



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología

"EL MEXICANO Y LA VASECTOMIA, UN ESTUDIO
ACTITUDINAL

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a n :

Ana Lilia Grimberg Grabelsky

Emilio Roberto Merino Peralta

Director de Tesis: Dr. Rodolfo E. Gutiérrez M.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

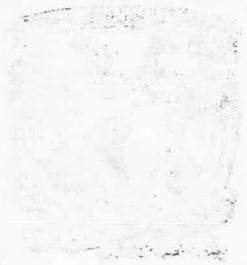
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Filosofía y Letras



EL MEXICANO Y LA VANDALISMO EN ESTUDIO

ADICIONAL

75053.08
UNAM. 44
1984

M. - 20332

Apr. 1127

LIBRERIA DE LA UNAM

Por este estudio se...

...de la Universidad Nacional Autónoma de México

...de la Facultad de Filosofía y Letras

A la memoria de mi padre

3246

A mi madre

A mi hijo Aaron

sin palabras, porque el silencio es grande

Lilian.

A mis padres,

por su inapreciable y constante apoyo

A mi hermana Azucena

Emilio Roberto

A1 Dr. Rodolfo E. Gutiérrez Martínez

por su invaluable orientacion e
inmensurable paciencia.

A los integrantes del H. Jurado

A nuestros maestros,
por su estímulo y dedicación.

A nuestros familiares y amigos
por su directa o indirecta colaboración

Lilian y Emilio

".... La ciencia no puede crear fines y aún menos, instalarlos en los seres humanos; puede, a lo sumo, suministrar los medios para alcanzar ciertos fines".

Alberto Einstein.

".... Nosotros nos juzgamos de acuerdo a lo que sentimos somos capaces de hacer, sin embargo, la gente nos juzga por lo que hemos hecho...."

Anónimo.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I Diversos enfoques hacia la planificación familiar.	4 ✓
1.- Concepto de planificación familiar.	4 ✓
2.- Políticas respecto a la planificación familiar.	7 ✓
3.- El caso de México	11 ✓
3.1.- Realidad demográfica en México.	14 ✓
3.2.- Plan de acción y proyección demográfica en México.	22
3.3.- Conclusiones.	37
CAPITULO II Patrones socioculturales involucrados en la planificación familiar en México.	39 ✓
1.- Concepto de cultura.	39 ✓
2.- Dos aspectos culturales en México: Machismo y Religión con respecto a la planificación familiar.	42 ✓
3.- Implicaciones psicosociales en la planificación familiar.	46 ✓
3.1.- Influencia de la sociedad en el deseo de tener hijos.	47 ✓
3.2.- Deseo de embarazo y de tener más hijos.	48 ✓
3.3.- Costos económicos, sociales y emocionales de los hijos.	49
3.4.- El problema de los hijos indeseados	51
4.- La vasectomía como método de control natal.	53 ✓
CAPITULO III Actitudes.	58
1.- Definición y componentes de las actitudes.	58
2.- Funciones de las actitudes.	61
3.- Medición de las actitudes	66

CAPITULO IV	Metodología. Diseño experimental.	71
1.-	Planteamiento del problema.	71
2.-	Hipótesis de trabajo.	71
3.-	Definición de conceptos.	73
4.-	Elección y características de la muestra.	74
5.-	Instrumento	76
6.-	Procedimiento.	82
6.1.-	Elaboración y validación de la escala.	82
6.2.-	Aplicación de la escala.	87
CAPITULO V	Resultados y conclusiones.	89
1.-	Análisis estadísticos.	89
1.1.-	Resultados.	89
2.-	Interpretación de resultados y conclusiones.	116
CAPITULO VI	Sugerencias para futuras investigaciones.	130
1.-	Evaluación crítica.	130
2.-	Apéndices	132-147
3.-	Bibliografía	148

INTRODUCCION

Hemos considerado importante contribuir al estudio de la participación masculina en el control de la natalidad a través de la medición de las actitudes que el mexicano sustenta ante la vasectomía, con el fin de cooperar en la solución de los diversos problemas que genera la explosión demográfica - incontrolada y así facilitar el logro de un crecimiento demográfico acorde a las necesidades nacionales.

La conducta del hombre, en contraste con las formas inferiores de vida, no está principalmente condicionada por los instintos, sino que puede transformarse por medio del aprendizaje. Así, aún dentro de los límites de la tradición, hay espacio considerable para la adaptación individual y social, ya que la cultura es un producto humano y está sujeta a los efectos del cambio.

La medición de actitudes permitirá descubrir cuáles son los elementos que están involucrados y que influyen en la aceptación de la vasectomía como método de control natal y - de este modo, enfocar los resultados en dirección de la Planificación Familiar, es decir, podremos predecir cuál será la conducta si conocemos el tipo de actitudes que la sustentan y también sabremos cuáles son los aspectos que deberán ser modificados, ya sean culturales, sociales, psicológicos o de alguna otra clase que favorezcan un crecimiento familiar

consciente en la población nacional.

Si bien es cierto que existen numerosos estudios sobre actitudes, también es cierto que al inicio de nuestra investigación, nos encontramos con escasa información que relacione la medición de actitudes con el uso de un método anticonceptivo como lo es la vasectomía, ya que parece ser que la responsabilidad del control natal se le atribuye exclusivamente a la mujer.

Dada la originalidad del tema, profundizaremos hasta encontrar las limitaciones ideológicas que sustentan la pobre participación del varón en esto que corresponde conjuntamente a la pareja.

La presente investigación en su primera etapa, se desarrolla dentro de un marco teórico que proporciona la información existente sobre planificación familiar, control natal y aspectos socioculturales sobresalientes a fin de relacionar la importancia e influencia que tienen sobre la actitud del varón mexicano ante el crecimiento demográfico. También se revisarán brevemente las principales teorías existentes sobre actitudes, a fin de introducir al lector en su manejo y medición.

La segunda etapa corresponde al diseño experimental, en la que se elabora una escala de actitud tipo Likert que consiste en una serie de items o juicios, previamente validados, ante los cuales se solicita la reacción del sujeto. El estí-

mulo que se presenta al individuo, representa la propiedad - que estamos interesados en medir y las respuestas son solici-
tadas en términos de grados de acuerdo o desacuerdo que el -
sujeto tenga con la sentencia en particular.

Dicha escala de actitud se aplicará a varones mexicanos -
cuya edad fluctúa entre los veinte y los cuarenta y cinco -
años, católicos, casados o solteros, con escolaridad media-
superior, superior y profesional, con conocimiento acerca de
la vasectomía que pertenezcan a cualquier clase económica, -
así como vasectomizados y no vasectomizados

El número de la muestra se establece de acuerdo a los re-
querimientos estadísticos que demanda la investigación. Por
consiguiente la investigación se lleva a cabo apegándose a
los requisitos metodológico-experimentales para que los re-
sultados proporcionen no tan sólo alternativas y sugerencias
sino soluciones más directas a la realidad del problema po-
blacional.

Es ampliamente conocida por todos la preocupación que la
UNAM tiene por mejorar las condiciones de vida, no sólo del
estudiante universitario, sino de la población en general y
el presente estudio intenta contribuir al bienestar nacional.

"EL MEXICANO Y LA VASECTOMIA, UN ESTUDIO ACTITUDINAL"

C A P I T U L O I

1.- CONCEPTO DE PLANIFICACION FAMILIAR

Entendemos por Planificación familiar, la libertad de la pareja para decidir el número de hijos que desea procrear y el momento que considera más conveniente para tenerlos de acuerdo a sus condiciones de salud, estado económico y emocional.

A diferencia de la planificación familiar, el Control Natal se refiere a los métodos que se utilizan para lograr la planificación familiar y que, en general, significan establecer un control de las probables y futuras concepciones a través de los diferentes métodos anticonceptivos.

A partir de 1972, el tema sobre Planificación Familiar ha tenido una gran divulgación y aún con la actual propaganda que el Gobierno Federal emite a través de los distintos medios de difusión, todavía más del 50% de las mujeres en edad fértil no utilizan los métodos anticonceptivos para planificar su familia.

Los resultados obtenidos en el último censo, demuestran que el programa que actualmente realiza el Gobierno Federal es un programa de planificación familiar incompleto, y que para realizarlo en su totalidad habría que incluir estudios

que como el presente, permitieran incidir en aspectos culturales y actitudinales que conlleven a lograr los resultados deseados en la reducción demográfica.

Existen múltiples razones que de alguna forma obstaculizan una adecuada planificación familiar; entre ellas mencionaremos las premisas socioculturales, la religión y el analfabetismo. Por ejemplo: entre las razones socioculturales involucradas está aquella idea de que la mujer nació para ser "madre" y "ama de casa", de que tener una familia numerosa - permite saber y demostrar la virilidad masculina; la inseguridad del hombre al embarazarse a su mujer no le permitiría a ella "engañarlo" y la inseguridad de la mujer al dejarse embarazarse para tener "amarrado" al hombre y evitar así que se produzca el temido abandono.

En la medida que la mujer se incorpore a la población - económicamente activa y abandone paulatinamente los roles anteriormente descritos se facilitará de alguna forma la planificación familiar.

Por otra parte, la religión ha impedido de alguna forma el control natal y el aborto, señalando entre otras razones las siguientes: que los hijos son designios superiores al ser humano y que por lo tanto, éste no tiene decisión sobre ellos; la religión así contribuye a limitar el ejercicio de una planificación familiar satisfactoria.

Al mismo tiempo, el analfabetismo también ha sido un obtáculo importante, favoreciendo falacias como las anteriormente descritas. Hay que hacer notar que la falta de recursos económicos también propicia deficiencia en las áreas mencionadas. Por otro lado la incorporación paulatina de la población a los planes de desarrollo nacionales, permitirá alcanzar metas como las que se han llevado a cabo en países altamente desarrollados propiciando el bienestar nacional.

Para que la planificación familiar funcione se debe poner al alcance de las parejas la información necesaria que permita tener el conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos (los cuales se describirán en el apéndice A) y concientizarlas para que tengan hijos cuando lo consideren más adecuado, porque estamos seguros que cuando se toma la decisión de planificar se forman familias satisfechas de su composición.

Pero ¿Cuáles son los factores que impiden que una pareja que ya no desea más hijos acuda a solicitar información y los servicios correspondientes? o ¿Por qué cuando tienen la información y el conocimiento necesario no los utilizan?. En este aspecto es donde interviene la Psicología.

Para lograr responder a estas preguntas nos centraremos en un solo método anticonceptivo, la vasectomía por ser éste el motivo de la presente investigación, cuyas ventajas y desventajas se mencionan en el capítulo correspondiente; mientras tanto, expondremos brevemente cómo ha evolucionado el problema de planear la familia y las acciones que se han llevado a cabo para solucionarla.

2.- POLITICAS RESPECTO DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

A medida que se han divulgado las investigaciones científicas y los pronósticos demográficos, el problema de la población ha adquirido matices políticos, esto ha determinado que cada vez un número más grande de países, establezcan políticas sobre población.

Las estrategias demográficas obviamente varían de acuerdo con las condiciones prevaescentes y las perspectivas de desarrollo de cada país.

Los gobiernos de algunos países de la Europa Oriental, así como algunos países desarrollados en Europa Occidental, han considerado que el serio detrimento de la tasa de fecundidad y la reducción de sus índices de crecimiento hicieron necesaria una nueva política dirigida a impulsar la fecundidad para incrementar la población. De acuerdo a estas políticas se han proporcionado facilidades a las madres y a los hijos: recursos externos para ayudar a la procreación; oportunidades para las generaciones jóvenes; medios para reconciliar la maternidad con las funciones sociales; prestigio y apreciación social por las familias numerosas.

Por ejemplo, en Alemania Demócrata donde en 1970 la población ascendía a 17.06 millones de habitantes, el índice de crecimiento fue en descenso hasta llegar en 1977 a menos de 0.3% con una población de 16.77 millones. La diferencia entre el índice de natalidad (11.6%) y el índice de mortali-

dad (14%) se inclina a favor de la mortalidad en 3.6%; esto justifica las razones que tuvo el Gobierno Alemán Demócrata para impulsar el crecimiento demográfico a través de diversos incentivos.

En países del tercer mundo donde los índices de crecimiento son extremadamente altos, las políticas gubernamentales - han sido incrementar el uso de métodos anticonceptivos e incluso en algunos casos se ha utilizado la persuasión. En su caso, la India implantó incentivos monetarios a través de - servicios médicos a nivel masivo para promover la vasectomía. Bangladesh amenazó con la limitación diaria de alimentos y - la esterilización de quienes tengan más de dos hijos. Sin embargo, estas políticas sobre población no han tenido los resultados esperados debido principalmente a la insuficiencia de servicios médicos y de los programas de planificación familiar tan tardíamente implantados.

Debido a estas condiciones surgió la necesidad de analizar a un alto nivel gubernamental el problema de la planificación familiar y en acuerdo a los requerimientos de cada país y para esto, en agosto de 1974 se llevó a cabo en Bucarest, Rumania, la Conferencia Mundial de Población en la que participaron alrededor de 150 países para exponer sus alternativas de solución y formular un plan de acción mundial ante este problema el cual se basa en los siguientes aspectos:

- 1.- Mejorar los niveles y calidad de vida de los pueblos.
- 2.- Proteger a la familia que es la unidad básica de la

sociedad mediante leyes y políticas apropiadas.

3.- Integrar a la mujer en el proceso de desarrollo en to
dos los ámbitos.

4.- Disminuir mediante la planificación familiar las ta-
sas de crecimiento de la población en países en desarrollo -
del nivel actual del 2.4% anual al 2% para 1985 y a menos de
.7% en los países desarrollados; así la tasa mundial de pobla
ción disminuiría del 2 al 1.7% aproximadamente.

5.- Reducir la morbilidad y la mortalidad en la mayor me-
dida posible, alcanzandose esto junto con el desarrollo so-
cial y económico general.

6.- Incrementar el intercambio de experiencias en la pre-
vención y tratamiento de las enfermedades.

7.- Controlar la migración a través de crear la infraes-
tructura necesaria para disminuir la atracción hacia los -
principales centros de trabajo, apoyando esto en la coopera-
ción internacional y respetando el derecho de libertad de -
circulación y residencia del ser humano.

Durante la conferencia se llegaron a las siguientes con-
clusiones:

1.- Incumbe a cada Gobierno la responsabilidad de deci-
dir su propia política y formular sus programas de acción pa
ra hacer frente a los problemas de población, de progreso -
económico y social. Se recomienda firmemente que las políti-

cas nacionales se formulen y ejecuten en base al respeto de los derechos humanos universalmente reconocidos y aún fomentándolos.

2.- Corresponde a cada Gobierno determinar y evaluar los problemas que en todos los campos se presenten, para que se puedan adoptar decisiones racionales, dinámicas y con pleno conocimiento de causa en materia de población y desarrollo.

3.- Cooperación internacional que permita lograr en materia de población el desarrollo demográfico deseado, tomando en cuenta, los derechos internacionales en la cual la asistencia técnica o financiera no se inmiscuya en las políticas nacionales del país consultante.

Evidentemente legislar sobre materia de población favorece un crecimiento demográfico adecuado a las necesidades nacionales, sin embargo, en el caso de México consideramos además necesario promover en cada uno de los mexicanos la responsabilidad sobre el crecimiento familiar, sin olvidar el factor educativo que propiciará un cambio que modifique la realidad demográfica tan aludida últimamente; este cambio sólo será palpable hasta aquellas generaciones que posean ideologías y principios diferentes de las actuales.

Hay que reconocer que en cierta forma se han obtenido algunos resultados que si bien no son del todo satisfactorios, ni se han logrado a través de métodos adecuados, si han ayudado a

controlar el crecimiento demográfico. La importancia de los mé todos promueve la necesidad de mejorarlos sustancialmente para lograr un desarrollo demográfico acorde con las necesidades na cionales.

3.- EL CASO DE MEXICO

Al término de la guerra contra los Estados Unidos de Norteamérica se había perdido una gran parte del territorio mexi cano y aún quedaban grandes extensiones de tierra que no esta ban pobladas, por esto, las políticas de los diferentes gobier nos mexicanos a partir de entonces y hasta 1972 tenían necesi dad de ser pronatalistas, es decir, fomentaban el crecimiento demográfico, pudiéndose ejemplificar a últimas fechas con lemas tales como "Poblar para Gobernar".

En 1900 existían alrededor de 13.6 millones de habitantes y al inicio de la Revolución Mexicana en 1910, el total de la población ascendía a 15.1 millones de habitantes.

En 1921 había descendido a 14.3 millones, durante la guerra interna disminuyó el número total de la población y dejaba a México cansado, desgastado y en dificultad para defender se de un posible ataque exterior, por esto las políticas sobre materia de población hacían intentos, de una u otra forma, para promover un crecimiento demográfico acelerado que permii-

tiera poblar nuestro territorio, o al menos, ningún intento en contra. En el período 1900-1950 la población fue duplicada, re pitiéndose este fenómeno en sólo veinte años, de 1950-1970, - época que coincide con la etapa de mayor crecimiento económico y social. (Ver tabla 1).

A partir de 1940, el país entró a una nueva etapa de desarrollo impulsada por diferentes aspectos (intensificación de actividades agropecuarias, industrialización, etc.) Aunado a - esto la aplicación de una tecnología sanitaria y de gasto social, ha permitido como resultado, una sobrevivencia de la población que se traduce en un aumento de las tasas de crecimiento que de 1.7% en la década 1930-1940 pasó a 3.4% de 1970-1976.

El primer cambio se llevó a cabo a principios de 1972, - cuando el Presidente en turno declaró que la planificación familiar era un derecho que debería ser asequible a todos los - que le solicitaren, apoyando dicha política con lemas tales co mo "la familia pequeña vive mejor"

Este cambio en la política gubernamental en materia de po blación se debió a que el índice de crecimiento aumentaba en - forma alarmante y mal distribuida en todos aspectos, dando lu gar a problemas socioeconómicos, políticos y culturales.

Desde el período de 1972-1976 se empezaron a observar las primeras manifestaciones en el descenso de la natalidad, principalmente en las zonas urbanas y en los grupos sociales de in

TABLA No 1

POBLACION TOTAL Y POR SEXO 1900 - 2000

(En miles)

<u>AÑO</u>	<u>TOTAL</u>	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>
1900	13,607.3	6,752.1	6,855.2
1910	15,160.4	7,504.5	7,655.9
1921	14,334.8	7,003.8	7,331.0
1930	16,552.7	8,119.0	8,433.7
1940	19,653.6	9,695.8	9,957.8
1950	25,791.0	12,969.9	13,094.1
1960	34,923.1	17,415.3	17,507.8
1970	50,694.6	25,584.8	25,109.8

1980	69,902.0	35,260.7	34,641.3
1990	87,488.7	44,107.8	43,380.9
2000	100,249.1	50,493.8	49,755.3

FUENTE: 1900-1960: Censos generales de Población, Dirección General de Estadística S.I.C.

1970: Población Censal Corregida por subenumeración proyectada al 30 de junio de 1970. Sría. Programación y Presupuesto C.S.N.I. DGE'78

1980-2000: Estimación del CONAPO en Proyección Programática (de la cual se hablará más adelante) (Tasa de crecimiento del 1% al año 2000). La realidad en 1980 fue de un total de 67.4

gresos medios y altos. Entre 1976-1977 la tasa de crecimiento a través de la encuesta mexicana de fecundidad, levantada por la Coordinación General del Sistema Nacional de Información - de la Secretaría de Programación y Presupuesto permitió estimar la tasa de crecimiento de 3.2%. Para 1978, con los datos de la Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Métodos - Anticonceptivos, levantada por la Coordinación del Programa - Nacional de Planificación Familiar, se calculó la tasa de crecimiento en una cifra ligeramente superior al 2.9%, en 1980 - se estimó en 2.7%; en 1981 los medios de difusión divulgaron una tasa aún inferior (2.5%).

3.1. REALIDAD DEMOGRAFICA EN MEXICO

El comportamiento demográfico en México está determinado por tres grandes aspectos: mortalidad, natalidad y migración.

En cuanto a la variable mortalidad, el crecimiento económico con factores técnicos derivados de la medicina, han producido una disminución importante de la mortalidad, de 23.4 - defunciones por cada 1000 habitantes en 1940 a 8.5 en 1978 y 8.3 en 1980.

Este significativo descenso se debió principalmente a una baja en la tasa de morbilidad y mortalidad infantil, la cual alcanzaba niveles de 125.7 defunciones por cada mil nacimientos en 1940.

En 1979 esta tasa se redujo a más de la mitad, 56.8 defunciones por cada mil nacimientos. El descenso de la mortalidad ha dado lugar a un aumento en la esperanza de vida en la población mexicana. En 1979 era de 66 años para las mujeres y 62 años para los hombres, mientras que 39 años antes, las mujeres alcanzaban 41 años y los hombres 38 años en promedio.

La mortalidad presenta diferencias en las distintas regiones del país, siendo menor en donde la cantidad y calidad de servicios públicos permiten niveles de bienestar más altos.

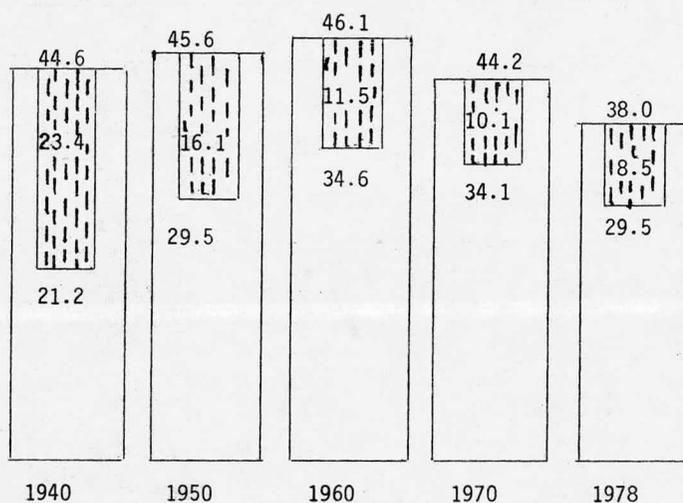
En 1970, la natalidad descendió de 44.2 nacimientos por cada mil habitantes a 41.5 en 1975 y hasta 34 en 1980; esto representa una disminución de casi un 25% en los últimos diez años. Se observa con toda claridad que de dicho descenso, una tercera parte ocurrió durante el quinquenio 70-75 y las dos terceras partes restantes durante el período 76-80. Lo anterior indica que si bien la disminución de la fecundidad se inició a principios de los setentas, la organización e integración de la política demográfica y de planeación familiar en el marco de la programación del desarrollo integral a nivel nacional han acelerado este proceso.

En la tabla 2(pág. 16) se muestra la natalidad mortalidad y el crecimiento natural por cada mil habitantes a partir de 1940 hasta 1978.

TABLA No 2

TASAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD 1940 - 1978

	<u>1940</u>	<u>1950</u>	<u>1960</u>	<u>1970</u>	<u>1978</u>
Na talidad	44.6	45.6	46.1	44.2	38.0
Mortalidad	23.4	16.1	11.5	10.1	8.5
Crecimiento Natural	21.2	29.5	34.6	34.1	29.5



 Natalidad: Nacimientos por cada mil habitantes

 Mortalidad: Defunciones por cada mil habitantes

Crecimiento Natural: Diferencia entre la natalidad y mortalidad.

FUENTE: 1940 a 1970: Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas. S.P.P.

1978: Estimación del CONAPO con base a estadísticas vitales corregidas por subenumeración de natalidad y mortalidad.

TABLA No 3

ENTIDADES FEDERATIVAS SEGUN SU
CATEGORIA MIGRATORIA. 1978.



TASA DE CRECIMIENTO SOCIAL

-  Fuerte atracción más del 1%
-  Débil atracción del .6 al 1%
-  Equilibrio del .5 al -5%
-  Débil Expulsión del -.6 al -1%
-  Fuerte Expulsión menos de -1%

FUENTE: Política Demográfica Regional, CONAPO 1979.
Tasa de crecimiento social-tasa de inmigración-tasa de emigración.

La información demográfica de los Estados permite definir tres grupos de entidades federativas: El primero se caracteriza por niveles de natalidad en franco descenso, inferiores a 34 nacimientos por cada mil habitantes y en él reside cerca del 39% de la población. Este grupo se integra por Baja California norte, Chihuahua, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas, Colima, México D.F., entidades en las que se registra un proceso de urbanización acelerado, una diversificación de la economía, una creciente proporción de mujeres que participan en la actividad económica, mejores niveles educativos y un mayor acceso a los servicios de salud.

El segundo grupo, compuesto por diez entidades, en donde reside el 27% de la población, ha iniciado recientemente el descenso de su natalidad, que se estima como promedio en 1980 en 36 nacimientos por cada mil habitantes; este grupo está constituido por Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Jalisco, Morelos, Nayarit, San Luis Potosí, Sinaloa, Veracruz y Yucatán.

El tercer grupo que cuenta con el 34% de la población total, tiene una tasa de natalidad alrededor de 42 nacimientos por cada mil habitantes, y lo conforman las catorce entidades restantes; es en este grupo donde la fecundidad ha permanecido estable.

La migración ha aumentado considerablemente en los últimos treinta años. (ver tabla 3 y 4). En 1940, 105 de cada mil habitantes cambiaban de lugar, mientras que en 1970 fue-

ron 154 de cada mil. El problema de la migración interna no solamente radica en el constante incremento de su volumen - sino también en que las corrientes migratorias se dirigen a unas cuantas ciudades.

Se estimó que en 1977 más de 18 millones de habitantes se concentraban en tres áreas metropolitanas, representando el 27% de la población mexicana. Esta concentración urbana se dió en las siguientes zonas:

Area metropolitana de la ciudad de México, 14 millones de habitantes.

Area metropolitana de Guadalajara, 2.5 millones de habitantes.

Area metropolitana de Monterrey, 2.1 millones de habitantes

El crecimiento urbano desmesurado se debe a la concentración de servicios gubernamentales, de enseñanza superior y de actividades culturales en general, así como de servicios de distribución.

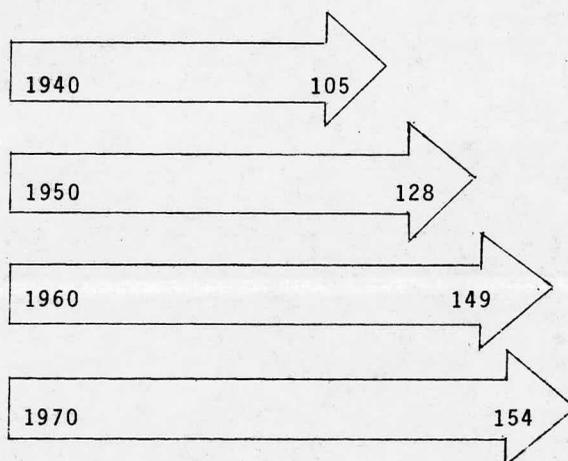
El comportamiento interrelacionado de las variables demográficas descritas anteriormente (mortalidad, natalidad y migración) han producido los siguientes efectos sobre el proceso demográfico en México.

a) Incrementos notables en el volumen y la tasa de crecimiento de la población total del país hasta que se tomaron

TABLA No 4

MOVILIDAD DE LA POBLACION, 1940-1970
NUMERO DE PERSONAS QUE CAMBIARON DE
LUGAR DE RESIDENCIA.

(En miles)



FUENTE: México Demográfico. Breviario.

Consejo Nacional de Población. México, 1979.

nuevas medidas en el control de la natalidad a partir de 1972.

El X censo general de población y vivienda, que llevó a cabo el Gobierno de México a través de la Secretaría de Programación y Presupuesto el día 4 de junio de 1980 señaló como cifra preliminar, que la población mexicana asciende a 67.4 millones de habitantes, cantidad que, comparada con la de 1970, ha permitido estimar el crecimiento para la década en 3.2% y para mediados de 1980 en poco menos del 2.7%. Con base en la cifra sin corregir la población aumentó en 19.2 millones de habitantes en el período 70-80, obteniéndose una tasa de crecimiento intercensal (tasa promedio) de 3.2%.

b) Concentración cada vez mayor de la población en edades jóvenes menores de quince años.

c) Incrementos notables del volumen y la tasa de crecimiento de la población urbana del país, así como cambios en la distribución geográfica de la población. (concentración de grupos humanos).

Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente, se puede deducir que las altas tasas de incremento demográfico y las intensas corrientes migratorias campo-ciudad, ambos resultados del subdesarrollo, están retrasando la solución adecuada a los problemas de empleo, educación, salud y vivienda, es decir, el ritmo de crecimiento, el volumen de la población, la composición por edades y su especial distribución, dan lu

gar a una serie de aspectos que afectan el bienestar de la población. Por ello, se está ejerciendo una creciente presión sobre el sistema educativo, vivienda, ocupación, etc., que resulta muy difícil de afrontar debido al ya importante déficit que arrastra el país. Por estas razones es indispensable una solución adecuada al problema de la explosión demográfica y en el siguiente subtema se expondrá el plan de acción que se ha implementado para tratar de lograr dicha solución.

3.2 PLAN DE ACCION Y PROYECCION DEMOGRAFICA

La importancia de un sistema de planificación familiar fue evidenciada durante los primeros años de gobierno (1972) del Presidente en turno puesto que se consideró que el crecimiento demográfico empezaba a ganar la partida al desarrollo de la economía y entre otros factores se justificaba la acción gubernamental para implantar los programas de planificación familiar dentro de un marco de interés económico y social según reclamen las necesidades de volumen, estructura y dinámica de la población. En base a esto, el Presidente declaró que la planificación familiar era considerada por el Estado Mexicano como un derecho inalienable y que por lo tanto debería ponerse al alcance de todas las familias mexicanas que lo solicitaran.

Así, hasta 1973, la Ley General de Población que había sido evidentemente poblacionista sufre el comienzo del primer cambio cuando el Ejecutivo envía al Congreso de la Unión la iniciativa de ley para su modificación y que de esta forma - cumpliera con las necesidades del país; ésta es aprobada y entra en vigor a partir del 5 de febrero de 1974.

El objetivo general de esta nueva ley establece: "..... adecuar los programas de desarrollo económico y social a las necesidades que planteen el volumen, la estructura, dinámica y distribución de la población". (Boletín Informativo núm. 2 Conapo).

Partiendo de éste objetivo principal, se derivaron los siguientes ordenamientos:

a) Realización de programas de planificación familiar a través de servicios educativos, de salud pública, del sector público y privado con el objeto de regular racionalmente el crecimiento de la población.

b) Disminución de la mortalidad, influencia de la dinámica demográfica a través de los sistemas educativos, de salud pública, de capacitación profesional, técnica y de protección a la infancia.

c) Promoción de la plena integración de los grupos marginados al desarrollo nacional, haciendo énfasis en la población femenina.

d) Promoción de la movilización de la población entre -

distintas regiones con el objeto de adecuar su distribución geográfica a las posibilidades del desarrollo regional, - etc.

Esta nueva Ley, en sus artículos quinto y sexto crea - el Consejo Nacional de Población que es un organismo interse - cretarial integrado por un representante de la Secretaría - de Gobernación que es el titular del ramo y que funge como presidente del mismo, y un representante de la Secretaría - de Educación Pública, Salubridad y Asistencia, Hacienda y - Crédito Público, Relaciones Exteriores, Trabajo y Previsión Social, de la Presidencia y un representante del Departamen - to de Asuntos Agrarios y de Colonización.

El CONAPO tiene a su cargo dictar la política demográ - fica del país con el objeto de incorporar a la población en los programas de desarrollo económico y social.

Se presentaron una serie de problemas desde el inicio de estos programas oficiales y fueron:

- 1) Falta de experiencia y personal capacitado.
- 2) Problemas entre la adaptación y manejo de los pro - gramas con las estructuras administrativas del sector públi - co y consecuentemente el impedimento para desarrollar una - acción coordinada.
- 3) Se produjo información incorrecta de las institucio - nes involucradas en relación a las metas cuantitativas y de

mográficas.

4) En muchos casos las instituciones ofrecieron servicios de planificación familiar duplicando la prestación de los mismos.

5) Se descuidaron ciertos sectores, sobre todo los más - necesitados; fundamentalmente en las zonas rurales.

En el año de 1977, se crea la Coordinación Nacional de Planificación Familiar para unificar las instituciones involucradas. El motivo fundamental de su creación es el de no repetir los errores anteriores y por lo tanto se decidió ubicar a esta Coordinación dentro del más grande nivel institucional - con el objeto de que sus "... acciones tuvieran el grado conveniente de obligatoriedad entre las organizaciones miembros." (Perlo Cohen Dora, Tesis, pág. 82)

La política demográfica considera dos objetivos principales:

A) Inducir la reducción de la fecundidad y con ello el - crecimiento de la población.

B) Racionalizar la distribución de los flujos migratorios para lograr un poblamiento acorde con un desarrollo regional más equilibrado, ambos con pleno respeto a la libertad individual.

Con este sentido, el Consejo instrumentó un programa de integración, estableciendo mecanismos de coordinación inter-institucional con la Secretaría de Programación y Presupuesto

para la incorporación de los elementos de la política demográfica en el plan global de desarrollo; con el Sector de Asentamientos Humanos, proveyendo insumos de información y análisis sociodemográficos en la formulación y reajuste de los planes de desarrollo urbano; con la Comisión Consultiva del Empleo, encabezada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, - el proceso de elaboración del Plan Nacional del Empleo, particularmente en la determinación de estimaciones de oferta de trabajo a nivel nacional y estatal; con el Sector Salud, en la coordinación sistemática del programa de planificación familiar mediante el establecimiento de metas de cobertura de usuarias, de estrategias a seguir en la prestación regional de servicios médicos y en los aspectos de educación sexual y planificación familiar; con la Secretaría de Educación Pública para la conformación e institucionalización de los programas de educación sexual y educación en población y para establecer su propia planeación de la demanda educativa futura y con el sector Agropecuario, en el establecimiento de grupos de trabajo formados por el Consejo y la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos, para coadyuvar en su programación a mediano y largo plazo.

En 1980 para apoyar los objetivos antes mencionados de la política demográfica en las áreas de comunicación, educación e información, aumentaron significativamente los esfuerzos de comunicación, recibiendo el más amplio apoyo oficial.

Aprovechando el tiempo del gobierno Federal, durante el año pasado, en coordinación con la Televisión Mexicana, se difundieron cerca de 30,000 mensajes educativos y de información por todos los canales de televisión del país. El 87% se dirigieron al auditorio de provincia y el 13% restante al D.F. La difusión por 550 radioemisoras alcanzó la cifra de 255,000 mensajes; el 90% correspondió a la provincia y el 10% al D.F. Estos programas permitieron una cobertura superior al 85% de la población del país, lo cual significa que aún más de 10.5 millones de habitantes no recibieron ni por radio ni por televisión tal información.

Dentro del área de educación, los conocimientos, actitudes y valores acerca de la sexualidad están íntimamente ligados con los patrones de conducta reproductiva y constituyen la posibilidad de lograr una mejor calidad de vida para la persona, la familia y los grupos sociales. De esta forma, el CONAPO ha venido realizando, intensamente, los programas que se han concertado y compartido con las dependencias del Sector Salud y Seguridad Social, así como de la Secretaría de Educación Pública, a través de la Dirección de contenidos y métodos que elabora los libros de texto, y la Dirección de Capacitación y Mejoramiento Profesional del Magisterio; además con las promotoras del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, las Facultades y Escuelas de Medicina y Enfermería y la Confederación Nacional de Padres de Familia.

El análisis de la información más reciente indica que - tanto en el crecimiento natural como en el social se han logrado algunos avances positivos; el primero demostrado por el descenso en la tasa de crecimiento (de 3.2% en 1970 a 2.7 en 1980), el segundo por la retención de población en las entidades tradicionalmente expulsoras, y una relativa reorientación hacia aquellas entidades federativas en donde surgen - nuevas alternativas de desarrollo. Estos dos elementos al - combinarse contribuyen a romper la tendencia a concentrar la población en las áreas metropolitanas y promueven el inicio - de una mejor distribución de la población en el territorio - nacional.

Los objetivos y las metas generales del Programa Nacional de Planificación Familiar hasta 1982 fueron:

a) Continuar con la promoción y prestación de los servi cios de Planificación Familiar dentro de un enfoque de atención integral a la salud materno-infantil, para propiciar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y - disminuir la morbilidad y la mortalidad materno-infantil.

b) Contribuir mediante la práctica de la planificación - familiar a la regulación de la fecundidad a la reducción de la natalidad y a la disminución de la frecuencia del aborto.

c) Incrementar la utilización de métodos anticonceptivos de mayor eficacia al igual que el número de usuarias y - su permanencia.

d) Incrementar los programas de educación para el desarrollo de los recursos humanos, congruentemente con la calidad de los servicios de Planificación Familiar.

e) Continuar con el desarrollo de los programas de comunicación sobre Planificación Familiar a toda la población.

f) La meta demográfica continúa siendo la de reducir la tasa actual de crecimiento de la población mexicana a 2.5% - anual en 1982, incidiendo en especial en la tasa de natalidad. (ver figura 5, 6 y 7).

Todo lo anterior está basado en la integración de la familia con responsabilidad de los conyuges, con cambio de patrones tradicionales como el de la familia numerosa y el machismo y con superación tanto más en lo psíquico que en lo físico. La libertad de igualdad de la mujer y el varón en la familia y en la sociedad y su presencia en el compromiso de proporcionar a la población una vida digna.

Las proyecciones demográficas futuras a partir de 1982 se han considerado en base a alternativas y formas de crecimiento y son:

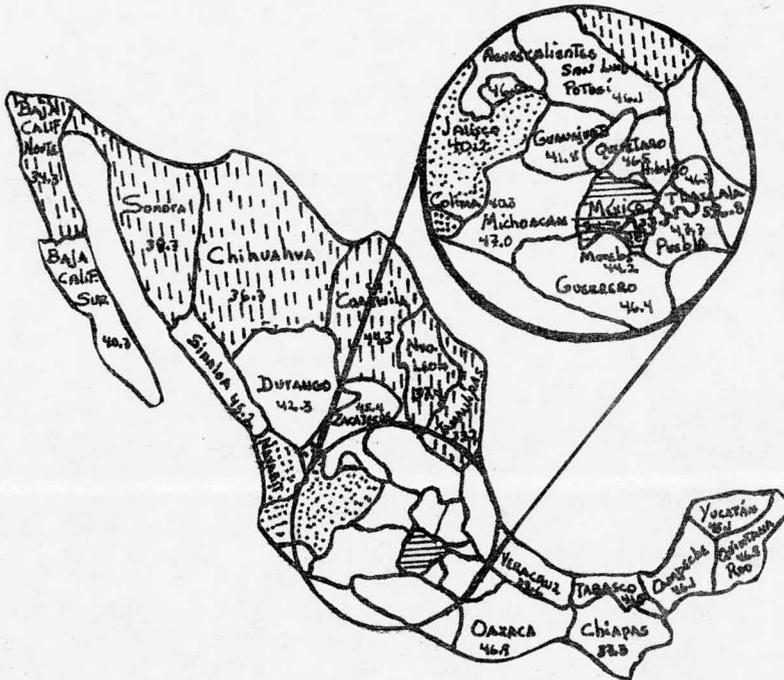
Por una parte seguir creciendo al ritmo de 3.2% hasta el año 2000 con una población total inferida de 131.7 millones.

Por otra parte, crecer hasta llegar en el año 2000, con

FIGURA 5

ENTIDADES FEDERATIVAS SEGUN SU TASA
DE NATALIDAD 1978.

(por mil)



-  Entidades con fecundidad en fuerte descenso.
-  Entidades con fecundidad en descenso.
-  Entidades con fecundidad en leve descenso.
-  Entidades con fecundidad alta y relativamente estable

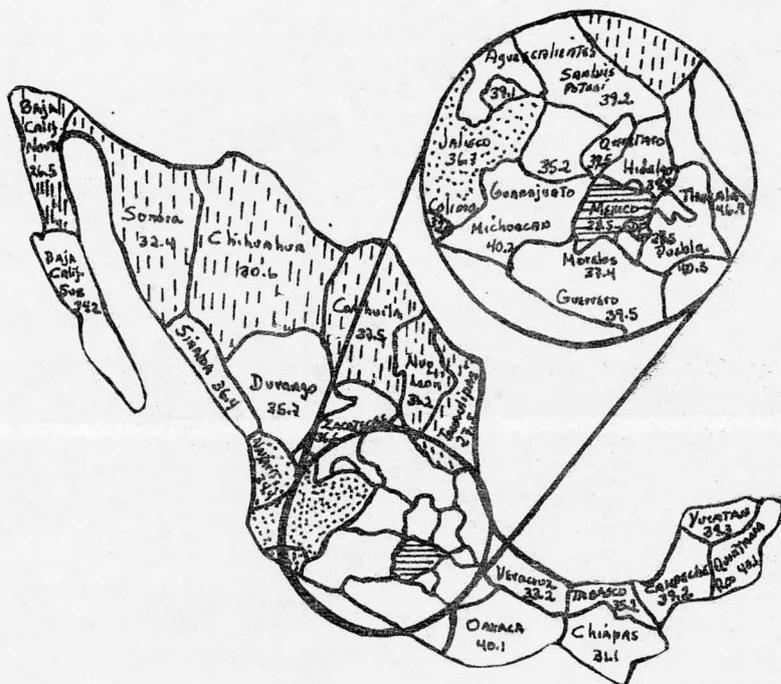
Tasa de natalidad nacional 38.4

FUENTE: Política demográfica Regional. CONAPO, 1979.

FIGURA 6

ENTIDADES FEDERATIVAS SEGUN SU TASA DE
NATALIDAD 1982.

(por mil)



Entidades que en 1978 tenian fecundidad:

-  En fuerte descenso.
-  En descenso.
-  En leve descenso.
-  Alta y relativamente estable.

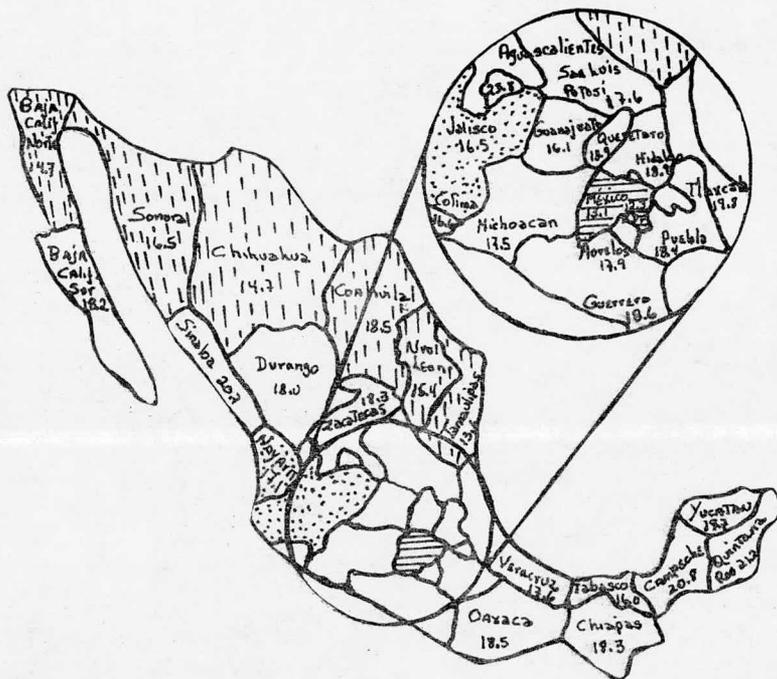
Tasa de natalidad nacional 33.3

FUENTE: Política Demográfica Regional. CONAPO, 1979

FIGURA 7

ENTIDADES FEDERATIVAS SEGUN SU TASA DE
NATALIDAD 2000.

(por mil)



Entidades que en 1978 tenían fecundidad:

-  En fuerte descenso.
-  En descenso.
-  En leve descenso
-  Alta y relativamente estable.

Tasa de natalidad nacional 16.7

FUENTE: Política Demográfica Regional. CONAPO, 1979.

una tasa de crecimiento del 1% y con una población total inferior de 100.2 millones, que es por lo tanto la alternativa - programática y la más recomendable.

Se han formulado dos alternativas más, que son:

Por una parte, alcanzar una población de 104.3 millones - para el año 2000, con una tasa de crecimiento final de 1.5% y por otra parte alcanzar una población de 109.1 millones, con una tasa de crecimiento final en el año 2000 de 2%. (ver figura 8).

Se plantea también la necesidad prioritaria de acciones en el medio rural. A pesar de que la tasa de crecimiento total en los últimos 40 años de la población rural ha sido de 1.5%, esta tasa tan baja se debe a los crecientes desplazamientos de esta población hacia las zonas urbanas. Por lo tanto y de no llevarse a cabo un inmenso esfuerzo en el medio rural entre otros hechos, se abriría aún mas la diferencia entre la tasa de natalidad urbana y rural, produciéndose un contraste aún mayor del que ya se tiene respecto a las condiciones de bienestar, ya que la migración hacia las ciudades se incrementaría. (figura 9)

Racionalizar y modernizar los patrones que determinan el crecimiento de nuestra población, es un camino que la nación debe recorrer para alcanzar sus objetivos.

FIGURA 8

POBLACION SEGUN ALTERNATIVAS DE TASAS DE CRECIMIENTO 1970-2000

CONSTANTE		
AÑO	POBLACION (en miles)	TASA DE CRE CIMIENTO (%)
1970	50,694.5	3.5
1975	59,826.3	3.3
1976	61,800.6	3.2
1977	63,821.5	3.2
1978	65,863.8	3.2
1979	67,871.4	3.2
1980	70,146.5	3.2
1981	72,391.2	3.2
1982	74,707.7	3.2

1985	82,111.6	3.2
1990	96,117.8	3.2
1995	112,512.7	3.2
2000	131,704.3	3.2

PROGRAMATICA		
AÑO	POBLACION (en miles)	TASA DE CRE CIMIENTO (%)
1977	68,821.5	3.2
1978	65,843.5	3.0
1979	67,899.0	2.9
1980	69,902.0	2.7
1981	71,852.2	2.6
1982	73,749.1	2.5

1985	79,241.6	2.2
1990	87,488.7	1.7
1995	94,483.7	1.3
2000	100,249.1	1.0

ALTERNATIVA I		
AÑO	POBLACION (en miles)	TASA DE CRECI MIENTO (%)

1985	79,284.8	2.3
1990	88,203.1	2.0
1995	95,527.9	2.6
2000	104,397.3	1.5

ALTERNATIVA II		
AÑO	POBLACION (en miles)	TASA DE CRECI MIENTO (%)

1985	79,357.8	2.4
1990	88,852.6	2.2
1995	98,736.8	2.1
2000	109,184.5	2.0

CONSTANTE: Proyección Tasa Constante de crecimiento de 3.2%

PROGRAMATICA: Proyección Programática con metas demográficas de 2.5 a 1982 y 1% al año 2000.

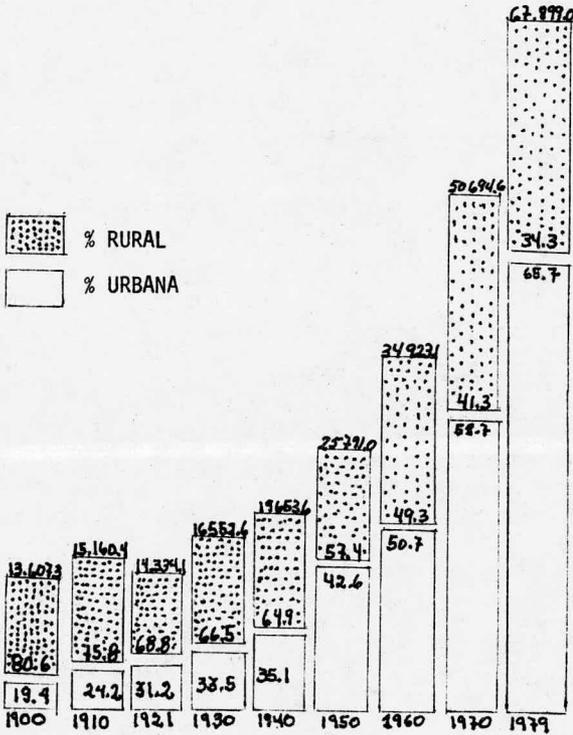
ALTERNATIVA I: Proyección alternativa a la programática a partir de 1982 con 1.5% al año 2000.

ALTERNATIVA II: Proyección alternativa a la programática a partir de 1982 con 2% al año 2000.

ESTIMACION DE CONAPO.

FIGURA 9

POBLACION RURAL Y URBANA 1900-1979.



FUENTE: México Demográfico. Breviario. 1979.
 Consejo Nacional de Población, México.

Para un mejor cumplimiento de los programas y objetivos de Planificación Familiar que el Gobierno Federal está llevando a cabo, creemos que será necesario considerar en igualdad de importancia la complejidad que conformará la conducta del mexicano, sus patrones socioculturales y sus actitudes establecidas y susceptibles de cambio con respecto al problema y que se mencionarán en los capítulos siguientes, como una de las vías que permitirá facilitar y complementar el logro de las metas establecidas y de ser posible superarlas.

3.3. CONCLUSIONES

Para resolver los problemas demográficos en México es necesaria e indispensable la planificación familiar, además de dar a conocer a toda la población la información oportuna y adecuada de los métodos que están al alcance para llevarla a cabo.

La Planificación Familiar debe seguir estando incorporada a las políticas sociales y económicas de acuerdo a las necesidades que cada país tenga en particular.

Las políticas en México que anteriormente eran pronatalistas, tuvieron que cambiar para enfrentar la responsabilidad de crecer de acuerdo a las condiciones de desarrollo nacional.

Con la información relacionada a mortalidad, natalidad y migración se percibió un incremento y desequilibrio en el volumen, tasa de crecimiento y distribución de la población, hasta

que se tomaron nuevas medidas para lograr las reducciones cuantitativas en estas tres variables, sin embargo, estas medidas no han proporcionado aún los resultados esperados.

El primer paso para resolver los problemas demográficos del país, se dió apenas en 1974, con la aprobación de la nueva Ley General de Población, constituyéndose organismos y objetivos destinados a regular los aspectos en materia de población y que deben seguir recibiendo apoyo total para acelerar el curso de los acontecimientos.

No solamente son necesarias las soluciones políticamente implantadas, sino que es necesario revisar la predisposición de la población a seguirlas, además de analizar los probables obstáculos que persisten para poder así eliminarlos y obtener mayor efectividad en los proyectos para la solución del problema demográfico.

CAPITULO II

1.- CONCEPTO DE CULTURA

El objetivo principal de este trabajo es descubrir las bases culturales que el mexicano sustenta a través de sus actitudes en cuanto a su conducta de planificar a la familia y - creemos necesario analizar el concepto de cultura.

El conocimiento de que las diferentes sociedades adoptan formas distintas de vida se remonta a los tiempos más antiguos en los cuales, el hombre por primera vez se reunió y formó sociedades-núcleo-tribales que aseguraban y garantizaban la sobrevivencia del grupo. De esta forma, generación tras generación se fueron transmitiendo todos aquellos rasgos que los cacterizaban, identificaban y diferenciaban de otros.

Esto es lo que se conoce como cultura y a la cual Ralph - Linton define así: "Una cultura es la configuración de la conducta aprendida y de los resultados de la conducta, cuyos elementos comparten y transmiten los miembros de una sociedad". (Linton, 1945).

El término configuración se refiere al hecho de que la - conducta y sus resultados se encuentran organizados en un todo que sirve de modelo. Sin embargo, no se refiere a la conducta en general, sino se limita a aquella, cuya forma se ha modificado por el proceso de aprendizaje, de tal forma que, -

no se considera como parte integrante ni la conducta instintiva ni las tendencias que motivan la conducta individual. Por otra parte, el término conducta debe tomarse en el sentido más amplio de modo que incluya todas las actividades del individuo, ya sean manifiestas o encubiertas, físicas o psicológicas.

La expresión resultados de la conducta, se refiere a fenómenos de dos tipos totalmente diferentes:

a) Aquellos resultados de la conducta que están representados en el individuo por los estados psicológicos y que comprenden las actitudes, los sistemas de valores, el conocimiento y,

b) Aquellos resultados materiales o tangibles de la conducta como son los utensilios de trabajo, etc.

Por compartir se entiende que una determinada pauta de conducta, actitud o conocimiento es común a dos o más miembros de una sociedad, sin implicar una actividad de cooperación o de propiedad conjunta. El compartir los elementos de conducta depende de la transmisión de un individuo a otro por medio de la instrucción o de la imitación. Se transmite principalmente por su aspecto manifiesto, es decir, por sus productos materiales y la conducta manifiesta. Los estados psíquicos que constituyen la cultura encubierta no son por sí mismos transmisibles.

Linton hace una diferenciación entre la cultura real, la pauta cultural real y la pauta cultural teórica. La cultura real está formada por la suma total de las formas de conducta

que han tenido que aprender los miembros de una sociedad. La pauta cultural real representa la variabilidad limitada de - las formas de conducta dentro de la que normalmente quedarán comprendidas las respuestas de los miembros de una sociedad en una situación particular. Así, los individuos pueden comportarse de manera diferente sin salirse de la pauta cultural real. Con el fin de dar un cuadro comprensible de una cultura y para manejar los datos culturales, el investigador utiliza las pautas culturales teóricas o construídas que son el modo (término estadístico que se refiere a aquel punto de la serie en que se encuentra el mayor número de frecuencias) de las variaciones dentro de una norma cultural real.

Por lo anterior, vemos que el término cultura es universal, dentro del cual caen todos los grupos humanos que cuentan con las mismas bases culturales que originan actitudes, creencias costumbres y estilos de vida particulares. Basando se en el hecho de que las culturas cambian, y en el curso de su historia rescatan ciertos elementos e incorporan otros, - se pueden experimentar transformaciones en cuanto al contenido y cambios en los patrones de la sociedad.

Al igual que todas las culturas, la mexicana ha evolucionado a través de la historia, desde antes que los indígenas fueran conquistados y después, al entremezclarse indios e - hispanos, dieron origen a una cultura en particular, que hoy en día nos define, identifica y conforma, y que nos ha sido transmitida de generación en generación.

Las necesidades mexicanas del presente requieren un crecimiento demográfico planificado y estudios como el presente, - son indispensables para promover cambios culturales que favorezcan la adquisición de nuevas actitudes con respecto a la planificación familiar.

2.- DOS ASPECTOS CULTURALES EN MEXICO: MACHISMO Y RELIGION CON RESPECTO A LA PLANIFICACION FAMILIAR.

Uno de los factores importantes que obstaculizan la aceptación del uso de métodos anticonceptivos, es el machismo.

Las diferencias en actitudes, valores y rasgos de personalidad se deben primordialmente a la diferencia que la cultura ha dado al hombre y a la mujer.

Puesto que la familia conyugal es la institución básica en México, encontramos en ella más claramente la diferenciación - entre hombre y mujer. La estructura de la familia mexicana se fundamenta en dos proposiciones básicas:

- a) La supremacía indiscutible del padre y,
- b) El necesario y absoluto autosacrificio de la madre.

Estas proposiciones fundamentales de la familia mexicana - parecen derivar de orientaciones valorativas "existenciales" - implicadas en la cultura mexicana, o mejor dicho, de premisas generalizadas implícitas o presupuestos socioculturales genera

lizados que sostienen, desde algo muy profundo, la "superioridad" indudable, biológica y natural del hombre sobre la mujer.

Antes de que nazca un niño, ya existen anticipaciones específicas; ¡Debe ser niño! . Actitud narcisista del padre que desea un hombre como él, que se llame como él , etc. La virilidad de un padre que da nacimiento a una niña queda en entre dicho, y una niña solamente es aceptada después de varios varones, a fin de que sirva a sus hermanos.

Durante toda la niñez, el signo de virilidad en el hombre es el valor hasta la temeridad, la agresividad, la brusquedad y el "no rajarse"; y la niña debe crecer hasta ser igual a su destino: femineidad superlativa, el hogar y la maternidad.

Durante la adolescencia, el signo de virilidad en el macho es hablar o actuar en la esfera sexual.

➔ Desde la adolescencia en adelante y a través de la existencia entera del varón, la virilidad será medida por la potencia sexual y sólo secundariamente en términos de fuerza física, valor a audacia.

Para la mujer no es femenino obtener conocimientos superiores, se limitan únicamente a las labores hogareñas, los hermanos en cambio, son fieles custodios de la castidad de la mujer; así durante la adolescencia y la juventud, las mujeres mexicanas atraviezan el período más feliz de sus existencias y tarde o temprano se convertirán en la mujer ideal de un hombre dado, disfrutando la ternura de que el mexicano es capaz, y sí lo es, ya que a través de sus relaciones infantiles con

la madre, ha aprendido muy bien un intenso y extenso repertorio de expresiones afectivas.

Poco después de concluir la luna de miel, el esposo pasa de esclavo a rey y el idealismo del varón se canaliza rápidamente hacia la madre, y para empeorar la situación, a la esposa no se le toma como objeto sexual por temor a que ella se interese demasiado por el sexo, y sólo se ve recompensada cuando sus hijos la consideren el ser más querido que existe, o sea, en la maternidad. La mujer es bien vista como madre y no como sexo.

El esposo debe trabajar y proveer, nada sabe y nada quiere saber acerca de lo que sucede en casa y prosigue una vida con los amigos que en nada difiere a la que practicó antes de casarse. Hacia sus hijos muestra afecto, pero antes que nada, autoridad.

Los hombres desean más hijos por la pobre participación que tienen en la evolución y desarrollo del niño, además de que estando su mujer encinta se sienten seguros de que ésta no podrá serles infiel.

Al ser la mujer económicamente dependiente del marido, lo es también a nivel conductual. El marido es el que manda, dispone, castiga, premia, reprocha, etc. mientras que la mujer acata, obedece y calla.

Las normas sociales que consideran al hombre "superior" a la mujer son más flexibles y permisivas, esto lo lleva a ser dependenciero, irresponsable, mujeriego y la inseguridad lo lleva

a demostrar constantemente su hombría y difícilmente acepta que la mujer lo supere o iguale en talento, sabiduría o autoridad.

Además de machismo, la religión es otro de los factores que limitan la aceptación y uso de métodos anticonceptivos. La religión es un medio de control masivo que ha permitido fortalecer actitudes poco favorables hacia la planificación familiar.

Es de conocimiento popular "que hay que tener los hijos que Dios nos mande" y de no interferir por ningún motivo en la concepción, sino al contrario, fomentarla.

El fanatismo religioso propicia la ignorancia y limita la superación individual. El control que la religión ejerce a través de la conciencia (remordimientos) induce miedo e intranquilidad y restringe la decisión personal.

En la medida en que la mujer abandone actitudes dependientes, religiosas y analfabetas y se incorpore paulativamente a la vida económica, política, educativa y sociocultural del país (como ya está sucediendo) y al mismo tiempo el hombre acepte (no sólo por conveniencia) la igualdad humana con respecto a la mujer y abandone actitudes machistas y religiosas e incremente el interés por la superación personal en los mismos aspectos mencionados, la planificación familiar producirá los efectos deseados.

3.- IMPLICACIONES PSICOSOCIALES EN LA PLANIFICACION FAMILIAR.

La Planificación familiar es un fenómeno nuevo en el con texto nacional; aún hace pocos años se reprochaba a aquellas parejas que tenían pocos hijos, ya que la meta del matrimonio era tener muchos. Al respecto, en 1968, el Papa Paulo - VI hizo pública una carta encíclica "sobre la regulación de la natalidad" que decía "... con respecto a condiciones físicas, económicas, psicológicas y sociales, se puede ejercer una paternidad responsable ya sea por la decisión generosa y deliberada de crear una familia numerosa o por la decisión - hecha por motivos graves y con el debido respeto a la ley - moral de evitar por un tiempo determinado, un nuevo nacimiento... Dios ha dispuesto sabiamente, leyes naturales y ritmos de fecundidad que por sí solos, causan una separación en los nacimientos. Sin embargo, la iglesia enseña que todos y cada uno de los actos del matrimonio, deben permanecer abiertos a la transmisión de la vida". (Kasirsky, 1975)

La mujer ha estado tradicionalmente dedicada a las labores domésticas y al cuidado de los hijos, hoy en día la sociedad permite que trabaje, estudie y se desarrolle en otros campos. La planificación familiar es un factor que facilita tales funciones porque permite que la mujer tenga únicamente los hijos deseados.

El hecho de que se acepte socialmente la Planificación - Familiar es un indicativo del proceso de cambio en la conciencia

tización que la población mexicana está sufriendo.

3.1 INFLUENCIA DE LA SOCIEDAD EN EL DESEO DE TENER HIJOS

La sociedad juega un papel importante en el número de hijos que tiene cada pareja; la religión, por ejemplo, impide el uso de métodos anticonceptivos y la pareja que los utiliza en esta sociedad, es mal vista por ella.

Si el carecer de hijos en una sociedad estrictamente católica representa un desajuste ante los demás y ante sí mismo, mucha gente puede optar por tenerlos para no ser vistos como "anormales".

En China Socialista, donde se fomenta la familia pequeña, nadie se atrevería a tener muchos hijos ya que representaría una falta al deber social. Cuando por ejemplo, un país sufre una crisis económica, es factible que cambien los patrones de reproducción aún cuando no se estipulen abiertamente nuevas reglas, y a la inversa, cuando existe mejoría económica tiende a incrementarse la tasa de natalidad.

En este caso se cree que el efecto a largo plazo será distinto, ya que la mejoría económica implica mayor educación y más amplio uso de anticonceptivos.

Como podemos ver, la sociedad juega un papel importante en el tamaño de la familia y por lo mismo es indispensable -

descubrir el patrón social que rige a una cultura, antes de intentar cualquier modificación.

3.2 DESEO DE EMBARAZO Y DE TENER HIJOS

El hecho de que tantas personas quieren tener hijos es una de las razones del crecimiento de la población porque, cuando menos, quieren o desean tener uno. Sin embargo, existen, razones, muchas veces inconscientes, que intervienen en este deseo, y que cualquiera de éstas obviamente, producen consecuencias negativas a padres e hijos y son:

a) La preñez puede ser un medio para llamar la atención, además de que inspira ternura en las demás personas y así disminuyen los sentimientos de inseguridad y olvido de la mujer.

b) A través del embarazo se demuestra que ya se es mujer y que socialmente ya se está preparada para el matrimonio y la maternidad.

c) Para algunas mujeres, el embarazo mejora las relaciones conyugales, ya que éstas son mejor atendidas por su pareja.

d) Algunas veces, la pérdida de un "objeto de amor" hace que la mujer al estar embarazada, sustituya el vacío y la de presión.

e) Según los psicoanalistas la mujer siente al feto como el crecimiento de su ego y se extiende éste, a través del es pacio y del tiempo.

f) Para obligar a un hombre a contraer matrimonio.

g) Para retener y manipular al cónyuge.

h) Por necesidades masoquistas.

i) Para hostilizar a los padres y obtener permiso de matrimonio.

j) En el hombre, el hecho de procrear un hijo, es una evidencia de virilidad, potencia, madurez sexual y reproductividad.

k) Por buscar un hijo de un sexo determinado.

Por otra parte, está también el indudable disfrute y goce que provoca la interacción con los niños.

El estudio del Dr. Manuel Mateos Cándano (Actitud y Anticoncepción, 1965) demuestra que entre más hijos tiene una pareja, hay más deseos de evitarlos y aducen como causa principal la económica, la cual nos motiva a comentar posteriormente sobre los hijos indeseados.

3.3 COSTOS ECONOMICOS, SOCIALES Y EMOCIONALES QUE PRODUCEN LOS HIJOS.

Por costos de los hijos nos referimos a la inversión económica, social y emocional. No se puede establecer una rela-

ción causal entre el ingreso y la planificación familiar ya que intervienen otros factores. En el mundo no se da el caso de que los pobres económicamente, tengan menos hijos que los ricos, pero sí, que las familias de clase baja tienen menor y menos eficaz planificación familiar, que familias con mejores recursos.

Con mayor frecuencia se aducen razones económicas para explicar por qué se limita una familia, sin embargo, se encontró que los gastos de una familia de pocos hijos y otra de muchos, no implica necesariamente un ahorro, ya que se tiende a gastar lo mismo en casa, vestido, etc., pero con diferente distribución y cuando hay más hijos es menor el gasto en cada uno de ellos aunque mayor el gasto total.

Nos referimos a los costos sociales ya que los niños influyen indirectamente en la suspensión de estudios, de trabajo (para la mujer) limitación de viajes, amistades, etc. Para muchas parejas estos sacrificios se realizan con agrado, pero para otras, dificultan su vida y disminuye entonces el deseo de tener hijos. Estos costos son, a veces, fuente de grandes frustraciones.

Los hijos representan también costos emocionales a los padres ya que existen una serie de sentimientos y emociones que van desde la mayor alegría hasta la mayor angustia, ya que por los hijos se sufre, se siente vergüenza, se disfruta y se tienen satisfacciones.

La constante interacción entre padres e hijos, es fatigante. Estar todo el día pendientes de lo que hacen, dónde están, etc., es agotador e implica un desgaste físico para los padres. Todo esto involucra una serie de mecanismos que deben manejar los cónyuges para mantener la tranquilidad. Los niños son fuente de conflicto cuando los padres no se ponen de acuerdo en lo que deben de hacer ante determinadas conductas.

Por todo lo anterior, la decisión de tener el número de hijos deseados es importante para el bienestar familiar y, por lo mismo, la utilización de la planificación familiar, es determinante para disminuir el precio a pagar por no haber adquirido tal responsabilidad.

3.4 PROBLEMA DE LOS HIJOS INDESEADOS.

Para tener otro argumento a favor de la planificación familiar sería conveniente reunir evidencia de que las concepciones indeseadas tienen consecuencias dañinas para la salud mental de los hijos.

Hemos definido hijo indeseado a aquel que sufre por parte de los padres, acciones conscientes (manifiestas) o inconscientes de rechazo más o menos constante.

El Dr. Mateos Cándano (1965) dice: "... el hijo no deseado se considera una víctima ingenua de la carencia afectiva y/o -

de privación nutricional, educacional y emocional..." "...el hijo no deseado es una semilla de desadaptación e incapacidad ..." "... por cada tres hijos hay dos no deseados...", además de mencionar que existen muchos casos de abortos emocionales que implican rechazo.

A pesar de esto, se dificulta comprobar si el rechazo persiste ya que los sentimientos con respecto a un hijo cambian con el tiempo; se ha visto, que una vez nacido un hijo indeseado, después, los sentimientos de los padres son de afecto y cariño. Por otra parte, es difícil determinar qué tan deseado o indeseado es un niño, ya que depende de la decisión de dos personas, del momento de la concepción, de la salud mental y de la madurez de los progenitores.

Aunque es difícil calcular la frecuencia de las concepciones indeseadas, Obsborn (1963, en Mateos Cándano, 1965) calculó que si se eliminaban éstas, el índice de nacimientos disminuiría hasta casi una tasa de reemplazo; sin embargo, en la realidad, en el 50% de las parejas excesivamente fértiles por lo menos uno de los cónyuges había deseado al niño.

Mientras las evidencias no denoten exactitud con respecto a los hijos indeseados, es conveniente planificar la familia hasta tener seguridad en el deseo de tener hijos.

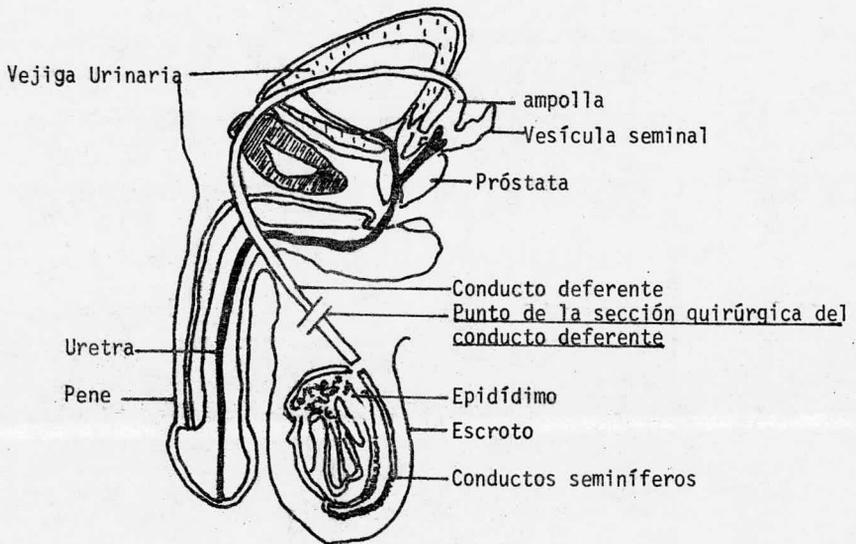
4. LA VASECTOMIA COMO METODO DE CONTROL NATAL

La vasectomía es la sección quirúrgica de los diminutos conductos deferentes que transporten los espermatozoides del escroto hacia la uretra en el pene, durante la eyaculación. (fig. 10)

Es el método más seguro de control natal y lleva consigo un riesgo mínimo. Puede efectuarse en el consultorio; incluye el uso de anestesia local y requiere sólo de 15 o 30 minutos. La mayoría de los hombres reanudan sus relaciones sexuales en el término de dos semanas después de la operación. Es de entenderse que se utilizarán métodos anticonceptivos hasta que el médico advierta al paciente que su semen ha demostrado estar libre de espermatozoides mediante el análisis de laboratorio (espermatograma)

No habrá cambio en ningún aspecto anatómico, la única alteración serán dos pequeñas cicatrices, en la parte superior del escroto y éstas finalmente se perderán en el tejido. Nada se hace al pene o a los testículos, por lo que no se presenta ningún otro cambio físico, ni cambios en la voz en las mamas, ni pérdida del crecimiento del vello, etc., ya que la vasectomía de ninguna forma afecta la producción o secreción de las hormonas masculinas, así, el impulso sexual permanece intacto. Se concluye en términos generales que los individuos vasectomizados son tan activos sexualmente después como antes de la operación; la capacidad de eya-

FIGURA 10



Esta figura muestra el lugar donde se lleva a cabo la vasectomía. El punto de sección quirúrgica es el conducto deferente.

culación no resulta afectada. En la eyaculación, la sustancia secretada es un líquido espeso, mucoso y lechoso que contiene material de las glándulas accesorias (próstata, vesícula seminal, etc.) y este líquido no se puede distinguir del eyaculado antes de la vasectomía, a no ser por un análisis microscópico que denuncie la ausencia de espermatozoides.

El grado de reversibilidad depende de la experiencia del cirujano y de la técnica empleada en la operación original - al separar los conductos deferentes. Cuando ésta se realiza en la porción más recta de los conductos, lejos del epidídimo, un urólogo debe poder lograr reanastomosis satisfactoria en aproximadamente 70% de los pacientes, pero sólo 25% de éstos tendrán éxito para fecundar, los fracasos son causados por anticuerpos inmovilizantes del espermatozoide, los cuales se dice que se desarrollan en alrededor de 50% de los hombres seis meses después de la vasectomía. La ocurrencia de recanalización natural de los conductos es muy baja (-1%). El fracaso de la esterilización satisfactoria es más común - en mujeres que en hombres.

Como en cualquier procedimiento operatorio, las complicaciones por infección, anestesia, accidentes, etc. son posibles. Cuando la vasectomía es realizada en forma incorrecta, puede producirse atrofia de los testículos por ligadura excesiva de la vasculatura o formación de hematoma. Por lo mismo para evitar estos riesgos postoperatorios se debe acudir a un médico experimentado.

La vasectomía está indicada cuando la pareja ha tenido ya el número de hijos deseados; cuando tienen razones para creer que sus hijos futuros pudiesen tener defectos hereditarios; - cuando saben que los demás métodos anticonceptivos no son - 100% efectivos (excepto la esterilización femenina, pero cuyos riesgos son mucho mayores); cuando la mujer tiene una - afección física que pudiera ser complicada por el embarazo o para evitar que ésta siga alterando su funcionamiento hormonal debido a otros métodos como la píldora anticonceptiva; cuando el miedo al embarazo inhibe a la pareja a sus relaciones sexuales. Por todo esto, la vasectomía es útil y evita que nazcan niños de parejas que por razones económicas o de otro tipo, - no pueden cuidarlos responsablemente, o de quienes por trastornos físicos temen convertirse en padres.

La vasectomía voluntaria ayuda a disminuir el crecimiento de la población; también evita los riesgos del aborto. Además reduce el riesgo de enfermedades prostáticas, así como también la aparición repetida de epididimitis acompañada de dolor e - infección urinaria frecuente.

La vasectomía está contraindicada cuando: es rechazada - por uno o ambos cónyuges; cuando existe el temor a cambiar de opinión, o temor a la castración; cuando la pareja estima que aún no están aptos para asumir la responsabilidad de ser padres pero planean tener niños más adelante; cuando la pareja se siente agobiada por una situación económica difícil, pero

que con el tiempo pudiera mejorar; cuando el hombre tiene -
pensado poder revertir la operación en caso de volverse a ca
sar, o muerte de los niños, etc.

Es decisión de los cónyuges tener más hijos o no, al -
igual que la decisión de vasectomizarse; quizá ambos estén -
deseosos de ser esterilizados y la decisión de quién va a to
mar el siguiente paso dependerá de muchos factores, por ejem
plo, la imagen propia, el estado económico o consideraciones
de tipo emocional. Es imperativa la decisión de uno con el -
otro, y deberá de considerar la posibilidad de arrepentirse
tomando en cuenta a la familia actual.

Una vez que, tanto la esposa como su marido están comple
tamente seguros de que no quieren más niños, entonces la es
terilización es el método más efectivo del control familiar.
Ya que la esterilización masculina es mucho más sencilla que
la esterilización femenina y dado que la vasectomía puede -
ser posiblemente reversible y, en cualquier caso, se puede -
"revertir" mediante los bancos de espermatozoides, el hombre
deberá pensar seriamente acerca de esta simple y virtualmen
te indolora operación.

CAPITULO III

1.- DEFINICION Y COMPONENTES DE LAS ACTITUDES

¿Por qué es importante medir las actitudes? Hemos encontrado que a través de las actitudes y la experiencia, el hombre puede moldear u organizar su conducta, sus sentimientos y sus ideas con respecto a su medio ambiente de tal forma - que, se puede predecir la respuesta del individuo ante circunstancias específicas. Es por esto que hemos considerado necesario recurrir a una breve revisión del concepto, en - virtud de haber un sinnúmero de definiciones sobre Actitudes.

El término actitud proviene del latín "APTUS" que por un lado significa "adaptación" y que en su forma aptitud, connota un estado mental subjetivo de preparación para la acción. El primer significado se conserva claramente en la Psicología moderna y se refiere a las actitudes mentales (Spencer, 1972, en Triandis 1974). El segundo significado se refiere a las actitudes motoras (Lange, 1888, en Triandis, 1974). - En años recientes es muy común encontrar la definición de - actitud, tanto mental como motora ya que connotan un estado neurofisiológico de disposición para la acción mental y/o - física.

De acuerdo a Thomas y Znaniecki (1939, en Fishbein, 1967), el estudio de las actitudes es por excelencia el campo de - la Psicología Social y a las cuales definen: "Una actitud es

un proceso de conciencia individual que determina las actividades reales o posibles del individuo en el mundo social".

Existen diferentes aproximaciones al estudio de las actitudes y por lo mismo una multiplicidad de definiciones. Según Thurstone (1928) "La actitud es la intensidad de afecto positivo o negativo, asociado a un objeto psicológico".

Murphy y Murphy y Newcombe (Experimental Social Psychology, 1937) fueron los primeros que investigaron sobre la medición de las actitudes y diferenciaron entre el análisis psicológico y sociológico, donde las actitudes se pueden relacionar a variables tales como el tamaño de la comunidad o los rasgos de la personalidad. A través de este enfoque, se generalizó el campo de las actitudes, así como el estudio de cambio actitudinal, por lo tanto su definición de actitud fue: "Tendencias verbalizables, las disposiciones o ajustes hacia ciertos actos, es una respuesta afectiva, relativamente estable con un objeto".

Asch en 1952, entre otros, estimó que las actitudes son "disposiciones duraderas formadas por la experiencia anterior".

Allport en 1935, se basó en 16 definiciones de actitud para elaborar la propia, la cual, es todavía extremadamente influyente: "Actitud es un estado mental y neural de disposición, adquirido a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre las respuestas -

del individuo hacia todos los sujetos y situaciones con los que se relaciona"

Triandis (1974), define la actitud como "una idea cargada de emotividad que predispone a un conjunto de acciones, a un conjunto particular de situaciones sociales". Esta definición, al igual que la de Katz en 1960, sugiere que las actitudes tienen tres componentes:

- 1.- Un componente cognoscitivo, es decir, la idea que generalmente consiste en una categoría usada por los humanos al pensar, las categorías se deducen por conformidad en las respuestas a diversos estímulos.
- 2.- Un componente de comportamiento, es decir, una predisposición a actuar.
- 3.- Un componente afectivo, o sea, la emotividad que está impregnada en la idea.

Salazar (1979) analizando estas definiciones concluyó - que en su mayoría, incluyen elementos semejantes tales como:

- a) Que son duraderas, más que transitorias.
- b) Que ejercen un papel directivo en el comportamiento.
- c) Que son aprendidas.
- d) Que son predisposiciones generalizadas.

Baron, Byrne y Griffitt (1974, en Salazar, 1979) comentaron que: "... las definiciones van pasando de uno, dos y tres componentes, que progresivamente se van haciendo más -

suposiciones acerca de la naturaleza de las actitudes; aunque todas las definiciones incluyen el componente afectivo, existe evidentemente desacuerdo en cuanto a la conceptualización adecuada de las actitudes que requiere de la inclusión del componente cognitivo (creencias, conocimientos) - y/o del componente conductual".

2.- FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

Para intentar determinar la relación entre la actitud y otros aspectos de la conducta humana, así como determinar las metas de tal forma que se pueda predecir experimentalmente un cambio o determinar con mayor efectividad la estrategia del cambio etc...., se encuentran las teorías funcionales principalmente desarrolladas por Katz; Smit, Bruner, White; y Kelman.

I.- Katz (1960, en Hollander, 1976) formula una teoría en la que considera como factores clave en el cambio de actitud a las relaciones entre fuerzas situacionales e información por un lado y el esquema de valores y motivos del individuo por el otro. Opina que a través del enfoque funcional se comprenderán "las razones que mueven a los individuos para sustentar determinadas actitudes. Dichas razones, sin embargo, se encuentran en el plano de las motivaciones psicológicas, no en el de los hechos y circunstancias externas - accidentales. A menos que conozcamos la necesidad psicológica que una actitud satisface, no podremos predecir cuándo y

cómo variará".

Esta teoría está basada en la jerarquía de motivos de Maslow, en la que se especifica que cuando los motivos a un nivel son satisfechos, los motivos del siguiente nivel se hacen más poderosos, es decir, el que una persona mantenga una actitud determinada se debe a la satisfacción de las necesidades individuales.

Katz opina que existen cuatro tipos de funciones que conforman la base motivacional de las actitudes:

- 1.- La función instrumental, adaptativa o utilitaria.
- 2.- La función de la defensa del Yo o ego-defensiva.
- 3.- La función de expresión de valores.
- 4.- La función de conocimiento.

1.- Katz asegura que la función adaptativa está basada en el hecho de que las personas buscan maximizar las recompensas del medio-ambiente y minimizar los castigos. Las condiciones para el cambio de actitud relacionadas con esta función son:

- a) aumentar la necesidad que satisface el objeto psicológico.
- b) crear nuevas necesidades o nuevos niveles de aspiración.
- c) manipular las contingencias de castigo-reforzamiento.
- d) enfatizar en nuevos patrones para la satisfacción de las necesidades.

2.- La función ego-defensiva le sirve al sujeto para eludir el reconocimiento de sus propias definiciones y conservar el concepto que de sí mismo tiene. El origen de estas actitudes está basado en cuatro técnicas según Katz y son:

- A) Las actitudes que protegen al individuo de ansiedades internas o de enfrentarse a daños externos son evocadas por una forma de amenaza al ego.
- B) Muchas actitudes ego-defensivas son evocadas y mantenidas por el apoyo social que reciben.
- C) La aparición de la autoridad es una condición para la externalización de actitudes sociales ego-defensivas.
- D) La expresión de impulsos inhibidos en el individuo.

Las técnicas para el cambio de actitudes ego-defensivas son:

- a) eliminar la amenaza.
- b) utilizar la catarsis para liberar la tensión y concientizar al sujeto del problema, y
- c) establecer insight, o sea, que tome conciencia racional y emocional.

3.- La función de expresión de valores es: la autoexpresión de los valores más apreciados, satisfacen la expresión de sí mismo y, se origina en el logro de autoimagen. Hay dos condiciones para formar las actitudes de expresión de valores:

- A) La ocurrencia de un estímulo clave que se ha asociado

a la autoimagen.

B) Alguna situación que impida manifestar la conducta de un paso inmediato.

Las condiciones del cambio son dos:

- a) modificar el valor en que se basa el autoconcepto y
- b) modificar el ambiente.

4.- La función de conocimiento: Los individuos ordenan el ambiente de modo que se comprendan los fenómenos circundantes para poderlos integrar en forma coherente. Básicamente se originan en el significado y estructuración del entorno, y las condiciones del cambio son:

- a) variar la información del sujeto,
- b) producir ambigüedad en la información.

SMITH, BRUNER Y WHITE (en Salazar, J.M. y otros, 1979)

Su teoría se centra también en la utilidad de las actitudes para el sujeto. Supone que las actitudes son instrumentos con los que una persona se enfrenta a la realidad y como un producto de las necesidades de ésta, de la personalidad y del medio ambiente.

Las actitudes presentan tres funciones y son:

- 1.- Exteriorización: es la manifestación de las posiciones que protegen al Yo contra los estados de ansiedad provocados por problemas internos.

- 2.- Ajuste social: propicia la oportunidad de adaptarse al medio y relacionarse con otros y,
- 3.- Evaluación del objeto: el sujeto mantiene una actitud definida hacia algún objeto psicológico y podrá reaccionar ante dicho objeto y ante otras relaciones con él.

KELMAN (1958, en Kiesler, Collins y Miller, "Attitud - Change: A Critical Analysis of Theoretical Approaches". pág. 331 y sig.).

Su teoría no nos habla de las necesidades ni de las funciones ni de las actitudes, pero implica el conocimiento de cómo se adquiere una actitud y es la llave para efectuar un cambio actitudinal efectivo. Kelman señala tres procesos de influencia social:

- 1.- Aceptación
- 2.- Identificación
- 3.- Internalización

1.- Aceptación: La aceptación ocurre cuando un individuo acepta la influencia porque desea obtener una reacción favorable, recompensa o aprobación de otra persona o grupo.

Condiciones. Habrá un cambio actitudinal cuando el poder de la influencia se basa en el control de recompensas y castigos.

2.- Identificación: Esta ocurre cuando un individuo acepta la influencia porque él desea establecer o mantener una

relación de definición personal hacia otra persona o grupo, la conducta inducida está asociada con la relación deseada y así la satisfacción se debe al acto de conformarse con el rol adoptado.

Condiciones. El cambio actitudinal depende del agente de - influencia.

3.- Internalización: Esta ocurre cuando un individuo acepta la influencia, porque la satisfacción de la respuesta inducida es por sí misma recompensante, es paralela a sus necesidades y congruente con sus valores.

Condiciones. El cambio actitudinal producido a través del proceso de internalización dependerá de la prepotencia de la respuesta defendida. Cuando un individuo adopta una respuesta inducida a través de la internalización, tenderá a manifestarla bajo condiciones de relevancia de un tópicó.

3.- MEDICION DE LAS ACTITUDES

Evidentemente las actitudes pueden ser medidas por medio de cuestionarios, entrevistas, test proyectivos, observaciones de la conducta y por escalas de actitudes; éstas últimas son la herramienta que utilizamos para desarrollar la investigación y primeramente las describiremos:

Existen al respecto, diversos métodos para medir las actitudes por medio de escalas, sin embargo, antes de mencionarlos es preciso comentar que hay algunos problemas de importancia cuando se intenta medirlas. El principal problema radica en la dificultad para garantizar la unidimensionalidad de la actitud que se pretende medir, ya que el grado y la intensidad de una actitud específica hacia un objeto dado, puede estar asociada con otras actitudes.

Por otra parte, como señala Edwin Hollander "... puesto que las actitudes cambian, su medición en el curso del tiempo nunca puede ser totalmente confiable", sin embargo, cabe mencionar que por este hecho la confiabilidad y la validez en la medición de las actitudes, no se debe afectar a largo plazo si se toma en cuenta que la resistencia al cambio se encuentra apoyado por los diversos procesos cognitivos que el individuo lleva a cabo cuando le son reforzados por el grupo social al que pertenece, así, "la estructura de las actitudes tiende a la estabilidad " (Hollander, 1976).

Thurstone (1929, en Padua, 1979) elaboró el método que se conoce con el nombre de "intervalos regulares" y consiste en solicitar a diferentes personas que juzguen los ítems o reactivos no en términos de su propia actitud, sino en términos del lugar que le asignarían a la proposición en una escala de disposición favorable hacia el objeto de la actitud. Cuando los opinantes concordaban en alto grado acerca -

de la posición del ítem, se dá a éste un valor de escala para dicha posición. Por lo tanto, el valor de un ítem, es determinado por el acuerdo de los opinantes previo al uso efectivo de la escala. Cuando más tarde los encuestados, concordan con los ítems, se les asignaban tales valores.

"El aporte principal de Thurstone fue la medición de las actitudes sobre una dimensión afectiva, sin embargo, el método que empleó para elaborar la escala no goza ya de vigencia" (Hollander, 1976).

Guttman (1950, en Padua, 1979) elaboró la "Escala Acumulativa" que consiste en un conjunto de ítems graduados de manera obvia. Se busca el orden subyacente de una serie de preguntas a las que es posible responder mediante un "sí" o "no", este método a menudo implica el tratamiento matemático de una matriz de respuestas. La respuesta positiva o negativa a un reactivo específico presupone la repetición de la misma cuando el sujeto se ubica en algún punto de la escala. Cabe mencionar que la medición de las actitudes es algo mucho menos simple que una dimensión perfectamente lineal como la que maneja Guttman.

Osgood (1957, en Padua, 1979) elaboró el método "Diferencial Semántico", en este procedimiento se presenta al sujeto un objeto actitudinal para que lo califique en muchas dimensiones (cierto-falso, alto-bajo, fuerte-débil, etc...), a partir de estas calificaciones que poseen varias dimensio

nes cada una, es posible extraer los tres factores fundamentales de evaluación, potencia y actividad. Posteriormente, una actitud de los individuos hacia el objeto puede representarse como un punto en el espacio actitudinal, en el sitio en que coinciden las calificaciones correspondientes a tales factores.

La "Escala Adicionada" de Rensis Lickert (1932, en Padua, 1979), consiste en reunir proposiciones que representen aparentemente opiniones positivas o negativas acerca del objeto actitudinal; por ser el método utilizado en la presente investigación, se detallará en el inciso que corresponde a instrumento.

Existen algunas otras técnicas para medir actitudes y para mayor información, detallada de los métodos que se mencionaron anteriormente, se recomienda al lector, acudir a - la fuente bibliográfica de esta obra.

LA CONFIABILIDAD Y LA VALIDEZ EN LA MEDICION DE LAS ACTITUDES.

Como en todas las medidas psicológicas, la confiabilidad y la validez son aspectos que deben tomarse en cuenta y para ello empezaremos por definir las:

Confiabilidad: "Se refiere a la medida en que se obtiene información libre de error de medición" (Triandis, 1974).

Validez.- "La validez indica el grado en que un instrumen

to mide la construcción que está en estudio" (Summers,1976).

Encontramos a lo largo de muchas lecturas especializadas que, la confiabilidad aumenta a medida que se incrementa el número de items y que el grado de validez de una medida depende en parte, necesariamente de su confiabilidad. En este sentido, la consistencia interna de una medida de actitud es suficiente por lo común, para alcanzar una adecuada validez, sin embargo, la confiabilidad y la validez también dependerán de la exactitud con la que se defina el objeto actitudinal.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

DISEÑO EXPERIMENTAL

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los cambios que se están llevando a cabo en la actualidad con respecto al uso de métodos anticonceptivos dentro de la sociedad, nos motivaron a realizar un estudio que permita descubrir cuál es la actitud del varón mexicano ante un método específico de control natal como lo es la vasectomía y que dicho estudio facilite el análisis adecuado de aquellos aspectos que obstaculizan la aceptación y uso de dicho método.

2.- HIPOTESIS DE TRABAJO

1.- H_1 = Existe una correlación significativa entre la edad de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.

H_0 = No existe una correlación significativa entre la edad de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.

2.- H_1 = Existe una correlación significativa entre el estado civil de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.

H_0 = No existe una correlación significativa entre el estado civil de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.

- 3.- H_i = Existe una correlación significativa entre el grado de religiosidad de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.
- H_0 = No existe una correlación significativa entre el grado de religiosidad de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.
- 4.- H_i = Existe una correlación significativa entre el número de años de casado de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.
- H_0 = No existe una correlación significativa entre el número de años de casado de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.
- 5.- H_i = Existe una correlación significativa entre los sujetos casados sin hijos y con hijos (con 1,2,3 ó más) y la aceptación de la vasectomía.
- H_0 = No existe una correlación significativa entre los sujetos casados sin hijos y con hijos (con 1,2,3 ó más) y la aceptación de la vasectomía.
- 6.- H_i = Existe una correlación significativa entre el nivel escolar de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.
- H_0 = No existe una correlación significativa entre el nivel escolar de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.

7.- H_1 = Existe una correlación significativa entre el nivel económico de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.

H_0 = No existe una correlación significativa entre el nivel económico de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.

8.- H_1 = Existe una correlación significativa entre sujetos vasectomizados y no vasectomizados para la aceptación de la vasectomía.

H_0 = No existe una correlación significativa entre sujetos vasectomizados y no vasectomizados para la aceptación de la vasectomía.

3.- DEFINICION DE CONCEPTOS

Para interpretar adecuadamente lo tratado en la presente investigación, a continuación se definen los términos - empleados a lo largo de la misma:

ACTITUD.- "Es un estado mental y neural de disposición adquirido a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo, hacia todos los objetos y situaciones con los que se relaciona". (Allport, 1935).

VASECTOMIA.- Es la sección quirúrgica de los diminutos conductos deferentes que transportan los espermatozoides del escroto hacia la uretra en el pene.

PLANIFICACION FAMILIAR.- Es la libertad de la pareja para decidir el número de hijos que desea procrear y el momento que considera más conveniente para tenerlos, de acuerdo a sus condiciones de salud, estado económico y emocional.

CONTROL NATAL.- Son los métodos que se utilizan para lograr la planificación familiar. (Ver Apéndice A).

CULTURA.- "Es la configuración de la conducta aprendida y de los resultados de la conducta, cuyos elementos comparten y transmiten los miembros de una sociedad". (Linton, Ralph, 1945).

MACHISMO.- Término comúnmente empleado para definir las expresiones de "superioridad" del hombre ante la mujer.

4.- ELECCION Y CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

En la presente investigación, la elección de la muestra estuvo determinada principalmente por el conocimiento que los sujetos tuvieran sobre lo que significa la vasectomía, en caso de poseer tal conocimiento, se les incluía en la muestra.

Las características de la muestra son las siguientes:

- a) Se escogieron sujetos del sexo masculino, ya que el motivo de esta investigación es la vasectomía y sólo les es practicable a los hombres.
- b) El rango de edades seleccionados es de 20 a 45 años, por ser ésta la etapa reproductiva del hombre.
- c) Tomamos en cuenta a solteros y casados, ya que la finalidad del estudio, es conocer la disposición (actitud), que ambos grupos tienen para participar en la planificación familiar.
- d) Seleccionamos únicamente a sujetos de religión y formación católica, por ser ésta la población mayoritaria en México.
- e) Requerimos que la escolaridad de los sujetos fuera:
Media superior (bachillerato o equivalente)
Superior (estudiantes) y
Profesional.

Para conocer si el grado de información (conocimiento) tiene relación con la aceptación o rechazo de la vasectomía. Además de coincidir con la edad de los sujetos.

- f) Tomamos en cuenta a sujetos de los tres niveles económicos (bajo, medio, alto) para conocer si existen diferencias actitudinales entre ellos.

NOTA: Debido a la inestabilidad económica en el país (inflación, devaluación, etc.) diferenciamos arbitrariamente las clases económicas antes mencionadas, según sus ingresos, de la siguiente forma:

BAJA: de 0 a 39,000 pesos

MEDIA: de 40,000 a 67,000 pesos

ALTA: de 68,000 en adelante.

- g) La muestra también incluyó tanto a sujetos vasectomizados como no vasectomizados, con la finalidad de encontrar diferencias actitudinales en su comportamiento así como un patrón de respuestas ideal del cual partir.

5.-INSTRUMENTO. ESCALA DE LIKERT

El procedimiento desarrollado por Rensis Likert (1932) también suele llamarse Método de Valores Sumados". El interés principal de Likert residió en la unidimensionalidad de la escala, la cuál aseguraba que todos los reactivos midieran el mismo objeto de actitud. También pretendió eliminar la necesidad del uso de jueces, por lo que la escala de Likert es en realidad un método a posteriori, ya que en contraste con la técnica de intervalos iguales de Thurstone, los valores escalares se determinan después y no antes - -

de la recopilación de los datos de actitudes dados por los informantes. Por lo tanto, cada sujeto se coloca dentro de un continuo actitudinal para cada aseveración. El continuo presenta los siguientes grados: muy de acuerdo, de acuerdo indeciso, en desacuerdo y muy en desacuerdo.

De esta forma, cada aseveración es considerada en sí misma como un continuo o una escala que abarca la gama de actitudes enteras; esto contrasta notoriamente con la noción de Thurstone de que una aseveración en una escala de intervalos iguales sólo representa una pequeña parte del continuo de actitudes.

Pasos en el desarrollo de una escala tipo Likert:

- 1.- Definición de la actitud.- Se define en forma precisa la actitud o variable a ser medida.
- 2.- Recopilación de una lista de reactivos o items. Los reactivos escalares pueden ser elaborados por el investigador, pueden tomarse de escalas ya existentes, pueden obtenerse de periódicos o revistas, o bien pueden ser seleccionados de entre comentarios. Cada aseveración debe ser tal que suscite respuestas diferentes en individuos que tienen actitudes diferentes. Por lo tanto, es necesario evitar declaraciones de hechos, declaraciones ambiguas, declaraciones que tengan doble sentido, y declaraciones -

que tengan varias partes y que reflejen más de una variable actitudinal.

- 3.- Revisión y evaluación de los reactivos.- Con el fin de que los términos empleados sean congruentes con el tipo de personas a las que se les va a aplicar - la escala, se revisan los distintos reactivos. Para eliminar ambigüedades, la lista se somete a una prueba denominada "preprueba de los artículos escalares". Se suscitan comentarios y se hacen averiguaciones - acerca de las faltas en redacción y las obscuridades que no hayan sido detectadas con anterioridad y - se hacen las correcciones necesarias antes de preparar la forma final de la escala. El número de reactivos varía para cada investigador según su habilidad para preparar reactivos útiles y significativos.
- 4.- Determinación de los pases del puntaje.- Existen - tres métodos para determinar los valores del puntaje: Método de ponderación por desviación sigma, Método - de ponderación standar y Método arbitrario de ponderación. Aún cuando el método de ponderación por desviación sigma es el que mejor cumple con las suposiciones teóricas de la construcción escalar de Likert, nosotros utilizamos el método de ponderación arbitraria, ya que entre éste y el otro método existe una correlación del .99. El siguiente paso es de-

terminar si una tabulación total alta significara una actitud favorable o desfavorable. En el caso de que se decida que la tabulación total alta significara una actitud favorable, se le asignarán los valores más altos, y a aquellas actitudes más desfavorables, los más bajos.

- 5.- Aplicación de los reactivos revisados en un grupo de sujetos.- La escala se aplica a un grupo de personas que sean similares a la muestra de sujetos a los cuales se aplicará la escala final. Una vez aplicado el conjunto de reactivos, se hace la tabulación total de cada individuo sumando los valores obtenidos de cada ítem.
- 6.- Análisis de ítems.- El análisis de ítems tiene por objeto seleccionar los reactivos que mejor discriminen, es decir, calcular la consistencia interna de cada reactivo. Para rechazar ciertos ítems se pueden seguir dos caminos:
 - a) tomando en cuenta la tabulación total, se escoge el 25% de los sujetos que hayan obtenido las tabulaciones más altas, y el 25% de los que hayan obtenido las tabulaciones más bajas. Mediante una fórmula se obtiene el valor de la "t" de student, que indica en que medida se diferencian los mismos reactivos de ambos grupos. Dependiendo

del nivel de significancia que se establezca, el valor de la "t" variará. Se busca elaborar una esca la final con los reactivos que obtengan los valores "t" más altos.

- b) Existe otro método para el análisis de items, en el cual se correlaciona para cada item su valor score con la calificación total de todos los items. Aquellos reactivos cuyas relaciones sean las más altas, entrarán en la escala final.

7.- Elaboración de la Escala Final.- La escala final se elabora con los items que hayan obtenido las puntuaciones más altas, procurando incluir el mismo número de reactivos favorables y desfavorables. El balance entre el número de reactivos favorables y desfavorables pretende equilibrar la escala y cubrir la gama entera de la dimensión medida. Se repite el proceso de aplicación de la escala inicial.

Confiabilidad en la escala de Likert:

Existen una serie de estudios que investigan la confiabilidad de la escala de Likert comparándola con la de Thurstone (Medición de actitudes, Summers, Gene F. pág. 194-210). Estos estudios han revelado que las escalas construidas con el método de valores sumados arrojan coeficientes de confiabilidad iguales o más altos que aquellos obtenidos con escalas construidas por el método de Thurstone.

Ventajas y Desventajas de la Escala de Likert:

Para llevar a cabo la investigación sobre la medición de actitudes con respecto a la vasectomía, determinamos construir una escala de actitud tipo Likert por las siguientes ventajas:

- a) Tiene una confiabilidad más alta aún con menos ítems.
- b) Permite la utilización de ítems que no se encuentran relacionados en forma manifiesta con la actitud que se desea estudiar (es decir, se puede utilizar ítems con contenido latente.)
- c) Es más fácil y rápida de construir.

Sin embargo, existen algunas críticas con respecto a esta escala, por ejemplo, que por tratarse de una escala ordinal, no permite apreciar la distancia que hay entre pares de sujetos con respecto a la actitud. Con frecuencia, dos puntajes iguales pueden ocultar pautas de respuestas diferentes de los individuos y como no hay garantía de unidimensionalidad, consecuentemente pueden mezclarse distintas dimensiones, no estando seguro el investigador de cuál de ellas realmente se trate. (Jorge Padua. Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. ED. Fondo de Cultura Económica, 1979. pág 180).

6. PROCEDIMIENTO

6.1. ELABORACION Y VALIDACION DE LA ESCALA

Con el fin de obtener información que nos permitiera - construir los reactivos del cuestionario, realizamos una serie de entrevistas a sujetos con características similares a los de la muestra; también revisamos artículos y revistas relacionados con la vasectomía. Con esta información, elaboramos 66 reactivos (Ver apéndice B) que reúnen los criterios de construcción que Edwards menciona en su libro "Techniques of Attitud Scale Construction. pág. 114).

En la parte teórica mencionamos que, aspectos como el control natal, la vasectomía, el machismo y la religión, influyen en la actitud que el hombre adopta ante la posibilidad de aceptar la vasectomía, razón por la cual, los 66 reactivos de la escala original abarcan éstas cuatro áreas.

El primer cuestionario se aplicó a un grupo de 40 sujetos con el fin de validar la escala de actitud. Cada uno de los reactivos fue tratado con el estadígrafo "Z" para obtener los "pesos" de cada respuesta, por ejemplo:

Reactivo número 1.- "El hombre debe participar en la planificación familiar junto con su pareja"

muy de acuerdo (m a)	de acuerdo (a)	indecido (I)	en desacuerdo (d)	muy en desacuerdo (m d)	
frecuencia de resp.de sujetos	0	0	0	7	33
Porcentaje	.000	.000	.000	.175	.825
Frec.acum.	.000	.000	.000	.175	1.000
1/2	.000	.000	.000	.875	.500
Z	0	0	0	-1.359	.000
Z+1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359
Z redondeada	0	0	0	0	1
	(md)	(d)	(I)	(a)	(m a)
	0	1	2	3	4

y así sucesivamente con cada uno de los reactivos de los cuales obtuvimos los siguientes valores Z:

	muy de acuerdo	de acuerdo	indeciso	en desacuerdo	muy en desacuerdo
1.-	1	0	0	0	0
2.-	0	0	0	0	1
3.-	3	2	1	0	0
4.-	0	0	1	2	3
5.-	3	2	1	1	0
6.-	0	0	0	1	2
7.-	3	2	1	1	0
8.-	0	1	1	2	3
9.-	3	2	1	1	0

	<u>muy de acuerdo</u>	<u>de acuerdo</u>	<u>Indeciso</u>	<u>en desacuerdo</u>	<u>muy en desacuerdo</u>
10.-	0	0	0	1	2
11.-	3	1	0	0	0
12.-	0	0	0	1	3
13.-	1	0	0	0	0
14.-	0	1	2	2	3
15.-	2	1	1	1	0
16.-	0	0	0	1	2
17.-	3	2	1	1	0
18.-	0	0	0	0	2
19.-	3	3	2	1	0
20.-	0	1	2	3	4
21.-	3	2	1	1	0
22.-	0	0	1	2	3
23.-	2	1	0	0	0
24.-	0	0	0	1	3
25.-	2	0	0	0	0
26.-	0	0	1	2	3
27.-	2	0	0	0	0
28.-	0	0	1	2	3
29.-	3	2	1	0	0
30.-	0	0	1	2	3
31.-	3	2	0	0	0
32.-	0	1	1	2	3
33.-	3	2	1	0	0
34.-	0	1	1	2	3
35.-	2	1	0	0	0
36.-	0	0	0	1	3
37.-	4	2	1	1	0
38.-	0	1	2	2	3

	<u>muy de acuerdo</u>	<u>de acuerdo</u>	<u>indeciso</u>	<u>en desacuerdo</u>	<u>muy en desacuerdo</u>
39.-	4	3	2	1	0
40.-	0	1	2	2	4
41.-	5	4	3	1	0
42.-	0	0	1	2	3
43.-	4	3	2	1	0
44.-	0	0	0	2	3
45.-	4	3	2	1	0
46.-	0	0	0	1	3
47.-	3	2	1	0	0
48.-	0	0	1	2	3
49.-	2	2	1	0	0
50.-	0	0	0	1	3
51.-	4	3	2	1	0
52.-	0	1	2	3	3
53.-	3	2	2	1	0
54.-	0	0	0	1	2
55.-	3	2	1	1	0
56.-	0	1	1	2	3
57.-	3	2	1	1	0
58.-	0	0	0	1	2
59.-	3	3	2	1	0
60.-	0	0	0	0	1
61.-	3	2	2	1	0
62.-	0	0	1	2	3
63.-	3	3	2	1	0
64.-	0	0	1	2	3
65.-	4	3	2	1	0
66.-	0	0	1	1	3

Una vez calificados los cuestionarios, de acuerdo con Likert diferenciamos el "grupo alto" del "grupo bajo"; cada uno representa el 25% de la muestra total.

Posteriormente cada reactivo es tratado con el estadígrafo "t" de Student, con el fin de identificar aquellos que mejor discriminaran la actitud de los sujetos hacia la vasectomía; los valores "t" para cada uno de los reactivos se obtienen de la siguiente forma.

Ejemplo con el reactivo número 1. (Cuestionario):

GRUPO ALTO				GRUPO BAJO			
X	F	F _x	F _x ²	X	F	F _x	F _x ²
1	9	9	9	1	5	5	5
0	1	0	0	0	5	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
	10	9	9		10	5	5

FORMULA: $t = \frac{X_a - X_b}{\sqrt{\frac{E(X_a - \bar{X}_a)^2 + E(X_b - \bar{X}_b)^2}{n(n-1)}}$

$$\sqrt{\frac{E(X_a - \bar{X}_a)^2 + E(X_b - \bar{X}_b)^2}{n(n-1)}}$$

DONDE: $E(X_a - \bar{X}_a)^2 = EX_a^2 - \frac{(EX_a)^2}{n}$ y,

$$E(X_b - \bar{X}_b)^2 = EX_b^2 - \frac{(EX_b)^2}{n}$$

$$\bar{X}_b = \frac{5}{10} = .5; \bar{X}_a = \frac{9}{10} = .9$$

$$t = \frac{.9 - .5}{\sqrt{\frac{5 - \frac{(5)^2}{10} + 9 - \frac{(9)^2}{10}}{90}}} = \frac{.4}{.19} = 2.11; t = 2.11$$

Basándonos en los resultados, escogimos los 28 reactivos con más alta puntuación, buscando que siempre estuvieran por encima de $t = 1.78$ que acepta Lickert; los valores "t" para la escala final son los siguientes:

REACTIVO N°	1.- 2.63	16.- 5.00
	2.- 4.78	17.- 9.00
	3.- 3.95	18.- 4.38
	4.- 4.19	19.- 3.29
	5.- 3.00	20.- 3.28
	6.- 3.55	21.- 4.23
	7.- 5.29	22.- 5.57
	8.- 4.93	23.- 4.30
	9.- 3.20	24.- 3.31
	10.- 3.99	25.- 2.94
	11.- 4.67	26.- 3.85
	12.- 4.33	27.- 3.20
	13.- 5.71	28.- 3.40
	14.- 2.90	
	15.- 3.81	

El valor mínimo para "t" en la escala final fue 2.63

6.2. APLICACION DE LA ESCALA (PROCEDIMIENTO)

La aplicación de la escala de actitud fue llevada a cabo por los autores de la tesis. Después de una corta presentación por parte de los entrevistadores, se preguntaba a los sujetos si tenían conocimiento de lo que es la vasectomía, requisito indispensable para que fueran incluidos en la muestra. En caso de ser afirmativa la respuesta se les proporcio

naba el cuestionario para que leyera las instrucciones y después de aclarar las dudas se les indicaba que procedie ran a contestarlo.

El cuestionario fue aplicado a 111 sujetos, de los -
cuales 12 están vasectomizados (Ver cuestionario final -
Apéndice C)

CAPITULO V

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1.- ANALISIS ESTADISTICO

Para facilitar el análisis estadístico de los resultados y la comparación intragrupal, diseñamos un cuadro en el que se encuentran todos los datos que obtuvimos de los cuestionarios aplicados (Ver cuadro, Apéndice D).

El cuestionario, como ya hemos mencionado comprende cuatro grandes áreas, cada una con siete reactivos y un puntaje teórico máximo y son las siguientes:

AREA	Nº DE REACTIVO	PUNTAJE TEORICO MAXIMO
Religión	2,5,13,19,20,27,28	19
Control Natal	1,9,14,15,21,22,25	19
Machismo	3,8,10,11,17,18,23	16
Vasectomía	4,6,7,12,16,24,26	23
		<hr/> 77

Dividimos la muestra en categorías (solteros, casados; practicantes, no practicantes; edades; nivel económico; nivel escolar; años de casados; número de hijos vasectomizados y no vasectomizados) con la intención de verificar las hipótesis establecidas. Para estas comparaciones intrgrupales obtuvimos dos tipos de porcentajes que resultaron de la aplicación de la siguiente fórmula:

$$\text{Porcentaje} = \left(\frac{1}{a}\right) b$$

Donde:

a = el número total de puntos teóricos máximos para cada área.

b = el número total de puntos obtenidos por cada grupo.

El porcentaje tipo 1 se refiere al que resulta del puntaje obtenido (número de respuestas dadas) por los sujetos en relación a la población total.

$$\text{Porcentaje} = \left(\frac{1}{a}\right) b$$

Donde:

a = número total de puntos teóricos máximos de toda la población.

b = número total de puntos obtenidos de cada subgrupo.

El porcentaje tipo 2 se refiere al que resulta del puntaje obtenido en relación con los puntajes teóricos máximos por el número total de sujetos de cada subgrupo de la población (casados, solteros, etc.), encontrando entonces la variación de la fórmula como sigue:

$$\text{Porcentaje} = \frac{1}{a} b$$

Donde:

a = número total de puntos teóricos máximos de cada subgrupo.

b = número total de puntos obtenidos por cada subgrupo.

Esto nos indicará en qué porcentaje influye o no, en nuestra población la religión, el control natal, el machismo o la vasectomía para la aceptación de ésta última.

PORCENTAJE TIPO 1

	RELIGION	ptos	CONTROL NATAL	ptos	MACHISMO	ptos	VASECTOMIA	ptos	GLOBAL
CASADOS (51)	33.68%	<u>640</u>	30.63%	<u>582</u>	39.43%	<u>631</u>	32.55%	<u>749</u>	33.30%
SOLTEROS (49)	29.42%	<u>559</u>	28,68%	<u>545</u>	34.31	<u>549</u>	29.60%	<u>681</u>	30.29%
suma: diferen:	63.10% 36.9 %		59.31% 40.69%		73.74% 26.26%		62.15% 37.85%		63.59% 36.41%
PRACTICANTES (49)	31.26%	<u>594</u>	29.78%	<u>566</u>	35.75%	<u>572</u>	31.64%	<u>728</u>	31.93%
NO PRACTICAN TES. (51)	33.36%	<u>634</u>	29.20%	<u>555</u>	37.85%	<u>606</u>	30.55%	<u>703</u>	32.42%
suma: diferen:	64.62% 35.38%		58.98% 41.02%		73.62% 26.38%		62.19% 37.81%		64.35% 35.65%
EDAD 20-25 (49)	30.20%	<u>574</u>	29.05%	<u>552</u>	34.56%	<u>553</u>	29.77%	<u>685</u>	30.68%
26-30 (23)	15.63%	<u>297</u>	13.21%	<u>251</u>	17.00%	<u>272</u>	13.69%	<u>315</u>	14.73%
31-35 (15)	10.21%	<u>194</u>	10.10%	<u>192</u>	11.68%	<u>187</u>	9.95%	<u>229</u>	10.40%
36-40 (6)	4.15%	<u>79</u>	3.89%	<u>74</u>	4.68%	<u>75</u>	4.04%	<u>93</u>	4.16%
41-45 (7)	4.31%	<u>82</u>	3.10%	<u>59</u>	5.75%	<u>92</u>	4.73%	<u>109</u>	4.43%

	RELIGION		CONTROL NATAL		MACHISMO		VASECTOMIA		GLOBAL
	ptos		ptos		ptos		ptos		
suma:	64.50%		59.35%		73.67%		62.18%		64.40%
diferen:	35.50%		40.65%		26.33%		37.82%		35.60%
CASADOS SIN HIJOS (13)	19.29%	187	16.51%	160	21.56%	176	15.85%	186	18.05%
CASADOS CON HIJOS (38)	48.29%	468	43.64%	423	55.87%	456	47.91%	562	48.68%
CASADOS CON 1 HIJO (16)	26.59%	192	24.51%	177	30.42%	185	27.91%	244	27.26
CON 2 HIJOS (12)	21.05%	152	18.97%	137	24.50%	149	18.76%	164	20.57%
CON 3 ó MAS HIJOS (10)	17.17%	124	15.09%	109	20.06%	122	17.61%	154	17.39%
ESCOLARIDAD MEDIA SUPERIOR (15)	11.26%	214	9.15%	174	11.75%	188	10.17%	234	10.51%
SUPERIOR (47)	28.05%	533	27.78%	528	32.37%	518	27.95%	643	28.84%
PROFESIONAL (38)	25.31%	481	22.31%	424	29.56%	473	24.08%	554	25.07%
suma:	64.62%		59.24%		73.68%		62.20%		64.42%
diferen:	35.38%		40.76%		26.32%		37.80%		35.58%
AÑOS DE CASADOS 1-5 (28)	36.01%	349	31.67%	307	41.78%	341	32.39%	380	35.05%
6-10 (13)	17.64%	171	14.24%	138	19.11%	156	16.53%	194	16.77%

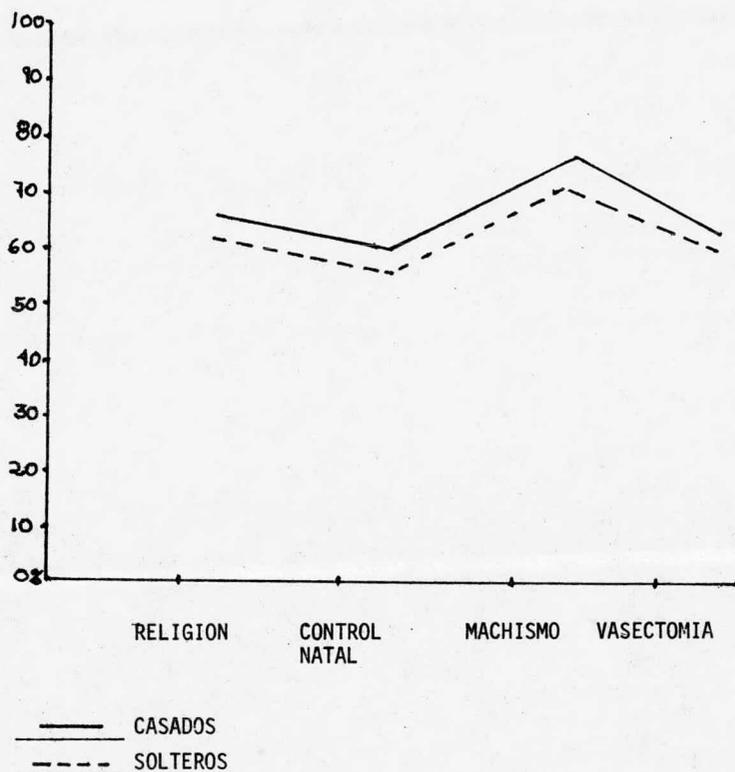
	RELIGIOSO		CONTROL		MACHISMO		VASECTOMIA		GLOBAL
		ptos		ptos		ptos		ptos	
11 ó más (10)	14.34%	139	13.93%	135	17.03%	139	14.83%	174	14.94%
NIVEL ECONOMICO ALTO (20)	14.68%	279	12.05%	229	15.94%	255	13.13%	302	13.83%
MEDIO (56)	34.47%	655	31.79%	604	39.18%	627	33.96%	781	39.64%
BAJO (24)	15.84%	301	14.84%	282	18.25%	292	14.91%	343	15.82%
suma:	64.99%		58.68%		73.37%		62.00%		69.29%
diferen:	35.01%		41.32%		26.63%		38.00%		30.71%
Vasectomiza dos (12)	9.52%	181	8.99%	171	10.06%	161	9.60%	221	8.58%
No Vasectomi zados (99)	65.31%	1241	60.99%	1159	73.06%	1169	61.87%	1423	58.40%
suma:	74.83%		69.98%		83.12%		71.47%		66.98%
diferen:	25.17%		30.02%		16.88%		28.26%		33.02%

PORCENTAJE TIPO 2

	RELIGION	CONTROL NATAL	MACHISMO	VASECTOMIA	GLOBAL
CASADOS	66.04%	60.05%	77.32%	63.85%	65.30%
SOLTEROS	60.04%	58.53%	70.02%	60.42%	61.85%
PRACTICANTES	63.80%	60.79%	72.95%	64.59%	65.19%
NO PRACTICANTES	65.42%	57.27%	74.25%	59.93%	63.59%
EDAD 20-25	61.65%	59.29%	70.53%	60.78%	62.64%
26-30	67.96%	57.43%	73.91%	59.54%	64.08%
31-35	68.06%	67.36%	77.91%	66.37%	69.43%
36-40	69.29%	64.91%	78.12%	67.39%	69.48%
41-45	61.65%	44.36%	82.14%	67.70%	63.44%
CASADOS SIN HIJOS	75.70%	64.77%	84.61%	62.20%	70.82%
CASADOS CON HIJOS	64.81%	58.58%	74.99%	64.29%	65.23%
CASADOS CON UN HIJO	63.15%	58.22%	72.26%	66.30%	64.76%
CASADOS CON DOS HIJOS	66.66%	60.08%	77.60%	59.41%	65.14%
CASADOS CON 3 ó MAS HIJOS	65.26%	57.36%	76.25%	66.95%	66.10%
ESCOLARIDAD MEDIA SUPERIOR.	75.08%	61.05%	78.33%	67.82%	70.12%

	RELIGION	CONTROL NATAL	MACHISMO	VASECTOMIA	GLOBAL
SUPERIOR	59.68%	59.12%	68.87%	59.57%	61.39%
PROFESIONAL	66.61%	58.72%	77.79%	63.38%	66.01%
AÑOS DE CASADO 1-5	65.59%	57.70%	76.11%	59.00%	63.86%
6-10	69.22%	55.86%	74.99%	64.88%	65.83%
11 ó MAS	73.15%	71.05%	86.87%	75.65%	76.23%
NIVEL ECONOMI CO ALTO	73.42%	60.25%	79.69%	65.65%	69.16%
M E D I O	61.56%	56.77%	69.97%	60.64%	70.78%
B A J O	66.01%	61.84%	76.04%	62.14%	65.91%
VASECTOMIZADOS (12)	79.38%	74.99%	83.85%	80.07%	79.43%
NO VASECTOMIZA DOS (99)	65.97%	61.61%	73.79%	62.48%	65.44%

PORCENTAJE DE RESPUESTAS EN
SOLTEROS Y CASADOS



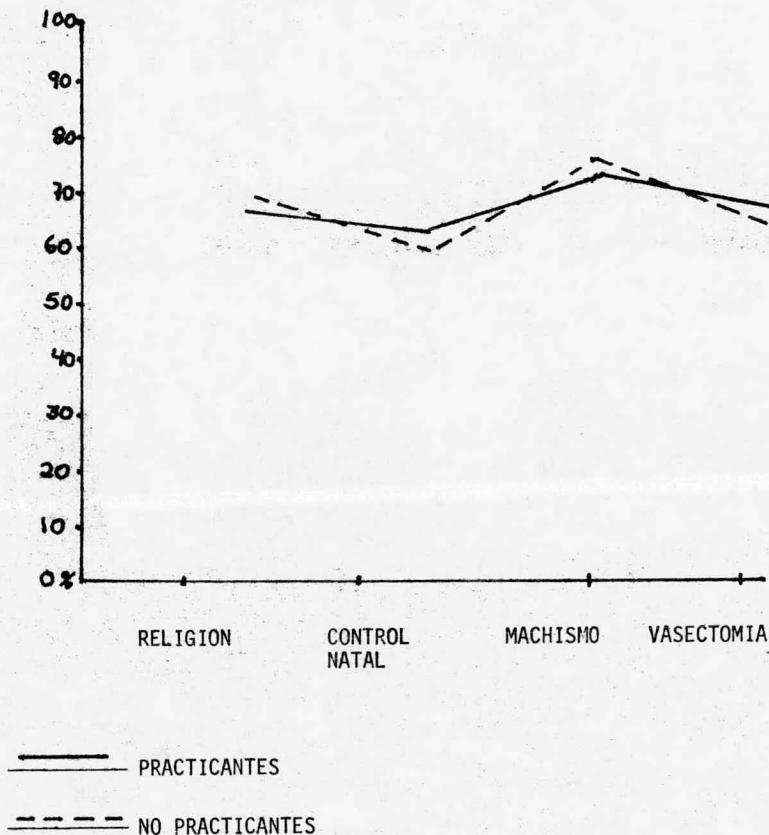
La grafica muestra la dirección de las respuestas de ambos grupos respecto a los valores evaluados por la escala de actitud.

Así mismo se aprecia el grupo más favorablemente dispuesto a aceptar la vasectomía, lo cual está dado por la mayor calificación (porcentaje).

En esta gráfica son resultados significativos los obtenidos en Religión, Machismo y Vasectomía.

Los porcentajes que se utilizaron para elaborar todas las gráficas corresponden al porcentaje Tipo 2, ya anteriormente descrito.

PORCENTAJE DE RESPUESTAS EN
PRACTICANTES Y NO PRACTICANTES

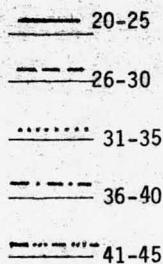
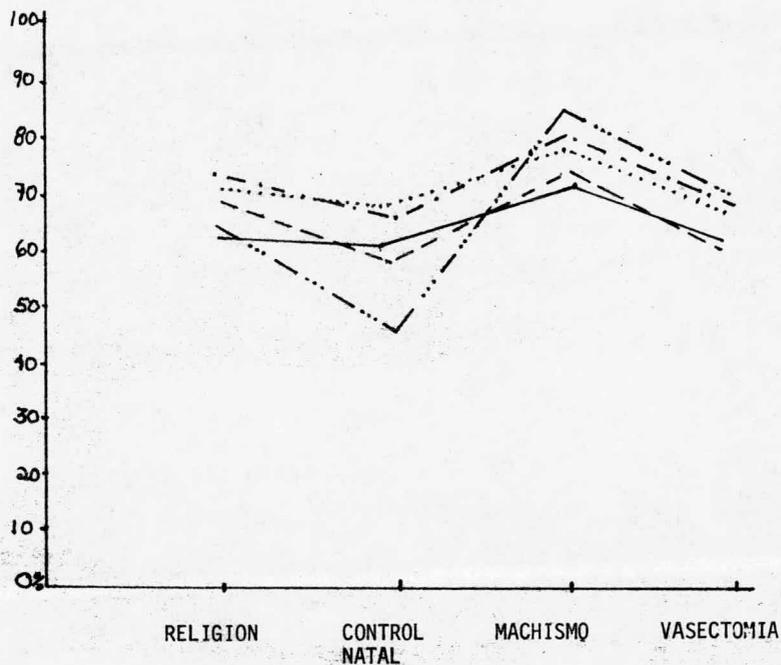


La gráfica muestra la dirección de las respuestas en ambos grupos respecto a los valores evaluados por la escala de actitud.

Así mismo se aprecia el grupo más favorablemente dispuesto a aceptar la vasectomía, lo cual está dado por la mayor calificación (porcentaje).

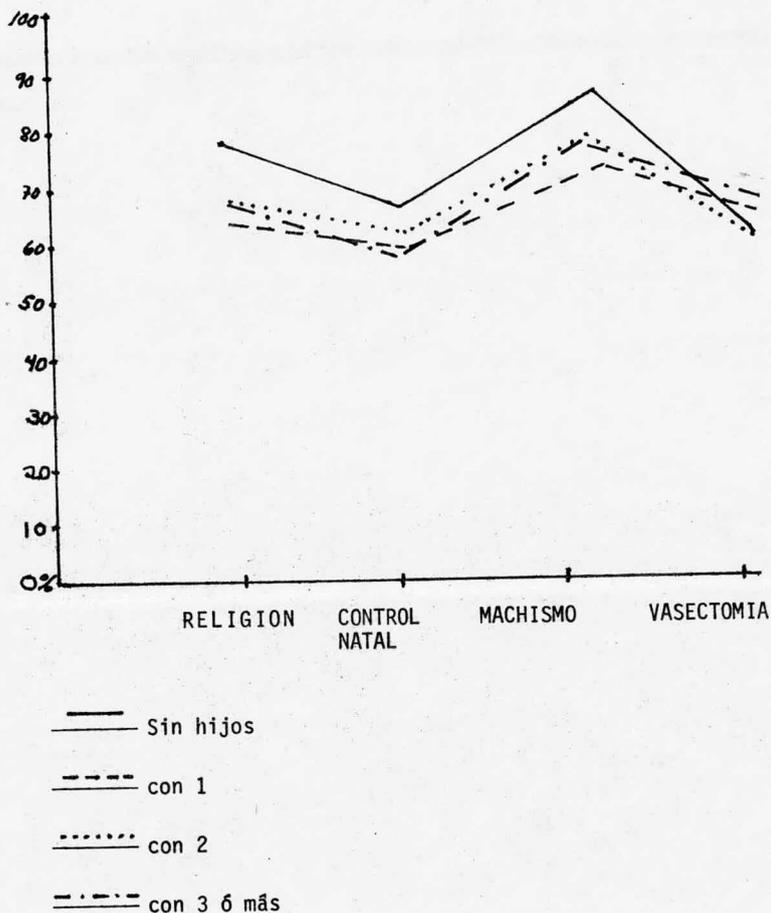
En esta gráfica el resultado significativo fue el obtenido en el área de vasectomía.

PORCENTAJES DE RESPUESTAS EN
GRUPOS DE EDADES



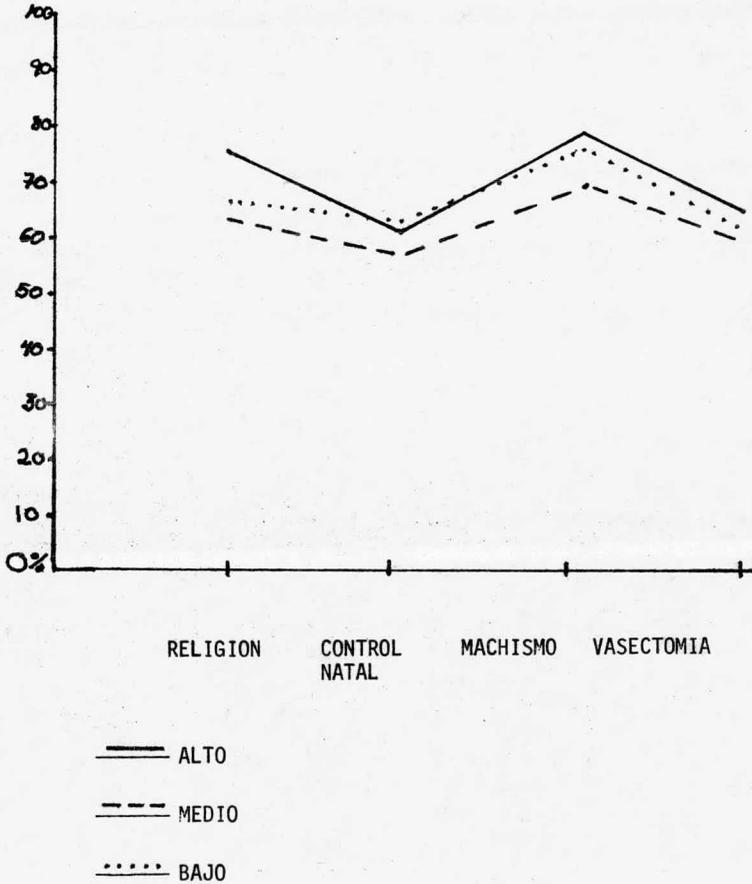
La gráfica muestra la dirección de las respuestas de los grupos respecto a los factores evaluados por la escala de actitud. Así mismo se aprecia(n) el(los) grupo(s) más favorablemente dispuesto(s) a aceptar la vasectomía, lo cual está dado por la mayor calificación (porcentaje). En esta gráfica ningún resultado fue significativo.

PORCENTAJES DE RESPUESTAS DE LOS
GRUPOS SIN HIJOS, CON 1, 2, 3 O MAS



La gráfica muestra la dirección de las respuestas de los grupos respecto a los valores evaluados por la escala de actitud. Así mismo se aprecia(n) el(los) grupo(s) más favorablemente dispuesto(s) a aceptar - la vasectomía lo cual está dado por la mayor calificación (porcentaje). En esta gráfica el resultado significativo es el obtenido en vasectomía.

PORCENTAJES DE RESPUESTAS DE LOS GRUPOS
ECONOMICOS: ALTO, MEDIO Y BAJO.

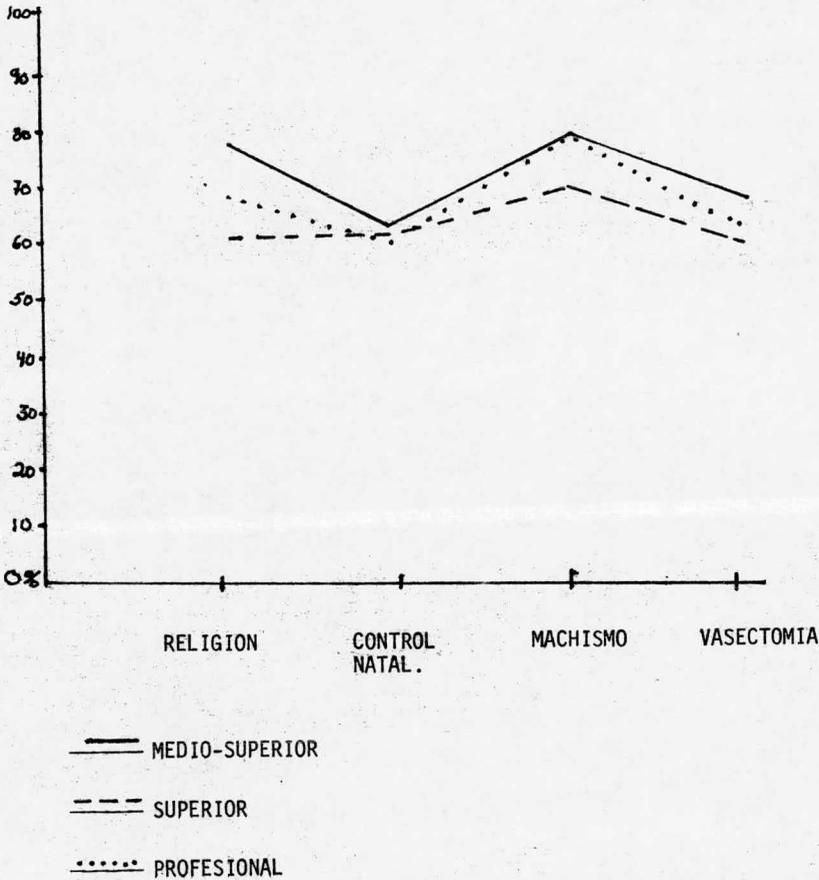


La gráfica muestra la dirección de las respuestas de los grupos respecto a los factores evaluados por la escala de actitud.

Así mismo se aprecia(n) el(los) grupo(s) más favorablemente dispuesto(s) a aceptar la vasectomía, lo cual está dado por la mayor calificación (porcentaje).

En esta gráfica el resultado significativo fue el obtenido en machismo.

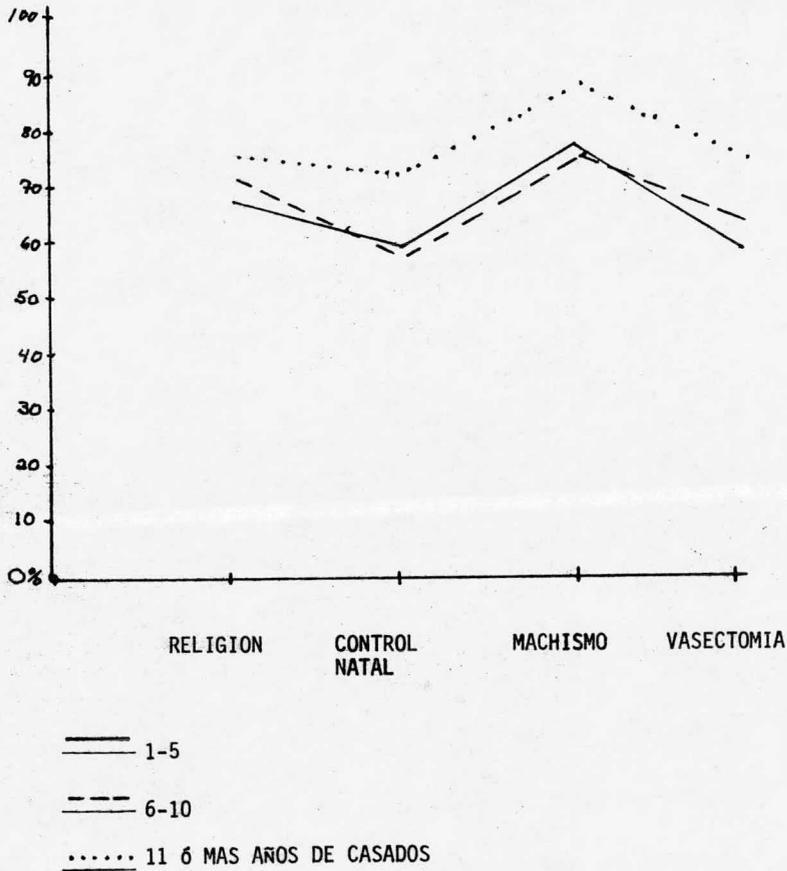
PORCENTAJE DE RESPUESTAS DE LOS GRUPOS
ESCOLARES: MEDIO-SUPERIOR, SUPERIOR Y
PROFESIONAL



La gráfica muestra la dirección de las respuestas de los grupos - respecto a los valores obtenidos por la escala de actitud. Así mismo se aprecia(n) el(los) grupo(s) más favorablemente dispuesto(s) a aceptar la vasectomía, lo cual está dado por la mayor calificación (porcentaje).

En esta gráfica el resultado significativo es el obtenido en machismo.

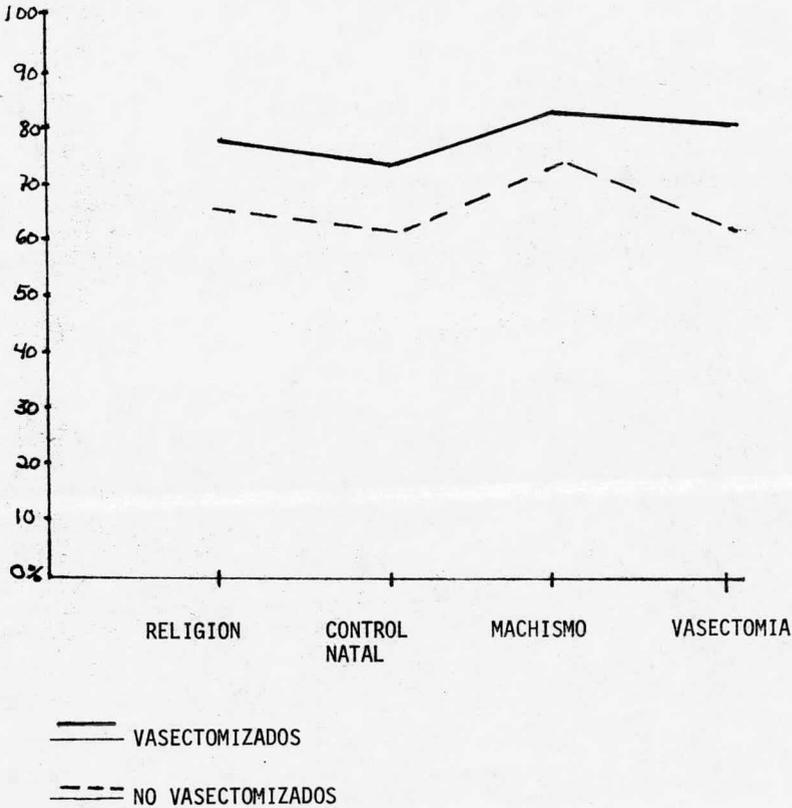
PORCENTAJES DE RESPUESTAS DE LOS GRUPOS
DE: 1-5, 6-10, 11 ó MAS AÑOS DE CASADOS.



La gráfica muestra la dirección de las respuestas de los grupos respecto a los factores evaluados por la escala de actitud. Así mismo se aprecia(n) el(los) grupo(s) más favorablemente dispuesto(s) a aceptar - la vasectomía lo cual está dado por la mayor calificación (porcentaje).

En esta gráfica el resultado significativo fue el obtenido en vasectomía.

PORCENTAJES DE RESPUESTAS DE LOS SUJETOS
VASECTOMIZADOS Y NO VASECTOMIZADOS



Esta gráfica muestra la dirección de las respuestas en ambos grupos respecto a los valores evaluados por la escala de actitud. Así mismo se aprecia el grupo más favorablemente dispuesto a aceptar la vasectomía, lo cual está dado por la mayor calificación (porcentaje).

En esta gráfica son resultados significativos los obtenidos en religión, control natal, y vasectomía.

Cada una de las hipótesis de trabajo fue contrastada con la χ^2 para demostrar la validez de las inferencias planteadas, y que justifican el desarrollo de esta investigación.

En primer lugar, el estadígrafo χ^2 se emplea para comprobar si una distribución difiere de alguna distribución teórica previamente establecida. En segundo lugar, la χ^2 se emplea en el contraste de hipótesis de la diferencia de las respuestas de dos o más grupos ante un determinado estímulo. En tercer lugar, la χ^2 se emplea en el contraste de la bondad de un ajuste. En él se trata de juzgar cuantitativamente en qué medida unos datos observados obedecen a una cierta distribución, normal o no.

Se desarrolló el procedimiento en la forma acostumbrada, para obtener χ^2 ; en primer lugar, se elaboran tablas de contingencia, que corresponde a las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas.

Los resultados de χ^2 fueron los siguientes:

CASADOS Y SOLTEROS

AREAS:	χ^2
1- <u>Religión</u>	8.8
2- <u>Control Natal</u>	3.28
3- <u>Machismo</u>	16.11
4- <u>Vasectomía</u>	9.28

PRACTICANTE Y NO PRACTICANTE:

1- <u>Religión</u>	1.05
2- <u>Control Natal</u>	3.81
3- <u>Machismo</u>	2.54
4- <u>Vasectomía</u>	11.29

EDAD DE 20-25, 26-30, 31-35, 36-40, y 41-45

1- Religión	17.51
2- Control Natal	19.42
3- Machismo	13.92
4- <u>Vasectomía</u>	22.5

AÑOS DE CASADOS 0-5, 6-10, y 11 ó más.

1- Religión	3.99
2- Control Natal	8.13
3- Machismo	6.03
4- <u>Vasectomía</u>	20.28

CASADOS SIN HIJOS, CON 1, CON 2 Y CON 3 O MAS HIJOS

AREAS: χ^2

1- Religión	10.69
2- Control Natal	6.51
3- Machismo	8.91
4- <u>Vasectomía</u>	22.07

ESCOLARIDAD: MEDIA-SUPERIOR, SUPERIOR Y PROFESIONAL

1- Religión	12.93
2- Control Natal	4.67
3- Machismo	19.54
4- <u>Vasectomía</u>	11.94

NIVEL ECONOMICO: ALTO, MEDIO Y BAJO

1- Religión	11.45
2- Control Natal	11.09
3- Machismo	12.51
4- <u>Vasectomía</u>	9.91

VASECTOMIZADOS Y NO VASECTOMIZADOS

1- Religión	8.22
2- <u>Control Natal</u>	18.141
3- <u>Machismo</u>	4.36
4- <u>Vasectomía</u>	18.46

Las áreas subrayadas son en las que se obtuvieron resultados significativos y a continuación detallaremos estos resultados.

CAPITULO VI

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1.1.- ANALISIS ESTADISTICO: RESULTADOS

Como hemos mencionado a lo largo del estudio, las áreas - que fueron investigadas por los autores de la tesis, para de tectar la actitud del mexicano ante la vasectomía fueron cu tro:

- 1.- Religión
- 2.- Control Natal
- 3.- Machismo
- 4.- Vasectomía.

Al inicio del estudio mencionamos las razones por las cu les estos cuatro aspectos fueron asociados con la actitud - que el mexicano adopta ante un objeto actitudinal como lo es la vasectomía. A continuación se detallan los resultados ob- tenidos:

Para la hipótesis número 1, que establece: $H_1 =$ Existe una correlación significativa entre la edad de los sujetos y la - aceptación de la vasectomía, encontramos:

La población de la muestra fue dividida en rangos de eda- des de 20-25, 26-30, 31-35, 36-40 y 41-45.

EN EL AREA DE RELIGION: $\chi^2 = 17.51$.

Resultado no significativo al .10% (23.54) con 16 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significancia del .10, ya que H_1 menor que 23.54, por lo tanto se acepta H_0 que esta-

blece que no existe una correlación significativa entre la edad de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.

EN EL AREA DE CONTROL NATAL: $\chi^2 = 19.42$.

Resultado no significativo al .10%(23.54) con 16 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significancia del .10, ya que H_1 menor que 23.54, por lo que se acepta H_0 que establece que no existe una correlación significativa entre la edad de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.

EN EL AREA DE MACHISMO: $\chi^2 = 13.92$.

Resultado no significativo al .10%(18.54) con 12 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significación del .10, - ya que H_1 menor que 18.54, por lo que se acepta H_0 que establece que no existe una correlación significativa entre la edad de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.

EN EL AREA DE VASECTOMIA: $\chi^2 = 22.5$.

Resultado no significativo al .10%(23.54) con 16 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significación del .10, ya - que H_1 menor que 23.54, por lo que se acepta H_0 que establece que no existe una correlación significativa entre la edad de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.

Para la hipótesis número 2 que establece: $H_1 =$ Existe una correlación significativa entre el estado civil de los sujetos y la aceptación de la vasectomía; encontramos para las cuatro áreas:

La población de la muestra fue dividida en solteros y casados.

EN EL AREA DE RELIGION: $\chi^2 = 8.8$.

Resultado SIGNIFICATIVO al .10%(7.77) con 4 gl. Por lo tanto se acepta H_1 al nivel de significancia del .10, ya que H_1 mayor que 7.77.

EN EL AREA DE CONTROL NATAL: $\chi^2 = 3.28$

Resultado no significativo al .10%(7.77) con 4 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significancia del .10, ya que H_1 menor que 7.77, por lo que se acepta H_0 que establece que no existe una correlación significativa entre el estado civil de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.

EN EL AREA DE MACHISMO: $\chi^2 = 16.11$.

Resultado significativo al .01% (11.34) con 3 gl. Por lo tanto se acepta H_1 al nivel de significancia del .01, ya que H_1 mayor que 11.34.

EN EL AREA DE VASECTOMIA; $\chi^2 = 9.28$.

Resultado significativo al .10%(7.77) 4 gl. Por lo tanto se acepta H_1 al nivel de significancia del .10, ya que H_1 mayor que 7.77.

Para la hipótesis número 3 que establece: $H_1 =$ Existe una correlación significativa entre el grado de religiosidad de los sujetos y la aceptación de la vasectomía; encontramos:

La población de la muestra fue dividida en practicantes y no practicantes de la religión católica.

EN EL AREA DE RELIGION: $\chi^2 = 1.05$

Resultado no significativo al .10%(7.79) 4 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significación del .10, ya que H_1 menor que 7.77, por lo que se acepta H_0 que establece que no existe una correlación significativa entre el grado de religiosidad de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.

EN EL AREA DE CONTROL NATAL: $\chi^2 = 3.81$.

Resultado no significativo al .10%(7.77), 4 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significación del .10, ya que H_1 menor que 7.77, por lo que se acepta H_0 que establece que no existe una correlación significativa entre el grado de religiosidad de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.

EN EL AREA DE MACHISMO: $\chi^2 = 2.54$.

Resultado no significativo al .10%(6.25) 3 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significación del .10 ya que H_1 menor que 6.25, por lo que se acepta H_0 que establece que no existe una correlación significativa entre el grado de religiosidad de los sujetos y la aceptación de la vasectomía.

EN EL AREA DE VASECTOMIA: $\chi^2 = 11.29$

Resultado significativo al .05%(9.48) 4 gl. Por lo tanto se acepta H_1 al nivel de significación del .05, ya que H_1 - mayor que 9.48.

Para la hipótesis número cuatro que establece: $H_1 =$ Existe una correlación significativa entre el número de años de casados de los sujetos y la aceptación de la vasectomía; en contramos:

La población de la muestra fue dividida en: Grupos de 0 a 5, 6-10 y 11 o más años de casados.

EN EL AREA DE RELIGION: $\chi^2 = 3.996$.

Resultado no significativo al .10%(13.36) 8 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significación del .10, ya - que H_1 menor que 13.36, por lo que se acepta H_0 .

EN EL AREA DE CONTROL NATAL: $\chi^2 = 8.13$.

Resultado no significativo al .10%(13.36) 8 gl. Por lo - tanto se rechaza H_1 al nivel de significancia del .10, ya - que H_1 menor que 13.36, por lo que se acepta H_0 .

EN EL AREA DE MACHISMO: $\chi^2 = 6.039$

Resultado no significativo al .10%(10.64) y gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significación del .10, ya - que H_1 menor que 10.64, por lo que se acepta H_0 .

EN EL AREA DE VASECTOMIA: $X^2=20.28$.

Resultado significativo al .01%(20.09) 8 gl. Por lo tanto se acepta H_1 al nivel de significación del .01, ya que H_1 mayor que 20.09.

Para la hipótesis número 5 que establece: H_1 = Existe una correlación significativa entre los sujetos casados sin hijos, y con 1, 2, 3 ó más hijos y la aceptación de la vasectomía; encontramos:

La población de la muestra fue dividida en: sujetos casados sin hijos, sujetos casados con 1, con 2 y con 3 o más hijos.

EN EL AREA DE RELIGION: $X^2= 10.69$

Resultado no significativo al .10%(18.54) 12 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significación del .10, ya que H_1 menor que 18.54, por lo que se acepta H_0 .

EN EL AREA DE CONTROL NATAL: $X^2=6.51$

Resultado no significativo al .10%(18.54) 12 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significación del .10, ya que H_1 menor que 18.54, por lo que se acepta H_0 .

EN EL AREA DE MACHISMO: $X^2=8.91$

Resultado no significativo al .10%(14.68) 9 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significación del .10, ya que H_1 menor que 14.68, por lo que se acepta H_0 .

EN EL AREA DE VASECTOMIA: $\chi^2 = 22.07$.

Resultado significativo al .05% (21.02) 12 gl. Por lo tanto se acepta H_1 al nivel de significación del .05, ya que H_1 mayor que 21.02.

Para la hipótesis número 6 que establece: $H_1 =$ Existe una correlación significativa entre el nivel escolar de los sujetos y la aceptación de la vasectomía, encontramos.

La población de la muestra fue dividida en sujetos con escolaridad media superior, superior y profesional.

EN EL AREA DE RELIGION: $\chi^2 = 12.933$

Resultado no significativo al .10% (13.362) 8 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significación del .10, ya que H_1 menor que 13.362, por lo que se acepta H_0 .

EN EL AREA DE CONTROL NATAL: $\chi^2 = 4.67$.

Resultado no significativo al .10% (13.36) 8 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significación del .10, ya que H_1 menor que 13.36, por lo que se acepta H_0 .

EN EL AREA DE MACHISMO: $\chi^2 = 19.54$.

Resultado significativo al .01% (16.81) 6 gl. Por lo tanto se acepta H_1 al nivel de significación del .01, ya que H_1 mayor que 16.81.

EN EL AREA DE VASECTOMIA: $\chi^2 = 11.94$.

Resultado no significativo al .10%(13.36) 8 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significación del .10%, ya que H_1 menor que 13.36, por lo que se acepta H_0 .

Para la hipótesis número 7 que establece: $H_1 =$ Existe una correlación significativa entre el nivel económico de los sujetos y la aceptación de la vasectomía, encontramos:

La población de la muestra fue dividida según ingresos en: Grupo Alto, Medio y Bajo.

EN EL AREA DE RELIGION: $\chi^2 = 11.45$.

Resultado no significativo al .10%(13.36) 8 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significación del .10, ya que H_1 menor que 13.36, por lo que se acepta H_0 .

EN EL AREA DE CONTROL NATAL: $\chi^2 = 11.09$.

Resultado no significativo al .10%(13.36) 8 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significación del .10, ya que H_1 menor que 13.36, por lo que se acepta H_0 .

EN EL AREA DE MACHISMO: $\chi^2 = 12.51$.

Resultado significativo al .10%(10.64) 6 gl. Por lo tanto se acepta H_1 al nivel de significación del .10, ya que H_1 mayor que 10.64.

EN EL AREA DE VASECTOMIA: $\chi^2 = 9.91$

Resultado no significativo al .10%(13.36) 8 gl. Por lo tanto

to se rechaza H_1 al nivel de significación del .10, ya que H_1 menor que 13.36 por lo que se acepta H_0 ,

Para la hipótesis número 8 que establece: H_1 = Existe una correlación significativa entre los sujetos vasectomizados y no vasectomizados para la aceptación de la vasectomía encontramos:

La población de la muestra fue dividida en vasectomizados y no vasectomizados.

EN EL AREA DE RELIGION: $\chi^2=8.22$

Resultado significativo al .10%(7.779) 4 gl. Por lo tanto se acepta H_1 al nivel de significación del .10, ya que H_1 mayor que 7.779.

EN EL AREA DE CONTROL NATAL: $\chi^2=18.141$

Resultado significativo al .01%(13.277) 4 gl. Por lo tanto se acepta H_1 al nivel de significación del .01, ya que H_1 mayor que 13.277.

EN EL AREA DE MACHISMO: $\chi^2= 4.36$

Resultado no significativo al .10%(6.25) 3 gl. Por lo tanto se rechaza H_1 al nivel de significación del .10 ya que H_1 menor que 6.25 por lo que se acepta H_0 .

EN EL AREA DE VASECTOMIA: $\chi^2= 27.05$

Resultado significativo al .001%(18.46) 4 gl. Por lo tanto se acepta H_1 al nivel de significación del .001 ya que H_1 mayor que 18.46.

2. INTERPRETACION DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Para la hipótesis número 1, concluimos que:

Aunque los resultados no fueron significativos al aplicar la χ^2 para contrastar la hipótesis, los porcentajes de respuestas de los diferentes grupos de edades en que dividimos a la población nos indican que los sujetos de 26 a 40 años - están menos influenciados por la religión que los sujetos de 20 a 25 y de 41 a 45 años y se debe principalmente a que tienen objetivos definidos que resultan de experiencias que les permitieron conocer sus capacidades y limitaciones para ubicarse en un marco de autosuficiencia y dirección a diferencia de los sujetos de 20 a 25 años, etapa en la que se adquiere madurez, conocimiento de sí mismo, pero en la que aún se denota marcada influencia familiar y de los grupos sociales en los que se desenvuelve.

Por otro lado, también los sujetos de 41 a 45 años, mostraron ser influenciados por las creencias religiosas adquiridas en la etapa de formación anterior a la madurez (adolescencia) y que siguen vigentes porque son reforzadas por el grupo social al que pertenecen, proceso conocido como resistencia al cambio actitudinal.

También se observó que el grupo antes mencionado (41 a 45) rechaza en mayor proporción el control de la natalidad, lo cual se puede deber a la costumbre arraigada de que sea la mujer la que ejerza el control natal.

Los sujetos de 20 a 30 años, muestran mayor interés para utilizar los métodos anticonceptivos debido probablemente a los medios publicitarios que los refuerzan y al papel responsable que implica tener un hijo cuando no se cuenta con los medios necesarios para tenerlo. Por otra parte, los sujetos de 30 a 40 años, presentan un patrón de respuestas que denota mayor interés que los anteriores para ejercer un control natal que les permita mantener el estandar de vida de acuerdo a sus condiciones emocionales, económicas y de salud, ya que a esta edad es cuando el número familiar está completo o por completarse y desean disipar las pasadas angustias - que les significaba tener relaciones sexuales insatisfactorias por el temor al embarazo indeseado.

Con respecto a la influencia del machismo cuando se encuentra asociado a la edad en la aceptación de la vasectomía, los diversos grupos de edades, mostraron porcentajes de respuestas similares, sin embargo, el comportamiento de los sujetos va de mayor edad a menor machismo y de menor edad a mayor machismo, lo cual se puede deber a que con el paso del tiempo adquieren madurez y mayor seguridad en sí mismos y se acumulan experiencias y conocimientos.

Los sujetos que están entre los 31 y 45 años se mostraron más a favor de la vasectomía, a diferencia de los sujetos entre 20 y 30 años de edad; esta diferencia puede deberse, entre otras cosas, a que a mayor edad ya completaron el número familiar deseado y el grupo de 20 a 30 años, está por formarlo o completarlo.

Para la hipótesis número 2, concluimos que:

El resultado que obtuvimos al aplicar χ^2 para contrastar esta hipótesis en el área de religión, fue significativo - al .10% y podemos afirmar que la religión influye menos en los casados que en los solteros para aceptar la vasectomía, posiblemente porque el estar casado les proporciona mayor - número de elementos para regir su vida en forma independiente, a permitir que la religión les controle, ya que ésta no les soluciona sus problemas (económicos, médicos, etc.)

En el área de control natal, observamos que los porcentajes de respuestas de ambos grupos (solteros y casados) fueron similares y aunque el resultado no fue significativo al .10%, se considera que ambos grupos están dispuestos a ejercer un control natal si bien por motivos diferentes, en el caso de los casados por reducir el número familiar para poder vivir de acuerdo a sus necesidades económicas, sociales, etc., y en los solteros para evitar la responsabilidad de un hijo fuera de matrimonio.

También encontramos diferencias significativas al .01% - entre solteros y casados con respecto a la influencia que - el machismo ejerce en ambos y es mayor en los solteros posiblemente porque éstos necesitan de un comportamiento machista para atraer sexualmente a la pareja a diferencia de los casados que al haberla ya encontrado, reducen dicho comportamiento.

En el área de vasectomía también obtuvimos un resultado significativo al .10%. El mayor porcentaje de respuestas a

favor de la vasectomía lo mostraron los casados. Esta actitud se puede deber primordialmente a que no desean adquirir nuevas responsabilidades (hijos) ya que probablemente tienen el número familiar deseado y quieren gozar de la sexualidad - sin problemas de embarazo, a diferencia del soltero que apenas proyecta formar una familia.

Para la hipótesis número 3, concluimos que:

Aunque el resultado para practicantes y no practicantes - en el área de religión no fue significativo al .10%, del patrón de respuestas de ambos grupos se deduce un comportamiento similar que tiende a la aceptación de la vasectomía, debido, posiblemente a la influencia cada vez menor de la religión, esta inferencia es congruente con el resultado de ambos grupos en el área de control natal y machismo ya que su comportamiento también tiende a la aceptación de ejercer un control natal sin importar tanto el grado de religiosidad como rector de la vida del individuo.

Esta inferencia se fortalece aún más con el comportamiento que mostraron ambos grupos en el área de vasectomía al obtenerse un resultado significativo, al .05% diferenciándose el grupo de practicantes por su tendencia real a aceptar la vasectomía y a no dejarse influenciar por la religión independientemente de practicarla, por lo tanto opinamos que las ideas religiosas con respecto al control de la natalidad probablemente están en crisis y la iglesia deberá evolucionar -

para adaptarse a las necesidades de la sociedad actual.

Para la hipótesis número 4, concluimos que:

Encontramos que al aplicar χ^2 para contrastar esta hipótesis obtuvimos resultados no significativos en el área de religión control natal y machismo al .10%. La muestra fue dividida en tres grupos: el primero de 1-5, el segundo de 6-10 y el tercero de 11 ó más años de casados; sin embargo, el comportamiento del grupo de más años de casados mostró mayor tendencia a aprobar la vasectomía como método de control natal.

Estos resultados fortalecen el que obtuvimos en le área de vasectomía y que es significativo al .01%, lo cual confirma - la relación de que: amás años de casados, mayor aceptación de la vasectomía y parece reafirmar lo que ya hemos mencionado - con anterioridad de que el hombre ya no desea tener más hijos para gozar de la sexualidad con su pareja sin temor al embarazo indeseado.

Para la hipótesis número 5, concluimos que:

Los resultados que obtuvimos al contrastar esta hipótesis no fueron significativos al .10% en las áreas de religión, - control natal y machismo; sin embargo, curiosamente observamos que el grupo de casados sin hijos está más dispuesto a - aceptar la vasectomía como método de control natal sin presentar aparentemente mayor influencia por ideas religiosas o machistas en contraste con los grupos de casados con 1, con 2 y con 3 ó más hijos. Creemos que esta diferencia se debe a que existe mayor conciencia entre las parejas sin hijos para tomar la decisión de adquirir la responsabilidad de formar -

una familia hasta no estar mejor establecidos, lo cual puede deberse entre otras cosas, a los medios masivos de comunicaci3n que divulgan informaci3n sobre este tema y a la imperiosa necesidad que existe por limitar la familia y de administrar sus recursos, ya que "la familia peque1a vive mejor".

En el 1rea de vasectom1a donde la diferencia de las respuestas entre los grupos de casados sin hijos, con 1, con 2, con 3 6 con m1s fue significativa al .05% encontramos que el grupo con m1s hijos es el que est1 dispuesto a utilizar la vasectom1a para solucionar sus problemas sobre control natal y esto nos indica que al haber llegado al n1mero familiar deseado, las decisiones son firmes y no tentativas sobre un control natal efectivo.

Para la hip3tesis n1mero 6, concluimos que:

Los resultados que obtuvimos al aplicar χ^2 no fueron significativos al .10%; sin embargo, del comportamiento de los 3 - grupos en los que fue dividida la muestra (escolaridad media-superior; superior y profesional) el que indica mayor tendencia a aceptar la vasectom1a es el grupo de escolaridad media-superior. Pensamos que la permeabilidad de las nuevas generaciones facilita la infiltraci3n de conocimientos propios del avance cient1fico, que derrumban sistem1ticamente los mitos y creencias que por a1os han existido sobre los m1todos de control natal, especialmente sobre la vasectom1a y aunque esta - interpretaci3n pudiera parecer incongruente (a mayor conoci-

miento, mayor aceptación de la vasectomía, el lector deberá tomar en cuenta como ya lo habíamos postulado, que la adquisición de nuevos conocimientos, valores y actitudes, se facilitan cuando éstos no están del todo formados.

Por otro lado, el resultado que se obtuvo en el área de machismo fue significativo al .01% y valida la hipótesis - que establece una correlación significativa entre el nivel escolar de los sujetos y la aceptación de la vasectomía cuando se asocia el machismo. Del porcentaje de respuestas observamos que influye más en los niveles escolares superiores por lo cual nos inclinamos a pensar como ya lo afirmamos, que la formación y adquisición de conceptos es más importante para aceptar la vasectomía que tener más conocimientos, ya que éstos, una vez consolidados regulan el comportamiento; es decir lo hacen menos flexible al aprendizaje y por ende es más difícil desechar las conductas y actitudes machistas previamente adquiridas.

Para la hipótesis número 7, concluimos que:

Se observó que las áreas de religión, control natal y vasectomía, no están asociadas con el nivel económico de los sujetos en los que fue dividida la muestra. El comportamiento de éstos grupos en éstas áreas fue similar y el contrastarlos con la χ^2 no se obtuvieron resultados significativos al .10% pensamos que la religión, la aceptación del control natal y de la vasectomía influye de una forma homogénea a toda la población, sin importar su nivel económico, no así el machismo pues éste influye más sobre el grupo de nivel eco

nómico medio. El resultado que obtuvimos al contrastarlo con la χ^2 fue significativo al .10%. Pensamos que esta diferencia se debe principalmente a las características que se encuentran implícitas cuando se habla de machismo.

La inseguridad por un lado y el deseo de superioridad por otro se reflejan en las manifestaciones de inestabilidad que tiene la clase económica media, cuando sus aspiraciones se ven seriamente limitadas por las dificultades para mejorar en el aspecto económico y por la necesidad de ser reconocido por una ficticia superioridad económica en contraste con las clases alta y baja ya que formalmente es la clase (media) más afectada porque sus posibilidades o aspiraciones frecuentemente son inalcanzables.

También fue planteada una hipótesis que sustenta la posibilidad de que existan diferencias significativas en la actitud entre hombres vasectomizados y no vasectomizados para la aceptación de la vasectomía. La finalidad de esta hipótesis es tener un parámetro que permita conocer el grado en que puedan diferir las actitudes entre estos dos grupos, acerca de dicho método de control natal.

En primer lugar, encontramos que existe una diferencia significativa al .10% en el aspecto religioso. De acuerdo con el instrumento, los hombres vasectomizados han desechado algunos miedos y falsedades que generan las creencias religiosas para convencerse de las posibilidades reales de un método de control natal 100% efectivo y probablemente obtie

nen la satisfacción personal de dirigir su vida por sí mismos y no en función de preceptos religiosos poco claros e inefectivos; por ejemplo nos referimos al método de control natal - aceptado por la inglesia; el ritmo, ya conocido ampliamente - por su discutible nivel de eficacia.

Así, el hombre vasectomizado ve debilitadas sus ideas religiosas y fortalecen la participación en la paternidad responsable como ejemplo a seguir.

Por otro lado, encontramos que existe una diferencia significativa al .001% en el área misma de vasectomía entre ambos grupos. Esta diferencia valida la suposición de que el vasectomizado es congruente con su actitud y su conducta, ya que su actitud fue altamente favorable hacia la vasectomía, adoptando así, las ideas afines a ésta como propias, independientemente de cualquier influencia, no siendo así en el grupo de - No Vasectomizados, en quienes pensamos todavía persisten algunos factores que los hacen renuentes a realizar la operación quirúrgica y que podrían ser religiosos, de edad, de estado civil o del número familiar, entre otras y aunque su actitud es favorable, la acción de vasectomizarse aún no se ha llevado a cabo.

En lo que a control natal se refiere, también se diferencian significativamente al .01% ambos grupos.

Las actitudes del grupo vasectomizado están favorablemente inclinadas a utilizar un método de control natal que solu-

cione los problemas demográficos de cada familia. Esta parece ser una clara manifestación de la importancia y la favorable actitud que los hombres vasectomizados ya brindaban a los métodos antes de ser intervenidos quirúrgicamente y lo manifestaron posteriormente cuando en forma positiva contestaron dichos reactivos. Por lo contrario, los no vasectomizados que - aunque aceptan el control natal no participan en él dejando - posiblemente la responsabilidad a la mujer. Por otro lado, - tiene que tomarse en cuenta que muchos de los hombres no vasectomizados pudieran tener una familia aún incompleta y estén en espera de lograrlo para tomar la decisión de participar.

Por último en el área de machismo después de haber contrastado a ambos grupos encontramos que no existe diferencia significativa en sus actitudes. Al respecto pensamos que la - adopción de la vasectomía como método de control natal no se encuentra relacionada o influida por el machismo o el no machismo de los individuos. Bajo estas circunstancias, queremos entender que el comportamiento machista como patrón conductual, tiene connotación en la personalidad del individuo, la cual no se modifica por el hecho de estar o no vasectomizado.

La importancia del resultado, probablemente resida en el hecho de que el comportamiento machista sólo es relevante - cuando existe la posibilidad de manifestarlo. Al respecto estas manifestaciones fueron expresadas en las comparaciones - intragrupalas cuando se relacionaron con el estado civil -

($\chi^2=16.11$), la escolaridad y formación escolar ($\chi^2=19.54$), y el nivel económico ($\chi^2=12.51$). Por otro lado, tales manifestaciones machistas no se presentaron en forma significativa cuando se relacionan con el grado de religiosidad, grupos de edades, de años de casados, con el número de hijos o entre vasectomizados y no vasectomizados.

De las puntuaciones de ambos grupos (vasectomizados y no vasectomizados) se obtuvieron las medias aritméticas (\bar{X}) y las desviaciones estándar respectivas:

Los resultados obtenidos fueron:

Grupo vasectomizado: $\bar{X}=61.17$ $s=10.09$

Grupo no vasectomizado: $\bar{X}=50.59$ $s=11.60$

En estos resultados observamos que se encuentra un comportamiento diferente a partir de las medias aritméticas de ambos grupos. Esta relación significa que el grupo no vasectomizado se encuentra posiblemente muy dispuesto a ser vasectomizado cuando sobrepase el puntaje mínimo de 61.17, correspondiendo este puntaje a la media del grupo vasectomizado. En su caso, se recomienda únicamente una entrevista para verificar su completa disposición, así como el cumplimiento de su objetivo, entre otros, un número familiar deseado, como uno de los factores más importantes a considerar de acuerdo a sus particulares justificaciones.

En caso de que el puntaje obtenido sea inferior a 61.17 se consideraría conveniente conocer -a través de las técnicas disponibles (entrevistas, mesas redondas, dinámica de grupos etc...)- los posibles obstáculos que impedirían practicar la vasectomía con el fin de minimizarlos, ya que dichos individuos muy posiblemente se encuentran influenciados por los factores negativos ya analizados en la presente investigación y como es una operación con escasas posibilidades de ser revertida, produciría efectos negativos - en sujetos que no se encuentran convencidos a sí mismos, - no por las ventajas del método en sí, sino por sus propias convicciones, ideología o autoimagen.

CONCLUSIONES GENERALES

En general, los resultados que obtuvimos parecen sugerir que la influencia de la religión sobre el control natal comienza a disminuir, especialmente en adultos jóvenes, en solteros y en casados sin hijos. Estos grupos son particularmente los más importantes porque en ellos se encuentra la posibilidad real de ejercer un adecuado control natal, básicamente porque todavía no tienen familia y cuando decidieran tenerla podrían limitarla. Por otro lado, en lo que a control natal se refiere, los individuos vasectomizados rechazaron - en forma abierta la posibilidad de ser influenciados por la religión (79.98%), estos individuos, todos casados y con hijos, posiblemente propiciarán en otras personas -en igualdad de circunstancias- la aceptación de la vasectomía.

También observamos que en el área de control natal los sujetos casados (60.05%) sin hijos (64.77%) y los de mayor número de años de casados (71.95%) son los grupos que mayor disposición tienen para implantar un control natal.

Las actitudes machistas que interfieren con la aceptación de la vasectomía únicamente se apreciaron más en los grupos de sujetos solteros (60.42%), profesionistas (59.57%) y de nivel económico medio (60.64%) y no en los otros grupos donde los resultados no fueron significativos. Como parte importante creemos que será necesario revisar y modificar aquellos sistemas educativos que propician las actitudes y comporta-

mientos machistas, haciendo énfasis en los grupos en los que la influencia aún es significativa y cuyo resultado podría ser de mayor aceptación hacia la vasectomía.

Por los porcentajes de respuestas vemos que en general, la vasectomía es aceptada más que rechazada. Los puntos donde mayor aceptación tuvo fueron los de sujetos de 31 a 45 años de edad (69.45%), casados (65.30%), practicantes de la religión (65.19%) (donde es congruente con que los preceptos religiosos influyen cada vez menos en la aceptación de los métodos de control natal). Con los de mayor número de años de casados (76.23%) y con los que tienen más hijos (66.10%). Creemos que cuando ya está formada la familia y ya no desean su crecimiento, se encuentran más dispuestos a vasectomizarse y a no correr el riesgo de fallar con cualquier otro método de control natal. Este es uno de los factores más importantes para tomar esta decisión sin que interfiera para ello la escolaridad o nivel económico y pensamos que las necesidades de la vida actual están triunfando sobre las pasadas tradiciones y cada vez más se aceptará la vasectomía.

CAPITULO VI

SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

1.- EVALUACION CRITICA

La intención de estudiar la conducta masculina obedece a la preocupación que los autores tienen acerca del problema poblacional; queríamos conocer el grado de penetración que tienen el machismo, la religión o las creencias, para determinar la influencia en su comportamiento y su evolución.

Los resultados que obtuvimos en esta investigación, nos indican que la aceptación de la vasectomía es más positiva de lo que esperábamos, creemos que vamos hacia una sociedad no sexista donde la participación del hombre y la mujer se equilibra. Esta favorable disposición puede, en un futuro, contribuir en forma importante a incrementar el control demográfico en México. Sin embargo, por ejemplo, la falta de seguimientos incrementa la necesidad de realizar nuevos estudios que los contemplen y seguramente estudios paralelos tanto en el interior de la República como en el Distrito Federal, enriquecerán los datos y las posibilidades de controlar satisfactoriamente nuestro crecimiento demográfico e incluso acelerarlo.

Por otra parte la utilización de distintas escalas de actitudes, serán también una importante contribución, ya que brindaría la oportunidad de comparar los resultados, creando nuevas alternativas de solución.

Así mismo y para obtener mayor información, hubiera sido valioso aplicar las escalas a los sujetos antes y después de ser vasectomizados, para encontrar posibles diferencias actitudinales; también hubiera sido importante tomar en cuenta la opinión femenina y medir su influencia en el hombre antes de ser vasectomizado.

Este tipo de aspectos y algunos otros complementarían la presente investigación. Planificar la familia, utilizando los métodos de control natal disponibles gracias a los avances médico-científicos, es la única alternativa para mejorar las condiciones de vida de una pareja.

Los criterios que se utilicen para llevarlo a cabo pueden ser muy variados y éstos dependerán exclusivamente de las necesidades particulares. Finalmente, aunque la vasectomía no sea el método elegido por la pareja para controlar el crecimiento demográfico, sí podrá incrementar el número de sus elecciones.

Sin embargo, la intención de este estudio no es la de escribir la última palabra, sino al menos propiciar el inicio de un nuevo camino que facilite el complejo estudio del ser humano en todas sus facetas.

A P E N D I C E A

METODOS DE CONTROL NATAL

El término control natal se refiere a los métodos que se utilizan para lograr la planificación familiar y que se clasifican de la siguiente manera:

A.- Mecánicos:

a) Preservativo.- El condón o preservativo es una funda, por lo general de goma sintética, que se ajusta sobre el órgano sexual masculino. En muchos países su venta se permite legalmente debido a que sirve de protección contra las enfermedades venereas.

b) Diafragma.- El diafragma vaginal es una especie de tazon poco profunda, de caucho natural o goma sintética diseñada para cubrir el cuello del útero e impedir la entrada de los espermatozoides. Siempre se usa pomada o crema al introducir el diafragma, que a la vez que facilita la colocación, es espermaticida. El diafragma tiene que colocarse antes del acto sexual y no retirarse hasta por lo menos seis horas después de concluido éste. Siempre se corre el riesgo de que durante el coito el diafragma se mueva y no cumpla con su función.

c) El DIU.- Es un dispositivo que se inserta en el útero para impedir la concepción, o sea, el DIU promueve movimientos musculares que obligan al óvulo a pasar al útero antes de estar listo para ser implantado, de tal manera que en al-

guna forma impide que las paredes del útero reciban el óvulo esté o no fecundado. Los Dius pueden ser de diferentes formas medidas y materiales. Los más conocidos son el espiral, el - siete de cobre y el moño. Tienen la ventaja de que se insertan con facilidad por el médico y en poco tiempo, además de que - pueden permanecer largos períodos en su lugar pues no parecen - tener efectos perniciosos. Las desventajas que presentan generalmente son cólicos en las primeras menstruaciones y sangrados, algunas veces es necesario retirar el dispositivo.

B.- Químicos:

a) Espumas, jaleas, óvulos y cremas.- Estos métodos son - preparaciones químicas que actúan matando o inmovilizando a - los espermatozoides por contacto y formando una barrera que im pide que los sobrevivientes lleguen al óvulo. De estos métodos el más eficaz es la espuma en aerosol.

b) La píldora.- Es un producto químico que agrega una peque ña dosis diaria de estrógeno y progesterona sintética a las - hormonas que produce el cuerpo. El resultado es un equilibrio hormonal que sólo ocurriría después de comenzado el embarazo, pues cuando ocurre la preñez se siguen produciendo estas hormo nas que impiden la liberación de otro óvulo hasta después del nacimiento del bebé. Siempre que se ha tomado bajo vigilancia médica, la píldora ha resultado ser uno de los mejores métodos anticonceptivos, que aparte de tener que recordar tomarla du-

rante 21 días consecutivos, no requiere equipo ni perturba la espontaneidad de las relaciones sexuales. Otra de la ventajas que presenta es su costo, ya que la dosis necesaria - para un mes, cuesta entre 60,00 y 80.00 pesos. Los anticonceptivos hormonales en su forma actual son útiles y eficaces - para el planeamiento familiar y para el control demográfico, sin embargo, modifican muchos sistemas y aparatos corporales y tal vez actúan como anticonceptivos sólo como uno de sus tantos efectos biológicos. En forma óptima habría que - prestar mayor atención a la creación de métodos más precisos y eficaces de control de las medidas anticonceptivas, - ya que por otra parte están los efectos secundarios que deberán ser atendidos por el médico en caso de que aparecieran, entre los cuales se pueden considerar enfermedades tromboembólicas.

C.- Quirúrgicos:

a) La esterilización requiere de la intervención quirúrgica y además es irreversible. En la mujer consiste en el ligamento de las Trompas de Falopio.

b) En el hombre consiste en el ligamento de los conductos seminales y se conoce con el nombre de vasectomía.

D.- Físicos:

a) Coitus interruptus.- Es una manera de impedir que los espermatozoides penetren en la vagina de la mujer al ser retirado el órgano sexual masculino justo antes de la eyaculación. La eficacia de este método da mucho que desear, ya que cualquier gota de semen que entre en la vagina puede inducir el embarazo, puesto que lleva cientos de miles de espermatozoides. Por otra parte, el estar pendiente de los primeros signos de la eyaculación impedirá la satisfacción completa.

b) Ritmo.- El óvulo que produce la mujer una vez al mes se mantiene vivo sólo durante un período no mayor de 24 horas en el cual puede ser fecundado por un espermatozoide, tomando en cuenta que éste último puede vivir alrededor de 48 horas. El ritmo se basa en el hecho de abstenerse de las relaciones sexuales en las 72 horas en la que la fecundidad es probable, pero debido a la dificultad de precisar esos días, se tiene que dar un margen de 10 a 15 días de abstención, lo cual muchas veces no se cumple porque el período fértil de la mujer no siempre es constante, lo que hace que los resultados no sean los deseados. Por otra parte, su uso implica cierta tensión en la vida sexual de la pareja.

A P E N D I C E B

CUESTIONARIO INICIAL

En el siguiente cuestionario queremos pedirle su opinión acerca de algunas afirmaciones sobre la Vasectomía. Cada afirmación tiene cinco alternativas y usted tiene que escoger sólo una. Esto no es una prueba, por lo que no hay respuestas correctas ni incorrectas; lo importante es que nos conteste honestamente, que nos diga sus ideas y opiniones propias. Muchas personas dan respuestas diferentes a la misma pregunta ya que cada persona piensa de diferente manera. Todas las respuestas son estrictamente confidenciales.

Si usted tiene algún problema para contestar o entender cualquiera de las siguientes preguntas, con toda confianza - pregunte al entrevistador las dudas que tenga.

Sus respuestas deberán ser marcadas con una cruz sobre la línea correspondiente, por ejemplo:

Si a usted se le pidiera su opinión sobre la afirmación: "se deben de lavar las manos antes de cada comida"

ENTONCES LAS CINCO ALTERNATIVAS SERIAN:

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

Si usted está "muy de acuerdo" con la afirmación anterior, entonces deberá marcar su respuesta de la siguiente forma:

"se deben de lavar las manos antes de cada comida"

X
muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo
y así sucesivamente.

Le rogamos ser lo más sincero posible al marcar las afirmaciones. Los datos son de gran importancia para nosotros.

Muchas Gracias

1.- El hombre debe participar en la planificación familiar - junto con su pareja.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

2.- El cuidado y educación de los hijos es tarea exclusiva de la mujer.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

3.- El hombre debe utilizar también los métodos anticonceptivos.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

4.- La vasectomía afecta la salud y potencia del hombre

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

5.- La religión no debería interferir con el control natal.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

6.- Es adecuado que la religión prohíba usar métodos anticonceptivos.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

7.- La familia feliz se compone del número de hijos deseados.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

8.- Es preferible que la mujer sea la que tome precauciones para evitar un embarazo.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

9.- Los hijos indeseados son rechazados.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

10.-Es preferible tener hijos a vasectomizarse.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

11.-Es importante ejercer un control natal en cada familia.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

12.-La mujer sólo sirve para ser madre.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

13.- Es importante interesarse en el control de la natalidad.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

14.- La vasectomía es una operación innecesaria.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

15.- Se deben tener los hijos que podamos mantener.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

16.- Los hombres vasectomizados pierden virilidad.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

17.- Es un grave problema embarazar a la mujer sin desearlo.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

* 18.- Hay que tener los hijos que Dios nos mande.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

19.- La familia pequeña reduce el riesgo de fracaso matrimonial.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

20.- La vasectomía o esterilización podría provocar consecuencias emocionales graves.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

21.- Los hombres deben compartir los riesgos de embarazo en la relación sexual junto con su pareja.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

22.- Las mujeres sienten mayor atracción por los hombres fértiles.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

23.- Se deben prevenir los hijos indeseados

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

24.- Los vasectomizados o esterilizados dejan de ser hombres.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

25.- Hombres y mujeres deberían estar informados acerca de mé
todos anticonceptivos.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

26.- Generalmente se rechaza al hombre vasectomizado.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

27.- El hombre debe procurar que su pareja disfrute de la re
lación sexual.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

28.- Los hombres vasectomizados no le pueden "cumplir" a las
mujeres.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

29.- Es sabido que la esterilización no disminuye la satis-
facción sexual.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

30.- La vasectomía provoca inseguridad.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

31.- La familia planificada tiene menos problemas económicos.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

*32.- La vasectomía está en contra de las leyes de la natura-
leza.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

33.- Los hombres deberían vasectomizarse después de completar el número familiar deseado.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

34.- El hombre puede tener relaciones sexuales con quien se le antoje.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

35.- La decisión de ser vasectomizado o esterilizado debe ser tomada por ambos cónyuges.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

36.- El control natal debe ser ejercido sólo por la mujer.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

37.- El hombre debería estar dispuesto a vasectomizarse o esterilizarse para participar con la planificación familiar.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

38.- Vasectomía es igual a castración.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

39.- El hombre debería vasectomizarse para así gozar de la relación sexual sin temor al embarazo.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

40.- La vasectomía es el último método a utilizar.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

41.- Los hombres vasectomizados tienen mucho éxito con las mujeres.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

42.- No debería existir la vasectomía.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

43.- A los amigos se les debe recomendar vasectomizarse.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

44.- Si las mujeres no tuvieran hijos con quien entretenerse engañarían a su esposo.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

45.- A las mujeres les agradan los hombres vasectomizados

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

✕ 46.- Se ofende a Dios previniendo los hijos a través de métodos anticonceptivos.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

47.- Los hombres vasectomizados dan un buen ejemplo de participación en la planificación familiar.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

48.- El hombre vasectomizado está bajo el yugo de su mujer.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

49.- Los hombres deberían vasectomizarse para proteger la salud de su mujer, por el uso de otros métodos anticonceptivos.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

50.- La mujer no debe trabajar, sólo debe cuidar a sus hijos.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

51.- La vasectomía es el método anticonceptivo del futuro.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

52.- La decisión de vasectomizarse no debería tomarse si en un futuro se quiere otro hijo.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

53.- El hombre infiel debería vasectomizarse.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

54.- La vasectomía disminuye el goce sexual.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

55.- El hombre vasectomizado es más cooperativo sexualmente con su pareja.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

56.- La vasectomía carece de importancia

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

57.- En las parejas con riesgos hereditarios, el hombre debería vasectomizarse.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

58.- La vasectomía es de temer.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

59.- La esterilidad masculina favorece la respuesta sexual femenina.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

60.- A los hombres no les debe importar si embarazan a una mujer.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

61.- La vasectomía tiene la ventaja de permitir al hombre - averiguar si su pareja le es fiel.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

62.- Primero la muerte que la vasectomía.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

63.- Después de los 45 años de edad el hombre debería vasectomizarse.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

64.- La vasectomía podría provocar consecuencias físicas graves.

muy de acuerdo de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en desacuerdo

APENDICE C

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

Instrucciones:

A continuación usted encontrará una serie de afirmaciones con las que deseamos nos indique su grado de acuerdo o desacuerdo. Esta no es una prueba, por lo que no hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es que nos contesten honestamente.

Ejemplo:

El nacimiento de un hijo une a la pareja.

/TA/ A / I / D / TD/

Si usted está totalmente de acuerdo con esta afirmación, deberá marcar con una cruz en el espacio correspondiente de "TA"; pero si está en desacuerdo, deberá marcar el espacio correspondiente a "D", etc...

Le recordamos que sus respuestas son estrictamente anónimas y confidenciales y unicamente tienen como finalidad el tratamiento estadístico.

Muchas personas dan respuestas diferentes a la misma afirmación ya que cada persona piensa de diferente forma.

Le rogamos sea lo más sincero posible en sus apreciaciones.

MUCHAS GRACIAS

1.- El verdadero hombre no debe involucrarse en la planifica
ción familiar.

/ TA / A / I / D / TD /

2.- Es preferible tener muchos hijos a vasectomizarse.

/ TA / A / I / D / TD /

3.- Si las mujeres no tuvieran hijos con quien entrenarse
engañarían a sus esposos.

/ TA / A / I / D / TD /

4.- La vasectomía afecta la salud y potencia del hombre.

/ TA / A / I / D / TD /

5.- Hay que tener los hijos que Dios nos mande.

/ TA / A / I / D / TD /

6.- He sabido que la esterilización no disminuye la satisfac
ción sexual.

/ TA / A / I / D / TD /

7.- La vasectomía es una operación innecesaria.

/ TA / A / I / D / TD /

8.- El temor a la vasectomía es infundado.

/ TA / A / I / D / TD /

9.- Se deben tener los hijos que podemos mantener.

/ TA / A / I / D / TD /

10.- Vasectomía es igual a castración.

/ TA / A / I / D / TD /

11.- El cuidado y educación de los hijos es tarea exclusiva
de la mujer.

/ TA / A / I / D / TD /

12.- La vasectomía podría provocar consecuencias físicas gra
ves.

/ TA / A / I / D / TD /

13.- No debería existir la vasectomía.

/ TA / A / I / D / TD /

14.- La mujer debe utilizar más que el hombre los métodos an
ticonceptivos.

/ TA / A / I / D / TD /

15.- No se deben prevenir los hijos indeseados

/ TA / A / I / D / TD /

16.- A los amigos se les debe recomendar vasectomizarse.

/ TA / A / I / D / TD /

17.- A los hombres debe importarles si embarazan una mujer.

/ TA / A / I / D / TD /

18.- El hombre vasectomizado está bajo el yugo de su mujer.

/ TA / A / I / D / TD /

19.- Es adecuado que la religión prohíba usar métodos anti-
conceptivos.

/ TA / A / I / D / TD /

20.- Se ofende a Dios previniendo los hijos a través de méto-
dos anticonceptivos.

/ TA / A / I / D / TD /

21.- La vasectomía es el último método a utilizar.

/ TA / A / I / D / TD /

22.- El control natal debe ser ejercido sólo por la mujer.

/ TA / A / I / D / TD /

23.- La mujer no debe trabajar, sólo debe cuidar a sus hijos.

/ TA / A / I / D / TD /

24.- La vasectomía o esterilización podría provocar consecuen-
cias emocionales graves.

/ TA / A / I / D / TD /

25. Los hombres deberían vasectomizarse para proteger la salud de la mujer, por el uso de otros métodos anticonceptivos.

/ TA / A / I / D / TD /

26.- La vasectomía provoca inseguridad.

/ TA / A / I / D / TD /

27.- La religión no debería interferir con el control natal

/ TA / A / I / D / TD /

38.- El hombre debería estar dispuesto a vasectomizarse o es esterilizarse para participar con la planificación familiar.

/ TA / A / I / D / TD /

Escolaridad: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____ Practicante: Sí _____ No _____

Religión: _____

Años de casado: _____ N^o de hijos: _____

Vasectomizado: Sí _____ No _____

Ingreso aproximado: _____

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aronson, Elliot. "Introducción a la Psicología Social". Alianza Editorial. Madrid, España. 1975.
- 2.- Benson, Ralph C. "Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétricos". Editorial El manual Moderno, México. 1979.
- 3.- Consejo Nacional de Población. "México Demográfico". Breviario 1979. México.
- 4.- Consejo Nacional de Población. "Política Demográfica Nacional y Regional: Objetivos y Metas 1978-1982". México.
- 5.- Consejo Nacional de Población "Boletín Informativo No 2, 5 y 6. 1980-1981". México.
- 6.- Downie, N.M. y Heath, R.W. "Métodos Estadísticos Aplicados". Editorial Harla, S.A. México, 1973.
- 7.- Díaz Guerrero, Rogelio. "Psicología del Mexicano" Editorial Trillas, México.
- 8.- Edwards, L.A. "Techniques of Attitude Scale Construction". Appleton-Century-Crofts. New York. E.U.A. 1957.
- 9.- El Sol de México. "Mujeres y Hombres se esterilizan por -
igual en Estados Unidos" Nota del 6 de octubre de 1981.
- 10.- Fishbein, Martin "Readings in Attitude Theory & Measure-
ment". John Wiley & Sons, Inc. New York, E.U.A. 1967.
- 11.- Gutierrez Martínez Rodolfo Enrique. "Análisis de la Téc-
nica y problemas inherentes a la construcción de una esca-
la de actitudes". Tesis, UNAM, 1966.

- 12.- Hollander, Edwin. "Principios y Métodos de Psicología Social". Editorial Amorrortu. segunda edición. Argentina, 1976.
- 13.- I.M.S.S. "Boletín de Planificación Familiar". México, D. F. año III, 11, noviembre de 1981.
- 14.- Kasirsky, Gilbert. "Vasectomía, Virilidad y Sexo". El Manual Moderno, S.A. México, 1975.
- 15.- Kiesler, Collins y Miller. "Attitude Change: A critical Analysis of theoretical Approaches".
- 16.- Levin, Jack. "Fundamentos de Estadística en la Investigación Social". segunda edición. Editorial Harla. 1979.
- 17.- Linton, Ralph. "Cultura y Personalidad". Fondo de Cultura Económica. México, 1945.
- 18.- Mateos Cándano, Manuel. "Actitud y Anticoncepción". Editorial C.E.R.A.C. México, 1965.
- 19.- Mc Guigan, F.J. "Psicología Experimental". Editorial Trillas. México, 1976.
- 20.- Murphy, G., L.B. Murphy y T. M. Newcomb. "Experimental - Social Psychology". Harper. 1937.
- 21.- Nava Sánchez, Rebeca y Ponce Zendejas, Carolina. Tesis: "Efectos Orgánicos y Biológicos de la Vasectomía". Luy-sil de México, S.A. 1975.
- 22.- Newcomb, T.M. "Manual de Psicología Social". Editorial EUDEBA. Tomo I y II. sexta edición. Argentina, 1976.

- 23.- Padua, Jorge. "Técnicas de Investigación Aplicadas a - las Ciencias Sociales". Fondo de Cultura Económica. México, 1979.
- 24.- Perlo Cohen, Dora. Tesis: "Los Programas de Planificación Familiar en México: Análisis de Manuales para Enfermeras y Trabajadoras Sociales de la Secretaría de - Salubridad y Asistencia". Minal Impresos, S.A. Universidad Iberoamericana. México, 1981.
- ✓ 25.- Pick de Weiss, Susan, "Un Estudio Social-Psicológico - de la Planificación Familiar". Editorial Siglo XXI. México, 1979.
- 26.- Ramos, Samuel. "El Perfil del Hombre y la Cultura en - México. quinta edición. Editorial Espasa-Calpe Mexicana, S.A. México, 1972.
- 27.- Salazar, J.M. y otros "Psicología Social". Editorial - Trillas. México, 1979.
- 28.- Selecciones del Reader's Digest. "La Vasectomía anula a los Hombres". Septiembre de 1980.
- 29.- Summers, Gene F. "Medición de Actitudes". Editorial - Trillas. México, 1976.
- 30.- Shaw, Marvin E. y Wright, Jack M. "Scales for the Measurement of Attitudes". Mc Graw-Hill, Book Co. U.S.A.
- 31.- Triandis, H.C. "Actitudes y Cambios de Actitudes". Ediciones Toray, S.A. Barcelona, España, 1974.