

# Influencias del lenguaje y origen de un lector en la comprensión de mensajes de comunicación en salud y en la formación de actitud e intención hacia la realización de una conducta preventiva

Iván N. Ríos Hernández

---

TESIS DOCTORAL UPF

DIRECTOR DE LA TESIS

Dr. Miguel Rodrigo Alsina (Departamento de Comunicación)





Dedicatoria:

Dedico esta investigación primeramente a Dios por permitirme cumplir con el objetivo de la misma sin inconvenientes. Así, mismo a Bryan, mi querido hijo, quien comprendió lo importante de poder terminar esta investigación para el éxito de mis estudios doctorales. Deseo unir a esta dedicatoria muy especialmente a mi señora madre, por su apoyo incondicional durante todo el proceso de la investigación.

Gracias por su apoyo incondicional.



## **Agradecimientos**

Deseo agradecer al doctor Miguel Rodrigo Alsina del Departamento de Comunicación Social de la Universidad Pompeu Fabra por confiar en mi trabajo y asesorarme en todo lo relacionado al mismo. También, a Isaac Santiago, quien siempre estuvo dispuesto a escuchar mis planteamientos académicos y brindarme su punto de vista particular. Además, a Guillermo José por sus sabios consejos durante todo el proceso. A la Oficina de Apoyo al Ciudadano Inmigrante del Municipio de San Juan por colaborar en la búsqueda de la muestra de los ciudadanos inmigrantes dominicanos requeridos para el estudio. Finalmente, a todos aquellos que participaron de una forma u otra y que creyeron en la aportación de esta investigación al campo de la comunicación en salud en Puerto Rico.

A todos mil gracias.



## **Resumen**

El estudio examinó la posible influencia del lenguaje y lugar de origen de un lector en la comprensión de mensajes de comunicación en salud y en la formación de actitud e intención hacia la realización de una conducta preventiva. Un instrumento de medición con escala de comprensión de lectura, actitud e intención fue suministrado a un grupo de puertorriqueños y dominicanos (N=40) residentes en San Juan, Puerto Rico. La escala de comprensión tenía dos textos en diversos niveles de dificultad (bastante fácil y medio) de acuerdo con la Fórmula de Legibilidad para el idioma español de Francisco Szigriszt Pazos. Se encontró que no hubo diferencia estadísticamente significativa ( $p>.05$ ) entre la muestra en el nivel de dificultad bastante fácil, no obstante en el nivel de dificultad medio sí hubo diferencia estadísticamente significativa ( $p<.05$ ). Los análisis reflejaron que la comprensión y actitud en conjunto no predicen de manera significativa el grado de intención para la adopción de una conducta preventiva de salud.

## **Abstract**

This study examines the possible influence of a reader's place of origin on the comprehension of health communication messages and on the formation of attitudes and intentions of preventive behavior. A measurement instrument with a reading comprehension, attitude and intention scale was administered to a group of individuals of Puerto Rican and Dominican origin (N=40) living in San Juan,

Puerto Rico. The reading comprehension scale used two texts with different levels of difficulty (relatively easy and intermediate) in accordance with the Readability Formula for Spanish of Francisco Szigriszt Pazos. There was no statistically significant difference ( $p > .05$ ) among the sample for the relatively easy level of the reading test; however, for the intermediate level, there was a statistically significant difference ( $p < .05$ ). Analyses showed that comprehension and attitude together do not significantly predict the degree of intention to adopt healthy preventive behavior.





## **Prefacio**

Las campañas de comunicación en salud son consideradas un componente fundamental para el mantenimiento de salud. La diversidad cultural y lingüística inmersa en los diferentes países del mundo requiere que los comunicadores sociales atendamos el posible efecto de estas variables en las acciones preventivas de salud de la población.

En Puerto Rico, existe una gran cantidad de ciudadanos inmigrantes de diversos lugares de procedencia. Son ciudadanos que poseen características lingüísticas propias de la esencia de su cultura. Estudios multiculturales en el campo de la comunicación en salud sugieren la necesidad de considerar el lugar de origen del receptor como parte del desarrollo de un mensaje de prevención, debido a su posible influencia en la otorgación de significados de un texto que fomenta estilos de vida saludables.

Nuestro estudio atiende elementos lingüísticos utilizados en textos de salud y sugiere una posible relación entre el nivel de dificultad de una estructura gramatical y la comprensión de un mensaje preventivo de salud. A su vez, sugiere la posible influencia que tiene el lugar de origen de un lector en la comprensión de lectura de un mensaje de salud. Finalmente, propone la posible influencia de la comprensión de lectura en la formación de conductas preventivas de la población. Fundamentamos esta investigación en teorías y modelos de pensamiento que han sido objeto de múltiples investigaciones en el campo de la comunicación en salud, comprensión de lectura y legibilidad de textos.

El estilo de redacción utilizado para el documento ha sido el de la American Psychology Association (APA). x



# Índice

	Pág.
Resumen.....	vii
Prefacio.....	x
Lista de figuras.....	xv
Lista de tablas.....	xvii
<b>1. INTRODUCCION</b>	
1.1. Panorama.....	1
a) Antecedentes.....	1
b) Planteamiento.....	5
c) Propósito del estudio.....	10
d) Preguntas de investigación e hipótesis.....	11
e) Justificación.....	14
1.2. Revisión de literatura.....	16
a) Introducción.....	16
b) Estructuras demográficas de Puerto Rico.....	25
c) Ascendencia informada.....	29
d) Origen hispano.....	29
e) Estadísticas de mortalidad de Puerto Rico.....	37
f) Investigaciones sobre nivel de dificultad de textos.....	40
g) Investigaciones sobre lugar de origen de un receptor..	46
h) Investigaciones sobre comprensión de lectura.....	50
i) Investigaciones sobre Teoría de Acción Razonada.....	56
1.3. Marco Teórico.....	64
1.3.1 Interacción entre el proceso de comunicación y salud	64
a) Comunicación.....	65
b) Barreras de la comunicación.....	83
c) Salud.....	87
d) Comunicación en salud.....	92
e) Propuesta de nueva definición de comunicación en salud.....	98
f) Modelos de comunicación en salud.....	100
g) Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen.....	112
h) Teoría de Acción Razonada y los otros modelos.....	121

## Índice (continuación)

1.3.2 Lenguaje: Herramienta de reconstrucción del pensamiento.....	123
a) Lenguaje.....	125
b) Teoría Sociocultural del Lenguaje de Vigotsky.....	128
c) Rol del significado en la estructura del lenguaje.....	131
d) La lingüística desde la óptica textual.....	145
e) El lenguaje desde una perspectiva intercultural.....	153
1.3.3 Comprensión de lectura.....	163
a) El proceso de comprensión de lectura.....	164
b) Teoría de Comprensión de Textos de Kinstsch y Van Dijk.....	173
c) Propuesta de nuevo modelo teórico por el investigador..	177
d) Niveles de comprensión de lectura.....	186
e) Indicadores de comprensión de lectura.....	195
1.3.4 Lugar de Origen: Componente de la cultura.....	200
a) Cultura e inclusión social.....	201
b) Teoría del Funcionalismo de Bronislaw Malinowski....	208
c) La etnia: fenómeno de la cultura.....	212
d) Aculturación.....	220
e) Modelos teóricos de aculturación.....	224
1.3.5 Un acercamiento a la legibilidad de textos.....	234
a) Legibilidad.....	237
b) Fórmulas de legibilidad.....	243
c) Fórmulas de legibilidad para el castellano.....	249
d) Fórmula de Perspicuidad de Francisco Szigriszt Pazos.	258
1.4 Definiciones conceptuales.....	268
a) Nivel de dificultad.....	268
b) Lugar de origen.....	269
c) Comprensión.....	269
d) Actitud.....	269
e) Intención.....	269
1.5 Definiciones Operacionales.....	269
a) Nivel de dificultad.....	269
b) Lugar de origen.....	270
c) Comprensión.....	270

## Índice (continuación)

d) Actitud.....	270
e) Intención.....	270
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>272</b>
a) Diseño de investigación.....	272
b) Instrumento de medición.....	273
c) Procedimiento.....	280
d) Método apropiado para el análisis estadístico.....	285
e) Niveles de medición de las variables.....	287
<b>3. DESCRIPCION DE RESULTADOS.....</b>	<b>290</b>
<b>4. ANALISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>314</b>
a) Relación entre los hallazgos y la teoría.....	314
b) Limitaciones.....	319
c) Recomendaciones.....	319
d) Conclusiones.....	321
Bibliografía.....	324
Apéndices.....	346
Apéndice A- Consentimiento informado (prueba piloto).	346
Apéndice B- Instrumento de medición.....	348
Apéndice C- Respuestas correctas del la prueba de Comprensión.....	356
Apéndice D- Documento para prueba piloto.....	357
Apéndice E- Consentimiento informado (estudio formal).	359

## Lista de figuras

	Pág.
Fig. 1 Modelo de comunicación de David Berlo.....	72
Fig. 2 Modelo de comunicación de Antonio Pasquali.....	74
Fig. 3 Modelo espiral helicoidal de Frank Dance.....	76
Fig. 4 Fórmula de encadenamiento lineal de Harold Lasswell.....	79
Fig. 5 Modelo circular de Schramm.....	81
Fig. 6 Modelo creencias de la salud.....	103
Fig. 7 Modelo PRECEDE.....	106
Fig. 8 Modelo etapas del cambio.....	110
Fig. 9 Teoría de acción razonada de Fishbein y Ajzen.....	121
Fig.10 Denominación de algunas palabras en Puerto Rico y República Dominicana.....	138
Fig.11 Modelo conceptual de la teoría de comprensión de textos de Kinstsch y Van Dijk.....	175
Fig.12 Modelo de interacción de esquemas mentales.....	184
Fig.13 Representación del proceso de la actividad lectora de García.....	188
Fig.14 Pirámide de la comprensión lectora de Sánchez y Deyanira.....	193
Fig.15 Modelo unidireccional de aculturación de Gordon...	227
Fig.16 Modelo bidimensional de aculturación de Berry.....	230
Fig.17 Modelo bidimensional revisado de aculturación del inmigrante de Berry.....	231
Fig.18 Escala Flesch de legibilidad.....	245
Fig.19 Escala Flesch de facilidad lectora.....	248
Fig.20 Facilidad de lectura de Fernández Huerta.....	252
Fig.21 Gráfica de lecturabilidad de FRY.....	254
Fig.22 Test Cloze.....	256

## **Lista de figuras (continuación)**

	Pág.
Fig.23 Propuesta de modelo teórico de investigación Parte I.....	267
Fig.24 Propuesta de modelo teórico de investigación Parte II.....	268



## Lista de tablas

	Pág.
Tab.1 Desglose de residentes por ascendencia informada..	27
Tab.2 Desglose de residentes hispanos o latinos por origen específico.....	32
Tab.3 Dominicanos admitidos como inmigrantes en Puerto Rico (1966-2002).....	33
Tab.4 Primeras tres causas de muerte en Puerto Rico para el año 2005.....	39
Tab.5 Primeras tres causas de muerte en Puerto Rico para el año 2004.....	39
Tab.6 Primeras tres causas de muerte en Puerto Rico para el año 2003.....	40
Tab.7 Esquema para la determinación de reactivos en función de los indicadores.....	197
Tab.8 Tabla de valoración del índice de perspicuidad del mensaje escrito adaptada de Flesch por Szigriszt para aplicación de su fórmula al castellano.	262
Tab.9 Fórmulas de legibilidad y comprensibilidad validadas o adaptadas para la lengua española.....	263
Tab.10 Distribución de preguntas por objetivos y variables...	279
Tab.11 Índices de confiabilidad de las escalas del instrumento de medición.....	292
Tab.12 Índices de perspicuidad (Texto: Ataques al corazón).....	293
Tab.13 Índices de perspicuidad (Texto: Cáncer).....	293
Tab.14 Género.....	295
Tab.15 Edad.....	295
Tab.16 Grado de educación más alto obtenido.....	296
Tab.17 Tiempo de residencia en Puerto Rico.....	297
Tab.18 Lugar de origen.....	297
Tab.19 Medias obtenidas en los puertorriqueños y dominicanos.....	299
Tab.20 Prueba de muestra pareada.....	299

## Lista de tablas (continuación)

	Pág.
Tab.21 Medias obtenidas en los puertorriqueños.....	300
Tab.22 Prueba de muestra pareada en los puertorriqueños.	300
Tab.23 Medias obtenidas en los dominicanos.....	301
Tab.24 Prueba de muestra pareada en los puertorriqueños.	301
Tab.25 Medias de comprensión (Nivel de dificultad bastante fácil).....	302
Tab.26 Significancia de comprensión (Nivel de dificultad bastante fácil).....	302
Tab.27 Medias de comprensión (Nivel de dificultad medio).....	303
Tab.28 Significancia de comprensión (Nivel de dificultad medio).....	303
Tab.29 Prueba de correlación en las variables actitud y comprensión (Nivel de dificultad bastante fácil)...	305
Tab.30 Prueba de correlación en las variables actitud y comprensión (Nivel de dificultad medio).....	306
Tab.31 Prueba de correlación en las variables comprensión (Nivel de dificultad bastante fácil) e intención.....	307
Tab.32 Correlación entre la comprensión (Nivel de dificultad medio) e intención.....	308
Tab.33 Correlación entre comprensión (nivel de dificultad bastante fácil) lugar de origen e intención.....	309
Tab.34 Correlación entre comprensión (nivel de dificultad medio) lugar de origen e intención.....	310
Tab.35. Resumen del modelo Comprensión: Nivel de dificultad bastante fácil.....	311
Tab.36 ANOVA (b).....	312
Tab. 37 Resumen del modelo Comprensión: Nivel de dificultad medio.....	312
Tabla 38. ANOVA (b).....	312



# I. INTRODUCCION

## 1.1. Panorama

### a) Antecedentes

Puerto Rico, por ser una isla con gran potencial de progreso, cuenta desde el 1950 con una extensa cantidad de grupos étnicos inmigrantes de diferentes lugares de los EE.UU., Hispanoamérica y el Caribe. El aumento de las personas procedentes de otros países, al igual que el regreso de antiguos emigrantes, ha provocado el interés de varios sectores debido a las implicaciones que esta inmigración puede tener en la estructura social del País (Rivera, 1997).

El Negociado del Censo de los Estados Unidos expuso en sus datos censales que para el 1980, la cantidad total de la población no nativa residente en la Isla fue de 262,875 personas, equivalente a un 8 por ciento del total de la población (3,196,520) en Puerto Rico para ese periodo de tiempo. Para el censo del 1990 la población no nativa ascendió a 321,097, lo cual representó un 9 por ciento del total de los residentes en la isla (3,522,037) para esa fecha (US Census Bureau, 2003).

En el año 2000 el censo reflejó que la población no nativa residente en la Isla para ese periodo de tiempo ascendió a 355,170, equivalente a un 9 por ciento del total de la población residente en Puerto Rico (3,808,610). El grupo de inmigrantes de mayor presencia en la isla de acuerdo a los datos censales del 2000 correspondió a los dominicanos, comunidad que reflejó un 16 por ciento (56,146) del total de la población no nativa residente en Puerto Rico, sin incluir los indocumentados.

La República Dominicana ha sido un pueblo receptor y emisor de emigrantes durante toda su historia. La emigración se remonta al siglo XVIII, aunque a lo largo de los siglos dicha emigración ha sido causada por diversas razones. Puerto Rico, como parte del continente americano, y siendo una de las islas más cercanas a la República Dominicana, juega un papel semi-periférico en la economía de los Estados Unidos y por ende, ha ejercido un papel de sociedad receptora desde los inicios de esta emigración.

Morales, Rodríguez y Alonso (1996) exponen que los distintos estudios realizados indican marcadas diferencias en las características demográficas y socioeconómicas entre este grupo de inmigrantes y los puertorriqueños. Señalan que estos inmigrantes han contribuido a aumentar la demanda de servicios de salud, vivienda y educación, entre otros.

La participación de los dominicanos en el desarrollo socioeconómico de la Isla ha inducido al Gobierno y a la empresa privada en muchas ocasiones a considerarlos al momento de establecer políticas públicas y corporativas. Sin embargo, su lugar de origen no es considerado durante el desarrollo de los esfuerzos de comunicación en salud auspiciados por diferentes organismos públicos, privados o sin fines de lucro y que son presentados a través de diferentes medios masivos de comunicación. Tampoco es considerado el nivel de dificultad del texto utilizado en los mensajes de estos esfuerzos de comunicación, el cual podría-a nuestro entender- influenciar en la comprensión textual y por consiguiente, en la formación de actitud e intención favorable o desfavorable hacia la

realización de una conducta preventiva de salud en personas de diversos lugares de origen.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (2000) desarrolló el documento Healthy People 2010, el cual establece los objetivos de salud para la nación y sus territorios, incluyendo a Puerto Rico. Este documento fue avalado por la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y 89 países adicionales, ya que lo consideran un referente importante para la promoción de la salud.

El escrito propicia la discusión amplia de los factores que pueden incidir en las conductas de salud de la población y atempera sus planteamientos a la diversidad sociocultural de las Américas. Sin embargo, dado a lo completo del documento y a la pertinencia que reviste para la salud de la población, Healthy People 2010 es considerado un documento importante para la salud mundial y estudiosos de la promoción de la salud.

Healthy People 2010 (2000) expone los atributos que debe tener una comunicación en salud efectiva entre los que se destacan los siguientes:

- 1) Entendible -El nivel del lenguaje y el formato (incluyendo multimedia) deben ser apropiados para las audiencias específicas.

- 2) Competencia cultural- El diseño, la implementación y la evaluación de los procesos debe considerar los diferentes

grupos poblacionales y sus características tales como: etnia, raza, lenguaje, niveles de educación e incapacidad.

En concordancia con Healty People 2010 el Centro Nacional para el Cuidado Médico Culturalmente Apropriado (2008) expuso que para elegir los mensajes y materiales correctos en la comunicación en salud y para ser eficaz con el grupo o público que los recibirá, se deben considerar una variedad de factores, incluyendo los siguientes: raza, etnicidad, idioma preferido, origen nacional, el tiempo que han vivido en cierta comunidad y en los Estados Unidos (si se trata de refugiados o inmigrantes), auto identidad cultural, nivel de aculturación, edad, sexo, educación, nivel de alfabetización y estatus socio económico. De esta forma se aseguraría que lo mensajes de comunicación en salud estuviesen atemperados a la realidad sociocultural del receptor.

Los antecedentes esbozados en este apartado exponen la importancia de analizar la posible influencia, si alguna, que tiene el lugar de origen de un lector y el nivel de dificultad en que está redactado un texto de comunicación en salud en la comprensión lectora y en la formación de actitud e intención hacia la realización de una conducta preventiva en la población. Sería interesante auscultar además la posible relación, si alguna, que tiene la comprensión de un texto de comunicación en salud junto con la actitud en la predicción del grado de intención de una persona para adoptar una conducta preventiva favorable o desfavorable.

## b) Planteamiento

El lugar de origen de un lector es necesario considerarlo previo al desarrollo de mensajes de comunicación en salud dado a las características socioculturales que pueden estar inmersas en el destinatario y que podrían tener alguna influencia en las acciones preventivas de salud de la población. Cuando se diseñan materiales cuyo propósito es orientar sobre la prevención de enfermedades puede que éstos sean percibidos inatractivos, irrelevantes y poco claros para miembros de ciertos grupos de diversos lugares de origen (Sabogal, Otero, Pasick, Jenkins y Pérez, 1996).

Es responsabilidad de los desarrolladores de campañas de comunicación en salud propiciar el envío de mensajes de prevención atemperados a la realidad sociocultural de toda la población para que de esta forma se cumpla con el objetivo de comunicar adecuadamente. Si aseguramos que el mensaje se encuentre atemperado a esa realidad sociocultural del receptor, éste podría percibir más adecuadamente la necesidad de adoptar una conducta preventiva en función de satisfacer una necesidad de salud.

La Teoría del Funcionalismo de Bronislaw Malinowski resalta cómo la cultura sirve a las necesidades de los individuos. Propone que la cultura es el producto de tres clases de necesidades humanas: las básicas, las derivadas y las integradas. Expone que todas nuestras acciones surgen en función de satisfacer alguna necesidad, las cuales estarán codeterminadas por influencias culturales. Desde el punto de vista del funcionalismo ningún cambio social o intelectual ocurre jamás sin que hayan sido creadas nuevas necesidades (Malinowski, 1967).



Las necesidades básicas son descritas como las que se relacionan con la supervivencia de los seres humanos entre las que se encuentran: el alimento, el abrigo y la protección física.

Extrapolando los postulados de Malinowski a nuestra investigación- sin pretender enfocar nuestro estudio desde una perspectiva antropológica- es meritorio aducir que el mantenimiento de la salud de los puertorriqueños y los dominicanos residentes en Puerto Rico, podría estar influenciado de alguna manera por las necesidades de salud básicas identificadas por ambos grupos poblacionales, los cuales poseen características culturales y lingüísticas diversas.

Utilizando la Teoría del Funcionalismo como apoyo a nuestro análisis podríamos inferir que esa identificación de necesidades de salud debería estar influenciada por los preceptos culturales inmersos en ambos grupos de ciudadanos (puertorriqueños y dominicanos) al momento de analizar mensajes relacionados a la prevención y redactados en diversos niveles de dificultad. Este aspecto podría tener alguna influencia en las acciones de salud y en la formación de actitud e intención favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva.

De acuerdo con Tajima y Sonoda (1996) la interpretación que le dan los destinatarios a un mensaje, estará enmarcada por la ausencia o presencia de lo patógeno, estilo de vida y variadas circunstancias socioculturales. Ésta puede definir los hábitos de conducta y mejoramiento de estilos y de calidad de vida de la población.

Kreps y Kunimoto (1994) señalan que se debe tomar en consideración la estrategia temática del mensaje, organizando tácticamente lo que se quiere decir de diferentes maneras para poblaciones activas y con culturas diversas.

El nivel de dificultad de un texto ha generado múltiples cuestionamientos al momento de evaluar mensajes de comunicación en salud. Su posible influencia durante el proceso de lectura y por consiguiente en la comprensión textual es objeto de pasadas y recientes investigaciones. Dichos análisis han incluido el uso de fórmulas de legibilidad desarrolladas para el castellano, las cuales pueden ayudar a catalogar el nivel de dificultad de un texto a través de cálculos matemáticos.

Una de las fórmulas de legibilidad recién creada y validada para el idioma español fue la Fórmula de Perspicuidad de Francisco Szigriszt Pazos (1993). Esta fórmula será componente de apoyo en nuestra investigación y se utilizará para otorgar los niveles de dificultad a los textos que conformarán la prueba de comprensión en el instrumento de medición. A pesar de ser una fórmula recién creada es catalogada actualmente por expertos en estudios sobre legibilidad como referente para el idioma español.

Considero interesante conocer sobre la posible relación, si alguna, que tiene el lugar de origen de un lector en la comprensión de un mensaje de comunicación en salud que su nivel de dificultad ha sido previamente catalogado con el uso de una fórmula de legibilidad.

El proceso de comprensión textual ha sido foco de varias teorías entre las que se destaca la Teoría Comprensión de Texto de

Kintsch y Van Dijk (1978). Esta teoría describe el proceso de lectura desde el reconocimiento de las palabras hasta la construcción de una representación del significado del texto. El énfasis de la teoría es en el entendimiento del significado del texto. Kintsch y Van Dijk postulan que el lector construye tres diferentes procesos durante la lectura. El primero, una representación verbatim del texto. Segundo, una representación semántica que describe el significado del texto y tercero una representación situacional del panorama que se plantea en el texto.

La interpretación del texto constituye una representación semántica global en la que se integran las informaciones provenientes del mismo texto y las inferencias elaboradas por el sujeto en el proceso de lectura. Autores como Kintsch y Van Dijk proponen una representación integrada y dinámica del texto en los denominados “modelos mentales” o “modelos de situación” en los que además de la información del texto se integran los conocimientos previos del mundo que tiene el sujeto, así como las inferencias elaboradas durante el proceso lector (García, 1993).

La actitud y la intención hacia una conducta preventiva de salud favorable o desfavorable son constructos fundamentales y prioritarios para el desarrollo de nuestra investigación. Uno de los propósitos principales de las campañas de comunicación en salud es crear conductas saludables en la población. Sería interesante conocer la posible relación, si alguna, que tiene la comprensión de un texto en la formación de actitud de un individuo y en la intención de realizar o no realizar una conducta preventiva de salud en personas de diversos lugares de origen de procedencia. La Teoría de Acción

Razonada de Fishbein y Ajzen (1975) contempla entre sus componentes fundamentales los constructos actitud e intención en la formación de conductas preventivas de salud. Esta teoría parte de un acercamiento cognitivo y de carácter interpersonal (OPS, 2001; Dutta-Bergman, 2005).

La Teoría de Acción Razonada fue presentada en 1967, posteriormente ha sido desarrollada y aprobada por sus principales autores Fishbein y Ajzen. Es una teoría general de la conducta humana que trata de la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamiento, los cuales se encuentran relacionados con la toma de decisiones a nivel conductual (Reyes, 2007). Asume que la mayoría de las conductas están determinadas por creencias ocultas que se derivan de y están sostenidas por el patrón cultural y social de las comunidades en las que se vive. Además, postula que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes están bajo el control volitivo del sujeto y que siendo el ser humano un ser racional procesa la información que dispone en forma sistemática y utiliza dicha información estructurada para formar la intención de realizar (o no realizar) una conducta específica.

Utilizar la variable comprensión para medir estadísticamente su posible relación, si alguna, en la formación de actitud e intención de un individuo de diversos lugares de origen es un elemento que añade innovación y mérito científico a nuestra investigación, ya que proponemos un nuevo constructo (comprensión) adicional como posible predictor de conductas preventivas en la población. Auscultar además, si la comprensión de un texto y la actitud en conjunto predicen de manera significativa el grado de intención de una

persona en la adopción de una conducta preventiva es otro elemento que consideramos de valor para nuestra propuesta de investigación, ya que añade un enfoque adicional de discusión científico al estudio de la comprensión lectora en el campo de la comunicación en salud.

Consideramos de suma importancia que estudiosos de la comunicación social interesados en campo de la promoción de salud indaguen sobre las posibles variables predictoras que pueden estar relacionadas a los cambios de hábitos de conducta y de mejores estilos en la calidad de vida de la población. A su vez, analicen la posible influencia, si alguna, que tiene el nivel de dificultad de un texto en la comprensión de un mensaje de comunicación en salud y en la formación de actitud e intención hacia una conducta favorable o desfavorable dependiendo del lugar de origen. Al mismo tiempo, indaguen a través de investigaciones como la nuestra sobre la posible influencia, si alguna, que tiene la variable comprensión junto con la actitud en la formación de intención de una persona hacia la realización de una conducta preventiva de salud.

### C) Propósito del estudio

Utilizando como marco de referencia los datos expuestos en la parte introductoria de la investigación debo mencionar que los objetivos primordiales del estudio son:

1. Medir el impacto, si alguno, que tiene el nivel de dificultad de un texto en la comprensión de un mensaje de comunicación en salud.

2. Medir el impacto, si alguno, que tiene el lugar de origen de un lector en la comprensión de un mensaje de comunicación en salud.
3. Medir el impacto, si alguno, que tiene la comprensión de un texto en la formación de actitud favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva de salud.
4. Medir el impacto, si alguno, que tiene la comprensión de un texto en la formación de intención favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva de salud.
5. Medir el impacto, si alguno que tiene la comprensión de un texto junto con la actitud en la formación de intención favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva de salud.

#### d) Preguntas de investigación e hipótesis

Las preguntas de investigación son las siguientes:

1. ¿El nivel de dificultad de un texto influye en la comprensión de un mensaje de comunicación en salud?
2. ¿El lugar de origen de un lector influye en la comprensión de un mensaje de comunicación en salud?

3. ¿La comprensión de un texto está relacionada con la formación de actitud favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva de salud?
4. ¿La comprensión de un texto está relacionada con la intención de una persona para adoptar una conducta preventiva de salud favorable o desfavorable?
5. ¿La comprensión de un texto junto con la actitud predicen de manera significativa el grado de intención de una persona para adoptar una conducta preventiva de salud favorable o desfavorable?

Las hipótesis de investigación que se proponen son las siguientes:

- H1. Existe una relación estadística significativa entre el nivel de dificultad de un texto y la comprensión de un mensaje de comunicación en salud.
- H2. Existe una relación estadística significativa entre el lugar de origen de un lector y la comprensión de un mensaje de comunicación en salud.
- H3. Existe una relación estadística significativa entre la comprensión de un texto y la formación de actitud favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva de salud.

- H4. Existe una relación estadística significativa entre la comprensión de un texto y la intención de una persona para adoptar una conducta preventiva de salud favorable o desfavorable.
- H5. La comprensión de un texto y la actitud en conjunto predicen de manera significativa el grado de intención de una persona para adoptar una conducta preventiva de salud favorable o desfavorable.

La población que se considera utilizar para el estudio corresponde a una muestra de puertorriqueños y dominicanos inmigrantes residentes en el sector Santurce de San Juan, Puerto Rico de 18 años o más y con diversos niveles académicos de educación. La utilización de dicha muestra se justifica, ya que esta población es la de mayor presencia en Puerto Rico como comunidad extranjera local de acuerdo con datos del Negociado del Censo de los Estados Unidos en Puerto Rico.

En Santurce reside una gran parte de la población de inmigrantes dominicanos (16,028) con estancia en la Isla (US Census Bureau, 2003). Los análisis estadísticos permitirán auscultar la posible influencia, si alguna, que tiene el nivel del lenguaje de un texto y el lugar de origen de un lector (dominicanos y puertorriqueños) en la comprensión lectora de mensajes de comunicación en salud y por consiguiente en la formación de actitud e intención favorable o desfavorable hacia la realización de una



conducta preventiva. A su vez, nos ayudarán a determinar el grado de dependencia entre dos variables catalogadas independientes (comprensión y actitud) y una dependiente (intención).

### e) Justificación

La importancia teórica de esta investigación radica en el estudio del uso de los aspectos lingüísticos en las campañas de comunicación en salud que promueven la prevención de enfermedades en poblaciones heterogéneas, como parte del esfuerzo de orientación que agencias gubernamentales y empresas privadas desarrollan a través de los diferentes medios masivos de comunicación social (prensa, radio, televisión, revistas especializadas, opúsculos, Internet, entre otros). La posible influencia que pueda tener el lenguaje utilizado en las campañas de comunicación en salud en la formación de conductas preventivas de los hispanohablantes son aspectos importantes para determinar la efectividad de estos esfuerzos.

La importancia práctica y consecuencia de la investigación radica en la posible identificación de elementos no delineados actualmente en la codificación de mensajes relacionados a la comunicación en salud y prevención de enfermedades o conductas de riesgo, desarrolladas por firmas de relaciones públicas, agencias de publicidad, gobierno, empresa privada, la academia y entidades sin fines de lucro. Los resultados servirán para ayudar a fortalecer el desarrollo de campañas de comunicación en salud y prevención de enfermedades dirigidas a poblaciones multiculturales.

La utilidad metodológica de la investigación se fundamenta en el desarrollo de un instrumento de medición cuantitativo para recolectar datos relacionados a la comprensión textual y a la formación de actitud e intención favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva de salud. A su vez, podría aportar al estudio adecuado de poblaciones heterogéneas expuestas a mensajes de comunicación en salud que se encuentran redactados en diferentes niveles de dificultad.

En suma, los resultados de esta investigación podrían ayudar a ampliar análisis realizados hasta el momento sobre variables con potencial de influencia en la comprensión de mensajes de comunicación en salud y en la formación de actitud e intención favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva cuando éste es dirigido a poblaciones diversas multiculturales.

Una variedad de elementos relacionados a las teorías de la comunicación, comunicación en salud, legibilidad de textos, lenguaje, comprensión de lectura y competencia cultural en el campo de la prevención de la enfermedad se discutirán en esta investigación con el propósito de fortalecer nuestro análisis y apoyar la relevancia teórica, práctica, consecuencia y utilidad metodológica de la investigación.

A continuación se expondrá la revisión de literatura y el marco teórico conceptual que sustentan y justifican el desarrollo de esta investigación.

## **1.2 Revisión de literatura**

### **a) Introducción**

La Organización Panamericana de la Salud ha impulsado en los últimos años un trabajo centrado en la promoción de una cultura de salud y la prevención. Este énfasis surge a partir del convencimiento de que la promoción de comportamientos saludables es una de las alternativas para la solución de la región en el área de la salud (Obregón, Vega y Lafaurie, 2003).

En Puerto Rico, las campañas de comunicación pública han sido por largo tiempo un componente fundamental de la promoción de la salud dirigidas a promover la prevención de enfermedades y comportamientos saludables. Estas son percibidas por la audiencia como cruciales, creíbles y confiables recursos de información de la salud, después de los tratamientos médicos (Walters, Foxworth y Priest, 1997).

La diseminación de información en el campo de la salud ayuda a incrementar el conocimiento, mejorar actitudes y cambiar conductas. Hoy día, este proceso es un elemento crucial en el cuidado dirigido de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 1989).

De acuerdo a Arroyo y Cerqueira (1997) el siglo XXI presenta un reto sin precedente a los países de las Américas para lograr equidad y el acceso universal a los servicios de salud. El gran reto es el de avanzar hacia las metas de la salud para todos incrementando las acciones de promoción de la salud para el fomento de estilos de vida saludables y la prevención de factores y de condiciones de riesgo.

Si extrapolamos los planteamientos de estos autores a nuestra investigación, es meritorio añadir que la equidad y el acceso a los servicios de salud debe ir acompañada de estudios rigurosos sobre las características particulares de la población a la cual se pretende brindar una mejor calidad de vida. Para lograr un conocimiento adecuado sobre información de salud a través de una campaña de comunicación social es crucial identificar las posibles variables predictoras que pueden propiciar cambios de conducta en el receptor del mensaje.

En la década de los ochenta, mucho del discurso y las intervenciones de prevención de la salud enfocaba cambios de comportamiento y estilos de vida. Se diseñaron y emitieron diversas campañas de servicio público a través de los medios masivos de comunicación. Se realizaron diversas campañas masivas de difusión, logrando gran visibilidad política y movilización social, pero a un costo elevado y con bajos resultados en términos de cambios de hábitos y conductas de riesgo y de mejoramiento de estilo y de calidad de vida (Arroyo y Cerqueira, 1997).

Uno de los fenómenos que mayor impacto ha tenido en los últimos años en el desarrollo de campañas de comunicación de salud es la diversidad cultural latente en los pueblos desarrollados. Tan así, que el Gobierno de los Estados Unidos esbozó un plan conocido como Healthy People 2010, a través del cual se expone la necesidad de desarrollar estrategias de prevención tomando en consideración las características étnicas y el lugar de origen de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

El diseño e implementación de una campaña de comunicación en salud que pretende cambios de hábitos de conducta o mejores estilos de vida requiere de un análisis de la situación, además de un plan estratégico que pondere los elementos fundamentales esbozados por expertos en el tema.

Las barreras socio-culturales y una información deficiente harían difícil que las personas entiendan los beneficios derivados del cambio y las consecuencias adversas de mantener el statu quo. La comunicación puede jugar un rol importante al proporcionar oportunidades para que se tomen decisiones de manera informada. Existen muchas maneras de usar la comunicación para apoyar el cambio: aumentando el acceso de la gente a la información, discutiendo beneficios y consecuencias, y alentando el diálogo entre los líderes y sus representados. Esos beneficios deben estar alineados con las necesidades de la población que recibe el mensaje y con las características socioculturales inmersas en el receptor. De lo contrario podríamos encontrar resistencia “involuntaria” al cambio de hábitos de conducta y al establecimiento de mejores estilos en la calidad de vida de la población.

De acuerdo con Rice y Atkin (2001) las campañas de comunicación pública constan de tres procesos básicos para lograr una respuesta deseada: concienciar, brindar instrucción y persuadir. El énfasis de estos tres procesos podría variar en los diferentes puntos del esfuerzo de comunicación y dependiendo de la audiencia a la cual es dirigido el mensaje.

Las descripciones que brindan estos autores para los procesos de concienciar, brindar instrucción y persuadir son los siguientes:

**Concienciar:** Tratan de informar a la gente ¿qué hacer? Específicamente ¿qué deberían hacer? Además, ¿cuando y dónde la acción se debería hacer? Este tipo de mensaje puede ser diseñado para crear reconocimiento de un tópico o práctica de salubridad dirigido a una gran cantidad de público. Además, para provocar activación entre audiencias predispuestas favorablemente.

**Brindar instrucción:** Este tipo de mensaje es necesario para proveer cómo hacer tal acción preventiva de salud. Brinda a las personas la oportunidad de obtener conocimiento y la adquisición de destrezas.

**Persuasión:** Además de concienciar y educar, las campañas de comunicación en salud necesitan mensajes acompañados de razones por las cuales la audiencia debería adoptar la acción recomendada o evitar la conducta señalada en el esfuerzo de prevención. Los mensajes persuasivos generalmente están acompañados de sentimientos que apelan a incentivos positivos o negativos.

Atkin et al. (2001) también exponen que un mensaje bien desarrollado debe tener credibilidad, la cual es apoyada por datos que validan lo planteado en la información. Además, debe caracterizarse por ser atractivo propiciando interés, estímulo mental y emocional al proceso de recepción por parte de la audiencia. A su vez, el mensaje debe ser relevante para que la información que se transmita aplique a la situación y necesidad del público objeto de la

comunicación. Finalmente, la comprensión del mensaje debe ser clara, ya que contribuye al proceso de recepción y aprendizaje vía una presentación del material simple, explícita y detallada.

Otra de las propuestas reconocidas y utilizadas para el desarrollo de campañas de comunicación en salud es la formulada por Henry L. Thompson a principios de los 80 denominada Rueda de Comunicación "Communication Wheel" Thompson (2000). Es citada en nuestra investigación por el panorama interesante que presenta para el desarrollo adecuado de un mensaje de salud.

Este es el modelo que utiliza el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) e integra la evaluación formativa y sumativa y se desarrolla en diez fases.

Inicia con una revisión de la información de base, establece los objetivos, analiza y segmenta la audiencia, identifica los mensajes y conceptos a ser comunicados y los pone a prueba. En fases posteriores, se seleccionan los canales de comunicación, se desarrollan y crean los mensajes y se ponen a prueba. De esta forma se desarrolla el plan de comunicación, se implementa, y finalmente se evalúan los efectos y se retroalimenta el programa. Para Thompson el proceso de planeación en comunicación debe constituirse por una serie de etapas que aseguren en gran parte el alcance y éxito del mismo.

Como hemos podido observar cuando hablamos del desarrollo de un esfuerzo de comunicación en salud es necesario considerar los elementos intrínsecamente relacionados durante el proceso de configuración del mensaje y su implementación, ya que podrían tener algún impacto favorable o desfavorable en el logro de los objetivos de

comunicación y por consiguiente en las acciones preventivas de salud de la población.

Es necesario que el desarrollo de estos mensajes que pretenden comunicar, brindar instrucción y persuadir estén fundamentados en análisis rigurosos sobre las teorías de la comunicación, ciencias de la conducta, lenguaje y comprensión de lectura desde una perspectiva intercultural. Además, estén apoyados por el uso de fórmulas de legibilidad, las cuales pueden ayudar en la identificación de los niveles de dificultad de los textos que se desean utilizar en una campaña de comunicación en salud. De esta forma podríamos propiciar un desarrollo y envío más adecuado de los mensajes de comunicación en salud que pretenden cambios de hábitos de conducta y mejores estilos en la calidad de vida en poblaciones heterogéneas.

Como parte de los análisis requeridos previo al desarrollo de un mensaje de comunicación en salud debemos atender las características culturales inmersas en el receptor, las cuales son adquiridas desde la niñez. Ignorar este hecho es posiblemente uno de los errores más comunes en el desarrollo de campañas de comunicación en salud y prevención de enfermedades.

No podemos inferir que el mero hecho de hablar un mismo idioma, por ejemplo el castellano, asegurará una comprensión de lectura adecuada de un mensaje de comunicación en salud y por consiguiente, propiciará la formación de actitud e intención favorable hacia la realización de una conducta preventiva.

De acuerdo con la Teoría del Funcionalismo todas nuestras acciones, las cuales estarán codeterminadas por influencias



culturales, surgen en función de satisfacer unas necesidades básicas, derivadas e integradas (Malinowski,1978). A base de los postulados de Malinowski podríamos inferir que los puertorriqueños e inmigrantes- dominicanos- residentes en Puerto Rico estarían dispuestos a tomar una acción preventiva de salud considerando la posible identificación de sus necesidades básicas, las cuales estarían determinadas por la esencia de su cultura de origen.

Un texto que no contemple las posibles diferencias lingüísticas y culturales inmersas en un receptor podría tener inconvenientes para ser comprendido durante el proceso de lectura y en la identificación de necesidades de salud de acuerdo con los postulados de Malinowski.

Como parte de este análisis es meritorio entender el proceso de aculturación, el cual ha sido estudiado varias décadas por sociólogos y antropólogos por las implicaciones que tiene para el desarrollo de asimilación cultural en poblaciones diversas. El contacto continuo entre dos o más grupos de culturas diferentes podría afectar mutuamente las respuestas culturales de cada uno de éstos incluso las relacionadas a la prevención de enfermedades.

Explorar si el proceso de aculturación tiene algún impacto en la comprensión de mensajes de comunicación en salud en poblaciones de inmigrantes residentes en Puerto Rico, es un asunto que merece la atención de esta investigación por las posibles implicaciones que podría generar para el desarrollo futuro de campañas informativas que promueven estilos de vida saludables en la población.

A principios del siglo XX el término aculturación se consideró cómo sinónimo de difusión o préstamo cultural inclusive se le dio la particularidad de asimilación por lo que expertos en el tema se vieron obligados a delimitar la definición por las posibles confusiones que podía causar.

En 1936 la American Anthropological Association nombró una comisión para revisarlo. Esta comisión, formada por Redfield, Linton y Hertzskovits definió aculturación como "aquellos fenómenos que resultan cuando grupos de individuos de culturas diferentes entran en contacto, continuo y de primera mano, con cambios subsecuentes en los patrones culturales originales de uno o de ambos grupos" (Redfield,1936, p.149-152).

La inmigración acelerada y experimentada en Puerto Rico a mediados de los 90, permite que nos atrevamos a sugerir el estudio propuesto y miremos si el proceso de aculturación ha estado inmerso en poblaciones de inmigrantes dominicanos residentes en Puerto Rico, al grado de poder asimilar o comprender sin inconvenientes algunos mensajes de comunicación en salud no obstante a que sus orígenes culturales y del lenguaje son diferentes a los de origen puertorriqueño.

Según Wilson y Gutiérrez (1995), la diversidad étnica ha forzado a los medios de comunicación de los Estados Unidos a reexaminar el camino a seguir en la difusión de información. La variedad de trasfondos culturales que caracterizan esa población evitan que se desarrollen los roles tradicionales de manera homogénea. En el pasado los medios diseñaban sus mensajes ignorando el lugar de origen del receptor o los trataban de la misma

manera que a los demás residentes. Sin embargo, actualmente el Gobierno de los EE.UU. y la empresa privada en dicho país se ha visto en la necesidad de desarrollar estudios que faciliten la implementación de estrategias de comunicación en salud en poblaciones heterogéneas.

La integración de los inmigrantes a la estructura socioeconómica de Puerto Rico debe ser protegida con uno de los derechos fundamentales del ser humano; el derecho a la salud. Este derecho debe estar apoyado por una estrategia de comunicación en salud efectiva que propicie estilos de vida saludables en dicha población. No hacerlo podría facilitar el estancamiento histórico de la inmigración que dio inicio en la década de los 60 en los EE.UU. y que ha tenido su impacto en la estructura social, económica y de salud en el pueblo de Puerto Rico

En Puerto Rico, la proporción de la población total perteneciente a distintos lugares de origen ha aumentado en forma consistente y acelerada a partir de la mitad del siglo XX. Datos anualmente actualizados por el Negociado del Censo de los Estados Unidos en la isla así lo confirman. Ciudadanos de todas partes del mundo han visto en esta isla del Caribe una fuente de progreso dado a su relación con los Estados Unidos de Norteamérica.

Morales del Valle et al. (1996) indica que este aumento ha sido consecuencia de los cambios económicos ocurridos a partir de 1940 que convirtieron a Puerto Rico en un país atractivo que ofrecía nuevas oportunidades de trabajo.

El movimiento masivo de puertorriqueños a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial y el retorno al país de

miles de emigrantes han sido las corrientes de mayor trascendencia durante las últimas décadas. La inmigración a la Isla de personas procedentes de otros países, especialmente de la Región Caribeña y de América del Sur y Central también ha cobrado importancia durante las últimas décadas (Morales del Valle et al.,1996).

En el siguiente segmento se exponen datos provistos por la Oficina del Censo de los Estados Unidos en Puerto Rico, sobre las estructuras demográficas de la Isla incluyendo el avance de la inmigración por país de origen. Además, se presentan estadísticas sobre las principales causas de muerte en Puerto Rico durante los años 2003, 2004 y 2005 de acuerdo con información suministrada por la Secretaria Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico del Departamento de Salud de Puerto Rico. Datos de los años subsiguientes (2006-2008) no se encuentran aún disponibles para su divulgación.

Esta información nos brinda un panorama general sobre la estructura demográfica de Puerto Rico. Permite que nuestra investigación vaya en línea con la realidad social de la Isla, destacando la relacionada al componente de la salud de acuerdo con las autoridades gubernamentales.

## **b) Estructuras demográficas de Puerto Rico**

El Estado Libre Asociado de Puerto Rico es una isla en la parte oriental del Mar Caribe, territorio no incorporado de los Estados Unidos desde el año 1898. En el 1952 se conformó el "Estado Libre Asociado", traducido oficialmente al inglés como Commonwealth of Puerto Rico. Es de interés el hecho que el tipo de gobierno en

Puerto Rico no es una "mancomunidad", puesto que el E.L.A. es una fórmula de autonomía política de naturaleza limitada, territorial y sin la soberanía de un país independiente.

De acuerdo con Gutiérrez (2005) la demografía permite adelantar condiciones de las cuales se derivan fuerzas casi ineludibles. La estructura demográfica de Puerto Rico comenzó un proceso de cambio profundo finalizada la década del 1950. Ese comienzo no fue reconocido por los responsables de la política pública hasta finales del siglo XX. Los resultados de cambios similares, pero más adelantados en el tiempo, han ayudado a que en Puerto Rico se reconozca que efectivamente la estructura demográfica del país ha sufrido un cambio fundamental.

En abril de 2000, el Negociado del Censo de los Estados Unidos, el cual tiene a su cargo las estadísticas de la población de la Isla, presentó el perfil demográfico del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus 78 municipios. Los datos del censo presentan las características y los cambios más significativos de la población puertorriqueña como por ejemplo: distribución de la población por sexo, ascendencia, hispano de origen específico, por raza y nivel de escolaridad, entre otras variables.

Con el propósito de brindar una panorama real sobre la estructura demográfica de Puerto Rico, por la importancia que representa para nuestra investigación, a continuación datos censales (véase Tabla 1) sobre la población residente en la Isla al año 2000. El censo poblacional en Puerto Rico se lleva a cabo cada diez años.

**Tabla 1. Desglose de residentes por ascendencia informada**

<b>Tabla detallada de Ascendencia</b>	<b>Puerto Rico</b>
Total:	3,808,610
Primera ascendencia informada:	3,008,759
Acadia/Cajun	0
Afgana	5
Albanesa	432
Alsaciana	0
Árabe:	2,316
Egipcia	56
Iraqí	0
Jordana	99
Libanesa	623
Marroquí	36
Palestina	237
Siria	59
Árabe	1,206
Otra árabe	0
Armenia	7
Asiria/Caldense/Siriaca	0
Australiana	39
Austriaca	81
Vasca	172
Bélgica	61
Brasileña	190
Británica	235
Búlgara	8
Canadiense	86
Cárpata rusa	0
Celta	24
Croata	17
Chipriota	0
Checa	25
Checoslovaca	60
Danesa	75
Neerlandesa	338
De Europa Oriental	24
Inglesa	1,199
Estonia	9
Europea	606
Finlandesa	7
Francesa (excepto Vasca)	3,273
Franco-canadiense	348
Alemana	2,154
Rusa-alemana	0
Griega	161
Guyanesa	57
Húngara	117
Islandesa	0
Iraní	56
Irlandesa	1,712

Israelí	55
Italiana	5,671
Latvia	33
Lituana	53
Luxemburguesa	0
Macedonia	4
Maltesa	0
Neozelandesa	7
Del norte de Europa	0
Noruega	248
Pensilvana de origen alemán	0
Polaca	509
Portuguesa	222
Rumana	32
Rusa	187
Escandinava	45
Escocesa e irlandesa	121
Escocesa	310
Servia	35
Eslava	10
Eslovaca	13
Eslovena	5
De la Union Soviética	0
Africana del Subsahara:	3,387
Caboverdiana	23
Etiópe	16
Ghanesa	0
Keniana	0
Liberiana	0
Nigeriana	0
Senegalesa	0
Sierraleonesa	0
Somalí	0
Sudafricana	0
Sudanesa	0
Ugandesa	0
Zaireña	0
Zimbabuense	0
Africana	3,344
Otra Africana del Subsaharan	4
Sueca	134
Suiza	153
Turca	35
Ucraniana	84
Estadounidense o Americana	97,202
Galesa	90
De las Indias Occidentales, antillana (excluyendo grupos hispanos):	4,073
Bahameña	13
Barbadense	14
Beliceña	8
Bermudeña	6
De las Antillas Británicas	359
De las Antillas Neerlandesas	31

Haitiana	350
Jamaicana	335
De Trinidad y Tobago	220
De las Islas Vírgenes de los EE.UU.	551
De las Indias Occidentales, antillana	2,186
Otra de las Indias Occidentales, antillana	0
Yugoslava	47
Otros grupos	2,882,100
No clasificada o no informada	799,851

Fuente: US Census Bureau (2003)

### c) Ascendencia informada

La ascendencia informada es otra de las variables que podemos apreciar según se muestra en la Tabla 1 como parte de este compendio demográfico de Puerto Rico. La primera ascendencia informada obviamente fue la original de los nativos puertorriqueños representando 3,008,759 del total de los residentes, seguido por los ciudadanos americanos de los EEUU que reflejó una cantidad de 97,202 habitantes. Dato interesante es la gran cantidad de habitantes provenientes de Europa y África, los cuales resultan ser una de las poblaciones más representadas en el censo del 2000 de acuerdo con la gráfica anterior.

### d. Origen hispano

El negociado del Censo Federal recopiló por primera vez en el censo del 2000, información sobre la población por origen hispano en Puerto Rico. También se destacó información sobre la raza de la población residente en la Isla basada en la respuesta de identificación propia que informó cada persona o jefe de hogar que contestó el cuestionario censal. De los 3.8 de habitantes enumerados en el censo del 2000, el 98.8 por ciento o sea 3,762,756 se identificó



como hispano o latino de cualquier raza; y de éstos, el 95.1 por ciento (3,623,392) son puertorriqueños.

Debemos destacar que la proporción de la población total perteneciente a distintos grupos étnicos ha aumentado en forma consistente y acelerada a partir de la mitad del siglo presente. Morales del Valle et al. (1996) indican que este aumento ha sido consecuencia de los cambios económicos ocurridos a partir de 1940 que convirtieron a Puerto Rico en un país atractivo que ofrecía nuevas oportunidades de trabajo.

El movimiento masivo de puertorriqueños a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial y el retorno al país de miles de emigrantes han sido las corrientes de mayor trascendencia durante las últimas décadas. La inmigración a la isla de personas procedentes de otros países, especialmente de la Región Caribeña y de América del Sur y Central también ha cobrado importancia durante las últimas décadas (Morales del Valle et al. 1996).

En la Tabla 2 que se presenta a continuación se puede apreciar la gran cantidad de inmigrantes de habla hispana residentes en Puerto Rico. Dicho fenómeno ha sido foco de análisis por expertos demográficos de la Isla, dado a sus implicaciones en la estructura social y económica del país. A través de los años se ha constatado que los habitantes inmigrantes de mayor presencia en Puerto Rico y de habla hispana han sido los dominicanos. De acuerdo con el censo del 2000 los habitantes dominicanos residentes en la Isla ascendieron a 56,146 del total de la población. En el censo de 1990, la población legal dominicana habitante en la Isla fue de 38,544 residentes convirtiéndose en el grupo inmigrante más numeroso de la

Isla, equivalente a un 1.1 por ciento de la población total en ese entonces. Rivera (1997) indica que el aumento de la población dominicana en Puerto Rico, es debido al empeoramiento de la situación socioeconómica de la República Dominicana.

La mayor parte de la población extranjera residente en Puerto Rico, se concentra en las ciudades de San Juan, Guaynabo, Bayamón y Carolina. En el caso de los inmigrantes dominicanos su concentración mayor se encuentra en el área metropolitana de San Juan, incluyendo las ciudades de Santurce, Río Piedras y Bayamón. Aunque, ciudades tales como: Mayagüez (localizado en el oeste de la Isla) y Caguas (de la región este) albergan una cantidad considerable de dominicanos inmigrantes legales.

A continuación (Tabla 2) desglose de residentes hispanos o latinos por origen específico de acuerdo con el US Census Bureau (2003).

**Tabla 2. Desglose de residentes hispanos o latinos por origen específico**

	<b>Puerto Rico</b>
<b>Población Total:</b>	3,808,610
<b>No hispana o latina</b>	45,864
<b>Hispana o latina:</b>	3,762,746
Mexicana	11,546
Puertorriqueña	3,623,392
Cubana	19,973
Dominicana*	<b>56,146</b>
<b>Centroamericana:</b>	3,793
Costarricense	455
Guatemalteca	421
Hondureña	430
Nicaragüense	430
Panameña	1,421
Salvadoreña	555
Otro Centroamérica	81
<b>Suramericana:</b>	9,113
Argentina	1,063
Boliviana	110
Chilena	582
Colombiana	3,419
Ecuatoriana	766
Paraguaya	53
Peruana	966
Uruguaya	194
Venezolano	1,811
Otra Suramericana	149
<b>Otra hispana o latina:</b>	38,783
Española	4,573
Hispanoamericana	22
Toda otra hispana o latina	34,188

Fuente: US Census Bureau (2003).

\*Cantidad de inmigrantes dominicanos legales residentes en Puerto Rico.

Por muchos años, la segunda concentración de dominicanos en el exterior (después de Nueva York) ha estado en Puerto Rico, un territorio de los Estados Unidos con un nivel de vida superior pero con una geografía, una historia y una cultura semejantes a las de la República Dominicana. Los dominicanos comenzaron a emigrar en masa a partir del 1961, dado a los cambios políticos que iniciados durante esa época. Dichos cambios pusieron en marcha una densa madeja de fuerzas socioeconómicas que llevaron a decenas de miles de dominicanos a Puerto Rico en las últimas décadas (Rosa, 2007). Entre el 1966 y 2002, un total de 118,999 dominicanos fueron admitidos legalmente como inmigrantes en San Juan (véase la tabla 3).

Esta cifra representa el 12 por ciento del éxodo dominicano a los Estados Unidos entre el 1961 y 2002 (Departamento de Justicia de los Estados Unidos, 2003). Los datos censales confirman el auge de la población dominicana en Puerto Rico, la cual se multiplicó 34 veces entre el 1960 y 2000. Ningún otro sector de la población de Puerto Rico ha crecido tan rápidamente como los dominicanos en las últimas cuatro décadas.

**Tabla 3. Dominicanos admitidos como inmigrantes en Puerto Rico (1966-2002)**

Año	Número
1966	3,898
1967	2,358
1968	1,751
1969	2,042
1970	2,229
1971	2,589

1972	2,335
1973	2,400
1974	2,735
1975	1,980
1976	2,093
1977	1,276
1978	2,498
1979	1,875
1980	-
1981	-
1982	2,189
1983	2,186
1984	2,580
1985	2,756
1986	2,944
1987	3,199
1988	3,618
1989	3,535
1990	5,804
1991	9,014
1992	5,088
1993	6,462
1994	9,390
1995	6,247
1996	7,354
1997	6,809
1998	2,647
1999	2,141
2000	1,520
2001	1,854
2002	2,250
<b>Total</b>	<b>118,999</b>

---

Fuente: Departamento de Justicia de los EEUU (1967-2003).

Nota: La fuente no recopiló datos separados para los inmigrantes dominicanos en Puerto Rico antes de 1966.

Estudios concuerdan en que la diáspora dominicana se origina primordialmente en los sectores medios bajos de la sociedad dominicana. “Los datos disponibles muestran que los inmigrantes no

proceden desproporcionadamente de los sectores más empobrecidos de la República Dominicana, como sugiere la opinión pública en Puerto Rico. El primer trabajo de campo sobre la migración dominicana en San Juan encontró que el 45 por ciento de la muestra había terminado la escuela superior. Sin embargo, otro estudio reveló que el promedio de escolaridad de los entrevistados en Santurce era de octavo grado, muy por encima del promedio de cuarto grado en la República Dominicana. El estudio de Reyna Peralta desarrollado en el 1995 de los dominicanos en Río Piedras, arrojó que más de la mitad había completado estudios primarios en su país. No obstante, los niveles de escolaridad de los inmigrantes dominicanos generalmente son inferiores a los de la población puertorriqueña. La desventaja educacional de los inmigrantes (en comparación con los residentes locales), ayuda a explicar su persistente exclusión socioeconómica”. (Duany citado por Rosa, 2007, p. 372).

La posible desventaja educacional de los inmigrantes dominicanos residentes en Puerto Rico, expuesta por Duany, quien se considera uno de los investigadores principales de dicha población en la Isla, es de suma importancia para nuestra investigación por las implicaciones que podría tener en la comprensión de mensajes de salud y en la formación de actitud e intención favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva en los inmigrantes dominicanos que residen en Puerto Rico, y que a diario son expuestos a campañas salubristas que incluyen textos en diferentes niveles de dificultad.

La llegada de los inmigrantes dominicanos a la Isla ha tenido un impacto considerable en la estructura demográfica y

socioeconómica de ésta y en la demanda por servicios de todo tipo. Uno de los servicios que mayor impacto tiene es el de la salud, ya que la atención médica brindada a gran parte de esta población es ofrecida por las instituciones hospitalarias públicas y privadas alrededor de la Isla. Estos servicios pueden ser subvencionados con el apoyo de la tarjeta de salud del gobierno, la cual está disponible para personas de escasos recursos, incluyendo la población dominicana.

El Puerto Rico anualmente se invierte miles de dólares en campañas de comunicación en salud para la población general. Sin embargo, de acuerdo con ejecutivos de la Oficina de Orientación y Servicios a Ciudadanos Extranjeros en Puerto Rico, ninguno de sus precursores (gobierno o empresa privada) desarrolla campañas exclusivamente para la población dominicana. Esto a pesar de su gran presencia en la Isla, y de las características culturales y lingüísticas que les caracteriza dado a su lugar de origen de procedencia.

Como hemos podido observar la estructura demográfica de Puerto Rico es variada. La gran cantidad de inmigrantes de habla hispana que se han allegado a nuestras tierras es significativa, logrando destacarse los hermanos de la República Dominicana. Por tanto, es meritorio que como parte de nuestro estudio utilicemos un segmento de la población de inmigrantes dominicanos legales residentes en la Isla dado a su liderazgo en la estructura demográfica local en lo que a extranjeros residentes de habla hispana se refiere.

## e) Estadísticas de mortalidad de Puerto Rico

Debido a que uno de nuestros componentes principales para el desarrollo de esta investigación es el de la salud, considero necesario presentar datos recientes y disponibles sobre las tres principales causas de muertes que más aquejan a la población residente en Puerto Rico. Estos datos nos ayudarán a determinar las posibles condiciones de salud que debemos atender como parte del análisis que se realizará durante el desarrollo del instrumento de medición de la investigación. Considerar estos datos permitirá que nuestra investigación sea pertinente a la situación de salud actual de Puerto Rico.

De acuerdo con la Secretaria Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico del Departamento de Salud de Puerto Rico en el 2003 hubo 28,356 muertes por varias condiciones de salud, las cuales fueron catalogadas utilizando la codificación establecida en la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades.

La primera causa de muerte en Puerto Rico para ese período de tiempo correspondió a las enfermedades del corazón (4,912) representando un 17.3 por ciento del total de la población. Los tumores malignos (cáncer), cobraron la vida de 4,860 personas representando un 17.1 por ciento del total de las muertes. La tercera causa de muerte correspondió a la diabetes mellitus con 2,555 muertes para un 9.0 por ciento total de los fallecimientos.

Durante el año 2004 hubo 29,066 fallecimientos y nuevamente las enfermedades del corazón propiciaron la mayor cantidad de muertes para un total de 5,031 representando un 17.3 por ciento del



total de las defunciones reportadas. Los tumores malignos (cáncer) también ocuparon el segundo lugar durante este período de tiempo con 4,829 (16.6%). La diabetes mellitus arrojó 2,569 muertes lo que representó un 8.8 por ciento del total de las víctimas.

Durante el año 2005, los datos estadísticos muestran que la tendencia de muertes por enfermedades del corazón, tumores malignos y diabetes mellitus continuó su liderazgo al igual que en los años 2003 y 2004. De acuerdo con la Secretaria Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico del Departamento de Salud en el 2005 hubo 29,702 defunciones de las cuales 5,845 fueron por enfermedades del corazón (19.7%). Los tumores malignos (cáncer) cobraron la vida de 4,344 personas (14.6%) y la diabetes mellitus 2,177 (7.3%). Todos los datos de mortalidad expuestos anteriormente se pueden visualizar de forma simplificada en las tablas 4, 5 y 6 que se presentan a continuación.

Debemos mencionar que en Puerto Rico, a diferencia de los Estados Unidos, aún no se catalogan con especificidad las muertes, incidencia o prevalencia de enfermedades por lugar de origen de la población, lo cual limita las posibilidades de información y análisis desde este punto vista en particular.

**Tabla 4. Primeras tres causas de muerte en Puerto Rico para el año 2005**

<b>Causa de Muerte</b>	<b>Orden</b>	<b>Número</b>	<b>Por ciento</b>
Todas las Causas	-----	29,702	100.00
Enfermedades del Corazón	1	5,845	19.7
Tumores Malignos (Cáncer)	2	4,344	14.6
Diabetes Mellitus	3	2,177	7.3

Fuente: Secretaria Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2008).

**Tabla 5. Primeras tres causas de muerte en Puerto Rico para el año 2004**

<b>Causa de Muerte</b>	<b>Orden</b>	<b>Número</b>	<b>Por ciento</b>
Todas las Causas	-----	29,066	100.00
Enfermedades del Corazón	1	5,031	17.3
Tumores Malignos (Cáncer)	2	4,829	16.6
Diabetes Mellitus	3	2,569	8.8

Fuente: Secretaria Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2008).

**Tabla 6. Primeras tres causas de muerte en Puerto Rico para el año 2003**

<b>Causa de Muerte</b>	<b>Orden</b>	<b>Número</b>	<b>Por ciento</b>
Todas las Causas	-----	28,356	100.00
Enfermedades del Corazón	1	4,912	17.3
Tumores Malignos (Cáncer)	2	4,860	17.1
Diabetes Mellitus	3	2,555	9.0

Fuente: Secretaria Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2008).

Analizar escritos relacionados a nuestro objeto de investigación es uno de los aspectos que tocamos en el siguiente apartado, ya que nos permitirá conocer las diferentes formas de acercamientos investigativos que se han desarrollado en estudios sobre comunicación en salud desde una perspectiva intercultural, utilidad de fórmulas de legibilidad de textos, comprensión lectora y análisis de actitud e intención para la adquisición de conductas preventivas desde la perspectiva de la Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen. A continuación, una recopilación de varios estudios relacionados a nuestro objeto investigativo, los cuales nos permitirán tener una visión más amplia y crítica sobre nuestro campo de estudio.

#### f) Investigaciones sobre nivel de dificultad de textos

El nivel de dificultad en que está redactado un texto puede tener implicaciones en la comprensión de un mensaje relacionado a asuntos de salud, máxime si éste es dirigido a poblaciones con

culturas heterogéneas y de orígenes diversos. Las fórmulas de legibilidad desarrolladas hasta el momento por pedagogos e investigadores interesados en la comprensión de lectura han sido de mucha utilidad en investigaciones relacionadas al campo de la comunicación en salud.

Uno de los que se dio a la tarea de investigar este aspecto fue Alexander (2000), quien seleccionó una muestra de 24 documentos educacionales de diversos recursos dentales dirigidos a los pacientes. Los revisó y utilizó como marco de referencia la fórmula de nivel de lectura y entendimiento de Flesck-Kincaid desarrollada para el idioma inglés. Las características de la Fórmula Flesch- Kincaid se discutirán en el marco teórico de la investigación específicamente en la sección 3.5.2, concerniente al apartado que expone un acercamiento al estudio de legibilidad de textos.

Como parte de la investigación el autor condujo una revisión subjetiva de cada documento para identificar terminología profesional médica y palabras que no fueran muy adecuadas para ser entendidas por un lector.

Los resultados arrojaron que el nivel de lectura de los documentos varió de 3er a 23 nivel de grado de acuerdo con la fórmula Flesch-Kincaid. Además, que un 41.7 por ciento de los materiales estaba escrito en un nivel mayor al recomendado para ser entendido por los pacientes (7mo a 9no grado). De acuerdo con el estudio numerosas publicaciones especializadas en salud dental fueron escritas en o cerca de niveles de colegio. Muchos de los escritos tuvieron errores gramaticales. Setenta y nueve palabras en

la revisión de los documentos fueron consideradas potencialmente difíciles de entender por muchos lectores (Alexander, 2000).

La legibilidad de textos publicados en Internet es un área fértil para el desarrollo de investigaciones en el campo de la comunicación en salud. Blanco y Gutiérrez (2002) desarrollaron un estudio sobre la legibilidad de textos relacionados a la salud publicados en páginas de Internet dirigidas a pacientes y lectores de la población general. Los fundamentos de la investigación se basaron en la relevancia de Internet como una de las fuentes de información sanitaria más importante en las últimas décadas del siglo XX y durante el siglo XXI. Al lado de esta popularidad surgen nuevas cuestiones tales como la calidad de la información o su capacidad de transmitir conocimiento. El objetivo de la investigación fue medir el grado de legibilidad de la información accesible en Internet escrita en castellano.

Se seleccionaron 112 documentos acerca de 7 enfermedades crónicas. Utilizaron Microsoft Word para identificar la cantidad de sílabas por palabra y frases de los documentos. Para calcular el índice de legibilidad de los documentos utilizaron la fórmula de Fernández Huerta, la cual es útil para el castellano. Esta fórmula es una adaptación de la desarrollada por Flesch. Las características de la Fórmula de Fernández Huerta se expondrán detalladamente en el apartado relacionado a las formulas de legibilidad para el castellano (1.3.5).

Los resultados mostraron que la medida de legibilidad de los documentos fue de 65.16, esto significa que corresponde a un nivel estándar, entiéndase un nivel de lectura de un niño de 13 años de acuerdo con la Fórmula de Fernández Huerta. La investigación

concluyó que los índices de legibilidad que mostraron los documentos analizados, aunque buenos, no eran los óptimos para los pacientes y usuarios que buscan información de salud en Internet. Rubiera, Arbizu, Alzueta, Agúndez y Riera (2003) llevaron a cabo una investigación para evaluar la legibilidad de los documentos de consentimiento informado que se utilizan en los centros sanitarios de Asturias con el objetivo de comprobar si cumplían su función como vehículo de información comprensible y eran aptos de capacitar al paciente para participar en decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su proceso.

Seleccionaron 1,114 documentos de consentimiento informado utilizados en los centros sanitarios de Asturias. Eligieron una muestra aleatoria representativa de los documentos de consentimiento informado (DCI) utilizados en cada hospital de la comunidad y obtuvieron sus índices de legibilidad: índice de Flesch, índice de complejidad oracional y el índice de legibilidad integrada.

En el conjunto de los DCI estudiados, el 77.3 por ciento (221 de 286) presentó niveles adecuados de legibilidad según el índice de legibilidad integrada; el 75.2 por ciento (215 de 286), según el índice de complejidad oracional, y el 3.5 por ciento (10 de 286), según el índice de Flesch. Se encontró que existen diferencias de los valores medios de los índices entre los hospitales estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ). De acuerdo con Rubiera et al. (2003), los valores bajos de legibilidad obtenidos con el índice Flesch son frecuentes en los consentimientos informados escritos en castellano y necesita fórmulas correctoras. Tres cuartas partes de los

documentos se consideraron aceptables por la utilización de frases poco complejas en el texto.

Un estudio que sirvió de referencia para la siguiente investigación fue el desarrollado por Cantalejo y Simón (2003). El presente trabajo se centró en el análisis de legibilidad lingüística formal a través del uso de diversas fórmulas validadas y desarrolladas tales como: fórmula de Flesch, escala de Fry, Flesch-Kincaid, SMOG, y Gunning Fog test. Todas estas fórmulas serán discutidas en el apartado 3.5 del marco teórico de nuestra investigación como parte del análisis que se realizará de las fórmulas de legibilidad.

Prácticamente todas estas fórmulas existen en versión informatizada. Dichas fórmulas se han aplicado a formularios de consentimiento informado, materiales de educación para la salud, informes de urgencia, prospectos de los medicamentos o información sanitaria en la web. El estudio pretende correlacionar el cálculo del índice de legibilidad de Flesch por el método manual original y su determinación mediante los programas informáticos Word 7 y Microsoft Word 2000, así como la correlación entre otras medidas informáticas de legibilidad.

Se realizó en el Centro de Salud Avenida de Dorca de Madrid. Se recogieron sistemáticamente 100 documentos de educación para la salud disponibles en el centro. Además, para la comparación, se recuperaron 10 textos de tipo general utilizados en un estudio anterior. Se incluyó un undécimo texto, construido artificialmente como texto control, formado por la frase “El sol de la luz” repetida 125 veces. Dicho texto contenía 500 palabras, 500 sílabas y 125 frases.

Los 11 textos fueron analizados mediante el método original manual de Flesch y los programas informáticos mencionados en el párrafo anterior, con los que se calculó el número de palabras y frases, puntuación de Flesch e índice de complejidad oracional.

La correlación entre la medición manual del índice de Flesch, el número de palabras, y frases y su determinación por los métodos informáticos fue catalogada muy buena estadísticamente ( $r > 0.75$ ) y entre los dos programas (Word 7 y Microsoft Word 2000) es estadísticamente excelente ( $r > 0.9$ ). Los resultados apoyan las puntuaciones de corte de la legibilidad medida informáticamente planteadas por otros trabajos. Los resultados corroboraron además la hipótesis propuesta por los investigadores.

Hendrickson, Huebner y Riedy (2006) realizaron un estudio con el propósito de examinar el contenido y la legibilidad de materiales educativos para el mantenimiento de la salud oral y que eran conducidos a padres de niños jóvenes. Veintisiete opúsculos y folletos del mundo comercial, gobierno, industria y entidades sin fines de lucro fueron analizados de acuerdo con varios parámetros de legibilidad de lectura establecidos por las fórmulas de Flesch-Kincaid-nivel de grado, Flesch-facilidad de lectura y la SMOG de nivel de grado. Se enfatizó en la inclusión de tópicos importantes para la salud oral de los niños jóvenes, frecuencia de frases complejas, uso de fotos, dibujos, diagramas y otros materiales con textos específicos. Además, se examinó la frecuencia de palabras de la terminología médica perteneciente a la salud oral.

De acuerdo con los resultados la legibilidad de los materiales escritos tuvo un rango de 2do a 9no grado. El nivel de grado obtenido



por la fórmula de legibilidad de Flesch-Kincaid (F-K) para publicaciones del gobierno correspondió a un nivel de lectura de 4to grado (4.73, rango, 2.4-6.6). Según la fórmula de F-K las publicaciones comerciales reflejaron un porcentaje de nivel 8.1 (rango, 6.9-8.9) y según la fórmula de lectoría de F-K las industrias reflejaron un porcentaje de 7.4 (rango, 4.7-9.3). La fórmula SMOG de legibilidad se basó en contabilizar palabras polisilábicas. Consistentemente este análisis catalogó los materiales en los niveles de 2do y 3er grado más altos que los que reflejaron los análisis de F-K.

Las conclusiones del estudio indicaron que los materiales para el cuidado de la salud oral son fáciles de leer, pero su calidad de lectoría era variable. En general las publicaciones del gobierno eran más fáciles para leer que las comerciales y las de la industria.

Como hemos podido apreciar son varias las fórmulas de legibilidad disponibles y utilizadas para medir el nivel de dificultad de un texto en castellano y que permiten otorgar índices de grado académico a un escrito utilizando diferentes formas y cálculos matemáticos. La utilización de cada fórmula estará supeditada al uso específico que requiera el investigador y al lenguaje que finalmente se analizará. Las fórmulas de legibilidad no son válidas para todos los lenguajes por las características particulares que rigen los diversos idiomas.

#### g) Investigaciones relacionadas al lugar de origen de un receptor

Entre los investigadores que se han dado a la tarea de estudiar la posible influencia que tiene el lugar de origen de un

receptor y los componentes culturales que rigen a una persona (raza, etnia, lenguaje y rasgos somáticos) que tiene acceso a campañas de comunicación en salud se encuentran Walters, Walters, Foxworth y Priest (1997). En su estudio *The picture of health? Message standardization and recall of televised AIDS public service announcements*, éstos demostraron a través de su estudio que existe diferencia significativa ( $p=.00$ ) entre la recordación del lenguaje verbal y visual de los anuncios televisados de servicio público sobre SIDA en la población afroamericana y blanca no hispana.

Walters et al. (1997) encontraron en su investigación que estas diferencias estuvieron atadas a una relación compleja de emociones, actitudes, y opiniones acerca del SIDA y de la forma en que el mensaje es expuesto en los anuncios de servicio público. Los investigadores utilizaron dos grupos muestrales, uno compuesto por 31 blancos no hispanos y otro por 25 afroamericanos estudiantes subgraduados de comunicación de dos universidades del suroeste de los EE.UU.

Como parte de la metodología los investigadores utilizaron varios anuncios de servicio público relacionados al SIDA que se encontraban en el aire en diversas estaciones de televisión de los EE.UU. Luego de la muestra haber visto los mismos tuvo que contestar ciertas preguntas a través de una escala Likert, la cual se enfocó específicamente en los aspectos emocionales de los mensajes. Los encuestados tuvieron la oportunidad de opinar respecto al lenguaje que a su entender sería más factible utilizar en mensajes de prevención sobre SIDA si tuviesen la oportunidad de hablar respecto a este tema.

Los resultados indicaron diferencias estadísticas ( $p=.00$ ) entre la muestra compuesta por afroamericanos y blancos no hispanos en lo que concierne a la recordación de los elementos visuales y verbales expuestos en los anuncios de servicio público. Además, diferencias estadísticas ( $p=.00$ ) en lo que atañe a su opinión sobre el lenguaje que se debería utilizar en mensajes de comunicación relacionados al SIDA. Como parte de sus conclusiones Walters et al. (1997) exponen que los marcos de referencia culturales inmersos en los receptores de diversos lugares de origen- afroamericanos y blancos no hispanos- pueden tener alguna influencia en las emociones y actitudes de éstos al momento de evaluar mensajes relacionados al SIDA.

Pitts, Whalen, Okeefe y Murray (1989) realizaron un estudio a través del cual deseaban conocer los efectos de cuatro anuncios nacionales de publicidad en personas con diferentes características culturales. Con el propósito de evitar que el estudio fuese catalogado “prejuiciado” debido a las poblaciones en estudio, utilizaron el elemento de la diversidad étnica y cultural presente en los EE.UU para justificar la investigación.

Estos anuncios fueron desarrollados expresamente por consumidores afroamericanos con el propósito de auscultar si el color de piel influía en la aceptación de los mensajes. Los actores, los valores, el lenguaje y las experiencias presentadas estaban identificados específicamente con dicha población. El foco central del estudio fueron los valores personales. Los investigadores utilizaron una muestra de 271 estudiantes de bachillerato de

diferentes ciudades de Chicago de los cuales 82 eran negros y 189 de la raza blanca.

Como parte de la metodología los investigadores presentaron los anuncios a la muestra para conocer si había diferencias en la percepción de los valores entre ambos grupos. Los hallazgos encontrados por los investigadores confirmaron los resultados reportados por previas investigaciones donde los afroamericanos respondieron más positivamente que los blancos a los mensajes en los cuales los actores, el lenguaje y las experiencias eran presentados por actores de sus mismos rasgos somáticos. De acuerdo a Pitts et al. (1989) el estudio refuerza la premisa de que los miembros de una subcultura negra están influenciados por unas conductas complejas, lugares de origen, tradiciones, lenguajes, valores e iconos que son únicos, profundos y distintos a los de la subcultura blanca.

La importancia de usar aspectos culturales en material educativo sensitivo relacionado al SIDA es reconocido extensamente. Herek, Gillis, Glunt y Lewis (1998) se dieron a la tarea de realizar unos estudios con el propósito de analizar diferentes técnicas para crear sensibilidad cultural en los videos sobre esta enfermedad.

Dos experimentos de campo con grupos de adultos y jóvenes afroamericanos de la Universidad de California en Sacramento, fueron diseñados con el propósito de evaluar cómo la etnia del comunicador, las características del mensaje (mensaje multicultural vs. mensaje específico culturalmente), de la audiencia (desconfianza racial), influencia próxima (percepciones de los mensajes, credibilidad, comprensión y fuerza atractiva) las actitudes, las

creencias e intenciones de conducta relacionadas al SIDA influyen en la percepción de la población en estudio. Las muestras estuvieron constituidas por 2 grupos de 73 adultos y uno de 143 jóvenes.

En el primer estudio utilizaron videos con aspectos culturales específicos de la muestra, mientras que en el segundo se utilizaron mensajes multiculturales. Los estudios arrojaron que los mensajes con aspectos culturales específicos fueron catalogados como más creíbles, atractivos y de calidad. Sin embargo, los mensajes con aspectos multiculturales, los cuales utilizaron anunciantes con características somáticas diferentes a las de los afroamericanos recibieron una baja aceptación.

Los estudios expuestos anteriormente sobre el posible impacto que tiene el lugar de origen de un receptor y sus características culturales en los esfuerzos de prevención, son piezas importantes en la justificación de nuestra investigación aunque aclaramos que bajo ningún concepto pretendemos hacer análisis o dirigir investigaciones que proyecten la mera apariencia de discrimen por razones étnicas o culturales.

#### h) Investigaciones relacionadas a la comprensión de lectura

Respecto a investigaciones relacionadas a la comprensión de textos en diversos campos del saber (salud, educación, otros) son muchos los estudios realizados con el fin de conocer un poco más sobre este tema.

En el campo de la comunicación en salud la comprensión de un texto es determinante dada las implicaciones que representa para

la protección y vida de los pacientes. En el 2002 el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetricias realizó un estudio para medir la comprensión de un texto expuesto en una etiqueta de una píldora para emergencia contraceptiva. Se entrevistaron 663 mujeres en diferentes centros comerciales y clínicas de planificación familiar en ocho ciudades de los Estados Unidos. De acuerdo con Raymond, Dalebout y Camp (2002) la muestra incluyó mujeres jóvenes de grupos minoritarios y baja alfabetización. Después de exponerlas al empaque con el texto se hicieron 30 preguntas con 11 propósitos comunicativos acerca de las indicaciones, contraindicaciones, instrucciones, efectos secundarios y manejo de complicaciones serias.

El estudio arrojó que los once objetivos de comunicación fueron comprendidos por más del 85 por ciento de la muestra. Muchas mujeres en el estudio comprendieron los objetivos más importantes; que el producto es indicado para prevenir el embarazo cuando se ha tenido sexo sin protección (93%), que la primera píldora se debe tomar durante las primeras 72 horas después del encuentro sexual (97%), que el producto no debe ser utilizado por mujeres embarazadas (98%) y que el producto no previene enfermedades contagiosas como el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (94%). En conclusión el estudio arrojó que a través de la lectura de la etiqueta la mayoría de las mujeres entrevistadas podían comprender la información clave para su protección y uso efectivo del producto.

La Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo en Venezuela desarrolló un estudio para medir la

comprensión de textos de nivel universitario. La poca disposición para leer que se observaba en los estudiantes era palpable en las discusiones de los contenidos programáticos, mostrando una comprensión escasa y a veces ingenua de los temas. De acuerdo con Mejías (2005) en algunos casos el nivel de comprensión era muy distinto al esperado porque desconocían las diferentes maneras de abordar los textos escritos y se conformaban con la lectura lineal que constituye el nivel primario de acercamiento al lenguaje escrito.

Dentro de los factores que influyen en la comprensión de lectura están el conocimiento de los elementos discursivos que conforman el texto, además de los aspectos cognitivos, afectivos y sociales. De allí que esta investigación se orientó a determinar las dificultades que presentaba el estudiante universitario en la comprensión de textos, tomado como base los postulados de la lingüística textual.

El estudio fue de carácter descriptivo y contó con una prueba de comprensión de lectura e incluyó dos textos, de los cuales el informante debía seleccionar uno de ellos. Cada texto tenía trece preguntas, de las cuales siete eran de selección múltiple y seis de respuesta abierta ambas de tipo inferencial (Mejías,2005).

En el estudio se logró establecer que los estudiantes captaron de manera general cuál es el tema de los textos. Sin embargo, no lograron identificar las ideas principales que se desarrollaban a lo largo del escrito, lo cual traía como consecuencia la no determinación de la relación temática para establecer la coherencia verbal y la cohesión. Así mismo una debilidad que se manifestó en alto grado fue la imposibilidad de identificar la intención del autor.

La Facultad de Filosofía, Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de San Juan (Argentina) realizó un estudio con el propósito de identificar algunos lineamientos que podían influenciar en la comprensión de textos de física. La prueba consistió en efectuar a partir de la lectura del texto las siguientes actividades: realizar un resumen, poner un título, extraer la idea principal, interpretar gráficamente lo que le sugería el texto y responder tres preguntas sobre el escrito.

A modo de auto análisis de las estrategias de comprensión utilizadas por cada estudiante, se les solicitó, de entre las opciones anteriores, indicar las que les habían resultado más útiles para la comprensión. Los alumnos debían escoger aquellas ideas o proposiciones que consideraban relevantes y conectarlas entre ellas a fin de que su resumen fuera coherente.

A partir de los resultados se concluyó en el estudio que había una pobre comprensión del texto en los alumnos, que hace necesario que investigadores y profesores indaguen más sobre este asunto para fortalecer las estrategias educativas. Reconocen que la comprensión de un texto es una actividad guiada y controlada por el propio lector, quien debe interpretar y organizar la información en su mente, a partir de sus conocimientos previos y del conocimiento surgido del texto (Macías, Castro y Maturano, 1999).

En el siguiente estudio se describen, desde una perspectiva cognitiva, las estrategias de comprensión lectora usadas por estudiantes de 5to y 8vo de los últimos años de los profesorados de física y química de los cuales solo el 43 % había cursado física moderna. El estudio fue descriptivo y exploratorio y la metodología



empleada fue de tipo cuantitativo y cualitativo, por cuanto se quería averiguar: a) las formas y contenidos didácticos de las prácticas cotidianas de aula de los docentes y cómo éstas pueden incidir en la habilidad de comprensión lectora, b) las estrategias que ponen en juego los alumnos al interactuar con un texto escrito y c) si existe diferencia en los modos de procesar un texto escrito entre alumnos pertenecientes a establecimientos urbanos y rurales (Rosa, Jiménez, Rivera y Yáñez, 2003).

Los sujetos involucrados fueron docentes y alumnos. Los docentes ejercían sus prácticas pedagógicas en la realidad educativa urbano-rural en los niveles de 5to y 8vo básico determinados para este estudio. Los alumnos cursaban 5to y 8vo año básico en establecimientos urbanos y rurales durante el año 2000. Con respecto al diseño muestral del universo de 48 escuelas básicas (39 urbanas y 9 rurales), se seleccionó una muestra probabilística estratificada con asignación proporcional de 15 establecimientos (11 urbanos y 4 rurales) y para cada escuela en la muestra se seleccionó aleatoriamente un curso por nivel (5to y 8vo básico) para el estudio cuantitativo.

Para el estudio etnográfico, se seleccionó una muestra de 8 escuelas (50% urbanas y 50% rurales). Los cuatro establecimientos urbanos fueron seleccionados al azar de entre la muestra de 11 establecimientos obtenidos con asignación proporcional; se mantuvieron las mismas cuatro escuelas rurales del estudio cuantitativo. El instrumento usado para recoger los datos cuantitativos fue una prueba de comprensión lectora para cada nivel (5to y 8vo) validada en una muestra piloto.

El piloto de las dos pruebas de comprensión se realizó en una escuela básica de Osorno con un total de 130 alumnos pertenecientes a quinto y octavo grado. De acuerdo al coeficiente KR 21 de Kuder y Richardson, se obtuvo una fiabilidad de 0,81 para 5to año y de 0,69, para 8vo año de escolaridad. El coeficiente KR-21 estima la confiabilidad de una escala de medición que utiliza ítems dicotómicos. Estas escalas son útiles para pruebas de comprensión de lectura ya que se caracterizan porque el encuestado debe seleccionar la alternativa correcta. No dejan espacio para que haya más de una alternativa correcta.

Los ítems de las pruebas fueron confeccionados para evaluar las estrategias desarrolladas sobre la base de los planes de estudio de la Reforma Educacional en 5to año básico; y en los planes del decreto 2002 para 8vo año básico ya que este curso todavía se regía por el plan antiguo.

Una vez realizado el estudio formal a la población total seleccionada se analizaron los datos estadísticos de los dos cursos y no se encontraron diferencias significativas entre los sectores rural y urbano. Esto trae consigo la obtención de información aislada y la incapacidad de integrar información significativamente. Estos resultados estuvieron avalados por los datos cualitativos, por cuanto las actividades realizadas por gran parte de los/as maestros/as no fomentan el desarrollo de estrategias de más alto nivel cognitivo. El estudio corroboró la hipótesis planteada por los investigadores.

Las investigaciones sobre comprensión de lectura citadas en el escrito promueven el uso de varias técnicas metodológicas tomando como base primordial la interpretación propia del lector.

Interpretación que de acuerdo a los postulados teóricos de cada estudio estará sujeta a las experiencias del individuo, a las relaciones que se hagan durante el procesamiento mental de la información y a los elementos cognitivos que posea el lector.

### i) Investigaciones relacionadas a la Teoría de Acción Razonada

La presentación de algunas investigaciones relacionadas a la Teoría de Acción Razonada nos ayudará a visualizar su importancia para estudios relacionados al campo de la comunicación en salud y a la formación de actitud e intención de conductas. Además, nos servirán como método de referencia para el desarrollo de la metodología que finalmente quede configurada como parte de la investigación propuesta. La teoría de Acción Razonada trata de la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamiento, los cuales se encuentran relacionados con la toma de decisiones a nivel conductual (Reyes, 2007). Esta teoría se analizará ampliamente en las secciones 1.3.1 del marco teórico.

Uno de los estudios encontrados como parte de nuestra revisión de literatura fue el desarrollado por Ross, Kohler, Grimley y Charkara (2007). El estudio tenía como objetivo evaluar la aplicabilidad de la Teoría de Acción Razonada a las intenciones de los hombres en buscar información sobre cáncer de próstata. Se utilizaron 300 hombres afroamericanos residentes de Alabama (EE.UU.) seleccionados al azar a través de entrevistas telefónicas. El estudio incluyó recopilación de datos socio-demográficos de los encuestados y su historial de análisis sobre cáncer en la próstata.

Para medir la variable actitud se desarrolló una escala Likert con cuatro preguntas y cinco reactivos cada una. La línea estructural de las preguntas seguían la siguiente temática: ¿Hablar con un médico sobre cáncer en la próstata debería ser? Los reactivos incluían respuestas desde muy desagradable hasta bien agradable.

Para medir la variable intención se desarrolló un ítem global a través de una escala Likert que incluyó 5 reactivos como parte de la posible respuesta. El ítem global leía como sigue: ¿Cuán probable es que usted dialogue con su médico en los próximos 12 meses para obtener información sobre cáncer en la próstata? Las posibles respuestas incluían alternativas tales como: muy improbable hasta muy probable.

En lo que concierne a la variable norma subjetiva los investigadores desarrollaron un ítem global con 5 reactivos como parte de las respuestas. El ítem global decía: Muchas personas piensan que es importante para mí buscar información sobre cáncer en la próstata. Los reactivos incluían alternativas tales como: definitivamente no debería y definitivamente debería.

Para hacer las correlaciones alrededor de las medidas se utilizó un análisis de regresión conducido a evaluar la aplicabilidad de la Teoría de Acción Razonada a la búsqueda de información sobre cáncer de próstata en afroamericanos residentes en Alabama. Usando SPSS versión 10.0 se hizo una simple correlación para probar las asociaciones entre los componentes de la Teoría de Acción Razonada. De acuerdo con Ross et al. (2007) todas las relaciones medidas a través del análisis de regresión fueron significantes ( $r=.27, P>.05$ ), ( $r=.26, P<.05$ ), ( $r=.19, P<.05$ ) y ( $r=.13,$

P<.05) permitiendo que los investigadores concluyeran que la información era bastante clara como para apoyar la aplicabilidad de la Teoría de Acción Razonada a la búsqueda de información sobre cáncer de próstata por parte de hombres afroamericanos residentes en Alabama.

Vásquez, Argote, Castillo, Cabrera, González, Mejía y Villaquirán (2005), utilizaron la Teoría de Acción Razonada como referencia para su estudio sobre la apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes. El estudio tenía como base conocer el impacto de una estrategia educativa que se enfocaba en la apropiación de los derechos y deberes sexuales y reproductivos en adolescentes escolarizados. Dicha estrategia fue auspiciada por la Universidad del Valle de Colombia. Con el objetivo de evaluar la efectividad de la estrategia educativa se realizó una investigación para determinar la influencia que tienen las creencias, actitudes y normas subjetivas de los adolescentes ante el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos por medio de la aplicación de una escala psicometría denominada Emidares.

Esta escala tiene una validez de contenido de 90%, valor aceptable, que indica cómo los distintos puntos que componen el instrumento representan a cada uno de los derechos sexuales y reproductivos, en cuanto a relevancia y claridad de los enunciados y además mide internamente los conceptos intención, conducta actitudinal y conducta normativa. El instrumento es útil para aplicarlo a adolescentes escolares de ambos sexos entre los 12 y 19 años. Está compuesto por 121 enunciados y permite tener tres medidas

distintas. Las opciones de respuesta van desde “Nada probable” hasta “Muy probable”.

La investigación contó con una muestra por conveniencia de 128 adolescentes escolarizados de Jamundí del Departamento del Valle del Cauca en Colombia. Correspondió a los estudiantes que estuvieron matriculados en los grados 8vo y 9no, con un rango de edad de 12 y 19 años. El diseño fue series de tiempo con muestras pareadas.

Los resultados demuestran que los adolescentes lograron modificar positivamente la mayoría de las intenciones, actitudes y normas subjetivas relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos una vez obtuvieron las intervenciones educativas. El proceso y el análisis de la información obtenida, se hizo con el paquete estadístico SPSS 2001. Para obtener los datos de significancia se aplicó la prueba no paramétrica de análisis de varianza Friedman, la cual permite la comparación de muestras interrelacionadas o dependientes. Los resultados demuestran que hubo diferencia estadística significativa en las intenciones de los adolescentes en los distintos aspectos de los derechos sexuales y reproductivos.

Los investigadores concluyeron que los resultados pueden configurarse como factores protectores frente a los riesgos derivados del ejercicio de la sexualidad sin responsabilidad, para concluir que la ejecución de una estrategia de educación en salud sexual y reproductiva integral enfocada hacia el apoderamiento de los adolescentes frente a sus derechos sexuales y reproductivos puede modificar positivamente las intenciones, actitudes y percepciones

ante la sexualidad. El estudio tan bien arrojó que el desarrollo de la estrategia educativa generó cambios significativos en la percepción de los patrones culturales respecto a la sexualidad.

Stefani (2005) desarrolló un trabajo de investigación que llevó por nombre: Teoría de Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica.

En este trabajo se describe en forma sucinta el proceso sugerido por Ajzen y Fishbein en la Teoría de Acción Razonada para la construcción del cuestionario con el fin de evaluar la actitud, la norma subjetiva y la intención de internar a una persona anciana en un hogar o residencia geriátrica. Así mismo, a partir de este modelo se intenta explicar y predecir la probable ejecución de esta conducta en 170 sujetos de nivel socioeconómico medio, de diferente género y distintas edades residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A los fines del estudio, la edad de los sujetos fue categorizada de la siguiente manera: 18 a 40 años y más de 40 años de edad. Con el fin de probar empíricamente si es posible predecir la intención o criterio a partir de los predictores “actitud hacia la conducta” y “norma subjetiva” considerados en conjunto, se calcularon los coeficientes de correlación múltiple correspondientes a todos los sujetos. Para evaluar en cada grupo la contribución independiente del componente actitudinal y del normativo en la predicción de la intención, se obtuvieron los coeficientes de regresión estandarizados. Por último, para establecer si la diferencia entre los valores de correlación múltiple obtenidos para los dos grupos de edad se deben

a esta variable externa al modelo, se utilizó la prueba de significación de diferencia de correlaciones.

Con el propósito de analizar comparativamente los perfiles de las respuestas dadas por el grupo de 18-40 años de edad y el de más de 40 años de edad en las creencias conductuales, en las evaluaciones de los resultados, en las creencias normativas y en las motivaciones para cumplir con las expectativas de los referentes dados, se utilizó la prueba de diferencia de medias aritméticas para muestras independientes.

Los análisis de regresión múltiple y de contraste revelan la capacidad predictiva del modelo aplicado al comportamiento estudiado por los investigadores, independientemente de la variable edad. Asimismo se concluye con un cierto margen de error que si bien es probable que todos los sujetos entrevistados eviten la internación geriátrica dado que denotan actitudes desfavorables y perciben norma subjetiva que desapruueba la conducta, también es probable que los sujetos mayores de edad, al manifestar actitudes menos desfavorables que los más jóvenes, bajo el predominio del factor personal, eviten menos la realización de esta conducta.

Barrera, Sarmiento y Trujillo (2004) utilizaron la Teoría de Acción Razonada como referencia para su estudio sobre la relación de las actitudes personales y de la norma social con la actividad sexual de los adolescentes.

Con una muestra de 326 estudiantes de secundaria entre 13 y 18 años, de niveles socioeconómicos bajo, medio y alto, se examinó la relación de la actitud personal y de la norma social percibida con varios indicadores de la actividad sexual de los participantes



residentes en Bogotá. Se usó un cuestionario de autor reporte para obtener información sobre las variables del estudio. Se obtuvo información sobre cinco variables consideradas como predictoras de la actividad sexual de los adolescentes. Todas las preguntas de las escalas para evaluar las variables predictoras tenían un formato de respuesta tipo Likert con valores de 1 a 5. A lo largo del cuestionario se mantuvo el mismo esquema de respuesta solicitado a los adolescentes con el fin de evitarles confusiones.

El análisis estadístico fue realizado con el coeficiente de correlación Pearson (análisis de asociación entre variables) y análisis de regresión múltiple (análisis explicativos multivariados).

Los análisis de correlación y regresión apoyan los planteamientos de la Teoría de Acción Razonada acerca de la importancia de la actitud personal y de la percepción que tienen los jóvenes de la norma social en la explicación de la actividad sexual durante la adolescencia. Las variables predictoras del estudio explican entre el 10% y el 60% de la variabilidad de cada uno de los indicadores de la actividad sexual. Se verificó estadísticamente que la influencia de la percepción de la actitud sexual de los amigos sobre la actividad sexual se da a través de la actitud sexual personal. De acuerdo con Barrera et al. (2004) estos resultados confirman el papel de las cogniciones en los comportamientos de la salud y señalan la necesidad de considerarlas en los programas de promoción de la salud sexual y reproductiva.

La conceptualización de campañas de prevención y el desarrollo de mensajes que pretenden cambios de hábitos de conducta y mejores estilos en la calidad de vida en poblaciones

heterogéneas puede ser considerada como una tarea ardua. El conocer la posible influencia que tiene el lugar de origen de un lector y el nivel de dificultad de un texto en la comprensión de mensajes de salud y por consiguiente en la formación de actitud e intención de la población hacia una conducta preventiva es un asunto que merece la atención de expertos interesados en el campo de la comunicación pública.

El marco teórico y la metodología que se presentan a continuación pretenden exponer reflexivamente la importancia que tiene el estudio propuesto para el desarrollo del campo de la comunicación en salud en Puerto Rico.

## **1.3. Marco Teórico Conceptual**

### **1.3.1 Interacción entre el proceso de comunicación y salud**

El apartado a continuación expone las definiciones de los términos principales utilizados en nuestra investigación entre los que podemos destacar comunicación, salud y el concepto comunicación en salud. Además, mostramos algunos de los modelos y teorías que se han destacado en el estudio de la comunicación y la salud desde una perspectiva intercultural. También, damos una mirada a las posibles barreras de la comunicación y su posible influencia en las acciones preventivas de salud de la población. Se hace referencia a una nueva definición del término Comunicación en Salud propuesta por el investigador, la cual destaca el elemento cultural como parte de su postulado.

Finalmente hacemos énfasis en la Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen, la cual será base de apoyo principal para nuestra investigación desde la perspectiva de la adopción de conductas preventivas en la población.

Previo a hacer una descripción de la relación existente entre la comunicación y la salud es necesario definir ambos términos por separado. Además, exponer algunas de las teorías y modelos que han sido objeto de múltiples investigaciones en dicho campo de estudio. Esto nos permitirá tener una visión transversal amplia de los lineamientos discutidos a través de los años por investigadores del campo de las comunicaciones y la salud.

## a) Comunicación

A través del tiempo la comunicación se ha definido desde diversas perspectivas. Históricamente se ha interpretado como un instrumento de supervivencia; políticamente como la base del control; biológicamente como una evidencia de evolución; filosóficamente como prueba de la existencia racional y, fisiológicamente como evidencia de adaptación y vida. Su origen puede buscarse desde el principio mismo del ser humano. Como parte de nuestro análisis es meritorio iniciar este apartado con la mención de algunas de las definiciones que se la han conferido al término comunicación por varios autores en los últimos años, ya que nos permitirá tener una visión holística más amplia del término desde diferentes configuraciones de pensamiento.

La Real Academia Española (p. 412, 2001) define comunicación como “transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor”. La definición de la Real Academia Española es interesante por el uso de los conceptos código común dentro de su enunciación debido a la importancia que reviste dicha característica para la construcción de sentidos entre el receptor y el emisor. Si el proceso de comunicación carece de sentido para una de las partes es probable que no haya una recepción adecuada del mensaje.

De la Mota Oreja (p.107,1998) define comunicación como “transmisión de un mensaje directa o indirectamente de un emisor a un receptor y de éste a aquél, a través de medios personales o masivos, humanos o mecánicos, mediante un sistema de signos convenidos y que constituye un elemento básico para el nacimiento

de una comunidad y de su fortalecimiento en el desarrollo futuro, realizada por medio del oído, la vista o ambos sentidos”. Destaco de esta definición los conceptos sistema de signos convenidos ya que nuevamente podemos apreciar la importancia que tiene la estructura del mensaje y las características de los códigos utilizados en el proceso de comunicación para que haya una retroalimentación óptima por parte del receptor, quien finalmente es el que decide si el mensaje logró su objetivo de comunicación. La definición no considera dentro de sus postulados el elemento cultural inmerso en la fuente originadora de la comunicación y el receptor, aspecto que podría influir en la otorgación de significados previo al desarrollo de la información y durante el recibo de la misma.

Martínez (p.117, 1992) define comunicación como “transmisión de un mensaje (información) entre un emisor (fuente) y un receptor (destinatario) mediante un código común y a través de un canal”. Esta definición, la cual podría denominarse como simple tiene una conjugación de elementos importantes que nos ayudan a entender de manera sencilla la dinámica que se da en el proceso de difusión de información. Sin embargo, creo que carece de profundidad y especificidad por la falta de elementos adicionales influyentes en el proceso de comunicación tales como la cultura y el lugar de origen del emisor y receptor.

Ferrero (p. 119, 1975) define comunicación como la “acción por la que se hace participar a un individuo –o a un organismo- situado en una época, en un punto R dado, en las experiencias y estímulos del entorno de otro individuo- de otro sistema- situado en otra época, en otro lugar E, utilizando los elementos de conocimiento

que tienen en común (experiencia vicaria)”. Considero que esta definición extrapola el estudio de la comunicación desde varias ópticas de pensamiento y puede ser caracterizada como interdisciplinaria por los elementos yuxtapuestos en los conceptos de la definición.

En contraposición a una perspectiva de linealidad de los procesos sociales de transformación social, que incluye los procesos de información y comunicación, se asume en la actualidad una perspectiva constructivista de espiral compleja de la comunicación, inspirada en las sociologías interpretativas o comprensivas de la vida cotidiana que, a través de los procesos mediáticos, produce cambios sustanciales que afectan la construcción de sentido social de la realidad.

Los medios son entendidos como organizaciones que producen mensajes para los canales de difusión y circulación de los mismos, en base a una sofisticada y complejísima trama de especialistas en diversas tecnologías - desde artefactos materiales a símbolos. De acuerdo con Vizer (2002) los medios registran y reproducen ‘hechos reales’ como productos simbólico-tecnológicos, los que a su vez son ‘consumidos’ individual, social y culturalmente, produciendo cambios a lo largo de todo un complejísimo proceso social, económico, político, psicológico y cultural.

Este enfoque brindado por Vizer presta atención particular al rol de los medios masivos de comunicación y su influencia en el cambio de conductas de la población. Para Vizer (2002) las ciencias de la comunicación” se constituyen en el imaginario social del siglo

XX, en un paradigma marcado por la técnica, la transdisciplinariedad y la transsubjetividad en los procesos de construcción de sentido.

El análisis de la comunicación social a través de los años ha generado múltiples perspectivas de pensamiento logrando entrelazar diversas disciplinas de estudio. Esta pluridisciplinariedad de conocimientos derivados y que promueve nuestra investigación nos exige que exponamos algunos de los modelos que han sido objeto de varios análisis y que sirven para explicar el fenómeno de la comunicación desde diferentes corrientes de pensamiento.

Un acto comunicativo tiene el propósito de que se entienda; esto es, que cualquier información que el emisor desea transmitir llegue a su destino con el significado preestablecido. Cuando participamos como receptores del acto comunicativo el propósito nuestro es entender. Hacia el cumplimiento de esos propósitos van dirigidos todos los demás pasos del proceso, ya que tienen el propósito común de entendimiento, forman al final un sistema encaminado a la clarificación de dudas. Este asunto lo podemos apreciar a través del Modelo de David Berlo, quien es considerado fuente de referencia en las últimas décadas por sus propuestas en el análisis de la comunicación social.

Berlo (1978) propone un modelo de la comunicación humana que armoniza con las teorías corrientes de las ciencias de la conducta. El modelo identifica cada uno de los componentes del proceso de la comunicación humana como:

1. Fuente- Persona o grupo de personas con un objetivo y una razón para ponerse en comunicación. Una vez, dada la

fuelle, con sus ideas, necesidades, intenciones, informacién y un propósito por el cual comunicarse, se hace necesario un segundo componente. El propósito de la fuente debe ser expresado en forma de mensaje.

2. Mensaje- En la comunicacién humana un mensaje puede ser considerado como conducta física; traduccién de ideas, propósito e intenciones en un código, en un conjunto sistemático de símbolos.
3. Canal- Medio, un portador de mensajes, o sea un conducto. Los mensajes sólo pueden existir en algunos canales. Pero a pesar de esto, la eleccién de canales, es a menudo un factor importante para la efectividad de la comunicacién.
4. Receptor- La persona o personas situadas al otro lado del canal y considerados destinatarios o el blanco del mensaje.

La fortaleza del modelo de Berlo (véase Figura 1) estriba en la manera en que representa la complejidad de la comunicacién y la trata como proceso, no como evento estático. Si este modelo se aplicara a los escenarios de salud, permitiría ver los muchos factores que influyen la comunicacién con el individuo, como por ejemplo, su conocimiento previo, trasfondo sociocultural, lenguaje y el nivel de educacién y actitudes, entre otros factores, los cuales podrían incidir en las acciones preventivas de la poblacién.



Este modelo relaciona directamente algunos de los elementos que son importantes como parte de la investigación propuesta. El proceso de comunicación en el campo de la salud conlleva el envío de mensajes que pretenden cambios de conducta y mejores estilos en la calidad de vida de la población. Los componentes del modelo de Berlo: Mensaje y Receptor son cruciales para el análisis de un texto relacionado a la salud por la relación directa que tienen en la decodificación de las estructuras gramaticales presentadas en los esfuerzos de prevención y por consiguiente, en las posibles acciones preventivas de salud que pueda llevar a cabo un individuo. Las interacciones presentes durante la transmisión de la información y el recibo del mensaje por parte del receptor, son asuntos destacables de acuerdo con el Modelo de Berlo.

Según Berlo (1969), nuestro objetivo básico en la comunicación es convertirnos en agentes efectivos, es decir, influir en los demás, en el mundo físico que nos rodea y en nosotros mismos, de tal modo que podamos convertirnos en agentes determinantes y sentirnos capaces, llegado el caso, de tomar decisiones. En resumen, nos comunicamos para influir y para afectar intencionalmente.

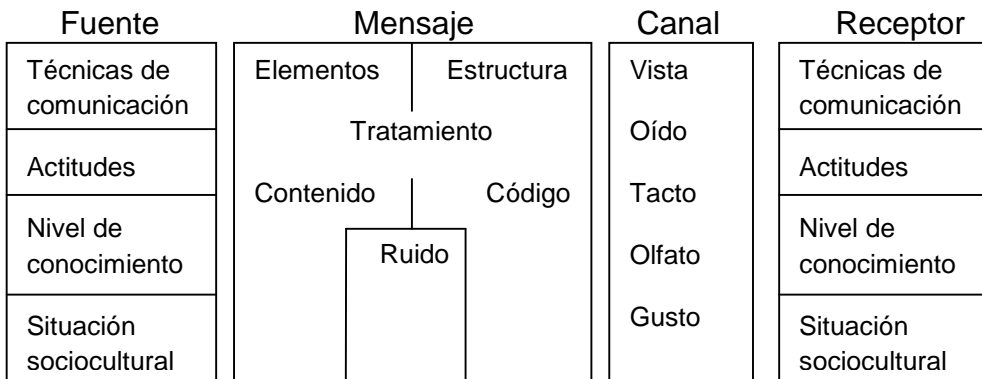
A diferencia de otros autores para Berlo los alcances de la comunicación son de dos tipos: aquellos que se satisfacen en el hecho mismo de la comunicación y los que, más allá de transmitir un mensaje, dan a la comunicación un carácter instrumental y persiguen una respuesta concreta (cambio de actitud, consumo, voto político, etc.).

El Modelo de Berlo propone una relación entre eficacia de la comunicación y gratificación del receptor. La recompensa se convierte aquí en el mecanismo reflejo de la aceptación y objetivación de la acción comunicativa. Berlo le da una gran importancia a la recepción del mensaje y a los significados que le puedan otorgar los usuarios objetos de la comunicación. Desde la perspectiva de la comunicación en la prevención de enfermedades, podríamos inferir que la recompensa de una mejor salud se convertiría en la respuesta concreta que se espera del receptor según se infiere el modelo de acción comunicativa de David Berlo.

La calidad del mensaje junto al trasfondo sociocultural del receptor puede que impacte la comprensión de un texto de salud. El análisis de un texto conllevará la transferencia de conocimiento por parte del receptor a la situación planteada en el mensaje para luego determinar que actitud y por consiguiente acción de respuesta llevará a cabo. Actitud y acción que debería ser influenciada por una serie de elementos presentes en la estructura mental de un individuo y que han sido desarrollados a través de su trayectoria de vida.

La Figura 1 a continuación describe estructuradamente los componentes del modelo de Berlo y su relación intrínseca durante el proceso de comunicación.

**Figura 1. Modelo de comunicación de David Berlo**



Fuente: Berlo, D. (1978). El proceso de la comunicación: Introducción a la teoría y práctica (9na. ed.). Argentina: Talleres Gráficos Litodar.

Uno de los expertos en el tema de la comunicación en las últimas décadas ha sido Antonio Pasquali. De acuerdo con Pasquali (1980) la comunicación ocurre cuando hay interacción recíproca entre los dos polos de la estructura relacional (Transmisor-Receptor) realizando la ley de bivalencia, en la que todo transmisor puede ser receptor, todo receptor puede ser transmisor (véase Figura 2). Es la correspondencia de mensajes con posibilidad de retorno mecánico entre polos igualmente dotados del máximo coeficiente de comunicabilidad.

Los únicos entes capaces de presentar comportamientos comunicacionales y sociales, de transmitir y recibir intelectual y sensorialmente, son los seres humanos, los cuales poseen según Pasquali el “con-saber” de la conciencia de la co-presencia de ambos para que se de la comunicación, el saber que existen dos presencias, la del otro y la propia, que interactúan simétricamente tratando de acondicionar la voluntad de entendimiento mutuo, es lo que se

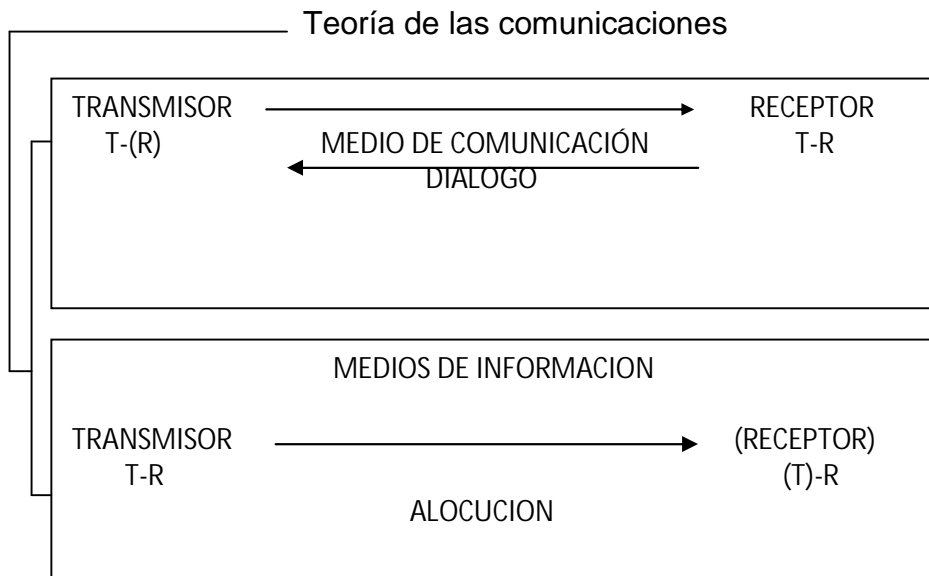
denomina diálogo. Expresa que no hay comunicación, ni relaciones dialécticas de otro tipo con la naturaleza y la materia bruta, en este caso sólo si existe una relación monovalente o una relación de información, donde los mensajes emitidos no tendrían retorno mecánico, ya que los participantes presentarían una baja coeficiente de comunicabilidad.

Pasquali diferencia la comunicación de la información, siendo esta última un proceso de transmisión asimétrica, donde los mensajes emitidos carecen de retornos no mecánicos, esto es, con bajo coeficiente de comunicabilidad. El diálogo se sustituye aquí por la alocución, por el camino unidireccional y sin retorno del mensaje. En coherencia con todo ello, propone sustituir el concepto de 'teoría de la comunicación' por el 'teoría de la información', con una clara distinción entre las vertientes cibernética y antropológica del denominador teórico o conceptual.

Pasquali da una especial atención al rol de los medios de comunicación como parte de su modelo teórico. Este afirma que en realidad no es correcta la denominación de medios de comunicación de masas, porque no hay en el proceso que describen bivalencia, simetría, diálogo. Se trata de medios de información, con un coeficiente de comunicabilidad bajo. Los medios no sólo cosifican al receptor, sino que producen sobre él un efecto paralizante, ya que le restringen su posibilidad real de la comunicación, su capacidad de intervención. Entre los medios y la sociedad se da una relación de mutua 'inmanencia dialéctica', resultando que el nivel cultural de una sociedad dada está relacionado con el papel que juegan los medios,

de modo que cuando el nivel cultural es más bajo el efecto de aquellos sobre la sociedad resulta mayor.

**Figura 2. Modelo de comunicación de Antonio Pasquali**



Fuente: Pasquali, A. (1980). Comunicación y cultura de masas. Venezuela: Monte Ávila Latinoamericana.

Para Frank Dance (1973) la comunicación es el estudio de la teoría y principios. Del origen, emisión, recepción e interpretación de mensajes independientemente de la cantidad y de la calidad de mensajes emitidos.

En su acepción más amplia comunicación es la requisición de una respuesta, tomando en cuenta que la requisición sugiere que la fuente originadora de la comunicación tenga un objetivo determinado del porqué ejecuta tal acción.

Esta expresión es genérica ya que no se especifica quién o quiénes son los seres ejecutantes. No establece ninguna distinción entre la comunicación implicada en la interacción de la materia

animada o inanimada o entre animales o seres humanos. Su concepto es muy amplio y hace referencia a todas las formas de comunicación, desde las interpersonales –face-to-face- a través de la conversación a las basadas en extensiones tecnológicas y redes globales.

Presentando la salvedad de exclusividad al decir que el ser humano es el único que puede expresarse a través de símbolos verbales y no verbales, teniendo en cuenta que la palabra verbal, no se refiere sólo al hecho de la existencia de un sonido, sino la representación de abstracciones de datos específicos que transforma el signo en símbolo. La comunicación es ejercida a través del habla mediante un símbolo vocal, y apoyada por un simbolismo no verbal observable que refuerza o no la credibilidad del enunciado transmitido.

Para Dance la comunicación cobra sentido cuando se busca un objetivo. La comunicación aparece como una acción con una finalidad. El ser humano, a diferencia de otros seres, se comunica mediante símbolos verbales y no verbales. La palabra transforma el signo en símbolo, representa abstracciones. Sólo el ser humano tiene una voz distintiva, que lo identifica como individuo, y hace de la comunicación interpersonal un “singular sensación”.

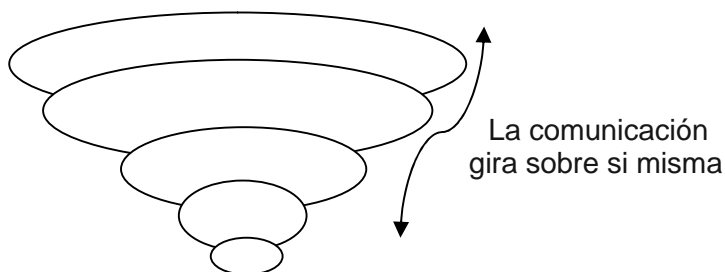
En el 1970 Frank Dance desarrollo el Modelo de la Espiral-Helicoidal (helical-spiral model), el cual da una dimensión de construcción progresiva a la comunicación, por cuanto incluye el factor tiempo como modelador del flujo comunicacional. La comunicación no es ni lineal, ni circular, sino espiral-helicoidal, de modo que, con el paso del tiempo, avanza girando sobre si misma,

mediante un cambio progresivo que puede suponer la disminución de los factores de incertidumbre precedentes (véase Figura 3).

Dance integra el factor diacrónico en el proceso comunicacional, de modo que el pasado informa el presente y éste el futuro. Este modelo espiral-helicoidal es propio del ser humano, cuyas formas de comunicar no se atienen a parámetros de información de certeza absoluta y están abiertas a correcciones, refuerzos cognitivos, interacciones, etcétera.

### Figura 3. Modelo espiral helicoidal de Frank Dance

La comunicación no es lineal sino espiral helicoidal



Fuente: Dance, F. (1973). Teoría de la comunicación humana. Bueno Aires: Editorial Troquel.

Otro de los modelos que no podemos pasar por alto debido a la influencia que ha tenido para el estudio de la comunicación social es el desarrollado por Harold Lasswell. Para Laswell (1985) durante el análisis de la comunicación es importante contemplar el acto en su totalidad en relación con todo el proceso social. Todo proceso puede ser examinado bajo dos marcos de referencia, a saber, estructura y función. Como parte de este análisis Laswell brinda importancia significativa a lo siguiente: 1) la supervisión o vigilancia del entorno, 2) la correlación de las distintas partes de la sociedad en su respuesta

al entorno, y 3) la transmisión de la herencia social de una generación a la siguiente.

Laswell desarrolló una fórmula de encadenamiento lineal de cinco preguntas: ¿Quién - dice qué - por cuál canal - a quién - con qué efecto? - Este esfuerzo de síntesis es particularmente valioso, dado que agrupa los cinco puntos fundamentales del proceso de comunicación y que son medulares conocer por la importancia que representa para investigaciones como la nuestra (véase Figura 4) .

De acuerdo con Mc Quail y Windhal (1993) quién se refiere al emisor, es decir, el origen, la fuente de toda comunicación. Lasswell incluyó en esta denominación todas las categorías de emisores: desde el simple periodista de noticias hasta las agencias internacionales periodísticas o publicitarias.

Dice qué se refiere a lo que el emisor comunica, se trata aquí del mensaje. El mensaje es el conjunto de signos expresado por el emisor dirigido al receptor. El mensaje posee un contenido y un código. El contenido es el referente del mensajero que se dice en él. El código es el lenguaje sobre el cuál se constituye el mensaje, la forma de expresión.

Lasswell se detiene principalmente en el análisis de la información contenida en el mensaje en términos estadísticos, procediendo a una clasificación sistemática y cuantitativa de los datos informativos del mensaje. Por cuál canal se trata de los medios, vías, canales usados para transmitir el mensaje. Lasswell introdujo la noción de análisis de medios, es decir, la investigación del o de los mejores canales para transmitir el mensaje. A quién se refiere al receptor, quien recibe el mensaje. Para Lasswell, el análisis

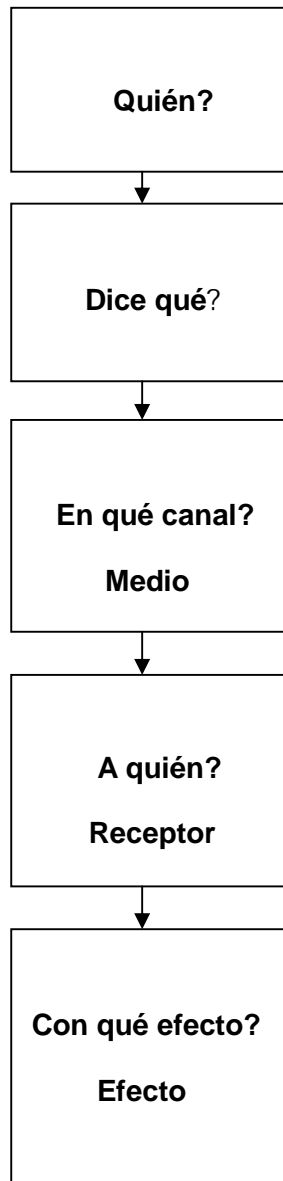


de receptores es sobretodo cuantitativo, porque preconiza medir en términos de cantidad el universo a alcanzar para aislar una o varias partes. Con qué efecto se trata del impacto producido en el receptor al recibir y comprender el mensaje. Es el resultado de la comunicación. Este impacto debe ser medible a través del análisis del impacto, por ejemplo, el análisis del impacto de un mensaje publicitario en una determinada región del mercado en términos de volumen de ventas, disminución de incidencia de enfermedades, imagen, posicionamiento, etc.

Para Lasswell (1985) la eficacia de la comunicación depende de las posibilidades de juicio racional que ofrece. Un juicio racional implica objetivos de valor. Una de las tareas de una sociedad organizada es la de descubrir y controlar todo factor que se interfiera con una comunicación eficiente.

La gran virtud del modelo de Lasswell es que consiguió una primera y necesaria delimitación de los componentes del proceso comunicativo, lo que significó la estabilización teórica de la investigación en comunicación. El modelo de Lasswell ha servido para el desarrollo de múltiples investigaciones en el campo de la comunicación aunque se le encuadra en la disciplina de las ciencias políticas.

**Figura 4. Fórmula de encadenamiento lineal de Harold Lasswell**



Fuente: Mc Quail, D. y Windhal, S. (1993). Communication models. For the study of mass communication (2da ed.). New York: Longman Publishing.

Otro de los autores que analizamos en el desarrollo de este marco teórico es Wilbur Schram, considerado uno de los precursores

más relevantes de la Mass Communication Research. Schramm (1954) apoyándose en las investigaciones del psicolingüista de Charles Osgood, elaboró el modelo circular para representar la comunicación. Brinda atención particular a los denominados actores principales del proceso de comunicación: emisor y receptor (véase Figura 5).

Al centrarse en los sujetos del proceso comunicativo, el modelo señala en primer lugar las funciones relacionadas con la emisión y recepción de los mensajes. Ambas funciones pueden ser realizadas por cada uno de los componentes centrales del modelo circular: los denominados actores. En este modelo ambos actores figuran con idénticas funciones: codificación, descodificación e interpretación. Es por esto que se le cataloga como circular porque no tiene ni principio ni fin sino que se trata de una realidad en permanente funcionamiento y en la que todo mensaje produce una respuesta Algarra (2003).

De acuerdo con Algarra (2003) este modelo propuesto Schramm rompe con la propuesta de Lasswell, la cual describe el proceso de comunicación de forma lineal. El modelo circular podría catalogarse como una representación más humanista de la comunicación. Además, el propio Schramm expone que sus ideas van desde un planteamiento del fenómeno similar al del modelo matemático hasta la representación gráfica final del modelo.

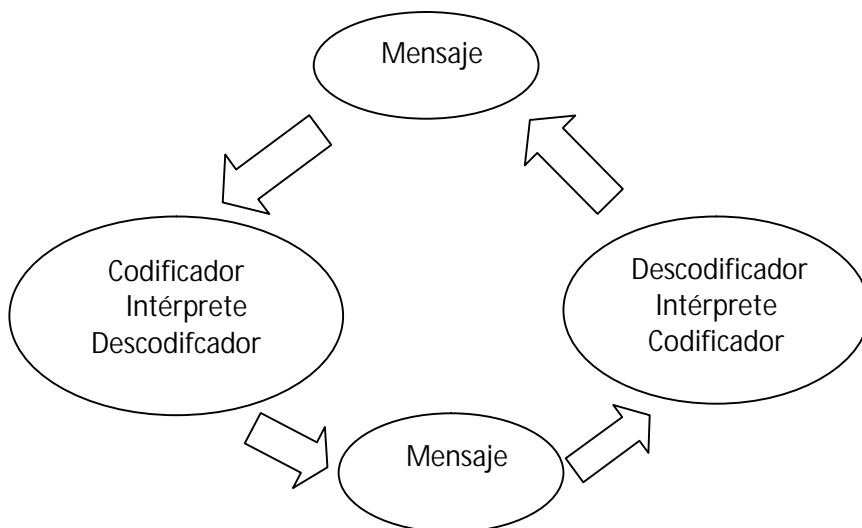
Rodrigo (1995) expone que según Schramm, quizá lo más importante en el sistema es el hecho de que la fuente y el destino estén sintonizados. Por lo que respecta a la comunicación humana,

significa que la experiencia acumulada de la fuente y del destino tengan cuantos más elementos en común.

Esta aseveración de Schramm expuesta por Rodrigo es significativa desde la perspectiva de nuestro estudio dado a que sino hay sintonía y elementos en común entre la fuente y el receptor de un mensaje de comunicación en salud, probablemente no logre cambios de hábitos de conducta en este último. Como se ha disertado en nuestro planteamiento de investigación la comunicación en salud tiene entre sus propósitos primordiales fomentar comunidades saludables.

Ahora bien, dado a que las características circulares del modelo de Schramm no establecen un norte claro de culminación del proceso de comunicación entre los dos actores principales (receptor y emisor), podríamos catalogar este aspecto como unas de las posibles desventajas atribuibles al modelo.

**Figura 5. Modelo circular de Schramm**



Fuente: Algarra, M. (2003). Teoría de la comunicación una propuesta. Madrid: Tecnos.

Luego de un análisis sobre algunos de los significados otorgados al término comunicación y varias teorías desarrolladas por estudiosos de las ciencias sociales, podemos apreciar que la mayoría de los autores utilizan algunos elementos similares en sus definiciones y modelos teóricos como los son los términos: fuente, mensaje, canal y receptor, los cuales podríamos inferir que son determinantes en el proceso de comunicación.

Entre los modelos discutidos podemos apreciar como el Modelo de Berlo expone claramente el constructo sociocultural y el relacionado a la actitud como parte de sus componentes principales y que son medulares para el estudio propuesto.

Para nuestra investigación son significativos teóricamente los postulados de Berlo, ya que nos ayudan a entender un poco más la forma y manera en que los componentes de la comunicación pueden influir en el desarrollo, y comprensión de mensajes de salud y por consiguiente, en la formación de actitud e intención favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva.

De forma interesante Berlo atribuye importancia a los constructos: técnica de comunicación, actitudes, nivel de conocimiento y situación socio cultural. Ambos son atribuidos tanto al emisor como al receptor los cuales son determinantes durante el proceso de comunicación. Si extrapolamos este aspecto a nuestra investigación podemos inferir- sin pretender ser concluyentes- que debe haber conflictos en el proceso de comunicación de un mensaje de salud que es desarrollado por el miembro de una cultura (puertorriqueño) y descodificado por otra (dominicano).

## b) Barreras de la comunicación

Durante el proceso de comunicación debemos estar al tanto de las posibles barreras que pueden surgir y sus repercusiones en la comprensión de mensajes que promueven una mejor calidad de vida en la población. Según Álvarez (2005) las barreras más importantes de la comunicación son:

1. Filtrado: Se refiere a la manipulación de la información por el emisor, de manera que sea considerada desde un punto de vista más favorable por el receptor.

Debemos aducir que la filtración no implica necesariamente que el mensaje reciba el significado que el emisor se ha propuesto enviar, ya que las características socioculturales que rodean al receptor podrían tener alguna influencia en el significado que finalmente sea adjudicado por parte del que recibe la información.

En el campo de la comunicación en salud es necesario tener sumo cuidado con el uso del término manipulación, ya que podría generar connotaciones no deseadas por parte del emisor debido a los posibles significados atribuibles a este término. Considero que sería más factible utilizar el término persuasión, el cual implica que una persona puede cambiar de conductas una vez haya considerado cuidadosamente los meritos reales de una información presentada (Petty y Cacioppo ,1986).

Como parte del proceso de planificación se debería reflexionar sobre el uso de las teorías, modelos y elementos recomendados por expertos del tema y que han probado ser efectivas al momento de su

implementación. Los esfuerzos de promoción de la salud no pueden ser vistos como meros esfuerzos publicitarios, ya que la estructura comunicacional del mensaje podría impactar favorable o desfavorablemente una conducta preventiva de salud.

2. Percepción selectiva: Los receptores en el proceso de comunicación siempre ven, escuchan o leen selectivamente con base en sus necesidades, motivaciones y otras características personales. Los receptores también proyectan sus propios intereses y expectativas cuando decodifican la información. No vemos la realidad sino que interpretamos lo que vemos.

Si extrapolamos este punto al campo de la prevención de enfermedades es meritorio destacar la importancia que tiene el factor pertinencia al momento de trabajar con la posible exposición de un mensaje preventivo de salud. Si como parte de la planificación se hacen análisis adecuados sobre la pertinencia del mensaje y el tiempo en que éste debe ser divulgado podríamos evitar en gran medida que las audiencias se vean obligadas a utilizar el proceso de percepción selectiva al momento de recibir un mensaje preventivo de salud. Esto por la necesidad que tendría la audiencia de recibir información pertinente previamente identificada durante el proceso de conceptualización de la campaña de comunicación a través de investigaciones empíricas y de análisis de situación.

3. Emociones: El estado de ánimo del receptor en el momento de la recepción de una comunicación influirá en la forma en que la interprete. Las emociones extremas- como el júbilo o la depresión- son las que muy probablemente obstaculicen una comunicación eficaz.

Este aspecto descrito por Álvarez (2005) como barrera para el proceso de comunicación considero que podría ser calificado como un reto para los planificadores de los mensajes de prevención por las posibles implicaciones que tendría para el receptor un mensaje bien o mal estructurado. De acuerdo con Rice y Atkin (2001) los mensajes de comunicación pública deben considerar el uso de elementos persuasivos, que trabajen con las emociones de las audiencias para propiciar cambios y acciones recomendadas. Entre los elementos persuasivos podríamos incluir aspectos socioculturales inmersos en el mensaje y que podrían ser determinantes para el receptor, información relevante que apoye la necesidad de evitar conductas de riesgo para la salud, datos concretos sobre la manera de proceder para mantener una buena calidad de vida y posibles consecuencias de no adoptar una conducta preventiva.

4. Lenguaje: Las palabras significan diferentes cosas para distintas personas. la edad, la educación y los antecedentes culturales son tres de las variables más obvias que influyen en el lenguaje que utiliza una persona y en el significado que le da a las palabras.



El lenguaje ha sido catalogado por historiadores y antropólogos a través de la historia como nuestro medio de comunicación primario. Al igual que la cultura general de la que el lenguaje es parte, éste se transmite a través del aprendizaje, como parte de la enculturación. Es importante que los desarrolladores de mensajes de prevención conozcan el contexto social y cultural en el cual es transmitido un mensaje, ya que de esta forma podrían identificar las diferencias lingüísticas inmersas en el receptor. Además, descubrir las visiones del mundo y patrones de pensamiento que les caracterizan, las cuales deberían estar enmarcadas por las experiencias adquiridas desde la niñez y el contexto cultural predominante durante su desarrollo.

De acuerdo con Eco (1985) existe, según las diversas situaciones socioculturales, una diversidad de códigos, o bien de reglas de competencia y de interpretación. Y el mensaje tiene una forma significante que puede ser llenada con diversos significados, puesto que existen diversos códigos que establecen diferentes reglas de correlación entre datos significantes y datos significados, y toda vez que existen códigos de base aceptados por todos, hay diferencias en los sub códigos, para los cuales una misma palabra comprendida por todos en su significado más difuso, puede connotar para unos una cosa y para los demás otra.

Para Eco (1977) la multiplicidad de códigos y la variedad de los contextos y de las circunstancias hace que un mismo mensaje pueda codificarse desde puntos de vista diferentes y por referencia a sistemas de convenciones distintos. Eco expone la importancia de reconocer que ciertos mensajes deben, en bien de la comunidad, ser

recibidos tan unívocamente como sea posible para evitar que ocurra el fenómeno de la “aberrancia” en el proceso de comunicación. La “aberrancia” expuesta por Eco implica la posible contransformación del mensaje, logrando propósitos no contemplados en los objetivos de la comunicación.

Las “barreras” mencionadas anteriormente y que podríamos catalogar como oportunidades para el desarrollo adecuado de los mensajes de prevención nos muestran cuán importante es conocer los posibles obstáculos que son necesarios identificar al momento de producir mensajes con objetivos salubristas. Las variables catalogadas como posibles barreras en el proceso de comunicación deben ser cuidadosamente analizadas dado a su posible impacto en la comprensión de un mensaje de salud. De acuerdo con Moreno (1983) la selección personal de los mensajes y de los aspectos aceptables de los mensajes, en parte proviene de los patrones culturales internalizados por el receptor. En consecuencia, toda percepción es de carácter selectivo. Esto implica que cada uno percibe en realidad aquello que le interesa y que está en concordancia con nuestra realidad sociocultural, lenguaje, creencias y modo de ver la vida. Aspectos que son adquiridos desde el nacimiento y que son desarrollados a través de toda la vida.

## C) Salud

Los clásicos no tenían especiales dificultades en alcanzar una idea clara de lo que es la salud. La sola palabra *salus* ya les daba idea de su significado, puesto que eran muy estudiosos del origen de las palabras, la razón de su existencia y su significación, aspectos

importantes dentro del estudio de la etimología. Nosotros debemos retroceder a la etimología para alcanzar lo que era evidente para ellos. *Salus* y *salvatio*, muy iguales en latín (considérese que la U y la V, cuyos sonidos y grafía ahora distinguimos, eran una sola letra para los clásicos), significan “estar en condiciones de poder superar un obstáculo”. De estas palabras latinas se derivan sus equivalentes castellanas: salud y salvación (Alarcón, 1988).

La salud es una de las principales inquietudes del individuo y de la sociedad, y una condición indispensable para disfrutar del éxito social y personal. Gozar de buena salud no sólo significa no estar enfermo, sino también estar en plena forma física y tener las facultades mentales y sociales que nos permitan alcanzar la autorrealización. Gozar de buena salud no depende exclusivamente de especialistas y organismos públicos, sino que es un tema presente en todos los niveles sociales de opinión y participación. Las personas quieren ser protagonistas a la hora de cuidar de su salud<sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1946, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr

---

<sup>1</sup> Existen análisis comparativos y explicativos sobre la incidencia de enfermedades en poblaciones con culturas diversas. Sin embargo, nuestro estudio se enfocará en analizar el rol de la comunicación en la promoción de conductas saludables en poblaciones heterogéneas culturalmente.

la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y los Estados (OMS, 1946).

San Martín (1982) expone que la salud no puede definirse como un estado estático y absoluto; ella es un fenómeno sicobiológico y social dinámico, relativo, muy variable en la especie humana. Corresponde a un estado ecológico-fisiológico-social de equilibrio y de adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social. En este concepto de salud hay tres elementos a considerar: un componente subjetivo (bienestar), otro objetivo (capacidad para la función) y un tercero de tipo psicosocial (adaptación del individuo).

Las sociedades humanas deberían ya tener un concepto nuevo científico y, operativo de la salud y de la enfermedad para no continuar sólo con la tradicional lucha de la enfermedad que no ha resuelto los problemas biológicos del hombre. Es necesario un concepto que englobe conjuntamente a la persona con su potencial genético, su psicología y su cultura al ambiente ecológico de vida y a la estructura económica de la sociedad en que vivimos (San Martín, 1982).

Kaul, Greenberg y Stern (1999) han enunciado claramente la tesis de que la salud de la población puede concebirse como un bien público. Al revisar la noción de bienes públicos, hallaron que estos poseen dos características principales: "no compiten entre sí y tampoco son mutuamente excluyentes". Para explicar eso, usan la analogía de los sistemas de control del tráfico con semáforos, en los que todos pueden confiar para el beneficio común, sin perjuicio de

nadie, y cuyo uso es para todos, sin que pueda restringirse a unos pocos.

La salud de la población es similar en el sentido de que beneficia a todos y en la mayoría de los casos, nadie puede excluirse realmente. Al considerar la salud como bien público, la atención se ha concentrado, con toda razón, en las enfermedades transmisibles y en la necesidad de vigilancia, que ha sido enmarcada como un bien público.

La salud era un bien público mucho antes de que "descubriéramos" la globalización, pero ahora se ha elevado al estado de bien público mundial, y la comunicación, que es una parte tan importante de la globalización, ha fortalecido esa idea.

Tajima y Sonoda (1996) reconocen que la salud es un continuo determinado por ciertos factores, a saber:

1. La constitución biológica que heredamos
2. El ambiente que nos rodea
3. El estilo de vida que practicamos
4. Los servicios de salud disponibles

El proponer estilos de vida saludables o cambios de hábitos de conducta en la población requiere que los especialistas de las comunicaciones y, la salud integren modelos y teorías de las ciencias sociales en sus esfuerzos de prevención. No podemos decir que

estamos desarrollando una campaña de educación en salud, sino consideramos lo que han dicho otros investigadores sobre el procesamiento de la información y los elementos que influyen en la psicología cognitiva del individuo.

Durante la niñez todos pasamos por experiencias innumerables que forman nuestra conducta y manera de pensar. Las percepciones individuales estarán enlazadas a esas experiencias que buenas o malas-sin considerar los aspectos éticos y morales- serán parte de nuestro proceso de interacción social. Tenemos que preguntarnos si durante el desarrollo de mensajes de prevención se considera la capacidad del receptor para transformar sus preceptos y creencias a través de una lectura.

La adaptación del individuo a un nueva forma de vida o de ver las cosas estará supeditada por la estructura psicosocial que le rodea. Es meritorio que como parte de los análisis previos al desarrollo de informaciones de salud, se contemplen cuestiones tales como: qué significa bienestar para el posible receptor objeto de la comunicación. Lo que es bueno para una persona no necesariamente tiene que ser visto como bueno por otra. Los constructos socioculturales que enmarcan nuestra vida diaria pueden variar paulatinamente. El no estar atentos a estos elementos podría propiciar el fracaso de un esfuerzo preventivo de salud, el cual pretende cambio de hábitos de conducta y mejores estilos de vida en la población.

#### d) Comunicación en salud

Para el trabajo de comunicación en salud, es fundamental la comprensión de los comportamientos y de las teorías que los explican y que proponen maneras de cambios. Desde una perspectiva ecológica, es decir, integral, los comportamientos tienen dos características fundamentales: son influenciados en múltiples niveles (por factores individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de políticas públicas), y son de causalidad recíproca con su entorno (Organización Panamericana de la Salud, 2001). En nuestro caso daremos una mirada a algunas de las teorías y modelos enfocados en elementos individuales e interpersonales, los cuales estudian características particulares que influyen en el comportamiento como los conocimientos, las actitudes, las creencias y las percepciones.

También analizaremos algunas de las definiciones sobre el término comunicación en salud y una nueva propuesta de significado desarrollada por el investigador, la cual pretende aportar al campo de estudio que ocupa esta investigación.

Las tendencias epidemiológicas actuales, como el resurgimiento de enfermedades que se creían controladas, junto con el incremento de las enfermedades degenerativas en países en vías de desarrollo, la aparición del VIH/SIDA y de nuevos organismos infecciosos, la resistencia microbiana a drogas terapéuticas y un creciente énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, ha expandido el papel de la comunicación en salud como un componente vital de la salud pública.

Diversos estudios han demostrado que la comunicación en todos los niveles -masiva, comunitaria e interpersonal- juega un papel importante en la difusión de conocimiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida.

De acuerdo a Aarva, Haes y Visser (1997) la salud y la comunicación pueden estar interrelacionadas desde diferentes niveles: entre individuos, grupos o sistemas. Este campo de estudio es uno aplicado y puede ser dividido en cinco áreas:

1. Estudios de efectividad
2. Estudios de audiencia
3. Análisis del comunicador
4. Análisis del contenido de mensajes
5. Estudios culturales

La comunicación en salud se ha definido por un número de estudios a través de los años como el estudio de la naturaleza, alcance y función, así como los medios por los cuales los tópicos de salud alcanzan y afectan las audiencias apropiadas. Las áreas de estudio incluyen: métodos de formulación de mensajes, estrategias de implantación y técnicas de avalúo.



El Centro de Control de Enfermedades (CDC) en los EEUU define la comunicación en salud como “el arte y la expresión de mensajes y estrategias, basado en la investigación del consumidor, para promover la salud de los individuos y las comunidades” (Ratzan, 1994, p.198).

Desde la perspectiva de que la buena salud debe destacar el cuidado sobre la curación así como la prevención sobre la prescripción, la comunicación en salud ha sido definida como: “El proceso y efecto de emplear medios persuasivos éticos en la toma de decisiones para el cuidado de la salud humana” (Ratzan, 1994, p.225).

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos desarrolló el documento Healthy People 2010 en el cual se establecen los objetivos de salud para la nación y sus territorios, incluyendo a Puerto Rico. Sin embargo, este documento fue avalado por la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y 89 países, ya que lo consideran un referente importante en la promoción de la salud. Healthy People 2010, puede ser utilizado como referencia por los países, estados, profesionales de la salud y organizaciones comunitarias, entre otros para el desarrollo de programas de promoción de la salud basado en los objetivos del documento. Es importante hacer referencia a Healthy People 2010, ya que expone claramente los elementos que deben ser considerados para propiciar una comunicación en salud efectiva. La definición que otorgan al término comunicación en salud es reconocida mundialmente por la academia y múltiples gobiernos.

De acuerdo con Healthy People 2010 (2000) la comunicación en salud puede contribuir a todos los aspectos de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Es relevante en diferentes contextos incluyendo: relación médico-paciente, búsqueda de información respecto a salud a través de varios medios masivos de comunicación, adherencia a regímenes y recomendaciones clínicas, construcción de mensajes de salud y campañas, propagación de información individual o para la población en general sobre asuntos de salud que son de alto riesgo, imagen de salud y los elementos de la cultura en los medios, educación de los consumidores sobre cómo tener acceso a sistemas de cuidado de salud y salud pública y en el desarrollo de aplicaciones tecnológicas relevantes para la salud pública.

Healthy People 2010, es una herramienta que sin lugar a dudas debe ser utilizada como referencia en cualquier investigación relacionada con el campo de las comunicaciones y la salud por su abarcador enfoque y estrategia programática.

La diseminación de mensajes de salud a través de campañas masivas pretende cambios sociales, promueve conductas saludables, facilita la concienciación sobre la importancia de mantener una buena salud y tiene entre sus preceptos el motivar a los individuos a adoptar las conductas recomendadas en los esfuerzos de promoción de salud.

Healthy People 2010 (2000) destaca los atributos que debe tener una comunicación de salud efectiva. Estos son:

1. Exactitud- El contenido es válido y sin errores de hecho, interpretación o juicio.
2. Disponibilidad- El contenido es enviado o colocado donde la audiencia puede tener acceso al mensaje. Su colocación dependerá de la audiencia, complejidad del mensaje y propósito. Desde canales interpersonales de comunicación hasta redes sociales, así como TV, radio, kioscos públicos o medios electrónicos tales como periódicos e Internet deben ser considerados.
3. Balance- El contenido debe ser apropiado, además de poseer los beneficios y riesgos de acciones potenciales. Debe reconocer diferentes y válidas perspectivas de un asunto.
4. Consistencia- El contenido debe poseer consistencia interna y estar en línea con otras informaciones sobre el tema que hayan sido publicadas por expertos.
5. Competencia cultural- El diseño, la implementación y la evaluación de los procesos debe considerar los diferentes grupos poblacionales y sus características tales como: etnia, raza, lenguaje, niveles de educación e incapacidad.
6. Evidencia base- Evidencia científica relevante que haya sido revisada y analizada rigurosamente para formular

guías prácticas, medidas de ejecución y criterios de implementación, así como evaluaciones de tecnologías para aplicaciones de tele salud.

7. Alcance- El mensaje debe estar al alcance de la mayor cantidad de personas pertenecientes al público objetivo de la comunicación.
8. Fiabilidad- La fuente de la información es creíble y el contenido se mantiene actualizado.
9. Repetición- El envío de la información de forma reiterativa para reforzar el impacto que pueda tener en la audiencia.
10. A tiempo- El contenido es provisto o se encuentra disponible cuando la audiencia está más receptiva o necesita la información específica.
11. Entendible- El nivel del lenguaje y el formato (incluyendo multimedia) son apropiados para las audiencias específicas.

Healthy People 2010 expone claramente algunos atributos que son cónsonos con nuestra investigación y con algunas de las variables que pretendemos analizar entre las que se encuentran comprensión, lugar de origen y nivel de dificultad de un texto. El atributo número (5) competencia cultural y el número (11)

comunicación entendible, exponen la importancia de estos elementos en la concepción adecuada de la comunicación en salud.

En el contexto académico la comunicación en salud se ha definido como el arte y la técnica de informar, influir y motivar audiencias a nivel individual, institucional y público acerca de asuntos de salud importantes. Su alcance incluye prevención de enfermedad, política de cuidado de salud el comercio así como el aumento de la calidad de vida y salud de los individuos dentro de la comunidad (Ratzan, 1994).

#### e) Propuesta de nueva definición de comunicación en salud

Las definiciones esbozadas sobre comunicación en salud requieren integrar claramente y con prioridad el elemento cultural dentro de su propuesta. A pesar de que varias de las definiciones otorgadas al término comunicación en salud tratan esporádicamente el elemento de la cultura dentro de sus componentes, considero que este constructo debe ocupar una pertinencia destacada en cualquier significado que pretenda adjudicársele a dicho vocablo dado al rol importante que tiene para la promoción de mejores estilos en la calidad de vida de la población.

Una campaña masiva de prevención dirigida a un grupo de ciudadanos de diversos entornos demográficos a través de prensa, radio, televisión, Internet, material médico especializado (opúsculos) y otros medios reconocidos de difusión tendrá mejor efecto si considera entre sus prioridades el elemento sociocultural de la audiencia, incluyendo el lenguaje, el cual podría incidir en las

comprensión y en las acciones de salud de la población. Con el interés de apoyar las definiciones actuales sobre comunicación en salud y priorizar el uso del concepto cultura -por lo antes expuesto- propongo la siguiente definición para comunicación en salud:

Proceso que involucra el desarrollo y envío de mensajes estratégicos de comunicación que promueven el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades, propiciando una mejor calidad de vida en la población basado en la realidad sociocultural del receptor, la cual estará enmarcada por las experiencias adquiridas desde su génesis (Ríos, 2008).

Como se observará en esta definición que propongo los aspectos socioculturales y eventos colaterales que enmarcan al receptor juegan un rol transversal de importancia en la comunicación en salud. O sea que como parte del desarrollo de una campaña educativa que promueve una buena salud tenemos que identificar inicialmente los elementos intrínsecos que pueden impactar la comprensión de un mensaje, y por consiguiente, el logro de una acción preventiva de salud a través del adecuado conocimiento.

El enfoque hacia la prevención como un objetivo del cuidado de la salud, demanda que la competencia de comunicación sea una pieza central en la ecuación del cuidado de la salud (Fabregas, 1997). Para que haya competencia adecuada en el proceso de comunicación en salud es necesario conocer los principales modelos disponibles en dicho campo de estudio y que pueden servir de apoyo para el marco teórico de nuestra investigación. A continuación se presentan algunos modelos que son utilizados por agencias gubernamentales y privadas para la concepción de campañas de

comunicación en salud internacionalmente. Debemos hacer hincapié en que nuestra investigación se enfocará en el uso de algunos componentes de la Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen, la cual ha sido corroborada a través de múltiples investigaciones en el campo de la comunicación en salud.

#### f) Modelos de comunicación en salud

El exponer los modelos de comunicación en salud que son aplicables a esta investigación es de suma importancia debido a sus implicaciones en el objeto de estudio. A través de los modelos se expone un panorama simplificado de la realidad, ya que permiten comprender un poco mejor las características del comportamiento de una forma más efectiva. Los modelos de etapas de cambio proponen que la adopción de conductas saludables es un proceso en el que el individuo progresa a través de varias etapas hasta que la nueva conducta forma parte de la rutina diaria. Existen modelos de nivel individual, teoría de comportamiento interpersonal de salud y modelos de nivel comunitario (OPS, 2001).

Dos conceptos clave dominan las teorías cognoscitivas del comportamiento en los niveles individual e interpersonal:

1. El comportamiento se considera mediado por el conocimiento, es decir, lo que sabemos y lo que creemos afecta a la manera como actuamos.
2. El conocimiento es necesario pero no suficiente para producir cambio de comportamiento. También desempeñan

funciones importantes las percepciones, los sentimientos, la motivación, las aptitudes y factores de entorno social.

Uno de los modelos que explica a cabalidad la naturaleza de las acciones individuales preventivas de la salud es el Modelo de Creencias de Salud (Health Belief Model- HBM) considerado un modelo de nivel individual.

De acuerdo con Cabrera, Tascón y Lucumi (2001) durante la década del 50, bajo la decidida colaboración de Mayhew Derryberry, creador de la división de estudios de la conducta en la oficina de educación para la salud del servicio de salud pública en Estados Unidos de América, cuatro psicólogos sociales del servicio, Godfrey Hochbaum, Stephen Kegeles, Hugh Leventhal e Irwin Rosenstock, desarrollaron la arquitectura y descripción original del Modelo de Creencias de Salud. Uno de los puntos básicos de referencia del grupo de trabajo fueron los hallazgos de Hochbaum, quien a comienzos de 1952 estudió más de 1,200 adultos en tres ciudades norteamericanas, valorando su "disposición" a someterse a rayos X, como parte de los programas oficiales de lucha contra la tuberculosis. Esta disposición era el producto de las creencias individuales de susceptibilidad a la enfermedad y los beneficios personales de su detección precoz, revelando el énfasis dado a las fuerzas que dirigían ese comportamiento más que a las que lo inhibían.

El uso frecuente de este modelo en los escenarios de cuidado de salud y su énfasis en las percepciones del individuo son las razones por las que se cita en esta investigación.

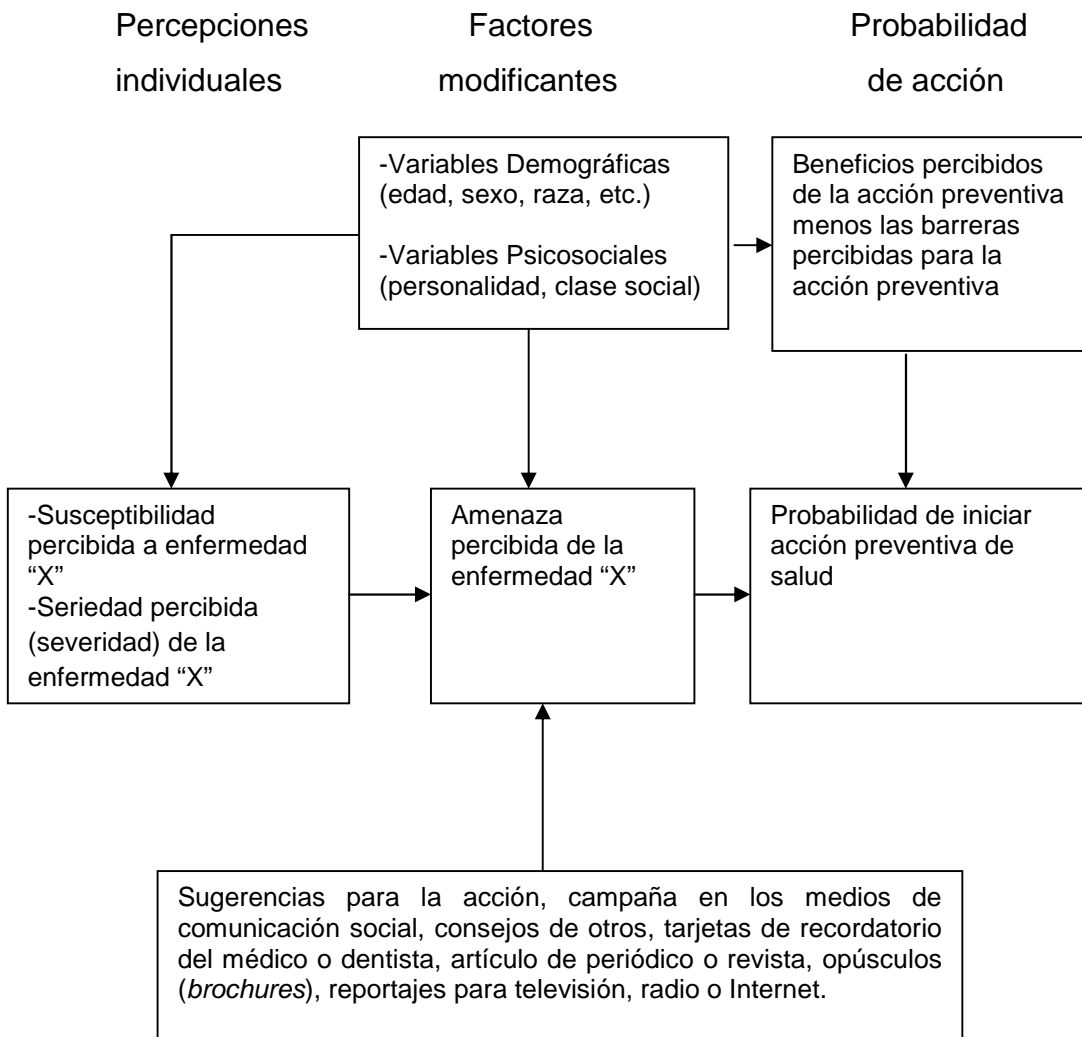


El Modelo de Creencias de Salud se diseñó para explicar la naturaleza de las acciones preventivas de salud de los individuos. Desde que se creó ha sido foco de varias investigaciones y reconocido como uno de los más influyentes en la formulación de teorías que explican la forma en que los individuos buscan evitar enfermedades. El Modelo consiste de tres elementos:

1. Las percepciones individuales basadas en la susceptibilidad y severidad de las enfermedades;
2. Las percepciones individuales de los beneficios y barreras para tomar una acción preventiva;
3. Las claves disponibles para el individuo que podrían estimularlo a ocuparse en una actividad preventiva de salud.

En la parte superior de la Figura 6 aparece un cuarto elemento, que contiene variables socio-psicológicas y demográficas. Estas variables llamadas “factores modificantes” indirectamente influyen en las percepciones y creencias de los individuos. En esencia, el Modelo está diseñado para predecir las posibilidades que tienen los individuos que adoptan una conducta particular de salud como una función de percibir amenazas y beneficios (Kreps y Thornton, 1992).

**Figura 6. Modelo creencias de la salud**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2001). Manual de comunicación para programas de promoción de la salud de los adolescentes. [www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/comSocial.pdf](http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/comSocial.pdf).

El Modelo de Creencias de la Salud es muy atinado respecto a las posibles influencias que pueden estar inmersas en los procesamientos de información de salud. La susceptibilidad de un individuo sobre una determinada condición de salud debe ser vista a través de los posibles constructos sociales que han predominado en una persona desde el desarrollo de su niñez. Podemos inferir que las percepciones son subjetivas dependiendo del contexto en que se utilicen. Lo que para una población es bueno no tiene que ser así necesariamente para otra. Las acciones preventivas de salud requieren que los expertos puedan adentrarse en los factores modificantes de una persona enumerados por el Modelo de Creencias de la Salud como: variables socio-psicológicas y demográficas.

Según exponen Kreps y Thornton (1992), el Modelo de Creencias de Salud tiene algunos méritos y algunas limitaciones. Del lado positivo, este modelo ilustra la importancia de las modalidades más amplias de comunicación, tales como el impacto de los medios de comunicación social (prensa, radio, televisión y materiales impresos) en el comportamiento de la salud.

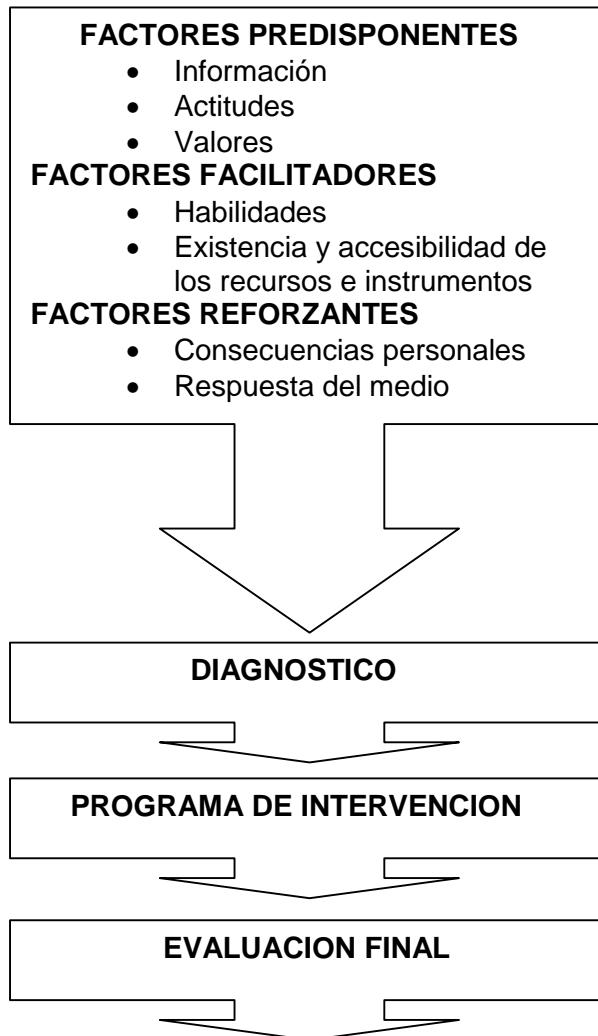
Del lado negativo, ha sido criticado por haber puesto demasiado énfasis en creencias abstractas y conceptuales debido a la consideración extrema del elemento percepción como determinante para la predicción de conductas preventivas. No obstante, continua siendo un modelo de referencia a nivel mundial y analizado por organizaciones prestigiosas como lo son la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

Otros de los modelos que ocupa parte de nuestro análisis en este apartado es el catalogado como de carácter individual y denominado Modelo PRECEDE de Green, Kreuter, Deeds y Partridge desarrollado para la década de los 80 (Pedrola y Rodríguez, 1994). El modelo PRECEDE (véase Figura 7) permite identificar aquellos factores que actúan como antecedentes comportamentales de los problemas de salud, de forma que tras valorar su grado de importancia y su modificabilidad, pueda intervenir eficazmente sobre ellos. Es considerado un modelo eficaz que ayuda enormemente a la hora de planificar intervenciones y acciones en relación a los hábitos de la población.

Green (1989) expuso que entre los factores que contribuyen al cambio de conducta se encuentran:

1. Factores de predisposición- conocimientos de los individuos, actitudes, conductas, creencias y valores.
2. Factores permitidos- la estructura del ambiente o comunidad y la situación individual que facilita o presenta obstáculos para el cambio.
3. Factores de refuerzo- los efectos positivos o negativos que influyen en la conducta.

**Figura 7. Modelo PRECEDE**



Fuente: Green, L.W. (1989). Making health communication programs work: A planners guide. National Institute of Health Publication.

El Modelo PRECEDE tiene algunos elementos similares al Modelo Creencias de la Salud. Sin embargo, es necesario destacar factores de refuerzo, descritos como efectos positivos o negativos

que influyen en la conducta. Para determinar un posible efecto positivo o negativo de una persona ante un mensaje de prevención, considero adecuado hacer análisis sobre predisposiciones de los individuos ante ciertas conductas. Por ejemplo, si deseamos promover la abstinencia para prevenir enfermedades de transmisión sexual, sería importante conocer cuáles son las predisposiciones de un grupo demográfico sobre la abstinencia sexual.

A diferencia del Modelo Creencias de la Salud el PRECEDE no hace referencia concreta al contexto cultural del individuo, el cual puede tener injerencia directa en la concepción de los valores y en la toma de decisiones al momento de evaluar una acción preventiva de salud.

Otro de los modelos reconocidos y utilizados en el campo de la comunicación en salud es el desarrollado por Prochaska y DiClemente (1982), considerado de carácter individual y cognitivo que lleva por nombre Modelo de Etapas de Cambio (véase Figura 8). Tiene que ver con las disposiciones de los individuos al cambio o al intento de cambiar hacia comportamientos saludables. El Modelo de Etapas de Cambio propone que la adopción de conductas saludables es un proceso en el que el individuo progresa a través de varias etapas hasta que la nueva conducta forma parte de la rutina diaria (Díaz, Rodríguez, Rodríguez, Frías, Rodríguez, Barroso y Robles, 2005).

Estas etapas están compuestas por los siguientes constructos: pre-contemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento. El modelo asume que un cambio de conducta involucra movimientos crecientes hacia la próxima etapa.

Durante la etapa de pre-contemplación la persona no es consciente del problema por lo cual no tiene en su mente pensar cambiar de una acción a otra. En esta etapa la persona puede pensar que no tiene necesidad de hacer cambio alguno en su estilo de vida La resistencia a reconocer o modificar una conducta es una de las características pertenecientes a la etapa de pre-contemplación. Durante la etapa de la contemplación la gente reconoce el problema que existe y seriamente piensa referente al mismo, pero todavía no hace un compromiso serio para comprometerse en la adopción de una conducta que le propicie una mejor calidad de vida.

De acuerdo con Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) las personas pueden tardarse un gran periodo de tiempo en moverse a la siguiente etapa del Modelo de Cambio que es el definido como determinación. En esta etapa las personas combinan la intención con los criterios de conducta que podrían adoptar. Los Individuos con determinación intentan tomar acción en tiempo corto. Por ejemplo, un fumador habitual puede determinar el momento en que dejará de fumar su primer cigarrillo del día por alrededor de 30 minutos a diferencia de los precontempladores y los que atraviesan la etapa de contemplación, los cuales puede que no estén conscientes del problema o a pesar de que lo han identificado no hacen un compromiso serio en la adopción de una conducta.

En la etapa de acción el individuo modifica su conducta, experiencias o ambiente con el propósito de resolver el problema de conducta que le puede estar afectando. La acción demanda mucha energía y drásticos cambios en la conducta requeridos como parte del compromiso que adquiere la persona. En esta etapa dependiendo

de las conductas que se pretenden modificar puede que el individuo reciba el reconocimiento de otras personas. Esto podría darse en casos relacionados a conductas adictivas. Finalmente, en torno a la etapa de mantenimiento el Modelo propone que es en esta fase en donde las personas trabajan para prevenir caídas y consolidar las ganancias adquiridas durante el proceso de acción. Sin embargo, el mantenimiento es visto como una continuación no una ausencia de cambio.

Maibach y Holtgrave (1995) indican que los modelos de etapas de cambio ponen énfasis en que los mensajes y programas transmitidos a través de los medios de comunicación son más efectivos en las etapas tempranas, mientras que la comunicación interpersonal y las redes de apoyo social basadas en la comunidad tienen una importancia crítica durante las etapas posteriores. La información, particularmente la información impresa, es crucial para alentar al cambio de una etapa hacia la próxima. Si embargo, el tipo de información debe variar de acuerdo a la etapa en que se encuentre la población (DiClemente y Hughes, 1990).



**Figura 8. Modelo etapas del cambio**

<b>Concepto</b>	<b>Definición</b>
<b>Pre-contemplación</b>	No se es consciente del problema, no se ha pensado en cambiar.
<b>Contemplación</b>	Se esta pensando en cambiar en el futuro cercano.
<b>Determinación</b>	Se traza planes para cambiar.
<b>Acción</b>	Implantación de planes de acción específicos.
<b>Mantenimiento</b>	Continuación de acciones deseables, o repetición de pasos periódicos recomendados.

Fuente: Díaz, E, Rodríguez, M., Rodríguez, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. y Robles, S (2005). Descripción de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH-SIDA. *Psicología y Salud*,15,5-12.

Es interesante lo propuesto por el Modelo de Etapas de Cambio, el cual sugiere que las adopciones de una conducta estarán supeditadas por las percepciones que tenga una persona sobre un problema, la identificación de la presencia del problema en el individuo y el conocimiento adecuado sobre lo perjudicial de no implementar una nueva conducta a través de un proceso de acción. Podríamos indicar que este modelo al igual que el Modelo de Creencias de Salud brinda una atención intrínseca particular a las percepciones como modificadores de la conducta. La percepción que estará regulada por el conocimiento previo que posea un individuo sobre alguna conducta de riesgo a la salud, podría influir como factor modificante en las acciones de prevención en salud que finalmente sean adoptadas.

Extrapolando este enfoque teórico a nuestro estudio es necesario destacar la posible influencia que pueda tener el componente sociocultural en las percepciones de un individuo (dominicano o puertorriqueño residente en San Juan) y por consiguiente en las diferentes etapas de cambio que son propuestas en el Modelo de Prochaska y DiClemente. Se podría indicar que ésta es una de las principales limitaciones del Modelo, ya que no considera la posible influencia de los elementos socioculturales de una persona, incluyendo su lugar de origen en la formación de la conducta, la cual puede determinar que se dé o no cada una de las etapas del Modelo de Cambio.

Al igual que en el Modelo PRECEDE, se puede inferir a través del Modelo de Etapas de Cambio, que la información que posea un individuo sobre una condición de salud o estilo de vida-que estará supeditado por el elemento sociocultural- determinará las acciones y conducta a seguir.

El Modelo Creencias de la Salud y el PRECEDE podrían ser catalogados un poco más profundos que el Modelo de Etapas de Cambio desde la perspectiva de análisis del receptor debido a los elementos significativos que componen los primeros dos modelos entre los que se encuentran: factores modificantes (raza, sexo, edad) y predisponentes (información, actitudes, valores).

Dichos factores son indudablemente elementos importantes para nuestra investigación por la importancia que reviste el componente receptor en el estudio propuesto. Los factores modificantes y predisponentes inmersos en la población de inmigrantes de Puerto Rico, podrían determinar la comprensión de un

mensaje preventivo de salud que es dirigido a grupos heterogéneos. En consecuencia interferir de algún modo en la adquisición de las etapas propuestas por el Modelo Etapas de Cambio.

#### g) Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen

La Teoría de Acción Razonada que será fundamental para nuestra investigación debe formar parte de este análisis teórico por las vertientes interesantes que utiliza para exponer las motivaciones que están detrás de una acción preventiva de salud. Esta teoría es considerada como de carácter interpersonal y con orientación cognitiva, ya que supone que las personas se ven influenciadas por sus entornos sociales y al mismo tiempo ejercen una influencia sobre ellos.

Para ser mas específicos las teorías cognitivas analizan cómo las personas perciben, aprenden, recuerdan y piensan acerca de una información (Sternberg,1999). A través del cognitivismo se puede estudiar cómo las personas perciben varias formas, por qué recuerdan algunas cosas y otras no, cómo se aprende el lenguaje o cómo piensan cuando tienen que resolver un problema. Estas son algunas de las interrogantes que se pueden formular con el estudio de la orientación cognitiva.

Dado a que la Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen es catalogada con orientación cognitiva y de gran relevancia para el estudio de la prevención en salud, entendemos que puede ser utilizada en nuestro marco teórico por el enfoque de la investigación propuesta y los diversos elementos que se encuentran presentes

durante el proceso de comprensión lectora en personas de diversos lugares de origen.

La Teoría de Acción Razonada no se limita a entender el desarrollo de la comprensión de las interacciones; incluye factores relacionados con la experiencia y de las percepciones de los individuos con respecto a su ambiente junto con sus características personales (OPS, 2001; Dutta-Bergman, 2005).

La Teoría de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1981, 1975), trata sobre las creencias, actitudes, intenciones y conducta. Según se expone en la Figura 9 esta teoría asume que la mayoría de las conductas están determinadas por creencias ocultas que se derivan de y están sostenidas por el patrón cultural y social de las sociedades en las que se vive. Esta teoría es una de las más usadas en el área de salud, lo mismo que en áreas no relacionadas con la salud (Maibach y Parrott, 1995).

La Teoría de Acción Razonada distingue entre las actitudes hacia una enfermedad o condición, tal como HIV/SIDA o embarazo y actitudes hacia conductas recomendadas para enriquecer la salud, tales como el uso de condones o pastillas anticonceptivas. La teoría propone que las personas se comprometerán con una conducta dependiendo de sus intenciones de compromiso en dicha conducta, y que su intención a la vez depende de:

1. La actitud del individuo hacia la conducta de enriquecimiento de la salud.

2. La percepción que tenga la gente de lo que es importante para él o ella sobre su conducta –la norma subjetiva.

El componente actitudinal se refiere a la actitud del sujeto hacia el propio desempeño de una conducta específica bajo determinadas circunstancias. Dado a que Fishbein y Ajzen (1975) definen actitud como una predisposición aprendida a responder a un objeto en forma consistentemente favorable o desfavorable, este componente apunta a los sentimientos positivos o negativos del sujeto respecto de su conducta en cuestión.

La norma subjetiva es la creencia que el individuo tiene de lo que las personas que le son importantes desearían que él hiciera. De acuerdo a esta teoría, la intención de adoptar una conducta saludable está equilibrada por:

1. La actitud del individuo sobre si la conducta de enriquecimiento de la salud le será personalmente beneficiosa.
2. Su interpretación de lo que percibe que la gente importante en su vida desearía que él hiciera.

De acuerdo con Stefani (2005) la teoría de la acción razonada propuesta por Fishbein y Ajzen asume que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes están bajo el control volitivo del sujeto y que siendo el ser humano un ser racional que procesa la información que dispone en forma sistemática, utiliza dicha información estructurada para formar la intención de realizar (o no

realizar) una conducta específica. La intención se refiere a la decisión de ejecutar o no una acción particular y, dado que es el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano, es considerada la pieza de información más importante para la predicción de una determinada conducta.

La Teoría de la Acción Razonada sostiene que cualquier variable externa al modelo propuesto (características demográficas, situacionales o de personalidad) puede influir sobre la intención y también, indirectamente, sobre la conducta real, sólo si influye sobre el componente actitudinal y/o sobre el componente normativo y/o sobre sus pesajes respectivos. Es decir, que la relación entre una variable externa y la intención de llevar a cabo una conducta específica está mediada por uno o por los dos factores que determinan la intención (actitud o norma subjetiva).

Por lo tanto, un joven considerará la posibilidad de no empezar a fumar dependiendo de su intención de no fumar. Para entender las variables claves que influirán en su decisión de no empezar a fumar, la teoría sugiere que el adolescente equilibrará lo siguiente:

1. Su actitud hacia el no fumar (actitud positiva – el adolescente pensará que no fumar es “estar en la onda”, “gracioso”, “formidable” “retador”; o una actitud negativa – el adolescente pensará que él no fumar es para los niños, y es “horrible”, “despreciable” o “apestoso”).

2. Su interpretación de lo que cree que la gente importante en su vida (norma subjetiva) desearía que él hiciera (gente importante podrían ser sus pares, sus padres).

Fishbein, M. citado por la Organización Panamericana de la Salud (2001) resumió las variables subyacentes en la adopción de conductas enriquecedoras de la salud. De acuerdo con Fishbein para que una persona lleve a cabo cierta conducta, una o más de las siguientes cosas deben ser ciertas...

1. La persona debe haberse formado una fuerte intención positiva (o haber adquirido un compromiso) de ejecutar tal conducta;
2. No existen restricciones ambientales que imposibiliten la realización de tal conducta;
3. La persona tiene las habilidades necesarias para ejecutar la conducta;
4. La persona cree que las ventajas (beneficios, resultados positivos anticipados) resultantes de la ejecución de tal conducta son mayores que las desventajas (costo, resultados negativos anticipados). Las personas tienen buena actitud hacia la conducta preventiva;
5. La persona percibe más presión social (normativa) para

ejecutar la conducta que para no ejecutarla;

6. La persona percibe que la ejecución de la conducta es más consistente que inconsistente con su auto-imagen;
7. La reacción emocional de la persona hacia la ejecución de la conducta es más positiva que negativa;
8. La persona percibe que tiene la capacidad para ejecutar la conducta bajo diversas condiciones.

La Teoría de Acción Razonada representa una importante aportación al estudio del comportamiento humano, ya que ofrece un modelo completo de investigación que toma en cuenta factores que en otras teorías se consideran de manera aislada. Podríamos indicar que el modelo propuesto por Fishbein (1990) es bastante completo y permite obtener mayor seguridad en la medición de los factores determinantes de la conducta. Factores que suelen ser identificados por la psicología social simplemente dentro de la categoría actitud, pero que en esta teoría aparecen discriminados. Se toman en cuenta factores individuales como grupales, siendo ésta, una de las principales ventajas técnicas. Otra ventaja consiste en abordar el contexto donde tienen lugar estos factores con la suficiente flexibilidad para permitir distinguirlos y medir su ocurrencia.

Al separar analítica y operacionalmente las dimensiones de la categoría actitud en un modelo teórico único, el mérito de la Teoría de Acción Razonada consiste en elaborar un índice de probabilidad



de la intención hacia la conducta que relaciona la actitud con las creencias del individuo. La Teoría de Acción Razonada es un predictor, un juicio probabilístico en el que puede estimarse la intención hacia la conducta directamente mediante una escala de probabilidad. No obstante haber sido desarrollada en los años 60, la Teoría de Acción Razonada posibilita de igual forma la oportunidad de indagar el comportamiento específico de personas y grupos en situaciones reales.

Extrapolando la Teoría de Acción Razonada a nuestra investigación y considerando lo expuesto por Fishbein y Ajzen sobre las variables subyacentes –presentadas anteriormente- para la adopción de conductas, sería interesante poder añadir un elemento adicional de análisis a esta teoría con la inclusión de la variable comprensión como un posible predictor de conducta. Examinar la posible relación, si alguna, que tiene la comprensión de un texto relacionado al campo de la salud en la formación de actitud de un individuo y en la intención de realizar o no realizar una conducta específica, la cual es considerada por Fishbein como una de las piezas cruciales para la predicción de una determinada conducta, añade valor científico a nuestra investigación.

Otro aspecto que brinda mérito científico a la investigación propuesta es nuestro deseo de conocer si la comprensión de un texto y la actitud en conjunto predicen de manera significativa el grado de intención de una persona para adoptar una conducta preventiva de salud favorable o desfavorable.

Dado a que las actitudes y las normas subjetivas participan de manera diferente en la determinación de la intención de acuerdo al

tipo de comportamiento predicho, a la situación en contexto y a las variaciones interindividuales de las personas es meritorio centrar nuestra investigación estrictamente en aquellos componentes de la teoría que vayan en línea con nuestro objeto de estudio. O sea atender sólo las variables actitud e intención expuestas por la Teoría de Acción Razonada para relacionarlas al constructo comprensión lectora (una de las variables principales de nuestra investigación).

Justifica el uso de estos dos componentes (actitud e intención) de la Teoría de Acción Razonada lo expuesto por Fishbein y citado por la Organización Panamericana de la Salud (2001), quien destaca entre otros elementos la actitud y la intención como variables subyacentes en la adopción de conductas enriquecedoras de salud. O sea, que la relación entre una variable externa y la intención de llevar a cabo una conducta específica esta mediada por uno (actitud) o por los dos factores (actitud y norma subjetiva) que determinan la intención.

Dado a que la Teoría de Acción Razonada sostiene que cualquier variable externa puede influenciar en las actitudes e intenciones de un individuo, el incluir el constructo comprensión (como variable externa al modelo teórico), diversifica metodológicamente nuestro estudio, ya que permitirá analizar la posible influencia- si alguna- que tiene la comprensión lectora en la formación de actitud y por consiguiente, en la intención de realizar o no una conducta preventiva dependiendo del lugar de origen del lector (puertorriqueños y dominicanos).

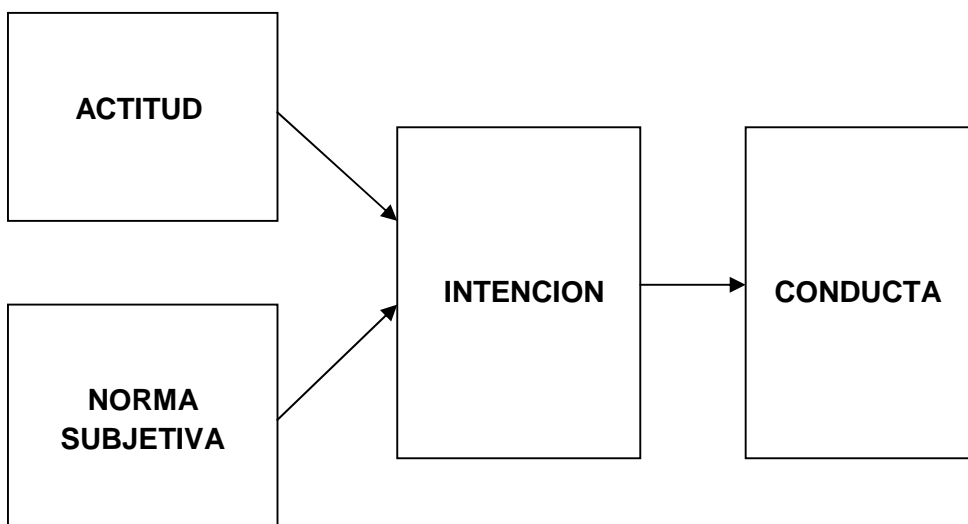
Este enfoque podría brindar una aportación adicional a los estudios existentes y futuros sobre comprensión lectora en el campo

de la comunicación en salud. Además, podría añadir un elemento de discusión adicional a la Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen, la cual es muy respetada por la comunidad científica y académica mundial que promueve estudios sobre conductas preventivas de salud.

No utilizar la variable Norma Subjetiva presente en la Teoría de Acción Razonada como componente de esta investigación también se justifica por que no va en línea con los objetivos del estudio y por consiguiente, con los lineamientos metodológicos que se pretenden implementar. Pretendemos utilizar la teoría y algunos de los componentes del modelo sólo como apoyo a esta investigación y no para corroborar su validez, ya que la misma ha sido validada en múltiples ocasiones por la comunidad científica-académica internacional.

Creemos que el enfoque que presentamos puede brindar resultados interesantes y de utilidad para estudios futuros sobre comprensión lectora, legibilidad de mensajes preventivos de salud y análisis de variables predictoras de conductas favorables o desfavorables en poblaciones heterogéneas.

**Figura 9. Teoría de acción razonada de Fishbein y Ajzen**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2001). Manual de comunicación para programas de promoción de la salud de los adolescentes. [www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/comSocial.pdf](http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/comSocial.pdf).

## H) La Teoría de Acción Razonada y los otros modelos

Si comparamos la Teoría de Acción Razonada, el Modelo Creencias de la Salud, El Modelo PRECEDE y el Modelo Etapas de Cambio podríamos decir que tienen algunas similitudes entre sí. Los factores predisponentes (información, actitud, valores) y de refuerzo (consecuencias personales) expuestos en el Modelo PRECEDE tienen una relación intrínseca con algunos de los postulados propuestos en la Teoría de Acción Razonada en particular a lo referente a las actitudes y norma subjetiva.

Ambos planteamientos teóricos disertan sobre la importancia que tiene el elemento “actitud” en las acciones preventivas de salud de la población. Actitud que estaría apoyada por la información que

tenga el individuo sobre las posibles consecuencias de tomar o no una conducta saludable, valores (son adquiridos desde la niñez) y la motivación que posea la persona para responder a un mensaje preventivo, la cual podría estar influenciada por terceros, entiéndase familiares, allegados, figuras religiosas o trabajadores en salud.

El Modelo Creencias de la Salud por su parte expone la influencia de las percepciones individuales como ente significativo en las probabilidades de acción de la población. Lo cual nos permite inferir que el constructo actitud y por consiguiente, la intención, definido como determinante de la conducta, según la Teoría de Acción Razonada, deberían estar de alguna manera influenciados por las percepciones individuales que posea el individuo. Además, por los posibles factores modificantes entre los que se encuentran las variables demográficas: edad, sexo, raza, etc.

Por otro lado, podríamos adjudicar alguna influencia del constructo actitud y norma subjetiva al proceso requerido por El Modelo de Etapas de Cambio, el cual está compuesto por la pre-contemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento de la conducta adoptada. Estas etapas requerirán que el individuo tenga una actitud favorable hacia la realización de una conducta que ha sido identificada como necesaria, la cual podría estar influenciada por sus allegados, quienes establecen el proceso de norma subjetiva de acuerdo con la Teoría de Acción Razonada e influye en la intención hacia la realización de una conducta preventiva de salud.

Como hemos podido apreciar el proceso de comunicación es complejo. Si unimos el constructo salud al análisis de la

comunicación diríamos que es necesario y no opcional, considerar los modelos teóricos relacionados a los cambios de conducta en la población para poder hacer una relación transversal práctica del proceso comunicativo en poblaciones heterogéneas.

La comunicación en salud debe ser vista como un reto para los comunicadores sociales y desarrolladores de los mensajes de prevención por los elementos colaterales inmersos durante todo el proceso. Máxime si el objetivo del proceso de comunicación es propiciar cambios de hábitos de conducta en poblaciones heterogéneas con posibles diferencias culturales o lingüísticas influenciadas por su lugar de origen o procedencia.

Habiendo disertado sobre la interacción entre el proceso de la comunicación y la salud y algunos de los modelos existentes, es prudente dar una mirada al componente del lenguaje y su participación como herramienta en la reconstrucción del pensamiento. El siguiente apartado pretende ir sobre aquellos conceptos inherentes al lenguaje y significativos para nuestro estudio.

### 1.3.2 El lenguaje: Herramienta de reconstrucción del pensamiento

El lenguaje al ser algo íntimamente ligado al ser humano y estar inmerso en varios aspectos de nuestra vida diaria, puede ser estudiado desde diferentes perspectivas. Algunas ciencias, particularmente las humanas han prestado atención especial al lenguaje hablado. Sin embargo, son innumerables las investigaciones realizadas sobre el lenguaje escrito para profundizar sobre sus características, aspectos semiológicos y diversidad cultural del lenguaje, entre otros asuntos relevantes a dicho campo de estudio. La idea de que la lengua escrita ha transformado la conciencia humana porque permite el desarrollo de nuevas formas de pensamiento y la construcción de nuevos conocimientos, nos lleva a buscar una explicación sobre las relaciones entre el pensamiento, el lenguaje escrito, su comprensión y su posible relación en la formulación de actitudes e intenciones en acciones preventivas de salud.

En el apartado que se presenta a continuación tocaremos algunas definiciones sobre el término lenguaje, la teoría sobre el pensamiento y el lenguaje de Vigotsky, rol del significado en la estructura del lenguaje. Además, argumentaremos sobre la lingüística desde la óptica textual, incluyendo la tipología y clasificación de contenidos gramaticales de acuerdo con Egon Werlich. Finalmente, argumentaremos sobre algunos postulados del lenguaje desde una perspectiva intercultural por la importancia que reviste para estudios de comunicación en salud con poblaciones heterogéneas.

## a) Lenguaje

El lenguaje, según Sapir (1984, p.14), es “un método exclusivamente humano, y no instintivo, de comunicar ideas, emociones y deseos por medio de un sistema de símbolos producidos de manera deliberada”. De esta definición, así como de otras que podrían aducirse, se desprende que el lenguaje, como medio de comunicación humana, frente a los medios de comunicación animal (o de cualquier otro tipo), reúne estas propiedades: a) ser un fenómeno exclusivamente humano, b) servirse de la voz como vehículo de transmisión, c) no ser instintivo, d) utilizar un sistema de signos y e) estar articulado a partir de determinadas unidades mínimas (Hernando, 1995).

Debemos destacar el elemento sistema de signos citado por Hernando, el cual es atendido en los análisis de la lingüística textual, cuyo objeto de estudio no necesariamente es la palabra o la oración aisladas, sino el texto, considerado la unidad básica de manifestación del lenguaje, dado a que los seres humanos se comunican en muchas ocasiones por medio de pasajes y dado a que existen fenómenos lingüísticos que sólo pueden ser explicados como propios de un texto.

En el siguiente segmento se recogen algunas definiciones adicionales que se le han otorgado al lenguaje por varias décadas. Como podrán observar, existen numerosas discrepancias entre ellas. No obstante, pese a su disparidad, estas definiciones del lenguaje permiten entrever ciertas regularidades. Una de ellas quizás la más importante es que, de un modo u otro, todas las definiciones recogen o dan cuenta de alguno de los siguientes hechos: a) el lenguaje



puede interpretarse como un sistema compuesto por unidades (signos lingüísticos) b) la adquisición y uso de un lenguaje por parte de los organismos posibilita en éstos formas peculiares y específicas de relación y de acción sobre el medio social y c) el lenguaje da lugar a formas concretas de conducta, lo que permite su interpretación o tipo de comportamiento.

#### Algunas definiciones de lenguaje

Son diversas las definiciones que se han otorgado al término lenguaje. Las características de las definiciones han estado supeditadas a varios enfoques de pensamiento. A continuación algunas definiciones del término lenguaje que consideramos importantes discutir como parte de nuestra investigación.

Watson (1924) define el lenguaje como un hábito manipulador. Considero que esta definición carece de sentido práctico, ya que más allá de manipular el lenguaje brinda la oportunidad al emisor o receptor de otorgar los significados de un texto de acuerdo a sus propias experiencias y características lingüísticas. Este aspecto deja a un lado el elemento manipulador otorgado por Watson.

Chomsky (1957) expone que el lenguaje es un conjunto finito o infinito de oraciones, cada una de ellas de longitud finita y construida a partir de un conjunto finito de elementos. Este definición enfatiza las características estructurales del lenguaje sin adentrarse en sus funciones y la capacidad de generar acción que tiene para un emisor y el receptor. Dicho aspecto es medular dentro de los estudios relacionados al lenguaje.

Luria (1977) expone que lenguaje es un sistema de códigos con la ayuda de los cuales se designan los objetos del mundo exterior, sus acciones, cualidades y relaciones entre los mismos. Esta definición la considero interesante dado a la importancia que le presta a los códigos para la delineación de objetos, ya sean concretos o abstractos, los cuales en gran medida nos ayudan a visualizar el mundo que nos rodea considerando nuestros preceptos socioculturales.

Bronckart (1977) define el lenguaje como la instancia o facultad que se invoca para explicar que todos los hombres hablan entre sí. La definición de Bronckart la considero un poco tímida y profunda, ya que deja a un lado la posible injerencia que tiene la cultura en un acto comunicativo entre un receptor y el emisor.

Pavio y Begg (1981) indican que el lenguaje es un sistema de comunicación biológico especializado en la transmisión de información significativa e intraindividualmente, a través de signos lingüísticos. La definición de estos autores entrelaza de forma soslayada diversas disciplinas de pensamiento para describir los procesos de transmisión de información. Este aspecto lo considero interesante para estudios relacionados al campo de la comunicación en salud.

Calabro, Taylor y Kapadia (1996) exponen que dependiendo de cuán complejo o sencillo esté estructurado el lenguaje tanto verbal como escrito, puede variar significativamente el nivel de pensamiento y entendimiento en el individuo. Esta definición es una de las que más se atempera a nuestro objeto de estudio por la importancia que le presta dentro de sus postulados a la complejidad o sencillez del

lenguaje y su posible influencia en el entendimiento del mismo por parte de un receptor.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001) define el lenguaje como estilo y modo de hablar y escribir de cada persona en particular. La Real Academia presenta una definición simple tomando en consideración la comunicación verbal y escrita sin adentrarse en las particularidades lingüísticas que puedan estar inmersas en las personas sean emisores o receptores.

## b) Teoría sociocultural del lenguaje de Vygotski

La teoría del lenguaje de Vygotski, la cual es determinante para el análisis de nuestra investigación, propone que desde el punto de vista de la comunicación el significado de cada palabra es una generalización o un concepto. Si las generalizaciones y conceptos son innegablemente actos del pensamiento podemos considerar el significado como un fenómeno inherente al pensamiento. Sin embargo, el nexo entre palabra (o significado) y pensamiento no es constante. (Vygotski, 1987; 1977).

Según Vygotski (1987) esto se debe a que en la evolución histórica del lenguaje los significados de las palabras sufren un proceso de transformación. Debido a este proceso el significado de las palabras varía. Una variación en la estructura interna del significado de la palabra equivale a un cambio en la relación entre pensamiento y palabra (Siguán, 1987). Los planteamientos de Vygotski son medulares para el desarrollo de nuestra investigación por la importancia que le brinda a la transformación histórica del lenguaje y a la variación continua que se da en el significado de las palabras.

La idea fundamental es que la relación entre palabra y pensamiento no es un hecho, sino un proceso. Un continuo ir y venir del pensamiento a la palabra y de la palabra al pensamiento. En este proceso de ir y venir la palabra sufre cambios que pueden ser considerados como desarrollo en sentido funcional. Vygotski (1987) propone que el lenguaje que acompaña la acción cumple distintas funciones. A veces un mero acompañamiento sonoro que subraya y refuerza los puntos culminantes de la actividad. Para Vygotski las palabras tienen un papel destacado tanto en el desarrollo del pensamiento como en el desarrollo histórico de la conciencia en su totalidad. Vygotski citado por Santiuste (1990) considera la socialización como la estructura fundamental de la formación lingüística.

Vygotski (1987) señala en su teoría que las palabras dan forma a ese sistema de signos que llamamos lenguaje, el cual lejos de ser estático y universal, es dinámico, cambiante y flexible. En el lenguaje se permite la codificación y decodificación de significados. Además, puede considerarse como una herramienta de reconstrucción del pensamiento. Precisamente uno de los planteamientos centrales de la obra de este teórico fue presentar la función mediadora del lenguaje como signo en la conducta humana (Siguán, 1987).

Los postulados de Vygotski son interesantes por la adjudicación y la importancia que le brinda a las estructuras mentales como parte de la otorgación de significados a las palabras. Significados que probablemente impactarían la acción preventiva de salud de poblaciones heterogéneas con diferentes orígenes

culturales y lenguaje variado. Posibles interferencias en las estructuras mentales de un individuo durante el proceso de lectura, por la esencia de su origen, deberían entonces insertar pre disposiciones en la adjudicación de esos significados.

El trabajo de Vygotski recibió mucha influencia de los postulados de Iván Pavlov sobre el lenguaje como segundo sistema de señales (Ramírez, 1987). Pavlov había señalado que el lenguaje juega un papel importante como mecanismo de abstracción y generalización de señales provenientes del medio externo. Desde esta perspectiva el lenguaje aporta al ser humano una forma peculiar de aprender (Ramírez, 1987).

Más allá de las ideas del aprendizaje asociativo de la Gestalt y de la linealidad mecánica del estímulo-respuesta de los conductistas paulovianos, Vygotsky lleva su pensamiento hacia una visión constructivista del conocimiento, en la que se advierte una relación dialéctica –no una mera relación causal- entre el entorno histórico y cultural y el individuo. Una relación dialéctica y, por consiguiente, dinámica, que acompaña al ser social durante su existencia, período en el que se depuran los procesos cognitivos. Hay, pues, un espacio para el protagonismo o la autonomía negociadora del individuo con su entorno, para la construcción de su propio conocimiento, de su propia cosmovisión. Pudiéramos decir que en la formación social de la mente, la cual estará enmarcada por las experiencias adquiridas desde la niñez.

En esta fase, el individuo desarrolla aquellos mecanismos mentales que le permiten entender y relacionarse con el ambiente social y cultural según los postulados de Vygotski. Para que la

interacción (ambiente-individuo) se produzca es necesario un proceso de mediación a través de instrumentos de comunicación como la lengua, los símbolos y otras extensiones comunicativas o instrumentos conectivos de una sociedad dada con el individuo que accede a ella. Vygotsky habla de los instrumentos de mediación –el conjunto de las manifestaciones culturales- como herramientas psicológicas, armadas mediante los signos que la hacen comprensible y asequible. La cultura es el medio fundamental para la formación del conocimiento (Vygotski, 1987).

### C) Rol del significado en la estructura del lenguaje

Tratar de entender el origen y el desarrollo del estudio del significado de las palabras y de las oraciones como expresiones del lenguaje natural es sin lugar a dudas una tarea ardua. Es meritorio reflexionar sobre las implicaciones que tiene el significado de las palabras en la reconstrucción del pensamiento, su posible impacto en la comprensión lectora de mensajes preventivos de salud y en la predisposición de actitud favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta.

De acuerdo con Berlo (2000) el lenguaje incluye un sinnúmero de símbolos significantes, pero también algo más. El lenguaje es un sistema que implica tanto los elementos como las estructuras. Como en todo sistema, podemos definir las unidades elementales y estructurales a distintos niveles, según el propósito. A todo nivel, empero, el lenguaje comprende un conjunto de símbolos (vocabulario) y los métodos significativos para combinar esas

unidades (sintaxis). Una gramática es la descripción de las características de la estructura del lenguaje.

Para que esos símbolos significantes tengan sentido dentro de los postulados de Berlo es meritorio definir los términos codificación y decodificación, los cuales son necesarios entender como parte de este proceso de introspección teórica.

Moreno (p. 26, 1983) define codificación como “trabajo a realizar por el comunicador. Consiste en convertir los conceptos o significados en un conjunto o serie de significantes agrupados de acuerdo a las reglas del código en cuestión. Todo proceso de codificación implica la elección y actualización de ciertas alternativas o posibilidades comunicativas establecidas y definidas ya por el código”.

Sobre el término descodificación se entiende por la “operación propia del perceptor, que es precisamente inversa al trabajo del comunicador, pues consiste en convertir los significantes en significados apoyándose en el código” (Moreno, p. 30, 1983).

Rodrigo (1995) ha sustituido el término decodificación por el de interpretación debido a la identificación de tres niveles dentro del proceso: a) acústico- fonemático – silábico, b) gramático-semántico-estilístico, y c) axiológico. De acuerdo con Rodrigo (1995) la decodificación no sería una operación sino un conjunto de operaciones de identificación, de interpretación y de valoración. La identificación se producirá en el nivel acústico-fonemático-silábico. La interpretación en el nivel gramático-semántico-estilístico. La valoración por su parte se dará en el nivel axiológico.

Este enfoque de Rodrigo (1995) trastoca los lineamientos que han caracterizado a través de los años los estudios sobre decodificación dentro del proceso de comunicación. Sin embargo, brinda la oportunidad de repensar en los conceptos que autores como Berlo, entre otros, han utilizado para describir el proceso de comunicación.

Mignot (1996) expone que un código puede ser definido como un sistema de señas que establece correspondencias entre un universo del significante y universo del significado. Codificación y decodificación no son únicamente operaciones de traducción de un repertorio a otro, sino procesos de significación. El emisor codifica su mensaje asociándole una señal. La descodificación lograda por el receptor consiste en buscar el sentido que se le quiere transmitir. Las dos operaciones se logran gracias a las correspondencias establecidas por el código entre las divisiones del campo semántico (conjunto de señales pertenecientes a un código) y las del campo noético (conjunto de señales admitidas por el código).

El conocimiento del código permite al receptor identificar el mensaje recibido con una clase de señales, con un significante y atribuirle el significado correspondiente. El significado que se le otorga al lenguaje expresado a través de un símbolo puede variar de un individuo a otro, incluyendo al desarrollador del texto-que podríamos catalogar como emisor- el cual tiene la responsabilidad de comunicar un mensaje que pretende acción por parte del receptor. Sin embargo, esa acción estará determinada por los preceptos que rigen al receptor, quien tendrá la potestad finalmente para determinar el curso de acción a seguir.



Si el significado que se le otorga a una unidad gramatical relacionada al campo de la prevención en salud posee definiciones diversas puede que trastoque el análisis del receptor durante el proceso de decodificación del mensaje. No debemos olvidar el planteamiento de Vygotski que indica que el lenguaje es como una herramienta de reconstrucción del pensamiento. Podemos inferir que dicha reconstrucción estará enmarcada por el significado que le otorgamos a los símbolos y que rigen en nuestras vidas desde el nacimiento.

El significado de un signo lingüístico, puede ser definido, en principio, como la información que, a través de él, se transmite en el acto de comunicación (Hernando, 1995). Dicho acto de comunicación debería estar influenciado por la presencia de los elementos socioculturales inmersos en el emisor y receptor de la información, los cuales al momento de enviar o recibir un mensaje utilizarán como marco de referencia los preceptos referenciales que han adquirido a través de su desarrollo para otorgar significados a conceptos gramaticales.

Cada palabra puede tener un posible significado para nosotros. La interpretación que le damos a un significado en un momento dado puede que afecte las verdaderas intenciones comunicativas de la estructura gramatical que es puesta ante nuestra consideración. Por tanto, es meritorio exponer las dimensiones del significado utilizadas por Berlo, ya que nos ayudará a entender los elementos intrínsecamente relacionados a los estudios del lenguaje, como herramienta de reconstrucción del pensamiento.

De acuerdo con Berlo (2000) no se debe olvidar que los significados se encuentran en la gente, ya que cada individuo tiene sus propias concepciones de la definición que se le puede otorgar a un término en un momento dado; no obstante, está indicado que podemos separar ciertas dimensiones del significado.

Entre las dimensiones expuestas por Berlo (2000) se encuentran:

1. Significado denotativo- Actualmente existe entre la gente; pero nosotros podemos abstraerla y generalizar sobre ella para todos los usuarios de un determinado lenguaje. Berlo utiliza como ejemplo el uso de la palabra “pelota”, la cual denota o se refiere al objeto pelota. Las relaciones entre dichos vocablos y los correspondientes objetos adquieren sentido.
2. Significado estructural- Está basado en una relación entre unos signos y otros. El dominio del significado estructural es la realidad formal, no la realidad física. Entre los significados estructurales Berlo menciona la cantidad – singular o plural- y b) persona-primera, segunda o tercera-. En la expresión “ Muchos táranos tienen un ave el significado formal para la “s” en la palabra táranos es más de uno”. El significado formal para la palabra “tienen” es , así mismo, “más de uno”.
3. Significado contextual- Otorgar significado a una palabra particular. Es un medio que ayuda a definir palabras

nuevas al receptor, pero que la fuente siente que debe usar en la comunicación de un determinado tema. Un ejemplo que podríamos utilizar para apoyar lo que es un significado contextual sería el término elocuente, el cual puede representar para algunos versado como para otros hablador. Las experiencias sociolingüísticas inmersas en el receptor o emisor determinarán el significado contextual que finalmente se le otorgue a un término.

4. Significado connotativo- Es la relación entre un signo y un objeto, pero envuelve a las personas más que otros tipos de significados. Berlo lo define como una relación entre un signo, un objeto y una persona. Está orientado hacia las personas. Cuando utilizamos palabras que son altamente connotativas, debemos poner una atención especial para asegurarnos de que el receptor habrá de significar algo mediante ellas, probablemente lo que nosotros intentamos que signifique. Si el término tiene diversas connotaciones podría causar problemas al receptor al momento de tratar de otorgar un significado al vocablo.

Si tomamos como ejemplo las características lingüísticas de Puerto Rico y la República Dominicana (poblaciones objeto del estudio) ambos tienen sus elementos diferenciales debido en gran parte al carácter sociopolítico histórico y prevaleciente en ambas islas del Caribe. Dicho aspecto puede tener alguna influencia durante el desarrollo de mensajes preventivos de salud que pretenden ser

enviados a la población general de Puerto Rico. La posible sustitución de significados inmersa en un proceso de decodificación por parte de receptores con culturas heterogéneas (puertorriqueños e inmigrantes dominicanos) y conocimientos diversos podría tener alguna influencia en las acciones de salud de la población.

De acuerdo con Belinchón, Riviére e Igoa (p. 188, 1996) “los aspectos fundamentales del lenguaje se adquieren en un breve lapso de tres o cuatro años, que se produce en la fase (de los 12-18 meses a la edad escolar) a la que Piaget denomina periodo preparatorio. Durante esa fase, es posible adquirir, con extraordinaria facilidad, cualquier lengua a la que se esté expuesto. Además, se adquiere un vocabulario muy amplio a un ritmo aproximado de una palabra por cada hora que una persona a esa edad se pasa despierto, llegando a adquirir por lo menos, unos 15,000 elementos léxicos”.

En el caso particular de Puerto Rico el alto nivel de interferencia del inglés, por nuestra relación con los Estados Unidos, es marcada y se puede inferir que ha impactado el proceso de desarrollo de significado lingüístico descrito por Belinchón et al. como período preparatorio. Se puede observar un deterioro alarmante en el uso del español que se manifiesta con la gran cantidad de anglicismos y giros gramaticales extranjeros inmersos en el habla y la escritura de los puertorriqueños.

Si tomamos como ejemplo palabras relevantes al tema de la salud podemos encontrar que la historia lingüística de la Isla se ha encargado de otorgar ciertos significados a varias condiciones de salud como por ejemplo: monga y gripe (catarro), falfallota (papera),

sarango (sarampión), viruela brava (varicela), acartonao (tuberculosis), agilao (pálido), y tísico (tuberculoso), entre otras.

En el caso de la República Dominicana su particularidad lingüística estará supeditada a la zona geográfica de referencia. Cabe señalar, que el español dominicano al igual que el castellano latinoamericano presenta fenómenos fonéticos, morfosintácticos y lexicales, que regularmente se presentan en los estudios dialectales hispánicos. Luego de una búsqueda aleatoria con varios dominicanos residentes en Puerto Rico, éstos enumeraron algunas de las palabras relacionadas al campo de la salud que se utilizan en la República Dominicana y que forman parte de su bagaje lingüístico. Algunas de éstas palabras son descritas con otros términos en Puerto Rico. A continuación

algunas de las palabras que son denominadas en Puerto Rico de una forma y en República Dominicana de otra (véase Figura 10) .

**Figura 10. Denominación de algunas palabras en Puerto Rico y República Dominicana**

PUERTO RICO	REPUBLICA DOMINICANA	REAL ACADEMIA ESPANOLA (2001)
Pálido	Pánfiro y Jojoto	Que presenta palidez
Nacidos en la piel	Ñaña rozo	Laceraciones
Reuma	Reumatismo	Inflamación de articulación
Lombrices	Solitaria	Gusano

Ríos (2009). Denominación de palabras en Puerto Rico y República Dominicana.

Según Raiter (2003) El significado de una oración no depende exclusivamente de la suma de los significados de los signos/palabras en ella contenidos. El significado depende tanto de las palabras que la componen como del contexto comunicativo. Por ejemplo en La casa es bonita todo parece indicar que independientemente del contexto, esta oración siempre indicará una relación, entre casa, signo del que es fácil indicar de modo no ambiguo un referente como vivienda, y determinada cualidad de estética de belleza; esta relación indica que esa propiedad es un atributo del sujeto gramatical.

Raiter utiliza el aspecto contexto comunicativo como ente importante al momento de asignar un significado a las oraciones o palabras. El elemento contexto comunicativo defendido por Raiter va en línea con la exposición que hace David Berlo sobre el significado contextual y su rol en la comprensión de un mensaje. Podemos apreciar como ambos autores utilizan el elemento contexto en la formulación de un significado, el cual podría ser catalogado como la esencia del lenguaje. El contexto que finalmente otorgue una persona a algún signo o estructura gramatical podría tener implicaciones en la interpretación que finalmente se dé como parte de un proceso de comprensión.

Desde la perspectiva de nuestro estudio, el contexto que le otorgue un individuo a un mensaje de salud redactado en diferentes niveles de dificultad podría influir de alguna manera en la comprensión y en la formación de actitud e intención hacia la realización de una conducta preventiva.

Ramírez (1987) ha realizado varios trabajos sobre el lenguaje y su función mediadora en el proceso de pensamiento. Señala que el

lenguaje está preñado de conceptos generales que pertenecen al conocimiento y a la experiencia humana. Añade que así como las herramientas de trabajo cambian históricamente, también los instrumentos del pensamiento varían históricamente. Del mismo modo que nuevas herramientas de trabajo dan lugar a nuevas estructuras sociales, nuevas herramientas de pensamiento dan lugar a nuevas estructuras de pensamiento.

Una reformulación en el pensamiento influenciado por el significado que tengamos de lo que nos rodea puede representar un cambio en la visión y expectativas de uno mismo de su entorno y de su futuro. En la comunicación en salud se recurre al uso de elementos subyacentes como lo son el texto para transmitir datos que propicien conductas saludables. Los conceptos representativos enmarcados en las estructuras del pensamiento y que deberían ser adquiridos según Vygotski, desde el nacimiento, podrían moldear la comprensión de ese mensaje preventivo de salud y por consiguiente en las acciones preventivas de la población.

Los lenguajes o códigos están integrados por dos sistemas paralelos: el de los significantes y el de los significados, entre los cuales se establece una serie de correspondencias reguladas. A todo significante corresponde por lo menos un significado. Se ha discutido mucho sobre si la relación entre significado y significante es arbitraria o no. Saussure ha dominado la teoría de la relación arbitraria entre significante y significado pero enfocado en el signo verbal. Para Saussure (2007, p. 144) “el lazo que une el significante al significado es arbitrario; o bien, puesto que entendemos por signo el total resultante de la asociación de un significante con un significado”. De

acuerdo con Saussure (2007) la palabra arbitrario necesita una observación. No debe dar la idea de que el significante depende de la libre elección del hablante, implica que es inmotivado, es decir, arbitrario con relación al significado, con el cual no guarda en la realidad ningún lazo natural.

La importancia de las raíces sociales de los símbolos, ha sido destacada por otros expertos interaccionistas como Mead y sus seguidores, los cuales han denominado interaccionismo simbólico a este campo de estudio (Blumer, 1982). La perspectiva de estos investigadores es importante, por que permite comprender para que se realizan símbolos (y lenguaje) y no sólo en que consisten. De este modo abren una vía de reflexión que es básica para comprender la naturaleza funcional que tiene el propio lenguaje.

La función mediadora del texto en la comprensión lectora de mensajes preventivos de salud probablemente necesita de apoyo referencial que permita una interpretación real por parte del receptor de lo que se desea comunicar. Ese apoyo referencial debería estar enmarcado en las vivencias y las características socio-lingüísticas que posee el receptor. Vivencias que permitirían la adjudicación de significados a los símbolos presentados en una estructura gramatical, pero determinadas por las vivencias lingüísticas del receptor, las cuales son adquiridas desde el nacimiento y a través de toda la vida. Se podría inferir que hay una relación de transacción entre lo referencial y la interpretación que finalmente se le da a un lenguaje de texto. Esa relación, determinada por el receptor, será la que propiciará la actitud e intención favorable o desfavorable hacia una conducta preventiva de salud.



Luria, 1984, citado por Valery 2000, expone que el lenguaje escrito es el instrumento esencial para los procesos de pensamiento, incluyendo por una parte operaciones concientes con categorías verbales, permitiendo por otra parte volver a lo escrito garantiza el control consciente sobre las operaciones que se realizan. Todo esto hace del lenguaje escrito un poderoso instrumento para procesar y elaborar el proceso de pensamiento.

Las relaciones semánticas de los símbolos pueden tener algún tipo de impacto en las percepciones de los individuos y en la posible identificación de significados. Dicho asunto ha sido atendido por innumerables autores entre los que se encuentran (Saussure, 1969; Coseriu, 1986; Fodor, 1985; Guiraud, 1994; Hernando, 1995; Marín, 2001 y Lozano, 2007).

Cuando a un solo significante le corresponde un solo significado (como en cenicero, electrón o reloj) la eficacia de la comunicación podría ser considerada como óptima. A esto los expertos en el estudio del lenguaje le llaman monosemia, ya que se da una relación unívoca entre el significante y el significado (Hernando, 1995).

Sin embargo, en las lenguas naturales se producen otros tipos de relaciones como lo es la polisemia donde a un significante pueden corresponderle varios conceptos. Este fenómeno favorece la economía del lenguaje, ya que una misma palabra, como cuarto, por ejemplo, puede expresar distintos conceptos. La polisemia, por otro lado, puede producir ambigüedad, como en “ Me esperó con un arco en la mano”, donde, en principio, no se sabe si arco se refiere al

“arma” o al “instrumento musical” hasta deducirlo por el contexto o la situación.

Se habla de homonimia en los casos en que dos o más palabras distintas tienen el mismo significante. De acuerdo con Hernando (1995) la identidad de la palabra puede ser solo acústica (vasto y basto) o acústica y gráfica (vino “bebida procedente de la uva” y vino, tercera persona del singular del pretérito indefinido del verbo venir). La homonimia es consecuencia de la evolución fonética, ya que los significantes de las palabras llegan, por evolución, a hacerse idénticos. Los significados de palabras homónimas son totalmente dispares, mientras que los significados de un término polisémico guardan siempre una relación más o menos clara entre sí.

Otro de los elementos que debemos atender como parte del análisis de las estructuras semánticas y su impacto en el significante y por consiguiente en el significado lo es la sinonimia, la cual puede producirse, según los casos, entre palabras (retama e hiniesta), entre palabras y palabras derivadas (pizarra y encerrado), entre palabras y palabras compuestas (anís y agua ardiente) o entre palabras y frases: morir o pasar a mejor vida. Se considera que la sinonimia tiene un valor relativo que atañe a uno de los significados de la palabra, pero no a todos.

Por otro lado, tenemos la metonimia, la cual consiste en la transformación del nombre, por contigüidad de significado, del lugar de origen del producto (valdepeñas, campana) del continente al contenido (tomarse una copa, comerse una cazuela de chipirones), del inventor a la cosa inventada (voltio, amperio) de una parte del

todo (ha vendido treinta cabezas de vacuno) o de un individuo a la especie (celestina, quijote).

Existen palabras que tienen significados opuestos. El fenómeno recibe el nombre de antonimia, la cual se refiere a los términos de una oposición entre cuyos extremos cabe la existencia de grados intermedios: frío y caliente.

Cuando los significados de otras palabras guardan entre sí una relación jerárquica se le conoce como hiperónimo, mientras que los hipónimos son considerado subordinados o incluidos.

Reconocer las diferencias entre monosemia, polisemia, homonimia, sinonimia, metonimia, antonimia, hiperónimo e hipónimos nos permite entender un poco más las relaciones colaterales que pueden estar inmersas en un proceso de comprensión lectora donde los receptores de mensajes pertenecen a diversos lugares de origen. El significado que le otorgue un puertorriqueño y un dominicano a un significante que es presentado a través de una estructura gramatical con relaciones semánticas diversas, podría tener alguna relación con la actitud e intención que refleje finalmente el receptor al momento de tener que ponderar sobre una conducta preventiva de salud.

La idea de que el origen de los símbolos reside en el desarrollo social y comunicativo, y no sólo en el de las competencias cognitivas generales, establece una diferencia clara entre esta perspectiva interaccionista y las posiciones mantenidas por Jean Piaget. De acuerdo con Belinchón et al. (1996) Piaget identifica, en gran parte, las nociones de función simbólica y de representación. Además, tiende a establecer, como criterio esencial de la representación, la capacidad de establecer un mundo objetivo: es

decir, de objetos con una consistencia permanente, independientemente de la percepción inmediata y de las versátiles apariencias (y desapariciones) de los estímulos que se brindan a los sentidos. Establece así un requisito importante para el desarrollo de la función simbólica, que es la capacidad de evocar lo ausente. O sea, darle significado a una palabra basado en los esquemas de pensamiento que están presentes en nuestra mente y que han sido configurados desde la niñez como parte del proceso de socialización defendido por Vigotski.

#### d) La lingüística desde una óptica textual

La concepción habitual de un texto como una consecuencia de frases en un todo demanda también la concienciación de que un texto es más que la suma de los enunciados, es decir que tiene un sentido en sí mismo (Gotze y Hess-Luttich, 1989). Los textos son objetos multidimensionales, por lo que su estudio se puede realizar desde puntos de vista diversos, según la finalidad concreta que se persiga (Castellá, 1995). En nuestro caso daremos una mirada a algunos de los elementos que consideramos de importancia para estudios relacionados a análisis del lenguaje textual en el campo de la salud.

La definición del termino “texto” ha recibido varias definiciones entre las que se encuentran la otorgada por la Real Academia Española(2001):

Texto.

(Del lat. *textus*).

1. m. Enunciado o conjunto coherente de enunciados orales o escritos.
2. m. Pasaje citado de una obra escrita u oral.
3. m. por Sentencia de la Sagrada Escritura.
4. m. Todo lo que se dice en el cuerpo de la obra manuscrita o impresa, a diferencia de lo que en ella va por separado; como las portadas, las notas, los índices, etc.
5. m. Grado de letra de imprenta, menos gruesa que la parangona y más que la atanasia.

Otra de las definiciones del término “texto” que se han dado en el ámbito lingüístico y que debemos destacar por su pertinencia con nuestro objeto de estudio fue la desarrollada por Lutz y Hess- Luttich citada por Resinger (p. 52, 2006) que la definen como “una unidad semántica (unidad de significado) conectadas por elementos estructurales (sintácticos) que expresa un hecho o una acción y al mismo tiempo hace referencia a personas, lugares y periodos situados en la realidad extralingüística”.

Las definiciones presentadas destacan desde diferentes puntos de vista lo que significa el término “texto”. Sin embargo, podemos inferir que ambas intentan destacar intrínsecamente la importancia que tiene el componente de la unidad textual como parte del significado que otorgan al término “texto”.

De las definiciones expuestas anteriormente hacemos énfasis en la de Lutz y Hess por la nomenclatura utilizada como parte de su enunciación. Aunque podría ser catalogada como concisa y clara desde la óptica del análisis lingüístico, carece de enunciados específicos que destaquen la posible presencia de elementos interculturales en la estructura de un texto propiciadas por la esencia cultural del desarrollador de la unidad semántica. Desde la óptica de nuestro estudio podríamos inferir que la realidad lingüística inmersa en los esquemas mentales del desarrollador de un texto que promueve buenos hábitos de salud en la población tendría alguna influencia en la unidad semántica (unidad de significado) que finalmente sea desarrollada como parte de una campaña de comunicación en salud.

La clasificación de las unidades lingüísticas de un texto ha sido objeto de numerosos análisis. Son muchas las inferencias que se han hecho sobre la forma de catalogar una unidad textual. En la primera mitad de los años setenta Egon Werlich, desarrolla la catalogación de cinco tipos de textos, relacionados con estructuras lingüísticas y actividades cognitivas (Werlich, 1983). Estos son: la descripción (el proceso cognitivo dominante es la indicación de cómo es algo o alguien), la narración (Se cuenta como algo o alguien actúa), la exposición (el proceso cognitivo implicado es el del análisis o síntesis de ideas o conceptos: se dice algo de un tema), la argumentación (incluye un carácter de verdad) y la instrucción (se trata de referirse a como hacer algo indicando todos sus pasos o al menos los esenciales). Hay que aclarar que para Werlich los tipos de texto con base textual sintética y analítica- no expuestas en el listado

anterior- pertenecen a una base mayor y compleja: la base textual basada en la exposición.

Loureda (p. 62, 2003) expone que “la clasificación que propone Werlich ha sido, por didáctica, una de las de mayor éxito. Tiene en cuenta dos criterios fundamentales: los datos del contexto extralingüístico y las estructuras de las oraciones. La base de la clasificación parte de un tipo de relación entre el elemento contextual, que actúa de referente dominante en el discurso y construcciones sintácticas típicas. Por lo tanto, Werlich sostiene que la forma (la secuencia) de los textos está en estrecha relación con procesos de categorización de la realidad por medio del pensamiento.

De acuerdo con Resinger (2006) la tipología de Werlich ha sido una de las más utilizadas, tanto en la lingüística como en la didáctica de la lengua, y se encuentra en la base de otras tipologías como la de Van Dijk (1989) o, más reciente Artigas, Belles y Grau (2003), cuya tipología de textos de no ficción en lengua catalana se presta especialmente al uso para fines didácticos y a la redacción de textos implantados en contextos sociales reales.

La consideración de las tipologías de Werlich nos ayudará en la clasificación de los textos que se utilizarán en el instrumento de medición del estudio propuesto. Cabe destacar que en nuestra investigación consideramos postulados teóricos de carácter cognitivo- aspecto inmerso en las tipologías de Werlich- como parte de los procesos de comprensión lectora en el campo de la salud y en la formación de actitud e intención favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva en personas de diversos lugares de origen. En el campo de la comunicación en salud

podríamos utilizar las tipologías de Werlich para determinar el tipo de texto que mejor se acopla a los objetivos de una campaña informativa.

Si nuestro objetivo de comunicación es presentar de manera concreta las consecuencias de no adoptar una conducta preventiva sería recomendable utilizar una estructura lingüística descriptiva, ya que permitiría presentar la información con tonalidad reflexiva para el receptor del mensaje de salud.

Si lo que pretendemos es brindar información de un suceso que puede servir de alerta a la población sería recomendable la utilización de una estructura lingüística narrativa, pues a nuestro juicio nos permitiría contar hechos reales a través de la estructura lingüística de un texto.

Si como parte del esfuerzo de comunicación en salud el objetivo primordial es exponer las ventajas del uso de un producto que puede ser beneficioso, por ejemplo, para evitar algún tipo de contagio de enfermedades de transmisión sexual, sería recomendable el uso de una estructura lingüística que vaya a tono con la tipología de Werlich denominada exposición. A través del texto expositivo podríamos explicar mejor una información de carácter científico o técnico que promueva las instrucciones de uso o los prospectos de medicamentos a un receptor.

Cuando el mensaje de comunicación en salud pretende persuadir al receptor para que detenga de inmediato una conducta de riesgo o adopte una conducta preventiva de salud sería recomendable el texto argumentativo, ya que permitiría utilizar una unidad textual cuyas características tendrían la intención de



convencer al receptor acerca de lo que se está diciendo. En nuestro caso, tendría la intención de persuadir al receptor de evitar una conducta de riesgo que limite sus posibilidades de tener una buena salud y calidad de vida.

Finalmente, si el objetivo de la campaña es arrojar ideas que orienten al receptor sobre la forma de proceder para detener una conducta de riesgo para la salud sería recomendable un mensaje con estructura lingüística basada en la instrucción. Este tipo de texto se podría caracterizar simplemente como un guión para la concreción de un objetivo previamente determinado y tendría una aplicación práctica donde la intención del mensaje sería esencialmente dirigir las acciones del receptor a través de unos pasos concretos o esenciales para la adopción de una conducta preventiva de salud favorable.

Como hemos podido observar la estructura lingüística de un texto juega un rol importante en los posibles significados que pueden ser otorgados por parte de un receptor. Es meritorio conocer los aspectos relacionados a los diferentes tipos de textos y sus clasificaciones, ya que podría ayudar a determinar la estructura lingüística recomendable al momento de desarrollar un mensaje preventivo de salud dirigido a poblaciones heterogéneas.

Sin embargo, debemos señalar que no es suficiente con estar al tanto y saber aplicar adecuadamente las tipologías establecidas por estudiosos del lenguaje textual a los mensajes de prevención y comunicación para la salud. Es necesario que estos mensajes contengan lo que Raiter (2003) ha denominado como las cuatro “C” (coherencia, congruencia, consistencia y cohesión) para poder

comunicar efectivamente una unidad lingüística a través de un mensaje preventivo de salud.

Raiter (2003) las define de la siguiente manera:

1. Coherencia- “Es la propiedad que hace que todo el texto nos lleve a la construcción de –al menos- un significado principal; aun cuando un estímulo lingüístico contuviera estímulos para varios significados, cada significado construido servirá para explicar otro, para llegar a otro, para ejemplificarlo, etc. Es decir que un texto no es un conjunto de signos lingüísticos careciente de un sentido, que no nos llevaría a ninguna interpretación. Dicho en otros términos: un texto, unidad lingüística, fue producido por un interlocutor que sabe que debe cumplir con el principio cooperativo. Si un texto describe, por ejemplo, una montaña, suponemos que esta descripción es de por sí significativa, o esta descripción permitirá a su vez una nueva introducción/descripción: un montañista, una ascensión, un paisaje, pero no un deporte náutico. (Raiter, p. 43, 2003).

2. Congruencia- “Es la propiedad que impide que en un mismo texto los significados se superpongan sin orden” (Raiter, p. 44, 2003). A manera de ejemplo no pueden construirse significados sobre los platos preparados con rabanitos y a continuación lo difícil que es combatir la infestación por pulgas de nuestro perro. La congruencia permite el orden de una unidad lingüística para que ésta tenga sentido durante el proceso de lectura.

3. Consistencia- “Es la propiedad que permite (y obliga) que cada significado construido esté debidamente fundamentado en uno anterior, o eventualmente con lo ya conocido por todos, lo presente en el sentido común o mundo de lo conocido” (Raiter, p. 44, 2003). Extrapolando esta propiedad (consistencia) al campo de la comunicación en salud podemos inferir que es importante que la unidad lingüística de un mensaje de prevención posea las características que se le adjudican a la consistencia, ya que de esta forma se podría asegurar un mejor ambiente para el cambio de hábitos de conducta en los destinatarios de los mensajes.

4. Cohesión- “Es la propiedad que hace que un significado se enlace con otro, que tenga una referencia explícita a uno anterior o posterior, o expresamente con el mundo de lo conocido, que no surjan per se” Raiter, p. 44, 2003). La cohesión permitirá que el receptor del mensaje una base sólida de información dentro de la unidad lingüística, lo cual podría ayudar a una mejor otorgación de significados.

Las cuatro “C” de Raiter son valiosos elementos para el estudio de la lingüística, sin embargo, podríamos aducir que carecen de especificidad desde la perspectiva intercultural del lector, ya que el receptor de la estructura lingüística expuesta en un mensaje de salud será quien finalmente otorgue los significados de la unidad semántica. Si para el receptor, el lenguaje utilizado a través de una

unidad semántica no es compatible con sus esquemas mentales por la esencia de su origen es probable que el proceso de comunicación y comprensión de lectura se vea afectado. Desde la perspectiva de nuestro estudio, si ocurriese esa interferencia durante el proceso de comunicación, sería adecuado pensar que no se lograría en el receptor una buena comprensión de la unidad lingüística y por consiguiente, una actitud e intención favorable hacia la realización de una conducta preventiva de salud.

#### e) El lenguaje desde una perspectiva intercultural

De acuerdo a Meyin (1981) el lenguaje es el medio colectivo de comunicación del pueblo y, por lo tanto, símbolo externo de su integridad cultural y nacional desarrollada históricamente. La escuela histórico cultural y la psicología crítica merecen el crédito por haber destacado este aspecto esencial del lenguaje. Por medio de su método de acercamiento histórico, y basándose en el concepto marxista del proceso del autogénesis del hombre mediante el trabajo social, fue posible dar contenido a la relación dialéctica entre actividad, conciencia y lenguaje, y con éstos, a la definición del lenguaje como conciencia efectiva práctica.

Meyin (1981) destaca tres propiedades del lenguaje, que ha formulado la escuela histórico cultural y basándose en ella, la psicología crítica:

1. La característica del lenguaje de remitir a la actividad vital humana, a la cual debe, a la vez, su existencia. Sólo recurriendo sistemáticamente a lo otro del lenguaje, a las

condiciones del mundo y la derivación de su significado a partir de la realidad histórico-social, se pueden hacer afirmaciones sobre las cualidades de las simbolizaciones lingüísticas y sobre las condiciones y los resultados de la interacción del lenguaje en la realidad.

2. La función del lenguaje consiste en captar las experiencias sociales en forma conceptual, y universal y hacerlas comunicables para conservarlas históricamente.
3. Como portador conceptual de experiencias sociales, el lenguaje orienta respecto a la manera de crearse las experiencias sociales nuevas, mientras que, como portador de experiencias históricamente distantes introducen éstas en las experiencias nuevas; es decir que las experiencias nuevas se forman a través del concepto. En tal sentido el lenguaje no sólo mira hacia el pasado, sino que por ser portador de conocimientos sociales, se debe considerar como factor esencial de la anticipación de futuras actividades vitales y de su realización.

El autogénesis y la realidad histórica-social, elementos claves en los postulados de Meyin, son de imprescindible consideración en la cuestión de nuestro estudio, ya que nos plantean la necesidad de conocer sobre asuntos íntimamente relacionados con la posible comprensión de mensajes de prevención expuestos a través del lenguaje escrito.

Dado a que nuestro estudio considera las posibles implicaciones que tiene el lugar de origen de un lector en la comprensión de mensajes preventivos de salud, entre otras variables, es necesario adentrarnos en algunos conceptos teóricos sobre el lenguaje y su relevancia para estudios de comunicación en salud desde una perspectiva cultural.

La Hipótesis de Edward Sapir y Benjamin Whorf establece que la estructura del lenguaje de una cultura influye en la conducta y hábitos de pensamiento de ella (Moreno, 1983). Esta hipótesis sostiene que el lenguaje estructura las percepciones y moldea la manera de pensar, sentir y actuar de los miembros de una sociedad y que se forman en un medio cultural primordialmente lingüístico (Fernández, 1999). La cultura acondiciona y estructura nuestros procesos perceptuales, influenciando los estímulos que recibimos y la interpretación que le damos a éstos (Samovar, Porter y Jaín, 1988).

Los preceptos establecidos en la hipótesis de Edward Sapir y Benjamin Whorf conjugan adecuadamente con la teoría de Vigotsky que dan particular atención al génesis del ser humano en la reconstrucción del pensamiento. La influencia del lenguaje como parte de este proceso debe procurar nuestra introspección si deseamos generar buenos hábitos de salud en comunidades diversas como suele haberlas en Puerto Rico, el cual concentra una diversidad de inmigrantes hispanos en las zonas más pobladas de la Isla.

La República Dominicana cuenta con una riqueza de vocablos que son únicos dependiendo de la zona geográfica de la Isla. Esa riqueza de vocablos se puede apreciar en los diversos grupos

socioeconómicos de inmigrantes residentes en Puerto Rico. La mayoría de los dominicanos inmigrantes residentes en Puerto Rico, nacieron en la capital Santo Domingo, el Cibao, Sureste, La Romana, Suroeste u otras ciudades de la República Dominicana.

Danis citado por Meyin (1981) indica que el lenguaje no sólo sirve de medio de comunicación, sino también de medio de pensamiento y conocimiento, y por eso desempeña, además, un papel activo en la estructuración de la conciencia humana. Para una representación del proceso de identificación, debemos referirnos no sólo a la acción material o lingüística, en las cuales se define un individuo respecto a la sociedad, sino también al lenguaje mismo. El lenguaje, pues, no sólo es medio de comunicación en el cual se efectúa la formación de la identidad, sino a la vez medio que forma la identidad.

Los sistemas comunicativos que utilizan unas culturas se manifiestan por medios lingüísticos y extra lingüísticos (paralenguaje, kinésica, proxémica, cronímica, etc. (Poyatos, 1971). Guns (citado por Flores Caraballo, 1991) argumenta que la transmisión de la cultura por estos medios le proporciona a las personas símbolos, mitos, valores e información sobre la sociedad.

Los estudios de la comunicación intercultural han esbozado varias teorías que podrían ser de gran utilidad para el análisis de investigaciones relacionadas a la lingüística. Según expone Rodrigo (1999) la comunicación intercultural es un campo bastante reciente. Esto hace que haya pasado por las vicisitudes habituales conducentes a su consolidación. Si en muchos campos de las ciencias sociales hay problemas de orden epistemológico, ontológico

y metodológico, en el caso de la comunicación intercultural éstos se acentúan por las propias características del objeto de estudio.

Con el propósito de establecer las diversas oportunidades de estudio que existen en la comunicación intercultural Gudykunst (1987) establece cuatro diferentes áreas de estudio:

1. La comunicación intercultural es la comunicación interpersonal entre pueblos con diferentes sistemas socioculturales, y/o la comunicación entre miembros de diferentes subsistemas –por ejemplo grupos étnicos- dentro del mismo sistema sociocultural. Este tipo de estudio busca la eficacia comunicativa, la competencia comunicativa intercultural.
2. .La comunicación transcultural, designada como la comparación entre formas de comunicación interpersonal de distintas culturas. En este caso, se trata de comparar las diferencias entre las propias formas de comunicación de cada cultura.
3. .La comunicación internacional, la cual hace referencia a los estudios de las relaciones internacionales en el ámbito de la comunicación de los mass media. Desde la perspectiva de la política económica de los medios se trataría el orden internacional de la información y la comunicación.



4. La comunicación de masas comparada, se centra en tanto el tratamiento diferenciado de la información de un mismo acontecimiento en medios de distintos países, como los efectos que tiene un mismo tipo de programa en cada país.

Desde la perspectiva de nuestro estudio podríamos inferir que de las cuatro diferentes áreas de estudio descritas por Gudykunst, la número 1 (comunicación intercultural entre pueblos con diferentes sistemas socioculturales o diferentes subsistemas) y la número 2 (comunicación transcultural, comparación entre formas de comunicación interpersonal) son las que más relación tienen con nuestra investigación.

La diversidad lingüística sociocultural inmersa en poblaciones disímiles como en la Puerto Rico, puede propiciar que se dé un proceso de comunicación transcultural cuando trabajamos con la promoción de conductas saludables y mejores estilos en la calidad de vida de la población. Se espera que en Puerto Rico el emisor de un mensaje de comunicación en salud posea las características socioculturales y del lenguaje de los puertorriqueños, mientras que el receptor podría llevar consigo-como es en el caso de los dominicanos- las experiencias propias matizadas por la esencia de su cultura de origen.

El problema inmediato que plantea este tipo de comunicación es que el mensaje es desarrollado por miembros de una cultura diferente a la de los receptores. He aquí la importancia del Modelo de Berlo, citado en la parte introductoria de esta propuesta de investigación. Vemos cómo la función mediadora del lenguaje

utilizado en un mensaje de prevención-podría tener alguna influencia en el receptor durante el proceso de decodificación de un texto que es dirigido a poblaciones de distintos lugares de origen.

En 1998, Schutte indicó que la comunicación a través del lenguaje transcultural va más allá de las diferencias del idioma, por que se trata de diferencias en valores, tradiciones, costumbres y visiones del mundo. Para aminorar los problemas de comunicación transcultural hay que comprender los marcos de referencias perceptuales de las personas. Debemos comprender cómo otros grupos étnicos perciben el mundo, ya que esto ayudará a producir mejores resultados en la decodificación de los mensajes. Estudios han demostrado que se debe tomar en consideración la estrategia temática del mensaje organizando tácticamente lo que se quiere decir de diferentes maneras para poblaciones activas y con culturas diversas.

Kreps y Kunimoto (1994) exponen que la gente de diferentes edades, niveles de educación, estatus socioeconómico, ocupaciones, orientaciones sexuales y aún en las diferentes condiciones de salud pertenecen a sus propios grupos culturales. Las palabras utilizadas en el intercambio de información juegan un rol importante en la estructura de las percepciones de los individuos (Rogers, 1995).

Steinberg (1981) destaca cómo el lenguaje no sólo es importante en el intercambio de información, sino que ajusta las actitudes y percepciones culturales. Este indica que los distintivos étnicos no sólo perduran después de que la lengua madre ha sido perdida, sino que está igualmente clara como enlace vital con el pasado cultural. La transmisión completa del lenguaje entre

segundas y terceras generaciones marca un estado decisivo en la asimilación de los procesos. Para comunicarse efectivamente es importante entender y respetar las diferentes orientaciones culturales que corrientemente influyen en los pensamientos y actos de cada persona (Kreps y Kunimoto, 1994).

Debo distinguir el asunto relacionado a la posible pérdida de aspectos lingüísticos por parte de un receptor. Mucho se ha dicho sobre el proceso de enculturación en personas que inmigran a otros países. La enculturación infiere la adaptación de los aspectos socioculturales de una cultura a otra. Pero, ¿cuán inmerso puede estar un ciudadano a ese proceso si mantiene lazos sociales y de residencia con personas de su propio origen? He aquí un cuestionamiento que va más allá de una simple suposición. Los expertos en comunicación y salud deben auscultar si las poblaciones de inmigrantes cautivos en un país y que mantienen lazos de convivencia común con personas de su mismo lugar de origen pueden asignar el significado que se pretende en un mensaje de salud no obstante a que las estructuras del lenguaje utilizadas no necesariamente están presentes en su estructura mental regida por la esencia de la cultura.

Samovar et al. (1988) exponen que existe un problema inherente cuando un mensaje es codificado por un miembro de una cultura y decodificado por otra. Esto debido a que los individuos están fuertemente inclinados a aceptar y creer lo que su cultura le ha hablado desde niños. Dicha situación puede inducir a que la gente tienda a ignorar o bloquear aquello que es contrario a sus creencias o realidades culturales.

El medio principal por el que una cultura transmite sus creencias, valores y normas es el lenguaje. Este es un sistema aprendido de símbolos, usado para representar las experiencias de una comunidad geográfica o cultural, además es el principal medio de pensamiento e interacción con otros miembros de una cultura (Rice, D' Ambra y More 1998). Edward Sapir y Benjamin Whorf van más allá y concluyen que el lenguaje sirve como una guía a la realidad social.

Esa guía de la realidad social defendida por Edward Sapir y Benjamín Whorf nos permite retrotraer la realidad de los inmigrantes dominicanos residentes en Puerto Rico, los cuales a pesar de tener una estructura lingüística determinada por el idioma español-igual que los puertorriqueños- poseen un esquema mental propio establecido por las experiencias previas obtenidas desde su desarrollo. Experiencias que determinarán su realidad social y las acciones preventivas de salud favorables o desfavorables.

Noam Chomsky (citado por Littlejohn,1987) define el lenguaje como una estructura que cambia de acuerdo al contexto cultural. El lenguaje no es sólo un idioma: es una estructura gramatical e ideológica. El modo de articular el lenguaje (incluyendo la conducta no verbal) modifica la percepción. El aprendizaje del lenguaje es parte integral del proceso de enculturación desde tres perspectivas: el lenguaje es parte de la cultura, del cuerpo de conocimientos, actitudes y habilidades transmitidos de una generación a otra; el lenguaje es el medio primario a través del cual otros aspectos de la cultura se transmiten; y por último, el lenguaje es una herramienta

que puede usarse para explorar y manipular el ambiente social y establecer estatus y relaciones dentro de él.

Gallois y Callens (1997) mencionan cómo el lenguaje en muchas culturas es usado cuando la gente quiere obtener ideas e información eficientemente, aunque éstos no sean necesariamente efectivos en la realización de dicha tarea. El lenguaje es fácil de recordar cuando sigue reglas estrictas de la propia cultura. Si éste difiere de los valores y reglas dadas por la cultura que recibe la información puede haber problemas en la recepción.

Podemos aseverar como parte de este apartado que la característica propia del mensaje, el lugar de origen de una persona, los procesos mentales que se fundamentan en elementos socioculturales y la dinámica de interacción durante la comunicación entre el emisor y un receptor, pueden determinar la comprensión de un mensaje de salud y por consiguiente, la actitud e intención de un individuo hacia una conducta preventiva.

Habiendo hecho una exposición sobre el lenguaje como herramienta de reconstrucción del pensamiento, corresponde dar una mirada en el siguiente apartado a los procesos que rigen la comprensión de lectura y su aplicación al campo de la salud.

### 1.3.3 Comprensión de lectura

El proceso de comprensión de lectura es uno de los elementos fundamentales para el desarrollo de esta investigación. En este apartado se expone la definición del concepto comprensión para de esta forma poder establecer su relación intrínseca con el proceso de lectura. Además, damos una mirada a los procesos inmersos durante la lectura y hacemos un análisis retrospectivo de la Teoría de Comprensión de Texto de Kintsch y Van Dijk, la cual es medular para nuestra investigación, entre otros postulados teóricos que son relevantes para el estudio de la comprensión lectora y que han sido objeto de múltiples investigaciones. También, analizamos la propuesta de un nuevo modelo teórico desarrollado por el investigador principal que tiene por nombre Modelo de Interacción de Esquemas Mentales.

Discutiremos los niveles de comprensión de lectura, a través de los cuales se puede identificar el tipo de estrategia que utiliza un lector durante el proceso de lectoría. Finalmente, describiremos con ejemplos concretos algunos indicadores utilizados en la actualidad para medir comprensión lectora y que podrían ser de gran utilidad para el desarrollo de esta investigación y la redacción del instrumento de medición.

En suma, este capítulo tiene como objetivo establecer aquellos elementos intrínsecamente relacionados en la comprensión lectora. A su vez, brindar nuevos puntos de vista propuestos por el investigador respecto a los lineamientos que podrían estar inmersos en la comprensión de un texto que promueve cambios de hábitos de conducta y de mejores estilos en la calidad de vida de la población.

## a) El proceso de comprensión de lectura

La comprensión del lenguaje es uno de las actividades mas importantes, complejas y esenciales del ser humano. La lectura comprensiva es la actividad psicológica por la cual un sujeto pone en juego estrategias y recursos intelectuales con el objetivo de comprender el significado de un texto e incorporarlo dentro de un marco de referencia constituido por conocimientos previos, los cuales están organizados en esquemas y estructuras cognoscitivas (Paradiso , citado en Sánchez y Beato (2001).

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001) define comprensión como: Facultad, capacidad o perspicacia para entender y penetrar las cosas.

Sabemos que la lectura es uno de los medios principales de acceso al conocimiento, y también percibimos que la evaluación de la comprensión es una de las situaciones más interesantes a analizar. Las nuevas concepciones sobre la lectura han dado razones para considerarla como un proceso interactivo, sin embargo se presentan algunas dificultades que se generan al intentar evaluar la comprensión de la lectura. Por esta razón se torna indispensable indagar y encontrar conocimientos por un lado, y procedimientos de valoración por otro, que nos permitan obtener una comprensión más adecuada de las dificultades que aparecen al valorar la comprensión de la lectura (Johnston,1989).

La comprensión lectora conlleva la utilización de dos tipos de información: lingüística y no lingüística o conceptual, que puede provenir de dos fuentes: el texto por un lado y el lector por otro. Al

mismo tiempo la comprensión se puede orientar desde dos perspectivas: la de la recepción por parte del lector o la del texto como producto que ha de comprenderse poniéndose el énfasis en las condiciones de producción del propio mensaje. Según Diéguez citado por Fernández (1999) el análisis de la comprensión lectora hay que estudiarlo desde esa doble perspectiva. Porque si la comprensión es el proceso de construcción de un texto a partir de otro lado, la evaluación de la comprensión deberá dar respuesta a esas dos dimensiones: las características del texto y las competencias del lector.

Esas competencias podrían estar enmarcadas en el conocimiento previo que tiene el lector sobre el tema propuesto y que será determinante al momento de hacer inferencias sobre el posible significado que le otorgará a la estructura gramatical que tiene ante su consideración para análisis.

Los avances de la psicolingüística y la psicología cognitiva constructivista a finales de la década de los sesenta retaron la teoría de la lectura como un conjunto de habilidades. Como alternativa al modo ascendente se planteó la lectura, primero como un proceso descendente y luego como un proceso interactivo (Matos, 2002).

Según Sanz citado por Barrio (p. 102, 2007) se puede decir que los modelos interactivos de lectura se caracterizan por lo siguiente:

1. El lector es reconocido como un sujeto activo en el proceso lector.



2. El lector, en el acto de comprensión textual, cuenta tanto con información visual como no visual.
3. Las hipótesis que el lector va verificando conforme avanza en la lectura desempeñan un papel muy importante en la comprensión. Lo mismo se podría decir de los procesos inferenciales que el lector realiza a partir de la información textual.
4. Existen diversos niveles de acercamiento a la estructura semántica textual, según las expectativas, motivaciones y objetivos que se marca el lector.
5. Cuanto más se automaticen los procesos básicos, perceptuales y de descodificación, más recursos cognitivos y atencionales libera el sujeto para la comprensión semántica del texto.
6. La comprensión no es un proceso estrictamente lineal y secuencial, sino que los niveles superiores condicionan también los más básicos.
7. La lectura es un proceso de búsqueda progresiva del significado de un texto. Se dan distintos grados de comprensión y es difícil hablar tanto de una comprensión nula como de una total.

Hasta los años 60 se había considerado la lectura como un conjunto de sub-destrezas donde el significado residía en el texto y la finalidad del lector era reproducirlo. En los modelos cognitivos de comprensión lectora esta habilidad se concibe como un proceso de especialización gradual en el cual los lectores desarrollan estrategias para comprender textos cada vez mas sofisticados en contextos situacionales que se van haciendo mas complejos (Dole, Duffy y Roehler, 1991). Este proceso es uno constructivo en el sentido de que las estrategias utilizadas y el conocimiento que aporta el lector son necesarios para la construcción del significado. Por otro lado, el conocimiento desarrollado en cada acto de lectura sirve de base ["scaffolding"] para otros actos posteriores, de manera que se va formando un "entramado cognitivo" que permite la especialización antes mencionada. Esto es básicamente lo que promueven las teorías constructivistas de aprendizaje (Piaget, 1954; Ausubel, 1963; Bruner, 1972; Vygotsky, 1977, entre otros).

En los análisis del lenguaje se ha atendido por varias décadas el tema de la pragmática y que va en concordancia con lo expuesto por los autores citados anteriormente. Uno de los primeros en estudiar la pragmática fue Charles W. Morris en el 1938, quien concibió la teoría de los signos a partir de tres disciplinas: la sintaxis, la semántica y la pragmática. La sintaxis se ocuparía de la relación formal entre un signo y otro; la semántica, los vínculos entre los signos y los objetos a los que se refieren; y la pragmática atendería la relación entre los signos y sus intérpretes (Morris ,1958)<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Esta investigación no se enfocará en el análisis de los asuntos contextuales de un mensaje atendidos en el estudio de la pragmática.

De acuerdo con Lada (2001) los signos tienen una indudable dimensión social, son usados por uno sujetos en un proceso semiótico, dentro de un contexto determinado, razón por la cual todos estos aspectos no pueden ser obviados a la hora de estudiar los signos. La pragmática se ocupa de las circunstancias en que se produce el proceso de expresión, comunicación e interpretación de los signos, en un tiempo, un espacio y una cultura determinados, trascendiendo de esta forma, el propio texto. La pragmática brinda atención a las situaciones extralingüísticas que podrían influir en la comprensión de una estructura gramatical.

Reyes (2007) expone que la pragmática se ocupa de estudiar el significado lingüístico, pero no el significado de las palabras aisladas de contexto, ni de las oraciones aisladas de contexto, sino del significado de las palabras (u oraciones o fragmentos de oraciones) usadas en actos de comunicación. El proceso de entender literalmente una expresión lingüística es ya bastante complicado, sobre todo cuando el mensaje, aunque explícito, es difícil de descifrar por su tema, por su vocabulario, y a veces por que no conocemos suficientemente al emisor o a las circunstancias en que fue emitido. En otros casos, el significado convencional de las palabras no es suficiente.

Naves (1989) precisa que el enfoque pragmático propone estudiar el signo con todas las circunstancias que concurren en su uso. De acuerdo con este autor los temas que despiertan mayor interés dentro de la pragmática son:

1. Los signos en situación.

2. La relación de los signos con sus propias presuposiciones.
3. Las relaciones de los signos con la situación semiológica en la que se usan.
4. La relación de los signos con la situación social, cultural e ideológica en que se usan.
5. La relación de los signos con sus propios valores como actos del habla.
6. La relación de los signos con sus propias formas.

Es importante destacar lo que es el significado del hablante propuesto por Reyes (2007). Esta muy atinadamente trata de describir los elementos relacionados al significado contextual, aspecto vital en los estudios de la pragmática. De acuerdo con Reyes (2007) el significado del hablante es el que expresan sus enunciados. El enunciado es una unidad comunicativa que equivale a la intervención o contribución de un hablante en una conversación y que puede consistir en una oración completa o en un fragmento de oración. Los enunciados podrían ser unidades lingüísticas habladas o escritas que están inherentemente contextualizadas. Aunque no siempre tengan forma de oración, los enunciados se suelen poner en contexto.

El contexto en la lingüística es descrito por Reyes (2007) como el conjunto de conocimientos y creencias compartidos por los interlocutores de un intercambio verbal y que son pertinentes para producir e interpretar sus enunciados. Se suelen deslindar tres tipos de contexto: el lingüístico, el situacional, y el sociocultural. El primero está formado por el material lingüístico que precede y sigue a un enunciado, y se lo llama a veces cotexto. El segundo es un conjunto de datos accesibles a los participantes de una conversación, que se encuentran en el contorno físico inmediato. Por ejemplo: para que el enunciado Cierre la puerta, por favor tenga sentido, es necesario que haya ciertos requisitos contextuales: que haya una puerta en el lugar donde ocurre el dialogo, y que esté abierta. Finalmente el contexto sociocultural es la configuración de datos que proceden de condicionamientos sociales y culturales sobre el comportamiento verbal y su adecuación a diferentes circunstancias.

La pragmática, al tener en cuenta todos los componentes del proceso comunicativo (emisor, texto, contexto, receptor) refuerza nuestra investigación, ya que nos brinda la oportunidad de analizar algunos aspectos considerados dentro del pragmatismo con el apoyo de una metodología científica y estrictamente enfocada en la comprensión de textos de salud dirigidos a receptores de diversos lugares de origen (puertorriqueños y dominicanos). Además, nos permite analizar la posible influencia, si alguna, que tiene la comprensión de lectura, en la formación de actitud e intención hacia la realización de una conducta preventiva de salud, lo cual atiende el elemento cognitivo que esta intrínsecamente relacionado en nuestro objeto de estudio.

Algunos estudiosos de la comprensión lectora han considerado la influencia de los microprocesos y macroprocesos en la construcción del significado de un texto entre los que se encuentran García, 1993; Lewis, 2000; Mejías, 2005. Según Lewis (2000) y Mejías (2005) los microprocesos involucran el reconocimiento de las palabras y la comprensión de proposiciones. Los macroprocesos propician la integración de la información previa que tiene el lector y la construcción del significado del texto.

Para que se produzcan macroprocesos, el lector tiene que activar las experiencias del conocimiento general previo que tiene del mundo almacenada en su memoria, ubicando su contenido dentro de los esquemas mentales y por consiguiente extrapolarlo a lo que está leyendo. Podemos inferir que durante el proceso de lectura de un tema relacionado al campo de la salud que promueve cambios de hábitos de conducta y de mejores estilos en la calidad de vida de la población, los receptores del mensaje utilizarán el conocimiento previo que tienen sobre el tema que se les presenta en el texto para determinar la dimensión del significado que emplearán durante el desarrollo del macroproceso. Ese macroproceso podría ser determinante en la actitud e intención que finalmente adopte el lector al momento de finalizar el proceso de comprensión lectora.

García (1993) indicó que cuando leemos un texto a fin de comprender lo que está escrito, nuestra mente realiza un conjunto muy diverso y complejo de operaciones o procesos mentales. No basta con la decodificación de signos gráficos o letras escritas y el reconocimiento de palabras y lo que éstas significan (procesos léxicos). Estos son procesos necesarios pero no suficientes para

alcanzar una lectura comprensiva. Además, el lector tiene que comprender el significado de la oración, el mensaje y contenido del texto integrándolo con los conocimientos previos del sujeto.

Podría afirmarse que la comprensión textual necesita de la interacción de estrategias basadas en el texto (sintácticas) y en los conocimientos generales que posea el lector incluyendo su cultura, creencias y estrategias de lectoría.

Es interesante destacar algunas variantes existentes en lo que a estudios sobre comprensión de texto se refiere y que han sido objeto de análisis en esta revisión de literatura. Habilidad para reconocer palabras y establecer ideas centrales, parecen ser aspectos medulares en la comprensión textual. Sin embargo, resulta muy atinada la inferencia de García (1993) que le da una participación importante a los procesos léxicos aunque reconoce que esta variable no es determinante para la comprensión de lectura.

La Teoría cognitiva de Jean Piaget expone que todo individuo tiene una tendencia natural a explicar su vida de manera racional. El organismo siempre busca la manera de adaptarse a su ambiente para lo cual tiene que comprenderlo y crear las estructuras cognitivas que le ayudarán a resolver sus problemas (Baek, 1994).

La misma ha sido foco de atención de múltiples investigaciones en lo que respecta a la comprensión de lectura. Vemos como Piaget, utiliza dentro de sus conceptos básicos el elemento “adaptación al ambiente” como parte esencial para una comprensión adecuada. Lo que resulta interesante desde la perspectiva de nuestro estudio es ver si los postulados de Piaget, pueden ser determinantes para inferencias y posibles conclusiones

de estudios sobre comprensión de lectura que incluyen poblaciones con culturas diversas.

La comprensión de un texto no puede ser el resultado de una simple suma de ideas, pues se concreta sólo cuando el receptor construye dichas ideas de forma globalizada, lo que permite llegar a la esencia de la significación y a su expresión en forma de síntesis. Para lograr dicha comprensión el lector se vale de una serie de operaciones. Estas operaciones son las que conforman reglas de proyección semántica o macro reglas (omisión, selección, generalización e integración) las que hacen explícitas la manera en que se puede derivar el tema o asunto de un discurso y constituyen un modelo de su comprensión cognoscitiva.

#### b) Teoría Comprensión de Texto de Kinstsch y Van Dijk

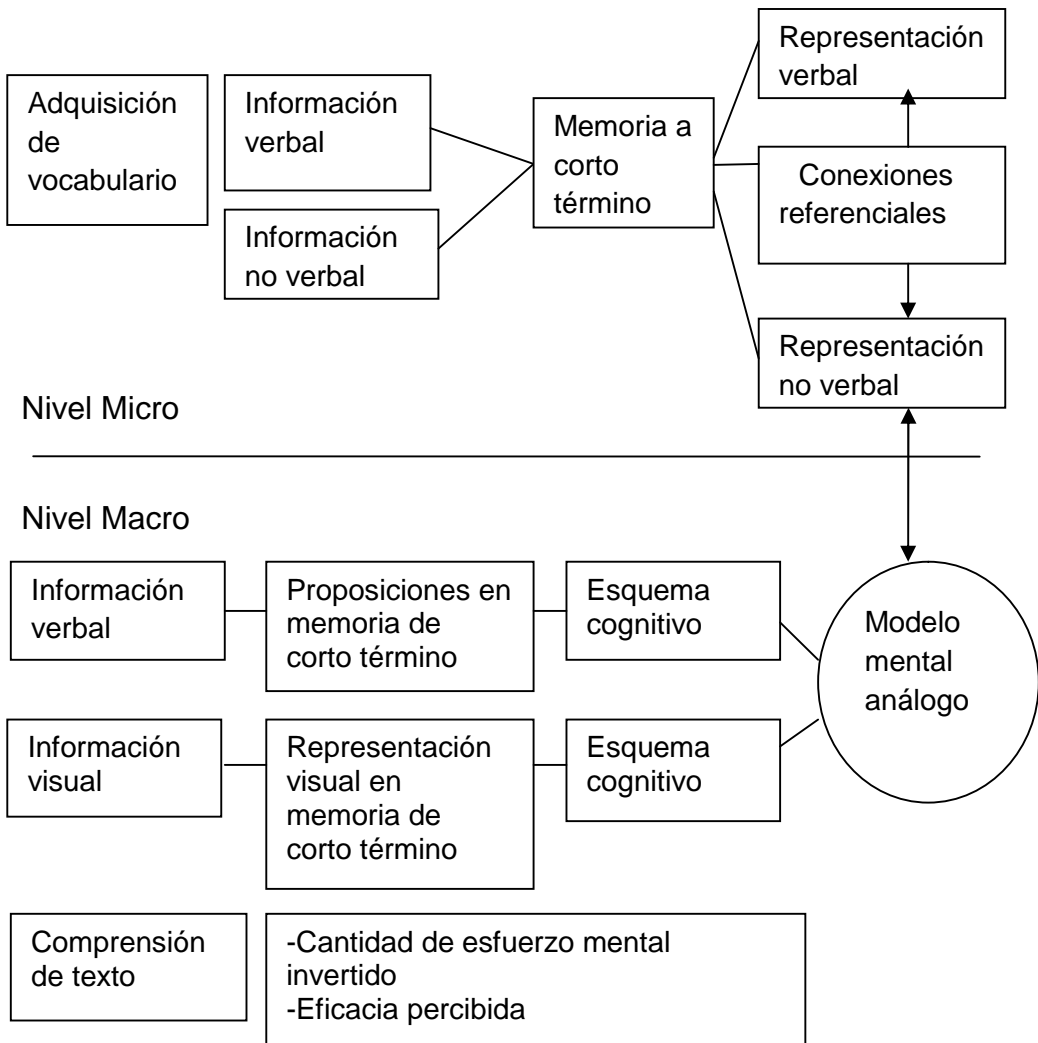
La Teoría Comprensión de Texto de Kinstsch y Van Dijk (1978), la cual es marco de referencia principal de nuestra investigación en lo que respecta al constructo comprensión, describe el proceso de lectura, desde el reconocimiento de las palabras hasta la construcción de una representación del significado del texto. El énfasis de la teoría es en el entendimiento del significado del texto. Kinstsch y Van Dijk postulan que el lector construye tres diferentes procesos durante la lectura. El primero, una representación verbatim del texto. Segundo, una representación semántica que describe el significado del texto y tercero una representación situacional del panorama que se plantea en el texto.

La importancia de la Teoría de Comprensión de Texto (Figura 9) radica en la forma en que su modelo expone los procesos de



lectura. Forma que contempla tres pasos y que están unidos a los conocimientos previos del mundo que tiene el sujeto. La dinámica que ocurre durante el proceso de lectura refuerza nuestra posición sobre la importancia que tiene el desarrollo de un texto dirigido a la población heterogénea. Hago énfasis en este aspecto ya que la revisión de literatura ha sido constante en dichos planteamientos, incluyendo las investigaciones presentadas como parte del estado de la cuestión. Si extrapolamos estos preceptos al campo de la comunicación en salud reiteramos nuestra opinión de que previo al desarrollo de un mensaje de salud se debe considerar el lugar de origen del receptor para que haya una comprensión adecuada y por consiguiente se logre el desarrollo de una actitud e intención positiva hacia la conducta preventiva de salud recomendada. La Figura 11 presenta en detalle el modelo teórico propuesto por Kinstch y Van Dijk, sobre el proceso de comprensión de un texto.

**Figura 11. Modelo conceptual de la teoría de comprensión de textos de Kintsch y Van Dijk**



Fuente: Kintsch, W. (1992). A cognitive architecture for comprehension, en H.L. Pick JR.; P. Van Den Broek; D.C. Knill (eds.): Cognition: Conceptual and methodological issues. Washington, DC. American Psychological Association, pp. 143-163.

Un procedimiento frecuentemente utilizado por lectores competentes para enfrentar una palabra desconocida es conjeturar su significado apoyándose en el contexto circundante. Si un lector es

capaz de aprovechar eficientemente el contexto, puede hallar en él diversidad de claves sintácticas, tipográficas, pictóricas, semánticas, y estilísticas que le ayudan a desentrañar el significado de un término extraño. El análisis contextual no sólo es una herramienta eficaz para desarrollar el vocabulario, sino una habilidad crucial en el proceso de comprensión lectora (Johnson y Pearson, 1978).

A través de la investigación se ha destacado el rol importante que tienen los esquemas mentales en la configuración de las acciones preventivas de salud. Dicho asunto es de suma importancia para la investigación propuesta, ya que expertos en el tema indican que los esquemas proporcionan marcos o modelos desde los cuales podemos comprender e interpretar el mundo. Si bien nuestra mente dispondría de gran número y diversidad de esquemas, no sería obligado disponer de un esquema para cada situación, objeto o acontecimiento. Más bien, los esquemas presentarían un carácter general y aplicable a diversas situaciones particulares. Por ejemplo el esquema de “comprar” incluiría sujetos que compran y venden objetos de compra-venta y un medio de transacción, generalmente el dinero.

Este carácter general de los esquemas también es puesto de relieve desde otras formulaciones que emplean términos como “marcos”, “planes”, “guiones”, “modelos” (Kintsch y Vand Dijk, 1978; Rumelhart, 1980; Jhonson-Laird, 1983).

Interesados en aportar a estudios posteriores relacionados a la comprensión de mensajes de salud y su posible influencia en la formación de conductas en poblaciones multiculturales, es nuestro interés adentrarnos en la discusión del concepto esquema mental, el

cual podría solidificar la investigación propuesta. A continuación la descripción de una nueva propuesta de modelo teórico que pretende aportar al análisis de la comprensión de lectura considerando como elementos primordiales los aspectos socioculturales inmersos en el receptor y el emisor de un mensaje de salud.

### c) Propuesta de nuevo modelo teórico por el Investigador

#### **Modelo de Interacción de Esquemas Mentales**

Asimilar la posible interacción de esquemas mentales que se da como parte de la comunicación en salud es importante para esta investigación. Es probable que los esquemas mentales que están presentes en el redactor-que se convierte en el principal emisor del mensaje- durante el desarrollo de un texto se vean reflejados explícitamente en el mensaje que es presentado finalmente a un lector.

El término “esquema” se sigue desarrollando en diferentes campos del saber en específico el de la psicología para explicar los procesos perceptuales (Neisser, 1976). Paradiso citado en Sánchez y Beato (p. 49, 2001) expone que los esquemas fueron formulados por Head, retomados por Barlett , explorados y desarrollado por Piaget. Son reformulados desde el paradigma del Procesamiento de la Información a partir de los frame ( marcos) de Rumelhart y Norman, 1978). Se ha agregado complejidad al tema al describirse esquemas retóricos o superestructuras en los textos, a los que se consideran relacionados con los esquemas cognoscitivos (Meyer, 1984: Kintsch y Van Dijk, 1978).

La psicología cognitiva en particular atiende el estudio de procesos tales como la percepción, memoria, razonamiento y resolución de situaciones. Los estudios cognitivos han sido propulsores de análisis de esquemas de pensamiento . Dado al enfoque del modelo que proponemos debemos catalogar a nuestro esquema de carácter cognitivo.

Rumelhart (1980) propone su teoría esquemática de la comprensión, en la cual los esquemas son hipótesis de alto nivel que conforman un conocimiento generalizado sobre una secuencia de eventos. De manera que la comprensión consiste en hallar un esquema que se adapte a la situación (historia) que estamos tratando de comprender.

La interpretación de un texto constituye una representación semántica global en las que se integran las informaciones provenientes del mismo texto y las inferencias elaboradas por el sujeto en el proceso de lectura. Autores como Jonson-Laird (1983), Van Dijk (1989), Kintsch (1992), proponen una representación integrada y dinámica del texto en los denominados “modelos mentales” o “modelos situación” en los que además de la información del texto se integran los conocimientos previos del mundo que tiene el sujeto, así como las inferencias elaboradas durante el proceso del lector.

Las distintas definiciones de esquema van asociadas a los conceptos de memoria, estructura, conocimiento e información. Así para Thorndike y Yekovich (1980, p. 23) es el “área de conocimiento estructurada que representa un concepto particular”, según Hall (1991) un esquema es la estructura en la memoria semántica que

explica detalladamente cómo debe ordenarse una información”, Ruiz de Mendoza (p. 33, 1991) lo define como “unidad conceptual que recoge de forma organizada y dispuesta para su uso, parte del conocimiento del mundo de un individuo representando conocimiento estructurado y estereotipado” .

Las inferencias son la prueba más evidente de que el lector aporta ciertos conocimientos al acto de la lectura; en la mayoría de los textos que se leen a diario- por ejemplo, la prensa- la cantidad de información que se supone conocida por el lector es muchas veces mayor que la de información realmente nueva. Así, diversos autores coinciden en señalar que una de las funciones básicas de los esquemas es precisamente el permitir estos mecanismos de inferencia (Sánchez, 1993; Puente, 1991).

Un lector tiene configurado sus propios esquemas mentales los que son adquiridos a través de las experiencias individuales de acuerdo con las teorías de comprensión de lectura (Kintsch y Van Dijk, 1978; Rumelhart, 1980; Johnson-Laird, 1983). El hecho de que un mensaje sea desarrollado por una persona de una cultura o lugar de origen distinto al del receptor, puede tener algún impacto en el proceso final de comprensión de lectura y por consiguiente en las acciones preventivas de salud de la población. Esto dado a la diversidad de esquemas mentales que participan durante el proceso de configuración de la estructura gramatical del texto por parte del emisor y al momento de ser recibido por el receptor, quien es el que finalmente otorga un significado al significante presentado en ese mensaje.

En la expresión del pensamiento a través de la escritura creativa y de la confrontación que hacemos entre lo que dice el texto y lo que queremos decir, en ese momento construimos un significado. Significado que será confrontado por el desarrollador (emisor) del texto, el cual dialogará consigo mismo para determinar si el mensaje comunica lo que él (ella) quiere comunicar. Esa determinación estará enmarcada por el esquema mental de éste (a) para validar o no el significado que se le quiere otorgar al mensaje preventivo de salud. Ahora bien, dicho significado no necesariamente podría ser el adjudicado por parte del receptor, quien es a fin de cuentas el que determinará si se cumplió con el objetivo de comunicación basado en los esquemas mentales que tiene configurado desde su niñez.

Interesado en aportar al estudio de comprensión de lectura en la comunicación en salud propongo como investigador un nuevo modelo mental de acercamiento cognitivo que pretende exponer un panorama simplificado de la realidad sobre la posible dinámica de interacción de esquemas mentales presente durante el proceso de desarrollo de un texto y al momento de ser recibido por un receptor. Paradiso citado en Sánchez y Beato (p. 51, 2001) indica que “ los modelos mentales son hipotéticos cuasi objetos internos que tienen una analogía funcional o estructural con los objetos a los que representan. Tienen un carácter cuasi perceptivo y estarían próximos a las imágenes mentales; sin embargo, son más complejos y , además de imágenes y de parámetros espaciales y temporales, admiten la inclusión de parámetros psicológicos sociales y afectivos. Así pueden reflejar las metas e intenciones de los personajes, los

vínculos causales, el tono emocional o afectivo del propio sujeto, componentes todos que contribuyen a prestar el carácter experiencial del modelo. Los modelos mentales se utilizan para resolver situaciones específicas temporarias”.

Nuestra proposición de nuevo modelo atiende el carácter social del emisor y el receptor los cuales son medulares durante el proceso de desarrollo de un texto y el proceso de lectura en el campo de la salud. Se establece una relación causal con el propósito de resolver una situación específica temporal y enfocada en el análisis del desarrollo de un texto de comunicación en salud, en el proceso de comprensión textual y en la formación de actitud e intención de conductas preventivas en personas provenientes de diversos lugares de origen. El título de mi propuesta es: **Modelo de Interacción de Esquemas Mentales (Ríos, 2009).**

Podríamos indicar que las personas que desarrollan un mensaje (en muchos casos el emisor) de texto tienen sus propios esquemas mentales, los cuales sería adecuado catalogarlos como esquemas primarios. Mientras el receptor tiene configurado sus esquemas mentales, los cuales influyen en el proceso de comprensión de lectura y determinan el significado que se le otorga a un texto. A estos esquemas sugiero catalogarlos como esquemas secundarios, ya que el receptor del mensaje otorgará un significado al texto luego de hacer una representación semántica global del panorama que se plantea en el escrito, hace un desarrollo de inferencias, las cuales estarán supeditadas por su experiencia previa y procede con la interpretación.



Si durante el desarrollo de un mensaje de prevención, el cual estaría a cargo del emisor, participan dos personas o más en su configuración, se debería deducir que puede ocurrir un interacción entre esquemas múltiples primarios.

Una vez recibido el mensaje por parte del destinatario es posible que haya una interacción de esquemas mentales en el proceso (primario y secundario o esquemas múltiples primarios y secundario) dado a que el texto ante la consideración del receptor fue desarrollado con un esquema mental diferente al de este último. Este aspecto debería incidir en la comprensión del mensaje una vez sea recibido por el receptor, quien es el que finalmente otorga significados a un texto de acuerdo con sus experiencias previas y situaciones socioculturales que le rodean.

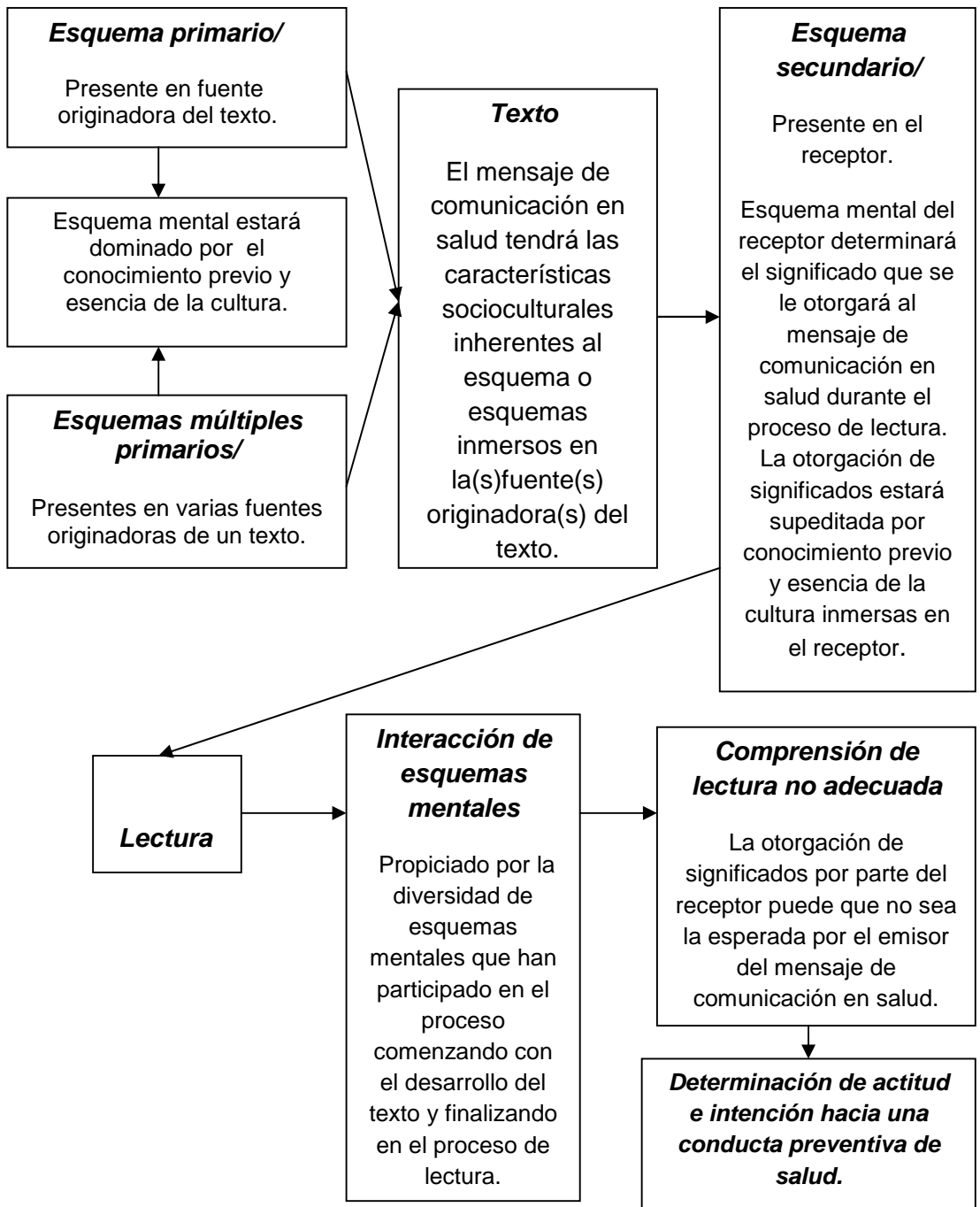
Los componentes principales del modelo teórico que propongo en la Figura 12 se describen a continuación:

1. Esquema primario: Esquema mental que está presente en la fuente originadora de un mensaje de prevención, entiéndase redactor (emisor) del texto preventivo de salud. Las experiencias individuales adquiridas desde su génesis y posiblemente inmersas en su esquema mental deberían estar explícitamente sumidas en el texto de salud que se desarrolle finalmente.
2. Esquemas múltiples primarios- Esquemas mentales compuestos por varias fuentes (personas) generadoras de

conocimiento que convergen entre sí durante el desarrollo de un texto dirigido a la prevención de enfermedades. En la dinámica de interacción durante el proceso de desarrollo de un texto serán múltiples los elementos propios de la cultura lingüística y social del o los redactores de la estructura gramatical, los cuales aparecerán para determinar los esquemas mentales que regirán el texto preventivo de salud que se dirigirá a la población objeto de la comunicación. Esta interacción puede tener implicaciones en los resultados finalmente plasmados en el mensaje preventivo de salud.

3. Esquema secundario- Esquema mental presente en el receptor y que es inherente a las experiencias individuales también adquiridas desde su origen. Este esquema determinará la comprensión de un texto desde una óptica social y culturalmente aceptada por el receptor y por consiguiente, determinará la actitud e intención favorable o desfavorable hacia una conducta preventiva de salud. Si el mensaje recibido por parte del receptor no va en concordancia con el esquema mental que predomina su estructura de pensamiento- el cual estaría atado a su origen social, lingüístico y cultural- es probable que las acciones preventivas de salud se vean afectadas involuntariamente.

**Figura 12. Modelo de interacción de esquemas mentales (Ríos, 2009)**



La propuesta del nuevo modelo teórico expuesto por el investigador podría ayudar en el análisis de esta investigación y de estudios posteriores relacionados a la comprensión lectora en el campo de la salud dirigidos a poblaciones heterogéneas culturalmente. Si analizamos concienzudamente el Modelo de Interacción de Esquemas Mentales (Ríos, I. 2009), se sugiere que existe una interacción directa entre los esquemas mentales de la fuente desarrolladora del mensaje y los del receptor, por la cantidad de significados que podrían ser otorgados a una estructura gramatical durante el desarrollo de un texto y al momento de ser recibido por el receptor.

Si ocurriese un interacción conflictiva entre estos esquemas mentales por lo expuesto anteriormente, es muy probable que se dé una interferencia durante el proceso de lectura por parte del receptor tendiendo sus implicaciones finalmente en la comprensión y en la formación de actitud e intención favorable o desfavorable hacia una conducta preventiva de salud. Desde la perspectiva de nuestro estudio no debemos olvidar que el proceso de comunicación tiene como finalidad propiciar reacciones en el receptor que vayan en línea con el objetivo del esfuerzo preventivo de salud.

No podemos cerrar este apartado sin mencionar que entre las limitaciones del modelo se encuentran las siguientes:

1. No existe referencia bibliográfica significativa que permita reafirmar categóricamente los postulados propuestos en el Modelo de Interacción de Esquemas Mentales.

2. El modelo no ha sido validado científicamente.
3. El modelo atiende solamente la interacción entre personas de diversos lugares de origen de procedencia. No considera la interacción de esquemas mentales entre personas que provienen de un mismo lugar de origen pero que han estado interactuando con otras culturas por mucho tiempo.

#### d) Niveles de comprensión de lectura

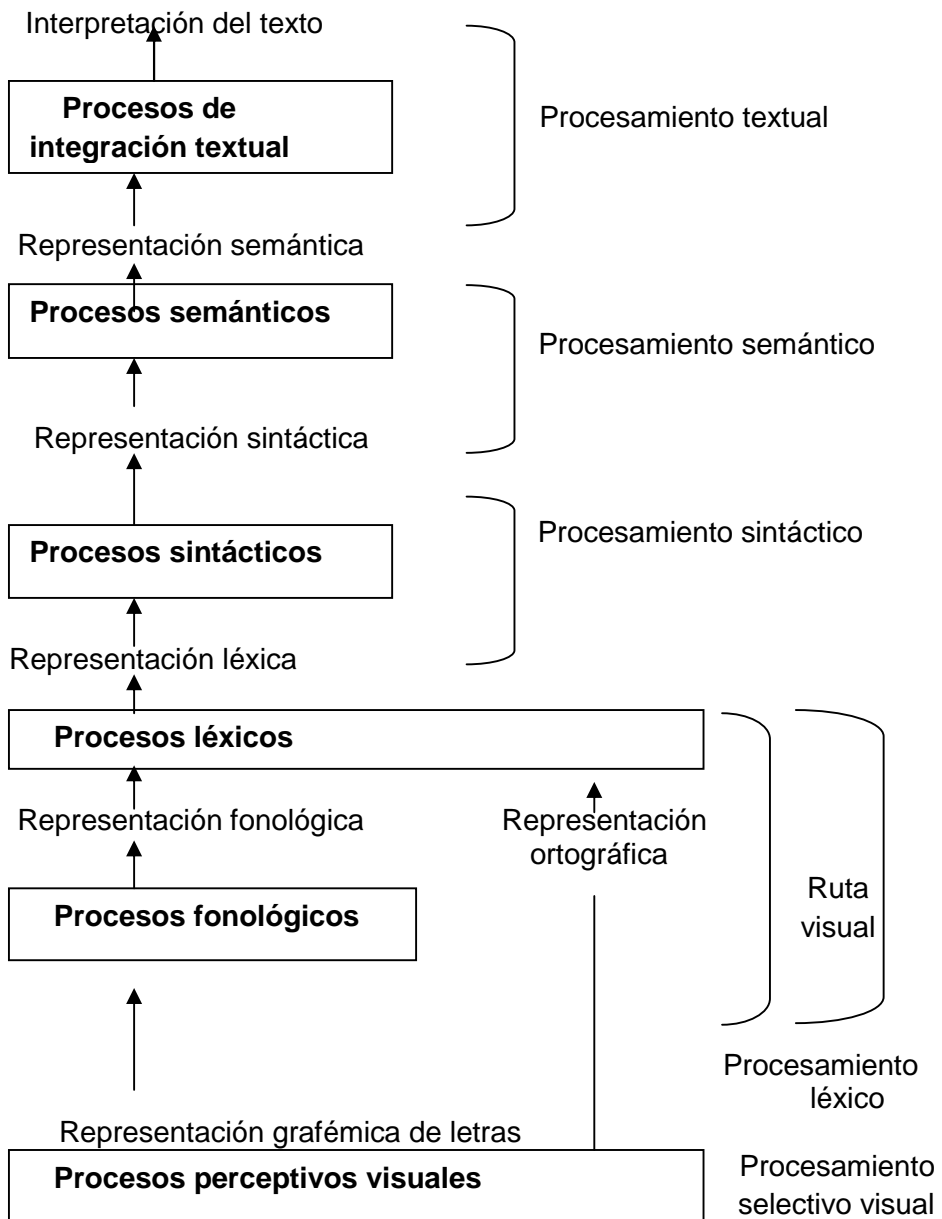
De acuerdo con García (1993) leer es una actividad muy compleja, aunque tendemos a considerarla una tarea relativamente simple y fácil, ya que, en condiciones normales, la aprendemos a una edad temprana, la practicamos con frecuencia, y alcanzamos notable éxito. Por otra parte, y debido a la práctica, la mayoría de los procesos mentales que están implicados en la actividad de leer se han automatizado, se llevan a cabo con mucha rapidez (milésimas de segundo) y resultan inaccesibles a la conciencia reflexiva del sujeto lector; otros procesos en cambio, forman parte de la experiencia consciente.

Cuando leemos un texto a fin de comprender lo que está escrito, nuestra mente realiza un conjunto muy diverso y complejo de operaciones o procesos mentales. No basta con la decodificación de signos gráficos o letras escritas y el reconocimiento de palabras y lo que éstas significan (procesos léxicos). Estos son procesos necesarios pero no suficientes para alcanzar una lectura comprensiva. Es preciso también poner en juego conocimientos de tipo sintáctico que ponen en relación las palabras, constituyendo

unidades mayores como las oraciones y frases con una determinada estructura y no otra (procesos sintácticos). Además, el lector tiene que comprender el significado de la oración y el mensaje y contenido del texto integrándolo con los conocimientos previos del sujeto (procesos semánticos).

Comprender un texto implica: Conocer el significado de cada palabra, comprender el significado de las oraciones e interpretar las ideas e intenciones que transmite el texto. En la Figura 13 se expone una representación del proceso de la actividad lectora de acuerdo con García (1993).

**Figura 13. Representación del proceso de la actividad lectora de García**



Secuencia de letras /estímulos visuales

Fuente: García, E. (1993). La comprensión de textos: Modelos de procesamiento y estrategia de mejora. *Didáctica* 5, 87-113.

La actividad lectora viene constituida por otros componentes y procesos que han sido objeto de investigación, especialmente por la psicología cognitiva y la psicolingüística durante las últimas décadas (Mayor, 1984; Cuetos, 1990; Mayor y Pinillos, 1991; Belinchón, et al. 1996, Britton y Graesser, 1996; y Bofarull, Cerezo, Gil, Jolibert, Martínez, Oller, Pipkin, Quintanal, Serra, Soley, Soliva, Teberosky, Tolchinsky y Vidal, 2006).

Podemos apreciar como el Modelo de Representación de la Actividad Lectora de García (1993) utiliza entre sus elementos principales los que van dirigidos a la interpretación del texto, aspectos semánticos, sintácticos, léxicos, fonológicos, grafémicos, ortográficos y aquellos que tiene que ver con los estímulos visuales. Ahora bien, sería interesante poder incluir sin pretender trastocar el fin primordial del modelo, el elemento cultural como parte del proceso de lectura, el cual está yuxtapuesto en los procesos mentales del lector de acuerdo con la Teoría de Comprensión Lectora de Kintsch y Van Dijk. Esta inclusión podría ser determinante en algunos de los pasos expuestos por el Modelo de Representación de la Actividad Lectora, ya que de ella dependería en gran parte del resultado final obtenido durante el proceso de lectura de un texto dirigido a poblaciones heterogéneas que pretende lograr actitudes e intenciones favorables hacia una conducta preventiva de salud.

La conceptualización de comprensión lectora ha ido cambiando a lo largo del tiempo en concordancia con los cambios sociales, económicos y culturales y alude a un proceso cognitivo y de desarrollo personal, así como al entendimiento funcional de la lectura en su dimensión social.



Podríamos decir que hoy en día, la comprensión de textos no es considerada en su totalidad como la capacidad, desarrollada exclusivamente para leer y escribir, sino como un conjunto progresivo de conocimiento, destrezas y estrategias que los individuos desarrollan a lo largo de la vida en distintos contextos y en interacciones con otros.

Conocer los niveles de comprensión de lectura nos ayudará a tener una mejor idea sobre aquellos elementos que pueden configurarse durante el proceso de lectura. Estudiosos de la lingüística han otorgado varias categorías a la comprensión de lectura, entre los que se encuentra Sánchez y Deyanira (2005), quienes exponen los tres niveles de comprensión lectora que son necesarios mencionar por su importancia para nuestro estudio. De acuerdo con Sánchez et al. (2005) los niveles de comprensión lectora están conformados por:

1. Comprensión literal- Es la comprensión lectora básica. El lector decodifica palabras y oraciones y está en condiciones de parafrasear, es decir, puede reconstruir lo que está superficialmente en el texto. En este nivel se identifican los componentes del texto:
  - El significado de un párrafo, de una oración.
  - La identificación de sujetos, eventos u objetos mencionados en el texto.

- El reconocimiento de signos como las comillas o los signos de interrogación.
- La posibilidad de identificar relaciones entre los componentes de una oración o un párrafo.
- El significado literal de una palabra, frase, gesto, un signo, etc.

2. Comprensión Inferencial- En la lectura inferencial se explora la posibilidad de realizar inferencias, entendida ésta como la capacidad de obtener información o establecer conclusiones que no están dichas de una manera explícita en el texto. Reconoce el lenguaje figurado. Aquí se requiere realizar distintos tipos de relaciones entre los significados de las palabras, oraciones o párrafos. En este nivel de lectura se realiza:

- Una comprensión global de los significados del texto y el reconocimiento de relaciones, funciones y nexos
- Se consideran las relaciones temporales, parciales, causales de correspondencias, sustituciones, etc., de esta manera llegar a conclusiones a partir del texto.

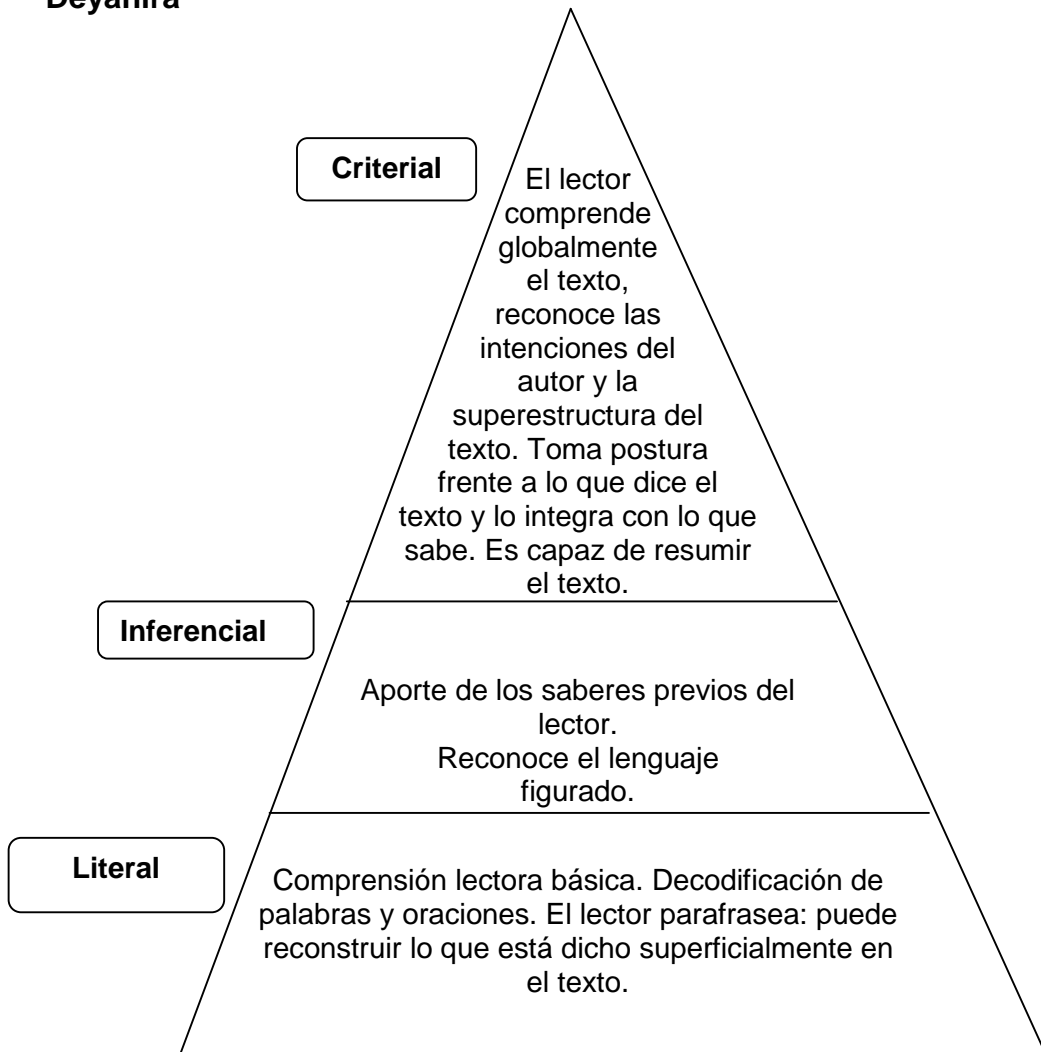
3. Comprensión criterial- En este nivel el lector comprende globalmente el texto y reconoce las intenciones del autor

según se puede desprende del escrito. Toma postura frente a lo que dice el texto y lo extrapola a lo que conoce sobre el tema. En este nivel de lectura:

- El lector es capaz de mostrar su capacidad y de explicar un hecho planteado desde diferentes puntos de vista. Es entonces que se hace necesario la utilización de información de interés para el lector, la cual permite responder a los cuestionamientos planteados en el texto. Esta información ayudará al lector a deducir los asuntos planteados en el texto y a proceder con posibles conclusiones.

A continuación (véase Figura 14) Pirámide de la comprensión lectora de acuerdo con Sánchez y Deyanira (2005).

**Figura 14. Pirámide de la comprensión lectora de Sánchez y Deyanira**



Sánchez,C. y Deyanira, A. (2005). El reto de la enseñanza de la comprensión lectora. Revista Magisterio – Educación y Pedagogía, 15 –18.

Observamos como los diferentes niveles de comprensión expuestos por Sánchez et al. (2005) enriquecen el proceso de lectura y nos muestran los procesos cognitivos y reflexivos que están presentes durante el proceso de lectura. La presentación de los

niveles de comprensión por estos autores es valiosa, ya que nos muestra de forma sencilla la manera de profundizar sobre los textos y utilizar nuestro juicio valorativo para llegar a conclusiones sobre el tema expuesto en una lectura o mensaje preventivo de salud. Juicio que estará enmarcado por la presencia de nuestros esquemas mentales, los cuales determinarán la comprensión del texto utilizando como marco de referencia nuestra esencia, la cual está apoyada por nuestro lugar de origen, los valores, creencias, características lingüísticas particulares y arraigos culturales.

El diagnóstico sobre la habilidad de comprensión de lectura tiene como objetivo fundamental detectar el estado real de esta destreza en una persona y potenciar su perfeccionamiento por medio de la aplicación al producto que se obtenga del instrumento utilizado. Para esto será necesario un grupo de indicadores a través de los cuales se conocerá el nivel de competencia de la habilidad en cuestión.

Algunos de los factores que pueden ser evaluados por medio de escalas en situaciones naturales de lectura son, la habilidad para reconocer definiciones de palabras, la habilidad para reconocer detalles literales en un pasaje de la lectura y la habilidad para reconocer la idea central de un párrafo. Mientras que son más difíciles de evaluar o medir factores tales como las soluciones a problemas, la selección adecuada de estrategias para la comprensión en situaciones de lectura y el conocimiento aplicado que atiende al texto que es examinado. Estos últimos son medidos con poca frecuencia (Simpson, 1990).

A continuación algunos indicadores de comprensión de lectura que servirán de apoyo para nuestra investigación.

#### e) Indicadores de comprensión de lectura

De acuerdo con Padierno y Blasco (2005) por indicador se entiende aquella cualidad o propiedad del objeto que puede ser directamente observable, medible y que permite conocer la situación del objeto en un momento dado.

El primer indicador para diagnosticar la habilidad comprensión de lectura es la retención de lo leído. Para evaluar este indicador se debe tener en cuenta si la persona es capaz de realizar las siguientes operaciones:

- Recordar detalles aislados
- Recordar y reproducir pasajes específicos
- Retener conceptos fundamentales del texto
- Acopiar y retener datos para contestar preguntas específicas

El segundo indicador es organización de lo leído. Las operaciones a realizar son:

- Clasificar los elementos leídos
- Establecer una secuencia lógica de dichos elementos
- Captar las relaciones que se establecen dentro del texto
- Resumir y generalizar

El tercer indicador es valoración de lo leído. Las operaciones son:

- Separar los hechos de las opiniones
- Juzgar el valor del texto
- Captar el sentido implícito
- Establecer una proporcionalidad entre causa y efecto

El cuarto indicador es la interpretación de lo leído. Las operaciones son:

- Integrar el conocimiento previo poseído a la información sugerida en el texto
- Seleccionar la idea principal del texto
- Arribar a conclusiones
- Predecir resultados y consecuencias
- Formar opiniones

Debemos señalar que los indicadores y operaciones establecidas en el trabajo de Padierno y Blasco fueron producto del estudio y análisis profundos de un grupo importante de bibliografía relacionada con la comprensión de lectura y el diagnóstico, así como de la experiencia de la autora en el trabajo con dicha habilidad y la realización de varios trabajos sobre el tema.

La Tabla 7 presenta un resumen de algunos de los indicadores con ejemplos concretos de reactivos que pueden ser utilizados para medir comprensión lectora y adaptados al campo de la comunicación en salud.

**Tabla 7. Esquema para la determinación de reactivos en función de los indicadores**

Indicador	Reactivo
<p><b>Retención de lo leído</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recordar detalles aislados</li> <li>• Recordar y reproducir pasajes específicos</li> <li>• Retener conceptos fundamentales del texto</li> <li>• Acopiar y retener datos para contestar preguntas específicas</li> </ul>	<p><b>Ejemplo: Recordar detalles aislados</b></p> <p>Podríamos indicar que el asma...</p> <p>___ No causa daño permanente</p> <p>___ Puede ser hereditaria</p> <p>___ Tiene cura</p>
<p><b>Organización de lo leído</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clasificar los elementos leídos</li> <li>• Establecer una secuencia lógica de dichos elementos</li> <li>• Captar las relaciones que se establecen dentro del texto</li> <li>• Resumir y generalizar</li> </ul>	<p><b>Ejemplo: Secuencia lógica</b></p> <p>De acuerdo con la lectura indique cual es el orden correcto de los hechos.</p>
<p><b>Valorización de lo leído</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Separar los hechos de las opiniones</li> <li>• Juzgar el valor del texto</li> <li>• Captar el sentido implícito</li> <li>• Establecer causa y efecto</li> </ul>	<p><b>Ejemplo: Causa y efecto</b></p> <p>La migraña puede....</p> <p>___ Afectar la visión</p> <p>___ Propiciar fatiga</p> <p>___ Facilitar los vómitos</p>
<p><b>Interpretación de lo leído</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar el conocimiento previo poseído a la información sugerida en el texto</li> <li>• Seleccionar la idea principal del texto</li> <li>• Arribar a conclusiones</li> <li>• Predecir resultados y consecuencias</li> <li>• Formar opiniones</li> </ul>	<p><b>Ejemplo: Idea principal</b></p> <p>De acuerdo con la lectura la idea principal del texto es...</p>

Fuente: Desarrollada por el investigador (Ríos, 2008).



Los indicadores tomados como ejemplos en la figura anterior son muy útiles para nuestro estudio, ya que nos pueden ayudar en la confección del instrumento de medición que se utilizará para la muestra. Será necesario seleccionar muy cuidadosamente aquellos que sean más útiles y que vayan en línea con los objetivos del estudio.

La comprensión es un diálogo entre el autor y el lector; por lo tanto un lector interpreta el contenido de un texto de acuerdo con su percepción de lo que el autor se propone: informar, persuadir, divertir, orientar, etc. (Johnson y Pearson, 1978). Este punto de vista refuerza los planteamientos esbozados en el Modelo Correlación de Esquemas Mentales propuesto por el investigador. Destaca a su vez, la necesidad de darle un poco más de atención a los elementos colaterales que pueden estar inmersos durante el proceso de comprensión lectora de mensajes preventivos de salud.

El acto comprensivo no puede reducirse a un proceso de codificación y decodificación, de interpretación de significados de palabras y estructuras gramaticales. La comprensión de textos depende también de la habilidad para comprender y reflexionar sobre los textos que se leen. Sería interesante auscultar si esa habilidad y capacidad de reflexión por parte de receptor puede propiciar la formación de actitud e intención de conductas preventivas en la población.

Según hemos podido analizar a través de este apartado la comprensión de lectura estará supeditada por las estrategias que utilice el lector durante el proceso de lectura. A su vez, por la participación de los esquemas mentales inmersos durante el proceso,

los cuales determinarán la otorgación de significados a las palabras finalmente utilizadas en el texto. Se sugiere a través del análisis realizado que es necesario entender los niveles de comprensión que se han podido identificar por expertos de la lingüística debido a su influencia en los procesos de lectura. Finalmente, se destaca la importancia de conocer los diversos indicadores para evaluar comprensión de lectura, por su utilidad para el desarrollo de instrumentos de medición.

El desconocimiento de estos aspectos por parte de los encargados de desarrollar los mensajes de salud a través de diversas fuentes de información podría propiciar un disloque en lo que respecta al logro de los objetivos de comunicación y por consiguiente, en la comprensión de lectura en personas de diversos lugares de origen. Como consecuencia podría incidir en las acciones preventivas de la población y en la formación de actitud e intención favorable o desfavorable hacia una conducta preventiva.

El lugar de origen de un receptor desde una óptica cultural es sin lugar a dudas una de las piezas claves en esta propuesta investigativa, ya que las poblaciones que pretendemos analizar serán puertorriqueños y dominicanos residentes en Puerto Rico, los cuales poseen unas características diversas no obstante a que su lengua principal es el castellano. A continuación se expone una descripción sobre la importancia que tiene el lugar de origen de un receptor como elemento fundamental para la posible comprensión de mensajes preventivos de salud y para la formación de actitud e intención de conductas saludables.

#### 1.3.4 Lugar de origen: Componente de la cultura

El siguiente apartado pretende brindar una visión general sobre algunos postulados teóricos relacionados a los componentes de la cultura, incluyendo el lugar de origen de un individuo. Este segmento es de suma importancia para el marco teórico dado a la consideración que tiene el constructo lugar de origen de un lector (puertorriqueño o dominicano) en la configuración de nuestra investigación.

Entre los temas que se discutirán a continuación se encuentran algunas definiciones del concepto cultura y el rol que tienen para servir a las necesidades de los individuos. También, exponemos la Teoría del Funcionalismo de Bronislaw Malinowski y hacemos un acercamiento al concepto aculturación, el cual nos brindará una idea concreta sobre algunos preceptos que deben ser conocidos previo al desarrollo de estudios con poblaciones heterogéneas como el nuestro. Finalmente, damos una mirada a dos de los principales modelos teóricos relacionados al proceso de aculturación; el Modelo Unidireccional de Aculturación propuesto por Gordon (1964) y el Modelo Bidimensional de Aculturación formulado por Berry (1980).

La declaración universal de las Naciones Unidas (2001) referente a la diversidad cultural afirma su compromiso a favor de la fecunda diversidad de las culturas en un espíritu de diálogo y apertura, tomado en cuenta riesgos de homogenización y repliegue identitario asociados a la universalización. Esta expresión de la UNESCO recoge fielmente el propósito fundamental del siguiente apartado en el contexto puertorriqueño. Es precisamente lo que se

persigue, convocar a un análisis reflexivo relativo a las construcciones homogeneizantes y universales de las entidades de quienes conforman una sociedad pluralista y diversa como la del pueblo de Puerto Rico.

Los estudios culturales en el campo de la comunicación en salud revisten de gran importancia hoy día por la inmigración constante que se ha venido dando alrededor del mundo y que trastocado las estructuras demográficas de los países en desarrollo. Es necesario conocer los diversos significados otorgados al término cultura, la idiosincrasia cultural de los receptores de mensajes de diversos lugares de origen y cómo la misma puede influenciar en la comprensión de un mensaje preventivo y por consiguiente en las actitudes e intenciones de poblaciones heterogéneas como la de Puerto Rico.

#### a) Cultura e inclusión social

Previo a adentrarnos en elementos teóricos significativos para nuestra investigación es meritorio comenzar definiendo lo que es cultura. De acuerdo con Rosa (2007) existen diversas definiciones y acercamientos hacia lo que llamamos cultura. Todas ellas reconocen que es un sistema de creencias, principios y guías de comportamientos compartidos entre los miembros de un grupo particular. Pero, la cultura además de ser trascendencia e identidad compartida, respalda jerarquías y posiciones de poder entre sus miembros.

Winkelman (2005) afirma que la cultura es como un plano o un programa para el comportamiento de las personas. La cultura puede

ser expresada en objetos, representada en ideas o reflejada en comportamientos.

Podemos inferir que la cultura por ser dinámica cambia continuamente y por tanto nos obliga a cuestionarnos los supuestos dados por sentado desde donde se han construido nuestros conocimientos y prácticas.

La cultura tiende a facilitar la comunicación, la relación y la solidaridad entre iguales y promueve la marginación y el rechazo al que es diferente. La cultura mantiene este control individual y grupal mediante el proceso de socialización. En este proceso, sus miembros aprenden lo que es aceptado o no por la cultura y la manifiestan a través de las actitudes. Las actitudes son disposiciones que se adquieren y se desarrollan por las personas a favor o en contra de algo o alguien (Olson y Zanna,1993).

Geertz (2006) brinda un concepto semiótico al momento de definir el concepto cultura. De acuerdo con Geertz (p. 20, 2006) creyendo con Max Weber que el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, la cultura es esa incertidumbre y que el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones. Lo que busca Geertz es la explicación, interpretando expresiones sociales que son enigmáticas en su superficie. Como parte de su análisis Geertz propone desentrañar las estructuras de significación y determinar su campo social y alcance. La perspectiva de Geertz posee características etnográficas, lo cual permite el desarrollo de estudios descriptivos en busca de interpretaciones que generen significados.

La cultura del pueblo de Puerto Rico al ser diferente a la del pueblo dominicano tiene sus propias particularidades. El no considerar este hecho podría generar conflictos en las actitudes e intenciones (constructos que se analizará en nuestra investigación) de salud de los inmigrantes de la República Dominicana que residen en nuestra isla y que a menudo son bombardeados con mensajes preventivos o relacionados a la salud que se encuentran redactados en diferentes niveles de dificultad. He aquí la importancia de considerar como parte del desarrollo de un mensaje preventivo de salud aquellos elementos que inciden en las conductas de salud de la población entre los que se encuentra la cultura.

La diversidad cultural presente en el pueblo de Puerto Rico requiere que nos adentremos un poco en dicho concepto (diversidad) dado a la posible influencia que puede tener en las actitudes e intenciones de personas de diversos lugares de origen que reciben mensajes de prevención o que promueven mejores estilos en la calidad de vida de la población.

Walter (2005), afirma que toda reflexión en torno al concepto de diversidad cultural se da en el contexto de la globalización con sus luces y sus sombras, y sus propias contradicciones, pero también sus grandes posibilidades. Aguinis (2005), propone que debemos celebrar la aceptación de la diversidad cultural como una maravillosa conquista y un gran desafío para la sociedad contemporánea. El reconocimiento de la diversidad cultural refleja una visión madura que contrasta con el miedo a la diferencia, que es propio de las culturas que se empeñan en impedir su propia evolución.

Leavitt (2002) expone el reconocimiento de la influencia que tiene la cultura en las personas y la necesidad de entender que las personas están inmersas en su propia cultura y que sus creencias, actitudes y comportamientos guían sus interacciones sociales. Este planteamiento defendido por Leavitt va en línea con lo expuesto por nosotros en el transcurso de la investigación sobre la influencia de la cultura en personas de diferentes lugares de origen y su rol en las acciones preventivas de salud de la población, las cuales estarán supeditadas a los esquemas mentales presentes en el individuo y que han sido configurados con el apoyo de los elementos culturales que rigen el lugar de origen de esa persona.

La sensibilidad cultural es necesaria que sea atendida y promovida por los desarrolladores de los mensajes de salud, ya que representa el reconocimiento, sin prejuicios, de la existencia de valores, creencias, costumbres, estilos de vida y visiones de mundo entre los diversos grupos sociales que se interrelacionan en la sociedad puertorriqueña. Una actitud sensible a la diversidad cultural presente en Puerto Rico requiere reconocer y entender los valores y normas existentes entre los miembros de un grupo social, no como mejores o peores, sino como diferentes. Honing (1999) señala que sabemos que la cultura se ha utilizado como una excusa para la crueldad y violación de los derechos humanos y Aguinis (2005) advierte que cuando hablamos de respeto a la diversidad cultural no significa que tenemos que protegerle de una manera absoluta, sino que es preciso evaluar muchos factores.

La sensibilidad cultural no es suficiente para alcanzar un mundo más justo sin embargo, puede ayudarnos a brindar equidad a

los ciudadanos en todos los aspectos de la vida cotidiana, incluyendo el derecho a la salud, no obstante a su lugar de origen. Tomado en consideración esto último es meritorio entonces que los ciudadanos inmigrantes residentes en Puerto Rico reciban equidad en los esfuerzos preventivos de salud desarrollados por el Gobierno o la empresa privada. Esta equidad se logra con la inclusión plena de todo ciudadano en la vida social, económica, salubrista, cultural, entre otros componentes pertenecientes a la cultura. Este proceso está enmarcado en la equidad como piedra angular para el logro de una sana convivencia social y solidaria y que propicie la integración social y solidaria de la persona en la sociedad.

De acuerdo con Rosa (p. 9, 2007), “la inclusión social debe conceptuarse como la realización plena de los derechos ciudadanos civiles, políticos y sociales y una activa participación en la toma de decisiones y los procesos políticos que permitan el acceso a los recursos y la integración en los procesos culturales. Desde esta perspectiva está conectada al concepto de derechos sociales basado en algún tipo de reciprocidad y obligaciones mutuas entre los diversos sectores que integran la sociedad”.

Es meritorio incluir el término justicia social a la discusión de la equidad, ya que aporta significativamente a nuestro análisis y a los propósitos de la investigación propuesta. La justicia social está orientada a la satisfacción de las necesidades humanas, a reconocer un cambio de una postura defensiva en contra de la opresión, a una de afirmación del derecho a la satisfacción de las necesidades materiales y no materiales y a una participación equitativa en la producción y distribución de los recursos asociados con el



incremento de una conciencia sociopolítica y un mejoramiento económico (Naciones Unidas, 1992).

El postulado de las Naciones Unidas en consonancia con lo expuesto por nosotros en los párrafos anteriores, sin embargo, carece de especificidad en lo que concierne al derecho a la salud como elemento fundamental de todo ciudadano para que haya una verdadera justicia social. La generalidad de lo planteado por las Naciones Unidas amerita que estudiosos de las comunicaciones y la salud, entre otros, dediquen esfuerzos concertados para que el derecho a la salud sea componente principal de decretos o postulados analizados o aprobados por entidades gubernamentales o que rigen políticas mundiales sobre diversos temas de impacto social.

La consideración por parte de los gobiernos y entidades privadas del proceso de inclusión y justicia social dentro de sus esfuerzos de prevención y comunicación en salud, provee la oportunidad de que personas de diversos lugares de origen reciban mensajes de salud más adecuados a sus necesidades e intereses individuales y colectivos. A su vez, permite que las acciones preventivas de salud de la población vayan en línea con las necesidades de todos los individuos sin importar su lugar de origen.

De acuerdo con Kottak (2003) aunque las reglas culturales nos dicen qué hacer y cómo hacerlo, las personas utilizan su cultura de manera creativa y activa. En la sociedad se ven diversos grupos que compiten para hacer prevalecer sus ideas, valores y creencias. Incluso los símbolos más comunes pueden tener significados

radicalmente diferentes para distintos grupos o personas dentro de una misma cultura.

Algunos antropólogos consideran útil distinguir entre la cultura ideal y la real. La cultura ideal consiste en lo que la gente dice que deberían hacer y lo que dicen que hacen. La cultura real se refiere a su comportamiento real tal como lo observa el antropólogo (Kottak, 2003).

El planteamiento de Kottak resulta interesante para nuestro estudio, sin embargo, debemos inferir que tanto la cultura real como la ideal estará supeditada por la presencia de los esquemas mentales, los cuales determinarán la conducta real que finalmente sea adoptada por un individuo de diversos lugares de origen.

La cultura es a su vez, pública y privada, tanto en el mundo como en la mente de las personas. El individuo y la cultura están unidos porque la vida social humana es un proceso en el que los individuos interiorizan los significados de los mensajes públicos. Luego, sola y en grupo, la gente influye en la cultura mediante la conversación de su forma privada de entender las cosas en expresiones públicas (D' Andrade, 1984; Lindholm, 2001).

En el mundo actual tienen cada vez mayor importancia las distinciones entre diferentes niveles de cultura: nacional, internacional y subcultural. Cultura nacional se refiere a las experiencias, creencias, patrones aprendidos de comportamiento y a valores compartidos por ciudadanos de un mismo país. Cultura internacional es el término utilizado para tradiciones culturales que se extienden más allá de los límites nacionales. Un ejemplo de ello puede ser la adopción de tradiciones culturales que un país adquiera

debido a relaciones políticas estrechas que posea a través de la historia con otra nación. Subculturas son patrones y tradiciones basados en símbolos diferentes asociados a subgrupos en la misma sociedad compleja (Kottak, 2003).

Los niveles de cultura presentes en la población dominicana y puertorriqueña residentes en Puerto Rico requieren de estudios posteriores más profundos sobre la posible influencia que tienen éstos en las acciones preventivas de salud de la población. El nivel cultura nacional es el que mayor atención debe procurar por nosotros dado a las características que están inmersas en ésta (experiencias, creencias, patrones aprendidos de comportamiento y valores compartidos). Dichos conceptos refuerzan nuestro análisis sobre la importancia de considerar el lugar de origen de un lector al momento de desarrollar mensajes preventivos de salud. Los componentes de la cultura nacional deberían influir en la posible comprensión de mensajes relacionados a la formación de actitud e intención favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva en poblaciones de inmigrantes dominicanos y de origen puertorriqueño residente en Puerto Rico.

## **b) Teoría del Funcionalismo de Bronislaw Malinowski**

El funcionalismo proviene del campo de la antropología y la sociología, sin embargo se utiliza en muchas disciplinas como por ejemplo, la lingüística, comunicación pública, psicología, arquitectura entre otras ramas del saber.

Las concepciones funcionalistas se desarrollan en el 1925 bajo la influencia de E. Durkheim. Luego aparecen diferencias en la

concepción del proceso de funcionalidad propiciando el análisis desde diferentes perspectivas. De este proceso son varios los antropólogos los que se dedican a estudiar el funcionalismo desde otras configuraciones de pensamiento, entre los que se destacan Bronislaw Malinowski, quien se enfoca en comprender el porqué y Radcliffe-Brown, el cual hace énfasis en el cómo desde una perspectiva estructuralista (Thines y Lempereur,1978).

Dado a que nuestro marco teórico hace énfasis en la Teoría del Funcionalismo de Malinowski, nos centraremos en exponer sus preceptos y aplicación concreta a nuestra investigación.

La Teoría del Funcionalismo de Bronislaw Malinowski desarrollada en el 1939, resalta cómo la cultura sirve a las necesidades de los individuos. Malinowski (1978) expone que el funcionalismo procura la clara comprensión de la naturaleza de los fenómenos culturales. Diserta que todas nuestras acciones surgen en función de satisfacer alguna necesidad las cuales estarán codeterminadas por influencias culturales. Desde el punto de vista del funcionalismo ningún cambio social o intelectual ocurre jamás sin que hayan sido creadas nuevas necesidades (Malinowski,1967).

De acuerdo con Thines y Lempereur (p. 397, 1978) “Malinowski estableció una especie de circuito autorregulador o “secuencia vital” existente entre la necesidad, el acto humano y la satisfacción que resulta; estableció una lista exhaustiva de las necesidades elementales y de sus respuestas transposiciones culturales. Sin hablar explícitamente de sistema autorregulador, este autor presupone que todo fenómeno o proceso social (acto, conducta, intuición) tiene una función, es decir que por razón de ser

ha de responder a una de esas necesidades o a una de sus transposiciones culturales”.

El funcionalismo de Malinowski propone tres clases de necesidades humanas: las básicas, las instrumentales y las integradas. Las necesidades básicas son descritas como las que se relacionan con la supervivencia de los seres humanos: metabolismo, reproducción, bienestar corporal, seguridad, movimiento, crecimiento y salud (Malinowski,1978).

Es interesante destacar que la mayoría de las necesidades básicas de la Teoría del Funcionalismo de Malinowski buscan de alguna manera el mantenimiento del organismo del hombre en óptimas condiciones lo que reviste finalmente en una buena salud.

Las necesidades instrumentales son los problemas de coordinación social que la gente debe resolver con objeto de satisfacer sus necesidades básicas: división de trabajo, distribución de alimento, defensa regulación de la reproducción y control social. Mientras que las integradas se definen como las necesidades humanas de armonía social y propósitos en la vida que son satisfechas por sistemas de conocimiento, leyes, religión, magia, mito y arte (Nanda, 1982).

Para Malinowski (p. 54, 1978) “cada cultura alcanza su plenitud y autoeficiencia por el hecho de satisfacer el conjunto de necesidades básicas, instrumentales e integrativas”.

“La cultura, incluye, algunos elementos que permanecen aparentemente intangibles, fuera del alcance de la observación directa y cuya forma ni cuya función resultan muy evidentes.

Entiéndase ideas, valores, intereses y creencias” (Malinowski, p.85, 1978).

Malinowski citado por Firth, Fortes, Leach, Mair, Nadel Parsons y otros (p, 20, 1974) afirma que “la cultura comprende los artefactos heredados, los bienes, los procesos técnicos, las ideas, los hábitos y los valores”.

Cuando hablamos del lugar origen de un lector y su posible influencia en la comprensión de un texto de salud, es importante que tomemos en consideración las necesidades básicas de los individuos y cómo están conformadas-según expuesto por Malinowski- ya que podrían estar influenciadas por los intereses y creencias de cada receptor y grupo cultural en particular. Este aspecto podría tener una posible injerencia en la comprensión de un mensaje de prevención y por consiguiente, en la conducta favorable o desfavorable que finalmente sea adoptada por el receptor.

La difusión de información relevante al campo de la salud tiene el objetivo primordial de propiciar comunidades saludables y mejores estilos en la calidad de vida de la población. Es nuestra responsabilidad poder ofrecer mensajes asertivos culturalmente y adaptados a las necesidades propias del receptor. De esta forma podríamos propiciar con mayor efectividad la adopción de conductas saludables en la población.

Según la Teoría del Funcionalismo, las necesidades básicas-que incluyen la protección física- son el producto de la cultura. Esto implica que lo que es bueno para un ciudadano puertorriqueño no necesariamente sea visto como beneficioso o necesario por un inmigrante dominicano. Por tanto, es meritorio que los mensajes

preventivos de salud cumplan con la función de satisfacer las necesidades básicas de salud de todos los individuos, ya que de esta forma podríamos asegurar una mejor calidad de vida en poblaciones heterogéneas como la de Puerto Rico.

### c) La etnia: Fenómeno de la cultura

Cuando se diseñan materiales cuyo propósito es orientar sobre la prevención de enfermedades puede que éstos sean percibidos inactivos, irrelevantes y poco claros para miembros de ciertos grupos de diversos lugares de origen (Sabogal, Otero, Pasick, Jenkins y Pérez, 1996).

Este planteamiento es consistente con lo expuesto a través de toda la revisión de literatura que señala como importante el génesis de la persona y su influencia en la estructuración de esquemas mentales. Génesis que podría estar influenciado por las características étnicas propias del individuo.

Como parte de este análisis es meritorio incluir el concepto etnia, debido a las potenciales implicaciones que podría tener este constructo en estudios de comunicación en salud dirigidos a la prevención de enfermedades y conductas de riesgo en poblaciones heterogéneas.

Senior y Bhopal (1994) exponen que la etnia da un sentido de identidad a un grupo y un lenguaje común a personas de diversos entornos socioculturales. Además, que implica el compartir orígenes y trasfondos sociales. Resaltan que el lugar de nacimiento u origen es comúnmente usado como un indicador de la etnia, aunque

reconocen que también se utiliza la raza y el lugar de nacimiento de los padres.

La etnia es un fenómeno que pertenece al dominio cultural, que involucra los aspectos del pensamiento, sentimientos y actuaciones, las cuales constituyen la esencia de la cultura (Steinberg, 1981). Gordon citado por Steinberg (1981) indicó que los grupos étnicos no son sólo entidades culturales con una herencia cultural distintiva. Este arguyó que también tienen sub-sociedades, las cuales consisten de una proliferación voluntaria de organizaciones que permiten a sus miembros en un medio ambiente étnico.

La importancia teórica de Steinberg radica en la exposición y defensa que hace sobre los elementos que dominan la esencia de la cultura. Entender los elementos colaterales que dominan la cultura, incluyendo el lugar de origen de un lector es sin lugar a dudas un aspecto vinculante que todo investigador interesado en la comunicación y salud debe conocer.

Senior y Bhopal (1994) indican que la etnia tiene un impacto considerable en la prevención y a su vez, dirige a descubrir algunas causas de enfermedades. Para mejorar el valor de la etnia como una variable epidemiológica exponen lo siguiente:

1. Los investigadores deben reconocer la influencia potencial de sus valores personales, incluyendo el etnocentrismo;
2. Las diferencias socioeconómicas deben ser consideradas;



3. En las investigaciones deben darle prioridad a la clasificación étnica;
4. Resultados de investigaciones relacionadas con la etnia y la salud deberían ser analizadas y aplicadas en la planificación de servicios de salud;
5. Observaciones de variaciones en la prevalencia de una enfermedad deberían ser seguidas por una examinación detallada del ambiente, estilo de vida, cultura e influencia genética.

Los autores sugieren que las características étnicas influyen en los preceptos de un ser humano. Las investigaciones expuestas en esta propuesta así lo constatan. Uno de los autores que ha desarrollado varias ideas sobre la etnia es Spector (1991) quien resalta las características que pueden ser indicativas de la etnia. Estas son:

1. Lugar de origen
2. Lenguaje o dialecto
3. Estatus migratorio
4. Raza

5. Fe religiosa
6. Uniones que trascienden parentesco y barreras comunitarias
7. Tradiciones, valores y símbolos
8. Literatura, folklore y música
9. Comida

Muchos expertos en relaciones públicas, educación en salud y publicistas, entre otros profesionales de ramas relacionadas, podrían pensar que dirigiéndole un mensaje general a la población, sin considerar los elementos de la cultura expuestos anteriormente, entre estos el lugar de origen, pueden lograr un proceso de comunicación adecuado.

La historia demográfica de Puerto Rico, exige que se considere el lugar de origen de los inmigrantes que residen en la Isla como parte de los estudios que se realizan para propiciar poblaciones saludables. Las necesidades básicas de los inmigrantes no necesariamente son las de los puertorriqueños, los cuales poseen una idiosincrasia única que es arraigada por la relación política y social con los Estados Unidos de América.

Moreno (1983) indica que deben tomarse en consideración los patrones culturales conocidos como filtros masivos, ya que condicionan la capacidad receptiva de los individuos, su grado de

comprensibilidad y los efectos de los mensajes. Cada cultura implica un tipo de estructura mental; por lo tanto este filtro sólo acepta aquellos mensajes que le son congruentes. De ahí que los mensajes de las campañas relacionadas a la prevención y mejores estilos en la calidad de vida de la población deben adaptarse a las creencias y costumbres tradicionales de la audiencia que son enmarcadas por el lugar de origen.

La utilización del término filtro masivo por parte Moreno es similar a la expuesta en apartados anteriores y que se define como esquema mental. Ambos términos otorgan un rol semi-periférico importante a la estructura de pensamiento de un individuo y a su capacidad para determinar el grado de receptividad y comprensión de un mensaje. Estructura que podría estar influenciada por la etnia de la persona.

Ruth Benedict, citado por Nanda (1982) indica a través de sus ideas que cada cultura es una configuración única de partes entrelazadas, las cuales están moldeadas por un tema en particular, el ethnos (etnia) de esa cultura. Su trascendencia, religión, la vida familiar, la economía y las instituciones políticas se acoplan para constituir una configuración única.

Desde la perspectiva de la comunicación en salud, esta configuración única no puede pasar por alto los sub-grupos que vienen a formar parte de una cultura distinta a la de su origen. Las particularidades culturales de estos sub-grupos deberían influenciar cualquier acción que pretenda cambiar sus esquemas mentales, incluyendo cambio de hábitos de conductas de riesgo para la salud y mejores estilos en la calidad de vida.

Samovar et al. (1988) destacan tres elementos socioculturales que tienen una influencia directa sobre los significados de nuestros preceptos. Estos son: las creencias, los valores y las actitudes que predominan en una sociedad. Los valores, los aspectos evaluativos de nuestro sistema de creencias se clasifican en primarios, secundarios y terciarios dependiendo de la localización de éstos dentro de una jerarquía cultural.

Los planteamientos de Samovar et al. son interesantes ya que tocan el constructo actitud (defendido por Fishbein y Ajzen) como indicador importante en la configuración de nuestros preceptos. Sin embargo, es necesario que ese planteamiento considere aquellos constructos relativos a la etnia y que pueden influenciar favorable o desfavorablemente la actitud de una persona.

Un posible constructo a considerar como parte de este análisis concerniente a la etnia debe ser la visión del mundo-incluyendo la fe religiosa- que tenga una persona que proviene de diferentes lugares de origen con entornos socioculturales disímiles, ya que podría influenciar de alguna manera las predisposiciones de su conducta.

Este es un elemento que podríamos catalogar como abstracto en concepto y descripción. Se trata del conjunto de orientaciones culturales hacia aspectos fundamentales de la existencia como: Dios, el ser humano, la naturaleza, el universo y el bienestar, entre otros asuntos. La categorización, y valor que podamos otorgarle a diferentes aspectos cotidianos utilizando como marco de referencia nuestra visión del mundo, debería tener algún impacto en los preceptos, y acciones que finalmente adoptemos en lo que concierne al mantenimiento de la salud.

Esa categorización supeditará en gran medida la forma y manera de ver las cosas incluyendo asuntos tan importantes como lo pueden ser asuntos relacionados a la salud. Utilicemos como ejemplo el término buena salud. Dicho término puede representar algo diferente para personas de diversos entornos culturales. En los Estados Unidos el concepto buena salud implica ausencia de bacterias, pero en la China involucra el Ying y el Yang, elementos primogénitos del universo. Para los chinos la buena salud es lograda cuando el Yin y el Yang están en armonía.

Otro ejemplo que podemos brindar es el relacionado al uso del alcohol o vino. En Europa el consumo de vino diario durante las comidas es visto como algo usual por muchas de los países que conforman dicho continente. Sin embargo, en los Estados Unidos su uso no es tan frecuente durante las comidas. Este es sustituido en muchas ocasiones por gaseosas. La diferenciación existente y establecida por ambas culturas permite que lo que es visto por una cultura como aceptable para la otra no necesariamente lo es.

He aquí uno de los mayores retos que tiene el comunicador en salud que trabaja con poblaciones heterogéneas: entender las diferenciaciones socioculturales, entre las que se encuentran el etnos de la cultura y tratar de adaptarlas a las realidades del receptor. El logro o no de una actitud favorable y una intención afirmativa hacia una conducta preventiva de salud debería estar supeditada por el dominio que tenga el comunicador en salud de esas diferenciaciones. No entenderlas podría propiciar el fracaso de un esfuerzo preventivo de salud a través de las campanas de comunicación publica..

El dominio que adquiera el comunicador en salud sobre los aspectos culturales que rigen a un receptor de diversos lugares de origen ha sido identificado por varios autores y citados en párrafos anteriores como sensibilidad cultural. La consideración de la sensibilidad permitirá que se realicen los mensajes adecuados y se atemperen las estrategias preventivas de salud basadas en lo que realmente el receptor puede asimilar. La sensibilidad cultural conlleva empatía con los componentes de una cultura a pesar de que haya diferenciaciones en lo que respecta al modo de ver la vida.

Diversos autores han hecho análisis sobre este tema entre los que se encuentra: Draguns, 1975; Ponterotto y Benesch, 1988; Lefley, 1990; Brislin, 1993 y Rosa, 2007. Muchas personas concernientes a estudios sobre el desarrollo de la sensibilidad cultural consideran que es un buen punto de partida para análisis sobre el envío de información relacionada al cuidado de la salud de la población. Si los aspectos universales de una cultura pueden ser identificados, las personas podrían inferir mejor y adaptar a sus propias necesidades los mensajes de salud que le son transmitidos (Brislin, 1993).

La organización social presente en las comunidades y la cual podríamos catalogar como la manera en que la cultura organiza sus instituciones afecta la forma en que los miembros de la un grupo perciben el mundo y el modo de comunicarse. Es responsabilidad de las instituciones de Puerto Rico que están a cargo de velar por la salud de la población, conocer a través de estudios precisos la forma en que los dominicanos y puertorriqueños perciben temas relacionados a la salud y que son dirigidos a través de diferentes

organizaciones públicas o privadas. El conocer dichos aspectos les permitirá manejar más adecuadamente los elementos de comunicación necesarios para llevar un mensaje preventivo de salud óptimo a estas poblaciones.

Aún cuando los profesionales de la salud y las comunicaciones podrían estar sensitivos a la diversidad cultural de un receptor esa sensibilidad deberá considerar los elementos culturales que son propios de la cultura de ese individuo para que la capacidad receptora no se vea afectada durante el proceso de asimilación de un mensaje. Más aún, es importante que consideremos la variable etnia, la cual puede tener alguna injerencia en las conductas preventivas de salud en poblaciones de inmigrantes de diversos lugares de origen. A continuación se expone el concepto de aculturación, su importancia para nuestra investigación y algunas de las particularidades que le caracterizan de acuerdo con estudiosos del tema.

#### d) Aculturación

El proceso de aculturación es un asunto que debe ser atendido en esta investigación por las posibles implicaciones que puede tener dicho fenómeno en el análisis de la comprensión lectora en el campo de la salud. Entender el fenómeno de la aculturación como posible ente regulador de conductas en receptores inmigrantes de diferentes lugares de origen nos permitirá tener una visión general del concepto y sus posibles implicaciones para estudios de comunicación en salud.

En la actualidad, los procesos de aculturación han adquirido relevancia por el incremento de las migraciones internacionales incluyendo los Estados Unidos y Puerto Rico. Desde un punto de vista etimológico Aculturación proviene del vocablo anglosajón “Acculturation” formada por la preposición latina ad que significa unión, cercanía cultural, contacto, en el sentido de conjunto de relaciones y formas de vida en las que viven o participan los seres humanos y la palabra cultura del latín cūltura, con diferentes significados como son el de habitar, cultivar, proteger, honrar con adoración (Aguirre, 1993).

La primera y más popular definición de aculturación como proceso proviene del campo de la antropología social norteamericana. Es la ofrecida por Redfield, Linton y Heskovits en 1936, para quienes la aculturación “comprende los fenómenos que resultan de un contacto continuo y directo entre grupos de individuos que tienen culturas diferentes, con los subsecuentes cambios en los patrones culturales originales de uno o ambos grupos” (p.139).

En esta definición como se puede observar se introducen dos ideas, por un lado, que el contacto se produce entre individuos dentro del grupo, y por tanto los cambios que conciernen a estos individuos, y por otro lado se introduce la posibilidad de que los cambios que tienen lugar entre las culturas puedan darse en ambas, es decir que los cambios se dan no sólo en una de ellas, sino que pueden tener lugar en todas las culturas que entran en contacto.

No obstante en esta definición no se introduce la idea señalada por Barth (1976) sobre las estrategias de supervivencia y las relaciones de poder que se establecen entre los grupos a la hora



de analizar los efectos de este proceso sobre los individuos y los grupos en contacto, así como el tipo de contacto; en otras palabras, no siempre se producen cambios en ambas sociedades y estos no dependen únicamente de los individuos, sino también de las estructuras de poder dominantes.

Estas características de la aculturación se mantienen en las definiciones de Aguirre, tal y como podemos observar en su definición. “El proceso resultante del contacto directo y continuo entre dos culturas que se derivan influencias culturales mutuas ( a veces de predominancia), que comportan cambios recíprocos entre las culturas de contacto” (Aguirre, 1997; p. 260)

De acuerdo con Berry (1980) aculturación es un proceso dinámico que ocurre cuando dos grupos culturales autónomos están en contacto constante, donde uno y otro buscan provocar un cambio hacia una cultura o hacia ambas, dependiendo de la relación de poder que se establezca, tanto a nivel individual como grupal.

Si tomamos en consideración lo expuesto por Barth y Berry resulta interesante el uso del término poder como determinante del proceso de aculturación. Extrapolando este punto de vista de ambos autores a nuestro objeto de estudio y basado en el término poder utilizado por Barth y Berry, podríamos inferir que tal acción (poder) está en manos del receptor, quien finalmente determinará si hubo o no comprensión de un mensaje de salud y la acción preventiva a efectuar. Esto con la influencia de los preceptos y elementos socioculturales presentes en sus esquemas mentales al momento de la lectura.

Szapocznik y Kurtines (1980) proponen que en un contexto bicultural, el cual puede incluir el apoyo comunitario de la cultura de origen, la aculturación consiste de un proceso complejo de abandono o retención de las características culturales originales.

Aunque dicho planteamiento puede resultar de primera instancia irrefutable es meritorio que analicemos si lo expuesto por Szapocznik y Kurtines puede ser adaptado al campo de la comunicación en salud y a nuestro contexto de estudio. Un sector de inmigrantes dominicanos que a diario comparte con personas de su mismo lugar de origen es probable que mantenga de alguna manera las características culturales de procedencia no obstante a que puede adquirir costumbres, tradiciones o conceptos presentes del lugar donde reside, en este caso Puerto Rico. Sin embargo, dependerá de lo fuerte o débil del intercambio que se dé entre ambas culturas (puertorriqueña y dominicana) para determinar su posible influencia en las acciones preventivas de salud de esa población.

Cuéllar, Harris y Jasso (1980) dicen que la aculturación es un fenómeno multifacético, conformado por varias dimensiones, factores, constructos o subcomponentes, aún cuando no todos han sido especificados o identificados claramente, componentes como los valores, ideologías, creencias y actitudes son tan importantes en la aculturación como lo son las características cognitivas y conductuales como el lenguaje, o las prácticas y costumbres culturales. DeVos (1981) propone que las características culturales específicas de los grupos inmigrantes influyen sobre el modo en que un grupo determinado propenderá a interactuar.

Resulta interesante el término multifacético que le otorga Cuellar et al. proceso de aculturación. Más aún al uso del constructo actitud como posible determinante en las acciones que lleve a cabo un grupo en particular. Desde la perspectiva de nuestro estudio los subcomponentes multifacéticos inmersos en una posible acción preventiva de salud, la cual estará determinada por la esencia de la cultura del receptor (dominicano o puertorriqueño), podrían incidir en la actitud e intención que un lector de diverso lugar de origen finalmente adopte.

El uso de modelos teóricos para entender el proceso de aculturación ha sido objeto de múltiples escritos, ya que muestran de forma estructurada la dinámica que se da como parte de la interacción entre dos culturas. Por tanto, es meritorio atender este aspecto en el siguiente apartado.

#### e) Modelos teóricos de aculturación

El estudio de la temática de aculturación ha generado a través de los últimos años, diferentes modelos teóricos explicativos, la creación y el uso de instrumentos de evaluación y una amplia gama de trabajos de cuño descriptivo y comparativo, con finalidad aplicada. A través del conocimiento de las diferencias culturales y de los problemas generados por el proceso de transición cultural, se ha intentado adecuar los servicios públicos de salud y educación, especialmente, a las características específicas de los grupos inmigrantes.

En este segmento daremos una mirada a dos de los principales modelos de aculturación que han sido objeto de múltiples

escritos e investigaciones: el Modelo Unidireccional de Aculturación propuesto por Gordon (1964) y el Modelo Bidimensional de Aculturación formulado por Berry (1980).

Como se ha podido observar el proceso de aculturación es muy complejo. Berry, 1990; Berry, Kim, Power, Young y Bujaki, 1989 destacaron que la aculturación puede tomar varias formas: integración, asimilación, separación/segregación, y marginación. El tipo de aculturación que se dé tendrá importantes efectos sobre el ajuste de los inmigrantes en su nueva sociedad. La cultura de acogida también debe adaptarse y cambiar en respuesta a la inmigración (Berry, 1990; Bourhis, Moïse, Perreault y Sénécal, 1997). Y la opción de aculturación seguida por los inmigrantes ejercerá un profundo efecto sobre el modo en que la cultura de acogida responda. Si la sociedad autóctona ignora que la inmigración implica mucho más que una simple reubicación, las consecuencias más probables serán el resentimiento, la hostilidad y la injusticia.

Los modelos de aculturación se han ido sucediendo conforme la evolución temporal de las investigaciones en el área y también conforme el avance de otros conocimientos colaterales como los de la sociología, la psicología y la antropología. Al mismo tiempo, las investigaciones con grupos étnicos específicos y en diversos contextos culturales han fundamentado o relativizado estos modelos.

El primer modelo de aculturación fue propuesto por Gordon en 1964, en su libro *Assimilation in American Life* y denominado Modelo Unidireccional de Aculturación. Es un modelo bipolar, dentro de un continuum lineal (véase Figura 15) en donde en un extremo se localiza la cultura minoritaria del inmigrante y en el otro, la nueva

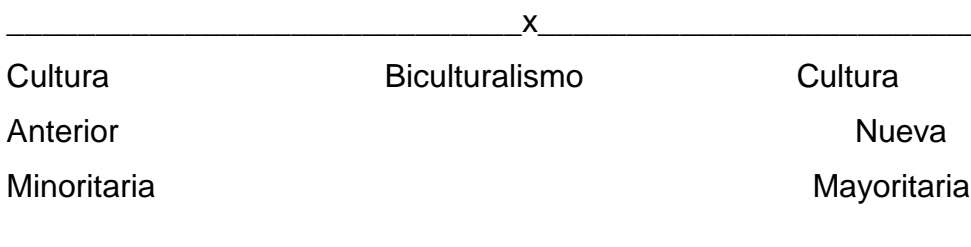
cultura mayoritaria. El modelo propone una relación de exclusión para pasar de una cultura a otra., es decir, cuanto más se aproxima a las características de la nueva cultura, mas se aleja de las características de la cultura anterior (Castella, 2003).

Se considera exitoso el proceso de aculturación cuando se llega a la plena asimilación. El fracaso en el proceso de adaptación a la nueva cultura, se atribuye al propio inmigrante, el cual es el único responsable por su éxito o fracaso en el proceso de asimilación, independiente de que el medio sea favorable o desfavorable. Para este modelo, las raíces étnicas pueden ser un obstáculo para la rápida y eficaz asimilación a la nueva cultura.

Vemos como a medio camino del continuum linear, se localiza el biculturalismo. Corresponde al momento en que los inmigrantes, en transición aculturativa, presentan aspectos de la cultura heredada y al mismo tiempo la absorción de elementos llave de la cultura nueva. En esta transición aparece necesariamente el conflicto de valores entre una cultura y la otra, que idealmente deberá dirigirse a la pérdida de los valores antiguos, ausentes en la cultura mayoritaria, adquisición de nuevos valores y el fortalecimiento de aquellos valores que sean comunes.

## Figura 15. Modelo unidireccional de aculturación de Gordon

### Proceso Linear de Asimilación Cultural



Fuente: Gordon, M. (1964). *Assimilation in american life*. New York: Oxford University.

Desde el punto de vista de nuestra investigación sería interesante poder observar si el proceso de biculturalismo expuesto por el Modelo Unidireccional de Gordon es palpable entre los dominicanos residentes en Puerto Rico desde la perspectiva del lenguaje y la comprensión lectora, no obstante a que éstos residen en áreas poblacionales dominadas por inmigrantes de la República Dominicana. De acuerdo a Meyin (1981) el lenguaje es el medio colectivo de comunicación del pueblo y, por lo tanto, símbolo externo de su integridad cultural y nacional desarrollada históricamente. Es importante entonces poder dar una mirada valorativa al componente del lenguaje en los análisis de los procesos de aculturación por las implicaciones que puede tener para los estudios de comunicación en salud.

El Modelo Unidireccional de Gordon puede catalogarse como práctico por lo simplificado que expone el proceso, pero carece de componentes específicos que permitan analizar más profundamente aquellos elementos intrínsecamente relacionados en la interacción y que pueden tener alguna injerencia para que se dé o no

completamente el fenómeno de aculturación entre dos culturas en contacto.

Retrotrayendo este modelo a nuestra investigación es necesario ponderar si durante ese traspaso de valores la cultura de origen de los dominicanos está lo suficientemente débil como para adoptar la nueva cultura predominante (puertorriqueña) y por consiguiente propiciar que durante el proceso de lectura haya una comprensión adecuada de un mensaje de salud. Adopción de cultura que determinará la actitud e intención favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva.

Posiciones teóricas dentro de este modelo bipolar de asimilación las encontramos en Galloway (1995) y Kurilla (1997). El primero estudia el biculturalismo en familias hispánicas, partiendo del supuesto teórico de que la familia inmigrante debe llegar a ser semejante a la familia de la sociedad de acogida, utilizando de forma exclusiva su lengua (monolingüismo), y absorbiendo a cultura y valores nuevos. También la tesis de Kurilla (1997), parte del modelo unidireccional bipolar estudiando el estrés aculturativo, producto del posible conflicto de valores en inmigrantes biculturales. El autor investigó la relación 'identidad cultural y bien-estar psicológico', en las mujeres profesionales hispánicas biculturales, encontrando, en vez del estrés aculturativo esperado en esta fase de transición, un grado elevado de bienestar, concluyendo que la mujer es mucho más receptiva a una nueva cultura que el hombre.

Estudios similares como los de Caetano (1998) y Clark (1998) sobre consumo de alcohol y aculturación, siguieron también este modelo. Este primer modelo hace un análisis parcial del impacto

aculturativo, ignorando la influencia de la cultura minoritaria sobre la mayoritaria (Bourhis et al. 1997). Otras críticas al concepto restrictivo de asimilación manifiestan no ser un punto de vista que favorezca el proceso de ajuste y adaptación del inmigrante (Stonequit citado por Birman, 1998).

Interesado en abordar un poco más sobre la influencia de los modelos teóricos en los estudios del proceso de aculturación es necesario analizar este fenómeno desde la perspectiva del Modelo Bidimensional de Aculturación propuesto por Berry (1980).

El Modelo Bidimensional de Aculturación de Berry (véase Figura 16), incluye el análisis de la mantención o no de la identidad étnica del inmigrante y de su actitud integradora con el nuevo grupo étnico para explicar el proceso de aculturación. Si transponemos estos dos aspectos o dimensiones (identidad étnica e integración con nuevo grupo étnico), en un cuadro de doble entrada obtendremos cuatro orientaciones aculturativas, conforme las respuestas afirmativas o negativas en cada dimensión (Castella, 2003).

En el caso de mantener sus propios valores étnicos y relaciones favorables con otros grupos étnicos, el inmigrante se encontraría en la orientación: integrativa; si mantiene sus valores étnicos pero no relaciones favorables con otros grupos, se daría el fenómeno de la separación; si se considera que no mantiene su identidad étnica pero se relaciona con el otro grupo étnico, tendríamos el caso de la asimilación y finalmente, si no mantiene sus valores étnicos ni relaciones con otros grupos étnicos, el inmigrante se encontraría marginalizado.



**Figura 16. Modelo bidimensional de aculturación de Berry**

Dimensión 1		
¿Considera que está manteniendo los valores de identidad cultural y sus características?		
<hr/>		
Dimensión 2	Sí	No
¿Considera que está manteniendo relaciones con otros grupos?	Sí	Asimilación
	No	Marginalización

Fuente: Berry, J. W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. En A. Padilla (Ed.), *Acculturation: Theory, models and some new findings* (pp. 9-25). Boulder, CO, USA: West View.

Posteriormente surgieron algunas críticas con relación a la segunda dimensión del modelo de Berry (1980), entre ellas la posible tendenciosidad de las respuestas, por efecto de la ‘deseabilidad social’ (Sayegh y Lasry, 1993, citados en Bourhis et al., 1997). Las propias investigaciones desarrolladas por Berry posteriormente, en diferentes grupos étnicos, le llevaron a modificar la segunda dimensión, pasando a evaluar la percepción que el inmigrante tiene de estar desarrollando en sí mismo los valores de la nueva cultura.

Así el nuevo modelo revisado mantiene las orientaciones aculturativas de integración, asimilación y separación (véase Figura 17), expandiendo la última orientación ‘marginalización’, en dos subcategorías: 1) anomia, definida como rechazo a ambas culturas, experimentando alienación cultural; e, 2) individualismo, caracterizado como el rechazo al propio grupo y a la relación con individuos de otros grupos, optando por valores más individuales que colectivos. Con esta reformulación, el nuevo modelo bidimensional de

Berry (1990), consigue explicar mejor el proceso de interacción de los inmigrantes frente a la vieja y a la nueva cultura y sus posibles efectos, conforme sean las estrategias aculturativas del inmigrante.

**Figura 17. Modelo bidimensional revisado de aculturación del inmigrante de Berry**

<b>Dimensión 1</b>										
¿Considera que está manteniendo los valores de la identidad cultural de inmigrante?										
Sí	No									
<p><b>Dimensión 2</b> ¿Considera que está adoptándola identidad cultural de la comunidad de acogida?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Sí</td> <td>Integración</td> <td style="padding-left: 100px;">Asimilación</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Separación</td> <td style="padding-left: 100px;">Anomia</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="padding-left: 100px;">Individualismo</td> </tr> </table>	Sí	Integración	Asimilación	No	Separación	Anomia			Individualismo
Sí	Integración	Asimilación								
No	Separación	Anomia								
		Individualismo								

Fuente: Berry, J. W. (1990). Psychology of acculturation: Understanding individuals moving between cultures. En R.W. Brislin (Ed.), Applied cross-cultural psychology (pp. 232-253). Newbury Park, CA: Sage.

Como se ha reflejado en este apartado los análisis relacionados al lugar de origen de un lector deben considerar las características socioculturales presentes en el mismo y los elementos colaterales que pueden influenciar en posibles acciones o conductas preventivas de salud entre los que se encuentra el proceso de aculturación. Basado en la literatura y extrapolando los postulados teóricos a nuestros objeto de estudio no podemos inferir que un

inmigrante dominicano residente en Puerto Rico, adquiera sin haber atravesado por un proceso de aculturación fuerte las características culturales- incluyendo las concernientes al lenguaje- presentes en el pueblo de Puerto Rico. De acuerdo con Brislin (1993) los valores culturales no pueden ser introducidos rápidamente debido a que pueden encontrar direcciones opuestas.

Los esquemas mentales conformados por las experiencias personales o valores culturales de los inmigrantes dominicanos residentes en Puerto Rico, puede que trastoquen la posible comprensión de un mensaje que promueve una mejor calidad de vida y conductas saludables en la población. Es impropio afirmar que todos los ciudadanos van a asimilar un mensaje de prevención de igual manera, esto a pesar de que se encuentre desarrollado en un mismo idioma.

Claramente los autores citados han resaltado la importancia que tiene el lugar de origen de un individuo en la configuración de sus preceptos y modo de ver la vida. Los estudiosos de la comunicación en salud no podemos pasar por alto este hecho, debido a las implicaciones que puede generar en la comprensión de un mensaje de salud y por consiguiente en la formación de actitud e intención favorable hacia una conducta preventiva adecuada.

La categorización de dificultad que se pueda hacer de un texto dirigido a poblaciones heterogéneas ha sido múltiple de varias investigaciones y propiciado el desarrollo de varias fórmulas de legibilidad de textos. El apartado que sigue a continuación y que cierra el marco teórico de nuestra investigación expone el desarrollo

de las fórmulas de legibilidad y su importancia para estudios sobre comprensión lectora, incluyendo el campo de la salud.

### 1.3.5 Un acercamiento a la legibilidad de textos

En este capítulo abordamos el concepto de legibilidad y el uso de fórmulas matemáticas como método para la identificación de los niveles de dificultad de un texto. Hacemos mención de algunas fórmulas de legibilidad disponibles para el idioma español que han sido utilizadas en estudios relacionados a la comprensión de lectura. Finalmente, exponemos la fórmula de legibilidad de Francisco Szigriszt Pazos, conocida como Fórmula de Perspicuidad para el idioma español, la cual será utilizada como parte de la metodología de nuestra investigación en la clasificación de dificultad de los textos de la prueba de comprensión que presentará el instrumento de medición.

El texto utilizado en un mensaje preventivo de salud y sus características revisten de gran importancia para los estudiosos de la comunicación en salud por las implicaciones que puede tener en la comprensión de lectura. Dado a que nuestra investigación propone la utilización de una fórmula de legibilidad para la identificación de los niveles de dificultad de los textos del instrumento de medición, es meritorio exponer los fundamentos básicos del concepto legibilidad, ya que nos permitirá tener una idea más clara del concepto y los diversos elementos que lo componen.

La disponibilidad de información relacionada al campo de la salud a través de campañas masivas de radio, prensa, televisión, Internet y opúsculos (folletos), entre otros medios es cada vez mayor. Son innumerables los medios de comunicación que a diario exponen mensajes preventivos de salud para toda la población con el

propósito de concienciar y propiciar cambios de hábitos de conducta en la población.

A través de la historia uno de los elementos principales utilizados como parte del proceso de transmisión de la información es el componente textual. Los antecedentes de los primeros estudios de legibilidad se remontan al análisis de contenido de lenguaje escrito realizado 900 a.c. Es esos análisis, los estudiosos del Talmud contaban las palabras y conceptos de la Torá para determinar cuantas veces y con qué rango de frecuencia aparecía cualquier palabra inusual (Blanco, 2004).

Spencer (1852) anticipó ideas sobre la longitud de la frase y advirtió que cuanto más tiempo y atención se necesita para recibir y entender cada frase, menos tiempo y retención puede dedicarse a retener la idea. En consecuencia, si resulta conveniente expresar una idea con el menor número de palabras (frases cortas), también es ventajoso expresarla con el menor número de sílabas (palabras cortas).

Podría ser oportuno iniciar el tema con unas precisiones terminológicas. Los términos legibilidad y lecturabilidad han sido utilizados como sinónimos en castellano. Uno y otro aludían a la facilidad o dificultad de un fragmento escrito para ser leído y entendido. Pero las terminologías científicas surgen con la intención de matizar conceptos o territorios muy próximos. A este criterio responde la distinción que se realiza en inglés entre “legibility” y “readability”. Los equivalentes castellanos serían precisamente los anteriormente aludidos: legibilidad y lecturabilidad.

Pero a nadie se le escapa la amplitud del concepto de lectura. La caracterización clásica de Thorndike expone no sólo la importancia de considerar la forma sonora de las palabras sino también la comprensión (Thorndike, 1921).

En 1917 Thorndike publica los resultados de numerosas pruebas verificadas sobre grupos de alumnos. Estas pruebas demostraron que el total conocimiento del significado de las palabras, durante la lectura, no implica la comprensibilidad de los párrafos o frases formadas con esas palabras. Según Thorndike, la comprensibilidad en la lectura es bastante equivalente al razonamiento en las matemáticas. Por ello, el orden de las palabras, su correspondencia y la dinámica de la frase determinan la facilidad de comprensión del texto; por ejemplo, niños que al parecer saben leer, ciertamente no comprenden hasta que aprenden a razonar simultáneamente con las palabras que leen en los textos de estudio (Blanco, 2004).

La recreación de la forma sonora de las palabras está exigiendo -supuestas las habilidades del sujeto lector- unas características formales en el texto que facilite la identificación de los grafemas. Esencialmente se trata de las características tipográficas del texto. Entendemos por legibilidad justamente esa facilitación tipográfica, tal como lo estudia, por ejemplo, Tinker (1963): tamaño, interlineación, justificación, subrayados, etc. Sin embargo, debemos mencionar que la comprensión del sentido del texto supone toda una serie de procesos cognitivos que son defendidos por las teorías de la pragmática y que pueden ayudarnos a entender el proceso de comprensión de lectura desde una perspectiva mas amplia.

Uno de los campos más nítidamente definidos en la lingüística es el de la predicción de legibilidad de un texto, el del pronóstico de comprensión atribuible a un texto en tanto que puede ser leído por sujetos de determinadas características psicológicas o instructivas. La aplicación de estos modelos no queda sólo restringida al ámbito escolar. Todo aquel medio de comunicación que utilice textos escritos -prensa, revistas, folletos, programas, etc.- puede ser destinatario de estos estudios. Incluso se han efectuado acercamientos al mundo del lenguaje oral a partir de estas técnicas: la radio y la televisión también han sido usufructuarias a veces de estas predicciones.

#### a) Legibilidad

El estudio de la legibilidad de textos ha generado grandes debates a través de la historia dado a los diversos significados que se le otorgado al concepto. Son muchos los autores los que han interpretado el término “legibilidad” desde diversas ópticas de pensamiento<sup>3</sup>. Previo a adentrarnos a la discusión de varias fórmulas de legibilidad es meritorio exponer algunas de esas interpretaciones y conocer su posible aplicación al proceso de comprensión de lectura.

---

<sup>3</sup> Dado a que algunos estudios de legibilidad han considerado los aspectos tipográficos del texto (tamaño y estilo de letra) nuestra investigación controlará esta variable al desarrollar un instrumento de medición que tendrá el mismo tipo de letra. No trabajaré con el tema de percepción, el cual podría acompañar estudios de este tipo.



1. De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia “legibilidad se refiere” de forma general, a lo que se puede leer. (Diccionario de la Real Academia Española, 2001).

Legibilidad.

legible. (Del lat. legibillis).

1. adj. Que se puede leer.

leer. (Del lat. legere).

1. tr. Pasar la vista por lo escrito o impreso comprendiendo la significación de los caracteres empleados.

2. tr. Comprender el sentido de cualquier otro tipo de representación gráfica. Leer la hora, una partitura, un plano.

3. tr. Entender o interpretar un texto de determinado modo.

4. tr. En las oposiciones y otros ejercicios literarios, decir en público el discurso llamado lección.

5. tr. Descubrir por indicios los sentimientos o pensamientos de

alguien, o algo oculto que ha hecho o le ha sucedido. Puede leerse la tristeza en su rostro. Me has leído el pensamiento. Leo en tus ojos que mientes.

6. tr. Adivinar algo oculto mediante prácticas esotéricas. Leer el futuro en las cartas, en las líneas de la mano, en una bola de cristal.

7. tr. Descifrar un código de signos supersticiosos para adivinar algo oculto. Leer las líneas de la mano, las cartas, el tarot.

8. tr. p. us. Dicho de un profesor: Enseñar o explicar a sus oyentes alguna materia sobre un texto.

Como podemos observar la Real Academia Española a pesar de que utiliza diferentes panoramas para definir el término legibilidad, una cosa si queda clara y es que todas las definiciones persiguen un mismo fin: la comprensión a través de la otorgación de significados, la cual debería estar enmarcada en elementos socioculturales inmersos en el destinatario.

2. “La legibilidad es un atributo del texto, un conjunto de peculiaridades que favorecen o dificultan la comprensión lectora” (Barrio, p. 97, 2007). Barrio utiliza el término peculiaridad como elemento importante de su definición. Ahora bien, es meritorio destacar que esa peculiaridad podría estar determinada por elementos yuxtapuestos que impondrá el desarrollador del texto. Sin embargo, es el receptor, quien determinará las peculiaridades que impondrá al texto finalmente durante el proceso de lectura.

3. “Condición imprescindible para que la composición de un texto impreso invite a la lectura y haga fácil su comprensión. También, las informaciones que posee el lector para interpretar el texto de la manera mas completa posible” (Mota, p. 1-2, 1988). La definición de legibilidad por parte de Mota le otorga a este concepto una gran responsabilidad para que se dé el proceso de comprensión de lectura. Además, utiliza algunos preceptos inmersos en varias teorías de comprensión de lectura, las cuales brindan un rol importante a las informaciones previas que posee el lector como parte del proceso de lectura.

4. “La legibilidad constituye uno de los campos mas importantes de una comunicación eficaz, así como uno de los peor conocidos. Toma sus principios tanto de la lingüística (elección de vocablos y estructura de las frases) como de la psicología experimental (naturaleza y selección de los

códigos)” (Richaudeau, p.27, 1976). La definición de Richaudeau entrelaza algunas disciplinas de las ciencias sociales para explicar lo que implica en concepto legibilidad.

5. “La comprensión del contenido presupone la comprensión del significado” (Antal, p. 23, 1964). Aunque sencilla me parece interesante la relación que Antal hace entre la comprensión del contenido y la comprensión del significado. Significado que estará supeditado por la interpretación del receptor a los términos que se le presenten en la estructura gramatical del texto.

6. “ La legibilidad es un mecanismo mental, es decir, una reacción cerebral a una información percibida por los ojos. Podría definirse como una interacción entre el texto y el lector. Los factores que intervienen son numerosos y variados. Sus efectos se acumulan o neutralizan. Se produce una interrelación entre el texto, lector y entorno” (Rade, p. 38, 1988). Podríamos decir que la legibilidad según Rade permite el desarrollo de proposiciones a través de las cuales se desarrollan afirmaciones abstractas a cerca de personas, objetos o sucesos. La construcción de las proposiciones se realiza a partir de la influencia de elementos textuales y de elementos subjetivos según lo describe Romero y González (2001).

7. “El lector, en su aprendizaje recibe desde el campo visual, en el hemisferio derecho de su cerebro, globalmente , un conjunto de imágenes- palabra, que se perciben ya emotivas, ya familiares, ya incitativas. Desde la globalidad se pasa al análisis (las letras ) y se vuelve a la globalidad (la palabra ). Entonces se asocian las palabras, se analizan y se globalizan ( la frase ). Ahora, mediante una estimulación emocional, se genera en el hemisferio izquierdo una abstracción de la imagen y se pasa de la globalidad al análisis. En un funcionamiento cerebral combinado, se llega a la síntesis. Toda la percepción periférica es utilizada simultáneamente: el mensaje escrito, la memoria asociativa interconectada, los ritmos psicobiológicos y el entorno (ambiente, ruidos, colores, sensaciones anímicas). Es la parte activada que implica los aprendizajes lógicos y emocionales registrados en los circuitos neuronales’ (Lozanov, p. 179, 1984). Podemos apreciar como la definición de Lozanov es muy enfocada en estudiar el proceso de legibilidad desde una perspectiva psicológica. La interconexión que propone entre lo psicobiológico y el entorno es interesante para estudios posteriores desde la perspectiva de la comunicación en salud.

Como hemos podido observar la definición de legibilidad es vista desde diversas ópticas de pensamiento. Sin embargo, en su mayoría destacan el elemento comprensión de un texto como el fin principal de todo proceso de análisis de lectura. Las fórmulas de legibilidad son imprescindibles para el análisis de los mensajes

preventivos de salud, ya que nos permiten obtener a través de cálculos matemáticos los coeficientes aproximados de legibilidad de los textos y brindan una idea de su nivel de dificultad. Hay fórmulas de legibilidad que en ocasiones nos permiten identificar el nivel académico requerido por el lector para que haya una comprensión adecuada del texto.

## b) Fórmulas de legibilidad

La primera fórmula de legibilidad fue elaborada por Lively y Pressey en 1923. Utilizaron la lista de Thorndike, que contenía las 10,000 palabras más usuales de la lengua inglesa, que denominó familiares. Sobre una muestra de 1,000 palabras se debía medir el número de palabras “Thorndike” respecto del número de palabras no contenidas en la lista (Blanco, 2004).

Uno de los precursores de la legibilidad de lectura en las últimas décadas fue Rudolph Franz Flesch. Aunque las referencias en numerosas obras lo clasifican como alemán, Rudolph Franz Flesch, nació en Viena el 8 de mayo de 1911. Recibió el grado de Doctor en Leyes en la Universidad de la capital austriaca en 1933. Sin embargo, abandonó su profesión para dedicarse al estudio de la lengua inglesa. En 1938 emigra a los Estados Unidos. Obtiene el título de doctor por la Universidad de Columbia de Nueva York con la lectura de su tesis en el 1943 “Marks of Readable Style que contiene una fórmula de Dificultad de Comprensión de Lectura (Szigriszt,1993).

De acuerdo con Szigriszt (1993) sus métodos son utilizados progresivamente en la industria, los periódicos, las revistas los libros

y todo género de publicaciones. Su mayor novedad radica en que es la primera fórmula destinada a la población adulta. La Fórmula de Legibilidad de Flesch continúa siendo utilizada para estudios importantes sobre lecturabilidad en el campo de la comunicación en salud.

Flesch (1943) publica un estudio sobre el nivel de comprensibilidad de las revistas para adultos. Llega a cuatro conclusiones principales:

1. Que la variable "Vocabulario", llave de todas las fórmulas de legibilidad, es importante para los iniciados en la lectura, pero nada significativa para el lector adulto.
2. Que un claro índice de dificultad radica en el número de morfemas afijos (prefijos, sufijos e inflexiones finales de la palabra), variable altamente correlacionada con el número de palabras abstractas, elementos que constituyen un grado de dificultad.
3. En la totalidad de la muestra investigada, a mayor longitud la palabra, mayor dificultad de comprensión.
4. Las referencias personales inducen al lector porque despiertan interés.

Expondremos el proceso de esta primera fórmula la cual fue denominada Grade Placement (Calificación de Nivel).

$$GP50=0,1338 x1 + 0,0645 x2 - 0,0659 x3 - 0,7502$$

Las variables son:

X1= Longitud de frase (promedio de palabras por frase)

X2= Número de afijos (prefijos, sufijos y desinencias e inflexiones de palabra)

X3= Número de referencias personales (nombres y pronombres) y palabras personales como madre, esposa, muchacho, gente, etc.

Los grados de dificultad recorren una escala desde 0 puntos (ninguna dificultad) hasta 7 puntos (muy difícil de comprender). Véase Figura 18.

**Figura 18. Escala Flesch de legibilidad**

Puntaje	Nivel	Tipos de Revista	Supuesta Audiencia
Hasta 1	Muy fácil	Cómicas	4to grado
1 a 2	Fácil	Revista de Kioscos	5to grado
2 a 3	Ligeramente fácil	Policíaca, aventuras	6to grado
3 a 4	Standard	Resúmenes	7mo/8vo grado
4 a 5	Algo árido	Selecto	Institutos
5 a 6	Duro	Académico	Universidad
6 o más	Muy duro	Científico	Titulados

Fuente: Flesch, R. (1949). The art of readable writing. New York: Harper



Luego de constantes estudios Flesch revisa su fórmula, adaptándola a los tests de Mc Call Crabbs a base de un 75 por ciento de nivel de respuestas acertadas. Para esto, incluyó 5 puntos a la constante k de la fórmula (Flesch,1945).

$$(-0,7502 + 5 = 4,2,498) \text{ y se convierte en:}$$
$$GP75 = 0,1338 x1 + 0,0645 x2 - 0,659 x3 + 4,249$$

En el 1948 la fórmula de Flesch de facilidad de lectura se propaga con celeridad y éxito rotundo en los Estados Unidos (Flesch, 1948).

Para transformar el índice de dificultad en índice de facilidad, cambió de signo, es decir se multiplicó por (-1). Con el propósito de adaptar la escala de 0 a 7 a una escala de 100 grados, incluyó 15 puntos a la constante k: (+5,6835 +15 = + 20,6835) y, finalmente, multiplicó el nivel de grado de predicción por 10, de forma que un punto de escala de la fórmula correspondiera a una décima de grado. La fórmula se llama Grado de Facilidad de Lectura:

$$RE = 206,835 - 0,846 w1 - 1,015 s1.$$

RE= Reading Ease (facilidad de lectura)

W1= Número de sílabas en la muestra de 100 palabras

S1= Número de palabras por frase

La metodología es sencilla de aplicar. Se toman muestras de 100 palabras o lo más cercano a esta cifra, de manera tal que contengan frases completas. Flesch (1949) recomienda tres

muestras para un artículo y de veinticinco a treinta para analizar un libro. Además expone lo siguiente:

Silabas por palabra. Si la muestra es 100, las que contenga la muestra. El cómputo de sílabas corresponde al número de fonemas. En inglés, es necesario a veces consultar un diccionario silábico. Si la muestra no es 100, por aproximación o por suma de varias muestras: se multiplica el número de sílabas por 100 y se divide el resultado por el número de palabras de la o de las muestras.

Palabras por frase: En todos los casos, se divide el número de palabras por el número de frases de la muestra.

Flesch define la palabra como “letra”, número o símbolo, o grupo de letras, números o símbolos que están rodeados por espacios en blanco.

Número de frases: Flesch la define como unidad de pensamiento gramaticalmente independientemente de otra frase o subfrase, si está señalada por un punto, interrogación, signo de admiración, punto-y- coma o dos puntos (aunque sea incompleta o fragmento de otra precedente).

Los grados actuales de la fórmula de facilidad de lectura de Flesch (véase Figura 19) recorren una escala de 0 a 100 (Rumbo, Arantón, Goas, Rivera y Campos, 2005).

**Figura 19. Escala Flesch de facilidad lectora**

Score	Nivel	Tipo de Publicación	Sílabas	Palabras
0 a 30	Muy difícil	Científico	192	29
30 a 50	Difícil	Académico	167	25
50 a 60	Bastante difícil	Selecto	155	21
60 a 70	Standard/normal	Resúmenes	147	17
70 a 80	Bastante fácil	Superficial	139	14
80 a 90	Fácil	Comics	123	8

Fuente: Flesch, R. (1943). Marks of readable style: A study in adult education. Columbia University: Teachers College.

Las fórmulas de Flesch no pueden ser consideradas aptas para el análisis de datos escritos en castellano, ya que fue hecha para estudios de textos en inglés, idioma que contiene unas características muy particulares y diferentes al castellano, entre las que se encuentra el alargamiento o acortamiento de las palabras lo que puede influir en la cantidad de sílabas que finalmente sean contabilizadas durante el cálculo de legibilidad.

La selección de la técnica de legibilidad depende de varios factores del tiempo, incluyendo los recursos disponibles para hacer las pruebas de las medidas y el grado de exactitud deseado (Klare, 1974). Predecir la legibilidad de un documento con la utilización de fórmulas no involucra al lector y tampoco es costoso. La predicción sólo provee una aproximación de la legibilidad de un documento sin embargo, puede ser de gran utilidad para estudios sobre comprensión de lectura en el campo de la salud.

Muchas fórmulas de legibilidad típicamente usan dos factores en sus cálculos: una oración o factor sintáctico o una palabra o factor semántico (Rush, 1985). Entre las fórmulas que utilizan estos dos factores se encuentran la fórmula de lecturabilidad de Fry (Fry, 1969), Dale-Chall (Dale y Chall, 1948), Fog (Gunning, 1968), Flesch (Flesch, 1948) y la Flesch-Kincaid (Kincaid, Fishburne, Rodgers y Chissom, 1975). La SMOG (McLaughlin, 1969) es una excepción porque tiene un solo factor sintáctico. El factor sintáctico estima frecuentemente la complejidad gramatical de lo escrito basado en la extensión del texto. El factor semántico tiende a medir el grado de dificultad del vocabulario en la pieza de texto utilizada.

Las fórmulas de legibilidad son típicamente validadas por la predicción de exactitud del nivel de un texto. Además, la validez de recientes fórmulas es establecida en parte a través de la correlación con otras viejas fórmulas.

El siguiente apartado hace énfasis en la descripción de varias fórmulas de legibilidad (muchas de ellas validadas) para el idioma español y que han sido objeto de múltiples escritos o investigaciones vinculadas a la comprensión de lectura.

### c) Fórmulas de legibilidad para el castellano

Las fórmulas de legibilidad en español deben ser atendidas en esta investigación dado a que los textos de las campañas de comunicación en salud que se utilizarán para el estudio se encuentran escritos en castellano. La mayoría de las fórmulas de legibilidad disponibles en español han surgido luego de análisis

exhaustivos sobre la fórmula Flesch, la que en sus orígenes tiene el propósito de ser utilizada en textos redactados en el idioma inglés.

Las fórmulas de legibilidad han estado ligadas de forma habitual a la enseñanza. Sea con el objetivo de adaptar el material escrito-libros escolares sobre todo- para alcanzar una comunicación didáctica más eficaz o para estudiantes de español como segunda lengua. Cabe señalar como fórmula que pretendía un cierto sentido de generalidad la de Patterson, la cual intentaba facilitar un instrumento a predicadores religiosos a fin de promocionar material escrito más fácil para los hispanohablantes (Rodríguez, 2006).

Las fórmulas españolas se inician con Spaulding (1951;1956 y 1958), que propone tras un proceso sucesivo de tanteos, la siguiente:

Dificultad lectora-  $1,609 \text{ ASL} - 331,8 \text{ D} - 22$

Fórmula en la que ASL significa promedio de longitud de frases y D es igual a la densidad de vocabulario, evaluada a través de las palabras ausentes de la Density Word List de Spaulding, basada a su vez en el recuento de vocabulario castellano realizado por Buchanan (1941).

Poco después, José Fernández Huerta (1959) basado en la Fórmula Flesch estableció el coeficiente de facilidad lectora de un texto a través de la fórmula:

$206,84 - 0,60(P) - 1,02(F)$

P= promedio de sílabas por cada 100 palabras

F= promedio de frases por cada 100 palabras

Blanco y Gutiérrez (2002), infieren que la fórmula de José Fernández Huerta es una de las más reconocidas y utilizada en investigaciones sobre legibilidad en el idioma español, incluyendo el campo de la comunicación en salud.

José Fernández Huerta, fue uno de los primeros que utilizó en el castellano el término “Lecturabilidad” en su artículo de 1958, “Legibilidad y Lecturabilidad”: dos conceptos básicos en los libros escolares (Barrio, 2007).

En el artículo de 1959 Fernández Huerta definía “lecturabilidad” de la forma siguiente: “La lecturabilidad de los textos está íntimamente unida con la comprensión lectora. Más específicamente quiere decir la posibilidad de que los términos empleados en un libro y su estructura sintáctica interesen comprensivamente a los lectores”. El término “lecturabilidad” de Fernández Huerta se relaciona más con la comprensión de los textos basados en la estructura sintáctica que con los aspectos tipográficos del texto.

Las calificaciones de la fórmula de Huertas varían entre 0 a 100, 0 como lo más difícil y 100 como lo menos difícil para leer. Una calificación menos de 30 se considera muy difícil, mientras una calificación de 70 se considera apropiada para lectores adultos. Para entender su calificación se presenta a continuación la Figura 20 con las equivalencias correspondientes aplicadas a la Fórmula Facilidad de Lectura de Fernández Huerta y que es comúnmente utilizada para investigaciones sobre legibilidad en el campo de la salud.

Una de las ventajas principales de la Fórmula de Fernández Huerta es su aplicabilidad para todo tipo de texto siempre y cuando esté compuesto por 100 palabras o más. Para probar la validez científica de dicha fórmula, se deben hacer análisis de correlación con medidas (fórmulas) de legibilidad ya validadas científicamente para el idioma español. Dicho ángulo sería interesante ponderarlo para estudios posteriores, ya que ese no es el objetivo de nuestra investigación.

**Figura 20. Facilidad de lectura de Fernández Huerta**

Calificación	Descripción de dificultad	Nivel estimado de grado de lectura
0-30	Muy difícil	Graduado de universidad
30-50	Difícil	Grados 13 a 16
50-60	Moderadamente Difícil	Grados 10 a 12
60-70	Normal	Grados 8 a 9
70-80	Moderadamente Fácil	Grado 7
80-90	Fácil	Grado 6
90-100	Muy Fácil	Grado 5

Fuente: Fernández, J.(1959). Medidas sencillas de lecturabilidad. Consigna 214, 29-32.

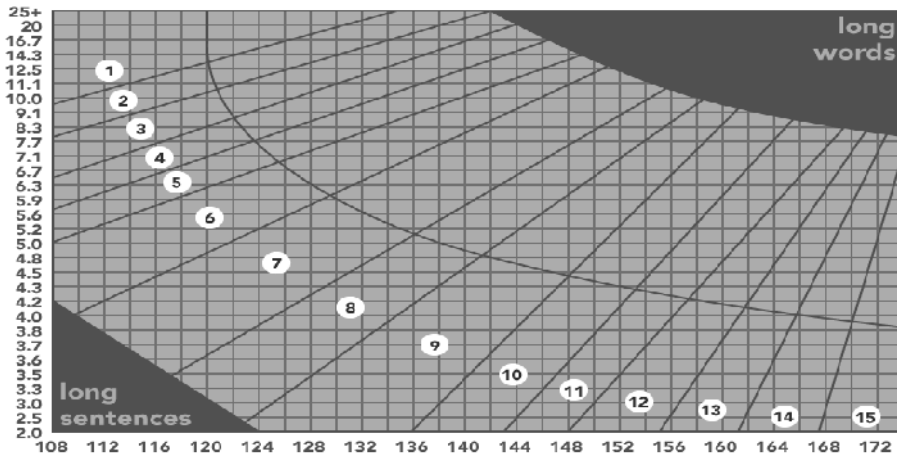
La Fórmula de Fry (1963) denominada Fry Readability Graph (FRG) fue validada para los idiomas español e inglés. Es una de las más utilizadas para estudios en los Estados Unidos sobre legibilidad en el campo de la salud. Igual que otras fórmulas de legibilidad está basada en factores sintácticos y semánticos, además de considerar la extensión del texto y la cantidad de sílabas. Para implementar la

FRG, es necesario tomar tres pasajes de un texto que contengan 100 palabras cada uno. Los textos deberán ser seleccionados del comienzo, la mitad y el final del pasaje. Después se anota el total de número de oraciones y silabas por cada 100 palabras. Luego se calcula el promedio de las oraciones y silabas y el resultado es reflejado en una gráfica y los puntos reflejados en ésta establecen el nivel de grado del texto. Una ilustración de la gráfica de Fry es presentada en la Figura 21.

Su uso no se generalizó hasta el 1968. FRY presentó una validación de alta correlación con las fórmulas de Dale-Chall, Flesch y Spache, lo cual la hace útil para estudios científicos sobre legibilidad y comprensión de textos redactados en el idioma español. La FRG es adecuada para análisis de materiales desde el primer grado hasta el nivel de colegio de acuerdo con el nivel académico vigente en los Estados Unidos, incluyendo a Puerto Rico. Sin embargo, puede ser considerada un tanto limitante dado a que exige el uso de una gran cantidad de palabras extraídas de varios segmentos o partes de un texto, lo cual su uso podría no ser muy adecuado para textos pequeños en comparación con la Formula de Facilidad de Lectura propuesta por Fernández Huerta que permite análisis de legibilidad con por lo menos 100 palabras.



**Figura 21. Gráfica de lecturabilidad de FRY**



Fuente: Fry, E. (1963). Teacher Faster Reading. London: Cambridge Press.

Otra prueba que nos permite conocer la legalidad lingüística de un texto lo es el test de Cloze. Utiliza el concepto de la psicología Gestalt, relativo a la tendencia humana a completar una forma familiar no del todo completa. El test supone eliminar de forma aleatoria un texto, esto es la supresión de cierto número de palabras y se pide al lector que halle las palabras suprimidas. Cada palabra reconocida se contabiliza con el título de una unidad cloze.

Los textos que proporcionan una porción elevada de unidades cloze son considerados los más legibles, en tanto que presentan una tasa débil los menos legibles. El procedimiento cloze podría definirse como un método consistente en omitir o suprimir sistemáticamente (una palabra de cada cinco) palabras de un texto en prosa y posteriormente, evaluar el éxito que tiene el lector en adivinar o reemplazar las palabras suprimidas (Mc Kenna y Robinson, citados por Artola, 1991). De acuerdo con Blanco (2004) los resultados de la prueba cloze permiten conocer:

1. La legibilidad del texto, si se utiliza un número suficiente de lectores pertenecientes a una muestra cultural significativa.
2. La comprensión de un lector determinado.

Otro aspecto metodológico de cloze, que se ha discutido frecuentemente, se refiere a cuáles deben ser los criterios utilizados a la hora de corregir o puntuar estas pruebas. La mayor parte de los estudios al respecto se han centrado en investigar si existen diferencias en los resultados de los sujetos en función de que se consideren como respuestas correctas únicamente aquellos reemplazamientos idénticos al texto original o al que se admitan como correctas las palabras sinónimas al texto original. (Taylor citado por Artola, 1991). La prueba cloze ha sido validada por diversas investigaciones y es muy utilizada en pruebas de comprensión de lectura en Puerto Rico y el exterior. La Figura 22 presenta un ejemplo básico de la prueba cloze adaptada al campo de la comunicación en salud.

## Figura 22. Test Cloze

---

### Tema: Derrames Cerebrales

Un derrame cerebral se \_\_\_\_ como una interrupción repentina \_\_\_\_ flujo sanguíneo al cerebro. La mayoría de los \_\_\_\_ cerebrales tiene su origen \_\_\_\_ un bloqueo súbito en \_\_\_\_ vasos sanguíneos que conducen \_\_\_\_ sangre al cerebro. Otros \_\_\_\_ consecuencia de una hemorragia \_\_\_\_ del cerebro al reventarse \_\_\_\_ vaso sanguíneo. Cuando los \_\_\_\_ de un derrame duran \_\_\_\_ tiempo (por lo general \_\_\_\_ de 24 horas) se \_\_\_\_ que ocurrió un mini \_\_\_\_ o un ataque isquémico \_\_\_\_.

---

### Palabras suprimidas o sustitutivas:

define - del - derrames - en - los - la - son - dentro  
un - síntomas - poco menos - dice - derrame - transitorio

---

Fuente: Artola, T. (1991). El procedimiento cloze. Revista Complutense de Educación, 2(1), 69-81.

Spaulding (1951) creó su fórmula para medir la dificultad de textos en español, pero que son dirigidos a extranjeros que estudian castellano como segundo idioma, ya que los nativos de lengua española no tienen los factores de dificultad de identificación o uso de palabras homónimas o equívocas, ni el mismo nivel de grado de vocabulario que este sector (extranjeros) en particular.

$$D= 4,115 X1 + 0,154 X2 -2,383$$

$$D=0,1609 X2 + 33,18 X3 + 2,20$$

D= Dificultad

X1= Índice de frecuencia

X2=Promedio de longitud de palabra

X3=Densidad

La muestra no es de 100 palabras, como es habitual, sino de 500. Las variables se obtienen como sigue:

Índice de Frecuencia- Se utiliza la Buchanan Graded Spanish Word List que contiene las 6,702 palabras de mayor uso en español. Se otorga un punto a las primeras 500 palabras de mayor frecuencia de uso, elevando un punto sucesivamente hasta otorgar 13 a las 500 de menor frecuencia de la lista. A las que no aparecen en lista se les otorga 14 puntos.

Densidad- Se divide el número de palabras corrientes entre el número de palabras desconocidas. Estas últimas son las que se hallen fuera de las 1,500 primeras palabras de la Lista de Buchanan.

Promedio de longitud de frase- Se obtiene dividiendo el número de palabras por el de frase.

El grado de dificultad se mide por una escala de 10 a 200; 10 indica la menor dificultad y 200 la máxima. La mayor ventaja de esta medida es la precisión que otorga al cálculo de legibilidad con el uso del Buchanan Graded Spanish Word List. Sin embargo, puede catalogarse complejo su proceso de cálculo y un tanto inaccesible por lo necesario de contar con el listado de palabras para poder hacer el cálculo de legibilidad.

#### d) Fórmula de legibilidad de Francisco Szigriszt Pazos

Una de las medidas de legibilidad de textos creadas en los últimos años y validada científicamente fue la creada en el 1993, por Francisco Szigriszt Pazos, quien desarrolló una fórmula de legibilidad para el castellano denominada Fórmula de Perspicuidad. El desarrollo de dicha fórmula fue como parte de su disertación doctoral para la Universidad Complutense de Madrid. Esta fórmula es una adaptación de la de facilidad de lectura de Flesch para los idiomas español y francés. Dado a que nuestro enfoque es en el uso de textos escritos en castellano utilizaremos los datos concernientes a este lenguaje y que fueron objeto de análisis por Szigriszt al momento de desarrollar su Fórmula de Perspicuidad.

Szigriszt Pazos brinda una atención especial al análisis del discurso como componente de apoyo intrínseco a su nueva propuesta metodológica y fórmula de legibilidad. Para Szigriszt (1993) el análisis de contenido presta una importante función al comparar cómo se presenta un mismo material en los diferentes medios impresos. Sobre la base de existencia de un cuerpo de investigación cuantitativa y cualitativa pueden efectuarse distintas proyecciones de amplias generalizaciones acerca del contenido de la información. Ese análisis científico de los mensajes de comunicación debe ser riguroso y sistemático.

Interesados en conocer el significado del término “perspicuidad” nos dimos a la tarea de verificar con el Diccionario de la Real Academia Española su definición (Real Academia Española, 2001).

- **Perspicuidad.** (Del lat. *perspicuitas*, -atis).

1. f. Cualidad de perspicuo.

**perspicuo, cua.** (Del lat. perspicuus).

1. adj. Claro, transparente y terso.
2. adj. Dicho de una persona: Que se explica con claridad.
3. adj. Dicho del estilo: **inteligible** (que puede ser entendido).

**inteligible.** (Del lat. intelligibilis)

1. adj. Que puede ser entendido.
2. adj. Que es materia de puro conocimiento, sin intervención de los sentidos.
3. adj. Que se oye clara y distintamente.

Aunque el término “perspicuidad” utilizado por Francisco Szigriszt Pazos, puede ser considerado válido desde la perspectiva de la comprensión de lectura por el significado de la palabra, una de las mayores desventajas del vocablo (perspicuidad) es lo poco conocido en estudios sobre análisis de legibilidad.

Habiendo definido el término “perspicuidad” es necesario adentrarnos un poco en el trabajo de Szigriszt Pazos, el cual desarrolló dos versiones de la fórmulas para la lengua española. Una basada en textos de no más de 100 palabras y la segunda válida para cualquier tamaño de la muestra.

Primera versión (100 palabras):

Perspicuidad =  $207 - 0,623 s - p$

Donde P= Perspicuidad: s=Sílabas: p=Palabras por frase

Segunda versión (Muestra grande):

Perspicuidad= Perspicuidad = 207 – (62,3 s) : p – (p:f)

Donde P=Perspicuidad: s=Sílabas: p=Palabras : f=Frases

Como parte de la validación de las fórmulas de perspicuidad para el idioma español Szigriszt utilizó los criterios disponibles para este tipo de análisis entre los que se encuentran:

1. Pronóstico del criterio propuesto, que denota el alcance, de carácter objetivo, para el que los componentes de medida están orientados.
2. Datos de validez comparativos, que contrasten los resultados de la aplicación de dos o más fórmulas entre sí.
3. Pronóstico de criterios ajenos, como la capacidad de medida de la fórmula, para coincidir con estimaciones de perspicuidad determinadas por otros medios.

Todas las pruebas de validez implementadas por Szigriszt arrojaron resultados significativos estadísticamente lo que propició que éste se convirtiera en uno de los precursores modernos en el desarrollo de fórmulas de legibilidad para el castellano en las últimas décadas. Para Szigriszt (1993), existe una interdependencia entre legibilidad y contenido íntegro del mensaje sin que la legibilidad

guarde correspondencia con el significado. Por tanto, la perspicuidad del mensaje está en razón directa a la correlación entre legibilidad y contenido.

Como parte de su trabajo Szigriszt desarrolló una tabla de valoración del índice de perspicuidad del mensaje escrito adaptada de Flesch para aplicación de su fórmula a la lengua española (véase Tabla 8).

Una de las mayores ventajas que tiene el uso de la fórmula de Szigriszt es que aplica al uso de textos en español impresos en publicaciones de diversos enfoques temáticos. En lo que respecta a nuestra investigación utilizaremos textos impresos en folletos informativos dirigidos a la prevención de enfermedades y al mantenimiento de la salud de la población. La fórmula de Szigriszt establece además los niveles de dificultad de un texto y su categorización (muy difícil, difícil, bastante difícil, medio, bastante fácil, fácil y muy fácil) basado en el coeficiente de perspicuidad obtenido luego del cálculo matemático realizado según establecido en su fórmula. Finalmente, permite se infiera el nivel académico en que está redactado el texto una vez obtenido el índice de perspicuidad como fue denominado por Francisco Szigriszt Pazos.



**Tabla 8. Tabla de valoración del índice de perspicuidad del mensaje escrito adaptada de Flesch por Szigriszt para aplicación de su fórmula al castellano**

<b>Puntos</b>	<b>Estilo</b>	<b>Palabras por frase</b>	<b>Número de sílabas cada 100 palabras</b>	<b>Estudios</b>
0 a 30	Muy Difícil	29	261	Universitarios
30 a 50	Difícil	23	230	Secundarios o universitarios incompletos
50 a 60	Bastante Difícil	21	210	Secundarios incompletos
60 a 70	Medio	18	199	7mo u 8vo grado
70 a 80	Bastante Fácil	14	189	6to grado
80 a 90	Fácil	11	178	5to grado
90 a 100	Muy Fácil	8	166	4to grado

Fuente: Szigriszt, F. (1993). Sistemas predictivos de legibilidad del mensaje escrito: Formula de Perspicuidad. Tesis de doctorado, Universidad Complutense, Madrid, España.

En la Tabla 8 se pueden observar los índices de legibilidad obtenidos como parte del desarrollo de la fórmula de perspicuidad de Szigriszt. Además, las categorías de estilo (niveles de dificultad) la cantidad de palabras por frase que se estima por cada nivel, el número estimado de palabras por cada 100, el tipo de publicación que se infiere pertenece a cada índice de legibilidad y los estudios que se estima debe tener un lector basado en el nivel de dificultad del texto. Dicha tabla será utilizada como base de apoyo para el establecimiento de los niveles de dificultad de los textos que medirán

la prueba de comprensión lectora en el instrumento de medición de nuestra investigación.

La Tabla 9 que se presenta a continuación expone algunas de las fórmulas de legibilidad y comprensibilidad adaptadas para la lengua española o validadas. En nuestro análisis previo hicimos mención sólo de algunas fórmulas que han sido consideradas por el mundo académico científico como las de referencia para estudios sobre legibilidad de textos en español. Sin embargo, entendemos que es adecuado hacer referencia de aquellas fórmulas que también han sido objeto de citas en escritos científicos y académicos encontradas en la bibliografía.

**Tabla 9. Fórmulas de legibilidad y comprensibilidad validadas o adaptadas para la lengua española**

<b>Autor y fecha</b>	<b>Fórmula – ecuación</b>
Spaulding, 1951	<b>Dificultad</b> = 1,609 (ASL) + 331,8(D) + 22,0
Fernández Huerta, 1959	<p>En cada página o en cada muestra, siempre en inicio de párrafo, se anota el número total de sílabas por cada 100 palabras a considerar. El promedio del número de sílabas en los grupos de 100 palabras seleccionados (P). En esos mismos párrafos se anota el conjunto de frases que se constituyen cada 100 palabras. El promedio de todas las muestras es F. Las frases se diferencian por el punto o el punto y coma.</p> <p><b>Lectorabilidad</b> = 206,84 – 0,60P – 1,02F</p>

Fry, 1969	<p>Para implementar la FRG, es necesario tomar tres pasajes de un texto que contengan 100 palabras cada uno. Los textos deberán ser seleccionados del comienzo, la mitad y el final del pasaje. Después se anota el total de número de oraciones y silabas por cada 100 palabras. Luego se calcula el promedio de las oraciones y silabas y el resultado es reflejado en una gráfica y los puntos reflejados en ésta establecen el nivel de grado del texto.</p>
Gutiérrez, 1972	<p>Utiliza el test de cloze en estudiantes de 6º grado con el objetivo de medir la comprensibilidad de los textos escolares por los estudiantes. No ha sido una fórmula muy utilizada por falta de apoyo. En su fórmula intervienen tres variables: número de letras (L), número de palabras (W) y número de frases (S).</p> <p><b>Legibilidad</b> = <math>95,2 - 9,7 (L/W) - 0,35(W/S)</math></p>
López Rodríguez, 1981-1982	<p>Las variables de la fórmula son: comas (x1), punto y aparte (x4), palabras por frase (X16), palabras de más de 3 sílabas (x19), medida de redundancia (x21), vocabulario común de García Hoz (x22) y lista ampliada de Spaulding (x26). Desarrolla dos fórmulas más, independientes, para 7º y 8º grado.</p> <p><b>Índice de dificultad</b> = <math>95,4339 - 0,0756x1 + 0,2012x4 - 0,0669x16 - 0,0728x19 - 35,202x21 - 1,0601 x22 + 0,7783x26</math></p>
Rodríguez Diéguez, 1983-1987	<p>Utiliza 12 aspectos para desarrollar su fórmula, que son: comas (x1), punto y coma (x2), punto y aparte (x4), nombres propios (x11), números (x12), palabras por frase (X16), medida de redundancia (x21), vocabulario común de García Hoz (x22), pronombres personales (x25), total</p>

	<p>de puntos (x27) desviación de la distribución de las letras por palabra (x28) y media de letras por palabra + 2.58 desviación (x31).</p> <p><b>Índice de dificultad</b> = <math>59,929 - 0,098x1 - 0,321x2 + 4,428 \log (x4) + 0,108x11 + 0,200x12 - 7.079 \log (x16) - 25,816 \log (x21) - 0,007 (x22)^2 - 0,012x25 - 0,126x27 - 20,420x28 + 5,502x31</math>.</p>
Crawford , 1984	<p><b>Nivel de grado</b> = [número de frases en 100 palabras x (-.205)] + (número de sílabas en 100 palabras x .049) – 3,047.</p>
José Antonio García López, 2001	<p>La metodología supone que, de cada folleto, se selecciona una muestra de 100 palabras, a ser posible que suponga inicio de párrafo. Se contabilizan el número total de sílabas y se calcula el promedio de sílabas por palabra (SIL). Se localiza la frase que termina lo más cerca posible de la palabra número 100 de la muestra, se contabilizan el número de frases y se divide el número total de palabras, por el número de frases (PAL). Con los valores promedios se aplica la ecuación .</p> <p><math>EDAD = -7,1395 + 0,2495PAL + 6,4763SIL</math></p>

Fuente: Blanco, A. (2004). A propósito de la legibilidad de lectura. Recuperado febrero 20, 2007, de <http://www.siicsalud.com>.

El estudio de legibilidad de un texto puede ser visto desde diversas ópticas, sin embargo, podríamos inferir que su finalidad primordial es propiciar la búsqueda de alternativas metodológicas que permitan obtener a través de cálculos matemáticos los coeficientes aproximados de lectura de un texto. Además, la identificación de su nivel de dificultad, tipo de publicación en el cual se podría enmarcar el texto (científica, especializada, de actualidad,

de divulgación, de ficción, historietas) y el grado de educación que se espera posea el lector de la unidad textual analizada.

El estudio que promovemos pretende dar una mirada al impacto que puede tener el nivel estimado de lectura de un texto en la comprensión de un mensaje de salud y por consiguiente en la formación de actitud e intención favorable o desfavorable hacia una conducta preventiva. Basado en el enfoque de nuestra investigación se recomienda la utilización de la Fórmula de Perspicuidad para el idioma español de Francisco Szigriszt Pazos, la cual fue desarrollada y validada científicamente en el 1993.

La utilización de la Fórmula de Perspicuidad sólo nos servirá de apoyo para catalogar los niveles de dificultad de los pasajes que se utilizarán en el instrumento de medición y no como predictor del grado de comprensión de un lector. Basado en los objetivos y marco teórico de la investigación nuestro interés radica en medir la influencia, si alguna, que tiene el nivel de dificultad de un texto en la comprensión de lectura. Además, observar la posible influencia, si alguna, que tiene la comprensión de un texto en la formación de actitud e intención hacia la realización de una conducta de preventiva de salud. Finalmente, analizar estadísticamente si la comprensión de un texto junto con la actitud predicen de manera significativa el grado de intención de una persona para adoptar una conducta preventiva de salud.

A continuación una representación grafica del modelo teórico que propongo basado en el estado de la cuestión de la investigación (Figura 23).

Luego se identifican y definen las variables en estudio. Posteriormente, se expone en el segundo capítulo la metodología que se recomienda para la implementación de la investigación.

**Figura 23. Propuesta de modelo teórico de investigación. Desarrollado por el investigador principal.**

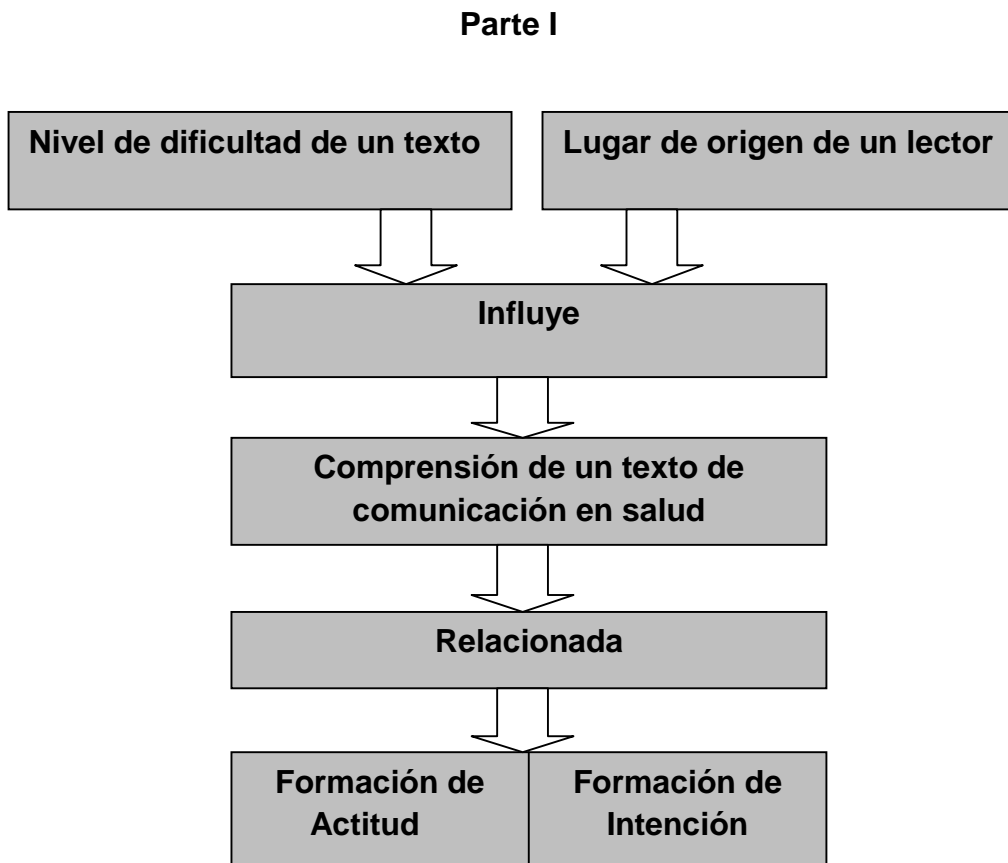


Figura 23. Propuesta de modelo teórico de investigación. Desarrollado por el investigador.



- b) **Lugar de origen-** Origen de procedencia
  
- c) **Comprensión-** Habilidad para reconocer palabras y establecer ideas centrales.
  
- d) **Actitud-** Credibilidad que se le otorga a ciertos mensajes de comunicación en salud relacionados a ataques al corazón y cáncer.
  
- e) **Intención-** Probabilidad de ejecutar o no una acción preventiva de salud para evitar ataques al corazón y algún tipo de cáncer.

## 1.5 Definiciones operacionales

Una definición operacional constituye el conjunto de procedimientos que describe las actividades que un observador debe realizar para recibir las impresiones sensoriales, las cuales indican la existencia de un concepto teórico, en mayor o menor grado. En otras palabras especifica qué actividades u operaciones deben realizarse para medir una variable (Hernández et al. 2006). Nuestra investigación ha determinado operacionalizar las variables en estudio de la siguiente manera:

- a) Nivel de dificultad de un texto según definido por Fórmula de Perspicuidad de Francisco Szigriszt Pazos.  
1 Nivel de dificultad menor



## 2 Nivel de dificultad mayor

b) Lugar de origen según el participante especificará en la planilla de datos sociodemográficos

1 Puerto Rico

2 República Dominicana

c) Comprensión

Escala de comprensión lectora que posee dos textos catalogados en diferentes niveles de dificultad de acuerdo con la fórmula de Perspicuidad de Francisco Szigriszt Pazos. Cada texto tiene cuatro preguntas cerradas con cinco alternativas de respuesta, los cuales deberán ser analizados por la muestra para seleccionar la mejor alternativa.

d) Actitud

Escala Likert que posee 4 afirmaciones por cada texto que se presenta en la escala de comprensión. Se desarrollará un total de 8 afirmaciones. Las opciones de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuanto se está de acuerdo con la afirmación correspondiente.

e) Intención

Escala Likert que posee 4 afirmaciones por cada texto que se presenta en la escala de comprensión. Se desarrollará un total de 8 afirmaciones. Las opciones de respuesta o

puntos de la escala son cinco e indican la probabilidad de acción de acuerdo con la afirmación correspondiente.



## **2. Metodología**

### **a) Diseño de investigación**

El diseño de la investigación es uno de los elementos más importantes en un estudio. Una vez que se precisó el planteamiento del problema, se definió el alcance inicial de la investigación y se formularon las hipótesis es necesario visualizar la manera práctica y concreta de responder a las preguntas de investigación y aplicarlos al contexto particular de este estudio. Esto requiere que se desarrolle el diseño de la investigación y se aplique al contexto particular del estudio.

Debido a las poblaciones en estudio y a las especificaciones que se plantearon en la hipótesis expuesta en el capítulo anterior, se utilizará la investigación cuantitativa. A través de esta metodología, se observarán las inferencias de los fenómenos empíricos asociados con unas disciplinas y que deben ser atendidas por estudiosos de la comunicación en el campo de la salud.

El diseño que se recomienda para esta investigación por razones de rigurosidad científica y prácticas es uno no experimental transaccional, de tipo causal comparativo. En este tipo de investigación se miden las variables de interés en un momento determinado del tiempo. Además, al comparar grupos se busca descubrir las posibles causas del fenómeno estudiado, sin llegar a conclusiones deterministas como en un estudio de diseño experimental puro.

Como parte de la investigación se desarrollará un instrumento de medición a través del cual se medirán las variables expuestas en las hipótesis diseñadas. Como recordarán las variables en estudio

serán lugar de origen, nivel de dificultad de un texto, comprensión, actitud e intención. Con el propósito de verificar si el instrumento mide adecuadamente las variables en estudio se evaluará la confiabilidad y validez del mismo antes de suministrarlo a las poblaciones que participarán en la investigación.

Una vez realizadas las pruebas de rigor al instrumento de medición de las variables en estudio se procederá con la administración del cuestionario a la muestra seleccionada, y se iniciará el proceso de análisis estadísticos y descripción de resultados.

## b) Instrumento de medición

Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente. En términos cuantitativos se captura la realidad que se desea medir (Hernández et al. 2006). En esta investigación se diseñó un instrumento de opinión con preguntas cerradas a través del cual el entrevistado seleccionará una respuesta luego de leer la premisa en la escala de medición.

La escala propuesta para evaluar comprensión es considerada una de las más empleadas actualmente. Este tipo de formato es el que hoy día predomina en los tests comerciales de medida de comprensión lectora debido a su carácter funcional y a su gran eficacia (Fleck, 1979; Gould 1981 citados por Pérez, J. 1998). Entre las ventajas de este tipo de pruebas habría que señalar que permiten ser aplicadas a un gran número de sujetos. Además, reducen el factor al azar, el cual ha sido utilizado como sistema de medición de

varias investigaciones. Con esta prueba se puede obtener mucha más información siempre que se disponga de un proceso sistemático para generar las alternativas de respuesta. Aunque persiste el problema, que se observa en otros tipos de cuestionarios, de que el empleo de preguntas induce al lector a llevar a cabo un procesamiento que de otra forma quizá no hubiera tenido lugar, el hecho de proporcionarle una variedad de alternativas reduce este problema.

En cuanto a las limitaciones que presenta este procedimiento de medida, una de las principales es que sólo una respuesta se considera correcta, puesto que recientes avances en el estudio de la comprensión lectora demuestran que es posible que un lector creativo vaya más allá de las implicaciones convencionales del texto y extraiga inferencias que se considerarían incorrectas si sólo se admite como válida una de las respuestas. Dicha limitación hace que la construcción de este tipo de pruebas no sea una tarea fácil.

La escala que medirá actitud e intención será tipo Likert, ya que es una de las recomendadas por Fishbein y Ajzen (1975; 1980) e investigaciones previas que atienden dichas variables de estudio (Ross, Kohler, Grimley y Charkara, A. 2007; Stefani, 2005; Barrera, Sarmiento y Vargas, 2004). Este método fue desarrollado por Rensis Likert en 1932; sin embargo se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado (Hernández et al. 2006). Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala.

A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el participante obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones. El objeto a medir en la escala Likert debe expresar sólo una relación lógica.

La validez del instrumento es de suma importancia para el éxito de esta investigación. La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Para conocer la validez del instrumento de esta investigación se utilizará el procedimiento de contenido, a través del cual jueces conocedores del tema evaluarán el mismo y procederán con su aprobación de no haber recomendaciones para cambios en el instrumento de medición. Este procedimiento permitirá auscultar si el instrumento medirá una muestra representativa de los indicadores empíricos de las variables.

Finalizado el proceso de validación del instrumento de medición se procederá a trabajar con el cálculo de confiabilidad del mismo. La confiabilidad de un instrumento de medición es muy importante y se refiere al grado en que un instrumento produce resultados coherentes y consistentes. Para obtener consistencia y estabilidad del instrumento de medición (confiabilidad) de la escala de comprensión lectora se utilizará el coeficiente Kuder y Richardson KR-20, el cual es apropiado para análisis de ítems dicotómicos. Dado a que tenemos dos escalas Likert que medirán los constructos actitud e intención de forma separada a la medida de comprensión es necesario que también se realice una prueba de confiabilidad de la misma pero con el coeficiente Alpha de Chronbach, el cual permite

hacer análisis de confiabilidad con instrumentos que posean sus niveles de medición de las variables en intervalo o razón.

El método de cálculo de confiabilidad seleccionado requerirá una sola administración del instrumento de medición a través de una prueba piloto. Su ventaja reside en que no es necesario dividir en dos mitades a los ítems del instrumento, simplemente se aplica la medición y se calcula el coeficiente KR-20 y el Alpha de Chronbach. Para que las escalas de medición propuestas se consideren válidas y confiables científicamente el coeficiente KR-20 (medirá escala de comprensión) y el Alpha de Chronbach (medirá escala de actitud e intención) deberán reflejar un índice no menor de .70.

La prueba piloto permitirá administrar el instrumento de medición a 20 personas (10 dominicanos y 10 puertorriqueños) con las características de la población en estudio, previo a llevar a cabo la recopilación formal de los datos con la muestra que se ha definido. Cada uno de los grupos deberá estar conformado por 5 hombres y 5 mujeres para asegurar que haya representatividad de los géneros en partes iguales durante la prueba piloto. El instrumento de medición se administrará a un mismo grupo de personas simultáneamente. Los patrones de respuesta de la muestra que participará en el proceso de confiabilidad del instrumento deberán variar poco, ya que de esta forma se puede asegurar un índice válido científicamente.

La primera parte del instrumento recopilará los datos sociodemográficos de los participantes entre los que se encuentran: género, edad, educación, tiempo de residencia en Puerto Rico y lugar de origen. El investigador no considerará a personas de origen



distinto al puertorriqueño y dominicano, ya que el planteamiento teórico y la revisión de literatura así lo justifican.

La segunda parte del instrumento consistirá de dos textos argumentativos de acuerdo con las tipologías de Werlich (1983). Además, serán categorizados en diferentes niveles de dificultad con la ayuda de la fórmula de Perspicuidad de Francisco Szigriszt Pazos (1993). Los textos que se utilizarán pretenden persuadir al receptor para que detenga de inmediato una conducta de riesgo o adopte una conducta preventiva de salud. Se utilizará una unidad textual cuyas características tendrían la intención de convencer al receptor acerca de lo que se está diciendo. En nuestro caso, tendría la intención de persuadir al receptor de evitar una conducta de riesgo que limite sus posibilidades de poseer una buena salud y calidad de vida.

Los textos serán extraídos de materiales impresos relacionados a la prevención de enfermedades cardiovasculares (ataques al corazón) y el cáncer, ya que según los datos provistos por la Secretaria Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico del Departamento de Salud de Puerto Rico, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en la Isla, mientras que el cáncer es la segunda registrada.

Seleccionar las primeras dos causas de mortalidad en Puerto Rico como parte de los textos que se utilizarán en el instrumento de medición atempera nuestra investigación a la realidad actual que existe en la Isla en lo que concierne a las condiciones de salud que más aquejan a la población.

Para conocer el nivel de complejidad de los textos se utilizará la Fórmula de Perspicuidad para textos en español de Francisco

Szigriszt Pazos, validada en el 1993. La fórmula requiere el siguiente cálculo matemático como parte del análisis de complejidad de un texto:

$$\text{Perspicuidad} = 207 - (62,3 s): p - (p:f)$$

Donde P = Perspicuidad: s =Sílabas: p =Palabras: f=Frases

Cada texto de la prueba de comprensión estará acompañado por cuatro preguntas cerradas con cinco alternativas de respuesta cada una, a través de las cuales la muestra tendrá la oportunidad de seleccionar la alternativa que represente su mejor opción. Según ha sido presentado en la revisión de literatura, la comprensión de lectura está compuesta por varios indicadores que permiten diagnosticar la posible interpretación del contenido de un texto por parte del lector. Algunos de estos indicadores se considerarán como parte del instrumento de medición para medir la comprensión lectora en esta investigación. Padierno y Blasco (2005) indican que entre los indicadores que pueden ser directamente observables para diagnosticar la comprensión lectora se encuentran:

1. Retención de lo leído- Recordar detalles aislados
2. Organización de lo leído- Resumir y generalizar o establecer secuencia lógica
3. Interpretación de lo leído-Inferir sobre idea central

La Tabla 10 que se presenta a continuación expone un desglose de la estructura que regirá el instrumento de medición que se suministrará a la población en estudio.

**Tabla 10. Distribución de preguntas por objetivos y variables**

Tabla de especificaciones

Número de pregunta	Objetivo
I (CSD)	1,2,3,4
II (LDO)	5
III (NDD y C)	6, 7, 8,9,10,11,12,13
IV (A)	14,15,16,17,18,19,20,21
V (I)	22,23,24,25,26,27,28,29

Leyenda:

(CSD)	Características sociodemográficas (género, edad, educación, y tiempo de residencia en Puerto Rico)
(LDO)	Lugar de origen
(NDD)	Nivel de dificultad
(C)	Comprensión
(A)	Actitud
(I)	Intención

La tercera parte del instrumento, la cual medirá actitud, consistirá de una escala Likert que tendrá cuatro afirmaciones relacionadas a los dos textos que se presentarán en la escala de comprensión lectora (enfermedades cardiovasculares y cáncer). Por cada texto de la escala de comprensión se desarrollarán cuatro afirmaciones en la escala Likert lo que representará un total de ocho. Las opciones de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican el grado en que se está de acuerdo con la afirmación correspondiente (completamente cierto a completamente falso).

La cuarta parte del instrumento, la cual medirá intención, también consistirá de una escala Likert que tendrá cuatro afirmaciones por cada texto presentado en la escala de comprensión lectora sobre enfermedades cardiovasculares y cáncer, lo cual representará ocho afirmaciones en su totalidad. Las opciones de respuesta o puntos de la escala son cinco (muy probable a indeciso) y le permitirán a la muestra indicar su intención respecto a las afirmaciones que se les presentarán.

### C) Procedimiento

Participarán en esta investigación hombres y mujeres dominicanos y puertorriqueños residentes en el área metropolitana de San Juan con diferentes niveles académicos de educación y que posean 18 años o más, ya que las campañas de comunicación en salud presentadas en Puerto Rico, están dirigidas a poblaciones adultas. Se buscará que haya proporción de toda la composición de la muestra (puertorriqueños y dominicanos) en lo que respecta a los niveles de educación y género de los participantes.

Dicha población fue definida como el universo de esta investigación debido a que según datos censales del 2000, los inmigrantes dominicanos legalizados son una mayoría significativa en Puerto Rico (16%) del total de los residentes no nativos. Esta presencia significativa de los dominicanos inmigrantes en Puerto Rico exige que sean considerados no sólo por el liderazgo en número de inmigrantes, sino también por el rol transversal importante que tienen para la estructura de servicios de salud de Puerto Rico. Como se ha mencionado en la revisión de literatura las campañas de comunicación en salud desarrolladas en Puerto Rico, son dirigidas a la población general sin considerar la diversificación de inmigrantes que residen en la isla. Será interesante poder comparar ambos grupos de la muestra como parte del análisis estadístico.

Cabe destacar que en lo que respecta al constructo nivel de educación, el instrumento de medición controlará dicha variable al asegurar que los niveles de educación presentados en el cuestionario representen el mismo nivel académico tanto en Puerto Rico como en República Dominicana.

Respecto a los criterios de selección, en el caso particular de los dominicanos, éstos tienen que haber nacido en la República Dominicana, ya que el censo desglosa dos categorías de residentes dominicanos: los que nacen en dicha isla y los que son hijos de padres dominicanos pero que nacen en Puerto Rico.

Las personas que nacen en Puerto Rico pasan por el proceso de endoculturación (socialización) descrito por Nanda (1982) como uno que transmite las habilidades y conocimientos de una cultura, además de los valores, actitudes y personalidad del hombre desde

niño. Esta aseveración nos permite inferir que los hijos de dominicanos nacidos en Puerto Rico deberían estar influenciados por la cultura puertorriqueña, la cual catalogamos como cultura dominante.

Se recomienda que la composición de la muestra en su totalidad provenga de Barrio Obrero en Santurce (perteneciente a la Capital- San Juan) dado a que una gran parte (28%) del total de los inmigrantes dominicanos establecidos en Puerto Rico residen en esa zona. Esto permitirá que los resultados reflejen mejor la realidad presente en ambas poblaciones al momento de hacer análisis estadísticos aunque no pretendemos llegar a conclusiones finales, ya que no se utilizará una muestra representativa del universo de la población, la cual será seleccionada por conveniencia. Sin embargo, los resultados servirán de apoyo para análisis posteriores relacionados a la comprensión de lectura en el campo de la salud y en investigaciones sobre la posible influencia que tiene la actitud e intención en las acciones preventivas de poblaciones heterogéneas culturalmente.

La muestra (N) se dividirá de la siguiente manera: 10 puertorriqueños (5 mujeres y 5 hombres) y 10 dominicanos (5 mujeres y 5 hombres), quienes participarán en la prueba piloto, a través de la cual se medirá la confiabilidad del instrumento de medición (N=20). La prueba piloto servirá como barómetro para conocer si el instrumento de medición tiene los componentes necesarios para ser utilizado en un estudio formal.

Como parte de los procedimientos se citará a la muestra de la prueba piloto para un lugar céntrico previamente determinado. Una

vez la muestra se encuentre en su totalidad en el lugar seleccionado se le darán las instrucciones de rigor y se les entregará la hoja de consentimiento informado (Apéndice A). Culinado ese proceso se les entregará el instrumento de medición (Apéndice B), el cual podrán llenar- sin intermediarios- cuando el investigador finalice las instrucciones.

La muestra de la prueba piloto tendrá 45 minutos para completar el instrumento de medición. Cuando todos finalicen de llenar el cuestionario el investigador entregará una hoja de evaluación (Apéndice D), la cual se utilizará para recibir el insumo de los participantes respecto a la calidad del cuestionario y otros asuntos relevantes al estudio. Los comentarios que se obtengan de los participantes en la prueba piloto determinarán si es necesario o no hacer ajustes en el instrumento de medición previo a utilizarlo en el estudio formal. Cuando los participantes finalicen de llenar la hoja de evaluación la entregarán al investigador y saldrán del lugar.

Para el estudio formal, el cual se realizará una vez validado el instrumento de medición, se reclutarán 20 dominicanos/as y 20 puertorriqueños/as (N=40). Se requerirá que la muestra esté conformada por 10 hombres y 10 mujeres de cada país de origen. Para reclutar la muestra de dominicanos se utilizará el apoyo de la Oficina de Orientación y Servicios a Ciudadanos Extranjeros del Municipio de San Juan, por su posible influencia con grupos de diversos niveles socioeconómicos oriundos de la República Dominicana.

Como parte del diseño de la investigación se requerirá la participación del investigador principal durante la suministración del

instrumento en la prueba formal. Este será el responsable de entregar a la muestra, una vez reunidos en el lugar que se seleccione, las hojas de consentimiento informado, la cual explicará el propósito de la investigación. Una vez la muestra llene la hoja de consentimiento informado (Apéndice E) el investigador procederá a recogerlas y entregará a la muestra el instrumento de medición que finalmente quede configurado luego de haber pasado por los análisis de rigor, incluyendo la prueba piloto. La muestra deberá contestar las preguntas del cuestionario- sin intermediarios- una vez finalizada las instrucciones a cargo del investigador. La muestra tendrá alrededor de 45 minutos para responder a las preguntas del instrumento de medición. Según vayan terminando de completar el cuestionario deberán colocarlo en un sobre que les entregará el investigador y podrán salir del lugar.

Debido a las características del estudio, éste será de carácter funcional, ya que los resultados se utilizarán para inferir conclusiones aunque no sean deterministas por la cantidad de la población seleccionada para la investigación. Esta metodología utilizará características de una investigación abierta debido a que los individuos que participarán como parte de la muestra conocerán que serán investigados. La recopilación de la información se hará de manera conjunta para todos los participantes del estudio lo que asegura que el ambiente en el cual se suministre el instrumento sea igual para todos los participantes. Por último, la investigación se califica como aplicada, ya que su propósito es explorar relaciones teóricas con el fin de entender y resolver problemas prácticos, y que



pueden tener un impacto en el desarrollo de campañas de comunicación en salud desarrolladas en Puerto Rico.

#### d) Método apropiado para el análisis estadístico

Para el análisis de los datos de la hipótesis número uno y dos respectivamente se utilizará la Prueba t, la cual permitirá hacer relaciones entre los promedios obtenidos por los puertorriqueños y dominicanos que participarán en el estudio. Dado a que el instrumento de medición tendrá dos textos catalogados en diferentes niveles de dificultad de acuerdo con la Fórmula de Perspicuidad desarrollada por Francisco Szigriszt Pazos (1993), los análisis estadísticos se harán de manera separada para cada uno de los escritos.

H1. Existe una relación estadística significativa entre el nivel de dificultad de un texto y la comprensión de un mensaje preventivo de salud.

H2. Existe una relación estadística significativa entre el lugar de origen de un lector y la comprensión de un mensaje preventivo de salud.

Para conocer la posible relación, si alguna, que existe entre la variable comprensión (independiente) y las variables catalogadas como dependientes (actitud e intención) de acuerdo a las hipótesis número tres y cuatro respectivamente se recomienda el uso de la

medida paramétrica Coeficiente de Correlación  $r$  de Pearson, estadística apropiada para variables medidas por intervalos o razón.

H3- Existe una relación estadística significativa entre la comprensión de un texto y la formación de actitud favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva de salud.

H4- Existe una relación estadística significativa entre la comprensión de un texto y la intención de una persona para adoptar una conducta preventiva de salud favorable o desfavorable.

Se realizará un Análisis de Regresión Múltiple, el cual nos ayudará a predecir si existe o no una relación de dependencia entre las variables comprensión y actitud en conjunto y la variable intención según expuesto en la hipótesis número cinco. El análisis de regresión múltiple permite estimar cual es la variable independiente que mejor predice las puntuaciones de la variable dependiente.

H5- La comprensión de un texto y la actitud en conjunto predicen de manera significativa el grado de intención de una persona para adoptar una conducta preventiva de salud favorable o desfavorable.

Este último análisis añade un elemento innovador a nuestra investigación, ya que utilizamos la variable comprensión-no presente

en la Teoría de Acción Razonada-como un posible predictor en la formación de conductas saludables de la población.

Las estadísticas utilizadas y consideradas paramétricas asumen ciertos supuestos sobre la población, con normalidad y varianzas iguales, además de trabajar con medias poblacionales. Las estadísticas seleccionadas permitirán comparar a los residentes dominicanos y puertorriqueños al hacer el análisis tanto de manera individual para cada grupo como de manera global. Los resultados nos indicarán la posible relación, si alguna, que tiene el lugar de origen de un lector y el nivel de complejidad de un texto en la comprensión de mensajes de prevención de enfermedades.

Además, nos mostrarán la posible relación, si alguna, que tiene la comprensión de un texto en la formación de actitud e intención de un individuo que es expuesto a información sobre temas de salud. Por último, nos ayudarán a predecir si existe o no una relación de dependencia entre las variables comprensión y actitud y el constructo intención.

#### e) Niveles de medición de las variables

El nivel de medición de una variable es medular para el desarrollo de una investigación porque es parte de la codificación y debido a que dependiendo de dicho nivel se selecciona uno u otro tipo de análisis estadístico (por ejemplo, la prueba estadística para correlacionar dos variables de intervalo es muy distinta de la prueba para correlacionar dos variables ordinales). Así, es necesario de hacer una relación de variables, ítems y niveles de medición. Debido

a las características de nuestra investigación se han determinado los siguientes niveles de medición de las variables:

- Lugar de origen- Nominal  
En este nivel hay dos o más categorías del ítem o la variable. Las categorías no tienen orden ni jerarquía. En nuestro caso la principal variable nominal es lugar de origen de la muestra: dominicanos y puertorriqueños.
- Nivel del dificultad- Intervalo  
Además, del orden o la jerarquía entre categorías, se establecen intervalos iguales en la medición. Las distancias entre categorías son las mismas a lo largo de toda la escala. Por lo que hay un intervalo constante, una unidad de medida. En lo que respecta a nuestra investigación el instrumento tendrá dos textos en diversos niveles de dificultad de acuerdo con la Fórmula de Perspicuidad de Francisco Szigriszt Pazos.
- Comprensión- Intervalo  
Dado a que se encuentra en una medida de Intervalo aplica la misma descripción desarrollada para la variable anterior. Justifica el uso de este nivel de medición para la variable comprensión el hecho de que el cuestionario tendrá una escala que permitirá a la muestra la selección de la mejor alternativa de respuesta.

- Actitud- Intervalo

La medida intervalo se justifica para la variable actitud debido a que la muestra tendrá la oportunidad de seleccionar a través de una escala Likert la mejor alternativa de respuesta.

- Intención- Intervalo

Se justifica la medida de intervalo en el constructo intención, debido a que el instrumento de medición tendrá una escala Likert, a través de la cual se podrá seleccionar la mejor alternativa de respuesta.



### 3. Descripción de los Resultados

En esta sección procederemos a presentar los hallazgos de la investigación a base de la data recuperada y de los análisis estadísticos realizados. La investigación contó con la participación de 60 personas de los cuales 30 eran puertorriqueños y otros 30 dominicanos. Del total de la muestra se utilizaron para la prueba piloto 20 participantes (10 dominicanos y 10 puertorriqueños). La participación de ciudadanos dominicanos residentes en Puerto Rico se justifica dado a que según datos del Negociado del Censo de los Estados Unidos del año 2000, este grupo de inmigrantes es el de mayor proporción—no puertorriqueño— residente en la Isla. Su participación permitiría hacer correlaciones entre los resultados de ambas poblaciones.

Como parte de los hallazgos es necesario exponer inicialmente los resultados de las pruebas de confiabilidad (coherencia interna) del instrumento de medición. Todos estos coeficientes oscilan entre 0 y 1, donde un coeficiente de 0 significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad (confiabilidad total). Los análisis de confiabilidad del instrumento de medición de nuestra investigación se realizaron luego de obtener los resultados de la prueba piloto.

Para medir la confiabilidad de la prueba de comprensión se utilizó el coeficiente Kuder Richardson (KR-20), ya que los ítems de esta sub escala eran dicotómicos (por ejemplo: seleccione la mejor alternativa). La fórmula es:

$$KR_{20} = r = \frac{N}{N-1} \left( \frac{s^2 - \sum pq}{s^2} \right)$$

En donde:

$KR_{20}$ = estimación de confiabilidad (r)

N= número de reactivos en la prueba

$S^2$ =varianza de la puntuación total de la prueba

p= proporción de personas que obtienen cada reactivo correcto (esto se obtiene separadamente para cada reactivo)

q= proporción de personas que obtienen cada reactivo incorrecto. Para cada reactivo, q= 1- p

$\sum pq$ = suma de los productos de p multiplicado por q para cada reactivo de la prueba

La fórmula se conoce como Kuder- Richardson 20, porque fue la fórmula número 20 presentada en el famoso artículo de Kuder y Richardson (Kaplan y Saccuzo, 2006).

La coherencia interna (r) de la prueba de comprensión fue **.76**. Para medir la coherencia interna de las sub escalas actitud e intención se utilizó el Alfa de Cronbach (a). La fórmula es:

$$r = \alpha = \frac{N}{N-1} \left( \frac{S^2 - \sum s_i^2}{S^2} \right)$$

Como puede observarse, esta fórmula se ve bastante similar a la fórmula  $KR_{20}$ . La única diferencia es que  $\sum pq$  fue remplazado con  $\sum s_i^2$ . El nuevo término  $s_i^2$  es para la varianza de los reactivos individuales (i). El signo de sumatoria nos indica que debemos sumar las varianzas del reactivo individual.  $S^2$  es para la varianza de la



puntuación total de la prueba. La única diferencia real es la forma en la que se expresa la varianza de los reactivos.

La sub escala de la prueba de *actitud*, la cual contó con 8 ítems logró un Alfa ( $\alpha$ ) de **.704** y la sub escala de la prueba de *intención* que también tenía 8 ítems arrojó una coherencia interna ( $\alpha$ ) de **.884** (Véase Tabla 11). Los índices de confiabilidad obtenidos en las sub escalas del instrumento de medición pueden ser catalogados aceptables de acuerdo con la revisión de literatura.

Para hacer el análisis de confiabilidad de la sub escala de comprensión utilizamos el Test Analysis Program (TAP), el cual es efectivo para ítems dicotómicos. Se utilizó el programa SPSS para el análisis de confiabilidad de las sub escalas actitud e intención. Además, para el análisis estadístico de las pruebas de hipótesis.

**Tabla 11. Índices de confiabilidad de las escalas del instrumento de medición**

<b>Escala</b>	<b>Coefficientes de confiabilidad</b>	<b>Índice de confiabilidad obtenido <math>p &lt; 0.01</math></b>
Comprensión	Coeficiente KR-20 ( $r$ )	<b>.076</b>
Actitud	Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )	<b>.704</b>
Intención	Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )	<b>.884</b>

Dado a que el instrumento de medición tenía textos catalogados en dos niveles de dificultad se hicieron cálculos

matemáticos para obtener los índices de perspicuidad de cada lectura de acuerdo con la Fórmula de Franciso Szigriszt Pazos. Los índices obtenidos se presentan en las Tablas 12 y 13.

**Tabla12. Índices de perspicuidad**  
**Texto: Ataques al corazón**

Número de sílabas	733
Número de palabras	357
Número de frases	42
Promedio de sílabas/palabra	2,05
Promedio de sílabas/palabra	8,50
Índice de Perspicuidad	<b>70,42</b>
Nivel de dificultad	Bastante fácil

**Tabla13. Índices de perspicuidad**  
**Texto: Cáncer**

Número de sílabas	1030
Número de palabras	505
Número de frases	44
Promedio de sílabas/palabra	2,04
Promedio de palabras/frase	11,48
Índice de Perspicuidad	<b>68,29</b>
Nivel de dificultad	Medio

Para el análisis de los datos concernientes a la hipótesis número uno y dos respectivamente se utilizó la *Prueba t*, la cual permitió hacer relaciones entre los promedios obtenidos por los puertorriqueños y dominicanos que participaron en el estudio.

Para conocer la posible relación, si alguna, que existe entre la variable comprensión (independiente) y las variables catalogadas como dependientes (actitud e intención) de acuerdo con las hipótesis número tres y cuatro respectivamente se utilizó la medida paramétrica Coeficiente de Correlación  $r$  de Pearson, estadística apropiada para variables medidas por intervalos o razón.

Se realizó un Análisis de Regresión Múltiple, para predecir si existe o no una relación de dependencia entre las variables comprensión y actitud en conjunto y la variable intención según expuesto en la hipótesis número cinco.

Iniciaremos la descripción de los resultados con los datos sociodemográficos y luego procederemos a exponer los hallazgos de los análisis estadísticos referentes a la medición de las variables objetos de la investigación.

### a) Características Sociodemográficas

Como parte del instrumento de medición se diseñaron varias preguntas sobre las características sociodemográficas, las cuales brindaron un perfil de la población encuestada. Entre las preguntas se encontraba el género de los encuestados. El análisis de los datos reflejó que del total de la muestra (40 personas) 20 eran hombres obteniendo un por ciento válido de 50 y el restante 50 por ciento perteneció al género femenino. Véase Tabla 14.

**Tabla 14. Género**

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	20	50.0
Femenino	20	50.0
Total	40	100.0

Otra de las características sociodemográficas auscultada fue la edad de los encuestados. Según se observa en la Tabla 15 un 12.5 por ciento del total de la muestra indicó estar en los renglones de edad de 18 a 27 años. Otro 30.0 por ciento expresó encontrarse en los renglones de 28 a 37 años y un 22.5 por ciento expresó tener entre 38 a 47 años de edad. Un 25.0 por ciento de la muestra indicó que su edad se encontraba en el renglón de los 48 a 57 años, mientras que un 10.0 por ciento dijo estar entre las edades de 58 o más.

**Tabla 15. Edad**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 27 años	5	12.5
28 a 37 años	12	30.0
38 a 47 años	9	22.5
48 a 57 años	10	25.0
58 años o más	4	10.0
Total	40	100

El grado de educación más alto obtenido de los encuestados fue una de las características sociodemográficas analizadas y relevantes para nuestra investigación. Podemos observar en la Tabla

16 que un 5.0 por ciento del total de los encuestados puertorriqueños y dominicanos indicó encontrarse en el renglón de 1ro a 4to grado. Un 15.0 por ciento seleccionó la alternativa 5to a 8vo grado, mientras que el 35.0 por ciento especificó encontrarse en el renglón de 9no a 12mo grado. Un 30.0 por ciento indicó que había cursado de 1 a 4 años de universidad. Un restante 15.0 por ciento seleccionó la alternativa 5 años o más de universidad.

Es importante destacar que logramos paridad y control de la variable educación al seleccionar una muestra conformada por personas de ambos países con similar nivel académico de estudios. Por ejemplo: si había tres personas (femenino o masculino) de República Dominicana con un nivel de educación de 9no a 12mo grado conseguimos igual cantidad de puertorriqueños con similar nivel de educación.

**Tabla 16. Grado de educación más alto obtenido**

Renglones	Frecuencia	Porcentaje
1ro a 4to grado	2	5.0
5to a 8vo grado	6	15.0
9no a 12mo grado	14	35.0
1 a 4 años de Universidad	12	30.0
5 años o más de Universidad	6	15.0
Total	40	100

Como parte de las características sociodemográficas de la muestra se auscultó el tiempo de residencia en Puerto Rico. La mayoría de los encuestados 55.0 por ciento expresó que lleva residiendo en la Isla 16 años o más. Un 25.0 por ciento de la

población dijo que lleva residiendo en Puerto Rico de 6 a 10 años, mientras que un 12.5 por ciento seleccionó la alternativa 11 a 15 años. El restante 7.5 por ciento indicó que lleva residiendo en la isla de 1 a 5 años. Véase Tabla 17.

Finalmente, auscultamos el lugar de origen de la muestra (véase Tabla18). Un 50.0 por ciento (20 personas) indicó ser de origen puertorriqueño y el restante 50.0 por ciento (20 personas) dijo provenir de la República Dominicana.

**Tabla 17. Tiempo de residencia en Puerto Rico**

Renglones	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5 años	3	7.5
6 a 10 años	10	25.0
11 a 15 años	5	12.5
16 años o más	22	55.0
Total	40	100

**Tabla 18. Lugar de Origen**

Pais	Frecuencia	Porcentaje
Puerto Rico	20	50
República Dominicana	20	50
Total	40	100

## b) Pruebas de Hipótesis

### Prueba de hipótesis número uno

Según se expone en epígrafes anteriores nuestro estudio consideró medir lo siguiente:

H1- Existe una relación estadística significativa entre el nivel de dificultad de un texto y la comprensión de un mensaje preventivo de salud.

Como hemos expuesto en epígrafes anteriores utilizamos un cuestionario que poseía dos textos relacionados a condiciones de salud con mayor incidencia en Puerto Rico (ataques al corazón y cáncer). Dichos textos se encontraban en diversos niveles de dificultad de acuerdo con la Fórmula de Perspicuidad de Francisco Szigriszt Pazos. Los textos estaban acompañados de cuatro preguntas con 5 reactivos cada una para que el encuestado seleccionara la mejor alternativa.

Una vez obtenidos los datos se procedió con el análisis de los resultados y el uso de la Prueba t, la cual permitió hacer relaciones entre los promedios obtenidos por los puertorriqueños y dominicanos que participaron en el estudio.

Según se puede apreciar en el Tabla 19 la lectura relacionada a los ataques al corazón y catalogada como bastante fácil- de acuerdo con el índice obtenido de la Fórmula de Perspicuidad tuvo una media aritmética de 2.3500, mientras que la lectura relacionada al cáncer y catalogada con un nivel de dificultad medio reflejó una media de 2.4750. No se encontró diferencia estadística significativa ( $p > .05$ ) en las medias aritméticas de las respuestas correctas al comparar los dos niveles de dificultad (bastante fácil y medio) entre todos los participantes de la investigación. Al considerar la comprobación de la hipótesis, podemos observar que en la prueba de

comprensión, incluyendo los dos niveles de dificultad (bastante fácil y el nivel medio), se puede establecer que no disponemos de suficiente evidencia empírica para rechazar la hipótesis nula, la cual plantea que:

(Ho) No existe una relación estadística significativa entre el nivel de dificultad de un texto y la comprensión de un mensaje preventivo de salud.

Sin embargo, observamos que no hay correlación entre las variables sino tomamos en consideración en lugar de residencia de la muestra (véase Tabla 20).

**Tabla 19. Medias obtenidas en los puertorriqueños y dominicanos**

Comprensión	Media	N	Desviación estándar	Error estándar de la media
Nivel de dificultad Bastante Fácil	2.3500	40*	1.14466	.18099
Nivel de dificultad Medio	2.4750	40*	1.21924	.19278

\*N=40 puertorriqueños y dominicanos

\*N=40 puertorriqueños y dominicanos

**Tabla 20. Prueba de muestra pareada**

Comprensión	T	Df.	Sig.
Nivel de dificultad Bastante Fácil/Medio	-.696	39	.491*

\*Resultados de significancia ( $p > .05$ )



Aunque no estaba planteado en la hipótesis número 1 (H1) hacer un análisis de forma independiente para cada uno de las poblaciones en estudio (dominicanos y puertorriqueños) se procedió con el mismo de manera independiente entre ambos grupos de la muestra y encontramos lo siguiente: Sí existe diferencia estadística significativa ( $p < .05$ ) en las medias aritméticas de las respuestas correctas al comparar los dos niveles de dificultad, por lo que este dato muestra que sí hay correlación entre las variables en esta población ( $t = -2.604$ ;  $p < .05$ ). Véase Tabla 21 y 22.

**Tabla 21. Medias obtenidas en los puertorriqueños**

Comprensión	Media	N	Desviación estándar	Error estándar de la media
Nivel de dificultad Bastante Fácil	2.7000	20*	.92338	.20647
Nivel de dificultad Medio	3.2500	20*	.78640	.17584

\*N=20 puertorriqueños

\*N=20 puertorriqueños

**Tabla 22. Prueba de muestra pareada en los puertorriqueños**

Comprensión	T	Df.	Sig.
Nivel de dificultad Bastante Fácil/Medio	-2.604	19	.017

\*Resultados de significancia ( $p > .05$ )

En los que respecta a la muestra de dominicanos, no se encontró diferencia estadísticamente significativa ( $p > .05$ ) en las medias aritméticas de las respuestas correctas al comparar los dos

niveles de dificultad, por lo que no hay correlación entre las variables para esta población. Véase Tabla 23 y 24.

**Tabla 23. Medias obtenidas en los dominicanos**

Comprensión	Media	N	Desviación estándar	Error estándar de la media
Nivel de dificultad Bastante Fácil	2.0000	20*	1.25656	.28098
Nivel de dificultad Medio	1.7000	20*	1.08094	.24170

\*N= Dominicanos

\*N= Dominicanos

**Tabla 24. Prueba de muestra pareada en los puertorriqueños**

Comprensión	T	Df.	Sig.
Nivel de dificultad Bastante Fácil/Medio	1.143	19	.267

\*Resultados de significancia ( $p > .05$ )

## Prueba de hipótesis número dos

Nuestra investigación consideró la siguiente hipótesis:

H2. Existe una relación estadística significativa entre el lugar de origen de un lector y la comprensión de un mensaje preventivo de salud.

Para medir esta hipótesis fue necesario hacer análisis por separado debido que había dos niveles de dificultad en los textos. Se utilizó la Prueba T, la cual permitió hacer relaciones entre los promedios obtenidos por ambos grupos de la muestra. Según se

puede apreciar en la Tabla 25 y 26 no hubo diferencia estadísticamente significativa ( $p > .05$ ) entre los puertorriqueños y los dominicanos en el *nivel de dificultad bastante fácil*, por lo que no se encontró correlación estadística significativa entre las variables en ese nivel de dificultad. Esto implica que dado al nivel de significancia obtenido en el *nivel de dificultad bastante fácil* de la prueba de comprensión ( $p > .05$ ) se puede establecer que no disponemos de suficiente evidencia empírica para rechazar la hipótesis nula que esboza lo siguiente:

(Ho) No existe una relación estadística significativa entre el lugar de origen de un lector y la comprensión de un mensaje preventivo de salud.

**Tabla 25. Medias de comprensión (nivel de dificultad bastante fácil)**

Comprensión	Lugar de Origen	Media	N	Desviación estándar	Error Estándar de la media
Nivel de dificultad Bastante Fácil	Puerto Rico	2.7000	20*	.92338	.20647
	República Dominicana	2.0000	20*	1.25656	.28098

\*N=20 puertorriqueños

\*N=20 dominicanos

**Tabla 26. Significancia de comprensión (nivel de dificultad bastante fácil)**

Comprensión	T	Df.	Sig.
Nivel de dificultad Bastante Fácil	2.008	38	.052

\*Resultado de significancia ( $p > .05$ )

No obstante cuando analizamos la prueba de comprensión en el *nivel de dificultad medio* sí se encontró diferencia estadísticamente significativa ( $p < .05$ ) entre los puertorriqueños y los dominicanos, por lo que se encontró correlación entre las variables en ese nivel de dificultad (véase Tabla 27 y 28). Los resultados en la prueba de comprensión específicamente en el *nivel de dificultad medio* exponen que se puede establecer la suficiente y significativa aceptación de la hipótesis de investigación la cual propone lo siguiente:

(H2) Existe una relación estadística significativa entre el lugar de origen de un lector y la comprensión de un mensaje preventivo de salud.

**Tabla 27. Medias de comprensión (nivel de dificultad medio)**

Comprensión	Lugar de Origen	Media	N	Desviación estándar	Error Estándar de la media
Nivel de dificultad Medio	Puerto Rico	3.2500	20*	.78640	.17584
	República Dominicana	1.7000	20*	1.08094	.24170

\*N=20 puertorriqueños

\*N=20 dominicanos

**Tabla 28. Significancia de comprensión (nivel de dificultad medio)**

Comprensión	T	Df.	Sig.
Nivel de dificultad Medio	5.186	38	.000

\*Resultado de significancia ( $p < .05$ )

## Prueba de hipótesis número tres

Como parte del estudio se desarrollo la siguiente hipótesis:

H3- Existe una relación estadística significativa entre la comprensión de un texto y la formación de actitud favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva de salud.

Para conocer la posible relación, si alguna, que existe entre la variable comprensión (independiente) y las variable catalogada como dependiente (actitud) de acuerdo con las hipótesis número tres se utilizó la medida paramétrica Coeficiente de Correlación  $r$  de Pearson, estadística apropiada para variables medidas por intervalos o razón.

Según se puede apreciar en la Tabla 29 no se encontró correlación estadística significativa ( $p > .05$ ) entre la actitud y la comprensión en el *nivel de dificultad bastante fácil*. Los resultados permiten establecer que no disponemos de suficiente evidencia empírica para rechazar la hipótesis nula que propone:

(H<sub>0</sub>) No existe una relación estadística significativa entre la comprensión de un texto y la formación de actitud favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva de salud.

**Tabla 29. Prueba de correlación en las variables actitud y comprensión (nivel de dificultad bastante fácil)**

Variables		Comprensión Nivel Bastante fácil	Actitud Nivel Bastante fácil
Comprensión Nivel de dificultad Bastante fácil	Correlación Pearson	1	.051
	Sig. N	40	.753 40*
Actitud Nivel de dificultad Bastante fácil	Correlación Pearson	.051	1
	Sig. N	.753 40	40*

\*N=40 puertorriqueños y dominicanos

\* N=40 puertorriqueños y dominicanos

En lo que respecta a la actitud y la comprensión en el *nivel de dificultad medio* el análisis de los datos expone que no se encontró correlación significativa ( $p > .05$ ) entre las variables por lo que los datos obtenidos nos permiten establecer que no disponemos de suficiente evidencia empírica para rechazar la hipótesis nula la cual propone:

(H<sub>0</sub>) No existe una relación estadística significativa entre la comprensión de un texto y la formación de actitud favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva de salud. (véase Tabla 30).

**Tabla 30. Prueba de correlación en las variables actitud y comprensión (nivel de dificultad medio)**

Variables		Comprensión Medio	Actitud Medio
Comprensión Nivel de dificultad Medio	Correlación Pearson	1	.013
	Sig. N	40	.935 40*
Actitud Nivel de dificultad Medio	Correlación Pearson	.013	1
	Sig. N	.935 40	40*

\*N=40 puertorriqueños y dominicanos

\* N=40 puertorriqueños y dominicanos

### Prueba de hipótesis número cuatro

Nuestra investigación consideró importante auscultar lo siguiente:

H4- Existe una relación estadística significativa entre la comprensión de un texto y la intención de una persona para adoptar una conducta preventiva de salud favorable o desfavorable.

Al igual que en la hipótesis número 3 se utilizó la medida paramétrica Coeficiente de Correlación r de Pearson para conocer la posible relación, si alguna, que existe entre la variable comprensión (independiente) y las variable catalogada como dependiente (intención).

Según se puede apreciar en la Tabla 31 no se encontró correlación significativa ( $p > .05$ ) entre las variables comprensión (en el

nivel de dificultad bastante fácil) y la intención lo que permite establecer que no disponemos de suficiente evidencia empírica para rechazar la hipótesis nula que expone lo siguiente:

:

(Ho) No existe una relación estadística significativa entre la comprensión de un texto y la intención de una persona para adoptar una conducta preventiva de salud favorable o desfavorable.

**Tabla 31. Prueba de correlación en las variables comprensión (Nivel de dificultad bastante fácil) e intención**

Variables		Comprensión Bastante fácil	Actitud Bastante fácil
Comprensión Nivel de dificultad Bastante fácil	Correlación Pearson	1	.117
	Sig. N	40	.472 40*
Actitud Nivel de dificultad Bastante fácil	Correlación Pearson	.117	1
	Sig. N	.472 40	40*

\*N=40 puertorriqueños y dominicanos

\* N=40 puertorriqueños y dominicanos

Cuando analizamos la comprensión en el *nivel de dificultad medio* junto con la intención se observa que no se encontró correlación significativa ( $p > .05$ ) entre las variables (véase Tabla 32). Se puede establecer la suficiente y significativa aceptación de la hipótesis nula, la cual plantea que:

(Ho) No existe una relación estadística significativa entre



la comprensión de un texto y la intención de una persona para adoptar una conducta preventiva de salud favorable o desfavorable.

**Tabla 32. Correlación entre la comprensión (nivel de dificultad medio) e intención.**

Variables		Comprensión Medio	Actitud Medio
Comprensión Nivel de dificultad Medio	Correlación Pearson	1	.251
	Sig.		.119
	N	40	40*
Actitud Nivel de dificultad Medio	Correlación Pearson	.251	1
	Sig.	.119	
	N	40	40*

\*N=40 puertorriqueños y dominicanos

\* N=40 puertorriqueños y dominicanos

Como parte de nuestro análisis nos dimos a la tarea de tomar en consideración el lugar de origen de la muestra para hacer un análisis de correlación Pearson de forma separada con cada uno de los niveles de dificultad de los textos. Según se puede apreciar en la Tabla 33 no se encontró correlación significativa ( $p > .05$ ) entre las variables comprensión (*nivel bastante fácil*) e intención, al considerar el lugar de procedencia. Sin embargo, en el análisis que consideró el la comprensión en el texto catalogado en el *nivel de dificultad medio* sí se encontró una correlación significativa entre las variables en la población de dominicanos. Véase Tabla 34.

**Tabla 33. Correlación entre comprensión (nivel de dificultad bastante fácil) lugar de origen e intención**

Lugar de origen			Comprensión Nivel de dificultad Bastante fácil	Intención Bastante fácil
<u>Puerto Rico</u>	Comprensión Nivel de dificultad Bastante fácil	Correlación Pearson	1	.103
	Sig. (2-colas)			.666
	N			20
	Intención Nivel de dificultad Bastante fácil	Correlación Pearson	.103	1
	Sig. (2-colas)			.666
N			20	
<u>República Dominicana</u>	Comprensión Nivel de dificultad Bastante fácil	Correlación Pearson	1	.061
	Sig. (2-colas)			.798
	N			20
	Intención Nivel de dificultad Bastante fácil	Correlación Pearson	.061	1
	Sig. (2-colas)			.798
N			20	

**Tabla 34. Correlación entre comprensión (nivel de dificultad medio) lugar de origen e intención**

Lugar de origen			Comprensión Nivel de dificultad Medio	Intención Medio
<u>Puerto Rico</u>	Comprensión Nivel de dificultad Medio	Correlación Pearson	1	-.029
	Sig. (2-colas)			.903
	N			20
	Intención Nivel de dificultad Medio	Correlación Pearson	-.029	1
	Sig. (2-colas)			.903
	N			20
<u>República Dominicana</u>	Comprensión Nivel de dificultad Medio	Correlación Pearson	1	.535*
	Sig. (2-colas)			.015
	N			20
	Intención Nivel de dificultad Medio	Correlación Pearson	.535*	1
	Sig. (2-colas)			.015
	N			20

\* Correlación es significativa en el 0.05 (2-colas).

## Prueba de hipótesis número cinco

La última hipótesis desarrollada y una de las más significativas para nuestra investigación por la importancia que reviste para estudios relacionados a comunicación en salud fue la siguiente:

H5- La comprensión de un texto y la actitud en conjunto predicen de manera significativa el grado de intención de una persona para adoptar una conducta preventiva de salud favorable o desfavorable.

Los resúmenes de los resultados obtenidos y que se presentan en las tablas 35, 36, 37 y 38 nos permiten establecer que no contamos con la suficiente evidencia empírica como para rechazar la hipótesis nula:

(Ho) La comprensión de un texto y la actitud en conjunto no predicen de manera significativa el grado de intención de una persona para adoptar una conducta preventiva de salud favorable o desfavorable.

**Tabla 35. Resumen del modelo  
Comprensión: Nivel de dificultad bastante fácil**

Modelo	R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustado	Error estándar del estimado
1	.135	.018	-.035	3.94954

Predictores: Comprensión (Nivel de dificultad bastante fácil) y Actitud

**Tabla 36. ANOVA (b)**

Modelo		Suma de los cuadrados	Df	Media de los cuadrados	F	Sig.
1	Regresión	10.741	2	5.370	.344	.711
	Residual	577.159	37	15.599		
	Total	587.900	39			

Predictores: Actitud y Comprensión (Nivel bastante fácil)  
Variable dependiente: Intención

**Tabla 37. Resumen del modelo  
Comprensión: Nivel de dificultad medio**

Modelo	R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustado	Error estándar del estimado
1	.265	.070	-.020	2.46514

Predictores: Actitud y Comprensión (Nivel de dificultad medio)  
Variable dependiente: Intención

**Tabla 38. ANOVA (b)**

Modelo		Suma de los cuadrados	Df	Media de los cuadrados	F	Sig.
1	Regresión	16.929	2	8.465	1.393	.261
	Residual	224.846	37	6.077		
	Total	241.775	39			

Predictores: Actitud y Comprensión (Nivel de dificultad medio)  
Variable dependiente: Intención

Finalizada la descripción de los resultados reflejados en el estudio corresponde desarrollar en el próximo y último capítulo la discusión de los resultados y conclusiones basados en la relación con la investigación planteada y las hipótesis formuladas.



## **4. Discusión**

### **a) Relación entre los hallazgos y la teoría**

Debemos iniciar la discusión de los resultados tomando cómo base las preguntas de investigación formuladas. Estas fueron:

1) ¿El nivel de dificultad de un texto influye en la comprensión de un mensaje de comunicación en salud?

2) ¿El lugar de origen de un lector influye en la comprensión de un mensaje de comunicación en salud?

3) ¿La comprensión de un texto está relacionada con la formación de actitud favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva de salud?

4) ¿La comprensión de un texto está relacionada con la intención de una persona para adoptar una conducta preventiva de salud favorable o desfavorable?

5) ¿La comprensión de un texto junto con la actitud predicen de manera significativa el grado de intención de una persona para adoptar una conducta preventiva de salud favorable o desfavorable?

Los resultados reflejaron que el nivel de dificultad de un texto no influyó estadísticamente en la comprensión de los mensajes de salud que fueron suministrados a los puertorriqueños y dominicanos participantes en el estudio. Para apoyar la pregunta de investigación



número uno utilizamos la Teoría de Comprensión de Lectura de Kintsch y Van Dijk, la cual propone que durante el proceso de lectura ocurre una representación integrada y dinámica del texto en los denominados “modelos mentales” o “modelos de situación” en los que además de la información que ofrece la estructura gramatical del texto se integran los conocimientos previos del mundo que tiene el sujeto.

Podría considerarse que durante el proceso de lectura de la escala de comprensión los puertorriqueños y dominicanos estudiados hayan integrado el conocimiento previo que tenían de los temas presentados (ataques al corazón y cáncer) para su análisis. El conocimiento previo podría haber influenciado en los resultados obtenidos en la prueba de comprensión, los cuales fueron similares entre ambos grupos de la muestra. Los hallazgos sugieren estudios posteriores sobre el tema.

En lo que respecta a la pregunta de investigación número dos cuando analizamos la posible relación entre el lugar de origen del lector y la comprensión los resultados demostraron que en el nivel de dificultad *bastante fácil* no se reflejó diferencia estadística significativa. Sin embargo, en el nivel de dificultad catalogado como *medio* si hubo diferencia estadística significativa entre ambos grupos de la muestra.

Las teorías utilizadas de apoyo a esta pregunta de investigación fueron la Teoría de Comprensión de Texto de Kintsch y Van Dijk y la Teoría del Funcionalismo de Bronislaw Malinowski. La teoría de Kintsch y Van Dijk, sugiere que durante la lectura ocurre un proceso de representación, semántica y situacional del texto que

influye en la otorgación de significados. A base de los resultados se sugiere que a mayor nivel de dificultad de un texto, mayor probabilidad de que haya diferencia en la representación semántica y situacional desarrollada por personas de diversos lugares de origen durante el proceso de lectura de un mensaje de comunicación en salud.

Desde la perspectiva del Funcionalismo, Malinowski sugiere que la cultura sirve a las necesidades de los individuos. Según se ha discutido en el transcurso de esta investigación el lenguaje es parte esencial de la cultura. Cuando enviamos un mensaje de comunicación en salud pretendemos que los destinatarios puedan identificar una posible necesidad, entre las que se destacan el cambio de hábitos de conducta y mejores estilos en la calidad de vida. A base de los resultados de nuestra investigación se sugiere que a mayor dificultad de un texto menor probabilidad de identificar una necesidad de salud.

El hallazgo sugiere que sería recomendable para los desarrolladores de los mensajes de comunicación en salud de Puerto Rico, considerar el nivel de dificultad de los textos si éstos pretenden ser dirigidos a poblaciones multiculturales, ya que podría tener alguna influencia en el proceso de comprensión de lectura y finalmente en la posible identificación de necesidades de salud.

Desde la perspectiva del uso de fórmulas de legibilidad, los resultados del estudio sugieren el desarrollo de investigaciones posteriores sobre el tema. En específico aquellos que atiendan la posibilidad de predecir la comprensión de lectura en salud supeditado al lugar de origen del lector. Es meritorio mencionar que la fórmula de

Szigriszt Pazos, considera dentro de sus postulados el lenguaje utilizado en el texto, no así el lugar de origen de un lector. Hasta el momento todas las fórmulas de legibilidad conocidas están fundamentadas en los aspectos tipográficos y características lingüísticas del texto.

Interesados en añadir un elemento de discusión adicional a nuestro estudio nos dimos a la tarea de auscultar la posible relación, si alguna, de la comprensión en la formación de actitud e intención de conductas. Esto para responder a las preguntas de investigación número tres y cuatro respectivamente.

Utilizamos de apoyo a estas interrogantes de investigación la teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen, la cual propone que la conducta humana trata de la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamiento, los cuales se encuentran relacionados con la toma de decisiones a nivel conductual. Para que una persona adopte una conducta debe haberse formado una fuerte intención positiva.

Los resultados del estudio arrojaron que entre la población de dominicanos y puertorriqueños estudiados no se encontró una relación estadística significativa que nos permita inferir que la comprensión de un texto puede influenciar de algún modo en la formación de actitud e intención de una persona.

La Teoría de la Acción Razonada sostiene que cualquier variable externa al modelo propuesto (características demográficas, situacionales o de personalidad) puede influir sobre la intención y también, indirectamente, sobre la conducta real, sólo si influye sobre el componente actitudinal y/o sobre el componente normativo y/o

sobre sus pesajes respectivos. Es decir, que la relación entre una variable externa y la intención de llevar a cabo una conducta específica está mediada por uno o por los dos factores que determinan la intención incluyendo la actitud.

Los resultados de nuestra investigación sugieren que la variable comprensión- la cual podría catalogarse como variable externa al modelo de Fishbein y Ajzen- no tuvo influencia estadística en la actitud e intención de conductas a pesar de que la muestra estudiada poseía características demográficas distintas. Interesante el hecho de que variables externas al modelo de Fishbein y Ajzen y propuestas en esta investigación no hayan tenido alguna influencia en la formación de actitud e intención de la muestra según lo propone la Teoría de Fishbein y Ajzen. Los resultados sugieren la necesidad de nuevas investigaciones que analicen el fenómeno dado en nuestra investigación.

Cuando analizamos la posible relación, si alguna, que tiene la comprensión de un texto junto con la actitud en la formación de intención según se expuso en la pregunta de investigación número cinco, los resultados demuestran que no hubo relación estadística entre las variables. Este último resultado pone en crisis estudios relacionados a la Teoría de Acción Razonada, la cual le otorga un rol importante al constructo actitud en la formación de intención de una persona. Los resultados sugieren estudios posteriores sobre el tema.

Finalmente, desde la perspectiva del Modelo de Interacción de Esquemas Mentales propuesto por el investigador se sugiere la necesidad de su posible revisión siempre y cuando estudios

posteriores sustenten los hallazgos encontrados en esta investigación.

## **b) Limitaciones**

Luego de haber finalizado la investigación puedo mencionar como limitaciones del estudio las siguientes:

1. La cantidad de la muestra pudo haber influenciado en los resultados obtenidos, ya que no fue representativa de la población en estudio. Esto no permite hacer conclusiones generalizables a toda la población en estudio.
2. El temor que demostraron algunos de los dominicanos participantes en la investigación respecto a brindar información demográfica no asegura que dicha información sea completamente fidedigna.

## **c) Recomendaciones**

Interesado en el fortalecimiento de investigaciones concernientes al campo de la comunicación en salud desde una perspectiva intercultural se ofrece una serie de recomendaciones para futuros estudios:

1. Considero necesario que se realicen estudios posteriores con el instrumento de investigación validado y utilizado en el estudio, el cual pueda ser suministrado a una muestra representativa de la población de dominicanos y

puertorriqueños residentes en San Juan, Puerto Rico. Estudios como el sugerido podrían ayudar a reforzar los resultados obtenidos en nuestra investigación o mostrar variantes no captadas en la misma.

2. Sería meritorio el desarrollo de investigaciones que incluyan poblaciones inmigrantes de habla hispana residentes en Puerto Rico, pero que provengan de diversas zonas geográficas tales como: Suramérica, Centroamérica, otros. Sería interesante auscultar si existe alguna diferencia en la comprensión de un mensaje de salud dependiendo de la zona geográfica de procedencia del receptor.
3. Sugiero se realicen estudios adicionales que consideren el nivel de dificultad de un texto y su posible relación con la comprensión de lectura en personas de diversos lugares origen de procedencia. Los hallazgos permitirían analizar si se manifiestan tendencias que puedan reforzar los resultados obtenidos en nuestra investigación.
4. A raíz de los hallazgos encontrados sugiero la consideración de constructos externos a la Teoría de Acción Razonada, que refuercen los estudios sobre comprensión de lectura en el campo de la salud y su posible rol en la formación de conductas preventivas.

5. Sugiero el desarrollo de estudios multiculturales que ponderen la Teoría de Acción Razonada, pero con la combinación de metodologías de investigación, entre las que se destacan la cualitativa y cuantitativa. De esta forma podríamos atender algunos aspectos que tal vez no pudieron ser considerados en el reciente estudio debido al método de investigación utilizado estrictamente cuantitativo.

#### **d) Conclusiones**

Presentamos en este apartado las conclusiones a las que llega este trabajo de investigación.

1. No se observa una relación estadística significativa entre el nivel de dificultad de un texto y la comprensión entre los participantes del estudio.
2. No se observa una relación estadística significativa entre el lugar de origen de un lector y la comprensión de un mensaje de salud, específicamente en el *nivel de dificultad bastante fácil*.
3. Se observa una relación estadística significativa entre el lugar de origen de un lector y la comprensión de un mensaje de salud, en el *nivel de dificultad bastante fácil*.
4. No se observa una relación estadística significativa entre la comprensión de un texto y la formación de actitud favorable o

desfavorable hacia la realización de una conducta preventiva de salud.

5. No se observa una relación estadística significativa entre la comprensión de un texto y la intención de una persona para adoptar una conducta preventiva de salud favorable o desfavorable.
6. No se observa que la comprensión de un texto y la actitud en conjunto predicen de manera significativa el grado de intención de una persona para adoptar una conducta preventiva de salud favorable o desfavorable.





## **Bibliografía**

Aguinis, M. (2005). Diversidad cultural. Negrón B. (Ed). Diversidad cultural- El valor de la diferencia. Chile: Ediciones LOM.

Aarva, P., Haes, W. y Visser A. (1997). Health Communication Research. Patient Education and Counseling, 30, 1-5.

Aguirre, A. (1997). Cultura e identidad cultural. Introducción a la antropología. Barcelona: Bárdenas S. L.

Aguirre, A. (1993). Diccionario temático de antropología. Barcelona: Editorial España, Boixareu.

Alarcón, E. (1988). Teoría de la vida orgánica (Apuntes de Psicología). Pamplona: Pro manuscrito.

Alexander, R. (2000). Readability of published dental educational materials. JADA, 131, 937-942.

Algarra, M. (2003). Teoría de la comunicación: una propuesta. España: Tecnos.

Álvarez, O. (2005). Comportamiento organizacional. Recuperado marzo 12, 2007, de <http://www2.udec.cl>.

Antal, L. (1964). Content, meaning and understanding. The Hague, Mouton y Co.

Artigas, R., Belles, J. y Grau, M. (2003). Tipotext. Una tipologia de textos de no ficció. Direcció General de Política Lingüística. Vic: Eumo.

Arroyo, V. H. y Cerqueira, T. M. (1997). La promoción de la Salud y la educación para la salud en América Latina: Un análisis sectorial. Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico.

Artola, T. (1991). El procedimiento cloze. Revista Complutense de Educación, 2(1), 69-81.

Ausubel, D. (1963). *The psychology of meaningful verbal learning*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.

Baek, S. (1994). Implications of Cognitive Psychology for educational testing. *Educational Psychology Review*, 6(4), 373-389.

Barrera, F., Sarmiento, E. y Vargas, E. (2004). Relación de las actitudes personales y de la norma subjetiva con la actitud sexual de los adolescentes. *Revista de Estudios Sociales*, 17, 56-66.

Barrio, I. (2007). *Legibilidad y salud. Los métodos de aplicación de la legibilidad y su aplicación al diseño de folletos educativos sobre salud*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid, España.

Barth, F. (1976). *Los grupos étnicos y sus fronteras: la organización social de las diferencias culturales*. México: Fondo de Cultura Económica.

Belichón, M., Riviére, A. y Igoa, J. (1996). *Psicología del lenguaje. Investigación y teoría*. Madrid: Editorial Trota.

Berry, J. W. (1990). Psychology of acculturation: Understanding individuals moving between cultures. En R.W. Brislin (Ed.), *Applied cross-cultural psychology* (pp. 232-253). Newbury Park, CA: Sage.

Berry, J., Kim, U., Power, S., Young, M. y Bujaki, M. (1989). Acculturation attitudes in plural societies. *Applied Psychology*, 38, 185-206.

Berry, J. W. (1980). Psychology of acculturation. En J. Berman (Ed.) *Cross cultural perspectives: Nebraska symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Berry, J. W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. En A. Padilla (Ed.), *Acculturation: Theory, models and some new findings* (pp. 9-25). Boulder, CO, USA: West View.

Berlo, D. (2000). *El proceso de la comunicación. Introducción a la teoría y a la práctica* (2da. ed). Buenos Aires: Ateneo.

Berlo, D. (1978). El proceso de la comunicación: Introducción a la teoría y práctica (9na. ed.). Argentina: Talleres Gráficos Litodar.

Berlo, D. (1969). El proceso de la comunicación. Introducción a la teoría y a la práctica. Buenos Aires: Ateneo.

Birman, D. (1998). Biculturalism and perceived competence of latino immigrant adolescents. *American Journal of Community Psychology*, (26)3, 335-354.

Blanco, A. (2004). A propósito de la legibilidad de lectura. Recuperado febrero 20, 2007, de [http: www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com).

Blanco, A. y Gutiérrez, U. (2002). Legibilidades de las páginas web sobre salud dirigidas a pacientes y lectores de la población general. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 321-33.

Blumer, H. (1982). El interaccionismo simbólico: Perspectiva y Método. Barcelona: Hora.

Bofarull, M., Cerezo, M., Gil, R., Jolibert, J., Martínez, G., Oller, C., Pipkin, M., Quintanal, J., Serra, J., Solé, I. Soliva, M., Teberosky, A., Tolchinsky, L. y Vidal, E. (2006). Comprensión lectora: El uso de la lengua como procedimiento. España: Imprimeix.

Bourhis, R., Moise, L., Perreault, S. y Sénechal, S. (1997). Towards an interactive acculturation model: A social psychological approach. *International Journal of Psychology*, 32, 369-386.

Brislin, R. (1993). Understanding cultures influence on behavior. Harcourt Brace: College Publications.

Britton, B. y Graesser, A. (1996). Models understanding text. Philadelphia:LEA.

Bronckart, J. (1977). Theories du langage. Bruselas: Pierre Mardaga. (Trad. cast. Teorías del lenguaje. Barcelona: Herder, 1980).

Bruner, J. (1972). The relevance of education. Londres: George Allen and Unwin Ltd.

Buchanan, M.A. (1941). *A Graded Spanish Word Book*. University of Toronto: Press Toronto.

Cabrera, G., Tascón, J. y Lucumí, D. (2001) Creencias en Salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19 (1):91-100.

Caetano, R. (1998). Acculturation, alcohol consumption, smoking, and drug use among hispanics. *International Conference in Acculturation: Advances in Theory, Measurement, and Applied Research*. University of San Francisco, San Francisco, USA.

Calabro, K., Taylor W.C. y Kapadia, A. (1996). Pregnancy, alcohol use and the effectiveness of written health education materials. *Patient Education Counseling*, 29, 301-309.

Cantalejo, I. y Simón, P. (2003). Medición de la legibilidad de textos escritos. Correlación entre método manual de Flesch y métodos informativos. *Aten Primaria*, 31:2, 204-208.

Castella, J. (2003). Estudios actuales sobre aculturación en latinos: Revisión y nuevas perspectivas. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2): 341-364.

Castella, J. (1995). Diversitat discursiva i gramàtica. Avantatges i mites de la tipologia textual. En: *Articles de Didàctica de la llengua i de la literatura*, 4, 73-82.

Centro Nacional para el Cuidado Médico Culturalmente y Apropiado (2008). Recuperado, junio 8, 2008, de <http://www11.georgetown.edu/research/>.

Chomsky, N. (1957). *Syntactic structures*. La Haya: Mouton. (Trad. Cast. *Estructuras sintácticas*. México: Siglo XXI, 1974).

Clark, C. (1998). Acculturation, alcohol consumption, smoking, and drug use among hispanics. *International Conference in Acculturation: Advances in Theory, Measurement, and Applied Research*. University of San Francisco, San Francisco, USA.

Coseriu, E. (1986). Principios de semántica estructura (2da ed.). Madrid: Gredos.

Cuellar, I. Harris, L. y Jasso, R. (1980). An acculturation scale for mexican american normal and clinical populations. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. Vol. 2, 199-217.

Cuetos, F. (1990). Psicología de la lectura. Madrid: Escuela Española.

Dale, E. y Chall, J. (1948). A formula for predicting readability: Instructions. *Educational Research Bulletin*, 28, 37-54.

Dance, F. (1973). Teoría de la comunicación humana. Bueno Aires: Editorial Troquel.

D' Andrade, R. (1984). Cultural Meaning Systems. In *Cultural Theory: Essays on Mind, Self and Emotion*. R. A. Shweder and R. A. Levine, eds., pp.8-119. Cambridge: Cambridge University Press.

De la Mota, I. (1998). Diccionario de comunicación audiovisual. México: Trillas.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. (2000). *Healthy People 2010*. Recuperado abril 2, 2007, de <http://www.healthypeople.gov>.

Departamento de Justicia de los Estados Unidos (2003). *Statistical yearbook of the Immigration and Naturalization Service*. Retirado de <http://uscis.gov/graphics/shared/aboutus/statistics/Inmigs.htm>.

DeVos, G. (1981). *Antropología Psicológica*. España: Anagrama.

Díaz, E., Rodríguez, M., Rodríguez, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. y Robles, S. (2005). Descripción de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 15, 5-12.

DiClemente, C.C. y Hughes, S.O. (1990). Stages of Change: Profiles in Treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.

Dole, J., Duffy, G. y Roehler, L. (1991). Moving from the old to the new: Research on reading comprehension instruction. *Review of Educational Research*, 31, 239-264.

Dutta-Bergman, M. (2005). Theory and practice in health communication campaigns: A critical interrogation. *Health Communication*, 18(2), 103-122.

Draguns, J. (1975). Resocialization into culture: The complexities of taking a worldwide view of psychotherapy. En Brislin, R. y Bochner, S. y Lonner, W. (Eds.). *Cross cultural perspective on learning* (273-289). Beverly Hills, CA: Sage.

Eco, U. (1985). ¿El público perjudica a la televisión? en M. de Moragas, *Sociología de la comunicación de masas*, II, Estructura, funciones y efectos, 172-195.

Eco, U. (1977). *Tratado de semiótica general*. Barcelona: Lumen.

Fabregas, S. (1997). *Ética de las profesiones sanitarias: Contribución de las ciencias de la comunicación*. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Chile en consorcio con la Organización Panamericana de la Salud, Santiago, Chile.

Fernández, M. E. (1968). Personalidad y cultura vistas por un antropólogo. *Revista del Instituto de Cultura Puertorriqueña*, 1, 220-224.

Fernández, P. (1999). *Conocimiento previo, esquemas de género y comprensión lectora en inglés como lengua extranjera*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, España.

Fernández, J. (1959). Medidas sencillas de lecturabilidad. *Consigna* 214, 29-32.

Ferrero, J. (1975). *La comunicación*. Bilbao: Ediciones Mensajero.

Firth, R., Fortes, M., Leach, E.R., Mair, L., Nadel, S.F, Parsons, T. y otros (1974). *Hombre y cultura: La obra de Bronislaw Malinowski*. España: Siglo XXI.

Fishbein, M. (1990). Aids and behavior change: An analysis based on the theory of reasoned action. *Revista Interamericana de Psicología*, 24(1), 39-55.

Fishbein, M. y Ajzen, I. (1981). "Acceptance, Yielding and Impact: Cognitive Processes in Persuasion". En Petty, R.E.; Ostrom, T.M. y Brock, T.C. (eds.). *Message Effects in Communication Science*. California: Sage Publications.

Fishbein, M. y Ajzen, I. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior*. Massachusetts: Addison-Wesley, Reading.

Flesch, R. (1949). *The art of readable writing*. New York: Harper.

Flesch, R. (1948). A new readability yardstick. *Journal of Applied Psychology*, 32, 221-233.

Flesch, R. (1945). *How copy writers can use readability tests*. New York: Autor.

Flesch, R. (1943). *Marks of readable style: A study in adult education*. Columbia University: Teachers College.

Flores Caraballo, E.D. (1991). *The politics of culture in Puerto Rican television. A macro-micro study of English versus Spanish language television usage*. Disertación doctoral no publicada, Universidad de Houston, Texas.

Fodor, J. D. (1985). *Semántica: teorías del significado en la gramática generativa*. Madrid: Cátedra.

Fry, E. (1969). The readability graph validated at primary levels. *The Reading Teacher*, 22, 534-538.

Fry, E. (1963). *Teacher Faster Reading*. London: Cambridge Press.

Gallois, C. y Callens, V. (1997). *Communication and culture: A guide for practice*. England: John Wiley & Sons.



Galloway, R. R. (1995). Biculturalism in the United States of America: A study of Hispanics in the church of the Nazarene. Tesis doctoral no publicada. United States International University, USA.

García, E. (1993). La comprensión de textos: Modelos de procesamiento y estrategia de mejora. *Didáctica* 5, 87-113.

Geertz, C. (2006). La interpretación de las culturas. España: Editorial Gedisa.

Gordon, M. (1964). Assimilation in american life. New York: Oxford University.

Gotze, L. y Hess, L. (1989). *Knaurs Grammatik der deutschen sprache. Sprachsystem und Sprachgebrauch*. Munich: Knauer.

Green, L.W. (1989). Making health communication programs work: A planners guide. National Institute of Health Publication.

Gudykunst, W.B. (1987). Cross cultural comparisons, en C.R. Berger y S.H. Chaffee (eds.), *Handbook of Communication Science*, Londres, Sage, 847-889.

Guiraud, P. (1994). La semántica. México: FCE.

Gunning, R. (1968). The Fog index after 20 years. *Journal of Business Communication*, 6, 3-13.

Gutiérrez, E. (2005, Diciembre 19). El tiempo pasó y no nos dimos cuenta. Periódico El Nuevo Día. Recuperado el 20 de marzo de 2007, de <http://www.endi.com>.

Hall, W. (1991). La comprensión de la lectura. En Puente, A., *Comprensión de la lectura y acción docente*. Madrid: Pirámide.

Healthy People 2010 (2000). Recuperado abril 12, 2007, de <http://www.healthypeople.gov/>.

Hendrickson, R., Huebner, C. y Riedy, C. (2006). Readability of pediatric health materials for preventive dental care. *BMC Oral Health*, 6, 14.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación (4ta ed.). México: McGraw-Hill.

Hernando, L. (1995). Introducción a la teoría y estructura del lenguaje. Madrid: Editorial Verbum.

Herek, G. M., Gillis J. R., Glunt, E.K. y Lewis, J. (1998). Culturally sensitive AIDS educational videos for African American audiences: Effects of source, message, receiver and context. *American Journal of Community Psychology*, 26, 705-743.

Honing, M. (1999). My culture made me do it. En Okin, S.M. *Is Multiculturalism bad for women?* New Jersey: Princeton University Press.

Johnston, P. (1989). La evaluación de la comprensión lectora. Un enfoque cognitivo. *Visor*. Madrid. Recuperado febrero 2, 2007, de <http://www.unrc.edu.ar/publicar/cde.htm>.

Johnson, D. y Pearson, P. (1978). *Teaching Reading Vocabulary*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Johnson-Laird, P. N. (1983). *Mental models*. Cambridge: University Press. Judice, G. (2006). ¿Una o varias identidades? *Cultura, globalización y migración*. Nueva sociedad. Buenos Aires: Friedrich Ebert Stiftung.

Kaplan, R. y Saccuzzo (2006). *Pruebas psicológicas: Principios, aplicaciones y Temas* (6ta ed.). Madrid: Cengage Learning Editores

Kaul, I., Greenberg, I. y Stern, MA. (1999). *Global public goods International cooperation in the 21st Century*. Nueva York, Oxford: Oxford University Press.

Kintsch, W. (1992). A cognitive architecture for comprehension, en H.L. Pick JR.; P. Van Den Broek; D.C. Knill (eds.): *Cognition: Conceptual and methodological issues*. Washington, DC. American Psychological Association, pp. 143-163.

Kintsch, W. y Dijk, T. (1978). Toward a model of text comprehension and production. *Psychological Review*, 85, 363-394.

Kincaid, J., Fishburne, R., Rodgers, R. y Chisomm, B. (1975). Derivation of new readability formulas for Navy enlisted personnel. Millington, TN: Chief of Naval Training.

Klare, G. (1974). Assessing readability. *Reading Research Quarterly*, 1, 62-102.

Kottak, C. (2003). *Espejo para la humanidad: Introducción a la antropología cultural*. España: McGraw-Hill/Interamericana.

Kreps, G.L. y Kunimoto, E. (1994). *Effective communication in multicultural health care settings* (1ra ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Kreps, G.L. y Thornton, B.C. (1992). *Health communication: Theory and Practice* (2da ed.). Prospect Heights, IL: Waveland Press.

Kurilla, V. C.(1997). *Cultural identification and psychological well-being among hispanic professional women (Latina acculturation)*. Tesis doctoral no publicada. University of Virginia, Charlottesville, VA, USA.

Lada U. (2001). La dimensión pragmática del signo literario. *Estudios filológicos*, 38, 61-70.

Lasswell, H.D. (1985). Estructura y función de la comunicación en la sociedad, en M. de Moragas, *Sociología de la Comunicación de Masas II, Estructura, Funciones y Efectos*, Gustavo Pili, Barcelona, 50-68.

Littlejohn, S.W. (1987). *Theories of human communication*. California: Wadsworth Publishing Company.

Lindholm, C. (2001). *Culture and identity: The history theory and practice of psychological anthropology*. Boston: McGraw Hill.

Leavitt, R. (2002). Developing cultural competente in a multicultural World. *Alexandria*, 10: 36-48.

Lefley, H. (1990). Culture and chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 277-286.

Lewis, C.S. (2000). *La experiencia de leer*. Barcelona: Editorial Alba.

Lozano, J. (2007). *Teoría e investigación de la comunicación de masas*. (2da ed.). México: Pearson Comunicación.

Loureda, O. (2003). *Introducción a la tipología textual*. Madrid: Arco Libros.

Lozanov (1984) *La pedagogie interactive*. Paris: Reta.

Luria, A. (1977). *Introducción evolucionista a la psicología*. Barcelona: Fontanella.

Maibach, E. y Holtgrave, D.R. (1995). *Advances in Public Health Communication*. *Annual Review of Public Health*, 16:219-238.

Macías, A., Castro, J., y Maturano, C. (1999). Estudios de algunas variables que afectan la comprensión de textos de física. *Enseñanza de las ciencias*, 17, 431-440.

Maibach, E. y Parrott, R.L. (eds.) (1995). *Designing Health Messages: Approaches from Communication Theory and Public Health Practice*. California: Sage, Thousand Oaks.

Malinowski, B. (1978). *Una teoría científica de la cultura y otros ensayos* (A. R. Cortazar, Trad.). Buenos Aires: Editorial Sudamericana. (Trabajo original publicado en el 1948).

Malinowski, B. (1967). *Una teoría científica de la cultura y otros ensayos* (A. R. Cortazar, Trad.). Buenos Aires: Editorial Sudamericana. (Trabajo original publicado en el 1948).

Marín, M. (2001). *Lingüística y enseñanza de la lengua*. Buenos Aires: Aique.

Martínez, J. (1992). *Diccionario de información, comunicación y periodismo*. Editorial Paraninfo: Madrid.

Matos M. (2002). La lectura como un proceso cognitivo de comprensión. Su fortalecimiento en el aula, a través del uso de estrategias cognitivas y metacognitivas. Educación Integral. Reflexiones y Experiencias 4(5):135-154.

Mayor, J. y Pinillos, J.L.. (1991). Tratado de Psicología General, vol VI: Comunicación y lenguaje. Madrid: Alhambra.

Mayor, J. (1984). Psicología del pensamiento y del lenguaje. Madrid:UNED.

Meyer, B.J. (1984). Text dimensions and cognitive processing, en H. Mandll, N. L. Stein y T. Trabasso (comps.): Learning and comprehension of text, 56-79. Nueva York: Kawrence Erlbaum Associates.

McLaughlin, G. (1969). SMOG grading- a new readability formula. Journal of Reading, 12, 636-646.

Mc Quail, D. y Windhal, S. (1993). Communication models. For the study of mass communication (2da ed.). New York: Longman Publishing.

Mejías, T. (2005). Comprensión de textos escritos en el nivel universitario. Revista Ciencias de la Educación 2, 11-30.

Meyin, M. (1981). Lenguaje e identidad cultural en sociedades coloniales. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, Puerto Rico.

Mignot, X. (1996). La comunicación. Paris: Nathan.

Morales del Valle, Z., Rodríguez, J. y Alonso, L.M. (1996). Inmigración en Puerto Rico. Condiciones socioeconómicas, de vivienda y de salud para el 1990, 2,1-20.

Moreno, G. (1983). Introducción a la comunicación social actual. Madrid, España: Editorial Playor.

Morris, CH. (1958). Fundamentos de la teoría de los signos. México: Universidad Autónoma de México.

Mota, I. (1968). Diccionario de la comunicación: Televisión, publicidad, prensa y radio. Tomo 2. Madrid: Paraninfo.

Naciones Unidas (2001). Declaración Universal de la UNESCO sobre la diversidad cultural. Recuperado marzo 10, 2008, de <http://www.unesco.org/culture/pluralism/diversity/html>.

Naciones Unidas (1992). Teaching and learning about human right: A manual for schools of social work and the social work profession. New York: Author.

Nanda, S. (1982). Antropología cultural: Adaptaciones socioculturales. Iberoamérica: Wadsworth Internacional.

Naves, del C. (1989). La semiología. Madrid: Síntesis.

Neisser, U. (1976). Cognition and reality. San Francisco: W.H. Freeman.

Obregón, R., Vega, M y Lafaurie, A. (2003). Medios y salud pública: la voz de los adolescentes. Investigación y Desarrollo, 2:2, 210-237.

Olson, J. y Zanna, M. (1993). An attitude change. Annual Review of Psychology, 44, 117-154

Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado abril 2, 2007, de <http://who.org>.

Organización Panamericana de la Salud (1989). Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Recuperado enero, 24 2008, de <http://www.paho.org>.

Organización Panamericana de la Salud (1989). Promoción de Salud. Recuperado marzo,15 2007, de <http://www.paho.org.htm>.

Organización Panamericana de la Salud (2001). Manual de comunicación para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Recuperado enero, 10 2008, de <http://www.amro.who.int/Spanish/HPP/HPF/ADOL/ComSocial.pdf>.

Padierno, L. y Blasco, M. (2005). Nuevas concepciones didácticas para el diagnóstico de la habilidad de comprensión de lectura en inglés. *Correo Científico Médico de Holguín*,9, 120.

Pasquali, A. (1980). *Comunicación y cultura de masas*. Venezuela: Monte Ávila Latinoamericana.

Pavio, A. y Begg, I. (1981). *Psychology of language*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.

Pedrola, J. y Rodríguez, C. (1994). Sida y comportamientos preventivos: El modelo PRECEDE. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47:2, 151-157.

Pérez, J (1998). Evaluación de la comprensión lectora en alumnos de 12 años. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid, España.

Petty, R y Cacioppo, J. (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. *Advances in Experimental Social Psychology*,19, 123-205

Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. Nueva York: Basic Books.

Pitts, R.E., Whalen, D.J., Okeefe, R. y Murray,V. (1989). Black and white response to culturally target television commercials: A values-based approach. *Psychology & Marketing*, 6, 311-327.

Ponterotto, J. y Benesch, K. (1988). An organizational framework for understanding the role of culture in counseling. *Journal of Counseling and Development*, 66, 237-241.

Poyatos, F. (1971). Sistemas comunicativos de la cultura. *The modern language journal*, 55, 410-411.

Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy:Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.

Prochaska, J.O., DiClemente, C. y Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 9, 1102-1114.

Puente, A. (1991). *Comprensión de la lectura y acción docente*. Madrid: Pirámide.

Rade, G. (1988). La Lisibilité: Quelques aperçus neuropsychologiques. *Communication et langages*.

Raiter, A. (2003). *Lenguaje y sentido común. Las bases para la formación del discurso dominante*. Buenos Aires: Biblos.

Ramírez, J. (1987). Desarrollo del lenguaje y control de las acciones: En torno a la regulación verbal. *Infancia y aprendizaje*, 37, 71-90.

Ratzan, S. (1994). Health Communication: Challenges for the 21st century. *Behavioral Scientist*, 38, 197-380.

Raymond, E., Dalebout, S. y Camp, S. (2002). Comprehension of a prototype over-the counter label for an emergency contraceptive pill product. *Obstetrics & Gynecology*, 100, 342-349.

Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª. Ed.). Recuperado mayo, 10 2007, de <http://www.rae.es/>.

Redfield, R., Linton, R. y Herskovits, M.J. (1936). Memorandum on the study of acculturation. *American Anthropologist*, 38, 149-152.

Resinger, H. (2006). *Lengua, ecología e interculturalidad; El papel de las personas entre las convenciones y la concienciación*. Disertación doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Barcelona. España.

Reyes, G. (2007). *El abecé de la pragmática*. Madrid: Arco, Libros, S.L.

Reyes, L. (2007). *La teoría de acción razonada: Implicaciones para el estudio de las actitudes*. INED, 7, 66-77.

Rice, R. y Atkin, C. (2001). *Public communication campaigns* (3a. ed.). California: Sage Publications.



Rice, R., D Ambra, J. y More, E. (1998). Cross-culture comparsion of organizational media evaluation and choice. *Journal of Communication*, 48, 3-26.

Richaudeau, F. (1976). *La Lisibitité*. Paris: Reiz.

Rivera, R.L. (1997). *La población no puertorriqueña: su evolución del 1950 al 1990 y sus características sociodemográficas del 1970 al 1990*. Tesis de maestría no publicada, Recinto de Ciencias Médicas, Río Piedras, Puerto Rico.

Rodríguez, J. (2006). Fórmulas para predecir las condiciones de lectura de textos en español. Aplicaciones a la prensa escrita. *Revista Telos*. Recuperado abril 4, 2007, de [http://www.campusred.net/telos/anteriores/num\\_037/](http://www.campusred.net/telos/anteriores/num_037/).

Rodrigo, M. (1999). *Comunicación intercultural*. España: Anthropos.

Rodrigo, M. (1995). *Los modelos de la comunicación* (2da ed.). Madrid: Editorial Tecnos.

Rosa, R. (2007). *La diversidad cultural: Reflexión crítica desde un acercamiento interdisciplinario*. Puerto Rico: Publicaciones puertorriqueñas.

Rosa, M., Jiménez, P., Rivera, R. y Yáñez, M. (2003). Estudio descriptivo de comprensión lectora en estudiantes de 5to y 8vo año básico de la columna de Osorno. *Revista Signos*, 20, 10.

Ross, L., Kohler, C., Grimley, D. y Charkara, A.L. (2007). The theory of reasoned action to seek cancer information. *American Journal of Health Behavior*, 31(2), 123-134.

Romero, J. y González, M. (2001). *Prácticas de comprensión de lectura. Estrategias para el aprendizaje*. España: Alianza Editorial.

Rubiera, G., Arbizu, R., Alzueta, A., Agúndez, J., y Riera, J. (2003). La legibilidad de los documentos de consentimiento informado en los hospitales de Asturias. *Gaceta Sanitaria* 18,153-158.

Ruiz de Mendoza, F. (1991). La teoría de los esquemas o conocimiento previo y su aplicación en los procesos de comprensión del inglés escrito. Tesis Doctoral sin publicar. Departamento de Filología Inglesa y Alemana, Universidad de Zaragoza.

Rumbo, J., Arantón, L., Goas, I., Reyes, U. López, N. Rivera, P. y Campos J. (2005). Legibilidad de la documentación escrita en UCI. *Enfermería Cardiovascular*, 10, 1-3.

Rumelhart, D.E. (1980). Schema: the building blocks of cognition. En R.J. Spiro et al. (dir): *Theoretical issues in reading comprehension*. Hillsdale, New Jersey: LEA.

Rumelhart, D.E. y Norman, D.A. (1978)/ Schemata and the cognitive systema, en R.S. Wyer y T.K. Srull (eds): *Handbook of social cognition* (pp. 95-114), Hillsdale, Nueva Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.

Rush, R. (1985). Assesing readability: Formulas and alternatives. *Reading Teacher*, 39, 274-283.

Sabogal, F., Otero-Sabogal, R., Jenkins, Ch., & Pérez-Stable, E. J. (1996). Printed health educational materials for diverse communities: lessons learned from the field. *Health Education Quarterly*, 23, 123-141.

Samovar, L. A., Porter, R.E. y Jaín, N.C. (1988). *Understanding Intercultural Communication* (5ta ed.). Belmont: Wodsworth Publishing.

San Martin, H. (1982). *La crisis mundial de la salud*. Madrid: Editorial Karpos.

Sánchez, A. y Beato, M. (2001). *Psicología de la memoria: Ámbitos aplicados*. Madrid: Alianza Editorial.

Sánchez,C. y Deyanira, A. (2005). El reto de la enseñanza de la comprensión lectora. *Revista Magisterio – Educación y Pedagogía*, 15 –18.

Sánchez, E. (1993). Los textos expositivos: estrategias para mejorar su comprensión. Madrid: Santillana.

Santacruz, J. (1987). Psicología del lenguaje. Procesos. Madrid: UNED.

Santiuste, V. (1990). Teorías del lenguaje: implicaciones educativas. Revista Complutense de Educación, 1(3), 435-450.

Sapir, E. (1984). El lenguaje: introducción al estudio del habla. (2da ed.). México: FCE.

Saussure, F. (2007). Curso de lingüística general. Buenos Aires: Losada, S. A.

Saussure, F. (1969). Curso de lingüística general. Buenos Aires: Losada, S. A.

Schramm, W. (1954). How communication works. En Wilbur Schramm (ed). The process and the effects of mass communication, University of Illinois Press: Urbana.

Secretaria Auxiliar de Planificación y Desarrollo (2008). Incidencias de mortalidad en Puerto Rico. División de Análisis Estadístico del Departamento de Salud de Puerto Rico.

Senior, P. A. y Bhopal, R. (1994). Ethnicity as variable in epidemiological research. British Medical Journal, 309, 1-10.

Siguán, M. (1987). Actividades de Lev S. Vygotski. Barcelona: Editorial Anthropos.

Simpson, M. (1990). Toward an Ecological Assessment of Reading Progress. Milwaukee: Wisconsin state reading association.

Spaulding, S. (1958). A Spanish readability formula. The Modern Language journal, 12, 433-441.

Spaulding, S. (1956). A Spanish Readability Formula. Modern Language Journal, 40, 433-441.

Spaulding, S. (1951). Two formulas for estimating the reading difficulty of Spanish. *Educational Research Bulletin*, 30, 117-124.

Spector, R. (1991). *Cultural diversity in health and illness* (3ra ed). New York: Appleton Century Crofts.

Spencer, H. (1852). *The philosophy of Style*. New York: Appleton.

Steinberg, S. (1981). *The ethnic myth: Race, ethnicity and class in America*. Boston: Beacon Press.

Stefani, D. (2005). Teoría de la acción razonada; Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. *Evaluar*, 5, 1-16.

Sternberg, R. (1999). *Cognitive psychology* (2da ed.). Yale University: Harcourt Brace College Publishers.

Szapocznick, J. Kurtines, W (1980) Bicultural involvement and adjustment in hispanic american youth. En Padilla, A.M. (Ed) *Acculturation: theory, models, and some new findings*. Colorado: Boulder.

Szigriszt, F. (1993). *Sistemas predictivos de legibilidad del mensaje escrito: Fórmula de Perspicuidad*. Tesis de doctorado, Universidad Complutense, Madrid, España.

Tajima, K. y Sonoda, S. (1996). *Ethnoepidemiology of Cancer*. Tokyo: Japan Scientific Societies Press.

Thines, G y Lempereur, A. (1978). *Diccionario General de Ciencias Humanas*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Thompson, I. (2000). *Introduction to the communication wheel*. Watkinsville, GE: Wormhole.

Thorndike, E.L (1921). *The Teacher's Word Book*. Nueva York: Teacher's College, Columbia University.

Thorndike, P. y Yekovich, F. (1980). A critique of schema-based theories of human story memory. *Poetics*, 9, 23-49.

Tinker, M.A. (1963). *Legibility of Print*. Iowa: Iowa State University Press.

Valery, O. (2000). Reflexiones sobre la escritura a partir de Vygostky. *Educere*,3, 38-43.

Van Dijk, T. A. (1989). *La ciencia del texto. Un enfoque interdisciplinarios*. Traducción de Sibila Huzinger. 1ª reimpr. Barcelona; Buenos Aires; México: Paidós . (Orig. 1978. *Tekstwetenschap. Een interdisciplinaire inleiding*. Amsterdam: Het Spectrum).

Van Dijk, T. A., y Kintsch, W. (1983). *Strategies of discourse comprehension*. New York: Academic Press.

Vásquez, M., Argote, L., Castillo, E., Cabrera, M., González, D., Mejía, M. Villaquirán, M. (2005). Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes: una experiencia desde la teoría de acción razonada. *Colombia Médica*, 36 (3), 14-24.

Vizer, E. (2002). Ciencias de la comunicación: paradigma del siglo XX? Sobre la especificidad de la comunicación: construir sentido sobre el proceso de hacer sentido. *Ciberlegenda*, 2002. Recuperado enero 29, 2005 de: <http://www.uff.br/mestcii/vizer1.htm>.

Vygotsky, L (1987). *Lenguaje y pensamiento*. Buenos Aires: La Pleyade.

Vygotsky, L. (1977). *Lenguaje y pensamiento*. Buenos Aires: La Pleyade.

US Census Bureau (2003). *Census 2000 Data for Puerto Rico*. Recuperado junio 3, 2007, de <http://www.census.gov/census2000>.

Walter, I. (2005). Discurso inaugural (pp.15-18). En Negrón B. (Ed) *Diversidad cultural- el valor de la diferencia*. Chile: Ediciones LOM.

Walters, T., Foxworth, M. y Priest, S. (1997). The picture of Health? Message standardization and recall of televised AIDS public service announcements. *Public Relations Review*, 23, 143-159.

Watson, J. (1924). Behaviorism. Nueva York: Norton.

Werlich, E. (1983). A text grammar of English. 2a ed. Heidelberg: Queller y Meyer.

Wilson, C. y Gutiérrez, F. (1995). Race, multiculturalism and the media. (2da ed.). California: Sage Publications.

Winkelman, S. (2003). Cultural competence and leadership development. Puerto Rico Public Health Leadership Institute.



## **Apéndices**

Apéndice A- Consentimiento informado los participantes de la prueba piloto

**Universidad Pompeu Fabra**  
**Programa Doctoral de Comunicación Social**  
**Hoja de Consentimiento para participación en estudio de investigación**

Esta hoja de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor pregunte al investigador encargado o a cualquier personal del estudio para que explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente.

Título:

Influencias del lenguaje y origen de un lector en la comprensión de mensajes de comunicación en salud y en la formación de actitud e intención hacia la realización de una conducta preventiva.

Investigador:

Iván Ríos Hernández

Lugar:

---

Introducción:

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio.

Propósito del estudio:

El estudio tiene como propósito observar si existe alguna influencia del origen nacional de un lector en la comprensión de mensajes de salud y en la formación de intención y actitud hacia la realización de una conducta de prevención de enfermedades del corazón y cualquier tipo de cáncer. Los resultados del estudio se utilizarán sólo con propósitos académicos.



Participantes del estudio:

Puertorriqueños e inmigrantes de origen dominicano residentes en Santurce.

Procedimientos:

Los participantes recibirán un cuestionario con varias preguntas, las cuales deberán ser contestadas utilizando las alternativas de respuesta suministradas en el documento.

Confidencialidad:

La identidad y privacidad de los participantes no será divulgada ni utilizada en ningún momento. No será necesario escribir el nombre y ninguna otra información al momento de llenar el cuestionario.

Consentimiento:

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas.

Yo autorizo el uso y la divulgación de los resultados del estudio a las entidades antes mencionadas en este consentimiento para los propósitos descritos anteriormente.

---

Nombre del Participante

---

Firma del Participante

---

Fecha

## Apéndice B- Instrumento de Medición

Instrucciones: Este cuestionario tiene como objetivo principal identificar la influencia del lenguaje y origen de un lector en la comprensión de mensajes de comunicación en salud y en la formación de actitud e intención hacia la realización de una conducta preventiva. Toda la información suministrada en este cuestionario se mantendrá en estricta confidencialidad y sólo se utilizará de forma resumida sin identificación del participante. Favor de llenarlo en su totalidad marcando una cruz (X) en cada pregunta. Recuerde NO se deben marcar dos opciones. Agradecemos su tiempo y compromiso en proveer esta información para beneficio de la salud de la población residente en Puerto Rico.

### I- Datos Generales

1. Género: \_\_\_\_\_ 1. Masculino    \_\_\_\_\_ 2. Femenino

2. Edad: \_\_\_\_\_ 1. 18-27 años  
\_\_\_\_\_ 2. 28-37 años  
\_\_\_\_\_ 3. 38-47 años  
\_\_\_\_\_ 4. 48-57 años  
\_\_\_\_\_ 5. 58 años o más

3. Grado de educación más alto obtenido

\_\_\_\_\_ 1. 1ro a 4to grado  
\_\_\_\_\_ 2. 5to a 8vo grado  
\_\_\_\_\_ 3. 9no a 12mo grado  
\_\_\_\_\_ 4. 1 a 4 años de universidad  
\_\_\_\_\_ 5. 5 años o más de universidad

4. Tiempo de residencia en la Isla

\_\_\_\_\_ 1. 1 a 5 años  
\_\_\_\_\_ 2. 6 a 10 años  
\_\_\_\_\_ 3. 11 a 15 años  
\_\_\_\_\_ 4. 16 años o más

### II- Lugar de Origen

5. \_\_\_\_\_ 1. Puerto Rico  
\_\_\_\_\_ 2. República Dominicana

### **III- Nivel de Dificultad y Comprensión**

#### **Lectura número 1**

**Instrucciones: Primero lea los párrafos que se presentan a continuación.**

#### **¿Qué es un ataque al corazón?**

Un ataque al corazón (también llamado infarto al miocardio) es cuando parte del músculo cardíaco se daña o muere porque no está recibiendo oxígeno. Las arterias (vasos sanguíneos) llevan oxígeno al corazón. La mayoría de los ataques al corazón son por causa de un bloqueo en estas arterias. Usualmente, el bloqueo es causado por aterosclerosis que es la acumulación de depósitos de grasa (llamados placa) dentro de la arteria. Esta acumulación es como mugre que se acumula dentro de una tubería y retarda el flujo del agua. Los ataques al corazón también pueden ser por causa de un coágulo de sangre que se atora en una parte estrecha de alguna arteria que se dirige al corazón. Hay más probabilidad de que se formen coágulos en lugares en donde la aterosclerosis ha logrado que la arteria se haga más estrecha.

#### **¿Cómo puedo evitar tener un ataque al corazón?**

Hable con su médico de familia acerca de sus factores de riesgo específicos (vea el cuadro abajo) para un ataque al corazón y cómo reducir las probabilidades de padecerlo. Su médico le puede decir lo siguiente:

- Deje de fumar. Su médico le puede ayudar. Si no fuma no empiece a fumar.
- Coma una dieta saludable. Disminuya las comidas ricas en grasas saturadas y sodio (sal) con el objeto de bajar el colesterol y la presión sanguínea. Pregúntele a su médico cómo comenzar una dieta saludable.
- Controle su nivel de azúcar en la sangre si usted tiene diabetes.
- Haga ejercicio. Esto suena difícil si no ha hecho ejercicio por algún tiempo, pero trate de ir aumentando hasta alcanzar por lo menos 30 minutos de ejercicio aeróbico (aquel que aumenta su frecuencia cardíaca ) cuatro veces por semana.
- Baje de peso si está pasado de peso. Su médico le puede aconsejar acerca de las mejores formas de perder peso.
- Controle su nivel de azúcar en la sangre si usted tiene hipertensión.

Hable con su médico acerca de si la aspirina le ayudaría a disminuir el riesgo de tener un ataque al corazón. La aspirina puede ayudar a prevenir que su sangre forme coágulos que eventualmente bloqueen las arterias.

---

**Ahora seleccione la mejor alternativa con una (x). Recuerde NO se deben marcar dos opciones.**

6) Podemos resumir que los párrafos anteriores nos orientan principalmente sobre...

- 1 \_\_\_\_ Formas de evitar los ataques al corazón
- 2 \_\_\_\_ Los ataques al corazón y formas de evitarlos
- 3 \_\_\_\_ Consecuencias de los ataques al corazón
- 4 \_\_\_\_ Causas de los ataques al corazón
- 5 \_\_\_\_ Ninguna de las anteriores

7) La idea principal del texto es...

- 1 \_\_\_\_ Síntomas de los ataques al corazón
- 2 \_\_\_\_ Importancia de ver al médico
- 3 \_\_\_\_ Importancia de prevenir los ataques al corazón
- 4 \_\_\_\_ Alternativas para evitar los ataques al corazón
- 5 \_\_\_\_ Ninguna de las anteriores

8) Podríamos indicar que los ataques al corazón...

- 1 \_\_\_\_ Son hereditarios
- 2 \_\_\_\_ No pueden controlarse adecuadamente
- 3 \_\_\_\_ No tienen cura
- 4 \_\_\_\_ Pueden evitarse con buenos estilos de vida
- 5 \_\_\_\_ Ninguna de las anteriores

9) (SELECCIONE ORDEN CORRECTO). De acuerdo con la información presentada en la lectura relacionada a los ataques al corazón, una persona debe...

- 1 \_\_\_\_ Conocer qué es un ataque al corazón, hablar con el médico acerca de sus factores de riesgo y saber cómo evitarlos
- 2 \_\_\_\_ Saber cómo evitarlos, hablar con el médico acerca de sus factores de riesgo y conocer qué es un ataque al corazón
- 3 \_\_\_\_ Hablar con el médico acerca de sus factores de riesgo, conocer qué es un ataque al corazón y saber cómo evitarlos
- 4 \_\_\_\_ Conocer qué es un ataque al corazón, saber cómo evitarlos y hablar con el médico acerca de sus factores de riesgo
- 5 \_\_\_\_ Ninguna de las anteriores

## **Lectura número 2**

**Instrucciones:** Primero lea los párrafos que se presentan a continuación.

### **¿Qué es el cáncer?**

El cáncer no es una enfermedad, sino más bien muchas enfermedades. De hecho, hay 100 tipos de cáncer. Todos los cánceres empiezan en las células. Las células son las unidades básicas que forman los tejidos del cuerpo. Para entender mejor qué es el cáncer, es necesario saber cómo las células normales se vuelven cancerosas. El cuerpo está compuesto por muchos tipos de células. Estas células crecen y se dividen para producir nuevas células conforme el cuerpo las necesita. Cuando las células envejecen, mueren y son reemplazadas por células nuevas.

Pero a veces, este proceso ordenado de división de células se descontrola. Células nuevas se siguen formando cuando el cuerpo no las necesita. Cuando esto pasa, las células viejas no mueren cuando deberían morir. Estas células que no son necesarias pueden formar una masa de tejido. Esta masa de tejido es lo que se llama tumor. No todos los tumores son cancerosos. Los tumores pueden ser benignos o malignos. El nombre del cáncer depende del órgano o tipo de célula donde empezó u originó. Por ejemplo, el cáncer que empieza en el estómago se llama cáncer de estómago. Algunos cánceres no forman tumores. Por ejemplo, la leucemia es un cáncer de la Medula Ósea (el tejido esponjoso dentro de los huesos).

### **¿Cuál es la causa del cáncer?**

Los científicos han aprendido que el cáncer es causado por cambios en los genes que controlan el crecimiento y la muerte normal de las células. Ciertos estilos de vida y factores ambientales pueden convertir algunos genes normales en genes que permiten el crecimiento del cáncer. Muchos cambios genéticos que conducen al cáncer son el resultado del uso del tabaco, dieta inadecuada, exposición a los rayos ultravioleta (UV) del sol o a sustancias carcinógenas en el lugar de trabajo o el ambiente. Algunas alteraciones genéticas son heredadas de los padres. Sin embargo, el haber heredado una alteración en un gen no siempre significa que la persona se verá afectada por el cáncer.

### **¿Puede prevenirse el cáncer?**

Aunque no existe alguna forma garantizada de prevenir el cáncer, la gente puede reducir las posibilidades de padecer cáncer al seguir alguna de las recomendaciones que se presentan a continuación:

- No usar productos de tabaco.

- Escoger alimentos con menos grasa y comer más verduras, frutas y grano integral.
- Hacer ejercicios con regularidad y mantener un peso saludable.
- Evitar los rayos dañinos al sol, usar protector solar y ropa que proteja la piel.
- Hablar con el médico sobre los posibles beneficios de medicamentos que se han comprobado reducen el riesgo de que se presenten algunos tipos de cáncer.

### ¿Cómo se trata el cáncer?

El cáncer puede tratarse con cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal o con terapia biológica. El médico puede usar un método o una combinación de métodos, dependiendo del tipo y ubicación del cáncer, de si la enfermedad se ha extendido, la edad y salud general del paciente y de otros factores. Puesto que el tratamiento para el cáncer puede dañar también células y tejidos sanos. Con frecuencia causa efectos secundarios.

---

**Ahora seleccione la mejor alternativa con una (x). Recuerde NO se deben marcar dos opciones.**

10) Podemos resumir que los párrafos anteriores nos orientan principalmente sobre...

- 1 \_\_\_\_ 100 tipos de cáncer
- 2 \_\_\_\_ El cáncer y sus consecuencias
- 3 \_\_\_\_ Las células cancerosas
- 4 \_\_\_\_ Tratamientos para el cáncer
- 5 \_\_\_\_ Ninguna de las anteriores

11) La idea principal del texto es...

- 1 \_\_\_\_ El cáncer impide realizar actividades del diario vivir
- 2 \_\_\_\_ Cuan triste es el cáncer para los que lo padecen
- 3 \_\_\_\_ Algunas formas de evitar el cáncer
- 4 \_\_\_\_ Lo que todos debemos saber sobre el cáncer
- 5 \_\_\_\_ Ninguna de las anteriores

12) Podríamos indicar que el cáncer...

- 1 \_\_\_\_ Es causado por cambios en los genes
- 2 \_\_\_\_ No se puede reducir la probabilidad de padecerlo
- 3 \_\_\_\_ No causa efectos secundarios
- 4 \_\_\_\_ Siempre es hereditario
- 5 \_\_\_\_ Ninguna de las anteriores

13) (SELECCIONE ORDEN CORRECTO). De acuerdo con la información presentada en la lectura sobre cáncer, una persona para prevenir esta enfermedad debe...

- 1 \_\_\_\_\_ No usar productos de tabaco, hablar con el médico sobre los posibles beneficios de los medicamentos y evitar los rayos dañinos al sol
- 2 \_\_\_\_\_ Evitar los rayos dañinos al sol, evitar los rayos dañinos al sol y hablar con el médico sobre los posibles beneficios de los medicamentos
- 3 \_\_\_\_\_ No usar productos de tabaco, evitar los rayos dañinos del sol y hablar con el médico sobre los posibles beneficios de los medicamentos
- 4 \_\_\_\_\_ Evitar los rayos dañinos al sol, no usar productos de tabaco y hablar con el médico sobre los posibles beneficios de los medicamentos
- 5 \_\_\_\_\_ Ninguna de las anteriores

### III- Actitud

**Instrucciones: Para cada una de las siguientes afirmaciones indique la credibilidad que le otorga a cada una de éstas.**

14. Las personas que no adoptan conductas preventivas podrían tener como resultado un ataque al corazón.

\_\_\_\_\_ (5) Completamente cierto    \_\_\_\_\_ (4) Cierto    \_\_\_\_\_ (3) Ni falso/ni cierto  
\_\_\_\_\_ (2) Falso    \_\_\_\_\_ (1) Completamente falso

15. El infarto (ataque al corazón) hace que el corazón se dañe o muera por falta de oxígeno.

\_\_\_\_\_ (5) Completamente cierto    \_\_\_\_\_ (4) Cierto    \_\_\_\_\_ (3) Ni falso/ni cierto  
\_\_\_\_\_ (2) Falso    \_\_\_\_\_ (1) Completamente falso

16. Hablar con el médico sobre los factores de riesgo de un ataque al corazón sería beneficioso para mantener la salud.

\_\_\_\_\_ (5) Completamente cierto    \_\_\_\_\_ (4) Cierto    \_\_\_\_\_ (3) Ni falso/ni cierto  
\_\_\_\_\_ (2) Falso    \_\_\_\_\_ (1) Completamente falso

17. Tener conductas de riesgo puede causar un ataque al corazón.

\_\_\_\_\_ (5) Completamente cierto    \_\_\_\_\_ (4) Cierto    \_\_\_\_\_ (3) Ni falso/ni cierto  
\_\_\_\_\_ (2) Falso    \_\_\_\_\_ (1) Completamente falso

18. La gente puede reducir la probabilidad de padecer cáncer evitando conductas de riesgo.

\_\_\_\_(5)Completamente cierto    \_\_\_\_ (4)Cierto    \_\_\_\_ (3)Ni falso/ni cierto  
\_\_\_\_(2)Falso    \_\_\_\_ (1)Completamente falso

19. No reducir la probabilidad de padecer cáncer con una adecuada prevención podría ayudar al desarrollo de tumores cancerosos.

\_\_\_\_(5)Completamente cierto    \_\_\_\_ (4)Cierto    \_\_\_\_ (3)Ni falso/ni cierto  
\_\_\_\_(2)Falso    \_\_\_\_ (1)Completamente falso

20. Eliminar las grasas de las comidas evitaría el padecimiento de algún tipo de cáncer.

\_\_\_\_(5)Completamente cierto    \_\_\_\_ (4)Cierto    \_\_\_\_ (3)Ni falso/ni cierto  
\_\_\_\_(2)Falso    \_\_\_\_ (1)Completamente falso

21. La falta de ejercicio podría aumentar la probabilidad de padecer cáncer.

\_\_\_\_(5)Completamente cierto    \_\_\_\_ (4)Cierto    \_\_\_\_ (3)Ni falso/ni cierto  
\_\_\_\_(2)Falso    \_\_\_\_ (1)Completamente falso

#### **IV- Intención**

**Instrucciones: Para cada una de las siguientes afirmaciones seleccione el grado de probabilidad que usted le otorga a cada una de éstas.**

22. ¿Cuán probable es que usted visite a un médico en los próximos 3 meses para conocer el estado de salud de su corazón?

\_\_\_\_(5)Muy probable    \_\_\_\_ (4)Probable    \_\_\_\_ (3)Poco Probable  
\_\_\_\_(2)Nada probable    \_\_\_\_ (1) Indeciso

23. ¿Cuán probable es que usted dialogue con un médico en los próximos 3 meses sobre sus factores de riesgo de un ataque al corazón?

\_\_\_\_(5)Muy probable    \_\_\_\_ (4)Probable    \_\_\_\_ (3)Poco Probable  
\_\_\_\_(2)Nada probable    \_\_\_\_ (1) Indeciso



24. Mi intención de reducir la probabilidad de tener un ataque al corazón a partir de los próximos 3 meses siguiendo las recomendaciones de mi médico sería...

\_\_\_(5)Muy probable      \_\_\_(4)Probable    \_\_\_(3)Poco Probable  
\_\_\_(2)Nada probable    \_\_\_(1) Indeciso

25. Mi intención de iniciar una conducta preventiva a partir de los próximos 3 meses para evitar un ataque al corazón sería...

\_\_\_(5)Muy probable      \_\_\_(4)Probable    \_\_\_(3)Poco Probable  
\_\_\_(2)Nada probable    \_\_\_(1) Indeciso

26. ¿Cuán probable es que usted intente conocer en los próximos 3 meses a través de un médico si tiene la probabilidad de padecer algún tipo de cáncer?

\_\_\_(5)Muy probable      \_\_\_(4)Probable    \_\_\_(3)Poco Probable  
\_\_\_(2)Nada probable    \_\_\_(1) Indeciso

27. Mi intención de comenzar una buena dieta a partir de los próximos 3 meses para evitar padecer algún tipo de cáncer sería...

\_\_\_(5)Muy probable      \_\_\_(4)Probable    \_\_\_(3)Poco Probable  
\_\_\_(2)Nada probable    \_\_\_(1) Indeciso

28. ¿Cuán probable es que usted busque información médica en los próximos 3 meses sobre formas de prevenir algún tipo de cáncer?

\_\_\_(5)Muy probable      \_\_\_(4)Probable    \_\_\_(3)Poco Probable  
\_\_\_(2)Nada probable    \_\_\_(1) Indeciso

29. Mi intención de reducir la probabilidad de padecer algún tipo de cáncer a partir de los próximos 3 meses teniendo una buena calidad de vida sería...

\_\_\_(5)Muy probable      \_\_\_(4)Probable    \_\_\_(3)Poco Probable  
\_\_\_(2)Nada probable    \_\_\_(1) Indeciso

**GRACIAS POR PARTICIPAR**

## **Apéndice C- Respuestas correctas de la prueba de comprensión**

Lectura: Ataques al corazón

Pregunta # 6 – Respuesta correcta: Alternativa # 2

Pregunta # 7 – Respuesta correcta: Alternativa # 3

Pregunta # 8 – Respuesta correcta: Alternativa # 4

Pregunta # 9 – Respuesta correcta: Alternativa # 4

Lectura: Cáncer

Pregunta # 10 – Respuesta correcta: Alternativa # 2

Pregunta # 11 – Respuesta correcta: Alternativa # 4

Pregunta # 12 – Respuesta correcta: Alternativa # 1

Pregunta # 13 – Respuesta correcta: Alternativa # 3

## Apéndice D- Documento para prueba piloto

**Instrucciones:** Este cuestionario tiene como objetivo principal identificar la influencia del lenguaje y origen de un lector en la comprensión de mensajes de comunicación en salud y en la formación de actitud e intención hacia la realización de una conducta preventiva. Toda la información suministrada en este cuestionario se mantendrá en estricta confidencialidad y sólo se utilizará de forma resumida sin identificación del participante. Favor de llenarlo en su totalidad marcando una cruz (X) en cada pregunta. Recuerde NO se deben marcar dos opciones. Agradecemos su tiempo y compromiso en proveer esta información para beneficio de la salud de la población dominicana residente en Puerto Rico.

### Observaciones:

1. ¿Las instrucciones se comprenden?

---

2. ¿El vocabulario utilizado en las lecturas, preguntas o ítems son fáciles de entender?

---

3. ¿Las respuestas se entienden o son confusas?

---

4. ¿Consideran corto o largo el instrumento?

---

5. Señale palabras confusas dentro de las instrucciones, preguntas (ítems) o respuestas.

---

6. ¿La letra utilizada y su tamaño la consideran adecuada si o no?

---

7. ¿Si se les diera la oportunidad de eliminar una pregunta en cada lectura, cuál eliminarían y porqué?

---

8. ¿Han tenido suficiente tiempo para llenar el cuestionario? ¿SI o No?

---

## Apéndice E- Consentimiento informado para los participantes del estudio

### **Universidad Pompeu Fabra Programa Doctoral de Comunicación Hoja de Consentimiento para participación en estudio de investigación**

Esta hoja de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor pregunte al investigador encargado o a cualquier personal del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente.

Titulo:

Influencias del lenguaje y origen de un lector en la comprensión de mensajes de comunicación en salud y en la formación de actitud e intención hacia la realización de una conducta preventiva.

Investigador:

Iván Ríos Hernández

Lugar:

---

Introducción:

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio.

Propósito del estudio:

El estudio tiene como propósito observar si existe alguna influencia del origen nacional de un lector en la comprensión de mensajes de salud y en la formación de intención y actitud hacia la realización de una conducta de prevención de enfermedades del corazón y cualquier tipo de cáncer. Los resultados del estudio se utilizarán sólo con propósitos académicos.

Participantes del estudio:

Puertorriqueños e inmigrantes de origen dominicano residentes en Santurce.

Procedimientos:

Los participantes recibirán un cuestionario con varias preguntas, las cuales deberán ser contestadas utilizando las alternativas de respuesta suministradas en el documento.

Confidencialidad:

La identidad y privacidad de los participantes no será divulgada ni utilizada en ningún momento. No será necesario escribir el nombre y ninguna otra información al momento de llenar el cuestionario.

Consentimiento:

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas.

Yo autorizo el uso y la divulgación de los resultados del estudio a las entidades antes mencionadas en este consentimiento para los propósitos descritos anteriormente.

---

Nombre del Participante

---

Firma del Participante

---

Fecha

