

210445

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES IZTACALA**

“Actitudes de hombres y mujeres ante la vasectomía”.

PO 1653/97
g. 2

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA PRESENTA:**

CECILIA PAREDES ORTÍZ.

ASESORES:

**DIRECTOR: DR. MARCO EDUARDO MURUETA REYES.
SINODALES: MTRA. MARÍA DEL REFUGIO RÍOS SALDAÑA.
MTRO. JOSÉ DE JESÚS VARGAS FLORES.**



Tlanepantla, Edo. de México., 1997.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A DIOS por ponerme las herramientas humanas y materiales necesarios para llegar a lograr esta meta por tanto tiempo esperada.

A mi madre la Sra. Catalina León, quien con su trabajo, ejemplo y apoyo constante me ha impulsado y ayudado a lograr éste triunfo. Gracias madre por tu apoyo y confianza.

A mis hermanos Carlos, Jesús, José y Francisco, gracias por su apoyo, espero verlos pronto logrando sus propias metas.

A mis sobrinas Vale, Pili y Miguel Ángel, porque en un futuro también tengan la ilusión y el entusiasmo de alcanzar lo que se propongan en la vida, y encuentren un mundo donde exista mayor igualdad entre los sexos. A Micaela quien tiene a su cargo junto con Carlos, la responsabilidad de educar a estos pequeños.

A los profesores que han intervenido en mi formación y, sobre todo a aquellos que han dirigido está tesis. Marco, Jesús, María del Refugio y Margarita. Gracias por su tiempo, paciencia y apoyo en la elaboración de éste trabajo.

A mi amiga la encargada Lic. Elizabeth Pérez y personal de la Clínica MEXFAM LA VILLA, por las facilidades otorgadas para llevar a cabo la aplicación de las encuestas.

A la familia Vargas, y a Hilda en especial por su apoyo incondicional para terminar este trabajo. Gracias por todo.

A la familia Cornelio, y a "Poncho", quien ya no pudo ver logrado éste esfuerzo, pero que siempre me alentaba para alcanzarlo. Gracias donde quiera que estés.

A mis amigas más cercanas Isabel y Paty. Gracias por su amistad y apoyo brindado en todo momento, ahora les toca a ustedes hacer lo propio.

A mi amigo Ali, que al igual que "Poncho" ya no esta para festejar esté logro, y que me impulsaba para llegar a esta meta propuesta, además de enseñarme que la perseverancia es un factor importante en el logro de los objetivos deseados.

Gracias a la ENEPI por las facilidades otorgadas para terminar mi carrera.

GRACIAS a todos.

Resumen

El uso de métodos anticonceptivos como forma de controlar el número de nacimientos ha existido desde tiempos remotos, en donde la participación del hombre estaba de manifiesta, pero debido a los avances tecnológicos en materia anticonceptiva, éste ha sido relegado a segundo e incluso último término.

Actualmente se está retomando este interés para que el hombre participe más activamente en dicho proceso, sobre todo al tener el número de hijos deseados. Encontrado una gran resistencia por parte de los varones que ven afectada su "masculinidad" al cesar su capacidad reproductiva. Esto ha sido fomentado por una cultura que tiene en alta estima dicha capacidad, sobre todo en el varón. Por lo que es necesario que exista un cambio de actitudes al respecto. Campo en el cual puede incidir el psicólogo.

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar las diferencias actitudinales entre hombres y mujeres con respecto a la vasectomía.

Por lo cual se llevó a cabo un estudio descriptivo, comparativo, no manipulativo y transversal de una población determinada. Para ello se encuestó a 50 hombres y 50 mujeres que acudían a una clínica de planificación familiar del área urbana del D.F., cuyas edades fluctuaron de los 25 a los 45 años de edad, casados y con hijos y, diversos grados de escolaridad, que estuviesen usando algún método anticonceptivo.

Los resultados encontrados indicaron que no existen diferencias significativas entre los sexos con respecto a su actitud hacia la vasectomía, la cual fue ligeramente favorable a ésta. Aunque los hombres manifestaron estar más a favor de ella.

Se encontró que a mayor escolaridad mayor preferencia hacia la vasectomía, excepción hecha en los varones con nivel de licenciatura, los cuales se mostraron en contra de la vasectomía. Las personas con mayor ingreso económico tuvieron una actitud más favorable al procedimiento anticonceptivo.

Se concluye que aún cuando éste estudio no sea representativo de la sociedad mexicana, contribuye a posibles estudios que se interesen sobre el particular. Sobre todo incluyendo una variedad más amplia de reactivos que permitan evaluar éste aspecto.

ÍNDICE

	Páginas
Introducción	6
CAPITULO 1. PLANIFICACIÓN FAMILIAR	9
1.1. Definiciones	10
1.2. Políticas de población en México	11
1.3. La educación cultural en México y su influencia en la planificación familiar	14
1.4. Vasectomía	18
1.4.1. Características del aparato genito urinario del varón	20
1.4.2. Procedimiento quirúrgico	22
1.4.3. Indicaciones para su uso	23
1.4.4. Contraindicaciones	23
1.4.5. Complicaciones	24
1.4.6. Recomendaciones post-vasectomía	25
1.4.7. Ventajas	26
1.5. La planificación familiar y la psicología	27
CAPITULO 2. ACTITUDES	30
2.1. Definiciones	30
2.2. Componentes de las actitudes	33
2.3. Formación de actitudes	34
2.4. Cambio de actitudes	37
2.5. Medición de actitudes	45
CAPITULO 3. METODOLOGÍA	48
3.1. Estrategias de investigación	48
3.2. Hipótesis	49
3.3. Procedimiento	49
CAPITULO 4. RESULTADOS	55
4.1. Características de la población	55
4.2. Actitudes de la población	58
4.3. Codificación de resultados por cada valor	60
4.4. Relación entre variables	66
CAPITULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	73

CONCLUSIONES	77
BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS	86
A) Aparato reproductor masculino (vasectomía)	87
B) Formato de cuestionario aplicado	88

Introducción

La planeación familiar no es un tema nuevo, ya que a lo largo de la historia se han encontrado escritos en los cuales se manifestaban diversas formas de evitar el embarazo, recurriendo a la hechicería o a la superstición (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, 1980).

Lo nuevo del tema es la importancia que reviste como una de las diversas formas de solucionar los graves problemas demográficos y las implicaciones que esto trae consigo en la población.

Algunas de estas implicaciones son de diversa índole; así tenemos que en el aspecto económico la falta de empleo imposibilita el ahorro y con ello la posibilidad de mejores condiciones de vida. Se dificulta el acceso a los servicios de salud y asistencia pública, así como a los servicios educativos, limitando la superación profesional y una mejor forma de vida. Existe mayor desnutrición en la población, repercutiendo en su desarrollo y en la capacidad de aprendizaje de los niños. Por otro lado, la escasez de vivienda propician la promiscuidad y la aglomeración en la mayoría de los núcleos urbanos afectando la salud física y mental de los individuos, todo esto repercute en la calidad de vida de la población.

En cuanto a problemas familiares, se destaca el machismo imperante, así como el aumento en el número de madres solteras, abandonadas, separadas, divorciadas, o adolescentes que al estar pasando por un periodo de rechazo o frustración, no tienen la capacidad adecuada para educar sanamente a sus hijos, afectándolos en su desarrollo.

Aunado a esto, está la desintegración familiar, así como la falta de promoción de la mujer, la inmadurez para iniciar una vida familiar, la irresponsabilidad y la inconsciencia para asumir la tarea educadora de los hijos (Solá, 1990).

Pero la solución de estos problemas no sólo incumbe a la pareja en sí, sino también involucra acciones gubernamentales que lleven a cabo cambios estructurales para que sea posible el cambio en materia reproductiva, sin violar los derechos que la pareja tiene en cuanto a su decisión para tener el número de hijos deseado (Muriedas, 1993). Así como la intervención de aquellas instituciones y profesionales relacionados con el tema, entre ellos el psicólogo.

Reconociendo la igualdad que tienen hombres y mujeres para lograr mejores condiciones de vida, de desarrollo personal y social, así como la responsabilidad que ambos deberían de asumir en la generación de una nueva vida y en la participación que tienen para evitarla (Rodríguez, 1993). Permitiendo de esta manera que la capacidad reproductiva no recaiga solamente en la mujer como anteriormente se venía haciendo, y promoviendo una vida sexual y reproductiva más sana.

Al respecto Rodríguez (1993, p. 25) señala que "...con presencia de mujeres uruguayas y chilenas en las jornadas de 1991 se estableció que la atención en anticoncepción debe humanizarse mediante el respeto irrestricto a las decisiones tomadas por las mujeres y sus parejas, atendiendo a sus necesidades particulares y a sus características socioculturales, por lo que deben aplicarse esfuerzos para una adecuada capacitación de las/os trabajadoras/es de la salud; la participación de los hombres en el campo de la salud reproductiva es factor fundamental en lo referido a presencia y responsabilidades en anticoncepción; evitando que tales responsabilidades recaigan exclusivamente sobre las mujeres".

Es por ello importante llevar a cabo mayor promoción y difusión de la metodología anticonceptiva que involucre la participación masculina, la cual se ha visto reducida por una mayor difusión de los métodos femeninos.

Según estudios llevados a cabo se ha podido observar que la participación masculina si ha existido e incluso se ha incrementado cuando se hace mayor difusión de los métodos anticonceptivos, sobre todo si se dan las condiciones adecuadas para acceder a ellos (Finger, 1992).

Por lo que para incrementar la difusión y promoción de la participación masculina; que implica realizar un cambio de actitudes en materia de sexualidad y salud reproductiva, y en donde la participación del psicólogo tiene un gran campo de acción, se propuso un estudio descriptivo, comparativo, no manipulativo y transversal de una población que acudía a una clínica de planificación familiar, que tuvo como objetivo analizar las actitudes favorables y desfavorables de hombres y mujeres hacia la vasectomía, con el fin de sugerir alternativas que permitan su mayor difusión.

Para ello se encuestó a 100 personas entre 25 y 45 años de edad, la mayoría de ellos casados y con hijos, a través de una encuesta previamente validada.

El presente estudio constó de cinco capítulos; el primero de ellos aborda el tema de la planeación familiar, las definiciones, políticas de población, los factores culturales que han conformado la personalidad del pueblo mexicano y particularmente se describe lo que es la vasectomía , sus ventajas y desventajas, así como la relación que tiene la psicología con éste tema.

En el capítulo dos se aborda lo relacionado a las actitudes, sus definiciones, los componentes que integran a las actitudes, así como la formación, cambio y medición de esta, las cuales son importantes de tomar en cuenta al hablar de la planeación familiar.

En el capítulo tres se aborda la metodología utilizada en el estudio, cómo se llevó a cabo la estructuración de la encuesta así como su validación y el procedimiento implementado en la investigación.

El capítulo cuatro se refiere a los resultados encontrados y el quinto capítulo se refiere al análisis de resultados. Por último se plantean las conclusiones vertidas a través de este trabajo.

CAPITULO 1. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, las enfermedades, los peligros naturales y la tendencia del hombre a destruirse a sí mismo por medio de las guerras y los accidentes, permitieron que la población se mantuviera equilibrada y su crecimiento no fuera tan rápido.

Con el descubrimiento de diversas vacunas que lograron controlar grandes epidemias que azotaban a la humanidad, y la implementación de medidas asépticas en los hospitales, favorecieron un rápido crecimiento poblacional, lo cual trajo consigo diversos problemas sociales e individuales, entre los que se pueden mencionar: escasez de vivienda, y con esto el hacinamiento de grandes grupos humanos; escasez de servicios públicos, de salud, de áreas educativas, recreativas y de empleo entre otras.

Cada uno de estos problemas o todos en su conjunto, repercutieron de manera directa o indirectamente en los individuos que a diario se han enfrentado a esta situación, afectándolos no sólo física, económica y socialmente, sino también a nivel psicológico, alterando su comportamiento social, fenómeno que observaban Castaño A. En Urbina, (1989). Esta situación no ha cambiado en 1996 e incluso se ha agudizado.

Esta problemática que no sólo se da a nivel individual sino mundial también, ha suscitado el interés de diversos sectores de la población, entre ellos los psicólogos, aunque no en la proporción requerida. Y esto es preocupante ya que el individuo forma parte del estudio de la psicología, y todo lo que compete a él. Por tal motivo deberían de existir más trabajos encaminados a conocer más a fondo las implicaciones psicológicas que trae consigo el aumento de la población.

Este interés por el crecimiento poblacional no es nuevo, ya que se han encontrado escritos con fecha de antes de la era cristiana. E incluso se diseñaron diversos mecanismos que fueron los antecedentes de lo que hoy son los métodos anticonceptivos.

Por ello a principio de los años sesentas, Estados Unidos ha sido uno de los países preocupado por estudiar más seriamente el crecimiento poblacional, así como sus consecuencias; por lo que empezaron a destinar fondos federales para apoyar programas de planificación familiar desde 1966. Consideraban que a través de estos programas se lograría reducir el crecimiento poblacional y así brindar mejores condiciones de vida (Guttmacher, 1983).

Así es que desde 1974, se llevan a cabo reuniones periódicas con los representantes de los organismos encargados de intervenir en materia de población y establecer programas para dicho fin, según las condiciones particulares de cada país.

Hoy como entonces existían sectores de la población que no tenían acceso a los métodos anticonceptivos, que permitieran el espaciamiento entre uno y otro hijo según lo

desea la pareja, además de que la mayoría de ellos eran diseñados para la mujer, quien actualmente cuenta con una gran variedad de ellos.

Los estudios y las innovaciones en materia anticonceptiva ha permitido que en América Latina se haya dado un cambio demográfico importante en las tres últimas décadas. Donde desde 1960, la tasa de fecundidad ha descendido en más de un 40 % : de unos 6 nacimientos por mujer a menos de 3.5 % en la actualidad.

La revista *Gráficas* (1990), menciona que la fecundidad ha disminuido en parte , por un cambio extraordinario en las actitudes hacia la planificación familiar. Ya en 1960, menos del 20 % de las parejas latinoamericanas practicaban la planificación familiar, en la actualidad se ha incrementado a casi un 60 %. Al reducirse el número de nacimientos y existir un mayor espaciamiento entre uno y otro hijo ha permitido que la salud y el bienestar de las mujeres latinas, así como el de sus hijos sea posible.

Estas actitudes se han visto favorecidas por los cambios socioeconómicos, mayor urbanización, un nivel creciente de educación y una mayor exposición a los medios de comunicación, así como algunas mejoras en las condiciones sociales de la mujer.

Pero los graves problemas sociales y económicos que viven la mayoría de las sociedades latinoamericanas, ha provocado que dichas mejoras no sean tan palpables. Afectando de manera directa en la atención por parte de los gobiernos, a aspectos de salud, educación, empleo entre otros; dificultando un mayor desarrollo social y económico para dichos países.

Para hablar sobre la planificación familiar en el siguiente apartado se mencionaran diversas definiciones.

1.1 Definiciones

Para abordar este tema empezare definiendo que es la *planificación*. Este término ha sido definido por el diccionario Español Moderno (1983, p. 440), como “el establecimiento de programas detallados para el buen desarrollo de una actividad”. Y con respecto al término *planificación familiar*, como “El conjunto de medios existentes para informar y ayudar a la población en todo lo referente a la regulación de nacimientos”.

Sobre el particular, la planificación familiar ha sido designada con diferentes términos, como son “control de la natalidad”, “paternidad planeada”, “paternidad responsable”, “planeación familiar”, entre otros.

Pick de Weiss (1979) hace referencia a algunos términos como son:

- *Paternidad Responsable*: En donde no se considera la planeación de los nacimientos, sino la responsabilidad de los padres hacia sus hijos ya nacidos en lo que

referente a cariño, educación, alimentación entre otros. Definición con que concuerda también la Iglesia Católica.

- *Control de los nacimientos*: Este término alude al nacimiento de los hijos y no a su concepción, por lo que el aborto es considerado un instrumento para evitar el nacimiento de los hijos que no se deseen.

- *Planeación de los Nacimientos*: Consiste en planear los nacimientos incluso desde el número, sexo y calidad de los hijos, así como el momento adecuado para tenerlos y el espaciamiento entre cada uno de ellos.

- *Planeación familiar*: Que consiste en planear el desarrollo completo de la familia y no sólo los nacimientos.

Para Ruiz (1981, p. 1), la planificación familiar consiste en que las parejas son las encargadas de decidir libremente el número de hijos que deseen tener, así como cuando tenerlos, tomando en cuenta que es necesario que les proporcionen “amor paternal, alimentación, atención adecuada así como una educación lo más completa posible, ya que los padres son los responsables del futuro de sus hijos”.

Pohlman (1974) consideraba además como parte de la planificación familiar, el ayudar a aquellas parejas que por alguna razón tenían dificultades para procrear hijos.

Como se puede observar, el término de planificación familiar manejado por Ruiz (1981), trata de abarcar de manera más global no solo la concepción de un hijo, sino lo referente a la responsabilidad que los padres tienen para un nuevo ser en lo concerniente a cubrir sus necesidades elementales de atención, cuidado, cariño, educación, que le brinde las herramientas necesarias para su mejor desarrollo.

Para ello la metodología anticonceptiva va a formar parte de la planificación familiar, al permitir a las parejas espaciar los nacimientos y decidir cuando es más conveniente y adecuado tener a sus hijos según sus posibilidades.

Aunque nuestra realidad mexicana nos muestra que todavía nos queda camino que recorrer en materia de planificación familiar, y en la que los varones, aunque ya están participando en ocasiones de manera indirecta, lo hagan de manera más activa con el método de la vasectomía. Ver apartado 1.4.

México ha dado ya los primeros pasos en el proceso de la planificación familiar desde hace algunas décadas, como se puede observar en el siguiente apartado.

1.2 Políticas de población en México

México se ha unido también al interés por estudiar y reducir su crecimiento poblacional; el cual fue fomentado por una propuesta gubernamental de 1936 y 1947,

con el fin de poblar grandes extensiones territoriales que se encontraban despobladas (CONAPO, 1991), ya que era considerado uno de los países con un alto crecimiento poblacional, que desde 1950, en que contaba con una población aproximada de 27.297 millones de personas, veinte años más tarde, casi se duplicó esta cifra a 50.328 millones de personas y en 1990, se registró a 84.486 millones de personas, esperando que para el año 2000 se cuente con una población de 102.555 millones de personas (Demos, 1992).

Estos datos se pueden observar en el siguiente cuadro 1 retomado de la revista Demos. Carta demográfica sobre México, 1992.

Cuadro 1. México. Población e indicadores para años y periodos seleccionados.

Año	Población	Distribución relativa de la población (miles)			Total	Edad Mediana
		0-14	15-64	65 y más		
1950	27.297	43.0	52.8	4.2	100.0	18.3
1960	36.530	45.6	50.3	4.1	100.0	17.2
1970	50.328	46.7	49.6	3.7	100.0	16.6
1980	67.046	44.4	52.0	3.6	100.0	17.5
1990	84.486	38.0	58.3	3.7	100.0	20.0
2000	102.555	33.8	61.7	4.5	100.0	23.2
2010	118.455	28.8	65.7	5.5	100.0	26.5
2020	131.885	24.8	68.0	7.2	100.0	30.1
2025	137.483	23.3	68.2	8.5	100.0	32.0

Este cuadro permite distinguir que se ha venido observando una disminución en el crecimiento poblacional de manera paulatina, debido a las políticas de población implementadas por el gobierno mexicano desde la década de los 70's. En CONAPO (1991, p. 13-14), se hace una breve reseña de las políticas de población. Para ello en 1973, comienzan por realizar cambios notables en las políticas de población llevadas a cabo hasta ese momento, derogando una ley que prohibía la venta de anticonceptivos así como su propaganda, y aprobando un nuevo código sanitario.

El 11 de diciembre de 1973, se promulga una nueva Ley General de Población, en donde se plantea como objetivo principal, "regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de que participe [la población] justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social" (p. 13).

Desde 1974 a la fecha, se han creado programas de planificación familiar a través de servicios educativos y de salud pública, cuidando que estos se lleven a cabo con "absoluto respeto a los derechos humanos y preservando la dignidad de las familias con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como de lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país" (p. 13).

En diciembre de 1974, se reforma el artículo 4o. constitucional, estableciendo que "... Toda persona tiene el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos"(p. 13).

El 17 de Noviembre de 1976, se expide un reglamento de la Ley General de Población, ubicando a los programas de planificación familiar "en el contexto de las políticas de bienestar social, actuando fundamentalmente en los campos de la salud, la educación, la protección de la familia y, en especial, de la madre y el niño" (p. 13).

En Octubre de 1977, el C. Presidente de la República aprueba el Plan Nacional de Planificación Familiar; estableciendo objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, de acuerdo a la nueva política demográfica y nacional. En este mismo año se crea la Coordinación del Plan Nacional de Planificación Familiar para vigorizar la unificación de las instituciones involucradas en este campo.

En 1982, la Secretaria de Salubridad y Asistencia, se constituye en el organismo responsable de la coordinación programática de las instituciones de salud en materia de planeación familiar, cumpliendo desde entonces con las funciones de la anterior coordinación.

Para 1983, por acuerdo del Gabinete de Salud, se instala el Grupo Interinstitucional de Planificación Familiar, elaborándose de manera concertada entre las instituciones integrantes el Programa Interinstitucional de Planificación Familiar 1983-1988. Reafirmandose los objetivos del Plan Nacional anterior. Tomándose por primera vez en cuenta al sector privado.

Se crea el Consejo Nacional de Población, organismo interinstitucional que es el encargado de la planeación demográfica del país, con el propósito de incorporar a la población en los programas de desarrollo socioeconómico, a contribuir en su progreso y a elevar sus condiciones de vida.

En marzo de 1989, se instala el Grupo Interinstitucional de planificación familiar. En julio de 1990 se hace una reforma a la Ley General de Población por acuerdo del Gabinete de Bienestar Social con el propósito de efectuar el seguimiento de acuerdos que se tomen, en éste gabinete y en el Consejo Nacional de Población, así como el de fomentar la concertación de acciones entre las instituciones. Se incorporan dependencias como la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología; el Departamento del Distrito Federal; el Instituto Mexicano del Seguro Social y el ISSSTE, permitiendo dar mayor auge al programa de planificación familiar.

Esto permite observar que la planificación familiar juega un papel importante no solo para regular el número de nacimientos, ni como forma de lograr mayor desarrollo económico a nivel nacional, sino también para proporcionar mayor satisfacción y calidad de vida a los individuos que viven en el país.

Esto ha sido retomado en el Plan Nacional de Desarrollo propuesto por el Lic. Ernesto Zedillo Ponce de León actual presidente de la República Mexicana para el periodo 1995-2000.

Pero a pesar del interés que se ha venido dando por parte del gobierno mexicano para implementar más ampliamente la planificación familiar en nuestro país, esto no ha sido totalmente aceptado por diversas situaciones entre las cuales figuran el tipo de educación impartida tanto a hombres y a mujeres a lo largo del tiempo, aspecto que se abordará en el siguiente punto.

1.3 La educación cultural en México y su influencia en la planificación familiar

La planificación familiar en México se empezó a abordar a partir del gobierno del Sr. Salvador Alvarado, gobernador de Yucatán, al llevarse a cabo el primer congreso feminista en el que se planteaba por primera vez la necesidad de que las mujeres contaran con una educación moderna, con mayor libertad sexual y con el derecho a usar métodos anticonceptivos. Aparece por primera vez un folleto explicativo sobre la regulación de la natalidad, publicación a cargo de la Dra. Margarita Sanger.

Para que esto fuera posible, fue necesario lograr un cambio paulatino en la educación impartida tanto a hombres como a mujeres. Hablar de ello requiere remontarnos al proceso de educación cultural en el cual como sociedad mexicana hemos recibido a lo largo de nuestra historia, lo que permitirá de manera general comprender la personalidad actual del mexicano.

México con su diversidad tanto geográfica como cultural ha sido influenciado por las ideas europeas y francesas desde la época de la conquista, lo que le ha llevado a adoptar formas de vida diferentes a la realidad mexicana.

Esto ha sido planteado por diversos autores, entre ellos esta Ramos (1965), el cual mencionaba que a partir de la mezcla indígena y española se fueron derivando los conflictos psicológicos que ha vivido el pueblo mexicano. Esto ha contribuido en el desarrollo de el sentimiento de inseguridad; mucha de las veces inconsciente, que a decir del autor, es una de las características del mexicano, además de la prepotencia, la agresividad, la desconfianza, la rigidez ante cualquier cambio y una gran sensibilidad a ser criticado.

Por su parte Paz (1967, p. 18) decía, que “La historia del México es la del hombre que busca su filiación, su origen. Sucesivamente afrancesado, hispanista, indigenista, “pocho” Ya que no tiene una identidad definida claramente por lo que busca constantemente una con la cual identificarse.

Otro de los autores que ha contribuido al conocimiento de la personalidad del mexicano es Ramírez (1977), el cual mencionaba que dicha mezcla cultural, así como la dominación cultural de un grupo sobre otro, ha situado al mexicano en una constante

ambivalencia en su forma de ser y decía : el mexicano miente debido al temor de perder su identidad y por temor a ser abandonado disfraza sus sentimientos y esconde su amor, posee sentimientos ambivalentes de amor y odio ante las figuras paternas y recurre al alcohol para escapar de su situación o realidad. En donde además para demostrar su poder y fuerza ejerce una situación de sometimiento sobre la mujer.

Como se puede observar, los autores revisados concuerdan en la idea del efecto de la conquista en la cultura del mexicano a través de la historia y cómo está a repercutido en su forma de ser. De esta forma se puede retomar de este análisis, algunos factores que permitirán ahondar este tema; como son el machismo y la devaluación de la mujer, dos puntos clave que influyen en la planificación familiar y el impacto de estos dos factores para aceptar o rechazar la vasectomía.

Con respecto al machismo, Ramírez (1977), mencionaba que las características de personalidad del mexicano han pasado de generación a generación desde la época de la conquista, en donde el padre español de ese entonces asumía un determinado papel que fue imitado debido al proceso de idealización existente.

Y en donde éste solo estaba en casa pocas veces y cuando estaba era para ser atendido como rey, además de demostrar su poder y fuerza, y en donde la relación con su esposa e hijos no se daba o era mínima. Esto nos indica el juego de roles que se asumía en ese entonces y que servían de modelo a seguir para los hijos, hasta nuestros días.

Paz (1967) por su parte, describía al “macho” mexicano como un ser hermético encerrado en sí mismo, capaz de guardarse y guardar lo que se le confiaba, en caso contrario era considerado como un traidor. Con un carácter siempre defensivo, listo a repetir cualquier ataque, lo consideraba estoico, ya que esta era una alta virtud guerrera, es además resignado ante las adversidades, gusta del orden, conforme a principios claros, ya que esto le permite constituir un espacio seguro y estable. Es también cerrado en las diversas esferas de su vida, en donde el pudor y el recato juegan un papel importante como función defensiva; características que deben observar las mujeres también.

Desde un punto de vista psicológico, Pick de Weiss (1979), decía que -el machismo- es el complejo de lo que se espera del papel masculino, para ello retomó diversas conceptualizaciones que describían los atributos propios del machismo y los dividió en tres tipos de actitudes.

A. Actitudes hacia el sexo: En donde se llevaban a cabo relaciones sexuales pre y extramaritales a temprana edad para los varones, manifestaciones de fecundidad mediante la rápida procreación de hijos, sobre todo varones, y actitudes negativas ante las técnicas de contracepción masculina dentro de la relación marital (Back y Hass, 1973).

B. Actitudes hacia el trabajo: Dando poca importancia y subestimaciones de cualquier tipo de responsabilidades domésticas.

C. Actitudes hacia la autoridad: Utilizando la fuerza física y la rudeza para solucionar desavenencias y en su trato al débil y a sus subordinados, incluyendo a la mujer (Back y Hass, 1973).

Otras características que menciona son el de considerarlo como una persona triste, desconfiada, poco cooperadora, egoísta, fatalista y pesimista (Froo y Maccoby, 1970); impulsiva, sin capacidad para posponer gratificaciones, hipersensible a la crítica, que busca peleas (Ramos, 1965; Paz, 1967); conservadora y rígida en sus costumbres y mentalidad (UNAM, 1973).

Constantemente esta haciendo alarde y ostentación de lo que tiene y de lo que no, de lo que le gustaría ser y no es. Menciona también que es una persona irresponsable y con falta de voluntad para concluir o planear una tarea o meta.

Además el modelo masculino que se ha estado reforzando culturalmente es el que debe de ser el proveedor del hogar, que exige que se le obedezca sin cuestionar su autoridad, que debe poseer fuerza física, facilidad en la conquista a las mujeres, con energía, autoridad y carácter pendenciero (Leñero, 1973).

Como se puede observar, son múltiples las características; sobre todo negativas, para definir al macho mexicano, pero aún cuando existen varias de ellas presentes en los hombres de hoy, poco a poco estas características han ido cambiando a raíz de la revalorización de cada uno de los roles que están asumiendo hoy en día hombres y mujeres, además de las transformaciones que ha tenido la familia a lo largo del tiempo, debido a los cambios sociales que están ocurriendo, lo cual exige nuevos replanteamientos o modificaciones de dichas características que describan mejor a cada sexo y el papel que están asumiendo actualmente.

Aunque para que exista este tipo de hombres, la cultura ha reforzado que la mujer sea la formadora de dicho hombre; esta mujer a su vez ha sufrido una serie de humillaciones y sometimiento por parte del hombre.

En cuanto al papel que ha tocado desempeñar a la mujer a lo largo del tiempo, incluso desde la época de Cristo (Castellanos, 1984), se ha ido transformando poco a poco de ser una persona educada y encargada del cuidado de su casa, hijos y marido que sólo existía en función de las necesidades de estos, y que se tenía que someter a sus cuidados y protección. Ha pasado a descubrir que tiene voz y voto, así como necesidades propias que debe cubrir personalmente y no esperar a que otros las satisfagan, y no solo en cuanto a necesidades materiales o físicas, sino también a necesidades sexuales, y superación personal, en donde la maternidad no sea su única función para realizarse como mujer.

Autores como Hierro (1990), Castellanos (1984); Careaga (1991) y Elu de Leñero (1992), han abordado la historia de la educación de la mujer y Hierro menciona que más que educación es una "domesticación", ya que a través de ella se ha

implementado una serie de estereotipos sobre el papel que deben desempeñar las mujeres y que han favorecido el poder masculino, haciéndolo parecer como “natural” y no lo es, sino es producto del tipo de sociedades vigentes y de los intereses masculinos.

En este tipo de educación dado a la mujer a lo largo del tiempo, ella no tenía su espacio en la vida social y cultural, su espacio había estado reducido al ámbito del hogar, ya que desde temprana edad, incluso desde antes de nacer ya tenía delimitada su educación al igual que el varón. A ella se le educaba en las labores propias del hogar con el fin de ser una buena esposa y madre.

Castellanos (1984, p. 19), no estaba de acuerdo en que a la mujer no se le diera una educación formal por considerarla un ser inferior incapaz de aprender, por lo cual nos hablaba de una anulación intelectual y decía “pese a todas las técnicas y tácticas y estrategias de domesticación usadas en todas las latitudes y en todas las épocas por todos los hombres, la mujer tiende siempre a ser mujer, a girar en su propia órbita, a regirse de acuerdo con un peculiar, intransferible, irrenunciable sistema de valores”.

Hierro (1990) mencionaba que dentro de la educación informal transmitida de madre a hija se destacaba el papel maternal que debía asumir una vez casada, y que era indicio de convertirse en mujer, ya que como decía Castellanos (1984, p. 15) “calma sus carencias, que la incorpora, con carta de ciudadanía en toda regla, a los núcleos humanos”

Y es a través de este estado en que la mujer deja de ser egoísta para dedicarse a ese nuevo ser al cual va a proteger, cuidar y alimentar aún en contra de sus propias necesidades. “Con gozo inefable se nos asegura, la madre se desvive por la prole. Ostenta las consecuentes deformaciones de su cuerpo con orgullo; se marchita sin melancolía: entrega lo que atesoraba sin pensar... en la reciprocidad” (Castellanos, 1984, p. 16).

En caso contrario era vista como un ser “desnaturalizado” e incluso se le repudiaba o rechazaba.

La educación proporcionada a la mujer también se encargaba de preservar la virginidad hasta el matrimonio. “La finalidad de la educación de la niña no era otra que la preocupación del siglo: guardar la castidad, garantía de la salvación del alma, también de un matrimonio ventajoso...”(Hierro, 1984, p. 48). Se le inculcaba que “la castidad femenina es la limpieza del ánimo, del cuerpo y de la casa...”.

Al respecto de la virginidad, a los varones en la época prehispanica se les inculcaba que debían conservarse castos hasta el matrimonio y fieles una vez casados, sin abusar del sexo además de tener la responsabilidad de ser el encargado de iniciar a su esposa en el arte del amor y de cuidarla.

A raíz de la conquista, el papel de la mujer fue más devaluado debido a que se le consideraba un ser inferior y menos valioso que el hombre, ideas que a pesar del adelanto

tecnológico sigue imperando en diversas partes del mundo, además de considerar que los únicos lugares de la mujer eran o la casa o la vida religiosa.

Careaga (1991, p. 120), mencionaba que debido a la educación impartida a la mujer, ésta a su vez era la causante de la formación del machismo del hombre y decía: "Las mismas que se dedican a educar a las hijas, o sea las madres, serán cómplices de los machos; les eligen libros, juegos, escuelas, modales, ropas, peinados que confirman las ideas y las hipótesis de los hombres; entre más mujer sea- dicen las madres- debe ser más femenina y no participar en el mundo de la economía, de la política o de la cultura más que como un reflejo o como un eco".

Pero afortunadamente la mujer pudo acceder a formas de educación formal que le han permitido acceder a ámbitos diferentes al hogar y al convento, fomentando con ello cambio en los roles de hombres y mujeres, esto también ha sido producto de los cambios sociales y a las formas de producción que se han dado y que ha afectado a la familia y a los integrantes de esta (Engels, 1993). Además de afectar en las actitudes que se tienen ante diversos aspectos de la vida familiar y de la pareja como es el caso del uso de los anticonceptivos, sobre todo definitivos y para el varón, punto que se abordara en el siguiente apartado.

1.4 Vasectomía

Hablar de vasectomía implica hablar sobre la esterilización, y esto junto con el aborto es percibido por ciertos grupos con marcada tendencia teológica y otras que son tolerantes y preocupados por la inviolabilidad de la vida; como una agresión contra el proceso fundamental de la vida (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, vol. 3, 1980).

Esto ha sido uno de los obstáculos a los cuales se han enfrentado diversos países para promoverlo y llevarlo a cabo. Una vez que se han removido las barreras legales y culturales, aunado a un gran avance médico y de equipo sofisticado, se empieza a dar mayor auge a la esterilización tanto femenina como masculina, como métodos de planificación familiar definitivos (Hatcher, 1982).

Estas circunstancias han hecho que en las últimas décadas ambos métodos sean más populares; aún cuando ello implica someterse a una cierta forma de cirugía menor, los cuales están casi exentos de riesgos y son considerados altamente eficaces, de tal manera que los pacientes no tienen que preocuparse por otras medidas anticonceptivas. Debido al carácter definitivo de la esterilización, es necesaria la consideración cuidadosa por parte del médico y del paciente antes de decidirse por dichos métodos (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, vol. 3, 1980).

Hatcher (1982) menciona que debido a que la esterilización consiste en remover una parte del sistema reproductor del hombre o de la mujer con el fin de impedir la unión del espermatozoide y el óvulo, se debe de llevar a cabo un proceso de información o

consejería hacia el paciente, de tal manera que conozca el tipo de procedimiento que se le va a practicar, así como los posibles efectos en su organismo; sobre todo el informarle del carácter irreversible del método. Y cuando las parejas tengan dudas sobre su futuro reproductivo, lo más recomendable es estimularlos a buscar otras opciones anticonceptivas. Esto implica no forzarlo a tomar una decisión que posiblemente en ese momento no es el adecuado o deseado por el solicitante.

Cuando la persona interesada en practicarse la esterilización es el varón, se le practica la vasectomía. Según palabras de Giner Velázquez (1985). Este es un procedimiento quirúrgico que tiene como finalidad la obstrucción de los conductos deferentes, logrando así que pierda su capacidad reproductiva.

Con respecto a los antecedentes históricos de la vasectomía, Nava Sánchez y Ponce Zendejas (1975) sitúan sus inicios desde 1775, cuando John Hunter observó la oclusión del vaso deferente sin alterarse el tamaño y apariencia del testículo correspondiente.

Posteriormente en 1830, Sir Astley Cooper experimentó en perros la ligadura del vaso deferente y observó que la ligadura no tenía efecto sobre la espermatogénesis, y que el epidídimo se ensanchaba por recibir a los espermatozoides que no podían salir.

Ya en 1893, se llevó a cabo la primera aplicación clínica en humanos como sustituto de la castración, en el tratamiento de una hipertrofia prostática benigna, la que fue realizada por White.

A principios de este siglo, se empezó a utilizar con fines eugenésicos, en pacientes con enfermedades hereditarias, enfermos mentales y criminales. Incluso en los Estados Unidos, en 1923 se promulgaron leyes en 23 estados del país que permitía llevarlo a cabo.

En cuanto a su uso como método anticonceptivo, éste es reciente, en 1963, Poffenberger llevó a cabo la primera publicación sobre vasectomía, en el cual se analizaban los resultados de 2000 casos operados entre 1956 y 1961 (Giner, 1985). Para 1979, Giner menciona que se han practicado 80 millones de vasectomías, la mayor parte de ellas se han realizado en la India, Paquistán, Bangladesh, Nepal, Corea, República Popular China, Inglaterra, Alemania, Francia y los Estados Unidos.

En cuanto a África y Latinoamérica, su uso se ha visto más restringido, pero tiende a aumentar poco a poco debido a una mayor concientización por parte del varón.

En la actualidad existen 2 procedimientos para llevarlo a cabo: una es la técnica tradicional (con bisturí) y la más reciente llamada técnica del Dr. Li (sin bisturí), que ha sido practicada desde 1974 en China y que a decir de sus seguidores, ofrece menores efectos secundarios comparado con la técnica tradicional (Secretaría de Salud, 1993; Boletín Médico de IPPF, Junio y Dic, 1993; Population Report, 1992).

En ambos casos se lleva a cabo el procedimiento quirúrgico con el fin de ligar, seccionar o bloquear los conductos deferentes. Solo que en el primer procedimiento, se hace una pequeña incisión en la piel escrotal, y en el segundo procedimiento se hace una pequeña incisión o punción en el rafe escrotal (Secretaría de Salud, 1993). Por lo que independientemente del procedimiento de que se trate, en ambas se hace una pequeña incisión en la piel escrotal, y esto debe de comunicársele al candidato a una vasectomía para que no se sienta engañado. Sobre todo por que con éste nuevo procedimiento se pretende difundir más su uso, aunque en comparación con la operación de la mujer; la salpingoclasia, su demanda es menor.

En México, la vasectomía tradicional se empezó a practicar desde 1972, en el hospital de Ginecología número 2 perteneciente al IMSS. Y la técnica del Dr. Li a partir de 1989. Y “En Septiembre de 1991, 41 establecimientos del IMSS ofrecían servicios de vasectomía sin bisturí y habían practicado casi 5,000 operaciones en un periodo de 8 meses. En 1991 el IMSS efectuó en todo el país más de 10,000 vasectomías, en comparación con unas 5,600 en 1989” (Population Report, Marzo 1992, p. 6).

Con el fin de tener una idea mas clara acerca de la vasectomía como método anticonceptivo y su relación con la respuesta sexual del varón , es conveniente conocer más específicamente cómo esta estructurado el aparato genitourinario del varón, la función que lleva a cabo cada uno de los órganos que lo componen y su relación con el proceso de reproducción.

1.4.1. Características del aparato genito urinario del varón

En el esquema mostrado (ver anexo A) podemos observar que existen órganos internos y órganos externos. Los órganos externos están compuestos por el pene y el escroto y los órganos internos los encontramos en el interior de cada una de estas estructuras.

El pene es una estructura en forma cilíndrica y es parte indispensable para llevar a cabo el coito. Se encuentra cubierto por una piel elástica y movable llamado prepucio, el cual a su vez cubre la cabeza del pene llamado glande; está es una zona sumamente sensible debido a que se encuentra cubierta en su interior por una gran cantidad de vías nerviosas que juegan un papel muy importante en la sensación sexual.

Estos nervios se encargan de recibir y transmitir todos los estímulos táctiles que recibe hacia el cerebro a través de la médula espinal.

Diversas zonas que se encuentran cercanas al pene se suman a la estimulación sexual.

En cuanto a los órganos internos del pene; durante la excitación sexual tanto emocional y física, éste aumenta de tamaño y se endurece gracias al cuerpo esponjoso y

cavernoso que se encuentra en su interior, los cuales al llenarse de sangre permiten que se lleve a cabo el fenómeno conocido como erección.

El pene sirve para expulsar tanto el semen como la orina. Esto es posible debido a que en su interior se encuentra la uretra que es un tubo en forma de "S" que mide aproximadamente 20 cm., y se encuentra a todo lo largo del pene, hasta llegar a la próstata, por lo que están íntimamente relacionados el aparato reproductor y el urinario.

En la parte final de la uretra se encuentra el meato urinario que permite la salida de la orina o del semen según sea el caso.

Atrás del pene se encuentra el escroto, el cual es una bolsa en cuyo interior se encuentran los testículos. La función del escroto además de contener a los testículos, es el de proporcionar una temperatura inferior a la del resto del cuerpo, de tal manera que permita la creación de un ambiente adecuado para la producción y conservación de los espermatozoides, los cuales servirán para la fecundación de un óvulo femenino.

Con respecto a los testículos; estos son dos y están encargados de producir a los espermatozoides, función que se lleva a cabo a partir de los 12 años de edad aproximadamente. Si por alguna razón los testículos no han descendido a la bolsa escrotal, esto puede afectar la capacidad reproductora del varón y provocar o estar asociados con casos de esterilidad.

El epidídimo es otra de las estructuras internas, que al igual que los testículos, son dos; una para cada testículo por lo que se encuentran unidos a estos y a los conductos deferentes. Su función va a ser almacenar a los espermatozoides, los cuales terminan de desarrollarse y adquieren movilidad.

Cuando los espermatozoides no llegan a ser expulsados, estos se atrofian y mueren y son absorbidos por el organismo.

En cuanto al cordón espermático y los conductos deferentes, estos forman parte de una misma estructura, son dos y están conectando al conducto eyaculador con el epidídimo y son la vía de salida de los espermatozoides.

Las vesículas seminales son una para cada conducto deferente. En el momento de la eyaculación, son los encargados de producir un líquido alcalino y espeso de color blanquecino que sirve como nutriente para mantener vivos a los espermatozoides hasta que puedan llegar y penetrar al óvulo, además de permitirles mayor movilidad dentro de la vagina.

La próstata; al igual que las vesículas, se encarga de producir un líquido alcalino que también sirve para darle mayor movilidad a los espermatozoides. A diferencia de las anteriores estructuras esta solo es una.

Las glándulas de Cowper; al igual que las dos anteriores se encarga de producir un líquido aceitoso y cristalino que sirve como lubricante en las relaciones sexuales. Esta estructura se encuentra conectada a la uretra.

En cuanto a la vejiga, éste es un lugar donde se deposita la orina generada por los riñones el cual se elimina a voluntad.

Finalmente tenemos el uréter, el cual es un tubo por donde fluye la orina de los riñones a la vejiga. Existe uno para cada riñón (Salgado, 1975; Kasirsky, 1975).

Con respecto al funcionamiento sexual, tenemos que la erección y la eyaculación son las principales funciones que se llevan a cabo a través de conductas reflejas desde la médula espinal. Por lo que situaciones de miedo, estrés o angustia, entre otras, provoca que dichas funciones se vean entorpecidas (Nava y Ponce, 1975).

La eyaculación esta íntimamente ligada a situaciones de orgasmo que experimenta el varón durante la excitación sexual. Por lo tanto es importante señalar que dichas funciones no van a ser alteradas una vez practicada la vasectomía.

Para entender mejor esto, es conveniente conocer como es que se lleva a cabo dicha cirugía.

1.4.2. Procedimiento quirúrgico

Quirúrgicamente la vasectomía es considerada como una cirugía ambulatoria, puede llevarse a cabo en un consultorio médico que cuente con lo indispensable para realizar cirugías menores. Se emplea anestesia local. El tiempo promedio para realizarse es de aproximadamente 30 minutos e incluso menos, según la experiencia y habilidad del médico cirujano.

Debido al carácter definitivo del método, es necesaria la autorización por escrito del interesado en practicarse la vasectomía o de su representante legal.

Durante la operación, el paciente es colocado en posición supina (boca arriba) y se procede a desinfectar el área que se va a operar; para ello es necesario retirar el vello púbico y lavar con una solución antiséptica.

Se infiltra posteriormente el escroto con una solución de xilocaina al 2% para anestesiarse la parte a operar.

Se localizan los conductos deferentes, después se realiza una abertura en la piel escrotal de aproximadamente un centímetro y se procede a aislar los conductos deferentes para seccionarlos de uno a dos centímetros de conducto a cada uno de ellos.

Se pueden cauterizar ambos extremos de los conductos o amarrar con catgut o seda.

Finalmente se colocan en su lugar y se cierra la herida con catgut o sutura absorbible (Hatcher, 1982; Nava y Ponce, 1975).

Según datos de la Secretaría de Salud (1993), la efectividad anticonceptiva de este procedimiento es de 99% bajo condiciones habituales de uso.

Aunque este procedimiento tradicional es sencillo y sin complicaciones; o si las hay son mínimas, se ha encontrado que en comparación con la técnica Sin Bisturi, esta última es menos traumática que la anterior y produce menos complicaciones, además de reducir el tiempo de intervención a medida que el cirujano se vuelve más hábil.

Al respecto González (1993) citando a Antarsh, menciona que "debido a que no se práctica incisión, se piensa que este procedimiento disminuye la aprensión de los hombres con respecto a la vasectomía" (p. 5), esta idea es compartida por el Boletín Médico de IPPF (vol. 27, no. 6, dic. 1993), que además agrega que se reporta un alto índice de satisfacción por parte de las personas que se someten a dicho procedimiento.

Comparando ambas técnicas, se reporta que a través de estudios llevados a cabo en diferentes lugares se ha encontrado que hay menos complicaciones utilizando la técnica del Dr. Li, el cual es de 0.4 x 100.

También se ha observado menor sangrado y dolor durante y después de la cirugía, esto según es por la anestesia utilizada que consiste en xilocaína sin epinefrina así como la técnica empleada para administrarla; la cual consiste en poner una inyección profunda a lo largo de cada uno de los conductos, produciendo un bloqueo del nervio deferencial, que a diferencia de la técnica convencional, sólo se anestesia el área cercana al lugar de la incisión, y nos refiere que "la aplicación de la lidocaína (xilocaína) en un sitio distante de la vasectomía, en dirección al anillo inguinal, facilita la punción en la piel" (p. 17). Esto también se debe a la utilización de instrumentos especiales y a una sola punción.

Con esta técnica se reduce el tiempo de permanencia postvasectomía en el lugar donde se llevó a cabo la operación de una hora a treinta minutos.

1.4.3. Indicaciones para su uso

Las indicaciones que se toman en cuenta han evolucionado a la par que la cirugía y así actualmente se le práctica a todo el que lo solicite, que este convencido e informado, sin importar edad, ni número de hijos. Aunque en este punto hay lugares en donde se requiere que por lo menos tenga un hijo y mínimo 25 años de edad, sin que existan contraindicaciones médicas, psicológicas, sociales, culturales o religiosas. En personas con enfermedad mental y que no exista incompatibilidad sexual (Secretaría de Salud, 1993) y que esté satisfecha su paternidad.

1.4.4. Contraindicaciones

Estas pueden ser relativas o temporales y requieren de atención médica antes de llevarse a cabo la cirugía. Para ello es necesario y conveniente llenar una historia clínica

del candidato con el fin de detectar y dar tratamiento a dichos problemas de salud y reducir así el número de molestias posibles.

Estas contraindicaciones son:

La presencia de Hidroceles, Hernia Inguinal, cirugía escrotal (González, Betty, 1993, Secretaría de Salud, 1993); Infecciones locales o del riñón o vías urinarias (Hatcher, 1982, S.S., 1993); Varicocele (S.S., 1993); dudas sobre el procedimiento (S.S., 1993, Giner Velázquez, 1985); así como elefantiasis, adherencias, trastornos hemorrágicos (González, B., 1993); historia de impotencia, temor a perder la capacidad sexual, imposición de la esposa y psicópatas (Giner, V., 1985); Enfermedades Sexualmente Transmisibles, Hepatitis, Flebitis, Hipertensión, Diabetes Mellitus (Hatcher, 1982) y Cardiopatías recientes.

1.4.5. Complicaciones

Sobre el particular en el taller de Consejería para la promoción de la vasectomía sin bisturí (1993), se hace una amplia relación acerca de cuales pueden ser dichas complicaciones y las dividen en internas y externas.

a) Ligadas al trabajo del paciente, en cuanto a los cuidados que debe tener al retornar al trabajo, y que de no hacerlo se puede provocar molestias.

b) El ambiente donde se realiza la cirugía, para lo cual se debe de contar con las normas de esterilización y limpieza adecuados.

c) En cuanto a la experiencia del cirujano; se menciona que a mayor experiencia menor manejo del órgano que se va a obstruir y menor tiempo de intervención, reduciendo dolor y molestias.

d) Con respecto a los cuidados postoperatorios; son muy importantes las indicaciones claras y precisas para fomentar un mejor cuidado del paciente así como de su recuperación, y si pueden hacerse por escrito mucho mejor.

e) Esquimosis escrotal; la cual se puede presentar entre un 5% a un 50% de los casos y no es considerada de peligro.

f) Edema.

g) Dolor.

h) Hematoma.

i) Infección.

j) Granuloma espermático.

k) Epididimitis congestiva.

Algunos otros autores como Nava Sánchez y Ponce Zendejas (1975), hacen referencia a las respuestas inmunes que se dan, así como a la recanalización espontánea.

Todo esto debe de ser contemplado en el proceso de información o "consejería" que se da al interesado previo a la cirugía con el fin de que no sienta que se le oculta información o se le engaña acerca de la intervención y pueda de esta manera elegir libre y voluntariamente el procedimiento, para que realmente sea una elección libre.

1.4.6. Recomendaciones post-vasectomía

Una vez practicada la vasectomía se le dan indicaciones que deberá llevar a cabo el operado con la finalidad de disminuir y controlar en la medida de lo posible algunas molestias o complicaciones.

Para ello se le recomienda que descance en su domicilio un promedio de 4 horas, mientras tanto debe de aplicarse en la zona de la herida hielo de manera alternada cada 30 minutos. Esto disminuirá la molestia y la hinchazón normal del procedimiento.

Debe evitarse realizar trabajos físicos pesados durante una semana aproximadamente. Y si su trabajo no requiere de dicho esfuerzo, puede retornar a él en los dos días siguientes de la cirugía.

Deberá suspender la actividad sexual durante una semana o menos, según sienta cómodo, y al reanudarla tendrá que hacer uso de un método anticonceptivo ya sea por parte de él o de su pareja. Esto es debido a que el método no es efectivo inmediatamente y quedan aún espermatozoides en el organismo del varón un tiempo más posibilitando un nuevo embarazo.

Estos espermatozoides son desalojados del cuerpo del varón después de tener 25 eyaculaciones o después de pasar 3 meses aproximadamente, esto será según la frecuencia de relaciones sexuales que se tengan.

Se deberá realizar un examen de laboratorio para determinar que ya no existen espermatozoides en el semen eyaculado.

Si después de practicarse más de dos exámenes se detectarán espermatozoides, se requerirá de otra cirugía, pues posiblemente exista una recanalización de los conductos que según Hatcher (1982), puede llegar a suceder en 1 x 1000 casos.

También se recomienda el uso de una trusa más ajustada o suspensorio de tal manera que permita al operado estar en una situación más cómoda. Este suspensorio lo puede usar durante 7 días o el tiempo que juzgue más adecuado.

Se le prescribirán analgésicos y antiinflamatorios que se suministrarán para controlar las molestias normales a la intervención como son dolor e hinchazón.

Una semana después de operado deberá acudir al lugar donde fue intervenido para que se le practique un chequeo y se conozca la evolución de la cirugía practicada y si es necesario, retirar puntadas, aunque con el nuevo procedimiento no se requerirá de esto.

Posteriormente deberá regresar a los 2 ó 3 meses o después de 25 relaciones, lo que ocurra primero, con su examen de laboratorio para comprobar que no existen espermatozoides en el semen que se sigue eyaculando y determinar de esta manera que la operación esta funcionando dándolo de alta.

Solo hasta este momento podrá dejar de usar el método anticonceptivo alternativo recomendado por el médico.

1.4.7. Ventajas

Con respecto a las ventajas, se menciona el aspecto económico, debido a que el llevarlo a cabo puede resultar económico, sobre todo si se práctica en alguna institución del sector salud, la cual ofrece el servicio tanto a personas derechohabientes como a quienes no lo son.

Su sencillez al llevarse a cabo es otra de sus ventajas, así como su efectividad, ya que una vez que se determina que la operación esta funcionando exitosamente, se prescinde de cualquier otro método anticonceptivo en uso hasta ese momento (Population Report, 1987, 1992; Boletín Médico de IPPF, 1993).

Otra de las ventajas es el rápido restablecimiento después de la cirugía, permitiendo reincorporarse a su trabajo casi inmediatamente, además de no requerir hospitalización. Como una de las ventajas principales y que la mayoría de la personas temía y por lo cual no querían operarse; es que no afecta la capacidad sexual, además de permitirles reanudar relaciones sexuales en poco tiempo.

Todo esto permite que exista una actitud mas favorable hacia la vasectomía y que realmente sea un método de elección para aquellas personas con el número de hijos deseado.

Es en todo éste proceso educativo en la que el papel del psicólogo toma relevancia, debido a que implica trabajar con las actitudes que las personas tienen con respecto a su sexualidad, a como la viven y la manejan, área que ha sido manejada como tabú durante muchos años y como tal son dos aspectos en los cuales como profesionales de la psicología contamos con las herramientas necesarias para abordarlas y apoyar de manera más adecuada en el momento de brindar la información con respecto a la elección de un método anticonceptivo.

Con respecto a que son las actitudes, cómo se forman, y sobre todo cómo pueden ser cambiadas y medidas, se abordará en el siguiente capítulo.

1.5 La planeación familiar y la psicología

Para abordar este punto y conocer cuál es el papel que juega el psicólogo en el área de la planeación familiar es conveniente empezar por definir qué es la psicología.

Esta es definida por Villalpando (1983, p. 22 y 23) como “un estudio científico, objetivo y progresivo de la vida anímica del hombre, a partir de la intimidad particular de los sujetos, y que hace posible un empleo provechoso de ese saber en el tratamiento práctico de casos, dentro de la vida social”. Con respecto a lo que es el psicólogo y haciendo alusión a Cerda E, mencionaba que éste es un profesional “que ha adquirido conocimientos y métodos técnicos, que cuando los utiliza e interpreta sus resultados, se coloca en situación ventajosa para conocer a las personas”.

Esta definición nos encasilla más como aplicadores de pruebas psicológicas, y deja de lado las diversas actividades o funciones que podemos desarrollar como profesionistas.

Como se puede observar en la definición proporcionada por Acle T. (En Urbina, 1989, p. 127), que decía que el psicólogo es un “profesionista universitario cuyo objeto de estudio es el comportamiento humano individual y social, que a partir de la investigación de los procesos cognoscitivos afectivos y de su interacción con el entorno, es un promotor del desarrollo humano, consciente de sus responsabilidades éticas para consigo mismo y la sociedad, siendo su función genérica la de intervenir como experto del comportamiento en la promoción del cambio individual y social desde una perspectiva interdisciplinaria”. El cual debe de estar en constante preparación y actualización (Curiel, 1962).

La anterior definición nos da un panorama más amplio con respecto a los diversos campos de acción del trabajo psicológico, el cual se ve enriquecido con el intercambio inter y multidisciplinario que se lleva a cabo en los diferentes ámbitos laborales.

Castañón A. (en Urbina, 1989) con respecto a la identidad del psicólogo decía que no es estática ni un producto acabado sino que es algo que se está constantemente construyendo.

En cuanto a las funciones que puede desempeñar el psicólogo Acle (en Urbina, 1989), mencionaba las siguientes que pueden ser:

La detección, evaluación, planeación, intervención, rehabilitación, investigación, orientación y prevención.

Caracterizando el quehacer profesional del psicólogo por áreas de intervención como fueron: Psicología clínica, del trabajo, educativa, social, jurídica, experimental y psicofisiológica entre otras.

Funciones que se verán interrelacionadas al llevarse a cabo. Así como las actividades profesionales propias del campo de acción en el cual se esté desarrollando en ese momento el psicólogo.

Estos campos o sectores de aplicación del trabajo psicológico están relacionados con las necesidades sociales, correspondientes a la educación, a la producción y consumo, ecología y vivienda, a la organización social y a la salud.

En este último campo de acción, su participación había sido considerada como el de un auxiliar técnico del médico, contribuyendo poco en el aspecto de la prevención, área en la cual tiene mayor relevancia la participación del psicólogo.

Como lo refiere Castaño (en Urbina, 1989, p. 783), el psicólogo tiene que ver en aspectos de la salud no solo a nivel mental, sino en un ámbito más amplio, ya que considera que "La medicina, tanto preventiva como curativa tiene un vasto componente conductual, tanto individual como sociocultural. Los actuales problemas de México, originados por el gran crecimiento demográfico, la modernización con los procesos de urbanización e industrialización y por la pérdida de los equilibrios sociales, tienen sus repercusiones en padecimientos típicos de la época contemporánea. Los servicios y atención de la salud piden una especial atención a la medicina preventiva para grandes núcleos sociales. En esta problemática el psicólogo ya está participando en los programas de salud mental tales como alcoholismo, drogadicción, rehabilitación, higiene mental, desajustes de personalidad, etc.". Y en un futuro formará parte de un equipo de salud comunitaria y en instituciones de seguridad social. Además de participar en áreas como son la atención médica, salubridad, asistencia social, investigación y administración.

Rodríguez (1984, p. 22), mencionaba que esto presuponía que "la salud es el resultado de la interacción armónica del hombre con su medio físico y socioeconómico, dentro de un sistema de educación permanente, donde el enfoque principal tiende a la prevención más que a la curación".

Dentro del área de atención médica, además de las diversas actividades que puede llevar a cabo, se encuentra el campo de la planeación familiar; en la cual se realizan acciones preventivas, promocionales, educacionales, asistenciales y de investigación, como es el caso del presente estudio.

El conjunto de estas acciones permite proporcionar una orientación lo más consciente posible hacia los beneficios que origina la planeación familiar y que permite una mejor relación e integración familiar y social a través de su conocimiento y uso.

Con respecto a las actividades que puede desarrollar el psicólogo dentro del programa de planeación familiar, Castillo (1976), ubicaba varios puntos que eran los siguientes:

a) El de orientar la planeación familiar, utilizando la motivación que es uno de los tres elementos que deben ser contemplados dentro de los programas de éste tipo; según su punto de vista.

El segundo elemento es la enseñanza práctica y difusión efectiva de los anticonceptivos y el tercer elemento corresponde a la práctica adecuada en la realización sexual de la pareja.

b) El de aclarar dudas y/o temores con respecto al uso de la metodología anticonceptiva, a través de la entrevista.

c) Realizar la entrevista de manera individual o por parejas. Para detectar que tipo de motivos son los más frecuentes en el uso de métodos anticonceptivos.

d) Proporcionar atención a los casos peculiares.

e) Evaluar e integrar datos generales del solicitante de métodos definitivos, datos médicos, dinámica familiar, adaptación sexual.

f) Impartir educación sexual

g) Diseñar protocolos de investigación en los programas de planeación familiar.

h) Impartir psicoterapia de apoyo.

i) Llenar expedientes.

Y finalmente, realizar la promoción del servicio.

Como se puede observar son diversas las actividades que puede desarrollar el psicólogo en este campo de la planeación familiar, por tal motivo es importante estar más preparados en esta área de tal manera que se brinde una atención adecuada a las personas que están interesadas en usar algún tipo de métodos anticonceptivos, tomando en cuenta no solo sus necesidades de espaciamiento de los hijos, sino también sus sentimientos con respecto a tener o no hijos, la participación de la pareja en esta decisión, su funcionamiento no solo individual sino de pareja en dicha determinación sobre todo cuando se requiere elegir un método definitivo.

Esto requiere de un cambio de actitudes, para ello es importante revisar brevemente que aspectos están involucrados en dicho proceso, lo cual será abordado en el siguiente capítulo.

CAPITULO 2. ACTITUDES

Las actitudes juegan un papel importante en la predicción de la conducta de las personas ante un determinado objeto: sea persona, animal o cosa, que le permitirán construirse una realidad.

Las actitudes han sido utilizadas como sinónimo de opinión, o creencia, por lo que será conveniente empezar por definir que son estos términos.

Por considerarlo más fácil de abordar se procederá a definir que es una

OPINIÓN: Expresiones verbales de una actitud. (Mckeachie y Doyle, 1978).

CREENCIA: Del latín creer. Firme asentimiento y conformidad con alguna cosa. Asentimiento de una idea de la que no se exige demostración, ya porque sea de sumo indemostrable, ya por la firme convicción del sujeto que la profesa. Se contrapone a la duda y a la evidencia. (Diccionario Salvat Universal, 1969).

Como se puede observar dichas definiciones son un tanto ambiguas y no nos dan una definición clara sobre lo que es una actitud, la cual también ha tratado de ser definida por una gran variedad de autores como se distingue en el siguiente apartado.

2.1. Definiciones

Para abordar este tema será conveniente empezar por definir que son las actitudes, lo cual ha resultado ser un poco complejo, debido a que los autores que han trabajado sobre ello se han encontrado con una gran diversidad de definiciones, para ello basta remitirse a Rodrigues, A. (1976, p. 328-330), el cual para precisar su definición sobre las actitudes; la que conceptualizó como “ Un sentimiento en favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social o cualquier producto de la actividad humana”, se encontró con diferentes conceptos sobre el particular.

Así se encontró que para Thurstone (1928), la *actitud* era “ la intensidad de afecto en favor o en contra de un objeto psicológico”.

Allport (1935), por su parte la concebía como “ un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, y capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que esta relacionado”.

Murphy, Murphy y Newcomb (1935), decían que era “ una respuesta afectiva, relativamente estable, en relación con un objeto”.

Doob (1947), en cambio consideraba que era “ una respuesta implícita, capaz de producir tensión, considerada socialmente significante en la sociedad del individuo”.

Para Krech y Crutchfield (1948), era “ una organización duradera de procesos motivadores, emocionales, perceptivos y cognoscitivos, en relación con el mundo en que se mueve la persona”.

Campbell (1950), decía que era “ la consistencia de la respuesta a objetos sociales”.

Y Smith, Bruner y White (1956), Utilizaban opinión y actitud como sinónimos y definían a la *actitud* como “ una predisposición a experimentar de ciertas formas a una determinada clase de objetos, con un afecto característico; ser motivado en diversas formas por esta clase de objetos; y actuar en forma característica en relación con dichos objetos”.

Por su parte Krech, Crutchfield y Ballacher (1962), consideraban que era “ un sistema duradero de evaluaciones positivas y negativas, sentimientos emocionales y tendencias a favor o en contra en relación con un objeto social”.

A lo que Secord y Backman (1964), decían que eran “ ciertas regularidades en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones del individuo para actuar en relación con algún aspecto de su ambiente”.

Brown (1965), consideraba que era “ Una disposición a actuar cuando aparecen las circunstancias”. Y Sheriff y Sheriff (1965), se refieren a “las posiciones que la persona adopta y aprueba acerca de objetos, controversias, personas, grupos o instituciones”.

Newcomb, Turner y Converse (1965), desde el punto de vista cognitivo, la describen como “ una organización de cogniciones poseedoras de valencias” y desde el punto de vista de la motivación como “ un estado de atención a la representación de un motivo”.

Jones y Gerard (1967), en cambio decían que eran “valores derivados de otros valores que son más básicos o que fueron internalizados con anterioridad en el proceso de desarrollo”.

Por su parte Rockeach (1969), suponía que era “ una organización relativamente duradera de creencias acerca de un objeto o de una situación que predispone a la persona para responder de una determinada forma”.

Así Freedman, Carlsmith y Sears (1970), mencionaban que las *actitudes* eran “Una colección de cogniciones, creencias, opiniones y hechos (conocimientos), incluyendo las evaluaciones (sentimientos) positivas y negativas, todos relacionándose o describiendo a un tema u objeto central “.

Schellenberg (1970), decía que era “Una orientación relativamente duradera en relación con algún objeto de la experiencia”.

Por su parte Rosnow y Robinson (1967), mencionaban que “El término actitud indica la organización que tiene un individuo en cuanto a sus sentimientos, creencias, y predisposiciones a comportarse del modo en que lo hace” (adaptada por Mann, 1970).

Por su lado Triandis (1971), decía que “Es una idea cargada de emoción que predispone un conjunto de acciones a un conjunto particular de situaciones sociales”.

Todas estas definiciones le permitieron a Rodrigues (1976), sintetizar los elementos característicos de las actitudes sociales como son las siguientes:

- a) Es la organización duradera de creencias y cogniciones en general.
- b) La carga afectiva en favor o en contra.
- c) La predisposición a la acción.
- d) La dirección a un objeto social.

Así como a realizar su propia definición sobre las actitudes sociales al considerarla “ como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto”.

Además la clasificó en base a tres elementos que fueron:

- a) El componente cognoscitivo.
- b) El componente afectivo.
- c) El componente conductual.

Estando de acuerdo con la definición propuesta por Rodrigues.

Otro de los autores revisados fue Reich, B y Adcock, Ch (1980), que también hacen una revisión sobre la definición dado por diversos autores, aunque no tan extensiva como el anterior, y observan que cada uno de ellos le dan peso a características tales como sentimientos, conocimientos entre otros. Concordando con los componentes mencionados por el autor anterior.

Por su parte Perlman, y Cozby (1987), retomando a Bem (1970), refieren que las actitudes son los sentimientos buenos o malos hacia determinados objetos. Y que el hecho de que los psicólogos sociales puedan llegar a entender cómo se desarrollan, cambian e influyen en las personas sus actitudes importantes, esto podría permitir entender sus sentimientos menos importantes. Además de permitirnos tener mayores elementos para entender mejor al ser humano y ayudarlo más eficazmente.

Estos autores consideran que las creencias forman parte de las actitudes, debido a que representan la información previa que las personas tienen acerca de un objeto. Ya que a través de las creencias se asocian atributos o características a un objeto.

Por tal motivo, pareciera ser que cambiando las creencias se podrían cambiar las actitudes. Situación que no es tan fácil como parece ser.

Mencionan estos autores tres características acerca de las actitudes las cuales son:

- 1) El que las actitudes sean relativamente permanentes, y por lo tanto estables permitiendo su estudio y medición y con ello la predicción de conductas.
- 2) Son aprendidas. Por lo tanto el proceso de formación y cambio de actitudes puede ser estudiado y si es posible que se desarrollen programas que animen la deseabilidad social de las actitudes, y
- 3) Que influyen en la conducta, por lo que las acciones de la gente son creencias que reflejan sus sentimientos hacia objetos y problemas relevantes.

Estas características permiten que el estudio de las actitudes sea importante de llevar a cabo, sobre todo cuando se requiere lograr un cambio favorable particularmente sobre la vasectomía, como una opción anticonceptiva y como una forma de vida.

Para que esto sea posible en nuestra sociedad mexicana, se requiere de un cambio de actitudes en los papeles tanto femenino como masculino que hasta el momento se habían estado llevando a cabo, de tal manera que la reproducción no sea vista como un signo de masculinidad en el varón.

Por lo que para lograr esto es necesario conocer de que manera se forman las actitudes, para posteriormente cambiarlas y /o modificarlas.

2.2. Componentes de las actitudes

Rodrigues (1976) y Wilson (1980), concuerdan al mencionar que son tres los componentes de las actitudes, los cuales son, como ya se había mencionado anteriormente, El componente Cognoscitivo; que consiste en tener un conocimiento o información previa sobre un objeto o cosa y que dependiendo de la cantidad y calidad de la información que se posea, está determinará nuestra actitud positiva o negativa ante un objeto determinado.

Otro de los componentes es el Afectivo, esto implica que estarán en juego "sentimientos y emociones" a favor o en contra de un objeto determinado y que guardará coherencia con el componente cognoscitivo.

Por último el componente Conductual, se refiere al tipo de comportamiento que se llevará a cabo a raíz de los componentes antes mencionados, pero Wilson refiere

además que esto puede variar por múltiples causas, las cuales fueron estudiadas por Newcomb, Turner y Converse en 1965.

Con respecto a la conducta Triandis (1971), mencionaba que las actitudes involucran aspectos como pensamientos, sentimientos, normas sociales vigentes, hábitos, así como la forma ideal en que a las personas les gustaría comportarse.

Otro de los conceptos que se llegan a relacionar con las actitudes son los valores, que Rodrigues (1976) mencionaba que existían diferencias entre ambos términos, ya que los valores son de manera general.

“La característica de generalidad de los valores y de especificidad de las actitudes, hace que la misma actitud pueda derivarse de dos valores distintos” (p.337).

Además consideraba que las actitudes son “variables intercurrentes, directamente inferibles de hechos observables, y constituyen una organización cognoscitiva duradera que incluye un componente afectivo en favor o en contra de un determinado objeto, y que predispone a la acción”(p. 338).

Por lo tanto no siempre existirá congruencia entre los tres componentes de las actitudes, sobre todo en el conductual.

Wilson (1980), mencionaba que las principales variables de una actitud son el objeto, la dirección e intensidad.

En donde “ el Objeto de una actitud va a ser aquel hacia el cual se dirige la actitud; su tópico, contenido, o “blanco”. El cual puede ser una persona, un grupo..., una institución..., un tipo de persona..., una idea..., o un acontecimiento...el objeto de una actitud puede ser “cualquier cosa que existe para el individuo”(Krech, 1962. p.261).

La Dirección de la actitud se refiere a si esta es favorable o desfavorable.

Y la Intensidad, indica que tan de acuerdo o no se esta con respecto a un objeto determinado, por lo cual esta muy relacionado con la dirección.

Una vez que se han conocido cuales son los elementos de las actitudes, es conveniente pasar a conocer cómo se forman estas, por lo que se tratará en el siguiente apartado.

2.3. Formación de actitudes

El tema de la formación de actitudes ha sido abordado dentro de la psicología social desde diferentes puntos de vista o teorías.

Una de esta teorías es la funcionalista que con Smith, Bruner y White (1956); citados en Rodrigues (1976), como sus exponentes, decían que la formación de actitudes

se daba a partir de cubrir las necesidades de los individuos, de manera que le permitieran ajustarse al medio ambiente en el cual se desenvolvían.

Para ello tomaban en cuenta los factores internos y externos. Refiriéndose que las principales funciones que cumplen las actitudes son tres:

- 1) De evaluación del objeto; que consiste en proporcionar las bases generales que permiten llevar a cabo reacciones específicas en torno a un objeto determinado así como con los diversos objetos con los cuales tiene relación.
- 2) La función de ajuste social, que le permite facilitar y conservar las relaciones más o menos armoniosas con las personas que nos rodean. y por último
- 3) la función de exteriorización, que consiste en llevar a cabo manifestaciones claras que defienden o protegen al Yo de estados de ansiedad provocados por problemas internos.

Katz y Stotland(1959), son otros teóricos funcionalistas que además de coincidir con los anteriores autores, referían que para que se llevará a cabo el establecimiento de las actitudes era necesario tener una base motivacional las cuales eran:

- 1) La actitud cumpliendo una función de ajuste, caracterizándose como un instrumento que permite lograr un objetivo.
- 2) La actitud cumpliendo la función de defensa del Yo, al proteger a la persona contra el reconocimiento de verdades indeseables que pudieran lesionar su personalidad.
- 3) La actitud como una expresión de un valor al que la persona tiene en gran aprecio y del que siente la necesidad de exhibirlo públicamente. Y como último punto motivacional mencionaban que,
- 4) La actitud cumpliendo la función de ordenar el ambiente, de comprender los fenómenos circundantes y de integrarlos en forma coherente.

Otro funcionalista fue Kelman (1961), quién consideraba que para que pudiese llevarse a cabo la formación de actitudes, era necesario tener un cambio de actitudes.

Otra de las teorías encargada de interpretar cómo se lleva a cabo la formación de actitudes, lo constituye el enfoque basado en la noción de la Congruencia Cognoscitiva., quien tiene como principales defensores a Heider, Newcomb, Osgood, Tannenbaum y Festinger.

Estos autores sostienen que para que se lleve a cabo con mayor facilidad y rapidez la formación de actitudes es conveniente que exista una congruencia y armonía, así como tomar en cuenta a la herencia entre las actitudes, ya que de lo contrario sería más difícil que esta se llevará a cabo.

Otro de los autores con esta tendencia fue Rosenberg (1960), quien afirmaba que la existencia de una congruencia entre los componentes cognoscitivo y afectivo permitía la formación de actitudes de una manera duradera y estable, sin provocar tensión, y sin motivar ningún cambio: lo contrario dificultaría la formación de actitudes.

La teoría del Refuerzo fue una manera conductual de explicar como se llevaba a cabo la formación de actitudes; Hovland, Janis y Kelley (1953), en Rodrigues (1976, p.351), referían que “el refuerzo introducido a continuación de la emisión de una conducta tiende a solidificar dicha conducta, así como a la actitud “x” a ella subyacente, mientras que un estímulo adverso tenderá a extinguir la respuesta y, en consecuencia, a imposibilitar la estructuración de una actitud” p.351.

Otro teórico conductual es Doob (1947) en Rodrigues (1976), quien mencionaba que la actitud es una variable intercurrente que se interpone entre un determinado estímulo y la conducta subsecuente.

La consideraba como una respuesta implícita y su formación se da de manera similar al aprendizaje de determinadas respuestas. Existiendo un estímulo que conduce a una respuesta implícita (actitud) y que termina con una conducta explícita.

Perlman y Cozby (1987), también estaban de acuerdo en que la formación de actitudes se daba a través del aprendizaje, pero tomaban mucho en cuenta las creencias (conocimiento) de las personas. Ya que las consideraban como indicadores de la formación de actitudes.

Debido a que las experiencias se adquieren a través de la experiencia personal y directa y a través de otras personas o instituciones; como son la escuela, la iglesia, los medios de comunicación. Estas experiencias van a influir para que se tengan determinadas actitudes ante un objeto específico.

Además de las creencias, consideran que las actitudes se forman también a partir de la exposición simple y el condicionamiento clásico.

Estas diversas posturas teóricas sobre la formación de actitudes, ha permitido tener un panorama más amplio para entender mejor como se lleva a cabo este proceso y de los mecanismos que se encuentran implicados, permitiendo conocer que no es tan fácil el lograr la formación de actitudes y menos aún cambiarlos, sin antes cubrir una serie de necesidades y características para hacerlo posible.

Es por ello que sería de gran importancia para este estudio conocer cómo se llevan a cabo los cambios de actitudes, proceso que se expondrá en el siguiente apartado.

2.4 Cambio de actitudes

Hablar sobre cómo desarrollar o implementar en un individuo o en varios un cambio de actitudes es un tema bastante amplio y que ha captado el interés de la psicología social con diversos fines.

Es así que varios autores han desarrollado teorías que tratan de dar una explicación sobre este fenómeno. Actualmente, gracias a estos estudios se conoce un poco más a fondo los mecanismos que se ven involucrados en dicho proceso.

Wilson (1980), consideraba necesario conocer los pasos para modificar una actitud, ya que podría ser útil para evitar un cambio en nuestra forma de ver las cosas o para que otros cambien sus actitudes a favor de nuestros propios puntos de vista.

Esto nos indica la importancia que tiene para el psicólogo el conocer dichos mecanismos, ya que esto serviría para implementar actividades o programas que fueran de interés no sólo para el individuo, sino para la sociedad en general.

Así es como ahora se conoce que los factores genéticos juegan un papel importante en dicho proceso y que los factores medio ambientales pueden influir para generar resistencias al cambio.

Para Perlman y Cozby (1987) el proceso en el cambio de actitudes es similar al llevado a cabo en la formación de estas, en donde es necesario desarrollar nuevas creencias y cambiar las ya existentes acerca del objeto.

Solo que en este proceso se siguen conservando algunos sentimientos hacia el objeto, lo que puede provocar que se den resistencias ante la nueva información.

Por lo tanto, estos autores consideraban conveniente empezar por cambiar las creencias con respecto a un objeto determinado.

Y estos cambios empiezan a ocurrir en la medida en que existen incongruencias en algunos de los componentes cognitivo, conductual y afectivo. Lo cual se ve más frecuentemente debido a los medios masivos de comunicación (Rodríguez, 1976), que al momento en que se establece la congruencia implica un cambio de actitud.

Para ello mencionan a diversos autores y sus teorías, interesados en el proceso del cambio de creencias, su relación con el cambio de actitudes y las condiciones que facilitan ambos tipos de cambio.

Así tenemos que existe una llamada Teoría del Balance (consistencia), la cual fue ideada por Heider (1944, 1958), el cual planteaba que existía una consistencia entre las creencias, las actitudes y la conducta de un individuo lo cual le permitía mantener un sentido del orden y compatibilidad entre su conciencia, sus sentimientos y acciones de tal manera que le evitaban entrar en tensión.

“Las relaciones balanceadas psicológicamente están postuladas para ser más confortables, estables y resistentes al cambio” (Perlman y Cozby, 1987 p. 93).

Heider sugería que cualquier cambio que se hiciera, sería menos costoso para restaurar el balance de la relación.

Esta teoría ha visto limitado su uso a problemas como el hecho de que no especifica claramente los grados de simpatía hacia el otro sujeto, y para el objeto de la actitud. No indica el proceso a través del cual se lleva a cabo la restauración del Balance en una relación en particular. Así como de dar mucho énfasis a la necesidad de establecer el balance entre los componentes.

Otra teoría que ha contribuido con el estudio de este tema es el de la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva de Festinger (1957, 1964). Que al igual que la Teoría del Balance, se enfoca a mantener la congruencia entre los elementos cognoscitivos, de tal manera que al existir un desacuerdo entre lo que se piensa y lo que se siente, se realizan de inmediato los mecanismos de la nueva actitud implementada para establecer la congruencia, ya sea implementada de manera favorable o desfavorable.

Con esta teoría Festinger trataba de conocer los efectos de la disonancia sobre las creencias, actitudes y conductas de las personas.

Y mencionaba que “experimentamos disonancia posterior a la decisión, después de la mayoría de nuestras decisiones importantes” (Perlman y Cozby, 1987 p. 96).

Sobre todo cuando existen varias alternativas y se tiene que elegir una de ellas, reduciendo de esta manera la disonancia.

Esta teoría se ha aplicado en diversos experimentos. Uno de ellos llamado obediencia inducida en la que a participantes de un experimento, les pagaban diferentes cantidades (1 ó 20 pesos), para que les dijeran a otras personas que el experimento en el que habían participado era muy interesante, aunque esto no fuese verdad. Encontrando que a las personas que les pagaron menos realmente terminaron creyendo que lo era, no así a los que se les había pagado más.

Otro tipo de experimento ha sido llamado exposición selectiva, en la que Festinger postuló que debido a los efectos motivantes de la disonancia, las personas buscaron mejor aquella información que fuera congruente con sus creencias, actitudes y conductas pasadas; evitando aquellas que no lo fueran. Esta idea fue apoyada por Brock y Balloun, 1967; Frey y Wicklund, 1978; Mills, 1965 y fue refutada por Rosen, 1961 y Sears, 1965 en Perlman y Cozby.

Shaffer, 1975 (en Perlman y Cozby, 1987), nos mencionaba los problemas que han limitado su uso y estos han sido:

1.- Que no existe una medición precisa para conocer la motivación disonante;

- 2.- No indica predicciones precisas de cómo reducir la disonancia, y
- 3.- No toma en cuenta las diferencias individuales de la sensibilidad a la disonancia, tolerancia para la disonancia o formas preferidas de reducir la disonancia.

Por lo que ha sido necesaria la investigación sobre el particular, de tal manera que de mayores datos que indiquen como llevar a cabo el cambio de actitudes, pues pareciera ser que con las teorías antes mencionadas, es más fácil lograrlo y esto no es así de sencillo.

Otra de las teorías que se han enfocado al estudio del cambio de actitudes es la Funcional, siendo Katz (1960) su exponente. Quien se interesó por conocer el motivo por el cual existe una resistencia al cambio de actitudes.

Es por ello que sostenía que cada una de las creencias y actitudes individuales cumplen una función al satisfacer necesidades importantes y por tal motivo existe una resistencia a cambiar de actitudes.

Con esta teoría Katz identificó 4 funciones; las cuales fueron formadas a partir de las recompensas y castigos recibidos por acciones pasadas.

- 1.- Función Instrumental: Ayuda a aumentar al máximo las recompensas futuras y a minimizar los castigos futuros.
- 2.- Función de conocimiento: Ayuda a entender e interpretar los eventos que de otra forma sería difícil explicar.
- 3.- Función defensiva del Yo: A través de las cuales los individuos tratan de proteger su propia autoestima y el concepto que tienen de sí mismos.
- 4.- Función de expresión de valores: A través de las cuales los individuos pueden expresar su unidad, identidad y valores.

Lo importante del análisis de estas funciones es que las mismas actitudes pueden desempeñar diversas funciones para diferentes personas.

Por lo que, para que se pueda llevar a cabo un cambio de actitudes es necesario proporcionar medios alternativos que satisfagan estas necesidades, y la simple información no posibilita dicho cambio en las personas.

Uno de los problemas que enfrenta esta teoría es que no ha desarrollado técnicas eficaces que midan las funciones y el hecho de que desempeñen diferentes funciones para una misma persona, hace que la medición sea más problemática y compleja.

Retomando éste enfoque y el de la congruencia, Rokeach, 1968, diseñó una técnica a la que llamó Confrontación de valores, la cual consistió en inducir a las personas

a cambiar la importancia que concedían a ciertos valores, afectando de esta manera su conducta.

Lo cual hacían convenciendo a los sujetos de que las prioridades que asignan a ciertos valores reflejan verdades incomplementarias acerca de ellos mismos.

Sherif y Hovland, 1961 a través de su teoría del Juicio Social, trataron de explicar el porque las personas se resisten a cambiar de actitudes, lo que se da en mayor medida cuando la persona esta bastante "auto implicada" en un tema o situación dada y se le intenta dar información que va en contra de esa situación por lo que forma resistencias hacia el cambio establecido.

Con esta teoría los autores distinguen 3 áreas o latitudes que son:

- 1.- Latitud de aceptación;
- 2.- Latitud de rechazo;
- 3.- Latitud de no compromiso.

Dando mayor peso a las respuestas o declaraciones sobre un determinado problema, lo cual dependerá de las actitudes propias de cada individuo.

Los problemas que ha enfrentado esta teoría es que carece de precisión para efectuar predicciones precisas acerca del cambio de actitudes.

El cambio de actitudes propiamente dicho ha sido objeto de estudio de diversos autores como fueron Carl Hovland, Irving Janis, Harold Kelley y Muzafer Sherif durante los años 1940 y 1950, con el fin de especificar los factores que afectan el éxito de un mensaje persuasivo, cuales son los aspectos específicos de la situación de persuasión y los efectos de las manipulaciones sobre el cambio de actitudes (Perlman y Cozby, 1987).

Dichos estudios permitieron conocer que en el cambio de actitudes son fundamentales tomar en cuenta cuatro componentes principales en el proceso de comunicación: que son la Fuente; el Mensaje; el Medio o conducto y el Auditorio (Wilson, 1980).

Con respecto a la Fuente se determinó que la persona que dirigiera el mensaje debería de cubrir las siguientes características tales como: el de dar la sensación de ser una persona de prestigio con credibilidad, (Wilson, 1980), por su parte Perlman y Cozby (1987), mencionaba que la credibilidad implicaba tener experiencia y confiabilidad; además de tener competencia, ser atractiva, agradable, similar y familiar como son los artistas o personas famosas con quien el público se identifica.

Dando mayor peso a la credibilidad, pues esto implicaría que se llevará a cabo un cambio de actitudes en el sentido deseado con mayor efectividad. Aunque Wilson (1980 p. 276), refería que la credibilidad no es tan importante como lo es el contenido de la

información “ la identidad del comunicador se hace menos importante con el tiempo, en comparación con el contenido de la comunicación misma” , al referir que en muchas ocasiones las características del comunicador no se recuerdan fácilmente como el contenido de la información.

Wilson (1980), indicaba que más fácilmente se producía un cambio de actitudes cuando el público al cual va dirigido el mensaje no sabe que la información es para él; esto es, recibe el mensaje de manera indirecta, lo cual ha sido dado a conocer por Walter y Festinger (1962) y Becker (1965) en Rodrigues (1976).

Hovland, Janis y Kelley (1963) en Rodrigues, mencionaba que es conveniente otorgar reforzamientos e incentivos para lograr un cambio de actitudes.

Otro de los componentes estudiados es el Mensaje, a través del cual se va a determinar la cantidad y la dirección del cambio de actitudes. Dicho componente ha recibido diversas características, debido a que los autores no se han puesto de acuerdo en ellas. Así, para conocer cuales son estas características se retomaran las mencionadas por Rodrigues (1976), que de manera resumida decía que la forma en que sea presentada la información dependerá del tipo de auditorio al que va dirigido el mensaje, así como la finalidad que se persiga con ello.

a) Orden de presentación de los argumentos: Mencionando en primer lugar lo más importante. Para Wilson (1980) lo primero sería comunicar lo más digerible o sencillo, para posteriormente introducir postulados menos atractivos, de tal manera que al emitir un mensaje que sea lo más parecido o aceptable a las actitudes actuales del auditorio, favorecerá que se dé la asimilación y aceptación, mencionando que el grado de discrepancia que tolera el público estará determinado por el grado de compromiso emocional que tenga con el mensaje o su punto de vista.

b) Presentación o no de la conclusión: Esto dependerá del tipo de auditorio y del objetivo que se desee lograr. Hovland y Mandell (1952), establecieron que la presentación de la conclusión es más eficiente cuando la audiencia es poco sofisticada intelectual y educacionalmente. En cambio, con uno no sofisticado puede llegar a ser contraproducente.

c) Comunicación unilateral o bilateral: Esto se refiere a la presentación de argumentos exclusivamente a favor del objetivo a lograr o a incluir, además de los argumentos en contra. Encontrando que resultaba más eficaz una de tipo bilateral en auditorios sofisticados y eruditos y la de tipo unilateral para los menos sofisticados.

Wilson (1980), decía que la presentación de uno o dos puntos de vista dependerá de lo que se quiera cambiar. Es así que los estudios llevados a cabo sobre el particular han encontrado que es preferible la presentación de dos puntos de vista cuando el público ya tiene un punto de vista diferente, y cuando es de un nivel superior de inteligencia. Además de que este tipo de información tiene mayor duración en el recuerdo del sujeto.

Este tipo de mensajes son más eficaces para cambiar las actitudes de los oyentes que están inicialmente en desacuerdo con el mensaje (Hovland, Lumsdaine y Sheffield, 1949), aunque Jones y Brehm, 1970 (en Perlman y Cozby, 1987), creyeron que este tipo de mensajes puede ser considerado como tendencioso o manipulativo.

Un punto de vista es adecuado cuando la comunicación es congruente con las actitudes del público que además poseen inteligencia media ya que fortalecerá sus opiniones (Perlman y Cozby, 1987).

d) Cantidad de cambio intentado: En donde se presentará una posición parecida a la del receptor (latitud de aceptación), Wilson, 1980, comentaba que el mensaje debe de ser lo suficientemente parecido a las actitudes del auditorio para que se logre la asimilación. Una posición muy diferente de la defendida por el receptor (latitud de rechazo) y una posición apenas un poco diferente (latitud de no compromiso), y esta cantidad de cambio dependerá de la credibilidad del comunicador.

e) Argumentación racional o emocional: Esto se refiere a la asociación de un sentimiento; ira, temor o simpatía, a una información real y positiva lo que la hace más eficaz, sobre todo cuando refiere una solución concreta al problema mencionado lo cual no sería así si se hiciera al revés (Wilson, 1980). Esto se observa en auditorios con bajo nivel escolar e intelectual (Rodrigues, 1976).

f) Argumentación racional o atemorizante: Al respecto se han dado controversias con respecto al uso de amenazas dentro del mensaje.

Wilson (1980) mencionaba que su uso debe de ser moderado y suave, ya que de lo contrario se rechazaría el mensaje.

Perlman y Cozby (1987), encontraron diversas opiniones al respecto como fueron: Janis y Feshbach (1983), observaron que un mensaje que ocasiona mucho miedo produce menos cambios de actitudes o de conductas, que un mensaje con menor motivación al mismo.

Por el contrario, para Leventhal y Singer (1966), un mensaje con alto grado de temor era más eficaz.

Por lo que su uso dependerá del cambio de actitud que se quiera lograr.

Otros autores interesados en el tema fueron Mc Guire (1969), quien se enfocó a identificar los procesos psicológicos en que intervienen los efectos del miedo sobre el cambio de actitudes y de la conducta. Encontrando que los mensajes que causaron miedo reducían en el auditorio la atención, debido a que les resultaba aversivo, pero simultáneamente incremento su buena voluntad para aceptar las recomendaciones del orador con el fin de evitar las consecuencias descritas en el mensaje.

“También observó que existe una relación curvilínea entre la excitación al miedo y la persuasión: grados moderados de miedo producirán más cambio de actitud que los

grados bajos, pero los mensajes que causan grados extremos de miedo son tan aversivos que los oyentes los evitaran y no cambiaran sus actitudes” (Perlman y Cozby, 1987, p.108).

Rogers y Mewborn (1976), sugirieron la existencia de tres formas en las cuales un alto grado de temor puede producir mayor obediencia a las recomendaciones dadas por el orador, que los que tienen menor grado de temor.

1) El auditorio puede darse cuenta que el acontecimiento descrito (ejemplo, cáncer en el pulmón), puede ser muy grave;

2) Pueden creer que la susceptibilidad al caso es mayor, y

3) Pueden estar más convencidos de que las recomendaciones (dejar de fumar) serán eficaces si aquello se evita. p. 108 y 109.

Encontrando que el miedo incrementa la intencionalidad de los sujetos para someterse a las recomendaciones.

Por lo que deberán incluirse instrucciones específicas en el mensaje acerca de como llevar a cabo las indicaciones señaladas. Perlman y Cozby (1987), mencionaban que si no conocen qué deben hacer y por qué será eficaz, es posible que no se lleve a cabo un cambio de conducta o de actitud.

Otra característica a tomar en cuenta, según Wilson (1980, p. 278), es el aspecto motivacional, pues nos decía que “Para elevar al máximo la perspectiva de cambio, el contenido de la comunicación deberá también tomar en cuenta el apoyo motivacional que ofrece la actitud original”. Lo ideal será persuadir al auditorio de que la nueva postura responde a las necesidades de satisfacer la postura original, o a los valores básicos que se expresaban en ella.

Otra manera de lograr un cambio de actitud favorable o desfavorable, según sea el caso, es pidiéndole a la persona que defienda activamente una postura diferente a la suya. El llevarlo a la práctica hará que se de en él un cambio de actitud ante esa situación que en un inicio no aceptaba.

Otro aspecto a tomar en cuenta en el cambio de actitudes son las características de la Audiencia.

Al respecto han surgido una infinidad de elementos a considerar, pero esto no quiere decir que son determinantes.

Tales características son: el sexo, la inteligencia, la edad, la autoestima de las personas, tipo de personalidad, afiliación a grupos sociales, educación entre otros (Rodriguez, 1976; Wilson, 1980).

Se ha encontrado que las mujeres se muestran más influenciables con respecto al cambio de actitudes (Wilson, 1980); así como personas con baja autoestima, que son más susceptibles a la comunicación persuasiva; y los que se aíslan socialmente (Rodríguez, 1976).

Janis 1954 en Wilson (1980), encontró que los estudiantes que manifestaban inadecuación social, inhibición de agresión y tendencias depresivas eran más factibles para cambiar de actitudes. En cambio los estudiantes con síntomas neuróticos, como la obsesión, ansiedad e histeria eran relativamente inaccesibles a las comunicaciones persuasivas.

Mc Guire 1968 en Perlman y Cozby; (1987 p. 109), mencionaba que la inteligencia podría tener dos efectos de competencia sobre la persuasión que hace que se "cancelen uno al otro". Por otra parte, las personas inteligentes serían más capaces de entender el mensaje y por ello apreciar el contenido. Aunque por otro lado, también pudieran ser muy críticas, más seguras en sus propias opiniones, o ambas cosas, disminuyendo su susceptibilidad.

Wilson (1980), mencionaba que el hecho de que el público participara de manera activa, facilitaría el cambio de actitudes. Pero si se daba una presión excesiva en pro de la conformidad, provocaría un efecto contrario, disminuyendo el cambio de actitudes.

Los estudios sobre la participación del público y el cambio de actitudes son ejemplos de que el cambio de comportamiento son antecedentes de los cambios de actitud.

También se mencionaba que al existir una incongruencia entre lo que se hace y lo que se piensa, mayor sería el cambio de actitudes. A lo que Wilson (1980 p. 279), mencionaba que "Las actitudes se desarrollan y cambian a medida que van satisfaciendo nuevas e importantes necesidades, motivos y metas: es decir, sirven de instrumento para proporcionar satisfacciones ya sea que esta instrumentalidad se conciba a nivel mental o a nivel fisiológico". Concordando con lo mencionado por la teoría de la disonancia cognoscitiva.

Por lo que se puede observar a lo largo de estos estudios; son diversos los elementos a tomar en cuenta para llevar a cabo un cambio de actitudes, que requieren un conocimiento más profundo sobre el desarrollo del ser humano, área de trabajo del psicólogo.

Una vez conocido estos elementos, es conveniente saber como llevar a cabo la medición de dichos cambios y de que elementos echar mano para comprobar que se han llevado a cabo efectivamente esos cambios. Esto se tratará en el siguiente apartado.

2.5. Medición de actitudes

Como las actitudes no pueden observarse de manera objetiva, los autores interesados en el tema se han preocupado por encontrar mecanismos que les permitan determinar hacia donde se lleva a cabo el cambio de actitudes; si es favorable o desfavorable. Y Han diseñado una serie de métodos indirectos que permitan llevar a cabo una medición de manera sistemática y formal de aquellos elementos que caracterizan a las actitudes.

Aunque Asch (1964), mencionaba que no existían evidencias concretas sobre los criterios que permitieran conocer la validez de cada escala, consideraba que los datos obtenidos a través de ella eran básicamente sociológicos, por lo que creía conveniente llevar a cabo un estudio psicológico de las actitudes. En donde se conociera o se establecieran primero cuales eran las creencias y convicciones de una persona sobre un asunto dado; saber que comprende y que no comprende; cuan amplio o estrecho es su criterio; si es rígido o abierto a nuevas experiencias; si es apático o cínico; si es reflexivo o impreciso y que funciones desempeñaba su actitud.

Para ello desde hace mucho tiempo, psicólogos sociales se han dado a la tarea de diseñar técnicas que permitan hacerlo, y en los que el reporte verbal tiene mucha importancia

Así tenemos que entre las primeras formas de medición está la implementada por Bogardus (1965), la cual es un tipo de escala acumulativa llamada *escala de la distancia social*, que sirve para valorar la aceptabilidad de diversos grupos nacionales o étnicos. Y es considerada como la más simple de las escalas.

Dicha escala consiste en una pregunta tipo que los encuestados contestan mediante la selección de una entre un número de respuestas estándar, graduadas de acuerdo con el nivel de sentimientos favorables.

Cada uno de los miembros responde a una pregunta idéntica. Los resultados obtenidos con la escala proporciona una distribución de la respuesta tipo. Se deduce que los grupos se clasifican de acuerdo al orden de su aceptabilidad.

Los resultados pueden compararse entre diversas poblaciones: además los datos proporcionan una información con respecto a la homogeneidad de las opiniones dentro de una población y de la constancia de los individuos.

Asch (1964), mencionaba que la aplicación repetida de la escala con diferentes intervalos puede suministrar evidencia de la estabilidad y del cambio de la opinión.

Otra forma para medir las actitudes fue la desarrollada por Thurstone (1931), llamada *Escala de intervalos iguales* (Asch, 1964 y Wilson, 1980). Y en la que nos detendremos en revisarla más ampliamente por ser uno de los modelos utilizados en el presente trabajo, junto con el de Likert. Esta consiste en:

a) Recopilar de una amplia variedad de fuentes, un gran número de afirmaciones que representan puntos de vista, favorables como desfavorables sobre el tema de interés.

b) Este conjunto de afirmaciones se dan a un número determinado de jueces, a los cuales se les pide que las coloquen en un continuo de 11 categorías. En la que la categoría 1 corresponde a la postura más desfavorable con respecto al objeto de la actitud; la categoría 11 corresponde a la postura más favorable; y la categoría 6 a la postura media o neutral.

Se instruye a los jueces para que hagan intervalos iguales entre pares adyacentes de categorías, de manera que la diferencia entre las categorías segunda y tercera sea aparentemente igual que la diferencia entre la séptima y octava.

c) Se toma el valor de escala de cada afirmación, que es la medida de las posiciones asignadas a la afirmación por parte de todos los jueces que intervienen.

d) Se escoge una serie de afirmaciones que den una buena gama de valores de escala y que son relativamente claras y categóricas. La ambigüedad se define operacionalmente en función de la gama intercuartil (Q) de la distribución de juicios que se obtuvieron para la afirmación. Una Q baja indica un acuerdo bastante elevado entre los jueces con respecto al valor de escala de una afirmación.

e) Las afirmaciones que pasan el criterio de ambigüedad, se presentan a un segundo grupo de sujetos, más grande, a los cuales se les indica que digan si están o no de acuerdo con las afirmaciones presentadas. Posteriormente se lleva a cabo una confirmación de consistencia interna para asegurarse de que los sujetos que están de acuerdo con una afirmación determinada, no suscriben también otras afirmaciones con valores de escala diferentes. Las afirmaciones que pasan esta prueba cumplen el criterio de relevancia.

El propósito de este procedimiento era suministrar una clasificación de las personas, además de una afirmación cuantitativa del grado de separación que existe entre ellas, en términos de unidades psicológicas en apariencia equivalentes.

Asch (1964), refiere que Thurstone intentaba la existencia de un “punto cero” en donde no exista una actitud discernible.

Pero esto no es posible de lograr ya que siempre existirá una determinada conducta en los individuos.

Likert fue otra de las personas interesadas en una medición más específica de las actitudes, para ello diseñó su propio método en la que no era necesario contar con la presencia de opinantes o jueces para elegir las afirmaciones.

A este procedimiento se le conoce como *Calificaciones sumatorias* (1932), y es considerada como una de las escalas básicas para la mayoría de las investigaciones sobre las actitudes (Wilson, 1980).

Para utilizar una escala de este tipo es necesario:

- 1.- Recoger de diversas fuentes un gran número de afirmaciones de actitudes, procurando que haya una igual cantidad de afirmaciones favorables como desfavorables.
- 2.- Se coloca una escala calificadora a cada afirmación; APRUEBO ENÉRGICAMENTE, APRUEBO, INDECISO, DESAPRUEBO Y DESAPRUEBO ENÉRGICAMENTE. Se le pide a cada sujeto que elija una de ellas, según su opinión para con la afirmación.
- 3.- Se asignan números a cada una de las categorías de calificación, por ejemplo 1-5 ó 5-1, dependiendo del orden de la dirección que tenga la redacción (favorable o desfavorable) de la afirmación. La respuesta a cada afirmación constituye un puntaje cualitativo que oscila entre 1 y 5.
- 4.- Se calcula el resultado total de la escala de actitudes para cada sujeto, sumando los números asignados a todas las categorías seleccionadas.
- 5.- En el proceso de desarrollar la escala se pueden descartar los elementos individuales si no logran correlacionarse en la dirección anticipada con el resultado global de la escala.

Otros métodos de medición de actitudes; que se revisaran de manera general fueron desarrollados por Guttman (1950), a la que llamó *Escala acumulativa ó método de obstáculos sucesivos*. Esta indicaba que si se daba respuesta a un punto determinado, con mayor razón se aceptarían aquellos que estaban a un nivel inferior de dicho punto.

Otro método fue el llamado *Análisis factorial*, que es una técnica de escala multidimensional.

Otra forma fue a través de los *Pulsos de opinión*, que consiste en conocer que opinan las personas en torno a un tema o situación en específico. Y más que las diferencias individuales, se interesan por los acuerdos generales de la muestra seleccionada.

Para lograr representatividad de las muestras pueden recurrir a dos tipos de procedimiento como son: a) Muestreo al azar, que consiste en dar igual oportunidad a cada sujeto de ser elegido y que la mayoría de las veces no sucede así y b) Muestreo por cuotas, en donde se pretende que la muestra elegida tenga características similares a la población en general como es el caso de sexo, edad, ocupación entre otras, que previamente se hayan definido.

Es importante señalar que en este tipo de encuestas se tome en cuenta la forma en que están escritas cada afirmación, de tal manera que no provoquen de antemano la respuesta del sujeto. Una solución ante este tipo de situaciones fue dada por Wilson y Patterson (1968), quienes sugirieron la utilización de frases breves y sin ningún contexto propositivo.

CAPITULO 3. METODOLOGÍA

3.1. Estrategias de investigación

Objetivo. Analizar las actitudes favorables o desfavorables de hombres y mujeres hacia la vasectomía con el fin de sugerir alternativas que posibiliten mayor difusión del procedimiento anticonceptivo como método de planificación familiar en la población mexicana.

Población. Se encuestó a 100 personas que acudían a una clínica de planificación familiar ubicada en la zona norte del D.F., que pertenece a una asociación civil, 50 personas fueron del sexo masculino y las otras 50 del sexo femenino. Sus edades fluctuaron de 25 a 45 años de edad, con diferentes grados de escolaridad y grupos sociales, sus domicilios se ubicaron en diferentes puntos de la Ciudad de México y periferia del área metropolitana.

Criterios de inclusión. Se encuestaron a personas con actividad sexual y que estuvieran usando algún método anticonceptivo y con hijos.

Criterios de exclusión. Personas que no cubran la edad requerida (25 a 45 años), que no tengan actividad sexual y que no usen algún método anticonceptivo.

Tipo de estudio. Fue un estudio descriptivo, comparativo, no manipulativo y transversal, de una población determinada.

Materiales. Se emplearon encuestas previamente elaboradas, plumas y unas tarjetas que tenían impresas las cinco alternativas a responder, TOTALMENTE DE ACUERDO, DE ACUERDO, NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO, EN DESACUERDO Y TOTALMENTE EN DESACUERDO.

Lugar. La mayoría de las veces, se contó con un cubículo bien iluminado y ventilado. Sólo en pocas ocasiones los encuestados pidieron que se les aplicara la encuesta en la sala de espera de la clínica antes mencionada.

Variables. Se tomaron en cuenta las siguientes variables; sexo, edad, estado civil, número de hijos vivos, escolaridad, ingresos mensuales, preferencia religiosa.

Definición de variables

Sexo. Entendiendo por esto aspectos de diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

Edad. Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Estado civil. Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Escolaridad. Duración de los estudios en un centro docente.

Número de hijos vivos. En relación a los hijos engendrados dentro y fuera del matrimonio.

Preferencia religiosa. Inclínación hacia una doctrina religiosa.

Método anticonceptivo utilizado. Se refiere al tipo de método anticonceptivo natural, químico o quirúrgico utilizado antes o durante la encuesta.

3.2 Hipótesis

- 1.- Existen diferencias significativas en las actitudes de hombres y mujeres ante la vasectomía.
- 2.- Existe una actitud más favorable por parte de las mujeres que de los hombres hacia la vasectomía.
- 3.- Las personas jóvenes tendrán más preferencia por la vasectomía.
- 4.- Las personas con más de tres hijos estarán a favor de la vasectomía.
- 5.- Las personas con menor escolaridad aceptarán la vasectomía.
- 6.- Las personas casadas estarán más a favor de la vasectomía.
- 7.- Las personas con escasos recursos económicos tendrán mayor aceptación por la vasectomía.

3.3 Procedimiento

Se elaboró una escala de actitudes sobre la vasectomía, retomando para ello el procedimiento propuesto por Murueta en 1984; basado en las escalas de Thurstone y Likert, el cual constaba de dos fases.

Primera fase

Esta consistió en diseñar 44 reactivos diferentes que contemplaban opiniones valorativas sobre la vasectomía. Se procuró que estas abarcarán los 11 valores propuestos por Thurstone.

Para la elaboración de los reactivos se tomaron en cuenta las opiniones vertidas por las personas que escucharon pláticas sobre la vasectomía, por personas interesadas en el procedimiento y por folletos sobre el particular.

Dichos reactivos se pusieron a la consideración de 20 estudiantes universitarios de ambos sexos de la ENEP IZTACALA, para corroborar que las instrucciones así como los reactivos estuviesen entendibles y corregirlos de ser necesario, antes de exponerlos a la calificación de un conjunto de jueces. A estos estudiantes se les pidió, al igual que se hizo con los jueces (compuesto por estudiantes de los últimos semestres de la carrera de psicología así como pasantes), que estimarán el grado de actitud que una persona tendría

a la vasectomía si la ojera manifestando una opinión como la que aparecía en cada uno de los reactivos presentados. Para ello tenían que asignar todos los valores del 1 al 11. Dando el número 11 a todos aquellos reactivos que fueran *totalmente a favor de la vasectomía*, el número 1 a todos aquellos reactivos que fueran *totalmente en contra de la vasectomía* y el número 6 a todos aquellas reactivos que no estuvieran *ni en contra ni a favor de la vasectomía*.

Se les recordó la importancia de asignar los 11 valores.

Esto permitió que se descartarán aquellos reactivos ambiguos, y sólo se tomarán en cuenta aquellos que hubiesen obtenido consenso en cuanto a un valor asignado. Dos fueron las causas por las cuales se descartaron los reactivos y estos fueron : 1) Por que hubiese muchos reactivos asignados a un mismo valor actitudinal; y 2) Por que un mismo reactivo tuviera asignados valores con una disparidad significativa.

Los reactivos descartados fueron sustituidos por otros de tal manera que siguieran abarcando los 11 valores actitudinales requeridos.

Estos reactivos junto con los que si lograron consenso, fueron utilizados y presentados nuevamente en la segunda fase con instrucciones más claras y precisas con base a la fase I.

Segunda fase

En está fase se contó nuevamente con 44 reactivos; los cuales fueron calificados por 40 jueces de ambos sexos; constituidos por estudiantes de 5o y 8o semestre de la carrera de psicología, así como pasantes de la misma carrera de la ENEP IZTACALA.

A cada uno de ellos se les entregó una lista de los reactivos no numerada, con las siguientes instrucciones:

“A continuación se les presenta una lista de opiniones acerca de la vasectomía, la cuál deberá ser calificada de acuerdo a una serie de valores que van del número 1 al 11. Estos valores se manejan de acuerdo a los siguientes supuestos:

El valor 1 corresponde a opiniones que están Totalmente en Contra de la vasectomía.

El valor 11 corresponde a opiniones Totalmente a Favor de la vasectomía, y El valor 6 corresponde a opiniones que son neutrales hacia la vasectomía; esto es Ni en contra ni a Favor.

En base a lo anterior, usted deberá asignar un valor a cada opinión, utilizando los números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, y 11 respectivamente.”

Esta valoración se hizo en base a la actitud que una persona tendría acerca de la vasectomía si ojera expresar cada uno de los reactivos enlistados. Se daba un ejemplo

con el fin de que quedará más clara la indicación y aclarar las dudas que tuviesen antes de empezar a calificar la escala.

A partir de esta nueva valoración, se eligieron los reactivos definitivos que se utilizarían para aplicar la escala a la población asignada; para ello, se conservaron aquellos reactivos que tuvieron una valoración homogénea y se descartaron aquellos que fueron calificados más heterogéneamente.

Se eligieron sólo 10 reactivos que abarcaran a cada uno de los valores antes mencionados y los demás fueron descartados. Estos valores fueron los siguientes:

- 1.- “ La vasectomía es el peor método anticonceptivo.”
- 2.- “ La vasectomía sólo es justificable en ciertos casos.”
- 3.- “ La vasectomía es más perjudicial que benéfica.”
- 4.- “ Sólo bajo prescripción médica es recomendable la vasectomía.”
- 5.- “ La vasectomía es más riesgosa que la salpingoclasia.”
- 6.- “ La vasectomía es una decisión de pareja.”
- 7.- “ La vasectomía tiene ventajas y desventajas como todos los métodos anticonceptivos.”
- 8.- “ La opinión favorable de la pareja es importante para practicarse la vasectomía.”
- 9.- “ La vasectomía es justificable como método anticonceptivo.”
- 10.- “ La vasectomía es el mejor método anticonceptivo.”

La presentación de estos valores se hizo de manera azarosa y se aplicaron personal e individualmente a la muestra seleccionada, con las siguientes indicaciones:

“A continuación se le presentarán una serie de afirmaciones que deberán ser contestadas de acuerdo a la siguiente escala, según su grado de acuerdo o desacuerdo con ellas.”

Una vez dicho esto, se le entregaba una tarjeta que contenía las cinco opciones de respuesta:

*TOTALMENTE DE ACUERDO.
DE ACUERDO.
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.
EN DESACUERDO.
TOTALMENTE EN DESACUERDO.*

Antes de iniciar a contestar la escala, se le pedían sus datos personales (ver anexo B), posteriormente se le leían las oraciones y se le solicitaba que indicara su grado de acuerdo o desacuerdo con ellas subrayando la respuesta mencionada.

Esta escala se aplicó durante los meses de mayo y junio de 1996, a 50 mujeres y 50 hombres que acudían a la clínica de planificación familiar perteneciente a una

asociación civil de nombre MEXFAM LA VILLA, ubicada en la Col. Tepeyac Insurgentes de la Cd. de México. Encontrando mayor aceptación a contestarla por parte de las mujeres que de los hombres, además de que es conveniente mencionar que a la clínica acuden más mujeres que hombres.

Para ello se abordaba a las personas en la sala de espera, se les explicaba que se estaba llevando a cabo una encuesta o investigación sobre planificación familiar, y se les invitaba a participar en ella, asegurándole que no se le quitaría mucho tiempo. Ya que para muchos de ellos, el tiempo era muy importante debido a que estaban esperando pasar a consulta y temían que fueran llamados mientras contestaban la encuesta. Cuando esto ocurría, acudían a su consulta y posteriormente regresaban a terminar la encuesta.

Si la persona estaba acompañada por su pareja, se les entrevistaba por separado.

A las personas que accedían a participar, se les invitaba a pasar a un cubículo facilitado por la encargada de la clínica con el fin de darle mayor seriedad y privacidad al estudio. Lo cual permitió mayor confianza.

Ya en el cubículo, nuevamente se les informaba sobre la finalidad del estudio y se les indicaba que toda la información que proporcionarían se manejaría confidencialmente y para los fines de la investigación. Que se les leerían unas oraciones y solo tendrían que contestar su grado de acuerdo o desacuerdo con ellas, según las alternativas que estaban impresas en la tarjeta que se les entregaba.

Se hacía un pequeño ensayo y si no había dudas se continuaba con las siguientes oraciones. Subrayando cada una de las respuestas dadas.

La mayoría de las personas accedieron de manera amable a participar en el estudio, solo hubo unas dos o tres personas del sexo masculino que decidieron contestar de manera personal la encuesta en la sala de espera. Una de ellas pregunto por parte de quien se estaba llevando a cabo la investigación y le mencione que por parte de la Universidad, específicamente de la E. N. E. P. IZTACALA, de la carrera de psicología, contestada su pregunta no tuvo inconveniente en contestar la encuesta.

Algunas de las mujeres encuestadas decían que esta información debería de llegar más a los hombres, pues son los más renuentes.

Forma de tabulación

Para llevar a cabo la tabulación de los datos y encontrar el valor actitudinal de cada participante, se recurrió al método propuesto por Murueta (1984), para obtener dicho valor y que consistió en la siguiente fórmula:

$$ACT = \frac{(1 + X) + (11 - Y) \pm (V)}{2}$$

En donde **X** corresponde a la suma de las calificaciones encontradas en los valores del 1 al 5, lo cual indica las actitudes en contra de la vasectomía.

La letra **Y** corresponde a la suma de las calificaciones encontradas en los valores del 7 al 11, lo que indica actitudes a favor de la vasectomía.

Y finalmente la letra **V** corresponde a la calificación que se encuentra en el valor 6, lo que nos indica una actitud neutral hacia la vasectomía.

Este valor se vio afectado de manera positiva o negativa, según la tendencia más fuerte de los datos anteriores.

"Si la tendencia era hacia el número 1, la calificación de este valor se restaría a 11 conjuntamente con los valores del 7 al 11, y, por el contrario, si la tendencia era hacia el número 11, la calificación del valor 6 se sumaba a 1 conjuntamente con las calificaciones de los valores 1 a 5."

Para desarrollar esta fórmula lo primero que se hizo fue enlistar cada uno de los valores, así como su correspondiente reactivo, quedando de la siguiente manera:

VALORES	REACTIVOS
1	10
2	0
3	0
4	4,9
5	3,6
6	2,5
7	1
8	8
9	0
10	0
11	7

Cuadro 2. reactivos asignados a cada valor.

Una vez hecho esto, se procedió a calificar cada reactivo de la encuesta de acuerdo a la siguiente tabla de valores hecha para este fin, por el autor antes mencionado, y en la que se empleó una combinación de letras con un valor específico para cada una de ellas, de manera que se abarcara la mayor cantidad de combinaciones posibles.

COMBINACIÓN	VALOR	COMBINACIÓN	VALOR
A - A	0	B - E	1.25
A - B	0.25	C - C	1
A - C	0.5	C - D	1.25
A - D	0.75	C - E	1.5
A - E	1	D - D	1.5
B - B	0.5	D - E	1.75
B - C	0.75	E - E	2
B - D	1		

Con estas calificaciones se procedió a sustituir y desarrollar la fórmula antes mencionada y así obtener el valor actitudinal de cada sujeto encuestado.

Estos valores se agruparon por sexo y se promediaron, obteniendo así una actitud promedio por cada sexo lo que permitió observar las diferencias existentes entre ambos grupos.

La variación de las muestras se midió a través del estadístico Chi 2.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS.

4.1. Características de la población

Fueron personas de ambos sexos. El 46 % de las mujeres estuvieron dentro de un rango de edad de 25 a 30 años lo que las ubica como una población joven, sólo el 8 % se ubicó en un rango de 41 a 45 años de edad. Los hombres en cambio se ubicaron el 36 % en un rango de edad de 31 a 35 años y el 32 % entre un rango de 36 a 40 años. Esto se puede observar más claramente en la tabla 1.

RANGO DE EDAD	% DE MUJERES	% DE HOMBRES
25 A 30 años	46 %	16 %
31 a 35 años	20 %	36 %
36 a 40 años	26 %	32 %
41 a 45 años	8 %	16 %
TOTAL	100%	100%

Tabla 1. Porcentaje de hombres y mujeres por rango de edad.

Estado civil

Con respecto al estado civil de los encuestados se encontró que la mayoría de ellos eran casados: el 92 % de las mujeres y el 82 % de los hombres. Esto se puede observar en la tabla 2.

ESTADO CIVIL	% MUJERES	% HOMBRES
CASADOS	92 %	82 %
UNIÓN LIBRE	6 %	16 %
M. SOLTERA	2 %	0 %
SEPARADO	0 %	2 %
TOTAL	100%	100%

Tabla 2. Porcentaje de hombres y mujeres con respecto al estado civil.

Escolaridad

Se encontró que el 22 % de las mujeres tienen estudios de secundaria, el 18 % la primaria, el 16 % carreras comerciales y sólo el 14 % de ellas tienen carreras a nivel licenciatura. En cambio, en los hombres se encontró que el 32 % tienen carreras a nivel licenciatura, el 24 % nivel secundaria y el 16 % preparatoria. Esto lo podemos apreciar en la tabla 3.

ESCOLARIDAD	% MUJERES	% HOMBRES
NINGUNO	2 %	0 %
PRIMARIA	18 %	4 %
SECUNDARIA	22 %	24 %
COMERCIO	16 %	0 %
TÉCNICO	6 %	2 %
PREPARATORIA	6 %	16 %
LICENCIATURA	14 %	32 %
DESCONOCIDO	16 %	22 %
TOTAL	100 %	100%

Tabla 3. Porcentaje de escolaridad en la población encuestada.

Número de hijos vivos

Se observó que la mayoría de las personas encuestadas tienen 2 hijos vivos; el 42 % de las mujeres tienen 2 hijos y un 24 % tienen 3, el 52 % de los hombres tienen 2 hijos y un 18 % tienen 1 hijo vivo, sólo un 4 % mencionó tener 6 ó más hijos ver tabla 4.

HIJOS	% DE MUJERES	% DE HOMBRES
1	22 %	18 %
2	42 %	52 %
3	24 %	16 %
4	6 %	8 %
5	6 %	2 %
6 o más	0 %	4 %
TOTAL	100%	100%

Tabla 4. Porcentaje de hombres y mujeres que tuvieron de 1 o más hijos.

Ocupación

La principal ocupación de las mujeres fue el hogar (76%) y el 12 % es empleada y el 6 % se dedican al comercio o a su profesión respectivamente, en los hombres el 42 % es empleado y el 28 % es profesionista (ver tabla 5).

OCUPACIÓN	% MUJERES	% HOMBRES
AMA DE CASA	76 %	0 %
POLICÍA AUXILIAR	0 %	18 %
EMPLEADO	12 %	42 %
COMERCIANTE	6 %	10 %
PROFESIONISTA	6 %	28 %
OTRA	0%	2%
TOTAL	100 %	100%

Tabla 5. Porcentaje de acuerdo a la ocupación de la población encuestada.

Ingreso mensual

El nivel de ingresos en el 54 % de las mujeres fue de 500 a 1000 pesos mensuales, el 12 % percibía entre 1000 y 2000 , sólo el 2 % percibían entre 2000 y 2500 y entre 3000 y 3500 respectivamente, los varones en cambio, se encontró que el 26 % de ellos perciben más de 4501 pesos y un 22 % percibe un salario de aproximadamente 1001 a 1500 pesos , un 16 % un salario de 1500 a 2000 pesos mensuales Teniendo ellos en comparación con las mujeres encuestadas, un mayor poder adquisitivo. Ver tabla 6.

RANGO INGRESOS	% MUJERES	% HOMBRES
DE 500 A 1000 PESOS	54 %	8 %
DE 1001 A 1500 PESOS	12 %	22 %
DE 1501 A 2000 PESOS	12 %	16 %
DE 2001 A 2500 PESOS	2 %	4 %
DE 2501 A 3000 PESOS	8 %	6 %
DE 3001 A 3500 PESOS	2 %	4 %
DE 3501 A 4000 PESOS	4 %	10 %
DE 4001 A 4500 PESOS	0 %	4 %
MAS DE 4501 PESOS	4 %	26 %
DESCONOCIDO	2 %	0 %
TOTAL	100 %	100 %

Tabla 6. Porcentaje de hombres y mujeres con respecto al ingreso mensual.

Preferencia religiosa

Se encontró que la religión católica predominó en la mayoría de los encuestados: El 90 % para las mujeres y el 86 % en los hombres (tabla 7).

RELIGIÓN	% MUJERES	% HOMBRES
CATÓLICA	90 %	86 %
EVANGÉLICA	6 %	4 %
TESTIGOS DE JEHOVÁ	2 %	0 %
PROTESTANTE	2 %	8 %
OTRA	0 %	2 %
TOTAL	100 %	100 %

Tabla 7. Porcentaje de hombres y mujeres de acuerdo a su preferencia religiosa.

Método anticonceptivo utilizado

En cuanto a los métodos anticonceptivos usados, se observó que el 36 % de las mujeres usaban el dispositivo, el 30 % ya estaba operada y el 18 % usaban pastillas anticonceptivas, En cambio en los hombres, el 30 % usaban el condón, el 20 % su esposa

era la que utilizaba el dispositivo y el 18 % de sus esposas eran las que estaban operadas, solo el 4 % de ellos estaban operados.

MÉTODO	% MUJERES	% HOMBRES
NINGUNO	0 %	6 %
NATURALES	2 %	16 %
CONDÓN	4 %	30 %
PASTILLAS	18 %	6 %
INYECTABLES	8 %	0%
DISPOSITIVO	36 %	20 %
SALPINGOCLASIA	30 %	18 %
VASECTOMÍA	2 %	4 %
TOTAL	100 %	100 %

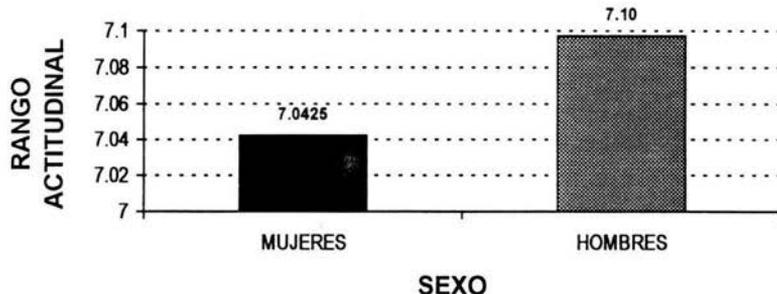
Tabla 8. Porcentaje de hombres y mujeres que usan métodos anticonceptivos.

4.2. Actitudes de la población

Con respecto a las actitudes encontradas en la población encuestada, esta se determinó para cada participante de acuerdo al método antes mencionado en la sección "Forma de tabulación" de éste escrito. Al hacer el análisis comparativo entre ambos grupos se observó que la actitud hacia la vasectomía por parte de ellos, indica que están ligeramente inclinados a favor de dicho procedimiento.

Esto se puede apreciar en la figura 1, en la que se hace una comparación entre las actitudes encontradas en hombres y en mujeres acerca de la vasectomía.

FIGURA 1. Comparación del valor promedio actitudinal hacia la vasectomía entre mujeres y hombres.

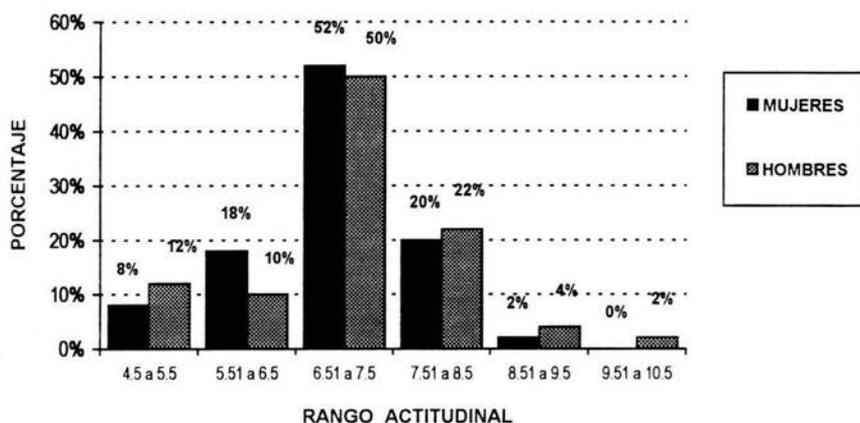


En donde la actitud promedio de los varones fue de 7.0973, y el de las mujeres de 7.0425.

También se observa que los varones se mostraron más ligeramente a favor de la vasectomía en comparación con las mujeres. Pero esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Para tener una idea más clara acerca de las actitudes mostradas por los encuestados, se clasificaron los datos en seis rangos actitudinales que se muestran en la figura 2:

FIGURA 2. Rango de valores actitudinales hacia la vasectomía por sexo.



En dicha figura se puede observar que el 52 % de las mujeres y el 50 % de los hombres del estudio mostraron una actitud ligeramente favorable hacia la vasectomía. El 22 % de los hombres tuvo una actitud más ligeramente a favor de la vasectomía, en cambio en las mujeres solo se registró un 20 %. Fueron neutrales el 18 % de las mujeres y el 10 % de los hombres. Con una actitud ligeramente en contra de la vasectomía se registró al 12 % de los hombres y al 8 % de las mujeres.

En menor porcentaje se observaron las actitudes con mayor aceptación hacia la vasectomía; el 2 % de los hombres fueron los únicos que se mostraron más a favor de la vasectomía.

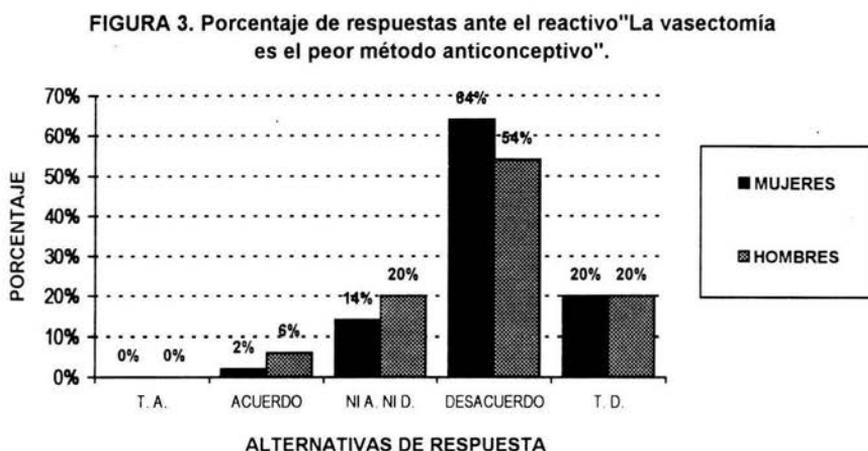
Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

4.3. Codificación de resultados por cada valor

Esta información permite conocer de manera más específica cada uno de los resultados proporcionados por cada sexo ante cada uno de los reactivos evaluados.

Para ello se ilustrará gráficamente cada valor.

VALOR 1: Qué indica una actitud totalmente en contra de la vasectomía. “La vasectomía es el peor método anticonceptivo”. Se encontró lo siguiente (fig. 3).

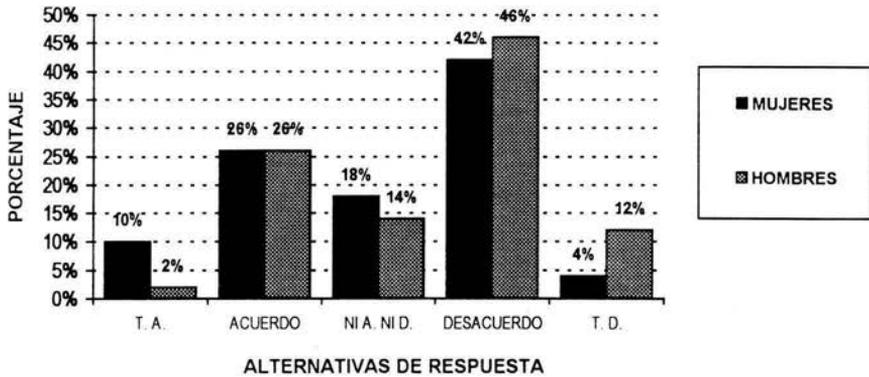


Ante el reactivo “ La vasectomía es el peor método anticonceptivo”, se observó que el 64 % de las mujeres y el 54 % de los hombres se mostraron en desacuerdo. El 20 % de ambos sexos se mostraron totalmente en desacuerdo. Fueron neutrales el 20 % de los hombres y el 14 % de las mujeres. En menor porcentaje las personas que se mostraron de acuerdo con este reactivo. Por lo que más de la mitad de las personas encuestadas; 84 % de las mujeres y el 74 % de los hombres mostraron una actitud en desacuerdo con dicha oración y sólo el 6 % de los hombres y el 2 % de las mujeres se mostraron de acuerdo con ella.

No se contó con los reactivos para los VALORES 2 y 3 (ver cuadro 2), por lo tanto se evaluó el VALOR 4 que indica una actitud ligeramente en contra de la vasectomía. Este valor contó con 2 reactivos que fueron:

VALOR 4 A: “La vasectomía sólo es justificable en ciertos casos”. Ver figura 4.

FIGURA 4. Porcentaje de respuestas ante el reactivo "La vasectomía solo es justificable en ciertos casos".

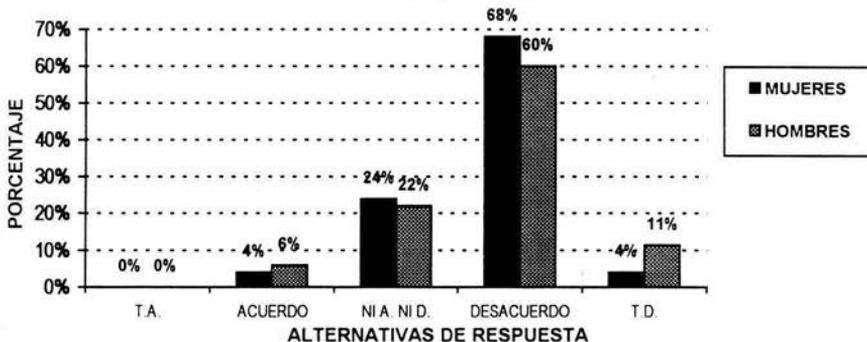


Ante este reactivo se encontró que el 46 % de los hombres y el 42 % de las mujeres se mostraron en desacuerdo. De acuerdo con ella estuvieron el 26 % de ambos sexos y de manera neutral el 18 % de las mujeres y el 14 % de los hombre. En cambio, se mostraron totalmente en desacuerdo el 12 % de los hombres y el 4 % de las mujeres.

Por lo tanto el 46 % de las mujeres y el 58% de los hombres se mostró en desacuerdo con el reactivo y el 36% de las mujeres y el 28 % de los hombres se manifestaron de acuerdo con ella.

Y el otro reactivo que evalúa el VALOR 4 B: "La vasectomía es más perjudicial que benéfica" (ver figura 5).

FIGURA 5 - Porcentaje de respuestas ante el reactivo "La vasectomía es más perjudicial que benéfica".



Con esta figura se puede observar que el 68 % de mujeres y el 60% de los hombres se mostraron en desacuerdo con el reactivo “La vasectomía es más perjudicial que benéfica”.

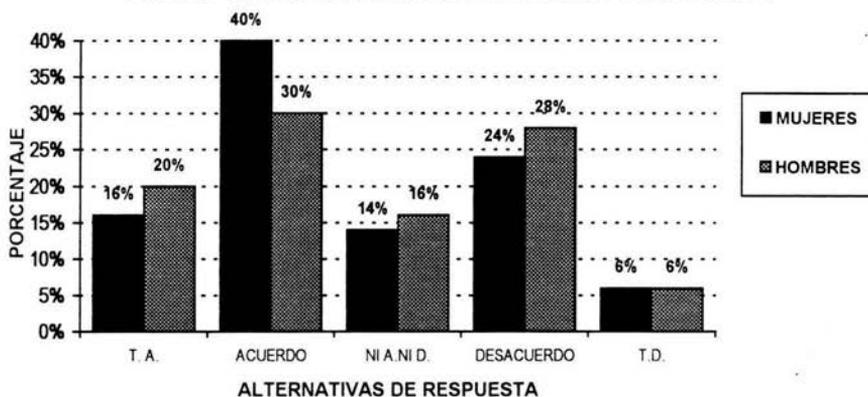
El 24 % de las mujeres y el 22 % de los hombres no estuvieron ni de acuerdo ni en desacuerdo con ello. Y el 0 % de ambos sexos no consideran que la vasectomía sea más perjudicial que benéfica.

Por lo que se puede observar que la mayoría de las personas encuestadas estuvo en desacuerdo con el reactivo planteado y no consideraron que la vasectomía fuese más perjudicial que benéfica.

VALOR 5: Que indica una actitud menos en contra de la vasectomía, también contó con dos reactivos que fueron:

VALOR 5 A: “ Sólo bajo prescripción médica es recomendable la vasectomía” (fig.6).

FIGURA 6. Porcentaje de respuestas ante el reactivo “Sólo bajo prescripción médica es recomendable la vasectomía”.



Esta figura permite observar que 40 % de las mujeres y el 30 % de los hombres están de acuerdo en considerar que la vasectomía es recomendable sólo si es hecho bajo prescripción médica. El 28 % de los hombres y el 24 % de las mujeres en cambio están en desacuerdo con ello y el 16 % de los hombres y el 14 % de las mujeres no están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

VALOR 5 B: “ La vasectomía es más riesgosa que la salpingoclasia”. Ver figura 7.

FIGURA 7. Porcentaje de respuestas ante el reactivo "La vasectomía es más riesgosa que la salpingoclasia".

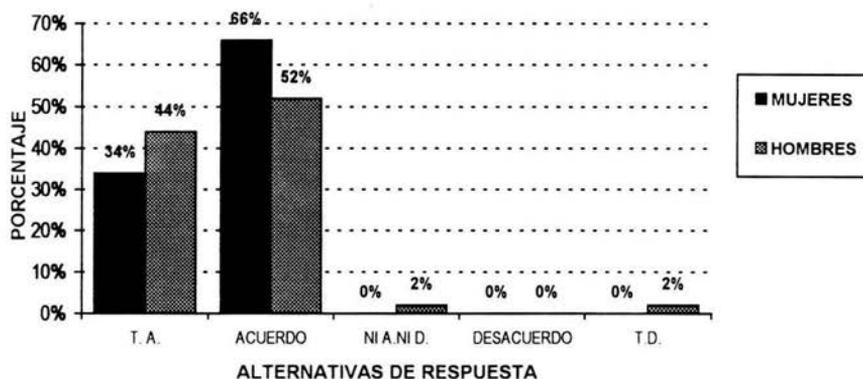


En la figura 7 se puede apreciar que la mayoría de los encuestados; el 62 % de las mujeres y el 60 % de los hombres estuvieron en desacuerdo al considerar que la vasectomía sea más riesgosa que la salpingoclasia. El 28 % de los hombres y el 20 % de las mujeres manifestaron no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo con ella. Solo en mínima proporción estuvieron totalmente de acuerdo con ella el 2 % de las mujeres, quienes manifestaron lo anterior al considerar que la vasectomía implica más riesgos que la operación practicada a la mujer llamada salpingoclasia.

VALOR 6: Este valor indica una actitud neutral con respecto a la vasectomía. Contó con dos reactivos que fueron:

VALOR 6 A: "La vasectomía es una decisión de pareja". Ver figura 8.

FIGURA 8. Porcentaje de respuestas ante el reactivo "La vasectomía es una decisión de pareja".

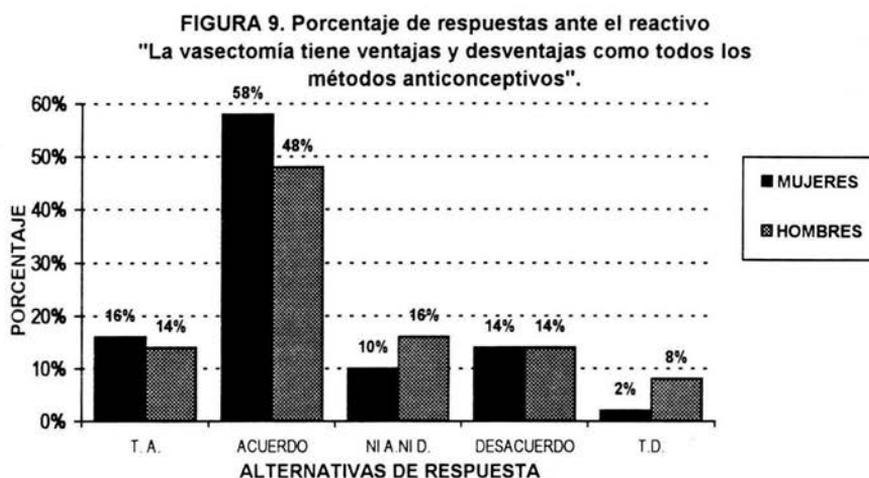


En esta figura se puede observar que el 66 % de las mujeres y el 52 % de los hombres se mostraron de acuerdo con el reactivo mencionado. Estuvieron totalmente de acuerdo el 44 % de los hombres y el 34 % de las mujeres. Sólo el 2 % de los hombres se

mostraron totalmente en desacuerdo y neutrales respectivamente al considerar que la vasectomía sea una decisión de pareja.

Por lo que se observa que este reactivo obtuvo mayor aceptación por parte de ambos sexos, aunque esta diferencia no fue muy significativa.

El otro reactivo para el VALOR 6 fue; VALOR 6 B: " La vasectomía tiene ventajas y desventajas como todos los métodos anticonceptivos". Ver fig. 9.

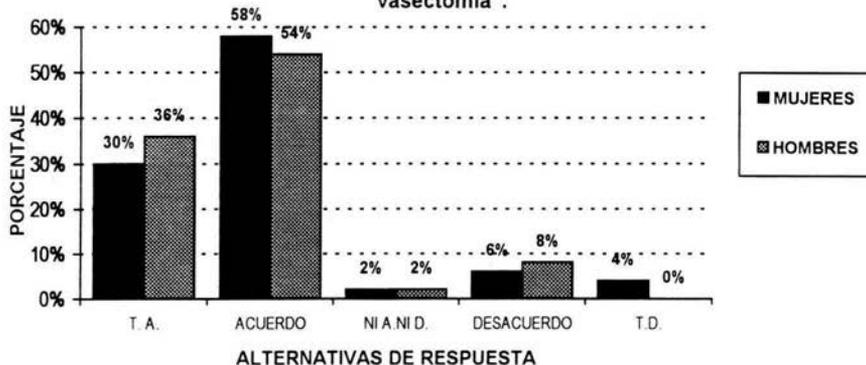


Ante esta opción se puede observar que el 58 % de las mujeres y el 48 % de los hombres se mostraron de acuerdo con ella. El 16 % de las mujeres y el 14 % de los hombres indicaron estar totalmente de acuerdo. El 14 % de ambos sexos estuvieron en desacuerdo en considerar que la vasectomía tiene ventajas y desventajas como todos los métodos anticonceptivos.

Por lo que se puede ver que más de la mitad de las personas encuestadas saben que como toda cirugía tiene ventajas y desventajas. Ahora faltaría saber si conocen cuales son estos.

VALOR 7: Este valor indica una actitud muy ligeramente favorable hacia la vasectomía. "La opinión favorable de la pareja es importante para practicarse la vasectomía". Ver figura 10.

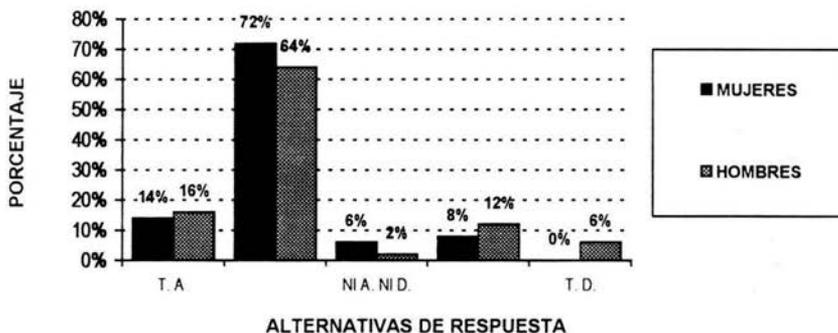
FIGURA 10. Porcentaje de respuestas ante el reactivo "La opinion favorable de la pareja es importante para practicarse la vasectomia".



Se encontró que el 58 % de las mujeres y el 54 % de los hombres manifestaron estar de acuerdo en considerar que es importante tomar en cuenta la opinión favorable de la pareja para practicarse la vasectomía. El 36 % de los hombres y el 30 % de las mujeres se mostraron totalmente de acuerdo con el reactivo. Esto nos indica que el 90 % de los hombres y el 88 % de las mujeres se mostraron de acuerdo con el reactivo; en lo que para la mayoría de los encuestados fue importante contar con el apoyo de la pareja para decidirse a practicar la vasectomía. Mínimas fueron las personas que se mostraron neutrales o en desacuerdo con ella.

VALOR 8: Indica una actitud ligeramente favorable hacia la vasectomía. " La Vasectomía es justificable como método anticonceptivo". Ver figura 11.

FIGURA 11. Porcentaje de respuestas ante el reactivo " La Vasectomía es justificable como método anticonceptivo"



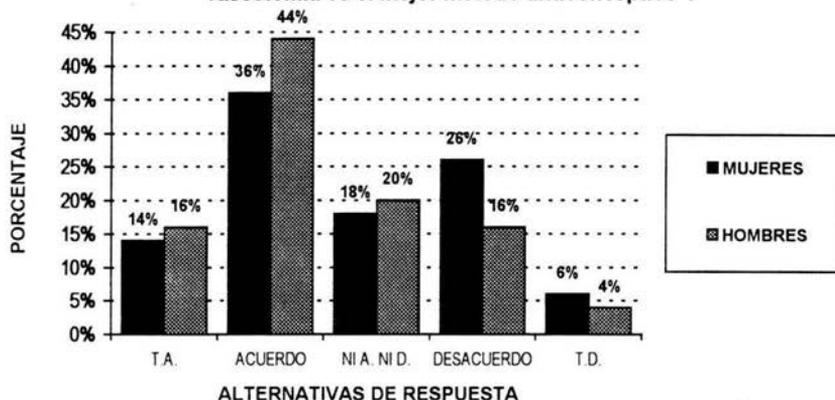
En esta figura se puede apreciar que el 72 % de las mujeres y el 64 % de los hombres se manifestaron de acuerdo en considerar que la vasectomía es justificable como

método anticonceptivo. El 16 % de los hombres y el 14 % de las mujeres se mostraron totalmente de acuerdo. Sólo el 12 % de los hombres y el 8 % de las mujeres estuvieron en desacuerdo. Por lo que se puede observar que son más las personas que están a favor de la vasectomía (el 86% de las mujeres y el 80 % de los hombres).

No hubo reactivos para los VALORES 9 y 10 (ver cuadro 2).

VALOR 11. Indica una actitud totalmente a favor de la vasectomía. Se contó con un reactivo que fue: **"La vasectomía es el mejor método anticonceptivo"** (ver figura 12).

FIGURA 12. Porcentaje de respuestas ante el reactivo "La vasectomía es el mejor método anticonceptivo".



A través de esta figura se puede observar que el 44 % de los hombres y el 36 % de las mujeres encuestadas se mostraron de acuerdo con el reactivo antes señalado. El 26 % de las mujeres y el 16 % de los hombres se mostraron en desacuerdo con ella. El 20 % de los hombres y el 18 % de las mujeres en cambio se mostraron neutrales.

Por lo que el 60 % de los hombres y el 50 % de las mujeres se mostraron de acuerdo y el 32 % de las mujeres y el 20 % de los hombres estuvieron en desacuerdo.

Se observa que son más las mujeres que tienen una actitud desfavorable hacia la vasectomía. Aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa.

4.4. Relación entre variables

Al llevar a cabo la relación entre variables, con el fin de conocer la relación existente de cada uno de ellos y el rango actitudinal, se encontró que con respecto a la variable **sexo y rango actitudinal**, no existen diferencias significativas entre ambos sexos, como se pudo observar en las figuras 1 y 2.

Ambos grupos se ubicaron en el valor 7, lo cual indica una actitud ligeramente favorable hacia la vasectomía; las mujeres obtuvieron un rango actitudinal de 7.0425 y los hombres de 7.0973, como ya se había mencionado anteriormente.

Con respecto a la variable **edad y rango actitudinal** (ver tabla 9), se cuantificaron los datos en cuatro grupos que fueron los siguientes: 25 a 30 años, 31 a 35 años, 36 a 40, y 41 a 45 años de edad respectivamente.

RANGO DE EDAD	MUJERES		HOMBRES	
	Porcentaje	R. Actitud	Porcentaje	R. Actitud
25 a 30 años	46 %	6.9239	16 %	7.1875
31 a 35 años	20 %	7.225	36 %	6.9927
36 a 40 años	26 %	7	32 %	6.921
41 a 45 años	8 %	7.4062	16 %	7.593
TOTAL	100 %		100 %	

Tabla 9. Relación entre la edad y el rango actitudinal.

Estos datos permiten observar que en ambos sexos en el grupo de edad de 41 a 45 años, existe mayor aceptación hacia la vasectomía 7.4062 en las mujeres y 7.593 en los hombres. Seguidos por las mujeres de 31 a 35 años (7.225) y los hombres entre 25 a 30 años de edad (7.1875). Estos datos no muestran diferencias significativas entre cada rango de edad.

De manera individual, en las mujeres se observó que existe menor aceptación hacia la vasectomía en el rango de edad de 25 a 30 años y mayor aceptación de los 41 a 45 años de edad. En cambio en los varones se observó que la menor preferencia se da en el rango de 36 a 40 años y la mayor preferencia en el rango de 41 a 45 años.

En cuanto a la variable **Estado Civil y rango actitudinal** (ver tabla 10); en que se tomó en cuenta a las personas casadas o en unión libre (hubo una madre soltera y un hombre divorciado); se encontró que la persona que no mantenía una relación estable (madre soltera) manifestó una actitud más favorable a la vasectomía (7.375) seguida por las mujeres casadas que representaban a la mayoría de la muestra estudiada y que tuvieron una actitud favorable de 7.0489. Con respecto a los hombres se encontró que los hombres casados que representaron al 82 % manifestaron una actitud más favorable hacia la vasectomía (7.338) seguidos por la persona que dijo ser divorciado el cual tuvo una actitud de 7.125.

ESTADO CIVIL	MUJERES		HOMBRES	
	Porcentaje	R. Actitud	Porcentaje	R. Actitud
CASADOS	92%	7.0489	82 %	7.338
UNIÓN LIBRE	6 %	6.833	16 %	6.75
OTRO	2 %	7.375	2 %	7.125
TOTAL	100 %		100 %	

Tabla 10. Comparación entre el estado civil y el rango actitudinal.

De manera comparativa se observó que las mujeres tienen ligeramente mayor preferencia por la vasectomía que los hombres.

No hubo diferencias significativas entre el estado civil y el sexo, sólo se encontraron diferencias significativas entre esta variable de estado civil y dos reactivos: “La vasectomía es una decisión de pareja”, en donde se encontró un nivel de significancia de .00 con 6 grados de libertad y 50.46005 de Person. Y “La vasectomía es más perjudicial que la salpingoclasia”, con un nivel de significancia de .053, con 1 grado de libertad y 3.73888 de Person.

En la variable de **Religión y rango actitudinal** (tabla 11), este rubro se dividió en cuatro grupos que fueron: Católicos, Evangélicos, Sin creencia religiosa y Otros.

PREF RELIGIOSA	MUJERES		HOMBRES	
	Porcentaje	R. Actitud	Porcentaje	R. Actitud
CATÓLICOS	90 %	7.0484	86 %	7.0840
EVANGÉLICOS	6 %	7	4 %	7.625
SIN CREENCIA	0 %	0	2 %	6.8437
OTROS	4 %	7.0675	8 %	7.625
TOTAL	100%		100 %	

Tabla 11. Comparación entre la preferencia religiosa y el rango actitudinal hacia la vasectomía.

Se encontró que la preferencia religiosa no influye negativamente en la actitud de las personas encuestadas, las cuales manifestaron una actitud ligeramente a favor de la vasectomía.

Se observó que las personas con creencias religiosas diferentes a la católica, se mostraron ligeramente más a favor de la vasectomía, sobre todo en los hombres. Las personas varones que dijeron no tener preferencia religiosa se mostraron menos favorables hacia la vasectomía al obtener una actitud de 6.8437. No hubo diferencias significativas entre los grupos.

De manera comparativa entre los sexos se encontró que las mujeres evangélicas se mostraron ligeramente menos a favor de la vasectomía (7) que aquellas que profesan otra religión como son las testigos de Jehová (7.0675). En cambio en los hombres se observó que los que se manifestaron con menor preferencia fueron los que no tienen preferencia religiosa (6.843) y en cambio aquellos que dijeron ser evangélicos y otros mostraron mayor preferencia hacia la vasectomía (7.625).

Esta variable tuvo diferencias significativas con 4 reactivos que fueron: “La vasectomía es una decisión de pareja”, que tuvo un nivel de significancia de .000, con 9 grados de libertad y 49.99697 de Person; “Sólo bajo prescripción médica es recomendable la vasectomía”, que tuvo un nivel de significancia de .010, con 12 grados de libertad y 26.07837 de Person; “La vasectomía tiene ventajas y desventajas como

todos los métodos anticonceptivos”, que tuvo un nivel de significancia de .018, con 12 grados de libertad y 24.229 de Person y “La vasectomía es justificable como método anticonceptivo” que tuvo un nivel de significancia de .00 con 12 g.l. y 34.56 de Person.

En cuanto a la **Escolaridad y el rango actitudinal** (tabla 12) de los participantes, se encontró que las mujeres con nivel licenciatura se mostraron más a favor de la vasectomía (7.5178), seguidas por las que tenían nivel de secundaria (7.2272). Las mujeres que manifestaron menor preferencia fueron las de nivel primaria (6.666) al igual que los hombres del mismo nivel (6.5). Con los hombres se observó que los que tenían nivel técnico tuvieron mayor aceptación hacia la vasectomía (7.75); seguidos por los de preparatoria (7.4).

ESCOLARIDAD	MUJERES		HOMBRES	
	Porcentaje	R. Actitud	Porcentaje	R. Actitud
NINGUNA	2 %	6.875	0 %	0
PRIMARIA	18 %	6.666	4 %	6.5
SECUNDARIA	22 %	7.2272	24 %	6.9062
TÉCNICO	6 %	6.7083	2 %	7.75
COMERCIAL	16 %	6.8125	0 %	0
PREPARATORIA	6 %	6.9583	16 %	7.468
LICENCIATURA	14 %	7.5178	32 %	6.92
DESCONOCIDO	16 %	7.2656	22 %	7.3409
TOTAL	100 %		100 %	

Tabla 12. Comparación de la escolaridad y del rango actitudinal.

Se encontraron diferencias significativas entre la escolaridad y 4 reactivos que fueron: “La vasectomía es el mejor método anticonceptivo”, con un nivel de significancia de .02, con 16 g.l. y una razón de probabilidad de 28.79; “Sólo bajo prescripción médica es recomendable la vasectomía”, con un nivel de significancia de .01 con 1 g.l. y una razón de probabilidad de 5.93; “La vasectomía sólo es justificable en ciertos casos” que tuvo un nivel de significancia de .01, con 16 g.l. y una razón de probabilidad de 31.13. Finalmente “La vasectomía es el peor método anticonceptivo”, con un nivel de significancia de .04, con 12 g.l. y una razón de probabilidad de 21.24.

En la variable de **Ocupación y el rango actitudinal** (tabla 13), se clasificó en varios grupos que fueron ama de casa, comercio, empleadas(os), profesionistas, policía auxiliar.

Encontrando que las mujeres que manifestaron mayor preferencia hacia la vasectomía fueron aquellas personas que trabajan y sobre todo aquellas que se dedican al comercio (7.4583). Al contrario de las amas de casa que manifestaron una menor preferencia (6.9440).

En los hombres se pudo distinguir que los que son profesionistas están menos de acuerdo con la vasectomía (6.8385), en cambio los que se dedican a otras actividades

como son el desempeñarse como policías auxiliares mostraron mayor aceptación hacia la vasectomía (7.3472), seguidos por los empleados con un rango actitudinal de (7.1428).

OCUPACIÓN	MUJERES		HOMBRES	
	Porcentaje	R. Actitud	Porcentaje	R. Actitud
AMA DE CASA	76 %	6.9440	0 %	0
COMERCIO	6 %	7.4583	10 %	7.025
EMPLEADOS	12 %	7.3541	42 %	7.1428
PROFESIONISTAS	6 %	7.25	28 %	6.8385
OTRO	0 %	0	20 %	7.3472
TOTAL	100 %		100 %	

Tabla 13. Comparación de la ocupación y el rango actitudinal.

No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos.

Se encontraron diferencias significativas entre esta variable y dos reactivos que fueron: “La vasectomía es el peor método anticonceptivo”, que tuvo un nivel de significancia de .04, con 20 g.l. y una razón de probabilidad de 32.07 y “La vasectomía es justificable como método anticonceptivo”, que tuvo un nivel de significancia de .05 con 20 g.l. y una razón de probabilidad de 31.11.

Para relacionar la aceptación o rechazo de la vasectomía con el nivel de **Ingresos** y el **rango actitudinal** (tabla 14), se dividió a ésta en 9 grupos que fueron los siguiente:

INGRESOS	MUJERES		HOMBRES	
	Porcentaje	R. actitud	Porcentaje	R. actitud
De 500 a 1000 pesos	54 %	6.9398	8 %	7.1875
De 1001 a 1500 pesos	12 %	7.2083	22 %	6.9772
De 1501 a 2000 pesos	12 %	7	16 %	6.9531
De 2001 a 2500 pesos	2 %	4.875	4 %	6.9375
De 2501 a 3000 pesos	8 %	7.4687	6 %	7.2083
De 3001 a 3500 pesos	2 %	7.5	4 %	6.435
De 3501 a 4000 pesos	4 %	7.125	10 %	7.55
De 4001 a 4500 pesos	0 %	0	4 %	7.5
Más de 4500 pesos	4 %	7.1875	26 %	7.1246
DESCONOCIDO	2 %	0	0 %	0
TOTAL	100 %		100 %	

Tabla 14. Comparación de el nivel de ingresos y el rango actitudinal.

A través de estos datos se observó que las mujeres que percibieron un ingreso de 3001 a 3500 pesos mensuales, se mostraron más a favor de la vasectomía (7.5), seguidos por las que percibían entre 2501 a 3000 pesos mensuales, a diferencia de las que percibían ingresos entre 2000 y 2500 que manifestaron una actitud en contra de la vasectomía (4.875).

Con respecto a los hombres, se encontró que aquellos que percibían más de 3501 pesos mensuales mencionaron estar más a favor de la vasectomía al obtener un rango actitudinal de 7.55. No así por aquellas personas que percibían entre 3001 y 3500 pesos (6.435) e incluso por aquellos que percibían menos de 2500 pesos mensuales.

De esta información se puede inferir que no existen diferencias significativas entre los diversos niveles de ingreso entre la población.

Solo se encontraron diferencias significativas con 2 reactivos que fueron: “La vasectomía sólo es justificable en ciertos casos”, con un nivel de significancia de .03, con 32 g.l. y una razón de probabilidad de 47.56 y “Sólo bajo prescripción médica es recomendable la vasectomía” con un nivel de significancia de .01, con 1 g.l. y una asociación lineal de 6.44.

Con respecto a la variable **Número de hijos vivos y rango actitudinal** (tabla 15), se encontró que las personas de ambos sexos con 3 hijos se mostraron más a favor de la vasectomía (7.354 en las mujeres y 7.5 para los hombres). Seguidos por las mujeres con 2 hijos (7.023) y los hombres con 4 hijos (7.343) respectivamente.

En cuanto a las mujeres con 5 hijos estuvieron menos a favor de la vasectomía (6.625), y los hombres con más de 6 hijos (5.6875) se mostraron en contra del procedimiento. Las mujeres no tuvieron más de cinco hijos a diferencia de lo reportado por los hombres que manifestaron tener más de seis hijos (aunque uno menciono que los tenía con otra mujer que no era su esposa).

NÚMERO	MUJERES		HOMBRES	
	PORCENTAJE	ACTITUD	PORCENTAJE	ACTITUD
1	22 %	6.897	18 %	6.749
2	42 %	7.023	52 %	7.095
3	24 %	7.354	16 %	7.5
4	6 %	6.875	8 %	7.343
5	6 %	6.625	2 %	6.75
6	0 %	0	4 %	5.6875
TOTAL	100 %		100 %	

Tabla 15. Comparación del número de hijos vivos y rango actitudinal.

Finalmente al comparar la variable de **método utilizado y rango actitudinal** (tabla 16), se encontró que los datos obtenidos indican que las personas vasectomizadas manifestaron tener mayor preferencia por la vasectomía (7.5 en mujeres y 8.31 en hombres), seguidas por aquellas mujeres que usan inyecciones (7.4375) y dispositivos (7.3055), y por los hombres en que sus esposas usan las pastillas (7.458).

Quienes estuvieron en contra de la vasectomía fueron aquellas mujeres que usaban métodos naturales (4.875). Y de los hombres que estuvieron menos a favor de la vasectomía fueron aquellos que usaban condones (6.59).

MÉTODO	MUJERES		HOMBRES	
	Porcentaje	Actitud	Porcentaje	Actitud
NINGUNO	0 %	0	6 %	7.375
NATURALES	2 %	4.875	16 %	6.999
CONDÓN	4 %	6.375	30 %	6.59
PASTILLAS	18 %	6.986	6 %	7.458
INYECCIÓN	8 %	7.4375	0 %	0
DIU	36 %	7.3055	20 %	7.275
SALPINGOCLASIA	30 %	6.8583	18 %	7.3472
VASECTOMÍA	2 %	7.5	4 %	8.31
TOTAL	100 %		100 %	

Tabla 16. Comparación entre métodos anticonceptivos y rango actitudinal.

En base a los datos anteriormente expuestos en la tabla 16 se concluye que no existen diferencias significativas entre estas dos variables.

CAPITULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La población encuestada fue relativamente joven, en edad fértil, y en su mayoría casados o en unión libre. Se observó mayor escolaridad en los varones. La mayoría de los encuestados tenían pocos hijos entre 2 y 3 aproximadamente. Pocas fueron las personas que reportaron tener más de 6 hijos, principalmente entre los varones. Por lo que se puede observar que en las generaciones más jóvenes son las que prefieren tener menos hijos.

Aunque ésta no fue una variable a considerar, pero que da indicadores importantes de tomar en cuenta, se encontró que la principal ocupación de las mujeres encuestadas sigue siendo el hogar, aún y cuando ya se observa mayor incorporación de ellas en el medio laboral. En cuanto a las mujeres con mayor nivel escolar se observó que estas estuvieron más a favor de la vasectomía, esto posiblemente se deba a que además de ser amas de casa, algunas de ellas tienen que cumplir con sus actividades dentro del área laboral, por lo que tienen más trabajo que llevar a cabo requiriendo por lo tanto la ayuda de su compañero.

Los varones encuestados tienen mayor poder adquisitivo, mencionando que ellos además de dar un gasto a su esposa, se hacen cargo de otros gastos como son el pago de la renta, teléfono, luz, gas entre otros imprevistos y aquellos que poseen un negocio tienen que administrarlos y hacerse cargo de los gastos generados por ellos.

Sigue imperando la religión católica en los encuestados, aún y cuando muchos de ellos manifestaron ser solo creyentes; debido a que no asisten con frecuencia a misa, por lo que no se consideraron ser católicos en un cien por ciento. Infiriendo que éste hecho es lo que ha permitido mayor flexibilidad ante lo que la iglesia considera incorrecto, como lo es el uso de métodos anticonceptivos.

Se observa que las mujeres encuestadas continúa con la responsabilidad de llevar a cabo el uso de algún método anticonceptivo que le permita espaciar el número de hijos, pero como lo mencionaba Meredith (1989), esto se debe principalmente por que la investigación en el surgimiento y uso extendido de la pildora así como la preocupación por la salud de la futura madre, ha desplazado al varón e incluso lo ha excluido de la planeación familiar. Ya que considera que si se le pidiese participar en la responsabilidad anticonceptiva lo haría como anteriormente lo hacía.

Aún y cuando no existe una total aceptación hacia la vasectomía por parte de la población encuestada, tampoco existe un rechazo ante ésta opción anticonceptiva por parte de ambos sexos. Debido a que consideran que éste procedimiento tiene ventajas y desventajas como cualquier otro método anticonceptivo. Aunque no saben realmente cuales sean estos, además de considerar que la salpingoclasia involucra más riesgos que la vasectomía. Uno de los varones encuestados, al momento de la encuesta esperaba su turno para ser operado y preguntaba cómo es que se llevaría a cabo la operación.

Esto nos habla de que a pesar de que se le da la información al solicitante de una vasectomía, al momento de solicitar la operación o no pone atención o no le da la importancia en ese momento o es que realmente al momento de informarles a los interesados no se les da una explicación más amplia sobre el procedimiento, dando por hecho que ya tengan la información. Y si esto no se informa de manera personal; de manera colectiva es menos probable que se haga, impidiendo con esto una mayor promoción y difusión de dicho procedimiento anticonceptivo entre la población y por lo tanto permitiendo que sigan existiendo tabúes y conceptos erróneos formulados alrededor de éste procedimiento, dificultando así un cambio de actitud favorable hacia la vasectomía.

Se encontró que en la población estudiada existe una actitud ligeramente favorable hacia la vasectomía por parte de ambos sexos. Aunque entre estos existe una ligera diferencia que no es significativa, ya que los hombres se mostraron con una actitud más favorable que las mujeres.

Por lo tanto, se descarta la hipótesis 1 que indicaba la existencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la vasectomía. Así como la hipótesis número 2 que indicaba la existencia de una actitud más favorable por parte de las mujeres que de los hombres hacia éste procedimiento.

Esto se había contemplado así debido a que en pláticas informativas e incluso durante las encuestas, las mujeres manifestaban que los hombres deberían de recibir la información y ser ellos los que se operaran. Aunque hay que tomar en cuenta que estos resultados sólo son representativos de la muestra estudiada y que no son generalizables a toda la población nacional, ya que para ello se requeriría una muestra mayor.

Observándose un cambio de actitudes por parte de los varones y de las instituciones encargadas de la difusión de la metodología anticonceptiva hacia la planeación familiar, sobre todo la enfocada al varón, en donde se está asumiendo la responsabilidad que éste tiene en el proceso de la reproducción humana y el reto que representa brindarle a los hijos los satisfactores necesarios para su desarrollo.

Aunque ahora la mujer también requiere ir cambiando su actitud que durante mucho tiempo ha monopolizado el uso de métodos anticonceptivos y permitirle al varón su participación en la decisión de elegir un método anticonceptivo, como es el caso de la vasectomía. Por lo que será necesario ahora tratar de que la mujer comparta con el varón esta responsabilidad y decisión.

En cuanto a la hipótesis 3 que se refería a que las personas jóvenes tendrían más preferencia por la vasectomía, ésta es rechazada ya que se observó en la muestra estudiada que a mayor edad hay más preferencia por dicho procedimiento. Esto nos indica que en los jóvenes todavía no esta presente esta opción anticonceptiva, posiblemente porque apenas están iniciando su relación y aún no definen cuantos hijos van a tener o si van a continuar con su pareja actual.

Pero esto no quiere decir que no deba de manejarse la información anticonceptiva desde edades tempranas para que lo tengan presente y lo vayan contemplando a futuro, de tal manera que se empiece a crear conciencia para que participe en pareja ante la alternativa anticonceptiva llegado el momento.

Con respecto a la hipótesis 4, *Las personas con más de tres hijos estarán a favor de la vasectomía*, está fue rechazada. Ya que se encontró en la población estudiada que existe mayor aceptación de este procedimiento en las personas con tres hijos e incluso menos y que representan a la mayoría de la población encuestada, a diferencia de los que tienen más de tres hijos, que incluso estuvieron en contra de la vasectomía, y que fueron los menos (6% de las mujeres con cinco hijos y el 6 % con cuatro hijos y el 4% de los hombres con seis hijos respectivamente), y que se encontraron ubicados entre las personas de mayor edad.

Por lo que se observa que en la población joven están más conscientes de la conveniencia de tener menos hijos que las generaciones pasadas, pero aún no piensan todavía en una operación definitiva aunque sí utilizan métodos temporales.

Se rechaza la hipótesis 5, *Las personas con menor escolaridad aceptarán la vasectomía*, ya que se encontró que las mujeres del estudio, a medida que tuvieron más escolaridad tienden a tener mayor aceptación a la vasectomía, a excepción de los varones que con nivel de licenciatura mostraron menor aceptación hacia la vasectomía que aquellos varones que tenían nivel técnico o preparatoria.

En cuanto a la hipótesis 6, *Las personas casadas estarán más a favor de la vasectomía*, está fue aceptada, ya que se observó que las personas casadas mostraron mayor aceptación hacia la vasectomía.

Pero esto no quiere decir que la información acerca del procedimiento no deba de proporcionarse a personas que no están casadas, ya que mucha de nuestra población viven en unión libre e incluso se unen a edades tempranas, por lo que sería conveniente hacerles llegar la información para que pudiera ser tomada en cuenta como posible opción anticonceptiva.

Finalmente la hipótesis 7, *Las personas con escasos recursos económicos tendrán mayor aceptación por la vasectomía*, fue rechazada, debido a que se observó que las personas con mayores recursos económicos tuvieron una actitud más favorable hacia la vasectomía. Esto posiblemente se deba a que poseen mayor acceso a la información y a los adelantos médicos y tecnológicos existentes.

Estos datos permiten rechazar la mayoría de las hipótesis planteadas y encontrar datos que permiten conocer las características de las personas encuestadas que tuvieron una mayor aceptación hacia la vasectomía

Estas características en términos generales fueron las siguientes:

Se trata de personas cuya edad fluctúa entre los 41 y 45 años de edad; lo que las sitúan en una edad madura en la que han procreado el número de hijos deseado, casados, que practican una religión diferente a la católica; por lo que la religión no ocupa un factor determinante en el uso de métodos anticonceptivos como se ha estado observando desde hace tiempo, con una escolaridad a nivel preparatoria y licenciatura; por lo que se podría esperar que el factor educativo es una pieza clave en el cambio de actitudes hacia la vasectomía, se dedican al comercio y perciben un ingreso mensual promedio de 4000 a 4500 pesos; por lo que son personas sin problemas económicos; aunque hay que tomar en cuenta que esta situación puede variar dependiendo de la población muestra que se esté estudiando, fueron personas con tres hijos vivos y que utilizaban como método anticonceptivo la vasectomía y las inyecciones en el momento de la encuesta.

Aunque la muestra estudiada no es una población que pueda ser representativa de la población mexicana, debido a nuestra diversidad cultural e ideológica, si permite obtener indicadores del cambio de actitudes que se ha venido dando en materia anticonceptiva y particularmente con respecto a la vasectomía, la cual no es del todo aceptada todavía por la mayoría de la población. Ya que la capacidad reproductiva del varón ha sido fomentada ampliamente a lo largo de nuestra historia, pero debido a las condiciones socioeconómicas por las cuales se están pasando, esto ha tenido que ir cambiando paulatinamente, no solo en nuestro país, sino a nivel mundial; sobre todo en aquellos países en donde la sobrepoblación ha provocado estragos en la calidad de vida de las personas.

Esto permite tener un área de trabajo más para el psicólogo, no sólo en materia educativa, sino a nivel de formular programas de capacitación para personal de salud, y comunitario entre otros, por lo tanto el papel preventivo que se estaría jugando sería fundamental para lograr una mejor calidad de vida en la población en general.

Para ello se ofrecen las siguientes conclusiones que permitan fomentar una mayor aceptación de éste procedimiento anticonceptivo entre la población, de manera que se tomen en cuenta diversos factores que están afectando una actitud favorable hacia la vasectomía, así como el tomar en cuenta las diferencias regionales y geográficas de la población mexicana, de tal manera que se respeten costumbres y tradiciones de cada lugar a la que va dirigida la información.

CONCLUSIONES.

Como se observa en el capítulo dos, el cambio de actitudes implica tomar en cuenta una serie de características de la población a la cual se quiere llegar. Así como para que ocurra un cambio de actitud, se requiere que la nueva actitud que se implemente debe de cubrir alguna necesidad del individuo.

Se ha encontrado que la actitud de las personas hacia los métodos anticonceptivos ha sido más permisiva cada día, ya que cuando se inició en México su uso, las mujeres se tenían que esconder del marido y demás familiares para espaciar el número de hijos, además de que eran otros tiempos en donde la situación social de la mujer era estar subordinada a las exigencias y requerimientos del esposo, el cual tenía el poder de decidir qué se hacía o no, incluso en la persona de la mujer.

Actualmente la situación social de la mujer ha sido más de igualdad con respecto al varón y esta situación se está observando al interior de la familia. Cambiando también éste, su actitud hacia la planificación familiar en donde se ha visto involucrado, al apoyar a su esposa o pareja para que haga uso de algún método anticonceptivo, e incluso el mismo los ha usado (Elu, 1992; Díaz, 1992 y Leñero, 1992).

Pero aunque se han dado estos cambios favorables hacia la planificación familiar, todavía hace falta mayor trabajo al respecto, sobre todo en el que se siga fomentando una participación más directa y activa por parte del varón.

Con respecto al estudio, se pudo concluir que existe por parte de ambos sexos, una ligera inclinación favorable hacia la vasectomía y que incluso los varones presentaron una mayor aceptación hacia ésta.

Pero también se asume que esta información no se puede generalizar a la población mexicana debido a la diversidad geográfica y cultural existente, que influye en la actitud que cada una de las poblaciones adopte con respecto a la planificación familiar, específicamente con respecto a la vasectomía, que implica que el varón ya no tendrá descendencia, y que esto ha sido un valor bastante grande en la población mexicana.

Incluso dentro de la muestra observada se encontró que los varones con mayor grado de estudios, se mostraron en contra de la vasectomía

Por lo que sería importante para posteriores estudios tener una mayor información sobre las razones que tendrían para practicarse o no la vasectomía. Ya que se pretende llevar a cabo un cambio de actitudes favorable hacia este procedimiento, el conocer las razones por las cuales no se quieren practicar la vasectomía daría mayores indicadores para implementar programas que permitan lograr un cambio más favorable hacia está.

Se puede establecer que en las actitudes hacia la planeación familiar hay que tomar en cuenta diversos factores que afectan una elección favorable hacia está, así como

Se puede establecer que en las actitudes hacia la planeación familiar hay que tomar en cuenta diversos factores que afectan una elección favorable hacia ésta, así como también al medio ambiente geográfico en el cual se está inmerso y hacia donde se quiere enfocar la información.

Ya que en ocasiones se generalizan formas o medios de información, en los diversos sectores de la población, sin tomar en cuenta las particularidades propias de cada región o grupo social al cual va dirigida ésta, chocando en ocasiones con las ideologías, costumbres y formas de vida de los diferentes grupos sociales a los cuales les llega el mensaje.

Provocando con esto que se muestren reacios a modificar sus actitudes hacia formas de vida que atenten con sus costumbres, y sobre todo con su vida sexual como es el caso de la metodología anticonceptiva.

Por lo tanto, aunque éste no sea un estudio representativo de la población mexicana, se puede decir que para que exista una mayor aceptación hacia la vasectomía se tiene que tomar en cuenta:

- 1.- La diversidad regional, respetando costumbres y sobre todo detectando y atendiendo a las necesidades de cada población.
- 2.- Capacitar al personal de salud de acuerdo a dicha diversidad y a las necesidades detectadas con respecto a la metodología anticonceptiva y de manera particular con respecto a la vasectomía, de tal manera que ellos a su vez puedan transmitir y difundir esta información de manera más adecuada. Sobre todo es importante trabajar primero con los valores con respecto a la metodología anticonceptiva de cada miembro del personal de salud encargado de transmitir la información, debido a que si ellos están en contra del uso de algún método en particular, lo más seguro es que no se dé información al respecto o lo hagan de manera inadecuada, transmitiendo sus prejuicios o dudas, o tratando de imponer un tipo específico de método anticonceptivo en el afán sólo de cumplir con su trabajo o cubrir un determinado número de metas.
- 3.- Realizar mayor difusión por los diversos medios de comunicación en diferentes horarios, no sólo en los nocturnos, ya que existen personas que trabajan por la noche y durante el día están en su casa, posibilitando que sean más las personas a las cuales les llegue la información con respecto a la metodología anticonceptiva sobre todo la vasectomía.
- 4.- Realizar una encuesta que tome en cuenta diversos sectores de la población, no sólo aquellos que acuden a clínicas u hospitales en donde les dan información sobre métodos anticonceptivos, con el fin de conocer qué tanta información tienen sobre éstos y qué actitud asumen con respecto a la vasectomía, así como incluir a personas que tienen otro estado civil diferente a ser casados y de menor edad. Así como el de integrar un mayor número de reactivos que permitan evaluar éste aspecto.

5.- Sobre todo, tratar al solicitante de algún método anticonceptivo como un ser humano, con intereses y motivaciones más que como un número a ingresar en las estadísticas oficiales. Explorando mediante una entrevista los intereses y motivaciones que los orillan a optar por un método anticonceptivo, sobre todo los de carácter definitivo, de tal manera que esto sea tomado en cuenta para recomendarle el tipo de metodología acorde con esos intereses y motivaciones que a la larga le van a permitir estar satisfecha(o) con la elección realizada.

Esto cobra mayor importancia cuando se trata de los procedimientos anticonceptivos definitivos, debido al carácter de permanencia que esto implica. Así como el hecho de que el varón verá afectada su capacidad reproductiva y esto a su vez afectará su autoimagen e incluso su autoestima, si es que realiza una elección precipitada y sin analizar ventajas y desventajas del procedimiento que más adelante pueden provocar problemas de personalidad e incluso de pareja.

Es por ello que el papel preventivo que juega el psicólogo de estos y otros problemas, hacen de la planeación familiar un campo más de intervención profesional del estudioso del comportamiento humano, ya que el comportamiento reproductivo es un fenómeno que requiere el estudio científico y objetivo de la psicología, con el fin de establecer estrategias de intervención más acordes con las necesidades individuales así como con la realidad nacional.

Por lo tanto el presente trabajo pretende contribuir con un granito de arena en el estudio del comportamiento reproductivo, los cuales la mayoría de las veces se ha enfocado a uno u otro sexo, sin tomar en cuenta a ambos miembros de la pareja.

Es por ello que éste trabajo intenta tomar en cuenta ambos puntos de vista con respecto a un método en particular como lo es la vasectomía, que además implica una decisión definitiva y por lo tanto requiere mayor cambio por parte del varón, el cual por tradición había basado su hombría en la capacidad reproductiva y que por diversas razones ha tenido que restringir.

Se entrevistaron a pocas parejas de esposos, debido a que fue más común que la mujeres acudieran solas al médico, lo ideal del presente trabajo hubiese sido entrevistar a la pareja de esposos, pero esto no fue posible.

Así como tener una variedad más amplia de reactivos que permitieran analizar más a fondo las actitudes de las personas con respecto a la vasectomía, aunque esto requeriría de un trabajo de mayores alcances y por lo tanto requeriría de mayores recursos económicos, tecnológico y de personal para abarcar a una población mucho más amplia.

Por lo tanto fue sólo un modesto intento por tomar en cuenta a ambos miembros de la pareja involucrados en la planificación familiar.

Ya que ambos miembros de la de la pareja son los inmediatamente afectados con la decisión de optar por un método definitivo. Y dependiendo de que tan conscientemente se haga esta elección, esto va a repercutir de manera positiva o negativa en su armonía conyugal y por lo tanto en su salud mental. Hay que recordar que la planificación familiar pretende lograr una mayor armonía e integración familiar a través de conocimiento y uso de la metodología anticonceptiva.

A través de este trabajo se pretende aportar elementos que permitan incidir en el área de la planificación familiar como otro campo de desarrollo profesional del psicólogo, en donde su papel adquiera mayor relevancia como un generador y modificador conductual de cambios al interior del individuo y en beneficio no sólo de ésta, sino de una colectividad que como dijera Aclé (en Urbina, 1989, p. 27), tiene como objeto de estudio "el comportamiento humano, individual y social, que a partir de la investigación de los procesos cognoscitivos afectivos y de su interacción con el entorno, es un promotor del desarrollo humano, consciente de sus responsabilidades éticas para consigo mismo y la sociedad, siendo su función genérica la de intervenir como experto del comportamiento en la promoción del cambio individual y social desde una perspectiva interdisciplinaria".

Y en la medida en que se involucre en este campo de trabajo aporte mayores datos psicológicos para entender el mecanismo reproductivo de los seres humanos, ¿Qué es lo que los hace desear o no hijos? ¿Qué gratificaciones psicológicas cubren al desear suspender su capacidad reproductiva? entre otros.

A través de este trabajo de titulación pude conocer más ampliamente el papel y la responsabilidad que como modificador conductual tengo ante una pareja que ha decidido espaciar o suspender voluntariamente su capacidad reproductiva. Ya que está confiando en los conocimientos que poseo sobre los métodos anticonceptivos y en que los pueda orientar para que ellos a su vez planeen su futuro no sólo de esta persona que desea usar un método definitivo, sino el futuro de su familia.

Esto me dio la oportunidad de darme cuenta que no basta con conocer y dar a conocer una información; en este caso sobre métodos anticonceptivos, sino que se debe de tomar en cuenta las necesidades particulares de cada solicitante y de hacerle consciente los pro y contra de su elección para tratar en lo posible de que su elección sea lo más acertada posible, sin influir o presionar para que lo lleve a cabo, y sobre todo darnos cuenta que estamos ante seres humanos y por lo tanto tratarlos como tal y no perder de vista esto, en un afán de cubrir un determinado número o metas impuestos por la institución.

Además de que la forma en que se vierta la información se deberá adecuar a las características de la población a la cual va dirigida.

BIBLIOGRAFÍA.

- ACADEMIA Mexicana de Investigación en Demografía Médica A.C. (1988). *Temas de planificación familiar. Guía didáctica. Vasectomía*. 2a. ed. México, AMIDEM.
- ACLE Tomasini, Guadalupe. "Perfil profesional del psicólogo y situación actual de la enseñanza de la psicología en México" en: Urbina Soria (1989). *El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva*. México, UNAM. p.p. 7-63.
- ALATORRE Rico, Javier. Traductor (1994). *Criterios para la elaboración de escritos psicológicos*. México, Facultad de Psicología de la UNAM.
- ASCH, E. Salomón (1964). *Psicología social*. 2a. ed. Buenos Aires, Editorial Universitaria de Buenos Aires (EUDEBA). p.p. 518 -556.
- BRIONES, Guillermo (1982). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. México, Trillas. p.p. 123 -170.
- CAREAGA, Gabriel (1991). *Mitos y fantasías de la clase media en México*. 7a. ed. México, Ed. Cal y arena. p.p. 7 - 133.
- CASTAÑO Asmitia, Darvelio. " Perspectiva del ejercicio profesional de la psicología en México" en: Urbina Soria, Javier (1989). *El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva*. México, UNAM. p.p. 285 - 293.
- CASTELLANOS, Rosario (1984). *Mujer que sabe latin*. México, F.C.E. (Colección Lecturas Mexicanas no. 32). p.p. 213.
- CASTILLO de la Peña, Alfonso (1976). *Importancia de la influencia del psicólogo en el programa de planificación familiar*. México, Tesis UNAM.
- COLEMAN Covington, James. y Hammen L., Constance (1977). *Psicología contemporánea y conducta eficaz*. México, El Manual Moderno. p.p. 295 -333.
- CONAPO (s/f). *Ley General de Población y reglamento de la ley general de población*. México, CONAPO. p.p. 38 - 43.
- CONAPO (1991). *Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994*. México, CONAPO. P. 47.
- CURIEL Benfield, José L. (1962). *El psicólogo, vocación y formación universitaria*. México, Porrúa Hermanos y Cia.
- DAWES M. Robyn (1975). *Fundamentos y técnicas de medición de actitudes*. México, Ed. Limusa.
- DEDERICHS R., Mario. (1994). " Sobrepoblación. Nuestro objetivo es alcanzar 2.1 hijos por parejas antes del año 2015". *Muy interesante*. Mensual. Año XII, No. 1, 1994. p.p. 5 - 9, 19 - 20.
- DÍAZ, Margarita; Díaz, Juan y Townsend W., John. " Participación del hombre y de la mujer en la planificación familiar en América Latina" en: Ponencia presentada en el Simposio Latinoamericano de Planificación Familiar. Del 29 de nov. Al 5 de dic. México. 30 de noviembre de 1992.

- ELU de Leñero, Ma. Del Carmen. "La reproducción desde una perspectiva de género" en: Elu Leñero Ma. Del Carmen y Leñero Otero Luis (1992). *De carne y hueso. Estudios sociales sobre género y reproducción*. México, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C. (IMES). p.p. 5 - 9, 11 - 31.
- ELU de Leñero, Ma. Del C. y Leñero Otero, L. "Mujeres que dijeron sí a la regulación de su fertilidad" en Elu de Leñero, M. y Leñero Otero, L. (1992). p.p. 33 - 74.
- ENGELS, Federico (1993). *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. México, Ed. Quinto sol. p.p. 20- 68.
- FEDERACIÓN Internacional de Ginecología y Obstetricia (1980). "Parte I. Historia, consideraciones generales, Abstinencia periódica. Esterilización". *Reproducción humana. Planificación familiar*: 2a. ed. Colombia, Asociación colombiana para el estudio de la población, ACEP. Vol. 3.
- FINGER R., William. "Programas pilotos aumentan la participación masculina". *Network en español*. Vol. 7, No. 3 Oct.1992. p.p. 4 -10, 15,
- GARCÍA Pelayo y Gross, Ramón (1983). *Diccionario Práctico Larousse*. Español Moderno México, Ed. Larousse.
- GINER Velázquez, Juan (1985). *Planificación familiar y demografía Médica*. México, IMSS.
- GONZÁLEZ, Betty et al (1993). *Vasectomía sin bisturí. Guía ilustrada para cirujanos*. Colombia, Trazo
- GRÁFICAS (1990). "Fecundidad y planeación familiar en América Latina: Retos para la década de 1990". USA, International Programs Population Reference Bureau. p.p. 4, 30 - 31.
- GRIMBERG Grabelsky, Ana Lilia y Merino Peralta, Emilio R (1984). *El mexicano y la vasectomía, un estudio actitudinal*". México, Tesis UNAM.
- GRUPO Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo (1987). "Alimento y población: El caso de México". *Boletín*. No. 46, Oct. 1987.
- GUTTMACHER, Alan (1983). *Los hijos cómo tenerlos, cómo evitarlos*. México, Pax-México. p.p. 41 - 103.
- HANNES Lehmann, Peter. "Sobrepoblación. La polémica planificación familiar. Frenar o no frenar". *Muy interesante*. México. Año XII, No. 1. p.p. 2 - 13.
- HARDEE Cleaveland, Karen. "El uso de métodos anticonceptivos varía entre regiones". *Network en español*. Vol. 7, No. 3, Octubre de 1992. p.p. 30 - 37.
- HATCHER A., Robert et al. (1982). *Tecnología de la contracepción*. N.Y. USA, Irvington Publishers.
- HERMANN Klare, Hans. "Masacres femeninas en el tercer mundo. Nena, tú no vales nada". *Muy interesante*. Mensual, Año XII, No. 1. 1994.
- HERNDON, Nash. "En busca de la píldora masculina". *Network en español*. Vol. 7, no. 3, Oct. 92. p.p. 22 -25.

- HIERRO, Graciela (1990). *De la domesticación a la educación de las mexicanas* 2a ed. México, Torres Asociados. p.p.13 - 117.
- INEGI (1992). *Estados Unidos Mexicanos. Perfil sociodemográfico. XI Censo General de Población y vivienda 1990*. México, INEGI. p.p. 1 - 15, 41 - 43.
- KASIRSKY, Gilbert (1975). *Vasectomía, virilidad y sexo*. México, Manual Moderno. p.p. 10 - 16.
- KLEINMAN L., Ronald (editor). "Declaración del IMAP sobre Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (Esterilización)" en Boletín Médico de IPPF. Vol. 27, No. 3 Junio de 1993.
- "Vasectomía sin bisturí: un enfoque innovativo". Vol. 27, No. 6, Dic. 1993.
- LEÑERO Otero, Luis. "Los varones ante sí mismos: una interpretación de la perspectiva de género masculina aplicada a la reproducción familiar". En: Elu de Leñero, Ma. C. y Leñero Otero, L. *De carne y hueso. Estudios sociales sobre género y reproducción*. México, IMES. p.p. 75 - 93.
- LEÑERO Otero, L. (1992). *Varones, neomachismo y planeación familiar*. México, Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A.C. (MEXFAM). P.207.
- MCKEACHIE Wilbert, James y Doyle Charlotte, Lackner (1978). *Psicología*. México, Ed. Fondo Educativo Interamericano. p.p. 552 - 586.
- MIER y Teran, Martha. "Dinámicas de la población en México: 1895-1990. El gran cambio demográfico" en: *Demos. Carta demográfica sobre México*. (1991). Anual, Vol. 4. p.p. 4 - 5.
- MUMFORD Stephen, D. (1981). *Orientación sobre vasectomía*. EE.UU. Asociación Pro-Salud Maternal A.C. P. 35.
- MURIEDAS, Pilar. "Políticas de población y violación a los derechos reproductivos de la mujer" en: *Coyuntura*. No. 40, Sept. 1993. p.p. 46 a 48.
- MURUETA Reyes, Eduardo. "Implicaciones de la influencia de la televisión de los niños preescolares. Primer reporte parcial. México, Inédito, agosto de 1984.
- NAVA Sánchez, Rebeca y Ponce Zendejas, Carolina (1975). *Efectos orgánicos y psicológicos de la vasectomía*. México, Tesis UNAM.
- OSGOOD E. Charles, Suci J. George y Tannenbaum H. Percy. "Medición de actitudes" en: Summers F., Gene (1976). *Medición de actitudes*. México, Ed. Trillas.
- PAZ, Octavio (1967). *El laberinto de la soledad*. 5a. ed. México, Ed. F.C.E. P. 191.
- PERLMAN, Daniel y Cozby, P. (1987). *Psicología Social*. México, De. Nueva Editorial Interamericana. p.p. 71 - 118.
- PICK de Weiss, Susan (1979). *Un estudio social, psicológico de la planificación familiar*. México, Siglo XXI. p.p. 27 - 43, 77 - 82.
- POHLMAN, Edward (1974). *Psicología de la planificación familiar*. México, Pax-México. xi - xxii. p.p. 3-17, 425-441, 444-469, 521-547.
- PUJOL, José Miguel "La población de México de 1950 a 2025. Indicadores demográficos para 75 años" en: *Demos. Carta demográfica sobre México*. Anual, No. 5, 1992. p.p. 4 - 5.

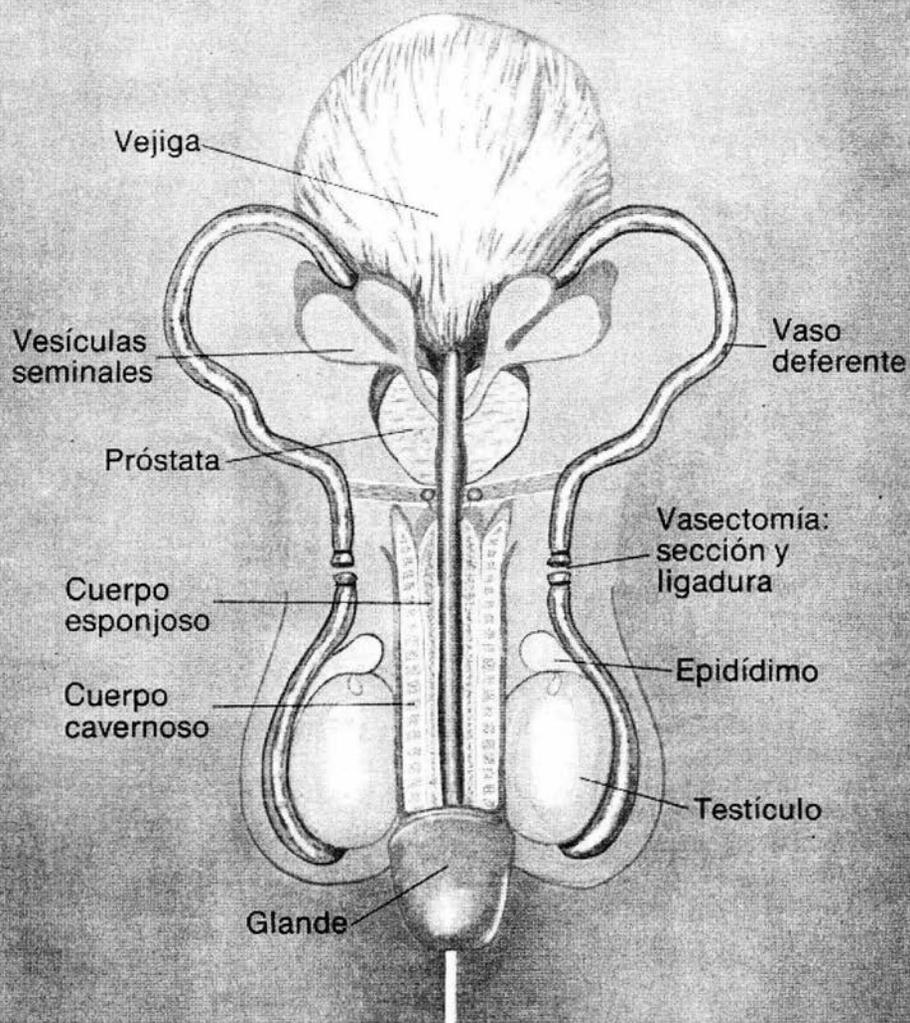
- POPULATION Reports "Vasectomía: Nuevas oportunidades". Serie D, No. 5, Esterilización masculina, Marzo de 1992.
- RAMÍREZ, Santiago (1977). *El Mexicano, psicología de sus motivaciones*. 14 ed. México, Grijalbo. P.191.
- RAMOS, Samuel (1965). *El perfil del hombre y la cultura en México*. 3a. ed. México, Ed. Espasa-Calpe Mexicana S.A. P. 145.
- REICH B. y Adcock, Christine (1980). *Valores, actitudes y cambio de conducta*. México, Ed. Compañía Editorial Continental.
- RIBES Iñesta, Emilio (1980). *Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología. Un modelo integral*. México, Trillas.
- RODRIGUES, Aroldo (1976). *Psicología Social*. México, Trillas. p.p. 327 - 373, 469 - 475.
- RODRÍGUEZ de Arizmendi, Graciela (1984). "La participación del psicólogo en el sector salud " en: *Revista Mexicana de Psicología*. México, Sociedad Mexicana de Psicología. Vol. 1, No. 1. Enero-Junio 1984. p.p.22 - 26.
- RODRÍGUEZ Ramirez, Gabriela (1993) "*Experiencias de género en los programas de planificación familiar*". Simposio Latinoamericano de Planificación Familiar (1992). México, Mexfam, Pathfinder International y The Population Council. (Edición en español no. 2, 1991). P. 23.
- ROGOW, Debbie (1991). *Man/Hombre/Homme: Respuestas a las necesidades de la salud reproductiva masculina en América Latina*. En *Quality /Calidad / Qualité*. N.Y. USA. The Population Council. p.p.1 - 23.
- RUIZ Velasco, Víctor (1981). *Aspectos prácticos de los métodos de planificación familiar*. 2a. ed. México, Francisco Méndez Oteo- Librería de Medicina.
- SALGADO Fonseca, Gerardo (1975). *Como disfrutar el sexo sin preocupaciones utilizando el control de la natalidad*. México, Ed. Posadas. P. 158.
- SECRETARIA de Hacienda y Crédito Público (1995). *Plan Nacional deDesarrollo1995- 2000*. México, SHCP Poder Ejecutivo Federal.
- SECRETARIA de Salud. Subsecretaria de Servicios de Salud. Dirección General de Planificación Familiar (1993). *Taller de consejería para la promoción del programa nacional de vasectomía sin bisturí para el personal Médico y no médico*. México, SSA. P. 65.
- SECRETARIA de Salud (1993). "Vasectomía" en: Proyecto de norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar. México, Seguro Social.
- SIEGEL, Sidney (1972). *Estadísticas no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. México, Trillas.
- SOLÁ Mendoza, Juan (1990). *Puericultura*. 8a. ed. México, Trillas. p.p. 101 - 114.
- SUMMERS F. Gene (1976). *Medición de actitudes*. México, Trillas.
- WENDELL R., Garner y C.D. Creelman. " Problemas y métodos de la elaboración de escalas psicológicas" en: Summers F. Gene (1976). *Medición de actitudes*. México, Trillas.

WILSON G. D. "Actitudes" en: Eysenck, H. J. y Wilson, G. D. (1980). *Textos de Psicología Humana*. México, De. El Manual Moderno. p.p. 259 - 280.

ANEXOS.

A) Aparato reproductor masculino.
(vasectomía)

1



¹ Material educativo utilizado por las promotoras de APROFAM en Guatemala.

B) Formato de cuestionario utilizado.

BUENOS DIAS / BUENAS TARDES.

Se esta llevando a cabo una investigación con respecto a la planificación familiar por parte del área de psicología de la Escuela Nacional para Estudios Profesionales Iztacala.

Le ruego su colaboración y apoyo contestando a todas las preguntas y afirmaciones que aqui se hacen. La información obtenida será manejada de manera confidencial y para uso exclusivo de la investigación.

DATOS PERSONALES.

Sexo _____ Edad _____ Estado Civil _____

Dirección _____

Trabajo actual _____ Ingresos mensuales _____

Religión _____ Número de hijos vivos _____

¿Qué edad tenia cuando tuvo su primer hijo _____

¿Quiere tener más hijos actualmente? _____

¿Ha usado o usa algún método anticonceptivo ?

Sí ¿Cuál? _____ No _____ ¿Porqué? _____

A continuación se le presentaran una serie de afirmaciones que deberán ser contestadas de acuerdo a la siguiente escala según su grado de acuerdo o desacuerdo:

1. **TOTALMENTE DE ACUERDO.**
2. **DE ACUERDO.**
3. **NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.**
4. **EN DESACUERDO.**
5. **TOTALMENTE EN DESACUERDO.**

Subrayando cualquiera de las oraciones antes mencionadas ante cada una de las siguientes afirmaciones.

1.- La opinión favorable de la pareja es importante para practicarse la vasectomía.

TOTALMENTE DE ACUERDO.

DE ACUERDO.

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.

EN DESACUERDO.

TOTALMENTE EN DESACUERDO.

2.- La vasectomía es una decisión de pareja.

TOTALMENTE DE ACUERDO.

DE ACUERDO.

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.

EN DESACUERDO.

TOTALMENTE EN DESACUERDO.

3.- Sólo bajo prescripción médica es recomendable la vasectomía.

TOTALMENTE DE ACUERDO.

DE ACUERDO.

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.

EN DESACUERDO.

TOTALMENTE EN DESACUERDO.

4.- La vasectomía sólo es justificable en ciertos casos.

TOTALMENTE DE ACUERDO.

DE ACUERDO.

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.

EN DESACUERDO.

TOTALMENTE EN DESACUERDO.

5.- La vasectomía tiene ventajas y desventajas como todos los métodos anticonceptivos.

TOTALMENTE DE ACUERDO.

DE ACUERDO.

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.

EN DESACUERDO.

TOTALMENTE EN DESACUERDO.

6.- La vasectomía es más riesgosa que la salpingoclasia (la operación de la mujer).

TOTALMENTE DE ACUERDO.

DE ACUERDO.

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.

EN DESACUERDO.

TOTALMENTE EN DESACUERDO.

7.- La vasectomía es el mejor método anticonceptivo.

TOTALMENTE DE ACUERDO.

DE ACUERDO.

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.

EN DESACUERDO.

TOTALMENTE EN DESACUERDO.

8.- La vasectomía es justificable como método anticonceptivo.

TOTALMENTE DE ACUERDO.

DE ACUERDO.

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.

EN DESACUERDO.

TOTALMENTE EN DESACUERDO.

9.- La vasectomía es más perjudicial que benéfica.

TOTALMENTE DE ACUERDO.

DE ACUERDO.

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.

EN DESACUERDO.

TOTALMENTE EN DESACUERDO.

10.- La vasectomía es el peor método anticonceptivo.

TOTALMENTE DE ACUERDO.

DE ACUERDO.

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.

EN DESACUERDO.

TOTALMENTE EN DESACUERDO.

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.