores de la calidad del servicio, y gracias a ellos se han mejorado, diseñado e implementado programas de atención médica, mejoramiento de hospitales, prevención de enfermedades o tratamientos psicológicos. Sin embargo, esos estudios han sido elaborados a partir de conceptos actitudinales básicos en los que sólo es posible conocer las evaluaciones favorables o desfavorables, positivas o negativas hacia los hospitales, pero no incluyen factores asociados a las actitudes para establecer modelos de diagnóstico e intervención. Así, en los estudios de actitudes hacia los hospitales se han suprimido las tres teorías siguientes, relevantes para los propósitos de la presente investigación (Javiedes, 2004).

#### *a) Teoría del procesamiento espontáneo*

Fazio, Sanboumatsu, Powell y Kardes (1986) elaboraron la teoría del procesamiento espontáneo (TPE) para explicar las causas actitudinales que activan la memoria en las conductas improvisadas.

Es pertinente esta teoría en los servicios de salud porque explica las condiciones que llevan a los usuarios y a los profesionales de la salud a evaluar negativamente los hospitales públicos en las economías subdesarrolladas. La TPE plantea que las personas se enfocan en los discursos e imágenes, más que en los argumentos. Este enfoque se relaciona directamente con los acontecimientos desagradables del pasado, que activan más emociones que influirán inmediatamente en el comportamiento individual. Una frase o una imagen desagradable es suficiente para que el procesamiento espontáneo se active en contra de los hospitales públicos; sin embargo, lo contrario no provoca los mismos efectos en la conducta de los usuarios; antes bien, se deben conjugar muchos factores para que el usuario decida atenderse en los hospitales públicos. En contraste, los hospitales privados, al gozar de una imagen positiva de opulencia, provocan evaluaciones favorables y conductas de confianza en sus clientes. En tanto que la imagen y los discursos en torno a los hospitales públicos ocasionan evaluaciones y conductas de riesgo, en los hospitales privados se desarrollan procesos espontáneos de confort y confianza.

Ese procesamiento espontáneo se complementa con el proceso deliberado de usar los hospitales públicos en función de la fase en la que se encuentren los enfermos. Un paciente en fase aguda acudirá a los hospitales públicos sólo si en su trabajo o en la escuela le obligan a realizarse un examen médico; otro en fase crónica lo hará sólo si el dolor es intenso y diversificado, y uno más en fase terminal sólo acudirá allí como una última opción en su lista de posibilidades. La lógica es diferente en los hospitales privados ya que los usuarios acuden a dichos hospitales más en función de sus hábitos de prevención que de curación inmediata.

Aunado al factor económico, las emociones activan conductas de riesgo que hacen que las personas acudan a los hospitales públicos. En efecto, la prevención deliberada es la principal diferencia entre los usuarios de los hospitales públicos y los de los privados. La acción razonada es el proceso que lleva a las personas a proyectar el estado de salud en el que quieren estar a partir de la información que les orienta en sus decisiones de bienestar individual. La TPE devela la afectividad que de-

termina la evaluación favorable o desfavorable hacia los servicios de salud públicos o privados.

### b) Teoría de la acción razonada

Martin Fishbein e Icek Ajzen elaboraron en 1974 la teoría de la acción razonada (TAR)<sup>2</sup> (cfr. también Ajzen, 1991, 2001, 2002) para explicar los factores que llevan a las personas a discernir entre los servicios de salud públicos y los servicios de salud privados en función de su bienestar individual; su salud y crecimiento personal. En este sentido, la salud es concebida como un sistema deliberado para el beneficio personal en función de la inversión que el usuario está dispuesto a desembolsar. La economía personal al estar relacionada con las actitudes racionales y las normas subjetivas determinan las decisiones y conductas más favorables a la salud personal. En una economía de mercado, los hospitales privados son más favorablemente evaluados que los hospitales públicos. Dado que el Estado proporciona el servicio de salud pública, éste es estigmatizado como deficiente si se le compara con el servicio de salud privada que proporcionan las empresas transnacionales. En dicha economía de mercado los individuos no sólo se diferencian por su derechos, oportunidades y salarios sino además por su acceso a los servicios de salud. En este sentido, los hospitales privados encuentran en los individuos racionales con altos ingresos a sus clientes idóneos. En contraste, en los hospitales públicos los individuos con bajos ingresos y procesos espontáneos son mutuamente incluyentes.

La TAR devela la racionalidad que determina la evaluación favorable o desfavorable hacia los servicios de salud públicos o privados. Asimismo demuestra que en las economías de mercado existen diferencias entre los usuarios racionales. Se trata de aquellos que razonan a partir de sus actitudes y los que lo hacen a partir de sus habilidades.

<sup>2</sup> “Señala que la intención conductual, el antecedente inmediato de la conducta, [es] determinada por las actitudes hacia la conducta y la norma subjetiva; las actitudes hacia la conducta son el resultado de dos elementos: por una parte, la probabilidad subjetiva de que cierta creencia provoque una determinada conducta; en segundo lugar, la deseabilidad subjetiva de esa consecuencia. El producto de la probabilidad subjetiva y la deseabilidad dará lugar a la actitud hacia la acción” (Sabucedo, Real y García, 2003: p. 125)

### c) Teoría de la conducta planificada

Martin Fishbein e Icek Ajzen elaboraron en 1975 la teoría de la conducta planificada (TCP)<sup>3</sup> para explicar los factores que llevan a sistematizar el autocuidado en las personas. En las economías de mercado, las personas tienden al autocuidado porque saben que su salud, conocimientos y habilidades son los elementos esenciales para su crecimiento personal. El autocuidado implica la alimentación balanceada, el ejercicio rutinario y el chequeo médico. Tales conocimientos y habilidades son los factores esenciales para sistematizar el autocuidado personal que determinará el acceso a las oportunidades educativas, laborales y recreativas necesarias para el crecimiento individual. A partir del mercado económico, se derivan mercados de salud en los que los hospitales públicos no pueden competir con los privados. Incluso entre los servicios de salud privados surgen diferencias entre las unidades especializadas y las generales. Esta segmentación del mercado se extiende a los clientes potenciales y a los clientes reales. Los hospitales privados especializados tenderán a captar a los individuos que han desarrollado el autocuidado e incrementado su capital financiero.

En relación a la segmentación del mercado de la salud, se han explicado las actitudes hacia los hospitales públicos y los privados de acuerdo a tres teorías que plantean la atención de los clientes potenciales a partir de su afectividad, racionalidad y sistematicidad. En este sentido, la problemática de las actitudes hacia los hospitales públicos y privados se explica a partir de un modelo teórico. Dicho modelo plantea la relación causal entre los factores actitudinales para explicar los procesos espontáneos, deliberados y planificados que diferencian a los individuos en relación a los servicios de salud públicos y privados. Se trata de una propuesta que puede abordar los rasgos actitudinales individuales para modificar posteriormente sus evaluaciones a partir de un modelo de intervención.

<sup>3</sup> “Incluye la actitud hacia la acción y la norma subjetiva [...] y el control conductual percibido. Con esta nueva variable se reconoce la importancia que tiene la percepción de la persona respecto a las posibilidades o no de realizar un comportamiento determinado. Esa capacidad de control dependerá de la percepción que tenga la persona tanto respecto a sus competencias y capacidades, como a las oportunidades que brinde el medio.” (Sabucedo, Real y García, 2003: p. 125).

## MÉTODO

### Participantes

Se seleccionaron intencionalmente 100 usuarios y profesionales de la salud de un hospital público y un hospital privado de la ciudad de Cuernavaca, capital del estado de Morelos (México), de los cuales 78% fueron mujeres. El 40% declaró haberse divorciado, 22% señaló estar en concubinato o haber enviudado y 16% estaba casado. El 79% estaba en el rango de 18 a 22 años de edad, 11% entre 23 y 29 y 10% tenía menos de 18. El 58% ingresaba menos de 2,500 pesos mensuales a sus familias<sup>4</sup>, 27% obtenía entre 2,500 y 3,500 y sólo 2% ganaba más de 3,500 pesos mensuales.

### Instrumento

*Escala de Actitud hacia los Hospitales.* Con este instrumento se midieron las evaluaciones positivas y negativas de los usuarios y los profesionales de la salud hacia la infraestructura, instalaciones, tecnología, especialistas y programas a partir de cuatro opciones de respuesta con recorrido desde “Totalmente en desacuerdo” hasta “Totalmente de acuerdo”.

La Tabla 1 muestra los datos que avalan la distribución normal de las respuestas a preguntas y aseveraciones incluidas en el modelo. Es posible observar que la pregunta 4 y el reactivo 11 sobrepasaron el rango de tolerancia para incluirlos en análisis posteriores, siendo por ello eliminados.

**Tabla 1.** Distribución normal de los reactivos.

Núm.	Pregunta(s) reactivo(s)	Prom.	Desv.	Sesgo	Asim.
p1	¿Cuál es su sexo?	1.22	.42	1.373	-.119
p2	¿Cuál es su estado civil?	3.86	1.12	-.424	-1.240
p3	¿Cuál es su edad?	2.01	.46	.039	1.914
p5	¿Cuál es su ingreso mensual?	1.81	1.28	1.705	1.691
R1	Un hospital con sala de Internet es confiable.	2.87	.85	-.961	.633
R2	Un hospital con cámaras de seguridad es seguro.	1.63	.94	1.406	.917
R3	Un hospital con elevadores es confiable.	3.11	.79	-.701	.247
R4	Un hospital con enfermeras es confortable.	3.25	.84	-1.254	1.403
R5	Un hospital con equipo de cómputo es confiable.	3.09	.73	-.947	1.661
R6	Un hospital con especialistas es recomendable.	2.73	.98	-.472	-.732
R7	Un hospital con estructura de acero es inseguro.	3.38	.74	-1.361	2.311
R8	Un hospital con estructura de concreto es confortable.	3.44	.82	-1.651	2.416
R9	Un hospital con helipuerto es inseguro.	2.28	.99	.313	-.890
R10	Un hospital con microscopios electrónicos es recomendable.	1.97	.85	.568	-.277
R12	Un hospital con programas contra las adicciones es confiable.	3.28	.84	-1.194	1.048
R13	Un hospital con programas de financiamiento es recomendable.	2.85	.86	-.588	-.081
R14	Un hospital con programas de prevención es confiable.	2.88	.95	-.706	-.270
R15	Un hospital con programas de rehabilitación es confortable.	1.92	.96	.790	-.343
R16	Un hospital con programas de terapia es seguro.	3.26	.83	-1.188	1.194
R17	Un hospital con programas informativos es confiable.	3.41	.77	-1.543	2.627
R19	Un hospital con psiquiatras es inseguro.	3.22	.92	-1.177	.694
R20	Un hospital con sala de espera es inhumano.	2.34	1.13	.279	-1.305
R21	Un hospital con sala de operaciones es recomendable.	3.11	.95	-1.011	.218
R22	Un hospital con sala de urgencias es confiable.	2.85	.98	-.617	-.533
R23	Un hospital con sala de videoconferencias es confortable.	3.15	.81	-1.100	1.325
R24	Un hospital con salas de rayos X es confiable.	3.20	.78	-1.153	1.689
R25	Un hospital con salidas de emergencia es seguro.	3.28	.73	-1.294	2.653
R26	Un hospital con trabajadoras sociales es confiable.	3.27	.78	-1.306	2.112
R27	Un hospital improvisado en un edificio viejo es seguro.	3.08	.88	-1.054	.732

<sup>4</sup> A un cambio aproximado de 11.50 pesos por dólar.

## Procedimiento

Para verificar si la estructura de las actitudes hacia los hospitales es bidimensional y bicausal, se aplicó el instrumento en las instalaciones del Departamento de Trabajo Social del Hospital General de Cuernavaca. Se les informó a los familiares de los pacientes en terapia intensiva que el estudio correspondía a una política de mejora del servicio médico y que los resultados de la investigación no afectarían la atención médica que recibían sus familiares. Una vez contestada la encuesta, se revisaron las opciones de respuesta, descartándose aque-

llas que se repetían o faltaban. Posteriormente, se capturaron y procesaron los datos en los programas SPSS y LISREL, en sus versiones de estudiantes.

La validez del instrumento se estableció a partir de los estadísticos de adecuación, esfericidad y pesos factoriales.

El factor actitudinal general obtuvo una adecuación y esfericidad idónea ( $KMO = .837$ ;  $X^2 = 1284.788$ ;  $g.l. = 300$ ; nivel de significancia = .000). El primer factor obtuvo 34% de la varianza y el segundo 8%. Se excluyeron los reactivos 1, 3, 6, 11, 18 y 19 al pertenecer aisladamente a otros factores.

**Tabla 2.** Validez convergente de las actitudes.

Núm.	Reactivos	Confianza	Seguridad
10	Un hospital con microscopios electrónicos es recomendable.		.639
20	Un hospital con sala de espera es inhumano.		.601
15	Un hospital con programas de rehabilitación es confortable.		.593
2	Un hospital con cámaras de seguridad es seguro.		.497
9	Un hospital con helipuerto es inseguro.		.435
27	Un hospital improvisado en un edificio viejo es seguro.	.688	
26	Un hospital con trabajadoras sociales es confiable.	.864	
25	Un hospital con salidas de emergencia es seguro.	.790	
24	Un hospital con salas de rayos X es confiable.	.808	
23	Un hospital con sala de videoconferencias es confortable.	.652	
22	Un hospital con sala de urgencias es confiable.	.598	
21	Un hospital con sala de operaciones es recomendable.	.723	
17	Un hospital con programas informativos es confiable.	.753	
16	Un hospital con programas de terapia es seguro.	.725	
14	Un hospital con programas de prevención es confiable.	.573	
13	Un hospital con programas de financiamiento es recomendable.	.480	
12	Un hospital con programas de adicciones es confiable.	.645	
8	Un hospital con estructura de concreto es confortable.	.777	
7	Un hospital con estructura de acero es inseguro.	.768	
5	Un hospital con equipo de computo es confiable.	.580	
4	Un hospital con enfermeras es confortable.	.652	

La confiabilidad del instrumento que mide los dos factores de primer orden y el factor general de la

actitud hacia los hospitales se estableció mediante el parámetro alfa de Cronbach (Tabla 3).

**Tabla 3.** Confiabilidad de los factores.

Factor	Media	Desviación	Sesgo	Asimetría	Alfa
Confianza hospitalaria	50.81	9.22	-1.463	3.535	.973
Seguridad hospitalaria	10.14	3.10	.441	-.186	.687
Actitud hospitalaria	60.85	8.85	-1.191	2.636	.838

La confiabilidad de los dos factores y el constructo actitudinal fue superior a .60, lo cual sugiere

que el instrumento puede aplicarse en otros contextos con los mismos resultados.

## RESULTADOS

Se elaboró un análisis de correlación para establecer las asociaciones significativas entre los factores y así elaborar un modelo que permitiera explicar las causas de la actitud hacia los hospitales.

La Tabla 4 muestra que había relaciones directas, negativas y significativas entre los factores 1 y 2. En la medida en que la confianza a los hospitales aumenta, la seguridad en torno a ellos disminuye. Esto significa que los factores 1 y 2 pueden fungir como causas independientes de la actitud hacia los hospitales.

**Tabla 4.** Correlación entre los factores.

	Factor 1	Factor 2	Constructo
Actitud de confianza hacia los hospitales (F1)	1.000*		
Actitud de seguridad hacia los hospitales (F2)	-.285**	1.000	
Actitud hacia los hospitales (C)	.944***	0.048	1.000

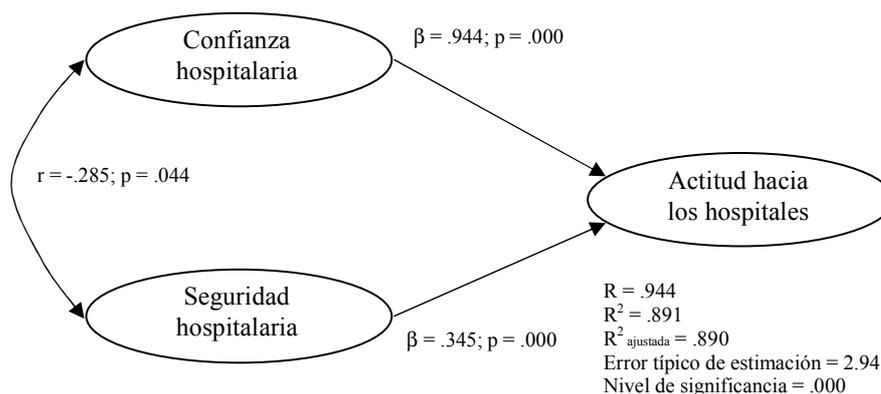
\* < .05; \*\* < .01; \*\*\* < .001.

Para tal propósito, se elaboró un modelo de regresión lineal múltiple en el que se estableció el efecto de los factores sobre la actitud hacia los hospitales. El modelo 1 muestra que la confianza hospitalaria es la determinante principal de dicha actitud. Un incremento en los valores de la confianza hospitalaria provoca un aumento en los valores de la actitud hacia los hospitales. Por ello, la confianza hospitalaria tiene un efecto directo, positivo y significativo sobre esa actitud.

La TPE, la TAR y la TCP interpretarían estas correlaciones como factores evaluativos que inciden en las intenciones y comportamientos de riesgo; es decir, las actitudes, en tanto evaluaciones favora-

bles o desfavorables hacia los hospitales, predecirían las decisiones de hospitalización de familiares enfermos. La TPE señalaría que la confianza hacia los hospitales activaría experiencias médicas positivas y negativas pasadas que determinan las evaluaciones favorables y desfavorables hacia los hospitales. La TAR y la TCP sugerirían que la confianza hacia los hospitales es el factor determinante de las decisiones de hospitalización y la conducta de riesgo. Sin embargo, la covarianza entre los factores sugiere que existen otros determinantes no incluidos en el modelo y cuyo efecto puede ser calculado e inferido con los parámetros de un modelo estructural.

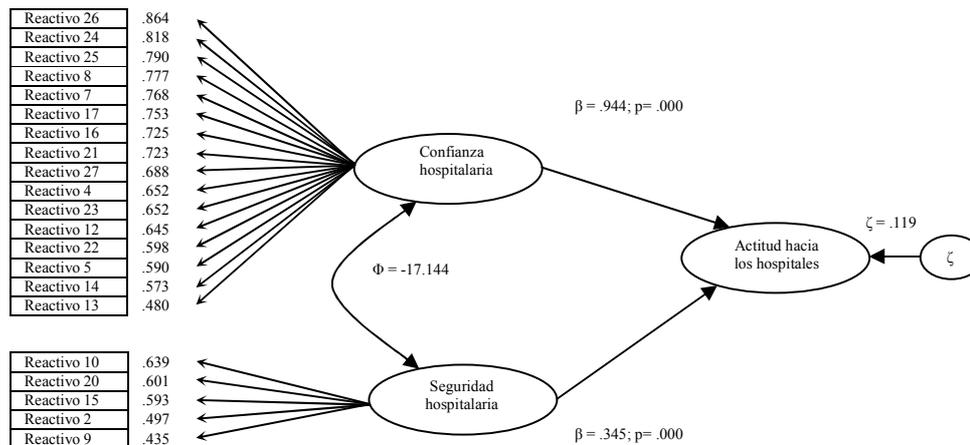
**Modelo 1.** Los determinantes de la actitud hacia los hospitales.



Fuente: Elaborado a partir de los datos de estudio

El modelo 2 muestra la estructura de la actitud hacia los hospitales. Puede observarse que el factor más importante es la confianza hospitalaria que, al covariar con la seguridad hospitalaria, demues-

tra la influencia de otros factores no incluidos en el modelo. En este sentido, el parámetro de disturbio también evidencia el efecto de otras variables sobre la actitud hacia los hospitales.

**Modelo 2.** La estructura de la actitud hacia los hospitales.

Fuente: Elaborado a partir de los datos del estudio.

En conclusión, los estudios psicológicos en torno a los hospitales han demostrado, desde la TPE, la TAR y la TCP, el efecto directo, positivo y significativo entre las actitudes, las intenciones de hospitalización y los comportamientos de riesgo. En el presente estudio, se pudo demostrar que la actitud hacia los hospitales está influida por la con-

fianza. En este sentido, los hallazgos de la investigación permiten construir un modelo en el que la confianza hospitalaria afectaría indirecta, positiva y significativamente el comportamiento de los familiares en los hospitales. Dicho proceso estaría mediado por las actitudes y las intenciones planteadas como factores esenciales en la TAR y la TCP.

**REFERENCIAS**

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review Psychology*, 52, 27-58.
- Ajzen, I. (2002). Attitudes. En R. Fernandez B. (Ed.): *Encyclopedia of Psychological Assessment* (pp. 110-115). London: Sage Publications.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1974). Factors influencing intentions and the intention behavior relation. *Human Relations*, 27, 1-15.
- Fazio, R.H., Sanboumatsu, D.M., Powell, M.C. y Kardes, F.R. (1986). On automatic activation of attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 229-238.
- Javiedes, M. (2004). Actitud y pensamiento. En J. Mendoza y M. González (coords.): *Enfoques contemporáneos de la psicología social en México*. (pp. 365-405). México: ITESM.
- Laca, F. (2005). Actitudes y comportamientos en las situaciones de conflicto. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), 117-126
- Pallí, C. y Martínez, L. (2004). Naturaleza y organización de las actitudes. En T. Ibáñez (Coord.): *Introducción a la psicología social*. (pp. 183-254). Barcelona: UOC.
- Sabucedo, J., Real, J. y García, R. (2003). Medio ambiente y comportamiento humano. En J. J. Casares (Coord.): *Reflexiones sobre el medio ambiente en Galicia*. (pp. 419-44). Galicia: CMA.