

01966
1
200



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CREENCIAS Y ACTITUDES DEL MEDICO FAMILIAR DEL
I.S.S.S.T.E. EN EL ESTADO DE SINALOA, HACIA LA
PLANIFICACION FAMILIAR Y LOS METODOS
ANTICONCEPTIVOS.

T E S I S

que para optar por el grado de:
MAESTRO EN PSICOLOGIA SOCIAL

p r e s e n t a :

MIGUEL ANGEL ESPINOZA GARCIA

Director de tesis: DR. ROLANDO DIAZ LOVING
Sinodales DRA. LUCINA ISABEL REYES LAGUNES
MTRA. PATRICIA ANDRADE PALOS
MTRA. MIRTHA M. FLORES GALAZ
MTRA. SOFIA RIVERA ARAGON

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

1993



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 está 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.

INDICE

	Página
Introducción	I
 <u>CAPITULO UNO</u>	
LA MEDICINA SOCIAL	
1.1.- La planificación familiar en México	1
1.2.- La función del médico familiar y su papel social	2
 <u>CAPITULO DOS</u>	
MARCO TEORICO	
2.1.- Teoría del Aprendizaje Social	6
2.2.- Las Actitudes	10
2.3.- Aproximación Teórica	16
2.4.- Investigaciones con el modelo teórico	18
 <u>CAPITULO TRES</u>	
METODOLOGIA	
3.1.- Objetivos	22
3.2.- Variables	
3.2.1.- Definición conceptual	23
3.2.2.- Definición operacional	24
3.2.3.- Representación esquemática del modelo teórico	26
3.3.- Sujetos	27
3.3.1.- Aspectos socio-demográficos	27
3.4.- Tipo de estudio	30
3.5.- Procedimiento	30

	Página
3.6.- Descripción del instrumento de medición	30
3.6.1.- Criterios para la elaboración de las escalas	31
3.6.2.- Criterios para la selección de los adjetivos	33
3.6.3.- Discriminación de reactivos	33
3.6.4.- Análisis factorial y análisis de consistencia interna	34

CAPITULO CUATRO

ANALISIS DE RESULTADOS

4.1.- Análisis de clasificación múltiple	39
4.2.- Análisis de correlación	41
4.3.- Análisis de regresión	49

CAPITULO CINCO

DISCUSION Y SUGERENCIAS

5.1.- Discusión	52
5.1.1.- Evaluación del Modelo Teórico	52
5.2.- Sugerencias	57

BIBLIOGRAFIA

ANEXO 1	64
ANEXO 2	70
ANEXO 3	112

INTRODUCCION

¿Que es lo que influye más en la intención del médico familiar del I.S.S.S.T.E. en el estado de Sinaloa para recomendar la planificación familiar, el conocimiento que tiene acerca de los beneficios psicosociales que proporciona el planificar el número de hijos y el tiempo de su nacimiento, o prevalece la importancia asignada en la cultura tradicional de la sociedad mexicana a la familia ?. A pesar de que el tema de la planificación familiar y de los métodos anticonceptivos ha sido controversial en la sociedad mexicana desde su implementación por el Estado Mexicano a través del sector salud como un programa orientado principalmente a dos objetivos: regular el crecimiento demográfico y propiciar condiciones de vida familiar de mayor calidad de vida, no se conocen estudios que se interesen por los factores psico-sociales que intervienen en el proceso de la toma de decisiones de los médicos familiares de las instituciones oficiales del sector salud.

Siendo el médico familiar por antonomasia el principal y más constante contacto con los potenciales usuarios de la planificación familiar y los métodos anticonceptivos, deben ser considerados en su cabal y completa extensión los factores psico-sociales que se conjugan en su personalidad y que son determinantes por su influencia a la hora de tomar decisiones en su encargo social.

El presente estudio intenta probar el modelo propuesto por Fisbein y Ajzen (1975), denominado Teoría de la Acción Razonada, el cual postula que es posible predecir la intención de realizar una conducta determinada a partir de la expresión que los individuos hacen, y de que esta intención es determinada en

gran parte por variables tales como la actitud que una persona dice tener hacia el resultado posible de tal conducta o bien hacia el o los objetos que actúan como estímulos para demandar una respuesta; este modelo propone además que las actitudes tienen un antecedente cognoscitivo, el cual es denominado creencia, y que consiste en el conocimiento que el sujeto tiene de los objetos o de los resultados de su conducta. Otro elemento que es contemplado por la teoría es la norma subjetiva, la cual es definida en términos de los que el sujeto percibe es la evaluación que los miembros de su grupo pueden hacer de su comportamiento; la creencia normativa es otro elemento constitutivo de este modelo explicativo del comportamiento individual, el cual viene siendo una percepción específica de lo que su grupo espera de él, y por último, el concepto de intención conductual el cual es creencia especial que está indicada por la interpretación subjetiva -expresada libre y abiertamente por el individuo- de la probabilidad de que él emita una respuesta específica con respecto a un objeto.

Es pues un intento de probar una teoría conocida y que ha mostrado tener un alto grado de valor predictivo, tanto en la cultura en que fue creada originalmente, como en una cultura con valores semejantes a la nuestra, sólo que en este caso se trata de aplicar en una población tal que podría no compartir muchos de los valores de las otras en las que ha sido empleada, y con respecto a objetos y conductas que no son tan centrales en lo referente a la trascendencia psicosocial.

Los objetos en los que se centra esta investigación son: la planificación familiar, los métodos anticonceptivos y la intención conductual de recomendar la planificación familiar por parte del médico familiar. La población es residente del estado de Sinaloa, México, y es empleada del Instituto de Servicios y

Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE). Se intenta también determinar si existe relación entre actitudes y creencias con algunas variables sociodemográficas y los demás elementos que constituyen la estructura conceptual de la Teoría de la Acción Razonada.

La utilización de instrumentos de medición propuestos y utilizados por los creadores del modelo y por los investigadores en las posteriores aplicaciones del método, son usadas y conceptualmente claras y congruentes en el actual estudio, permitiendo probar así que es metodológica y prácticamente aceptable las inferencias realizadas a partir de los datos recopilados.

Los resultados permiten proponer que el modelo tiene una potencia predictiva similar a la encontrada en los otros estudios realizados, aunque muestra características disímiles de los factores que influyen en la intención de los sujetos.

En este caso, los datos permiten inferir que en los médicos es mayor la influencia que la norma subjetiva tiene sobre la intención conductual, mientras que las actitudes quedan relegadas a un segundo plano. Se observa también que el modelo muestra consistencia por lo que a los antecedentes de las actitudes se refiere, siendo conceptualmente procedente la propuesta de que las creencias hacia la religión influyen de manera estadísticamente significativa en las actitudes de aceptación hacia los métodos anticonceptivos expresados formalmente como permitidos por la religión dominante en nuestra cultura.

RESUMEN

Con este estudio se pretendió obtener las actitudes y creencias del médico familiar en el estado de Sinaloa, hacia la planificación familiar y los métodos anticonceptivos, así como probar el modelo teórico de la Acción Razonada propuesto por Fishbein y Ajzen (1975). Se intentó también determinar cuales son los factores que influyen en la intención conductual del médico familiar de recomendar la práctica de la planificación familiar a sus pacientes en edad reproductiva.

Fueron 73 los sujetos que contestaron el cuestionario, siendo una muestra representativa válida de los médicos que en ese momento laboraban para la Institución.

Los resultados del análisis de clasificación múltiple indican que existe una diferencia estadísticamente significativa en la actitud hacia el método del ritmo, la cual se caracteriza por ser de menor aceptación, de los egresados de las universidades estatales, en comparación con la actitud de los egresados de la U.N.A.M., U.A.S. y U.A. de Guad.

Los que muestran una mayor aceptación del método del condón son los egresados de la U.N.A.M. y decrece en los egresados de la U.A.S., U.A.G., I.P.N., y los de "Universidades estatales". Las mujeres que tienen especialidad aceptan en mayor medida los métodos del ritmo y Billings.

La actitud de los médicos es por norma positiva hacia la institución, hacia el servicio de medicina familiar en el I.S.S.T.E., hacia el programa nacional de planificación familiar, hacia los métodos anticonceptivos del condón, la vasectomía, y la salpingoclasia en específico, los métodos anticonceptivos en general; la creencia y la actitud hacia la planificación familiar.

La intención conductual del médico familiar de recomendar la planificación familiar a todas las parejas en edad reproductiva es del 47.5 %, mientras que sólo el 4.1 % manifiesta no tener esa intención.

Con respecto al análisis de trayectoria, se encontró que las variables que predicen mejor la intención conductual son: la actitud hacia los métodos anticonceptivos no naturistas, entre los cuales se encuentran el método de las pastillas anticonceptivas, el del dispositivo intra-uterino (DIU) y el de los óvulos espermaticidas, la cual obtuvo una $r = .27$ con una $p < .05$; y la variable norma subjetiva, la cual obtuvo una $r = .48$ con una $p < .001$. Al analizar la combinación de ambas variables para la predicción de la intención conductual se obtuvo una $r = .49$ con una $p < .001$. La correlación entre estas dos variables fué de $.57$ con una $p < .001$.

Se recomienda a futuro medir el Locus de Control, y de ser posible las conductas en sí, para analizar su relación con los restantes constructos teóricos, en combinación con las premisas socioculturales, desde la perspectiva del concepto de Ecosistema Sociocultural propuesto por Díaz Guerrero (1988), con el fin de tener más elementos que nos permitan analizar la influencia de la socialización en los grupos primarios sobre la formación académica.

CAPITULO UNO

LA MEDICINA SOCIAL

1.1.- La planificación familiar en México

A pesar de que es en la década de los sesentas cuando se inicia el debate formal sobre las consecuencias sociales del crecimiento demográfico en los países denominados en vías de desarrollo (Mojarro, 1985), y de que la Organización de las Naciones Unidas recomendaba a los gobiernos el control de población por las ventajas económicas, sociales y políticas que tal acción proporcionaba (1978), en nuestro País se realiza el primer intento de planificación familiar mediante la fundación de una clínica de planificación familiar en el estado de Yucatán en el año de 1925 (Amado Cuarla, 1986). Sin embargo, es hasta 1973 en que se eleva a rango Constitucional (Amado Cuarla, 1986) el derecho social "...de toda pareja a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos." (Art. 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos), y entra en vigor en México la Ley General de Población, la cual como política formal y explícita del Estado se conformaba con los objetivos: 1) inducir con pleno respeto a la libertad individual la reducción de la fecundidad y con ello disminuir el crecimiento de la población; y 2) racionalizar la distribución de los movimientos migratorios para lograr un desarrollo demográfico regional más equilibrado.

Aún cuando esta política demográfica se expresaba en un programa de planificación familiar, no es hasta el año de 1977 en que se aprueba el Plan Nacional de Planificación Familiar, siendo coordinado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Siendo el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales

de los Trabajadores del Estado una entidad inscrita en el sector salud, sus actividades en materia de planificación se rigen por la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo 3o del artículo 4o constitucional, relativo al derecho a la protección de la salud, como una garantía social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 (Alarcón, 1985). Aunque debe señalarse que sus objetivos programáticos difieren de las otras entidades también adscritas al sector salud, pero mantienen los fines de elevar las condiciones culturales, sociales y económicas de los habitantes del país, con atención a las características de la dinámica poblacional.

1.2.- La función del Médico Familiar y su papel social

Con base en una encuesta realizada en 1978 por el Instituto Mexicano de Seguridad Social (Alarcón, Corcu y Martínez, 1985), en el cual se observa que cuando el médico familiar proporcionaba la información de la planificación familiar e indicaciones de uso de los métodos anticonceptivos, el porcentaje de usuarias era del 64.4 %, mientras que cuando las indicaciones respectivas no eran proporcionadas por el médico familiar, el porcentaje se reducía a un 11.5 %. En el presente estudio, se considera que en el logro del objetivo de la Ley General de Población, es de fundamental importancia el papel que juega el médico familiar en las Instituciones de Salud, puesto que, institucionalmente hablando, es el contacto inicial y más común con los potenciales usuarios de los métodos anticonceptivos, y en la sugerencia para su uso influye de manera decisiva las creencias y actitudes del médico familiar hacia la planificación familiar y los métodos anticonceptivos, y la intención de recomendar la planificación familiar, además de la forma en que el propio médico familiar concibe la problemática de la aceptación-rechazo de los métodos anticonceptivos en determinados

grupos sociales. Esto hace necesario "...que las personas que acuden a los servicios de planificación familiar reciban información y orientación que les permita decidir oportunamente el número y espaciamiento de sus hijos en relación con sus condiciones de salud" (Amado Cuarla, pág. 4, 1986).

De aquí que la forma en que asuma su papel el médico familiar deba ser evaluado en todos los posibles factores que interactúan para facilitar en él, al momento de entrar en relación con los derecho-habientes, el comportamiento más apropiado que permita: crear conciencia en las parejas de la necesidad y los beneficios, tanto económicos, sociales y psicológicos, de la planificación familiar y; recomendar el método anticonceptivo -pieza clave del Programa Nacional de Planificación Familiar- más eficiente, desde el punto de vista de la dinámica sexual específica de la pareja en tratamiento, así como de la capacidad y disposición para la comprensión y manejo de dicho método, de la capacidad de manutención económica, y, primordialmente, de la capacidad de atención psicológica a los miembros de la familia nuclear en cuestión, ya que la planificación familiar, según Amado Cuarla (pág. 9, 1986):

"...es factor de gran importancia para conservar la salud materna y mejorar las condiciones de desarrollo..."(pág. 9, 1986), además de que contribuye a "...lograr que el número de hijos ideal que la pareja desee para su desarrollo familiar en condiciones de salud plena, asegurando la realización personal de sus integrantes, tanto en aspectos económicos, como profesionales, sociales y culturales" (pág. 10, 1986).

La consideración de la intervención del médico familiar como un elemento de vital importancia en la fase de información-instrucción del médico al paciente, en la implementación del programa nacional de planificación familiar se fundamenta en el hallazgo reportado por Alarcón, Correu y Martínez (1985), además de que se parte de la premisa de que es el médico familiar quien debe tomar la iniciativa y proponer, y poner a consideración de sus pacientes, la alternativa de la planificación familiar.

Esta actividad la va a realizar el médico como un elemento participante de la dinámica social, la cual debe ser concebida como un sistema, por lo tanto, lo que suceda en su entorno psicosocial inmediato, va a tener una influencia relativa sobre el proceso de toma de decisión, decisión que implica para el médico tomar la iniciativa e insistir en la recomendación de la planificación familiar ante el conocimiento de la existencia de práctica sexual heterosexual de sus pacientes.

Es esencial para la práctica social eficiente, que los eventos psicosociales percibidos por el médico, sean considerados por la institución de salud como elementos de un sistema, y por lo tanto, interdependientes, lo que hace necesaria la identificación y evaluación de tales elementos, para intentar establecer de manera confiable y válida las características y situaciones en que éstos participan, y, de qué manera influyen en el comportamiento profesional del médico familiar, con respecto a las demandas del encargo social de la Institución que lo emplea.

CAPITULO DOS

MARCO TEORICO

2.1.- Teoría del Aprendizaje Social

Los descubrimientos contemporáneos de los terapeutas con enfoque "skineriano", los cuales señalan que se puede inducir pensamientos y conductas mediante manipulación de estímulos externos, y fomentar el aprendizaje de técnicas que permitan al individuo alterar sus propios pensamientos y conductas a voluntad -esto es, autocontrolarse-; y, la posibilidad de controlar ambientes externos para facilitar la consecución de objetivos llevaron a Albert Bandura (1977) a proponer una nueva alternativa teórica, la cual es denominada del Aprendizaje Social.

La propuesta de Bandura, aunque pueda ser considerada como una evolución del Conductismo de Skinner, difiere sustancialmente de éste por el hecho de que propone el aprendizaje observacional como una forma de incorporar patrones conductuales. Plantea además que este modelo considera tanto conductas como cogniciones; y que el lenguaje, una vez aprendido es internalizado, lo que permite al individuo manipular la simbología para interactuar con su ambiente psicosocial. Define, en pocas palabras, la interacción individuo-ambiente como un proceso continuo de control complementario.

La propuesta de la Teoría del Aprendizaje social establece que si el desarrollo e integración del individuo es planteado desde la perspectiva del funcionamiento del entorno social, ya que éste "controla" los procesos cognoscitivos, es necesario considerar la forma en que la información se hace llegar al individuo y por consiguiente, las percepciones que éste elabora

con base en los resultados que obtiene con su accionar, y de la ulterior evaluación de tales resultados como positivos o negativos y que normalmente desembocan en la obtención de éxito o fracaso, o incluso, castigos (Bandura, 1977).

Lo anterior lleva a proponer que el aprendizaje de los indicios aportados por la socialización - en cuyo proceso las consecuencias de las respuestas cumplen con varias funciones, tales como la de aportar información, actuar como motivadores a través de su valor incentivo, y la de fortalecer o debilitar las conductas (Bandura, 1977)- le permite al individuo incorporar e identificar conductas para la interacción social. Conductas que son obtenidas a través de la observación de un modelo social que funciona como proveedor de materia prima, en este caso, conductas, puesto que las conductas sociales no emergen como un esquema terminado, sino que es a base de imitación como el individuo va a desarrollar su patrón de respuestas sociales.

De acuerdo con Bandura y Walters (1974), en este caso no se requiere de la inmediata reproducción de la conducta observada ni de la existencia de un reforzamiento directo, puesto que para el observador es suficiente la recompensa que el modelo obtuvo, recompensa que en todo momento sirve principalmente como una operación informativa y motivacional, dándose así el proceso del "reforzamiento vicario". Este proceso es postulado por Bandura ya que, según él, es la alternativa para la introducción social de la importante variable que sirve como generadora de respuestas potenciales a las demandas del ambiente social. También se propone (Bandura y Walters, 1974) que el reforzamiento puede ser suministrado de tres formas distintas:

- 1) Directo, en el cual el sujeto recibe la recompensa o castigo en forma

objetiva e inmediata; 2) Autorrecompensa, en la que existe una percepción subjetiva de satisfacción y 3) en forma Vicaria.

De esta manera se lleva a cabo la estructuración de la interrelación de los objetos y el desarrollo de las actitudes, en cuyo proceso tienen una importancia fundamental y decisiva:

- a) Los modelos sociales y la forma en que el individuo realiza la observación,
- b) La cantidad y calidad de reforzamiento; lo cual conduce a la formación de conocimientos necesarios para observar y evaluar las actitudes de otros y modificar las propias en forma consciente, y sobre todo, permiten recrear el entorno.

Además, cabe señalar aquí que los modelos no siempre tienen que ser observados en vivo y/o directamente, sino que pueden influir a través de cualquier medio de comunicación, siempre y cuando esta información contenga los antecedentes, contexto y consecuencias de la actitud observada. Se propone asimismo, que los reforzamientos no siempre son ministrados de una manera consciente por quien posee el poder para hacerlo, sino que en la interacción social esta administración se efectúa mediante un programa combinado, tanto de consciencia-inconsciencia, como de intervalo fijo-variable. Esto puede explicar el origen de los prejuicios estereotipados, los que en un momento dado pueden ser socialmente indeseables.

Otro de los aspectos relevantes de esta propuesta de desarrollo y adquisición de las respuestas, es el fenómeno de la discriminación y el de la generalización. Mediante estos procesos el individuo aprende a presentar las

Respuestas observadas ante ambientes estructurados en forma idéntica o muy similar a aquél en el cual fueron aprendidas. Pero para el funcionamiento social eficiente es menester una posibilidad de diferenciación en términos de correspondencia de los reforzamientos con las respuestas manifestadas, puesto que de no existir esta posibilidad se desencadena entonces una sobregeneralización, en la que el individuo presenta respuestas ante situaciones estímulo que no requieran de tal respuesta o simplemente no responde. Esto es causado por la saturación y poca diferenciación de estímulos, fenómeno que puede ocasionar que el individuo emita respuestas ante la presencia de señales irrelevantes o a ignorar una auténtica demanda.

Todo esto permite al individuo elaborar una concepción de su universo en términos de estructura cognoscitiva -estructura en la que se encuentran ubicadas las actitudes-, que le va a permitir instrumentar pautas de comportamiento en función de su interacción con el entorno y del efecto que tiene sobre éste.

2.2.- Las Actitudes

En el estudio del comportamiento humano se han elaborado varios constructos orientados hacia la definición, explicación y predicción de una determinada conducta en relación con un objeto y/o situación que la provoca.

Entre estos constructos se encuentra el de actitud, el cual es un término que puede ser encontrado en los escritos de Platón (Ajzen, 1989), y que ya más específicamente relacionado con el interés psicológico es identificado en un estudio realizado en 1888 (Kiesler, Collins y Miller, 1969). Y el cual,

según declaró Allport "es el concepto más indispensable de la psicología social" (Greenwald, 1989, pag. 1).

Aún cuando en algún momento de la investigación se dió un consenso en el sentido de que una actitud es "una manera consistente de pensar acerca de, sentimientos hacia o respuestas ante algún estímulo"(McConell, 1988, pag. 754), lo cual hacía evidente que una Actitud poseía tres elementos constitutivos: el elemento Cognoscitivo, el elemento Afectivo y el elemento Conductual. Proponiéndose que el primero se refería al conocimiento del Individuo acerca de los atributos del objeto actitudinal; el segundo a los sentimientos del Individuo hacia tal objeto; y el último, a las conductas manifiestas del Individuo ante la presencia del objeto.

Si bien una de las características atribuibles a la actitud es la de ser consistente, es pertinente la proposición de que tal consistencia está concebida en el contexto de objeto-respuesta. Por otra parte, a pesar de establecerse este contexto, o sea, hacer explícita la existencia de una respuesta, no hay duda de que es también un proceso interno, por lo que, como sucede con la mayoría de los constructos psicológicos, sus atributos esenciales son inferidos práctica y preferentemente en forma indirecta.

Según Summers (1976), la inferencia de las actitudes puede hacerse de cinco formas, a saber: 1) a partir de autoinformes sobre creencias, sentimientos, y/o conductas hacia un objeto; 2) a partir de la observación de conducta manifiesta hacia el objeto; 3) a partir de la reacción individual ante, o de la interpretación del sujeto ante estímulos estructurados parcialmente y que involucran al objeto; 4) a partir de la ejecución de "tareas objetivas", en

las cuales puede influir la disposición hacia el objeto; y 5) a partir de reacciones fisiológicas ante el objeto o a una representación de éste.

De acuerdo con el análisis de Rosenberg y Hovland (1960), pueden presentarse, para cada uno de los elementos estructurales anteriormente citados, dos modos distintos de respuesta individual, que son: el verbal y el no verbal. Según estos resultados, en el caso del elemento cognoscitivo, la respuesta verbal es la expresión de creencias acerca del objeto actitudinal, mientras que la respuesta no-verbal consiste en reacciones perceptuales del objeto actitudinal; la respuesta verbal en relación al elemento afectivo se da por medio de la manifestación de los sentimientos hacia el objeto actitudinal, y la respuesta no-verbal consiste en reacciones fisiológicas generadas por el objeto actitudinal; y por lo que al elemento conductual se refiere, la respuesta de tipo verbal se presenta mediante la expresión de intenciones conductuales, y la respuesta no-verbal se manifiesta con conductas abiertas con respecto al objeto actitudinal.

No obstante que en un principio el concepto fué concebido y tratado como de esencia unidimensional (Fishbein, 1967b), actualmente es sistemáticamente abordado como un concepto multidimensional (Rosenberg y Hovland, 1960; Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen, 1989)

Con base en todo lo expuesto anteriormente se propone, metodológicamente, para el abordaje teórico posterior, que las actitudes son generadas vía una información que llega al sujeto y que -tal como se apuntó líneas arriba- define la interacción del individuo, mediante un proceso dinámico y continuo, con una posibilidad de control complementario. Dicho

control va a ocasionar que el sujeto tienda a buscar y/o a evitar datos que estén de acuerdo y/o contradigan la percepción de los atributos de los objetos que conforman su universo psicosocial.

En un intento por explicar el comportamiento de los sujetos desde el punto de vista psicológico, se ha propuesto que éstos se conducen de manera distinta según sea el ambiente o las necesidades individuales y, que por lo tanto, sólo muestran diferentes facetas. De este supuesto nace el concepto de Personalidad, cuya etimología latina asigna cuatro sentidos diferentes, entre ellos, el significado de "máscara" a la palabra "persona" y que se usa para designar las maneras distintivas de pensamiento, sentimiento y conducta que le son propias a un sujeto y que denota la forma de ajustarse a las situaciones que se lo presentan y comprender, responder y tratar de influir en las condiciones de su interacción psicosocial.

El estudio de la personalidad es concebido como una subdisciplina de la psicología (McConell, 1988) que trata de establecer la forma en que se estructuran e interactúan las supuestas máscaras.

Por lo que se refiere a la elaboración de constructos teóricos en la investigación de la personalidad, se puede intentar en términos de niveles y ejemplos: como es el caso de la explicación ancestral de las diferencias entre la vida vegetativa, animal y racional y la explicación que la teoría psicoanalítica hace de los conflictos, con referentes meramente intrapsíquicos ; o en función de los factores Biológicos y Sociales (Grawitz, 1984). Según Hogan (1984), se puede encontrar dos vertientes: por un lado, la Tradicional, que hace énfasis en los procesos inconscientes y en la

creatividad, con tendencia a obtener y revisar datos de historias de casos, y por el otro, la **Personología**, que considera el estudio de las facetas basándose en los procesos cognoscitivos como resultado de la interacción social, procediendo mediante experimentos para la determinación de la cantidad y calidad de estímulos que influyen en el sujeto. Esta última se define como "el estudio científico de lo que la personalidad es en realidad, y cómo crece y se desarrolla en el trayecto de una vida" (McConnell, 1988, pag. 603).

Los Investigadores en el campo de la **Personología** identifican y mantienen cuatro metas principales (Cantor, y Kihlstrom, 1981), a saber:

- Describir consistentemente los patrones de las diferencias individuales,
- Explicar los motivos de pensamientos, sentimientos y comportamientos específicos,
- Predecir el probable comportamiento en una situación futura, y
- Ayudar a las personas en la modificación de pensamientos, sentimientos y conductas.

La acuñación del término "personología" es atribuida a Henry A. Murray (en McConnell, 1988), quien quería significar, con el referido término, un estudio a largo plazo del desarrollo de la personalidad, y que demandaba una observación objetiva de los movimientos y actos de la persona, pero sobre todo, de la percepción que dicha persona tenía de los efectos de sus actos. Murray (según McConnell, 1988) utiliza el término **tendencias conductuales** para referirse a la percepción de la relación entre acciones y consecuencias,

o sea, una explicación consciente del porqué se hace lo que se hace y una medición objetiva de lo que en realidad se hace.

El interés por la percepción que el sujeto tiene de sus acciones se explica por el hecho de que Murray concebía el comportamiento con base en una serie de necesidades integradas, las cuales eran, según él, un proceso cerebral en el que se asocia una imagen de los movimientos orientados hacia la meta con imágenes de la meta. Y puesto que el satisfacer una necesidad tiene mucho que ver con las condiciones ambientales, propone que hay presiones que facilitan o dificultan obtener los satisfactores y que, por lo tanto, los personalólogos deberían investigar el proceso de interacción persona-ambiente, haciendo énfasis en que las necesidades son, la mayoría de ellas, conscientes y que la percepción que se tiene de éstas es la que determina la acción, a la vez que el ambiente tiene una influencia fundamental en los intentos del sujeto por satisfacer su necesidad.

Por todo lo anterior, se tiene la posibilidad de identificar tres características básicas que son: la idea de que la actitud es aprendida, que ésta predispone para la acción, y de que tales acciones son consistentemente favorables o desfavorables en relación con un objeto, o sea, "una actitud es vista como una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada" (Fazio, 1989, pag. 155). Esto último permite situar la actitud de un individuo en un continuo de Aceptación-Rechazo con relación a un objeto específico.

Es evidente pues, que actualmente el concepto "actitud" ya no tiene la denotación tan amplia que al principio se le asignaba, y que como se detalla más adelante, la tendencia en la investigación es en un sentido más

específico y estructurado para su inclusión en un modelo teórico que permita un uso más eficiente de este constructo.

2.3.- Aproximación Teórica

Considerando la propuesta de Doob (1967) y los comentarios vertidos por Fishbein (1967a) con respecto a ésta y otras en el mismo sentido con respecto a las actitudes, el método mediante el cual se intenta medir las actitudes en este caso, es el de la perspectiva elaborada por Fishbein y Ajzen (1975), la cual propone una cadena causal Creencias-Actitudes-Intenciones-Comportamiento.

Esta teoría, denominada de la Acción Razonada, en sus bases establece que una creencia representa la información que el sujeto tiene del objeto actitudinal, y aún más, la creencia liga al objeto un determinado número de atributos. Propone también que tres diferentes procesos subyacen en la formación de la creencia, siendo el primero de ellos el que se da mediante la observación directa, el cual genera un primer tipo de creencia: la creencia descriptiva; el segundo proceso se da cuando se elabora una inferencia con base en alguna otra creencia existente acerca del objeto actitudinal, generándose así el segundo tipo: la creencia inferencial; y por último, el establecimiento de una creencia basada en una información proporcionada por alguna fuente externa, formándose el tercer tipo: la creencia informacional.

Estas bases proponen asimismo que el concepto actitud posee una característica esencial: su naturaleza evaluativa o afectiva. Se indica que la actitud es generada primordialmente por aquellas creencias predominantes en

la estructura jerárquica cognoscitiva existente con relación al objeto actitudinal. No obstante, se asevera que creencias de menor prominencia en la citada estructura pueden ser utilizadas para inferir una actitud, postulándose así que se parte de una base de información, cuyo procesamiento desemboca en la asignación de cierto valor al objeto actitudinal. Dicho proceso implica una integración de los datos disponibles por individuo -reales o sesgados- en función de la cual se establece la actitud. Se propone así que una vez establecida una actitud, muy probablemente influirá en la formación de nuevas creencias con respecto al mismo objeto actitudinal.

Otra propuesta básica en la teoría de la acción razonada es la del concepto de la Intención Conductual, el cual es considerado como un caso de una creencia especial, y que viene siendo indicada por la percepción subjetiva -expresada por el individuo- de la probabilidad de que él presentará una respuesta específica con respecto a un objeto actitudinal referido.

La intención de realizar una conducta está en función de ciertas creencias, proponiéndose entre las más relevantes aquéllas que, más que en el objeto actitudinal, están más enfocadas en la conducta misma y que van a influir de manera preponderante en la actitud personal hacia dicha conducta, actitud que es vista como uno de los determinantes principales de la intención personal de realizar una conducta dada, y que además está relacionada con la creencia de que la emisión de esa conducta implica ciertas consecuencias, la cual es denominada creencia conductual, y, la evaluación -por parte del que emite la conducta- de esas consecuencias.

Otra creencia de principal importancia en el estudio de la intención es la Norma Subjetiva, la cual se refiere a la creencia de la persona de que existen ciertos miembros de la sociedad que son importantes para él, y que aquéllos piensan debe o no realizar tal conducta, haciendo una diferencia entre la percepción general y la percepción específica, esta última denominada Creencia Normativa, la cual puede ser considerada como una motivación, que bien puede ser enunciada en términos tanto de un factor desencadenante de presión social de su grupo de pertenencia, como un intento por cumplir con las demandas específicas de algún miembro del grupo, considerado importante por el individuo.

2.4.- Investigaciones con el modelo teórico

Un estudio reportado por Pagel y Davidson (1984) efectuado para comparar la validez predictiva de tres modelos de actitudes y decisiones conductuales: El modelo de valor instrumental de M. Rosenberg (1956), el modelo de Fishbein y Ajzen (1975), y la teoría de la adaptación subjetiva de la utilidad esperada de Beach y colaboradores (1976), encontrando que el modelo de Fishbein y Ajzen y el de Beach predicen en forma más precisa las actitudes y planes conductuales. Se observó que las creencias normativas emergen como un fuerte predictor independiente de los planes de conducta.

Otro estudio realizado por Ewald y Roberts (1985) con hombres estudiantes universitarios en Glendale, Arizona, utilizando el análisis de trayectoria para probar el modelo de Fishbein y Ajzen en la predicción de uso del condón, arrojó resultados que soportan el modelo, indicándose que las

intervenciones de modificación deberían ser dirigidas hacia las creencias en vez de hacia las conductas.

Por su parte, Notzer y colaboradores (1984) utilizando el modelo propuesto por Fishbein y Ajzen, encontraron en estudiantes universitarios israelitas de primer grado que la religiosidad correlaciona en forma negativa con las actitudes hacia la anticoncepción, en un estudio diseñado para conocer los efectos de la afiliación religiosa sobre las actitudes hacia el sexo y la experiencia sexual, sobresaliendo el hecho de que las mujeres que tenían vida sexual activa hacían uso de los métodos anticonceptivos en relación inversa a su grado de religiosidad.

Shah y Varshney (1982) encontraron que las estudiantes universitarias casadas cuya edad iba de 18 a 30 años, estaban más a favor del control de la natalidad que las solteras con el mismo rango de edad, a pesar de que no existían diferencias significativas en el grado de religiosidad.

A su vez, Davidson y Morrison (1983) en una investigación realizada con parejas casadas, encontraron que la voluntad de hacer algo era mejor predictor de conducta que el afecto y éste a su vez mejor predictor que el conocimiento, con respecto a cuatro métodos anticonceptivos, los cuales eran: píldora anticonceptiva, dispositivo intrauterino, diafragma y condón.

En un estudio realizado en Venezuela, Fishbein y colaboradores (1988), encontraron que las actitudes y las normas subjetivas permiten predecir de manera significativa y en ese orden, la intención de los estudiantes universitarios de usar el cinturón de seguridad en el automóvil.

Así pues, en el actual proyecto se contempla investigar la Intención Conductual del médico familiar en la decisión de recomendar la planificación familiar, proponiendo como sus antecedentes inmediatos a: la Actitud y la Creencia hacia la planificación familiar, la norma subjetiva, la creencia normativa y la motivación para complacer; la relación, si es que existe - hipótesis de ocurrencia, según Bunge (1983)- entre las actitudes y las creencias del médico familiar hacia la planificación familiar y los métodos anticonceptivos.

CAPITULO TRES

METODOLOGIA

3.1.- Objetivos

En el actual proyecto se contempla investigar la Intención Conductual del médico familiar en la decisión de recomendar la planificación familiar, proponiendo como sus antecedentes inmediatos a: la Actitud y la Creencia hacia la planificación familiar, la norma subjetiva, la creencia normativa y la motivación para complacer; la relación, si es que existe -hipótesis de ocurrencia, según Bunge (1983)- entre las actitudes y las creencias del médico familiar hacia la planificación familiar y los métodos anticonceptivos,

Se intenta también determinar la relación, si es que existe -hipótesis de ocurrencia (Bunge, 1983), entre la actitud y la creencia hacia la planificación familiar y los métodos anticonceptivos y variables tales como: edad, género sexual del médico, antigüedad en el puesto, Universidad de origen, tiempo de egresado de su grado, tipo de especialidad (si es que tiene), tiempo de haber cursado su especialización, tipo de especialidad, estado civil, afiliación religiosa, número de hijos (hombres y mujeres), número de miembros de su familia de origen (si tiene hermanos, cantidad y sexo), Actitud hacia sí mismo como médico, Actitud hacia la institución, y Normas subjetivas.

3.2.- VARIABLES

3.2.1.- Definición Conceptual: basada en la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975).

Creencia: La información que el sujeto tiene de los atributos del objeto actitudinal.

Actitud: La evaluación que el sujeto realiza del objeto actitudinal.

Norma subjetiva: La creencia del sujeto de que hay miembros de la sociedad que son importantes para él, y de que aquéllos piensan "debe o no realizar tal o cual conducta".

Intención conductual: La percepción subjetiva, expresada por el sujeto, de la probabilidad de que el emita una respuesta específica con respecto a un objeto actitudinal referido.

Creencia normativa: determinante subyacente de la norma subjetiva, y que consiste en el conocimiento de una supuesta información, la cual opera como directriz en el proceso interno de la toma de decisiones.

Motivación para complacer: determinante subyacente de la norma subjetiva, consistente en el deseo de cumplir con su comportamiento las demandas de los otros percibidas por él.

3.2.2.- Definición Operacional:

Creencia: La respuesta que el médico otorgue a los reactivos de modalidad bipolar y que se refieren al conocimiento que él tiene de las características del objeto especificado en las frases estímulo de las escalas. (La mayoría de la gente importante para mí piensa que la planificación familiar es...; los métodos anticonceptivos...; la planificación familiar...; capacitación para un mejor manejo de los métodos anticonceptivos...; mi religión acepta todos los métodos anticonceptivos...).

Actitud: La respuesta que el médico otorgue a los reactivos de modalidad bipolar y que se refieren a una evaluación en un continuo de aceptación-rechazo por parte del médico, del objeto especificado en las frases estímulo de las escalas. (Yo como médico...; la mayoría de la gente importante para mí piensa que la planificación familiar es...; la planificación familiar...; el programa nacional de planificación familiar...; la medicina familiar en el I.S.S.S.T.E...; el I.S.S.S.T.E....; la religión...; el condón...; el ritmo...; la píldora anticonceptiva...; el método Billings...; el D.I.U...; los óvulos espermatocidas...;

la vasectomía...; la salpingoclasia...; el control de la natalidad).

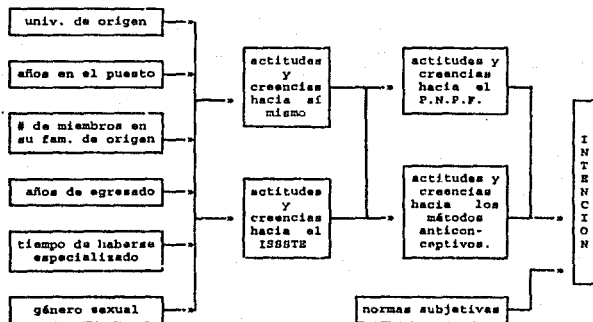
Norma subjetiva: Las personas que el médico cite como importantes para él en el momento de tomar decisiones en su ejercicio profesional de la medicina familiar.

Intención conductual: La respuesta que el médico otorgue al reactivo que establece la probabilidad de que él realice una conducta específica.

Creencia normativa: La respuesta que el médico asigne al reactivo que propone que la sociedad en general tiene una expectativa específica acerca de lo que él debe hacer como médico familiar.

Motivación para complacer: La respuesta que el médico asigne en el reactivo que sugiere que en términos generales él desea hacer lo que la sociedad espera que haga en su papel de médico familiar.

3.2.3.- Representación Esquemática del modelo predictivo propuesto para la presente investigación :



3.3.- Sujetos:

Médicos familiares contratados y actualmente laborando (Enero-Marzo de 1992), ya sea como titulares o como suplentes, en las clínicas del I.S.S.T.E. en el estado de Sinaloa.

3.3.1.- Aspectos Socio-demográficos :

En total 73 médicos contestaron el cuestionario, cantidad que es una muestra representativa de los médicos que laboran para el Instituto en Estado. A través del cuestionario demográfico se obtuvieron los siguientes datos: En el estado de Sinaloa predomina el hombre en el puesto de médico

familiar en el I.S.S.S.T.E., 56 hombres (76.7 %) y 17 mujeres (23.3 %), su edad fluctúa entre los 25 y los 75 años, con una media de 38.7 años, una mediana de 36 años y una moda de 34 años.

El tiempo que tienen laborando en el puesto de médico familiar va de 1 (uno) a 26 años, con una media de 7.8 años, una mediana de 6 años, una moda de 1 (uno) año y una desviación estándar de 6.2.

En cuanto a su formación universitaria, un total de 28 médicos (38.4 %) cursó sus estudios en la Universidad Nacional Autónoma de México, 14 (19.2 %) en la Universidad Autónoma de Sin., 12 (16.4 %) en el Instituto Politécnico Nacional, 11 (15.1 %) en la Universidad Autónoma de Guadalajara, 2 (2.7 %) en la Universidad Autónoma del Estado de México, 2 (2.7 %) en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 1 (1.4%) en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, 1 (1.4%) en la Universidad Veracruzana, 1 (1.4%) en la Universidad Autónoma Metropolitana y 1 (1.4%) en la Universidad Autónoma de Coahuila, como se pueda observar en la tabla 1.

TABLA 1.- Universidad de origen

	Frecuencia	%	Válido	%	Acumul
U.N.A.M.	28	38.4	38.4	38.4	38.4
U.A.S.	14	19.2	19.2	57.6	57.6
I.P.N.	12	16.4	16.4	74.0	74.0
U.A.G.	11	15.1	15.1	89.1	89.1
U.A.E.M.	2	2.7	2.7	91.8	91.8
U.M.Sn.N.H.	2	2.7	2.7	94.5	94.5
U.A.cd.J.	1	1.4	1.4	95.9	95.9
U. Ver.	1	1.4	1.4	97.3	97.3
U.A.M.	1	1.4	1.4	98.7	98.7
U.A.Coah.	1	1.4	1.4	100.0	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	-	-

El médico con más años de haber egresado tiene cincuenta y seis, ya que el rango del año de egreso va de 1946 a 1989, con la media en 1978.7, la mediana, la moda en 1981, y desviación estándar de 9.0.

Sólo una quinta parte de los médicos familiares posee estudios de posgrado, ya que 15 de los médicos (20.5 %) declararon haber cursado una especialidad; 6 (8.2 %) cursaron la especialidad en medicina familiar, 2 (2.7 %) cursaron la especialidad en epidemiología, 1 (1.4 %) curso la especialidad en salud pública, 1 (1.4 %) cursó la especialidad en gineco-obstetricia, 1 (1.4 %) cursó la especialidad en medicina interna, 1 (1.4 %) cursó la especialidad en cirugía general, 1 (1.4 %) cursó las especialidades de medicina forense y medicina deportiva, 1 (1.4 %) cursó la maestría en fisiología médica, y 1 (1.4 %) cursó la maestría en ciencias de la salud.

Con respecto al estado civil, 5 (6.8 %) declaró estar soltero, 63 (86.3 %) dijo estar casado, 2 (2.7 %) dijo estar divorciado y 3 (4.1 %) no respondió.

Por cuanto a la religión que profesan, 60 (82.2 %) dijeron profesar la religión católica, 4 (5.5 %) dijeron no pertenecer a ninguna religión, 6 (8.2 %) omitieron la respuesta, 2 (2.7%) dijeron profesar la religión católica-cristiana y 1 (1.4 %) dijo ser creyente.

Con respecto a la pregunta de que si tienen hijos, 65 (89.0%) contestó afirmativamente, y la cantidad va de 1 (uno) a 7 (siete) hijos, con una media, mediana y moda de 2 (dos), siendo en total 53 los hijos y 46 las hijas.

A la pregunta de si tiene hermanos, 66 (00.4 %) dijeron tenerlos, la cantidad va de 2 a 14 hermanos, con media y moda de 5 hermanos en total y una mediana de 6 hermanos en total, siendo en total 219 hermanos varones, con una media y mediana de 3 hermanos varones y una moda de 2 hermanos varones, y 195 hermanas mujeres, con una media, mediana y moda de 2 hermanas mujeres.

3.4.- Tipo de estudio :

Confirmatorio-Exploratorio, en virtud de que se trata de probar el modelo teórico de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), en una población desconocida, con un diseño ex-post-facto, con un modelo de trayectoria.

3.5.- Procedimiento :

Se solicitó a la delegación estatal del I.S.S.S.T.E. en Sinaloa información acerca del número de médicos familiares por centro de atención, y se acudió a los centros de trabajo para definir con los directores de cada uno de éstos, la forma en la que se les proporcionarían los instrumentos necesarios para la recolección de datos. Se decidió que fueran reunidos los médicos en la sala de juntas, y al término de la aplicación del cuestionario se sostuvo una plática informal con aquéllos que tenían interés en saber el uso posible de los resultados de la investigación, y de exponer sus puntos de vista con respecto a las investigaciones que se realizan en el Instituto.

3.6.- Descripción del Instrumento de Medición

Se elaboró un cuestionario que estaba integrado por dos apartados: el primero que contenía 19 (diecinueve) variables de identificación y sociodemográficas; y el segundo 21 (veintiuna) frases estímulo con reactivos estilo diferencial semántico, cuyos adjetivos estaban graduados con el 1 (uno) para el extremo negativo y 9 (nueve) para el extremo positivo, los cuales fueron elaborados para inferir la actitud y la creencia. Después seguían los reactivos para inferir la intención conductual, la norma subjetiva, la creencia normativa, la motivación para complacer, éstos con el formato del diferencial semántico; y por último, 8 (ocho) reactivos para conocer quiénes forman parte de la norma subjetiva, siendo presentados éstos como espacios en blanco. (Anexo #1)

3.6.1.- Criterios para la elaboración de las escalas

Para la construcción del instrumento de medición se tomaron en cuenta los siguientes hechos. Primero, la propuesta encontrada en Fishbein y Ajzen (1975) la cual sitúa al escalamiento tipo diferencial semántico en el nivel de medición intervalar, y de que en tal método las "creencias y las evaluaciones asociadas están combinadas en un puntaje de actitud, de acuerdo con una formulación de una suposición de significado" (Fishbein y Ajzen, 1975, pag. 88). Segundo, la sugerencia de ellos mismos (1975) acerca de que existe una correlación alta entre la enunciación de una intención de realizar una conducta especificada y la conducta específica, cuando se tienen en cuenta que existen factores que influyen en la magnitud de la asociación entre la intención y la conducta. Tales factores son: (1) el grado de correspondencia en los niveles de especificidad de medición entre la intención y la conducta que se quiere predecir, para esto se debe saber que tales niveles de

especificidad pueden variar debido a la naturaleza misma de la conducta, el objetivo, la situación y el tiempo; (2) la estabilidad de la intención, la cual está en función del tiempo que transcurre entre el momento en que se pregunta la intención y el momento en que se ha de realizar la conducta, proponiéndose que cuando menor es el lapso, mayor la estabilidad, y (3) el grado en que la emisión de la conducta está bajo el control del individuo, esto es, a mayor control mayor correlación. Y por último, los resultados obtenidos en la aplicación del método, entre los cuales destacan: dos estudios, uno de Fishbein y Ajzen y otro de Ajzen, usando el juego del dilema de los prisioneros (Fishbein y Ajzen, 1975), en el cual el número de veces que los sujetos eligieron la alternativa de cooperación fue predicha a partir de sus intenciones de elegir tal opción, ya que en los tres juegos realizados las correlaciones totales fueron de .841, .897, y .822. Otro estudio que reportó correlación alta entre la intención y la conducta es el efectuado por Holman (Fishbein y Ajzen, 1975), quien presentó una lista de partidos a los alumnos y les preguntó a cuáles partidos pensaban asistir. una vez terminada la temporada de juego se le pidió a los alumnos que informaran a cuántos partidos habían asistido, habiéndose encontrado una correlación de .80 entre el número de partidos a los que dijeron asistirían y el número de partidos a los que asistieron. En otro estudio, Fishbein y Coombs (Fishbein y Ajzen, 1975) encontraron una correlación de .888 entre la intención de votar y la emisión real del voto por un candidato y una correlación de .785 en el caso del otro candidato en el mismo proceso electoral. Un estudio reciente conducido por Fishbein en la Universidad de Illinois, E.E. U.U., reporta que la "correlación entre la creencia basada en la estimación de la actitud... y la medida directa de la actitud (diferencial semántico) fue de .52 (pc .001)" (Fishbein, 1990, pag. 14).

3.6.2.- Criterios para la selección de los adjetivos

Para la selección de los reactivos que integran escala de la frase estímulo utilizada para inferir la actitud hacia sí mismos, se combinaron reactivos de la escala de autoconcepto de La Rosa (1986) y de la escala B de Fishbein y Raven (Anderson y Fishbein, 1967). Los reactivos que integran la escala de las frases estímulo utilizadas para inferir la creencia se tomaron de la escala A de Fishbein y Raven (Anderson y Fishbein, 1967). Los reactivos que integran la escala de las frases estímulo utilizadas para inferir la actitud se tomaron de la escala B de Fishbein y Raven (Anderson y Fishbein, 1967).

Se utilizó la técnica del balanceo (Pick y López, 1984), o sea que se presentó en forma alternada una frase estímulo para inferir actitud con otra frase para inferir creencia. A su vez, los adjetivos fueron presentados también en forma alternada, primero uno que empezaba con el extremo positivo y posteriormente uno que empezaba con el extremo negativo, esto con el objetivo de disminuir o evitar la tendencia en la respuesta.

3.6.3.- Discriminación de reactivos

Se aplicó la prueba "t" de Student a los reactivos cuyas frecuencias eran menores del 65 % en los extremos (1 y 2 o bien 8 y 9) para seleccionar aquellos reactivos que discriminaban, integrantes de las frases estímulo y así poder considerarlos para someterlos a un análisis factorial y elaborar una escala, aquéllos reactivos que obtuvieron un 65 % de respuestas o más en uno de los extremos, 1 y 2, o 8 y 9, son propuestos para ser considerados como norma en el desempeño del médico familiar en el I.S.S.S.T.E. en el estado de Sinaloa. (consultar anexo #2)

3.6.4.- Análisis Factorial y Análisis de Consistencia Interna:

Los reactivos de las frases estímulo que obtuvieron menos del 65 % en uno de los extremos (puntos 8 y 9) se sometieron a análisis factorial, procediéndose a construir escalas que pretenden inferir actitudes hacia aquel objeto que está especificado en la frase estímulo, obteniéndose los resultados que se anotan en la siguiente tabla :

TABLA 2.- Análisis factorial y consistencia interna de la escala "actitud hacia la religión".

Escala "actitud hacia la religión"				alfa=.8749
Reactivos	Carga factorial	Rango Teórico	Eigenvalue	% de Var.
dañino-benéfico	.85656	1-9	4.12792	59.0
insensato-sensato	.77785			
malo-bueno	.82156			
sucio-limpio	.73416			
enfermo-saludable	.83021			
lento-rápido	.43487			
tonto-inteligente	.83478			

TABLA 3.- Análisis factorial y consistencia interna de la escala "actitud hacia el método del ritmo".

Escala "actitud hacia el método del ritmo"				alfa=.8325
Reactivos	Carga factorial	Rango Teórico	Eigenvalue	% de Var.
dañino-benéfico	.83468	1-9	3.40254	56.7
insensato-sensato	.76948			
malo-bueno	.78756			
sucio-limpio	.67905			
enfermo-saludable	.53587			
tonto-inteligente	.86327			

TABLA 4.- Análisis factorial y consistencia interna de la escala "actitud hacia la píldora anticonceptiva".

Escala "actitud hacia la píldora anticonceptiva" alfa=.8069				
Reactivos	Carga factorial	Rango Teórico	Eigenvalue	% de Var.
daño-benéfico	.91356	1-9	3.03614	60.7
malo-bueno	.93919			
enfermo-saludable	.91327			

TABLA 5.- Análisis factorial y consistencia interna de la escala "actitud hacia el método Billings".

Escala "actitud hacia el método Billings" alfa=.9448				
Reactivos Var.	Carga factorial	Rango Teórico	Eigenvalue	% de Var.
daño-benéfico	.86974	1-9	3.62397	51.8
insensato-sensato	.62072			
malo-bueno	.77109			
sucio-limpio	.71371			
enfermo-saludable	.83345			
tonto-inteligente	.81519			

TABLA 6.- Análisis factorial y consistencia interna de la escala "actitud hacia el método del D.I.U.".

Escala "actitud hacia el método del D.I.U." alfa=.8363				
Reactivos	Carga factorial	Rango Teórico	Eigenvalue	% de Var.
daño-benéfico	.82982	1-9	3.15493	63.1
sucio-limpio	.78496			
enfermo-saludable	.89011			
lento-rápido	.45541			
tonto-inteligente	.92221			

TABLA 7.- Análisis factorial y consistencia interna de la escala "actitud hacia el método de los óvulos espermaticidas".

Escala "actitud hacia el método de los óvulos espermaticidas" alfa=.8954				
Reactivos	Carga factorial	Rango Teórico	Eigenvalue	% de Var.
dañino-benéfico	.83103	1-9	4.38136	62.6
insensato-sensato	.71208			
malo-bueno	.86204			
sucio-limpio	.76269			
enfermo-saludable	.90689			
lento-rápido	.58229			
tonto-inteligente	.83508			

TABLA 8.- Análisis factorial y consistencia interna de la escala "creencia de que su religión acepta todos los métodos anticonceptivos".

Escala "creencia de que su religión acepta todos los métodos anticonceptivos" alfa=.9310				
Reactivos	Carga factorial	Rango Teórico	Eigenvalue	% de Var.
imposible-possible	.90990	1-9	4.47607	74.6
inadecuado-adeecuado	.88462			
inexistente-existente	.85811			
falso-verdadero	.82800			
malo-bueno	.88985			
no creible-creible	.80735			

A continuación se describe la media obtenida por cada escala, la desviación estándar y el rango real. obsérvese que sólo dos escalas no alcanzaron los extremos de el rango teórico, siendo también las que obtuvieron la desviación estándar menor.

TABLA 9.- Media, Desviación Estándar y Rango Real de las escalas obtenidas.

Escala	Media	D. S.	Rango real
ACTITUD HACIA LA RELIGION	6.95	1.46	3-9
ACT. HACIA EL MET. DEL RITMO	7.25	1.58	1-9
ACTITUD HACIA LA PILDORA ANTICONCEPTIVA	7.29	1.65	1-9
ACT. HACIA EL MET. BILLINGS	7.40	1.14	4-9
ACT. HACIA EL MET. DEL D.I.U.	7.39	1.53	1-9
ACTITUD HACIA EL METODO DE LOS OVULOS ESPERMATICIDAS	6.62	1.69	1-9
CREENCIA DE QUE SU RELIGION ACEPTA TODOS LOS METS. ANTIC.	5.61	2.61	1-9

CAPITULO CUATRO

ANALISIS DE RESULTADOS

4.1.- Análisis de Clasificación Múltiple:

Con las escalas conformadas con base en el análisis factorial y con el objetivo de probar posibles diferencias debidas a las variables sociodemográficas se realizó una serie de análisis de clasificación múltiple con las escalas de actitud como variables dependiente y género y universidad de origen como variables de clasificación, para comparar la actitud de los médicos hacia el método del ritmo. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa de los que provienen de universidades estatales (U.A. de Cd. Juárez, U.A. del Edo. de Méx., U. Mich. de Sn. Nicolás de Hgo., U. Veracruzana, U.A. de Coah.), siendo la actitud de menor aceptación (media = 5.48, $F(4, 68) = 2.86$, $p = .03$), ya que la media total fué de 7.25. En un análisis Post-hoc, la prueba de Duncan confirmó que este grupo difiere significativamente de los egresados de la U.N.A.M., U.A.S., y U.A. de Guad.

Se encuentra una diferencia significativa en los egresados del I.P.N., con respecto a la creencia de que su religión acepte todos los métodos anticonceptivos (media = 7.93, $F(4, 68) = 4.46$, $p = .003$), en tanto que la muestra obtiene una media = 5.62. Mediante el análisis Post-hoc, la prueba de Duncan arrojó una diferencia significativa entre éstos y los egresados de la U.N.A.M., U.A.S. y U.A. de Guad.

Se observa similitud en la actitud hacia el método anticonceptivo del ritmo de los egresados de las universidades de Cd Juárez, del edo. de México, de Michoacán, del edo. de Veracruz y del edo. de Coahuila, quienes

al ser agrupados obtienen una diferencia estadísticamente significativa con el resto de la muestra, siendo esta actitud de menor aceptación del citado método. También se presenta una actitud de menor aceptación por este mismo grupo hacia el método de la píldora anticonceptiva, aunque se debe ir con cuidado en este caso, ya que se observa con una $p = .059$, quizá con una muestra más grande de egresados de las universidades englobadas pudiera moverse la diferencia en alguno de los dos sentidos posibles.

La actitud hacia el condón es de mayor aceptación y decrece para los egresados de la U.N.A.M, U.A. de Sin., U.A. de Guad., I.P.N., y los provenientes de las "universidades estatales".

Con respecto a quiénes son específicamente las personas que consideran importantes en la toma de decisiones en su quehacer profesional, tres dicen decidir en forma absolutamente independiente, mientras que el resto citan tantas como setenta y dos distintas personas, que aún cuando pueden ser incluidas, arbitrariamente, en trece categorías, los que son referidos por casi la mitad de la muestra son los pacientes. Estas personas pueden ser de índole tan inmediatos o específicos como "mi esposa", "mi esposo" o "mi cuñado", pasando por compañeros, empleados y funcionarios en general del I.S.S.S.T.E., hasta amigos, conocidos, gobierno y "todos", bueno, hay alguien que considera importante a sus "enemigos".

Las mujeres que no tienen especialidad muestran una actitud de mayor aceptación del método del ritmo (media = 7.83, $f(1,14) = 6.51$, $p = .022$) que aquellas que sí tienen especialidad (media = 5.57).

Las mujeres que no tienen especialidad muestran una actitud de mayor aceptación del método anticonceptivo de Billings (media = 8.13, $t(1,14) = 7.077.07$, $p = .018$) que aquellas que sí tienen especialidad (media = 6.60).

4.2.- Análisis de Correlación:

Considerando que las variables años en el puesto, número de miembros en su familia de origen, años de egresado y tiempo de haberse especializado son continuas, se efectuó un análisis de correlación para analizar el efecto de éstas sobre las escalas de actitudes, y puesto que se habían encontrado algunas diferencias por género en el análisis de clasificación múltiple, se decidió realizar un análisis de correlación por género. Además, para evitar problemas de multicolinealidad en el análisis de regresión con el modelo teórico final, se incluyó la correlación entre las escalas de actitudes y creencias, para en su caso, formar escalas sumadas. La matriz de correlación para el total de los datos se puede observar en el anexo #3.

Se presentan los resultados que se consideran normas de desempeño profesional, observándose que con respecto a la actitud hacia sí mismos como médicos, es una norma que sea positiva, siendo el 0.57% los casos de adjudicación de un adjetivo en el extremo negativo.

En el caso de la creencia y la actitud hacia la planificación familiar, que tienen las personas importantes para los médicos, es generalmente positiva, existiendo solamente un reporte en el extremo negativo de la escala.

Sucede igual con la actitud de los médicos hacia la institución, hacia el servicio de medicina familiar en el I.S.S.S.T.E., hacia el programa nacional de planificación familiar, hacia los métodos anticonceptivos del condón, la vasectomía, y la salpingoclasia en específico, los métodos anticonceptivos en general; la creencia y la actitud hacia la planificación familiar; las cuales pueden ser consideradas como una norma positiva en la práctica del médico familiar en el I.S.S.S.T.E. en el estado de Sinaloa.

La intención conductual del médico familiar de recomendar la planificación familiar a todas las parejas en edad reproductiva es del 47.5 %, mientras que sólo el 4.1 % manifiesta no tener esa intención.

La norma subjetiva en general es de que debe recomendar a las parejas la planificación familiar, ya que únicamente el 9.6 % de la muestra percibe que la gente importante para ellos piensa que no debe de recomendar la planificación familiar.

La creencia normativa general es de que la sociedad en general espera que el médico recomiende a las parejas la planificación familiar, en este caso sólomente un 2.7 % percibe que es improbable esta expectativa social, aunque apenas menos de la mitad de la muestra (43.8 %) admite que, en términos generales, es probable que desee hacer lo que la sociedad piensa que es su deber como médico (motivación para complacer), y asciende hasta un 11 % los que aseveran que es improbable que ellos cumplan con este encargo social.

A continuación se presenta el análisis de correlación obtenido para la muestra del género sexual masculino, encontrando que la actitud hacia la religión, de seis (6) posibles correlaciones, obtiene dos significativas: una correlación positiva entre la actitud hacia la religión y la actitud hacia el método anticonceptivo del ritmo ($r = .55$, $n = 56$, $p = .000$) siendo ambas de aceptación; y una correlación positiva entre la actitud hacia la religión y la actitud hacia el método anticonceptivo Billings ($r = .31$, $n = 56$, $p = .01$), también de aceptación.

La actitud hacia el método del ritmo, de seis (6) posibles correlaciones obtiene dos significativas, la citada anteriormente y una correlación positiva, y de aceptación, entre la actitud hacia el método del ritmo y la actitud hacia el método Billings ($r = .30$, $n = 56$, $p = .02$).

La actitud hacia el método de la píldora anticonceptiva, de seis (6) posibles correlaciones obtiene dos significativas : una correlación positiva de aceptación entre la actitud hacia el método de la píldora anticonceptiva y la actitud hacia el método anticonceptivo del D.I.U. ($r = .61$, $n = 56$, $p = .000$). Y una correlación positiva entre la actitud hacia el método de la píldora anticonceptiva y la actitud hacia el método de los óvulos espermaticidas ($r = .44$, $n = 56$, $p = .001$), siendo también de aceptación.

La actitud hacia el método anticonceptivo del D.I.U., de seis (6) posibles correlaciones obtiene una correlación significativa positiva de aceptación la actitud hacia el método de los óvulos espermaticidas ($r = .50$, $n = 56$, $p = .000$).

La creencia acerca de que su religión acepta todos los métodos anticonceptivos, de seis (6) posibles correlaciones obtiene una correlación significativa positiva de aceptación con la actitud hacia el método del D.I.U. ($r = .36$, $n = 56$, $p = .006$).

En los hombres se encuentra una correlación significativa positiva entre la aseveración de que, en términos generales, desean hacer lo que la sociedad piensa que es su deber como médicos y la actitud de aceptación hacia el método de la píldora anticonceptiva ($r = .53$, $n = 56$, $p = .000$).

En los hombres se encuentra una correlación significativa positiva entre la aseveración de que, en términos generales, desean hacer lo que la sociedad piensa que es su deber como médicos y la actitud de aceptación hacia el método del D.I.U. ($r = .60$, $n = 56$, $p = .000$).

En los hombres se encuentra una correlación significativa positiva entre la aseveración de que, en términos generales, desean hacer lo que la sociedad piensa que es su deber como médicos y la actitud de aceptación hacia el método de los óvulos espermaticidas ($r = .50$, $n = 56$, $p = .000$).

**TABLA 10.- ANALISIS DE CORRELACION
HOMBRES**

	M*	O*	P*	Q*	U*	NS*
K*	.55 P=.00	.31 P=.01				
M		.30 P=.02				
N*			.61 P=.00	.44 P=.00		.53 P=.00
P				.50 P=.00	.36 P=.00	.60 P=.00
Q						.50 P=.00
(Coeficiente / Significancia 2-colas)						

- * K = actitud hacia la religión.
- M = actitud hacia el método del ritmo.
- N = actitud hacia el método de la píldora anticonceptiva.
- O = actitud hacia el método Billings.
- P = actitud hacia el método del D. I. U.
- Q = actitud hacia el método de los óvulos espermaticidas.
- U = creencia de que su religión acepta todos los métodos anticonceptivos.
- NS = norma subjetiva.

El análisis de correlación efectuado a la muestra femenina se detalla enseguida:

De siete (7) posibles relaciones, se encuentran dos significativas : una correlación negativa entre la edad (media = 36.1 desv. est. = 8.3) y la actitud hacia el método anticonceptivo del ritmo ($r = -.75$, $n = 17$, $p = .001$); y una correlación negativa entre la edad y la actitud hacia el método del D.I.U. ($r = -.48$, $n = 17$, $p = .046$).

De siete (7) posibles relaciones, se observan dos significativas: una correlación negativa entre la antigüedad en el puesto de médico familiar (media=7.05, desv. est.=6.3, rango 1-25) y la actitud hacia el método anticonceptivo del ritmo ($r = -.72$, $n=17$, $p=.001$); y una correlación negativa entre la antigüedad en el puesto de médico familiar y la actitud hacia el método del D.I.U. ($r = -.62$, $n = 17$, $p = .007$).

De siete (7) posibles relaciones, se dan dos significativas: una correlación positiva entre el año de egreso de sus estudios de medicina (media=80.1, desv. est.=8.2, rango 57-89) y la actitud de aceptación hacia el método anticonceptivo del ritmo ($r=.70$, $n=17$, $p=.002$); y una correlación positiva entre el año de egreso de sus estudios de medicina y la actitud hacia el método del D.I.U. ($r = .50$, $n = 17$, $p = .039$).

De siete (7) posibles relaciones, se obtienen dos significativas: una correlación positiva de aceptación entre la actitud hacia el método anticonceptivo del ritmo y la actitud hacia el método anticonceptivo billings ($r = .64$, $n = 17$, $p = .005$), y una correlación positiva entre la actitud hacia el método anticonceptivo del ritmo y la actitud hacia el método del D.I.U., siendo ambas de aceptación ($r = .53$, $n = 17$, $p = .025$).

De siete (7) posibles relaciones, se observan dos significativas: una correlación positiva de aceptación entre la actitud hacia el método de la píldora anticonceptiva y la actitud hacia el método del D.I.U. ($r = .61$, $n = 17$, $p = .009$); y una correlación positiva de aceptación entre la actitud hacia el

método de la píldora anticonceptiva y la actitud hacia el método de los óvulos espermaticidas ($r = .70$, $n = 17$, $p = .002$).

De siete (7) posibles relaciones, se dan dos significativas: la citada anteriormente y una correlación positiva de aceptación entre la actitud hacia el método del D.I.U. y la actitud hacia el método de los óvulos espermaticidas ($r = .74$, $n = 17$, $p = .001$).

De siete (7) posibles relaciones, se observan dos significativas: una correlación positiva entre la creencia de que su religión acepta todos los métodos anticonceptivos y la actitud de aceptación hacia el método de la píldora anticonceptiva ($r = .56$, $n = 17$, $p = .017$); y una correlación positiva entre la creencia de que su religión acepta todos los métodos anticonceptivos y la actitud de aceptación hacia el método de los óvulos espermaticidas ($r = .63$, $n = 17$, $p = .006$).

De siete (7) posibles relaciones, se encuentra una correlación significativa positiva entre la aseveración de que, en términos generales, desean hacer lo que la sociedad piensa que es su deber como médicos y la actitud de aceptación hacia el método de los óvulos espermaticidas ($r = .49$, $n = 17$, $p = .042$).

**TABLA 11.- ANALISIS DE CORRELACION
MUJERES**

	O*	P*	Q*	U*	NS*
M*	.64 P=.00	.53 P=.02			
N*		.61 P=.00	.70 P=.00	.56 P=.01	.33 P=.19
P			.74 P=.00		
Q				.63 P=.00	.49 P=.04

(Coeficiente / Significancia 2 colas)

- * M = actitud hacia el método del ritmo.
- N = actitud hacia el método de la píldora anticonceptiva.
- O = actitud hacia el método Billings.
- P = actitud hacia el método del D. I. U.
- Q = actitud hacia el método de los óvulos espermaticidas.
- U = creencia de que su religión acepta todos los métodos anticonceptivos.
- NS = norma subjetiva.

4.3.- Análisis de Regresión:

Para el análisis de regresión de trayectoria, se agruparon las actitudes que correlacionaron más alto entre sí, lo cual permitió configurar dos nuevas variables, las cuales quedaron integradas, una con la actitud hacia el método del ritmo y el método billings, la cual se denomina actitud hacia métodos naturistas; la otra con la actitud hacia la píldora anticonceptiva, el D.I.U. y los óvulos espermaticidas, denominándose a su vez como actitud hacia métodos no naturistas.

Posteriormente se designó como variable dependiente (VD) a la intención de recomendar la planificación familiar recomendada por el médico, la cual es denominada intención conductual (IC) y se nombró como variables independientes (VI) al resto de las variables (se empleó la instrucción "COLLECT"), con lo cual se obtuvo un resultado que indicaba que la variable Actitud hacia los métodos no naturistas y la variable Norma subjetiva son las que ejercen un efecto principal estadísticamente significativo.

Se utilizó la opción "METHOD ENTER", introduciendo en el análisis en primer lugar la variable actitud hacia los métodos no naturistas y en segundo lugar la variable Norma subjetiva, después a la inversa, lo cual permite tener una visión del efecto principal de las variables y el efecto que existe una vez que se ha explicado el efecto principal. De la misma forma se procedió a nombrar como variables dependientes tanto a la Actitud hacia métodos no naturistas como a la variable Norma subjetiva. También se realizó un análisis de correlación entre estas dos variables. Esto permitió elaborar un esquema para explicar el modelo teórico, el cual se desarrolla a continuación:

CAPITULO CINCO

DISCUSION Y SUGERENCIAS

5.1.- Discusión :

El presente estudio es un intento por establecer las posibles relaciones entre variables que pudieran servir para determinar las creencias y las actitudes del médico familiar del I.S.S.S.T.E hacia la planificación familiar y los métodos anticonceptivos, así como su intención para recomendar a los derechohabientes la práctica de la planificación familiar.

5.1.1.- Evaluación del Modelo Teórico

Los resultados obtenidos presentan una tendencia en el sentido de confirmar la propuesta que se deriva del marco teórico. El principio de funcionamiento de la cadena causal enunciada en la teoría de la acción razonada se ve confirmado por los datos obtenidos en el análisis de trayectoria; la propuesta de que las actitudes pueden ser consideradas como un rasgo de personalidad y englobadas en la teoría del aprendizaje social recibe soporte del dato que proporciona el esquema explicativo del modelo teórico derivado del análisis de regresión, puesto que el hecho de que la norma subjetiva se enuncie en términos de una confirmación de una demanda social implícita para el médico, permite inferir que el individuo percibe que existe un compromiso social, compromiso que no es enunciado ni formal ni explícitamente en ningún momento por la sociedad, pero que lleva al individuo a actuar de acuerdo con lo que es manifestado por quienes poseen autoridad en la estructura jerárquica -que no tiene que ser formal- del grupo en el seno el cual se ha socializado.

También la creencia normativa se enuncia en términos que pueden ser concebidos por el individuo como de una expectativa de los miembros de un grupo que es valorado en forma positiva por él, pudiéndose inferir que tal percepción es producto de una enseñanza social; y de la correlación entre las actitudes hacia la religión y los métodos anticonceptivos que son aceptados oficialmente por la religión católica, lo cual vincula más fuertemente al sujeto con su grupo primario de pertenencia y del cual, según él, podría recibir en forma directa y clara, tanto la demanda de respuestas como los refuerzos que permiten la adquisición y fortalecimiento de respuestas.

Si estos resultados se revisan a la luz de la propuesta hecha por Díaz Guerrero (1982) del constructo Premisas socioculturales, una de las cuales es la percepción o idea de que el hombre tiene una posición superior a la de la mujer, el "machismo", y que podrían llevar al médico o bien a no querer enfrentar a la pareja, esto en el caso de que el médico no compartiera esa forma de pensar, o bien a actuar en el sentido de que se deben tener más hijos para con eso mostrar y demostrar su calidad de "muy hombre" cuando sí comparte la premisa antes citada, además de que por lo común es la mujer quien asiste al servicio del médico familiar, la cual ha demostrado ser muy apegada a una de las premisas centrales de la socio-cultura mexicana: la abnegación, premisa que tiende a ser cumplida fiel y cabalmente bajo la idea de que si no es otro el que propone una conducta o una decisión que propicie una elevación en la calidad de vida, se continuará pensando primero en los otros antes que en sí misma. Aunque es el médico hombre el que muestra una mayor tendencia a acatar lo que él piensa es el encargo social de su profesión, ya que tienden a aceptar en mayor número los métodos anticonceptivos, siendo tres, mientras que por parte de las mujeres, en el

caso de lo que ellas aceptan por lo que se refiere al encargo social, sólo aceptan un método anticonceptivo.

Se observa que existe una disposición por parte de los sujetos para actuar de acuerdo con valores socialmente compartidos, ya que la variable con mayor poder predictivo en el presente estudio, es la norma subjetiva. Esta se remite a otras dos variables, la creencia normativa y la motivación para complacer, que mantienen una connotación dentro del mismo contexto, concebido como un estilo de confrontación por automodificación (Holtzman, Díaz Guerrero y Swartz, 1975), sumado a ésto, el bajo porcentaje (5.4 %) de sujetos que indicaron tomar sus decisiones en forma independiente.

Esto hace evidente la característica de personalidad de complacencia, desde la perspectiva de la demanda social, aún y cuando se trata de egresados universitarios, y que tal característica se debe probablemente al hecho de la socialización en la cultura mexicana en la que "...ser de servicio es fundamental...en donde la comunión, particularmente a nivel familiar, es esencial" (Díaz Loving y cols., 1981) y que puede estar reafirmando la existencia de conductas dirigidas por las premisas, definidas por Díaz Guerrero (1987), lo cual permite inferir que la personalidad del médico mexicano tiene una mayor orientación hacia un rasgo de personalidad de locus de control externo, el cual a pesar de no haber sido medido en el presente estudio, se ha encontrado que permite predecir la conducta (Ajzen y Driver 1991, Ajzen y Timko, 1986), pero es muy poca la evidencia de interacción con las otras variables que conforman la teoría de la Acción razonada (Ajzen y Madden, 1986).

Con respecto al análisis de trayectoria, se encontró que las variables que predicen mejor la intención conductual son: la actitud hacia los métodos anticonceptivos no naturistas, entre los cuales se encuentran el método de las pastillas anticonceptivas, el del dispositivo intra-uterino (DIU) y el de los óvulos espermatocidas, la cual obtuvo una $r = .27$ con una $p < .05$; y la variable norma subjetiva, la cual obtuvo una $r = .48$ con una $p < .001$. Al analizar la combinación de ambas variables para la predicción de la intención conductual se obtuvo una $r = .49$ con una $p < .001$. La correlación entre estas dos variables fué de $.57$ con una $p < .001$.

Lo anterior es distinto de lo encontrado con el mismo modelo por Fishbein y colaboradores en Venezuela (1988), ya que en aquella ocasión el mayor poder de predicción se obtuvo de las actitudes ($r = .567$, $p < .001$), mientras que la norma subjetiva obtuvo una $r = .184$ no significativa. Debe destacarse aquí que el tema de esta investigación, uso del cinturón de seguridad del automóvil, difícilmente se puede inscribir en el rango de las premisas centrales, como lo sería el caso de la planificación familiar, ya que ésta tiene imbricaciones tanto religiosas como con la posición del hombre en la jerarquía tradicional en nuestra cultura.

Estos resultados coinciden también con lo encontrado en el estudio de Pagel y Davidson (1984), en el cual se hace evidente la relevancia de las normas subjetivas como un fuerte predictor independiente de la intención de realizar una conducta.

A su vez, la actitud hacia la religión predice mejor la actitud hacia los métodos naturistas ($r = .40$, $p < .001$), ya que en la predicción de las actitudes

hacia los metodos no naturistas se encuentra una $r = .07$ no significativa, y fortaleciendo este bajo poder de predicción encontramos que la correlación entre las actitud hacia los metodos naturistas y la actitud hacia los métodos no naturistas es de $.13$ no significativa.

En relación con el aspecto de la influencia de la actitud hacia la religión, se puede establecer un parangón entre los resultados obtenidos en esta investigación y los obtenidos por Notzer y colaboradores (1984), en el que la religiosidad obtuvo una correlación negativa con las actitudes hacia la anticoncepción. En el caso de la influencia de la religión en el estudio de las actitudes y creencias de los médicos familiares, se observa que existe una tendencia a influir en la aceptación e intención recomendar los métodos oficialmente aceptados por la religión a la que la mayoría dijo pertenecer: la católica.

5.2.- Sugerencias:

Pienso que es necesario buscar una forma de aplicar los cuestionarios sin la necesaria participación del Director de la unidad médica y/o de manera individual, puesto que la presencia de una figura de autoridad de la institución hace que sea percibida la investigación como propia de la institución, provocando con esto una falta de confianza para responder de manera honesta, ya que en la plática informal, una vez que se habia terminado de aplicar el cuestionario y que se habia retirado la figura de autoridad, la mayoría de los médicos se expresaban en forma negativa con respecto a la institución, pero daban a entender que si se declaraba éso en los cuestionarios, pudieran existir represalias.

Otro aspecto es el del formato de los reactivos, ya que quizá con otro formato hubiese sido más precisa y menos tardada la recolección de datos, ya que a pesar de que el estudio piloto permitió configurar el cuestionario en la forma final, es posible que con otro formato exista una mayor discriminación de reactivos, se conformen más escalas y motive para una mayor y más honesta participación de los sujetos.

Por último, se recomienda medir el Locus de control, y de ser posible, las conductas, para revisar cómo se relaciona con las variables propias de la teoría y su combinación para predecir la conducta, en combinación con las premisas socioculturales, desde la perspectiva del concepto de Ecosistema sociocultural propuesto por Díaz Guerrero (1988), para tener más elementos que nos permitan analizar en forma más detallada, la influencia de la socialización en los grupos primarios sobre la formación académica.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcón, N. F. (1985). Estructura del sector salud. En Martínez, M. J. y Giner, V. J. (eds.). Planificación familiar y demografía médica. México: I.M.S.S., pags. 123-134.
- Alarcón, N. F., Correu, A. S. y Martínez M. J. (1985). Operación del programa de planificación familiar en el medio urbano. En Martínez, M. J. y Giner, V. J. (eds.). Planificación familiar y demografía médica. México: I.M.S.S., pags. 135-142.
- Ajzen, I. (1989). Attitude Structure and Behavior. En A. R. Pratkanis, S. J. Breckler, y A. G. Greenwald (eds.). Attitude Structure and Function. New Jersey: L. E. Ass. pub. 241-267.
- Ajzen, I., y Driver, B. L. (1991). Prediction of leisure participation from behavioral, normative, and control beliefs: An application of the theory of planned behavior. En Leisure Sciences: 1991 Jul-Sep., Vol.13(3) 185-204.
- Ajzen, I., y Timko, C. (1986). Correspondence between health attitudes and behavior. En Basic and Applied Social Psychology. 1986 Dec. Vol7(4) 259-276.
- Ajzen, I., y Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. En Journal of Experimental Social Psychology. 1986 Sep. Vol 22(5) 453-474.
- Amado Luearca, Fernando J. (1986). La planificación familiar y la salud. En Manual de contenidos para el curso de la orientación sexual y planificación familiar. México: Secretaría de Salud, págs. 1-10
- Anderson, L. R. y Fishbein, M. (1967). Prediction of attitude from the number, strength, and evaluative aspect of beliefs about the attitude object: a comparison of summation and congruity theories. En M. Fishbein (ed.). Readings in Attitude Theory and Measurement. N. Y.: John Wiley, 437-443.

Bandura, A., y Walters, R. H. (1974). Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad. Madrid: Alianza Editorial.

Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. New Jersey.: Prentice Hall Inc.

Bunge, Mario. (1983). La Investigación Científica. Barcelona: 2a ed., Ed. Ariel.

Cantor, N., y Kihlstrom, J. (1981). "Cognitive and Social processes in personality: Implications for behavior therapy". En C.M. Franks. y G.T. Wilson (eds.). Handbook of behavior therapy, (pags.). N. Y.: Guilford Press.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Davidson, A. R. y Morrison, D. M. (1983). Predicting contraceptive behavior from attitudes: A comparison of within versus across subjects procedure. En Journal of personality and social psychology. Nov. Vol 45(5) 997-1009.

Díaz Guerrero, Rogelio. (1982). The psychology of the historic-sociocultural premise, En Spanish-Language Psychology, North Holland Publishing Company, 1982, 383-410.

Díaz Guerrero, R. (1987). Historical sociocultural premises and ethnic socialization. En J. S. Phinney y M. J. Rotheram (eds), Children's Ethnic Socialization, (pp. 239-250). Newbury Park, CA.: Sage.

Díaz Guerrero, R. (1988). Hacia una psicología ecosistémica. En Revista de Psicología Social y Personalidad. 1988 Vol. 4, num. 2, pags. 66-81.

Díaz Loving, R., Díaz Guerrero, R., Helmreich, R. L., y Spence, J. T. (1981). Comparación transcultural y análisis psicométrico de una medida de rasgos masculinos (instrumentales) y femeninos (expresivos). En Revista de la asociación latinoamericana de Psicología social. II(1), 3-35.

Doob, Leonard W. (1967). The behavior of attitudes. En M. Fishbein (ed.). Readings in Attitude Theory and Measurement, (42-50) N. Y.: John Wiley.

Ewald, B. M., y Roberts, C. S. (1985). Contraceptive behavior in college-age males related to fishbein model. Advances in Nursing Science. Apr. Vol 7(3) 63-69.

Fazio, Russell, H. (1989). On the power and functionality of attitudes: The role of attitude accessibility. En A. R. Pratkanis, S. J. Breckler, y A. G. Greenwald (eds). Attitude structure and function, New Jersey.: Lawrence Erlbaum, 153-174.

Fishbein, Martin. (1967a). A behavior theory approach to the relations between beliefs about an object and the attitude toward the object. En M. Fishbein (ed.). Readings in Attitude Theory and Measurement. N. Y.: John Wiley, 389-400.

Fishbein, Martin. (1967b). Attitude and the prediction of behavior. En M. Fishbein (ed.). Readings in Attitude Theory and Measurement, N. Y.: John Wiley, 477-492.

Fisbein, M., Salazar, J. M., Rodríguez, C. P. R., Middlestadt, S. E., y Himmelfarb, T. (1988). Predicción del uso de cinturones de seguridad en estudiantes venezolanos: una aplicación de la teoría de acción razonada en latinoamérica. En Revista de Psicología Social y Personalidad. Vol.4(2) 19-41.

Fishbein, Martin. (1990). Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condon. Revista de Psicología Social y Personalidad, 6, 1-16.

Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude and Behavior: An introduction to theory and research, Reading, Mass.: Addison-Wesley.

Grawitz, Madaleine. (1984). Métodos y Técnicas de las Ciencias Sociales. Editia Mexicana.

- Greenwald, A. G. (1989). Why are attitudes important ?. En A. R. Pratkanis, S. J. Breckler, y A. G. Greenwald (eds.) Attitude Structure and Function. New Jersey: L. E. Ass. pub. 1-10.
- Hogan, Robert. (1982). Theoretical Constructs on the Personality Studies. Journal of Research in Personality. 18, 23-40.
- Holtzman, W.H., Díaz Guerrero, R., y Swartz, J. D. (1975). Desarrollo de la personalidad en dos culturas: México y Estados Unidos. México: Trillas.
- Kiesler, C. A., Collins B. E. y Miller N. (1969). Attitude Change. A critical analysis of theoretical Approaches. N. Y.: John Wiley.
- La Rosa, J. (1986). Escalas de Locus de Control y Auto-Concepto: Construcción y Validación. Tesis Doctoral, Fac. de Psicología, UNAM.
- McConell, J. V. (1988). Psicología: Estudio del Comportamiento Humano. México.: McGraw-Hill 2a ed.
- Mojarro, D. O. (1985). Efecto social de la política demográfica. En Martínez, M. J. y Giner, V. J.(eds.). Planificación familiar y demografía médica. México.: I.M.S.S., pags. 59-70.
- Notzer, N., Levran, D., Mashiach, S. y Soffer, S. (1984). Effect of religiosity on sex attitudes, experience and contraception among university students. Journal of sex and marital therapy. Spr. Vol 10(1) 57-62.
- Organización de las Naciones Unidas. (1978). Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas. N.Y.: Vol. 1, cap. 17.
- Pagel, M. D. y Davidson, A. R. (1984). A comparison of three social- psychological models of attitude and behavioral plan: Prediction of contraceptive behavior. En Journal of personality and social psychology; Sep. vol47(3) 517-533.

Pick, S., y López, A. L. (1984). Cómo Investigar en Ciencias Sociales. México.: Trillas, 3a ed.

Pratkanis, A. R., Breckler S. J. y Greenwald A. G. (1989). Attitude Structure and Function, New Jersey.: L. E. Associated Publishers.

Rosenberg, M. J. y Hovland, C. I. (1960). Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. En C. I. Hovland y M. J. Rosenberg (eds.) Attitude organization and change. New Haven, CT.: Yale University Press. 1-14.

Shah, M. A. y Varshney, K. M. (1982). A comparative study of the attitude of married and unmarried women towards religion, equality of women and birth control in relation to their adjustment. En Asian Journal of psychology and education, Jan Vol 9(1) 15-20.

Summers, Geene F. (1976). Medición de Actitudes. México.: Trillas.

Zimbardo, Pt. G., Ebbesen E. B. y Maslach, C. (1967). Influencing Attitudes and Changing Behavior. Cal.: Addison-Wesley, 2a ed.

- LA PLANIFICACION FAMILIAR...
(creencia)

POSIBLE	-----	IMPOSIBLE
INADECUADO	-----	ADECUADO
EXISTENTE	-----	INEXISTENTE
FALSO	-----	VERDADERO
BUENO	-----	MALO
NO CREIBLE	-----	CREIBLE

- LA MEDICINA FAMILIAR EN EL ISSSTE...
(actitud)

BENEFICO	-----	DAÑINO
INSENSATO	-----	SENSATO
BUENO	-----	MALO
SUCIO	-----	LIMPIO
SALUDABLE	-----	ENFERMO
RAPIDO	-----	LENTO
INTELIGENTE	-----	TONTO

- CAPACITACION PARA UN MEJOR MANEJO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS...
(creencia)

POSIBLE	-----	IMPOSIBLE
INADECUADO	-----	ADECUADO
EXISTENTE	-----	INEXISTENTE
FALSO	-----	VERDADERO
BUENO	-----	MALO
NO CREIBLE	-----	CREIBLE

- EL ISSSTE...
(actitud)

BENEFICO	-----	DAÑINO
INSENSATO	-----	SENSATO
BUENO	-----	MALO
SUCIO	-----	LIMPIO
SALUDABLE	-----	ENFERMO
RAPIDO	-----	LENTO
INTELIGENTE	-----	TONTO

- LA RELIGION...
(actitud)

BENEFICO	-----	DAÑINO
INSENSATO	-----	SENSATO
BUENO	-----	MALO
SUCIO	-----	LIMPIO
SALUDABLE	-----	ENFERMO
RAPIDO	-----	LENTO
INTELIGENTE	-----	TONTO

INTELIGENTE _____ TONTO

- LOS OVULOS ESPERMATICIDAS...
(actitud)

BENEFICO _____ DAÑINO
INSENSATO _____ SENSATO
BUENO _____ MALO
SUCIO _____ LIMPIO
SALUDABLE _____ ENFERMO
RAPIDO _____ LENTO
INTELIGENTE _____ TONTO

- LA VASECTOMIA...
(actitud)

BENEFICO _____ DAÑINO
INSENSATO _____ SENSATO
BUENO _____ MALO
SUCIO _____ LIMPIO
SALUDABLE _____ ENFERMO
RAPIDO _____ LENTO
INTELIGENTE _____ TONTO

- LA SALPINGOCLASIA...
(actitud)

BENEFICO _____ DAÑINO
INSENSATO _____ SENSATO
BUENO _____ MALO
SUCIO _____ LIMPIO
SALUDABLE _____ ENFERMO
RAPIDO _____ LENTO
INTELIGENTE _____ TONTO

- EL CONTROL DE LA NATALIDAD...
(actitud)

BENEFICO _____ DAÑINO
INSENSATO _____ SENSATO
BUENO _____ MALO
SUCIO _____ LIMPIO
SALUDABLE _____ ENFERMO
RAPIDO _____ LENTO
INTELIGENTE _____ TONTO

- MI RELIGION ACEPTA TODOS LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS...
(creencia)

POSIBLE _____ IMPOSIBLE
INADECUADO _____ ADECUADO
EXISTENTE _____ INEXISTENTE
FALSO _____ VERDADERO
BUENO _____ MALO
NO CREIBLE _____ CREIBLE

(INTENCION CONDUCTUAL)

¿PIENSA USTED RECOMENDAR LA PLANIFICACION FAMILIAR A TODA PERSONA CON VIDA SEXUAL ACTIVA?

PROBABLE _____ IMPROBABLE

(CREENCIA NORMATIVA)

- LA MAYORIA DE LA GENTE IMPORTANTE PARA MI PIENSA QUE YO...

DEBO _____ NO DEBO

...RECOMENDARLE A LAS PAREJAS QUE PLANIFIQUEN SU FAMILIA.

(NORMA SUBJETIVA)

- LA SOCIEDAD EN GENERAL ESPERA QUE YO RECOMIENDE A LAS PAREJAS LA PLANIFICACION FAMILIAR...

PROBABLE _____ IMPROBABLE

(MOTIVACION PARA COMPLACER)

- EN TERMINOS GENERALES, DESEO HACER LO QUE LA SOCIEDAD PIENSA QUE ES MI DEBER COMO MEDICO...

IMPROBABLE _____ PROBABLE

LAS PERSONAS QUE CONSIDERO IMPORTANTES EN MI EJERCICIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA SON LAS SIGUIENTES :

SI DESEA HACER ALGUN COMENTARIO ACERCA DE LA INVESTIGACION, DEL CUESTIONARIO O DE ALGO RELACIONADO CON EL TEMA, PUEDE UTILIZAR LAS SIGUIENTES LINEAS...

¡MUCHAS GRACIAS!

A N E X O #2

Con respecto al reactivo presentado para inferir la actitud hacia sí mismos como médicos, el 91.8 % se percibe benéfico.

TABLA 1.- YO COMO MEDICO
DARINO - BENEFICO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
6	1	1.4	1.4	1.4
7	5	6.8	6.8	8.2
8	22	30.1	30.1	38.4
9	45	61.6	61.6	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 69.9 % se percibe moderno, mientras que el 1.4 se percibe antiguo.

TABLA 2.- YO COMO MEDICO
ANTIGUO - MODERNO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
4	1	1.4	1.4	2.7
5	4	5.5	5.5	8.2
6	5	6.8	6.8	15.1
7	11	15.1	15.1	30.1
8	18	24.7	24.7	54.8
9	33	45.2	45.2	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 67.1 % se percibe fuerte.

TABLA 3.- YO COMO MEDICO
DEBIL - FUERTE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
4	1	1.4	1.4	1.4
5	6	8.2	8.2	9.6
6	4	5.5	5.5	15.1
7	13	17.8	17.8	32.9
8	17	23.3	23.3	56.2
9	32	43.8	43.8	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 82.2 % se percibe sensato.

TABLA 4.- YO COMO MEDICO
INSENSATO - SENSATO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
5	2	2.7	2.7	2.7
6	4	5.5	5.5	9.2
7	7	9.6	9.6	17.8
8	17	23.3	23.3	41.1
9	43	58.9	58.9	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 75.3 % se percibe agradable.

TABLA 5.- YO COMO MEDICO
DESAGRADABLE - AGRADABLE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
5	2	2.7	2.7	2.7
6	5	6.8	6.8	9.6
7	11	15.1	15.1	24.7
8	24	32.9	32.9	57.5
9	31	42.5	42.5	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 89 % se percibe familiar.

TABLA 6.- YO COMO MEDICO
NO FAMILIAR - FAMILIAR

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
5	2	2.7	2.7	2.7
6	2	2.7	2.7	5.5
7	4	5.5	5.5	11.0
8	24	32.9	32.9	43.8
9	41	56.2	56.2	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 49.3 % se percibe religioso, mientras que el 9.6% se percibe no religioso.

TABLA 7.- YO COMO MEDICO
NO RELIGIOSO - RELIGIOSO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	7	9.6	9.6	9.6
4	2	2.7	2.7	12.3
5	10	13.7	13.7	26.0
6	6	8.2	8.2	34.2
7	12	16.4	16.4	50.7
8	18	24.7	24.7	75.3
9	18	24.7	24.7	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 80.8 % se percibe bueno.

TABLA 8.- YO COMO MEDICO
MALO - BUENO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
4	1	1.4	1.4	1.4
5	4	5.5	5.5	6.8
6	3	4.1	4.1	11.0
7	6	8.2	8.2	19.2
8	29	39.7	39.7	58.9
9	30	41.1	41.1	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 90.4 % se percibe limpio, mientras que el 1.4% se percibe sucio.

TABLA 9.- YO COMO MEDICO
SUCIO - LIMPIO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
6	2	2.7	2.7	4.1
7	4	5.5	5.5	9.6
8	12	16.4	16.4	26.0
9	54	74.0	74.0	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 85.3 % se percibe saludable, mientras que el 2.7% se percibe enfermo.

TABLA 10.- YO COMO MEDICO
ENFERMO - SALUDABLE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
2	1	1.4	1.4	2.7
5	1	1.4	1.4	4.1
6	3	4.1	4.1	8.2
7	4	5.5	5.5	13.7
8	24	32.9	32.9	46.6
9	39	53.4	53.4	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 57.5 % se percibe rápido en su quehacer como medico, mientras que el 4.1% se percibe lento.

TABLA 11.- YO COMO MEDICO
LENTO - RAPIDO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
2	1	1.4	1.4	4.1
4	1	1.4	1.4	5.5
5	6	8.2	8.2	13.7
6	8	11.0	11.0	24.7
7	13	17.8	17.8	42.5
8	21	28.8	28.8	71.2
9	21	28.8	28.8	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 76.7 % se percibe inteligente.

TABLA 12.- YO COMO MEDICO
TONTO - INTELIGENTE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
5	3	4.1	4.1	4.1
6	3	4.1	4.1	8.2
7	11	15.1	15.1	23.3
8	28	38.4	38.4	61.6
9	28	38.4	38.4	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 84.9 % de los médicos percibe que la mayoría de la gente que ellos consideran importantes en el ejercicio de su profesión, piensa que la planificación familiar es benéfica, mientras que el 1.4% percibe que es concebida como dañina.

TABLA 13.- LA MAYORIA DE LA GENTE IMPORTANTE PARA MI,
PIENSA QUE LA PLANIFICACION FAMILIAR ES...
DAÑINA - BENEFICA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
5	1	1.4	1.4	2.7
6	3	4.1	4.1	6.8
7	6	8.2	8.2	15.1
8	20	27.4	27.4	42.5
9	42	57.5	57.5	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 87.7 % de los médicos percibe que la mayoría de la gente que ellos consideran importantes en el ejercicio de su profesión, piensa que la planificación familiar es sensata, mientras que el 4.1% percibe que es concebida como insensata.

TABLA 14.- LA MAYORIA DE LA GENTE IMPORTANTE PARA MI,
PIENSA QUE LA PLANIFICACION FAMILIAR ES...
INSENSATA - SENSATA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
2	2	2.7	2.7	4.1
3	1	1.4	1.4	5.5
5	1	1.4	1.4	6.8
6	2	2.7	2.7	9.6
7	2	2.7	2.7	12.3
8	23	31.5	31.5	43.8
9	41	56.2	56.2	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 89 % de los médicos percibe que la mayoría de la gente que ellos consideran importantes en el ejercicio de su profesión, piensa que la planificación familiar es buena, mientras que el 2.7 % percibe que es concebida como mala.

TABLA 15.- LA MAYORÍA DE LA GENTE IMPORTANTE PARA MI,
PIENSA QUE LA PLANIFICACION FAMILIAR ES...
MALA - BUENA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
5	1	1.4	1.4	4.1
6	1	1.4	1.4	5.5
7	4	5.5	5.5	11.0
8	18	24.7	24.7	35.6
9	47	64.4	64.4	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 80.8 % de los médicos percibe que la mayoría de la gente que ellos consideran importantes en el ejercicio de su profesión, piensa que la planificación familiar es limpia, mientras que el 4.1 % percibe que es concebida como sucia.

TABLA 16.- LA MAYORÍA DE LA GENTE IMPORTANTE PARA MI,
PIENSA QUE LA PLANIFICACION FAMILIAR ES...
SUCIA - LIMPIA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
2	1	1.4	1.4	4.1
5	5	6.8	6.8	11.0
6	2	2.7	2.7	13.7
7	4	5.5	5.5	19.2
8	17	23.3	23.3	42.5
9	42	57.5	57.5	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 79.5 % de los médicos percibe que la mayoría de la gente que ellos consideran importantes en el ejercicio de su profesión, piensa que la planificación familiar es saludable, mientras que el 4.1 % percibe que es concebida como enferma.

TABLA 17.- LA MAYORIA DE LA GENTE IMPORTANTE PARA MI,
PIENSA QUE LA PLANIFICACION FAMILIAR ES...
ENFERMA - SALUDABLE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	3	4.1	4.1	4.1
4	1	1.4	1.4	5.5
5	6	8.2	8.2	13.7
6	1	1.4	1.4	15.1
7	4	5.5	5.5	20.5
8	17	23.3	23.3	43.8
9	41	56.2	56.2	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 34.2 % de los médicos percibe que la mayoría de la gente que ellos consideran importantes en el ejercicio de su profesión, piensa que la planificación familiar es rápida, mientras que el 5.5 % percibe que es concebida como lenta.

TABLA 18.- LA MAYORIA DE LA GENTE IMPORTANTE PARA MI,
PIENSA QUE LA PLANIFICACION FAMILIAR ES...
LENTA - RAPIDA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	3	4.1	4.1	4.1
2	1	1.4	1.4	5.5
4	3	4.1	4.1	9.6
5	27	37.0	37.0	46.6
6	6	8.2	8.2	54.8
7	8	11.0	11.0	65.8
8	13	17.8	17.8	83.6
9	12	16.4	16.4	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 76.7 % de los médicos percibe que la mayoría de la gente que ellos consideran importantes en el ejercicio de su profesión, piensa que la planificación familiar es inteligente.

TABLA 19.- LA MAYORIA DE LA GENTE IMPORTANTE PARA MI,
PIENSA QUE LA PLANIFICACION FAMILIAR ES...
TESTA - INTELIGENTE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
5	4	5.5	5.5	5.5
6	4	5.5	5.5	11.0
7	9	12.3	12.3	23.3
8	21	28.8	28.8	52.1
9	35	47.9	47.9	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 98.5 % de los médicos percibe que la mayoría de la gente que ellos consideran importantes en el ejercicio de su profesión, cree que la planificación familiar es posible.

TABLA 20.- LA MAYORIA DE LA GENTE IMPORTANTE PARA MI,
PIENSA QUE LA PLANIFICACION FAMILIAR ES...
IMPOSTIBLE - POSIBLE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
7	1	1.4	1.4	1.4
8	14	19.2	19.2	20.5
9	58	79.5	79.5	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 90.4 % de los médicos percibe que la mayoría de la gente que ellos consideran importantes en el ejercicio de su profesión, cree que la planificación familiar es adecuada, mientras que el 1.4 % percibe que la creen inadecuada.

TABLA 21.- LA MAYORIA DE LA GENTE IMPORTANTE PARA MI,
PIENSA QUE LA PLANIFICACION FAMILIAR ES...
INADECUADA - ADECUADA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
4	1	1.4	1.4	2.7
6	1	1.4	1.4	4.1
7	4	5.5	5.5	9.6
8	17	23.3	23.3	32.9
9	49	67.1	67.1	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 91.8 % de los médicos percibe que la mayoría de la gente que ellos consideran importantes en el ejercicio de su profesión, cree que la planificación familiar es existente, mientras que el 2.7 % percibe que la creen inexistente.

TABLA 22.- LA MAYORIA DE LA GENTE IMPORTANTE PARA MI,
PIENSA QUE LA PLANIFICACION FAMILIAR ES...
INEXISTENTE - EXISTENTE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
2	1	1.4	1.4	2.7
5	1	1.4	1.4	4.1
7	3	4.1	4.1	8.2
8	20	27.4	27.4	35.6
9	47	64.4	64.4	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 89 % de los médicos percibe que la mayoría de la gente que ellos consideran importantes en el ejercicio de su profesión, cree que la planificación familiar es verdadera, mientras que el 2.7 % percibe que la creen falsa.

TABLA 23.- LA MAYORÍA DE LA GENTE IMPORTANTE PARA MÍ,
PIENSA QUE LA PLANIFICACION FAMILIAR ES...
FALSA - VERDADERA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
5	2	2.7	2.7	5.5
7	4	5.5	5.5	11.0
8	17	23.3	23.3	34.2
9	48	65.8	65.8	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 94.5% de los médicos percibe que la mayoría de la gente que ellos consideran importantes en el ejercicio de su profesión, cree que la planificación familiar es buena, mientras que el 1.4 % percibe que es creida mala.

TABLA 24.- LA MAYORÍA DE LA GENTE IMPORTANTE PARA MÍ,
PIENSA QUE LA PLANIFICACION FAMILIAR ES...
MALA - BUENA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
5	1	1.4	1.4	2.7
6	1	1.4	1.4	4.1
7	1	1.4	1.4	5.5
8	20	27.4	27.4	32.9
9	49	67.1	67.1	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 91.8 % de los médicos percibe que la mayoría de la gente que ellos consideran importantes en el ejercicio de su profesión, cree que la planificación familiar es creíble, mientras que el 1.4 % percibe que es creída no creíble.

TABLA 25.- LA MAYORÍA DE LA GENTE IMPORTANTE PARA MÍ,
PIENSA QUE LA PLANIFICACION FAMILIAR ES...
NO CREÍBLE - CREÍBLE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
5	2	2.7	2.7	4.1
6	1	1.4	1.4	5.5
7	2	2.7	2.7	8.2
8	19	26.0	26.0	34.2
9	48	65.8	65.8	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 95.4 % de los médicos consideran beneficiosa la planificación familiar.

TABLA 26.- LA PLANIFICACION FAMILIAR
DARINA - BENEFICA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
6	2	2.7	2.7	2.7
7	1	1.4	1.4	4.1
8	8	11.0	11.0	15.1
9	62	84.9	84.9	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 94.5 % de los médicos consideran sensata la planificación familiar, mientras que el 1.4 % la considera insensata.

TABLA 27.- LA PLANIFICACION FAMILIAR
INSENSATA - SENSATA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
3	1	1.4	1.4	2.7
4	1	1.4	1.4	4.1
7	1	1.4	1.4	5.5
8	14	19.2	19.2	24.7
9	55	75.3	75.3	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 97.3 % de los médicos consideran buena la planificación familiar.

TABLA 28.- LA PLANIFICACION FAMILIAR
BUENA - BUENA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
7	2	2.7	2.7	2.7
8	14	19.2	19.2	21.9
9	57	78.1	78.1	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 87.7 % de los médicos consideran limpia la planificación familiar.

TABLA 29.- LA PLANIFICACION FAMILIAR
SUCIA - LIMPIA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
5	6	8.2	8.2	8.2
6	1	1.4	1.4	9.6
7	2	2.7	2.7	12.3
8	13	17.8	17.8	30.1
9	51	69.9	69.9	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 89 % de los médicos consideran saludable la planificación familiar.

TABLA 30.- LA PLANIFICACION FAMILIAR
ENFERMA - SALUDABLE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
5	4	5.5	5.5	5.5
6	1	1.4	1.4	6.8
7	3	4.1	4.1	11.0
8	15	20.5	20.5	31.5
9	50	68.5	68.5	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 46.6 % de los médicos consideran rápida la planificación familiar, mientras que el 5.5 % la consideran lenta.

TABLA 31.- LA PLANIFICACION FAMILIAR
LENTA - RAPIDA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	4	5.5	5.5	5.5
3	1	1.4	1.4	6.8
4	1	1.4	1.4	8.2
5	18	24.7	24.7	32.9
6	7	9.6	9.6	42.5
7	8	11.0	11.0	53.4
8	12	16.4	16.4	69.9
9	22	30.1	30.1	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 80.8 % de los médicos considera inteligente la planificación familiar.

TABLA 32.- LA PLANIFICACION FAMILIAR
TONTA - INTELIGENTE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
5	4	5.5	5.5	5.5
6	3	4.1	4.1	9.6
7	7	9.6	9.6	19.2
8	17	23.3	23.3	42.5
9	42	57.5	57.5	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 100 % de los médicos cree posible los métodos anticonceptivos

TABLA 33.- LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
IMPOSIBLE - POSIBLE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
8	14	19.2	19.2	19.2
9	59	80.8	80.8	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 89 % de los médicos cree adecuados los métodos anticonceptivos, mientras que el 1.4 % los cree inadecuados.

TABLA 34.- LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
INADecuADOS - ADEcuADOS

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
3	1	1.4	1.4	2.7
5	2	2.7	2.7	5.5
7	4	5.5	5.5	11.0
8	15	20.5	20.5	31.5
9	50	68.5	68.5	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 94.5 % de los médicos cree en la existencia de los métodos anticonceptivos.

TABLA 35.- LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
INEXISTENTES - EXISTENTES

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
3	1	1.4	1.4	1.4
5	2	2.7	2.7	4.1
7	1	1.4	1.4	5.5
8	16	21.9	21.9	27.4
9	53	72.6	72.6	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 90.4 % de los médicos cree verdaderos los métodos anticonceptivos.

TABLA 36.- LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
FALSOS - VERDADEROS

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
3	1	1.4	1.4	1.4
5	4	5.5	5.5	6.8
6	1	1.4	1.4	8.2
7	1	1.4	1.4	9.6
8	21	28.8	28.8	38.4
9	45	61.6	61.6	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 87.7 % de los médicos cree buenos los métodos anticonceptivos, mientras que le 2.7 % los cree malos.

TABLA 37.- LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
MALOS - BUENOS

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
2	1	1.4	1.4	2.7
5	2	2.7	2.7	5.5
7	5	6.8	6.8	12.3
8	18	24.7	24.7	37.0
9	56	63.0	63.0	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 89 % de los médicos cree en los métodos anticonceptivos.

TABLA 38.- LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
NO CREIBLES - CREIBLES

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
5	2	2.7	2.7	2.7
7	6	8.2	8.2	11.0
8	17	23.3	23.3	34.2
9	48	65.8	65.8	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 94.5 % percibe benéfico el programa nacional de planificación familiar, mientras que el 2.7 % lo percibe dañino.

TABLA 39.- EL PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR
DAÑINO - BENEFICO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
7	2	2.7	2.7	5.5
8	13	17.8	17.8	23.3
9	56	76.7	76.7	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

PARA TODOS NO DEBE
SALIR DE LA DISCRECION

El 84.9 % percibe sensato el programa nacional de planificación familiar, mientras que el 5.5 % lo percibe insensato.

TABLA 40.- EL PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR
INSENSATO - SENSATO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	4	5.5	5.5	5.5
4	1	1.4	1.4	6.3
5	1	1.4	1.4	8.2
7	5	6.8	6.8	15.1
8	12	16.4	16.4	31.5
9	50	68.5	68.5	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 84.9 % percibe bueno el programa nacional de planificación familiar, mientras que el 4.1 % lo percibe malo.

TABLA 41.- EL PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR
MALO - BUENO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
2	1	1.4	1.4	4.1
5	2	2.7	2.7	6.8
7	6	8.2	8.2	15.1
8	10	13.7	13.7	28.8
9	52	71.2	71.2	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 89 % percibe limpio el programa nacional de planificación familiar, mientras que el 1.4 % lo percibe sucio.

TABLA 42.- EL PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR
SUCIO - LIMPIO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
4	1	1.4	1.4	2.7
5	5	6.8	6.8	9.6
6	1	1.4	1.4	11.0
7	3	4.1	4.1	15.1
8	19	26.0	26.0	41.1
9	43	58.9	58.9	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 87.3 % percibe saludable el programa nacional de planificación familiar, mientras que el 1.4 % lo percibe enfermo.

TABLA 43.- EL PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR
ENFERMO - SALUDABLE

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
5	4	5.5	5.5	6.8
6	1	1.4	1.4	8.2
7	3	4.1	4.1	12.3
8	16	21.9	21.9	34.2
9	48	65.8	65.8	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 46.4 % percibe que es rápido el programa nacional de planificación familiar, mientras que el 8.2 % lo percibe lento.

TABLA 44.- EL PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR
LENTO - RAPIDO

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
1	3	4.1	4.1	4.1
2	3	4.1	4.1	8.2
3	4	5.5	5.5	13.7
4	1	1.4	1.4	15.1
5	17	23.3	23.3	38.4
6	4	5.5	5.5	43.8
7	7	9.6	9.6	53.4
8	14	19.2	19.2	72.6
9	20	27.4	27.4	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 64 % percibe que es inteligente el programa nacional de planificación familiar, mientras que el 2.7 % lo percibe tonto.

TABLA 45.- EL PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR
TANTO - INTELIGENTE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
2	1	1.4	1.4	2.7
5	6	11.0	11.0	13.7
6	4	5.5	5.5	19.2
7	5	6.8	6.8	26.0
8	20	27.4	27.4	53.4
9	34	46.6	46.6	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 94.5 % cree posible la planificación familiar, mientras que el 1.4 % la cree imposible.

TABLA 46.- LA PLANIFICACION FAMILIAR
IMPOSIBLE - POSIBLE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
6	1	1.4	1.4	2.7
7	2	2.7	2.7	5.5
8	13	17.8	17.8	23.3
9	56	76.7	76.7	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 97.3 % cree adecuada la planificación familiar.

TABLA 47.- LA PLANIFICACION FAMILIAR
INADECUADA - ADECUADA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
5	1	1.4	1.4	1.4
6	1	1.4	1.4	2.7
8	20	27.4	27.4	30.1
9	51	69.9	69.9	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 94.5 % cree que existe la planificación familiar.

TABLA 48.- LA PLANIFICACION FAMILIAR
INEXISTENTE - EXISTENTE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
4	1	1.4	1.4	1.4
5	1	1.4	1.4	2.7
6	1	1.4	1.4	4.1
7	1	1.4	1.4	5.5
8	21	28.8	28.8	34.2
9	48	65.8	65.8	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 93.2 % cree verdadera la planificación familiar.

TABLA 49.- LA PLANIFICACION FAMILIAR
FALSA - VERDADERA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
4	1	1.4	1.4	1.4
5	2	2.7	2.7	4.1
6	1	1.4	1.4	5.5
7	1	1.4	1.4	6.8
8	19	26.0	26.0	32.9
9	49	67.1	67.1	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 97.3 % cree que es buena la planificación familiar.

TABLA 50.- LA PLANIFICACION FAMILIAR
MALA - BUENA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
5	2	2.7	2.7	2.7
8	22	30.1	30.1	32.9
9	49	67.1	67.1	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 94.5 % cree en la planificación familiar, mientras que el 1.4 % no cree en la planificación familiar.

TABLA 51.- LA PLANIFICACION FAMILIAR
NO CREIBLE - CREIBLE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
5	2	2.7	2.7	4.1
7	1	1.4	1.4	5.5
8	22	30.1	30.1	35.6
9	47	64.4	64.4	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 87.7 % percibe que la medicina familiar en el I.S.S.S.T.E. es benéfica.

TABLA 52.- LA MEDICINA FAMILIAR EN EL I.S.S.S.T.E.
DARINA - BENEFICA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
6	2	2.7	2.7	2.7
7	7	9.6	9.6	12.3
8	14	19.2	19.2	31.5
9	50	68.5	68.5	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 83.6 % percibe que la medicina familiar en el I.S.S.S.T.E. es sensata, mientras que el 4.1 % percibe que es insensata.

TABLA 53.- LA MEDICINA FAMILIAR EN EL I.S.S.S.T.E.
INSENSATA - SENSATA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
2	1	1.4	1.4	4.1
4	1	1.4	1.4	5.5
6	1	1.4	1.4	6.8
7	7	9.6	9.6	16.4
8	18	24.7	24.7	41.1
9	43	58.9	58.9	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 82.2 % percibe que la medicina familiar en el I.S.S.S.T.E. es buena.

TABLA 54.- LA MEDICINA FAMILIAR EN EL I.S.S.S.T.E.
BUENA - BUENA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
5	2	2.7	2.7	2.7
6	5	6.8	6.8	9.6
7	6	8.2	8.2	17.8
8	18	24.7	24.7	42.5
9	42	57.5	57.5	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 87.7 % percibe que la medicina familiar en el I.S.S.S.T.E. es limpia.

TABLA 55.- LA MEDICINA FAMILIAR EN EL I.S.S.S.T.E.
SUZIA - LIMPIA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
3	1	1.4	1.4	1.4
5	4	5.5	5.5	6.8
7	4	5.5	5.5	12.3
8	18	24.7	24.7	37.0
9	46	63.0	63.0	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 91.8 % percibe que la medicina familiar en el I.S.S.S.T.E. es saludable.

TABLA 56.- LA MEDICINA FAMILIAR EN EL I.S.S.S.T.E.
ENFERMA - SALUDABLE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
4	1	1.4	1.4	1.4
7	5	6.8	6.8	8.2
8	21	28.8	28.8	37.0
9	46	63.0	63.0	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 39.4 % percibe que la medicina familiar en le I.S.S.S.T.E. es rápida, mientras que el 8.2 % percibe que es lenta.

TABLA 57.- LA MEDICINA FAMILIAR EN EL I.S.S.S.T.E.
LENTA - RÁPIDA

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
1	5	6.8	6.8	6.8
2	1	1.4	1.4	8.2
3	7	4.1	4.1	12.3
4	2	2.7	2.7	15.1
5	8	11.0	11.0	26.0
6	6	8.2	8.2	34.2
7	20	27.4	27.4	61.6
8	14	19.2	19.2	80.8
9	14	19.2	19.2	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 64.4 % percibe que la medicina familiar en le I.S.S.S.T.E. es inteligente.

TABLA 58.- LA MEDICINA FAMILIAR EN EL I.S.S.S.T.E.
TONTA - INTELIGENTE

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
3	1	1.4	1.4	1.4
4	2	2.7	2.7	4.1
5	5	6.8	6.8	11.0
6	1	1.4	1.4	12.3
7	17	23.3	23.3	35.6
8	15	20.5	20.5	56.2
9	32	43.8	43.8	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 91.8 % cree posible la capacitación para un mejor manejo de los métodos anticonceptivos, mientras que el 1.4% cree que es imposible.

TABLA 59.- CAPACITACION PARA UN MEJOR MANEJO DE
LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
IMPOSIBLE - POSIBLE

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
2	1	1.4	1.4	1.4
5	1	1.4	1.4	2.7
7	4	5.5	5.5	8.2
8	12	16.4	16.4	24.7
9	55	75.3	75.3	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 76.7 % cree adecuada la capacitación para un mejor manejo de los métodos anticonceptivos, mientras que el 8.2 % cree que es inadecuada.

TABLA 60.- CAPACITACION PARA UN MEJOR MANEJO DE
LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
INADECUADA - ADECUADA

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
1	6	8.2	8.2	8.2
3	1	1.4	1.4	9.6
4	2	2.7	2.7	12.3
6	1	1.4	1.4	13.7
7	7	9.6	9.6	23.3
8	13	17.8	17.8	41.1
9	43	58.9	58.9	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 68.5 % cree que existe la capacitación para un mejor manejo de los métodos anticonceptivos, mientras que el 2.7 % cree que es inexistente.

TABLA 61.- CAPACITACION PARA UN MEJOR MANEJO DE
LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
INEXISTENTE - EXISTENTE

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
3	4	5.5	5.5	8.2
4	1	1.4	1.4	9.6
5	7	9.6	9.6	19.2
6	1	1.4	1.4	20.5
7	8	11.0	11.0	31.5
8	16	21.9	21.9	53.4
9	34	46.6	46.6	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 74 % cree verdadera la capacitación para un mejor manejo de los métodos anticonceptivos, mientras que el 4.1 % cree que es falsa.

TABLA 62.- CAPACITACION PARA UN MEJOR MANEJO DE
LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
FALSA - VERDADERA

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
2	1	1.4	1.4	4.1
3	1	1.4	1.4	5.5
4	1	1.4	1.4	6.8
5	4	5.5	5.5	12.3
7	10	13.7	13.7	26.0
8	16	21.9	21.9	47.9
9	38	52.1	52.1	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 80.8 % cree buena la capacitación para un mejor manejo de los métodos anticonceptivos, mientras que el 5.5% cree que es mala.

TABLA 63.- CAPACITACION PARA UN MEJOR MANEJO DE
LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
M.A - BUENA

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
2	2	2.7	2.7	5.5
3	1	1.4	1.4	6.8
4	1	1.4	1.4	8.2
5	5	6.8	6.8	15.1
7	3	4.1	4.1	19.2
8	16	21.9	21.9	41.1
9	43	58.9	58.9	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 82.8 % cree en la capacitación para un mejor manejo de los métodos anticonceptivos, mientras que el 2.7 % no cree.

TABLA 64.- CAPACITACION PARA UN MEJOR MANEJO DE
LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
NO CREIBLE - DEFEIBLE

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
2	1	1.4	1.4	2.7
3	2	2.7	2.7	5.5
5	2	2.7	2.7	8.2
6	2	2.7	2.7	11.0
7	5	6.8	6.8	17.8
8	21	28.8	28.8	46.6
7	39	53.4	53.4	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 84.9 % considera al I.S.S.S.T.E. benéfico

TABLA 65.- EL I.S.S.S.T.E.
CERINO - BENEFICO

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
5	4	5.5	5.5	5.5
7	7	9.6	9.6	15.1
8	15	20.5	20.5	35.6
9	47	64.4	64.4	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 90.8 % considera al I.S.S.S.T.E. sensato, mientras que el 1.4 % lo considera insensato.

TABLA 66.- El I.S.S.S.T.E.

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
2	1	1.4	1.4	1.4
3	2	2.7	2.7	4.1
5	2	2.7	2.7	6.8
6	3	3.9	3.9	10.7
7	7	9.6	9.6	19.2
8	17	23.1	23.1	42.5
9	42	57.5	57.5	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 84.9 % considera al I.S.S.S.T.E. bueno, mientras que el 1.4 % lo considera malo.

TABLA 67.- El I.S.S.S.T.E.

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
2	1	1.4	1.4	1.4
3	1	1.4	1.4	2.7
5	2	2.7	2.7	5.5
6	2	2.7	2.7	8.2
7	5	6.8	6.8	15.1
8	16	21.9	21.9	37.0
9	46	63.0	63.0	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 82.2 % considera al I.S.S.S.T.E. limpio, mientras que el 1.4 % lo considera sucio.

TABLA 68.- EL I.S.S.S.T.E.
SUCIO - LIMPIO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
2	1	1.4	1.4	1.4
4	1	1.4	1.4	2.7
5	6	8.2	8.2	11.0
6	1	1.4	1.4	12.3
7	4	5.5	5.5	17.8
8	20	27.4	27.4	45.2
9	40	54.8	54.8	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 82.2 % considera al I.S.S.S.T.E. saludable.

TABLA 69.- EL I.S.S.S.T.E.
ENFERMO - SALUDABLE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
5	5	6.8	6.8	6.8
6	4	5.5	5.5	12.3
7	4	5.5	5.5	17.8
8	21	28.8	28.8	46.6
9	39	53.4	53.4	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 35.6 % considera al I.S.S.S.T.E. rápido, mientras que el 6.0 % lo considera lento.

TABLA 70.- EL I.S.S.S.T.E.
LENTO - RÁPIDO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	3	4.1	4.1	4.1
2	2	2.7	2.7	6.8
3	1	1.4	1.4	8.2
4	2	2.7	2.7	11.0
5	10	13.7	13.7	24.7
6	8	11.0	11.0	35.6
7	21	28.8	28.8	64.4
8	11	15.1	15.1	79.5
9	15	20.5	20.5	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 63 % considera al I.S.S.S.T.E. inteligente, mientras que el 1.4 % lo considera tonto.

TABLA 71.- EL I.S.S.S.T.E.
TONTO - INTELIGENTE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
4	1	1.4	1.4	2.7
5	10	13.7	13.7	16.4
6	7	9.6	9.6	26.0
7	8	11.0	11.0	37.0
8	16	21.9	21.9	58.9
9	30	41.1	41.1	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 80.8 % considera el condón benéfico, mientras que el 1.4 % lo considera dañino.

TABLA 79.- EL CONDON
DAÑINO - BENEFICO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
2	1	1.4	1.4	1.4
4	1	1.4	1.4	2.7
5	6	8.2	8.2	11.0
6	2	2.7	2.7	13.7
7	4	5.5	5.5	19.2
8	10	13.7	13.7	32.9
9	49	67.1	67.1	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 89.8 % considera el condón sensato, mientras que el 2.7 % lo considera insensato.

TABLA 80.- EL CONDON
INSENSATO - SENSATO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
2	1	1.4	1.4	2.7
4	2	2.7	2.7	5.5
5	4	5.5	5.5	11.0
6	2	2.7	2.7	13.7
7	4	5.5	5.5	19.2
8	14	19.2	19.2	38.4
9	45	61.6	61.6	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 74 % considera el condón bueno, mientras que el 1.4 % lo considera malo.

TABLA B1.- EL CONDÓN
MALO - BUENO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
2	1	1.4	1.4	1.4
3	1	1.4	1.4	2.7
4	1	1.4	1.4	4.1
5	4	5.5	5.5	9.6
6	2	2.7	2.7	12.3
7	10	13.7	13.7	26.0
8	11	15.1	15.1	41.1
9	43	58.9	58.9	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 78.1 % considera el condón limpio, mientras que el 1.4 % lo considera sucio.

TABLA B2.- EL CONDÓN
SUCIO - LIMPIO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
3	1	1.4	1.4	2.7
5	7	9.6	9.6	12.3
6	1	1.4	1.4	13.7
7	6	8.2	8.2	21.9
8	12	16.4	16.4	38.4
9	45	61.6	61.6	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 82.2 % considera el condón saludable, mientras que el 1.4 % lo considera enfermo.

TABLA B3.- EL CONDÓN
ENFERMO - SALUDABLE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
5	6	8.2	8.2	9.6
7	6	8.2	8.2	17.8
8	16	21.9	21.9	39.7
9	44	60.3	60.3	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 64.4 % considera el condón rápido, mientras que el 1.4 % lo considera lento.

TABLA 84.- EL CONDÓN
LENTO - RÁPIDO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
5	18	24.7	24.7	26.0
6	3	4.1	4.1	30.1
7	4	5.5	5.5	35.6
8	11	15.1	15.1	50.7
9	36	49.3	49.3	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 69.9 % considera el condón inteligente, mientras que el 2.7 % lo considera tonto.

TABLA 85.- EL CONDÓN
TONTO - INTELIGENTE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
5	7	9.6	9.6	12.3
6	5	6.8	6.8	19.2
7	8	11.0	11.0	30.1
8	15	20.5	20.5	50.7
9	36	49.3	49.3	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 72.6 % considera limpio el método del ritmo, mientras que el 2.7% lo considera sucio.

TABLA 86.- EL RITMO
SUCIO - LIMPIO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
2	1	1.4	1.4	2.7
5	8	11.0	11.0	13.7
6	2	2.7	2.7	16.4
7	8	11.0	11.0	27.4
8	12	16.4	16.4	43.8
9	41	56.2	56.2	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 71.2 % considera sensata a la píldora anticonceptiva, mientras que el 4.1 % la considera insensata.

TABLA 87.-
LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA
INSENSATA - SENSATA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
2	1	1.4	1.4	4.1
3	2	2.7	2.7	6.8
4	3	4.1	4.1	11.0
5	2	2.7	2.7	13.7
6	1	1.4	1.4	15.1
7	10	13.7	13.7	28.8
8	9	12.3	12.3	41.1
9	43	58.9	58.9	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 76.7 % considera limpia a la píldora anticonceptiva, mientras que el 6.8 % la considera sucia.

TABLA 88.- LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA
SUCIA - LIMPIA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	5	6.8	6.8	6.8
5	8	11.0	11.0	17.8
7	4	5.5	5.5	23.3
8	14	19.2	19.2	42.5
9	42	57.5	57.5	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 72.6% considera sensato el D.I.U. (Dispositivo Intra-Uterino), mientras que el 8.2 % lo considera insensato.

TABLA 89.- EL D.I.U.
INSENSATO - SENSATO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	3	4.1	4.1	4.1
2	3	4.1	4.1	8.2
3	1	1.4	1.4	9.6
5	3	4.1	4.1	13.7
6	2	2.7	2.7	16.4
7	8	11.0	11.0	27.4
8	13	17.8	17.8	45.2
9	40	54.8	54.8	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 75.3% considera bueno el D.I.U. (Dispositivo Intra-Uterino), mientras que el 5.5 % lo considera malo.

TABLA 90.- EL D.I.U.
MALO - BUENO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	3	4.1	4.1	4.1
2	1	1.4	1.4	5.5
5	3	4.1	4.1	9.6
6	2	2.7	2.7	12.3
7	9	12.3	12.3	24.7
8	19	26.0	26.0	50.7
9	36	49.3	49.3	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 79.5 % considera benéfica la vasectomía, mientras que el 4.1 % la considera dañina.

TABLA 91.- LA VASECTOMIA
DAÑINA - BENEFICA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
2	1	1.4	1.4	4.1
5	4	5.5	5.5	9.6
6	3	4.1	4.1	13.7
7	5	6.8	6.8	20.5
8	7	9.6	9.6	30.1
9	51	69.9	69.9	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 80.8% considera sensata la vasectomía, mientras que el 5.5% la considera insensata.

TABLA 92.- LA VASECTOMIA
INSENSATA - SENSATA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	3	4.1	4.1	4.1
2	1	1.4	1.4	5.5
4	1	1.4	1.4	6.8
5	4	5.5	5.5	12.3
6	1	1.4	1.4	13.7
7	4	5.5	5.5	19.2
8	14	19.2	19.2	38.4
9	45	61.6	61.6	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 79.5 % considera buena la vasectomía, mientras que el 4.1 % la considera mala.

TABLA 93.- LA VASECTOMIA
MALA - BUENA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	3	4.1	4.1	4.1
5	3	4.1	4.1	8.2
6	3	4.1	4.1	12.3
7	6	8.2	8.2	20.5
8	13	17.8	17.8	38.4
9	45	61.6	61.6	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 84.9 % considera limpia la vasectomía, mientras que el 2.7 % la considera sucia.

TAELA 94.- LA VASECTOMIA
SUCIA - LIMPIA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
5	5	6.8	6.8	9.6
7	4	5.5	5.5	15.1
8	13	17.8	17.8	32.9
9	49	67.1	67.1	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 74 % considera saludable la vasectomía, mientras que el 2.7 % la considera enferma.

TAELA 95.- LA VASECTOMIA
ENFERMA - SALUDABLE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
3	2	2.7	2.7	5.5
5	8	11.0	11.0	16.4
6	3	4.1	4.1	20.5
7	4	5.5	5.5	26.0
8	13	17.8	17.8	43.8
9	41	56.2	56.2	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 79.5 % considera rápida la vasectomía, mientras que el 1.4 % la considera lenta.

TABLA 96.- LA VASECTOMIA
LENTA - RAPIDA

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
3	1	1.4	1.4	2.7
4	1	1.4	1.4	4.1
5	6	8.2	8.2	12.3
6	4	5.5	5.5	17.8
7	2	2.7	2.7	20.5
8	14	19.2	19.2	39.7
9	44	60.3	60.3	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 76.7 % considera inteligente la vasectomía, mientras que el 2.7 % la considera tonta.

TABLA 97.- LA VASECTOMIA
TONTA - INTELIGENTE

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
3	1	1.4	1.4	4.1
5	6	8.2	8.2	12.3
6	2	2.7	2.7	15.1
7	6	8.2	8.2	23.3
8	10	13.7	13.7	37.0
9	46	63.0	63.0	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 89.0 % considera la salpingoclasia benéfica, mientras que el 2.7 % la considera dañina.

TABLA 98.- LA SALPINGOCLASIA
DAÑINA - BENEFICA

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
3	1	1.4	1.4	4.1
5	3	4.1	4.1	8.2
7	2	2.7	2.7	11.0
8	11	15.1	15.1	26.0
9	54	74.0	74.0	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 86.3 % considera la salpingoclasia sensata, mientras que el 5.5 % la considera insensata.

TABLA 99.- LA SALPINGOCLASIA
INSENSATA - SENSATA

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
2	3	4.1	4.1	5.5
5	1	1.4	1.4	6.8
6	2	2.7	2.7	9.6
7	3	4.1	4.1	13.7
8	10	13.7	13.7	27.4
9	53	72.6	72.6	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 86.3 % considera la salpingoclasia buena , mientras que el 2.7 % la considera mala.

TABLA 100.- LA SALPINGOCLASIA
MALA - BUENA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
5	2	2.7	2.7	5.5
6	2	2.7	2.7	8.2
7	4	5.5	5.5	13.7
8	11	15.1	15.1	28.8
9	52	71.2	71.2	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 87.7 % considera la salpingoclasia limpia, mientras que el 1.4 % la considera sucia.

TABLA 101.- LA SALPINGOCLASIA
SUCIA - LIMPIA

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
2	1	1.4	1.4	1.4
5	5	6.8	6.8	8.2
7	3	4.1	4.1	12.3
8	10	13.7	13.7	26.0
9	54	74.0	74.0	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 78.1 % considera la salpingoclasia saludable, mientras que el 1.4 % la considera enferma.

TABLA 102.- LA SALPINGOCLASIA
ENFERMA - SALUDABLE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
2	1	1.4	1.4	1.4
5	8	11.0	11.0	12.3
6	3	4.1	4.1	16.4
7	4	5.5	5.5	21.9
8	13	17.8	17.8	39.7
9	44	60.3	60.3	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 80.8 % considera la salpingoclasia rápida, mientras que el 1.4 % la considera lenta.

TABLA 103.- LA SALPINGOCLASIA
LENTA - RÁPIDA

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
3	1	1.4	1.4	2.7
5	8	11.0	11.0	13.7
6	1	1.4	1.4	15.1
7	3	4.1	4.1	19.2
8	10	13.7	13.7	32.9
9	49	67.1	67.1	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 82.2 % considera la salpingoclasia inteligente, mientras que el 1.4 % la considera tonta.

TABLA 104.- LA SALPINGOCLASIA
TONTA - INTELIGENTE

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
2	1	1.4	1.4	1.4
5	5	6.8	6.8	8.2
6	3	4.1	4.1	12.3
7	4	5.5	5.5	17.8
8	13	17.8	17.8	35.6
9	47	64.4	64.4	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 91.8 % considera benéfico el control de la natalidad, mientras que el 2.7 % lo considera dañino.

TABLA 105.- EL CONTROL DE LA NATALIDAD
DAÑINO - BENEFICO

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
3	1	1.4	1.4	4.1
5	1	1.4	1.4	5.5
7	2	2.7	2.7	8.2
8	7	9.6	9.6	17.8
9	60	82.2	82.2	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 89.0 % considera sensato el control de la natalidad, mientras que el 4.1 % lo considera insensato.

TABLA 106.- EL CONTROL DE LA NATALIDAD
INSENSATO - SENSATO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
2	1	1.4	1.4	4.1
4	1	1.4	1.4	5.5
5	1	1.4	1.4	6.8
6	1	1.4	1.4	8.2
7	2	2.7	2.7	11.0
8	9	12.3	12.3	23.3
9	56	76.7	76.7	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 90.4 % considera bueno el control de la natalidad, mientras que el 4.1 % lo considera malo.

TABLA 107.-EL CONTROL DE LA NATALIDAD
MALO - BUENO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
2	1	1.4	1.4	4.1
3	1	1.4	1.4	5.5
5	1	1.4	1.4	6.8
7	2	2.7	2.7	9.6
8	9	12.3	12.3	21.9
9	57	78.1	78.1	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 80.8 % considera limpio el control de la natalidad, mientras que el 2.7 % lo considera sucio.

TABLA 108.- EL CONTROL DE LA NATALIDAD
SUCIO - LIMPIO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
4	1	1.4	1.4	4.1
5	8	11.0	11.0	15.1
7	3	4.1	4.1	19.2
8	9	12.3	12.3	31.5
9	50	68.5	68.5	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 87.7 % considera saludable el control de la natalidad, mientras que el 2.7 % lo considera enfermo.

TABLA 109.- EL CONTROL DE LA NATALIDAD
ENFERMO - SALUDABLE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
2	1	1.4	1.4	2.7
5	5	6.8	6.8	9.6
7	2	2.7	2.7	12.3
8	10	13.7	13.7	26.0
9	54	74.0	74.0	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 57.5 % considera rápido el control de la natalidad, mientras que el 6.8 % lo considera lento.

TABLA 110.- EL CONTROL DE LA NATALIDAD
LENTO - RAPIDO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	4	5.5	5.5	5.5
2	1	1.4	1.4	6.8
3	1	1.4	1.4	8.2
4	1	1.4	1.4	9.6
5	13	17.8	17.8	27.4
6	3	4.1	4.1	31.5
7	8	11.0	11.0	42.5
8	8	11.0	11.0	53.4
9	34	46.6	46.6	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 83.6 % considera inteligente el control de la natalidad, mientras que el 1.4 % lo considera tonto.

TABLA 111.- EL CONTROL DE LA NATALIDAD
TOTO - INTELIGENTE

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	1	1.4	1.4	1.4
3	1	1.4	1.4	2.7
5	4	5.5	5.5	8.2
6	2	2.7	2.7	11.0
7	4	5.5	5.5	16.4
8	8	11.0	11.0	27.4
9	53	72.6	72.6	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 47.5 % piensa recomendar la planificación familiar a todas las parejas en edad reproductiva con vida sexual activa, mientras que el 4.1 % no piensa hacerlo.

TABLA 112.- ¿PIENSA USTED RECOMENDAR LA PLANIFICACION FAMILIAR?

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
1	3	4.1	4.1	4.1
5	11	15.1	15.1	19.2
6	6	8.2	8.2	27.4
7	11	15.1	15.1	42.5
8	7	9.6	9.6	52.1
9	35	47.9	47.9	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 90.4 % percibe que la mayoría de la gente importante para ellos piensa que debe recomendar a las parejas que planifiquen su familia.

TABLA 113.- LA MAYORIA DE LA GENTE IMPORTANTE PARA MI, PIENSA QUE YO...
NO DEBO - DEBO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumul
5	4	5.5	5.5	5.5
6	1	1.4	1.4	6.8
7	2	2.7	2.7	9.6
8	12	16.4	16.4	26.0
9	54	74.0	74.0	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

El 91.0 % piensa que es probable que la sociedad en general espera que ellos recomienden a las parejas la planificación familiar, mientras que el 2.7 % piensa que es improbable.

TABLA 114.- LA SOCIEDAD EN GENERAL ESPERA QUE YO RECOMIENDE...
IMPROBABLE - PROBABLE

Valor	Frecuencia	%	% Valido	% Acumul
1	2	2.7	2.7	2.7
5	2	2.7	2.7	5.5
7	2	2.7	2.7	8.2
8	15	20.5	20.5	28.8
9	52	71.2	71.2	100.0
TOTAL	73	100.0	100.0	

A continuación se muestra la tabla de las personas que fueron referidas por los médicos como importantes al momento de tomar sus decisiones en su quehacer profesional.

TABLA 115.-LAS PERSONAS QUE YO CONSIDERO IMPORTANTES
EN MI EJERCICIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA

	FRECUENCIA DE REFERENCIA	% DEL TOTAL DE MEDICOS
NO CONTESTA	7	9.6
DECIS. INDEPENDIENTES	4	5.4
PACIENTES	42	57.6
PADRES	15	20.5
FAMILIA	28	38.3
PARIENTES	12	16.4
COMPAREROS	64	87.6
MIS SUPERIORES	23	31.5
ESPECIALISTAS	15	20.5
GOBIERNO	3	4.1
POBLACION	17	23.2
PERS. LABORATORIO	6	8.2
PERS. ADMINISTRATIVO	6	10.9

A N E X O #3

Matriz de correlaciones obtenida del total de los datos.

	K	M	N	O	P	CN	MPC
K	.4195 (73) P=.000		.2313 (73) P=.049				
M		.3971 (73) P=.001	.2437 (73) P=.038			.2855 (73) P=.014	.4676 (73) P=.000
N			.6117 (73) P=.000	.5187 (73) P=.000			
P					.5783 (73) P=.000		.5016 (73) P=.000
U		.2604 (73) P=.026	.3614 (73) P=.002	.2983 (73) P=.010			.2416 (73) P=.039
IC		.3079 (73) P=.008			.2318 (73) P=.048	.2809 (73) P=.014	.4898 (73) P=.000
CN		.2865 (73) P=.014		.2486 (73) P=.034			.3216 (73) P=.006
MPC		.4676 (73) P=.000		.4823 (73) P=.000	.5016 (73) P=.000		
NS							.2231 (73) P=.058

(Coeficiente / (Casos) / Significancia 2 colas)

Se imprime " . " cuando no se obtiene coeficiente alguno.