

1
2 ej.

11248



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN MÉDICA

***LA EXPRESIÓN DE LA ADHESIÓN PROFESIONAL
A TRAVÉS DE UNA COHORTE SIMULADA***

TESIS

Para la obtención del grado de Maestra en Educación Médica

Sustentante: Médica Cirujana Rosalinda Flores Echavarría

Tutor Académico: Dr. en C.M. Klaus-Dieter Edmund Gorenc Krause

Cotutor Académico: M. en E. S. Luis Felipe Abreu Hernández



Ciudad Universitaria, México, D.F.
1998

67254

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

There is only one scientific fantasy that seems to have any likelihood of being fulfilled. Perhaps some day we will create machines that can transcend our physical, social, and cognitive limits and carry on the quest for knowledge without us.

John Morgan (1996)

A Zariá
Mi hija, mi orgullo.

A Isabel Echavarría
Mi madre

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco
*Por la oportunidad, el tiempo y el apoyo. Por supuesto la institución
está representada en personas, no quiero omitir a ninguna.*

A los alumnos de medicina de la UAM-X
*Principio y fin de la función docente. Motor de la superación académica.
Mi gratitud por su cooperación en la aplicación del cuestionario*

A la Facultad de Medicina de la UNAM
*Alma Mater de mi formación profesional, donde viví el apasionante
mundo de la investigación científica básica y de la docencia
en el Departamento de Fisiología y los movimientos
sociales del 68 hasta la construcción del SPAUNAM. que dejaron su profunda huella.*

A mis cinco compañeros: Amelia, Rosario, Magdaleno, Guillermo y Arturo
en esta odisea de hacer la Maestría en Educación Médica
Por su estímulo, compañía y amistad

Al Dr. en C.M. Klaus-Dieter Edmund Gorenc Krause
*Mi Tutor Académico, por su apoyo. Por su paciencia (la desarrollé conmigo) y entusiasmo para
guiarme en todo el proceso de la tesis.*

Al M. en E. S. Luis Felipe Abreu Hernández
Mi Cotutor Académico

Al M. C. Norberto Manjarrez
Por su valiosos apoyo y colaboraciones recibidas

A mis amigas
Por su solidaridad apoyo y paciencia

RESUMEN DE LA TESIS
LA EXPRESION DE LA ADHESION PROFESIONAL
DE UNA COHORTE SIMULADA
Para la obtención del grado Maestra en Educación Médica
Sustentante: Médica Cirujana Rosalinda Flores Echavarría

En esta tesis, a través de una cohorte simulada en estudiantes de la Licenciatura en Medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, se estudia la adhesión profesional médica en los estudiantes desde su ingreso hasta el servicio social.

Basado en la bibliografía se desarrolla un instrumento Prueba de Adhesión Profesional Médica (PAPM) constituida por 85 reactivos. El 58.82% corresponde a la Escala de profesionalismo de Hall (Hall, 1968) y el complemento fue captado por la literatura (1990-1994) (LIT).

Se establecen los errores de medición de los tres instrumentos y a través del análisis factorial, se establecen los factores subyacentes al cuestionario que explican la adhesión profesional.

Se aplican los principios de la Taxonomía Numérica para definir los grupos de estudiantes con diferentes niveles de adhesión profesional. Se demostró la benignidad de la aplicación de estos principios para determinar el comportamiento de los perfiles de adhesión.

En el análisis de los resultados de la cohorte simulada se sugiere que los alumnos entran ya con una cierta socialización en su campo y a lo largo del transcurso en la institución educativa se muestra una "curva quebrada" por "impactos" en ciertos momentos de la formación profesional.

CAPITULADO	Páginas
1. Introducción	1
1.1 <i>Propósito</i>	2
1.2 <i>Planteamiento del problema</i>	3
1.3 <i>A manera de marco teórico</i>	4
1.4 <i>Antecedentes</i>	7
1.5 <i>Una discusión actual</i>	15
1.6 <i>Definiciones</i>	18
1.7 <i>Objetivos</i>	19
2. Material y métodos	20
2.1 <i>Revisión bibliográfica</i>	20
2.2 <i>Instrumentos de medición</i>	20
2.3 <i>Levantamiento primario de datos</i>	21
2.4 <i>Procedimiento estadístico</i>	22
3. Resultados	28
3.1 <i>Validez / Confiabilidad</i>	28
3.2 <i>Taxonomía numérica: niveles de adhesión profesional</i>	55
3.2.1 <i>Análisis por conglomerado del instrumento Escala de Profesionalismo de Hall HPS</i>	58
3.2.2 <i>Análisis por conglomerado del instrumento Prueba de adhesión profesional médica PAPM</i>	71
3.2.3 <i>Análisis por conglomerado del instrumento basado en la literatura LIT</i>	86
3.3 <i>Prueba de hipótesis</i>	100
3.3.1 <i>Comportamiento de las variables independientes</i>	100
3.3.2 <i>Hipótesis nula H_0 bajo el amparo de una simulación de estudio de cohorte</i>	104
3.3.3 <i>Control de las variables independientes</i>	113
4. Discusión	119
5. Referencias	127
6. Anexos	132
6.1 <i>Instrumento aplicado</i>	133
6.2 <i>Escala de profesionalismo de Hall HPS forma reducida</i>	134
6.3 <i>Prueba de Adhesión Profesional Médica PAPM forma reducida</i>	135
6.4 <i>Prueba basada en la literatura LIT forma reducida</i>	136

1. Introducción

Ser profesor de alumnos de medicina, desde marzo de 1970 primero en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) como instructor del laboratorio de fisiología y como profesor de asignatura. Y después, desde 1977 Profesor de Tiempo Completo en el Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X). Haber sido formada en un sistema tradicional, para después ser docente en el llamado sistema modular, sistema innovador y pionero en su momento en México. Confrontar sistemas diferentes y problemas semejantes en la educación de los futuros médicos, participar como Coordinador de la Licenciatura de Medicina de la UAM-X, en la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM). Todo ello más las importantes experiencias cotidianas en el aula, ha llevado a quien esto escribe a estudiar la Maestría en Educación Médica en la búsqueda de la formación teórica y práctica para realizar investigación educativa y contribuir, aunque sea en pequeña parte, en la reflexión y solución a las muchas interrogantes sobre la educación médica en nuestro contexto y en nuestro país. Como educadores médicos se debe ser parte de la solución y no sólo parte del problema.

El debate de los años setentas, a partir de planes de estudios como el Plan A36 y los de las ENEPs en la UNAM y el de la UAM-X, se centró en la orientación del currículo médico, el concepto salud-enfermedad, el trabajo comunitario, el papel de la medicina preventiva vs curativa, la ineficacia de la institución hospitalaria, el papel del primer nivel de atención y la separación de las materias básicas y clínicas.

Más recientemente los temas que han impactado la discusión sobre la formación de médicos "competentes y competitivos" han sido: el desarrollo técnico-científico, la revolución cibernética, los logros en genética y en transplantes, la crisis de la educación pública, los acuerdos en cuanto a educación con el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC) y el proceso de acreditación de las escuelas de medicina, el examen de calidad profesional o ahora Examen General para el Egreso de la Licenciatura (EGEL), entre otros.

Derivado de esta discusión, el tema de la "competencia profesional" ha sido abordado por varios teóricos y educadores: ¿cuál es el ámbito de competencia profesional del médico general?; ¿qué competencias profesionales deben desarrollar en los estudiantes las escuelas de medicina?; ¿cuál es el mejor medio de enseñarlas, de evaluarlas?.

Los intereses personales de la tesista no han escapado a estos problemas. El interés inicial partió de determinar lo que es competencia profesional del médico general y cómo evaluarla.

Sin embargo un espacio de reflexión ha sido también cómo los valores, actitudes y práctica profesional vigentes influyen en esa competencia. Una profesora de la UAM-X gustaba repetir, citando a Berlinguer, 1974, que "no hay acción más reaccionaria que la de mandar a la sociedad a un médico mal preparado". Criterio que se comparte ampliamente, sobre todo frente a discursos demagógicos y fáciles. Ello no disminuye la importancia del conocimiento técnico-científico y el papel de la competencia profesional, pero sí es producto de una reflexión y preocupación profundas acerca de cómo ese conocimiento, habilidades, actitudes y destrezas; cómo esa "competencia médica" se pone a disposición de los que la necesitan y no sólo contribuyen a las "leyes del mercado". Cómo sustituir la "lógica del hospital", por la lógica del médico responsabilizado de un enfermo.

¿Qué hemos de hacer las escuelas de medicina para influir en el proceso de socialización de los estudiantes con su profesión, para hacerlos responsables de su actualización profesional, del contacto con su gremio, de poner su conocimiento y su técnica al servicio de la sociedad y el paciente?. La adhesión profesional y los valores de la profesión médica han de desarrollarse en el estudiante a fin de mejorar la práctica médica en beneficio del paciente y la sociedad, pues se asume que hay una correspondencia entre actitudes y conductas del profesional. Si esto es correcto las actitudes comprenden una parte importante del trabajo profesional.

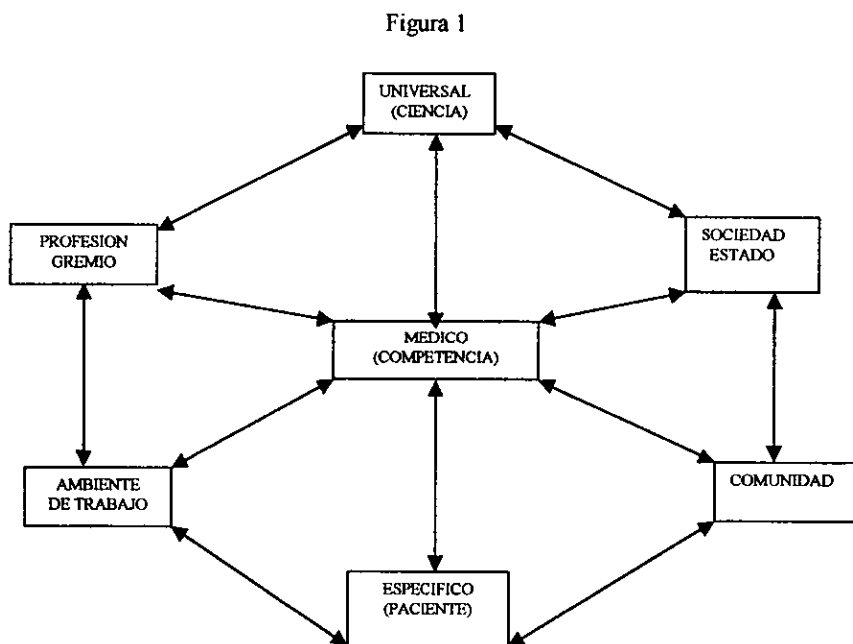
1.1 Propósito

A través de una cohorte simulada, estudiar la adhesión profesional de los alumnos de medicina de la UAM-X desde su ingreso a la carrera hasta el servicio social. Para ello desarrollar un instrumento, analizado en tres partes, para medir la **adhesión profesional médica**. Establecer los errores de medición. Examinar los instrumentos a través de la óptica de la estadística robusta que reduce el cuestionario a reactivos con alta especificidad. Aplicar los principios de la taxonomía numérica a los instrumentos reducidos, para definir los grupos de estudiantes de la licenciatura en medicina de la UAM-X, con diferentes niveles de adhesión profesional.

Con ello se busca contribuir en la definición conceptual y operativa de los componentes, variables e indicadores de **adhesión profesional médica**, en el contexto de nuestra cultura y nuestro país.

1.2 Planteamiento del problema

Partiendo de un interés inicial en la competencia profesional y los factores que la influyen, se consideró el siguiente esquema de la competencia profesional (Abreu, 1996):



En la figura 1 del lado derecho están representados los aspectos no profesionales que influyen en la competencia: el estado y la comunidad. Del lado izquierdo están representados los aspectos "profesionales": el ambiente de trabajo y la profesión (gremio).

En un primer momento se seleccionó como tema de tesis la relación entre la competencia y "el grado en que el médico ha hecho suyos y ejercido los valores de su gremio". En la interfase con su gremio el médico hace uso de la organización profesional como referencia fundamental para su ejercicio profesional: participará en congresos, estará suscrito a revistas especializadas de su campo, publicará trabajos, hará investigación, será docente, se mantendrá actualizado. Estará de acuerdo o no con los valores predominantes en el gremio médico y esto se reflejará en su práctica profesional, en la relación médico-paciente, en su participación o no en la investigación y en la docencia.

Siendo muy extenso el tema y escasa la bibliografía en las bases de datos consultadas, surgió la necesidad de -con base en el planteamiento inicial- adecuar, ampliar y desarrollar un instrumento capaz de ofrecer la medición de la adhesión profesional.

Se conoce poco sobre el proceso de socialización profesional en el estudiante de pregrado en nuestro medio y ¿qué pueden hacer las instituciones de enseñanza para fomentarla y en su caso transformarla?, ¿cómo se va identificando el estudiante y el novato con la profesión médica, con su concepción y sus valores?. También es interesante cómo se comporta el profesional experto: ¿participa en sociedades de afines, asiste a congresos, cursos de actualización?, ¿cómo se enlaza con la profesión?, ¿cuál es el "deber ser" de ese enlace?. Y finalmente, ¿cómo se vinculan ambos? ¿puede el plan de estudios influir en los valores profesionales o es más determinante el mercado de trabajo y los sitios de práctica clínica de los estudiantes?

En la búsqueda de respuestas se realiza esta tesis sobre la adecuación y desarrollo de un instrumento de medición capaz de ofrecer el grado de adhesión profesional tomando en cuenta las características de la profesión médica en la actualidad y en nuestro contexto sociocultural. Por esta razón la tesis se encaminó a la medición de la adhesión profesional en los estudiantes de medicina de la UAM-X a través de una cohorte simulada y a la aplicación de los principios de la taxonomía numérica, poco utilizadas en la investigación sobre profesionalismo, en la que usualmente se recurre al análisis factorial.

1.3 A manera de marco teórico

Son tres los aspectos a considerar:

- El modo en que la medicina llega a ser una profesión.
- Las características profesionales de la medicina.
- Y el proceso por el cual las personas que trabajan en este campo llegan a ser profesionales.

El énfasis se hará sobre los dos últimos puntos.

Durante siglos la evolución de los conocimientos científico-técnicos fue en gran parte consecuencia de las necesidades planteadas por la práctica médica. En la medida en que

aumentaron los conocimientos, los centros universitarios se encargaron de la enseñanza médica. En Europa esto ocurrió desde la edad media en donde en las universidades se centraba la educación clerical. Pero es hasta el siglo XIX, en los últimos 25 años, cuando desarrollaron las universidades la capacidad de promover realmente el progreso del conocimiento científico. El método hipocrático ya no era suficiente, era necesaria una instrucción organizada.

De acuerdo con Freidson, (1970, 1978) la práctica médica se convierte en profesión cuando "los curadores" se asocian con "gente erudita" y deja de ser un gremio artesanal. Con Luis Pasteur (1822-1895), surge un paradigma que enlaza la capacidad de "curador" con el conocimiento científico, se instaura la posibilidad de predecir con base científica. Según Starr (1982) la apropiación por la profesión médica del conocimiento de la ciencia médica basada en la teoría de los gérmenes le da al gremio médico poder y capacidad de negociación en su beneficio, al afianzar su estatus. Hay un proceso de legalización profesional, se formaliza la educación médica a través de su incorporación a las universidades, se institucionaliza la educación, y hay un largo período de enseñanza formal, el título autoriza a ejercer la medicina. En Estados Unidos con el informe Flexner (1910) se determinó el currículum en la forma como predominó hasta los años setenta, en ese momento existían cerca de 400 "escuelas" de medicina.

En este proceso de constitución de la medicina como una profesión surge un fenómeno interesante que es la identificación del médico con su profesión, su sentido de pertenencia y el desarrollo y uso de la fuerza social del gremio. Sin embargo, este proceso ha sido desigual en los distintos países. En Estados Unidos se formó en 1847 una asociación nacional de médicos, la Asociación Médica Americana (AMA). El primer presidente dijo en su discurso "la profesión médica está corrompida y degenerada en tal grado que ha perdido su posición social y con ello el homenaje que antes recibía de modo espontáneo y universal". Hasta la aparición de la teoría bacteriana logra el gremio médico la recuperación de su propio destino y es en 1934 cuando la AMA establece sus normas básicas. En la actualidad controla a la mayoría de los grupos de la profesión médica y tiene una gran fuerza frente al Estado para negociar los intereses del gremio y sus valores. Además, ejerce un papel importante en la formación de médicos.

En otros países, como en la ex Unión Soviética, el gremio médico fue uno de los más devaluados, convertidos en trabajadores asalariados y burocratizados, sin una organización fuerte, representados por el Sindicato de Trabajadores Médicos de la URSS. Institucionalmente

estaban altamente estratificados, por encima de ellos estaban los "científicos" de la Academia de Ciencias (Nigenda, 1993).

En México no ha existido una agrupación no gubernamental con fuerza de negociación frente al Estado. Existe la organización institucional (IMSS, ISSSTE, SSA) que en nuestro país es muy fuerte. El gobierno tiene una gran injerencia en las agrupaciones institucionales a través de las cuales ha implantado sus políticas. Hay en México también un sector privado que cada vez es más importante constituido por médicos que también trabajan en las instituciones como el IMSS, el ISSSTE, quienes por medio de la práctica privada aumentan sus ingresos, y por un pequeño sector (15%) que solo practica la medicina privada pero no tienen una organización gremial (Nigenda, 1993). Es de hacer notar que en la actualidad este sector se encuentra en expansión a través de grandes hospitales privados.¹

El reconocimiento como profesional por los colegas y por el público se logra mediante la perfección, el dominio de conocimientos y técnicas, habilidades y destrezas, valores y actitudes propios de la profesión. Podemos decir que el proceso de la socialización profesional médica comienza en la facultad y continúa a lo largo de la vida profesional. Sin embargo hay un paso previo que es, como dice Oswald Hall (1948), el seleccionar la carrera de medicina como profesión. Rogoff (1957) realiza uno de los primeros estudios sobre los factores que llevan a un estudiante a seleccionar la medicina como profesión y plantea que son un grupo diferenciado del resto de la sociedad. No obstante es a través de un largo proceso de educación formal como se cumple con el ritual de iniciación del estudiante a los valores, conocimientos, destrezas y actitudes propios de la profesión.

Es importante conocer sus componentes, saber en qué forma el período escolarizado la propicia, para que las escuelas puedan de manera consciente influir en el proceso, ya que está implícito el concepto de que a mayor grado de adhesión profesional médica será mayor el compromiso del médico con la sociedad y el paciente, un mayor sentido de ética y competencia profesional y un mayor grado de actualización. En las escuelas de medicina el área cognoscitiva es el área dominante y en algunas casi exclusiva. En ella se enfocan los objetivos de la educación. En la actualidad hay una recuperación del área de habilidades y destrezas a través de

¹ Esto es fundamentalmente un esbozo de la medicina occidental, para una mayor comprensión es necesario un análisis más amplio.

enfoques como el aprendizaje basado en problemas y la evaluación y enseñanza por competencias. Pero aún están relegadas las áreas de actitudes y valores.

Toda vez que algunos de los atributos de la adhesión profesional corresponden al campo de las actitudes del médico, son necesarias la revisión del concepto y formas de medición de éstas. Una actitud es una predisposición a responder a un objeto y no la conducta efectiva hacia él. Las actitudes no son susceptibles de observación directa. **La actitud es persistente, es decir, se requiere de una fuerte presión para cambiarla. La actitud da origen a la consistencia en las manifestaciones conductuales y por último la actitud tiene una cualidad direccional** (Summers G.F. 1976).

Una actitud tiene tres componentes: el cognoscitivo, el emocional y la tendencia a la acción. "La actitud como concepto tiene todas las propiedades de la escala de los números. Es una variable continua, extendiéndose desde el extremo positivo al negativo, por lo que tiene una propiedad ordinal. Es posible localizar en el continuo puntos que sean equidistantes, por lo que tiene también una propiedad intervalar" Summers (1976). **Es decir, es medible.** Las escalas más usadas en la medición de actitudes son las de Thurstone y la de Likert.

1.4 Antecedentes (marco referencial)

La literatura concerniente a los instrumentos de adhesión profesional desde 1968 hasta 1997, fue analizada utilizando los siguientes criterios: tipo de instrumento, orientación, teoría de los test, extensión, validez y confiabilidad.

En cada documento se buscaron fundamentalmente **las características de la profesión médica y cómo se midió el grado en que el médico ha hecho suyos y ejercido los valores de su gremio.**

Existen varios autores que han tratado de definir las características de la profesión médica y otras profesiones afines y cómo se desarrolla el proceso de profesionalización.

Para **Goode (1960)** son diez las características principales de la profesión médica:

1. La profesión determina sus propios estándares de educación.
2. El estudiante tiene un periodo de aprendiz más difícil.
3. La práctica profesional es reconocida por varias formas de licenciatura.
4. La licenciatura y la admisión al gremio son manejadas por miembros de la profesión.

5. La mayoría de la legislación concerniente es manejada por la profesión.
6. La ocupación permite un ingreso, un rango especializado en un cuerpo de poder y prestigio y puede ser demandada por un alto número de estudiantes.
7. Está prácticamente libre de leyes de evaluación y control.
8. Las normas de las prácticas obligadas por la profesión son más estrictas que cualquier control legal.
9. Los miembros están más identificados con la profesión que en otras profesiones.
10. Es más parecida a una ocupación terminal.

Goode (1960) no construyó ningún instrumento para medir estas características. Planteó que se pueden resumir en dos importantes aspectos: un prolongado entrenamiento especializado en un cuerpo de conocimientos abstracto y una orientación hacia el servicio.

Por otra parte **Hall (1968)** construye teóricamente cinco factores que caracterizan a una profesión:

1. **Uso de la organización profesional como el referente esencial:** la organización puede ser formal e informal. Refuerza los valores, creencias y la identificación con la profesión. Según Gross (1958) citado por Snizek (1972) se desarrolla "*colleague consciousness*", (conciencia de colega) a través de leer revistas profesionales, desarrollar la práctica, atender asuntos profesionales. Cuando se desarrolla esta conciencia el profesional está fuertemente influenciado por los estándares de su profesión,
2. **Creencia de servicio al público:** el profesional cree que su profesión es indispensable y benéfica para la sociedad. Es de hacer notar que este factor ya había sido mencionado por Parson (1951) como característico de las profesiones y lo llama "orientación hacia la colectividad" u "orientación hacia el otro".
3. **Sentido de llamado por el campo:** un profesional es totalmente entregado y "llamado" por su trabajo. El trabajo es un fin en sí mismo y no un medio para otro fin,
4. **Creencia en la autorregulación:** se reconoce el control profesional por los colegas y no por extraños o ajenos al campo profesional,
5. **Autonomía:** el profesional decide libremente qué hacer acerca de su trabajo, estas decisiones están libres de presiones externas, como las presiones del estado, de los clientes y de los contratadores.

El modelo de Hall (1968) implica dos aspectos. Uno de ellos es el estructural (forma parte de la edificación de la profesión) como la educación formal y los requisitos de entrada. El segundo aspecto corresponde al de las actitudes, como lo sería el sentido de llamado por el campo (vocación) y en qué medida hace uso de sus pares como la mayor referencia en asuntos concernientes a su trabajo. Wilensky (1964) citado por Hall (1968), menciona que en el aspecto estructural las ocupaciones pasan por diversas etapas hasta consolidarse como una profesión: creación de una ocupación de tiempo completo, el establecimiento de un período escolarizado en donde desde etapa temprana se transmiten los conocimientos básicos de la profesión y se refuerza el aprendizaje, creación de asociaciones profesionales que permiten legitimar los cambios, eliminar las prácticas "no científicas" o incompetentes. La organización también se ocupa de los aspectos políticos del gremio y de la protección de los agremiados y finalmente la formación de un código de ética tanto interna como externa (hacia los clientes). Las características profesionales con relación a las actitudes reflejan la manera en la cual el profesional percibe su propio trabajo. Tiene que ver con actitudes y creencias. Si asume correctamente los valores de su profesión tendrá un compromiso importante con su trabajo. El factor de autonomía según Hall (1968), corresponde tanto al campo estructural como al de las actitudes. Mientras que el aspecto estructural lo asume indirectamente la organización profesional, por ejemplo al conseguir el derecho legal a la práctica, tiene que ver también con la parte en que el profesional asienta su juicio y es libre de tomar las decisiones en su trabajo.

Plantea Hall (1968) que los atributos de actitudes del profesionalismo reflejan la manera en que el profesional ve su propio trabajo. Se asume que hay una correspondencia entre actitudes y conductas del profesional. Si esto es correcto las actitudes comprenden una parte importante del trabajo del profesional.

En 1968, Hall elaboró un instrumento de 50 preguntas, para medir los componentes de actitudes de los cinco factores, 10 preguntas para cada factor. Lo aplicó a 328 sujetos (envió 542 cuestionarios y tuvo un 60.5% de recuperación) de diversas profesiones como contaduría, ingeniería, enfermería, abogacía así como, médicos, trabajadores sociales, maestros y bibliotecarios. Las respuestas de su instrumento de medición conciernen al tipo Likert.

En los médicos tuvo dos tipos de muestra. La primera de médicos de un hospital universitario y la segunda de un hospital gubernamental. Encontró, en los médicos, valores altos en cuatro de los cinco factores, siendo el factor "creencia de servicio al público" el que aparece más bajo en comparación con otras profesiones. También observó diferencias entre las dos muestras de médicos. Los médicos del hospital gubernamental tuvieron un índice de profesionalismo más bajo en los factores uso de la organización profesional como referencia mayor, creencia en la autorregulación, sentido de llamado por el campo, y autonomía. Sólo en el factor creencia de servicio al público fue más alta la calificación de la muestra gubernamental que la de los médicos universitarios.

Snizek (1972) aplicó la escala de Hall (1968) a 566 sujetos de las profesiones de aeronáutica, ingenieros químicos y nucleares, físicos y químicos. Utilizó las bases de datos de él mismo y de Hall (1968) en un análisis factorial en el que concluye que 25 variables, de las cincuenta, son las que realmente miden el factor que pretenden medir. Por lo que sugiere modificaciones a dicha escala dejando cinco preguntas por factor. En su estudio no cuestiona los cinco factores de Hall para medir profesionalización. En el capítulo de resultados se hace un análisis más amplio de los estudios de Hall (1968) y Snizek (1972).

Fox y Vonk (1973) hicieron una crítica al artículo de Snizek (1972) en donde plantearon que información esencial para una valoración del artículo fue omitida. Entre ésta, el tipo de modelo de análisis factorial que ocupó Snizek (1972) y el porcentaje total de la variancia que es explicada. Encontraron mediante análisis factorial y cálculos basados en la rotación ortogonal que el 34.34% de la variancia total es explicada por los cinco factores en los datos empíricos de Hall (1968) y el 30.87% en los datos empíricos de Snizek (1972). Sugirieron que las diferencias entre los datos de Hall (1968) y los de Snizek (1972) pudieron ser debidas a la diferente composición de la muestra que ambos midieron. La muestra de Hall (1968) es más heterogénea. Estas diferencias en la composición de las profesiones pueden explicar los resultados. Debido a lo anterior recomendaron que son necesarias más pruebas empíricas antes de eliminar las 25 preguntas que sugiere Snizek (1972).

Existe entonces controversia alrededor del instrumento de Hall, pero se respetan los cinco factores que él plantea para medir adhesión profesional.

En 1976, Bryant, Clifton y Snizek realizaron un estudio en 182 veterinarios de pequeñas y grandes especies y muestran el grado de "diferenciación" profesional y de práctica. Hicieron referencia a la tendencia a la especialización en los primeros años de la carrera, y citan un estudio sobre especialización en estudiantes de medicina en que el interés por la especialización aparece desde los primeros años de la carrera (Kendall y Elvin 1957).

Ward, Gibbons y Camp (1985) midieron los atributos de las actitudes de la profesión con la escala de Hall (1968) en 555 licenciados en trabajo social. Encontraron que tres de las dimensiones de Hall (1968) fueron significativas. Los factores de autonomía y creencia de servicio al público no participaron en la formación de la estructura factorial. Hicieron un análisis sobre el efecto de la educación y de la presión de los grupos sociales sobre el grado de profesionalismo.

Dentro de esta línea de análisis, Miller y Fry (1976) aplicaron la escala de Hall (1968) al personal (n=136) de tres agencias legales (oficinas de investigación, dos de ellas departamentos de la policía). Ellos emplearon el cuestionario reducido sugerido por Snizek (1972) de 25 reactivos, 5 preguntas por factor.

Por análisis factorial concluyeron que sus resultados son consistentes con lo encontrado por Hall (1968) y Snizek (1972) excepto para el campo "autonomía". Hacen una comparación de los valores factoriales de sus datos con los encontrados por Snizek (1972) y los de ellos son mayores como se muestra a continuación:

Tabla 1
Comparación de los valores factoriales encontrados por Miller (1972) y Snizek (1972)
aplicando la escala de Hall (1968) para medir profesionalismo

Dimensión Teórica	Dimensión Empírica									
	Datos de Miller y Fry (1972)					Datos de Snizek 1972)				
PREGUNTAS/FACTORES	F I	F II	F III	F IV	F V	F I	F II	F III	F IV	F V
I v1 sistemáticamente leo revistas de mi profesión	.84					.42				
I v4 asisto regularmente a reuniones médicas	.58					.24				
I v11 creo que las organizaciones de mi gremio deben ser apoyadas	-.00*					.16				
I v15 las organizaciones de mi gremio no hacen mucho por los miembros promedio	.41					.44				
I v19 si bien me agradaría, yo realmente no leo revistas sobre mi profesión	.69					.31				
II v2 otras profesiones son actualmente más vitales para la sociedad que la mía		.81					-.66			
II v5 yo pienso que mi profesión más que otras es esencial para la sociedad		.59					-.50			
II v8 la importancia de mi campo profesional es a veces sobrevalorada		.40					-.53			
II v12 algunas otras profesiones son actualmente más importantes para la sociedad que la mía.		.82					-.64			
II v22 si alguna ocupación es indispensable es la mía		.46					-.51			
III v3 en mi campo de trabajo yo tomo mis propias decisiones			.79					-.69		
III v10 en mi campo de trabajo no tengo muchas oportunidades de ejercer mi propio juicio			.46					-.61		
III v18 en mi trabajo mis decisiones son sujetas a revisión			.05					-.57		
III v21 yo soy mi propio jefe en las situaciones relacionadas con mi trabajo			.69					-.73		
III v25 muchas de mis decisiones son revisadas por otras personas			.46					-.70		
IV v6 la gente en mi ocupación tiene una buena idea acerca de cómo juzgar de las competencias de los demás				.18					.31	
IV v13 un problema en este trabajo es que nadie sabe lo que hacen los demás				.64					.56	
IV v16 en este trabajo realmente no podemos juzgar las competencias de otros				.77					.64	
IV v20 en este trabajo realmente no sabemos la competencia profesional de los otros				.65					.59	
IV v23 mis colegas tienen un buen conocimiento de cómo todos nosotros amamos o hacemos nuestro trabajo				.61					.40	
V v7 la gente de esta profesión tiene un real llamado por el campo					.65					.55
Vv9 la dedicación a este campo es muy gratificante					.68					.55
V v14 es alentador ver el alto nivel de idealismo de la gente en este campo					.70					.68
V v17 muchos continuarían en este campo aunque sus salarios se redujeran					.48					.30
V v24 hay muy pocas gentes que realmente no están entusiasmadas con su trabajo					.42					.39

F I identificación con la profesión F II orientación de servicio al público F III autonomía F IV sentido de la autorregulación
 F V sentido de llamado por el campo

*nota: este dato está asentado así en el artículo original.

En las cinco bases de datos consultadas no se encontró bibliografía sobre mediciones empíricas, desde los estudios mencionados en los años setenta hasta fechas recientes y en estos últimos no es frecuente que se mencionen los estudios de Hall (1968) ni de Snizek (1972), y se desarrollan otros factores para medir profesionalización. No se encontró ningún estudio en médicos o estudiantes de medicina pero sí en otras profesiones de la salud.

Así Brooks y Shepherd (1992) midieron profesionalismo en "seniors student" de enfermería con el "Health Care Professional Attitude Inventory", una escala de actitudes en cuatro tipos de programas de estudio. Asimismo, midieron la "general critical thinking abilities" (desarrollo de capacidades de pensamiento crítico) a través del "Watson Glaser Critical Thinking Appraisal" y estudiaron la relación entre ambos. Encontraron en la bibliografía que se requieren tres áreas de desarrollo: la adquisición de conocimiento efectivo y experiencia; la inculcación de las normas, actitudes y valores profesionales así como la adquisición de conocimiento de enfermería. Además Dumont (1970) citado por Brooks (1992), opina que **la vida profesional está en relación directa con los cambios sociales**, lo que requiere redefiniciones constantes y profundas. Por lo que **profesionalismo incluye la habilidad de adaptación**. Dumont (1970) sugiere en su definición de profesionalismo cuatro constructos: 1. **el sentido de un propósito** que puede ser idéntico para todas las profesiones el bienestar de la gente; 2. **estar acorde con los cambios sociales rápidamente**; 3. **compasión, una sensibilidad y dedicación a las necesidades de los clientes** y 4. **aceptación de asumir el control e implantación de programas**. El "Health Care Professional Attitude Inventory" contiene 36 preguntas siguiendo la escala de Likert. Ocupó la correlación producto-momento de Pearson para hallar la asociación entre las dos variables estudiadas. Y encontró una moderada pero clara asociación entre profesionalismo y el desarrollo de capacidades de pensamiento crítico.

Por otra parte en 1992, Spears, Simonis y Vaden desarrollaron y validaron un instrumento para medir diferencias en las actitudes profesionales en estudiantes de nutrición y nutriólogos recibidos. La muestra consiste en 371 estudiantes, 15 profesores y 1,041 nutriólogos. Ellos construyeron 13 factores de actitudes profesionales. Encontraron diferencias entre estudiantes y nutriólogos y entre éstos, disimilitudes según el tiempo de haberse recibido. Los trece factores son: apoyo a la organización, maestría de los contenidos sustantivos, orientación hacia el servicio; activismo profesional, respeto al reto intelectual de la profesión, respeto al rol profesional; comunicación profesional, compromiso con los estándares del desarrollo

profesional; autonomía profesional, integridad profesional, obligación personal para el desarrollo profesional; obligaciones profesionales, confianza en la calidad profesional y desarrollo.

Bebeau, Born y Ozar (1993) midieron la percepción que acerca de su rol profesional tienen los dentistas y estudiantes de odontología. Emplearon una escala tipo Likert logrando cuatro factores: autoridad, responsabilidad, gerencia y autonomía. Desarrollaron 40 preguntas, 10 por cada factor. Ellos aplicaron un pretest de 78 preguntas, del cual descartaron 38 preguntas. Lo aplicaron a 116 miembros de Upper Midwest Región of the American College of Dentist. El cuestionario ya validado fue aplicado a 40 dentistas miembros del colegio. También fueron sometidos al instrumento 78 estudiantes de primer año y 78 estudiantes del cuarto año. En los resultados encontraron diferencias en el valor promedio de los estudiantes de primero y de cuarto año. El valor promedio es más alto y con menos dispersión en el cuarto año para los campos de autoridad y responsabilidad y más bajo y con mayor dispersión para gerencia y autonomía. Haciendo una correlación entre los campos de autoridad y responsabilidad y categorizándolos como bajo, medio y alto especifican los cuatro modelos de servicio referidos en la literatura. Aunque no explicaron sus procedimientos estadísticos, ni dieron a conocer el cuestionario empleado. Este estudio es interesante ya que hallaron diferencias entre dos distintos niveles de estudiantes. Por otro lado, emplearon factores diferentes a los de Hall (1968) para la medición de la actitud ante la odontología. Las definiciones de sus campos son: **autoridad**: "se refiere al grado en que una persona se ve así misma como conocedora, con buen juicio, y con respeto y deferencia a los expertos. Las personas que tienen un fuerte sentido, creen que sus opiniones y juicios deben ser respetados y se les debe dar un peso considerable. Ellos creen que saben que es lo mejor para ellos y los demás en relación con su profesión. En las personas para las cuales la autoridad no es un componente crítico de su estructura cognoscitiva y moral, tienden a creer que los juicios de otras personas merecen tanta consideración como los propios". **Responsabilidad**: "se refiere a la extensión del compromiso individual hacia otro. En la parte fuerte encontramos individuos que específicamente ven su rol, incluyendo cuidados directos e indirectos de las personas en desventaja y público en general. En contraste en la parte débil hallamos sujetos que creen que cada cual es capaz de cuidarse a sí mismo y si la gente mira sus propios asuntos entonces la sociedad funcionará más efectivamente". Los factores de agencia y autonomía los derivaron de la psicología sobre locus de control. **Agencia (acción)**: "se refiere a la extensión en que un individuo tiene un sentido de control y poder sobre su vida como un profesional. Una persona en el polo positivo siente que puede efectuar cambios significativos en el curso de su

profesión y puede jugar un rol activo en hacer que sucedan las cosas. En el polo negativo se sienten poseídos y controlados por eventos externos". **Autonomía:** "se refiere a la extensión en la que un individuo se siente libre e independiente en su papel. Una persona con un fuerte sentido de autonomía es segura y se siente confortable actuando con su propio juicio con poca búsqueda de aprobación de sus pacientes".

Con lo hasta aquí planteado podemos decir que la adhesión profesional médica, según la bibliografía revisada, sólo se ha estudiado en médicos de manera empírica en el estudio de Hall (1968) sin que el instrumento empleado fuera específico para el área de la medicina. Hay planteamientos teóricos y discusiones actuales sobre la profesión médica, pero no hay ningún estudio empírico que intente medir la adhesión profesional médica ni en profesionales, ni en estudiantes de medicina, lo que hace necesarias y vigentes las aportaciones que pueda proporcionar esta tesis.

1.5 Una discusión actual

En un mundo en que ha habido cambios en los sistemas de salud, los conceptos y teorías para explicar la profesionalización y las características de los gremios profesionales médicos también han cambiado. La profesión médica ha demostrado una gran capacidad de adaptación y ha conservado así su estatus. Sin embargo, hay quienes dudan que pueda mantener por mucho tiempo más esta situación.

Las diferentes teorías, desarrolladas principalmente por la sociología, que explica el origen, la estructura y la relación de las profesiones con los grupos sociales también ha cambiado. Según Johnson (1972) citado por Nigenda (1993) hay fundamentalmente dos propuestas iniciales. Una, "buscaba profundizar los rasgos que definían a las profesiones y las etapas en que se encontraban las distintas ocupaciones existentes", la segunda, propuesta por Parson (1951), resaltaba la funcionalidad de las profesiones para mantener el orden social". De acuerdo con la primera se buscaban los factores que definen una profesión, "la estructura que la caracteriza", mientras que Parson (1951) analizaba las profesiones de acuerdo a su carácter de reproductoras del orden de la sociedad, de su función como conservadoras de lo existente, en contra del cambio (aunque ambas son de corte estructural-funcionalista). El mismo Nigenda

(1993) afirma que con la publicación del libro **La Profesión médica de Freidson**, (1970, 1978) la crítica al funcionalismo toma fuerza.

Freidson (1978) pone en duda que la teoría de los rasgos tenga un valor analítico para la definición de las profesiones "una preocupación pasada ha sido más sobre los rasgos precisos que caracterizan a la profesión que un examen cercano a los referentes empíricos y las implicaciones que cada uno de ellos tiene con otros", afirma que una profesión se define en términos de poder y control social (autonomía legitimada y organizada). El poder se ejerce frente al estado y hay un control sobre el conocimiento y el ejercicio profesional. En ese sentido para Freidson (1978) la medicina es el ejemplo de profesión. En su libro afirma que una teoría adecuada de las profesiones y de la profesionalización requiere del análisis de los procesos políticos por los cuales las ocupaciones obtienen que el estado les conceda derecho exclusivo de ejercer, de educar y reclutar a sus miembros, para definir su propio trabajo. Estima que el conocimiento, la destreza y la preocupación por el bienestar público se exhiben más útilmente como proclamas ideológicas.

En la actualidad hay dos teorías que plantean críticas a Freidson (1978): la teoría de la desprofesionalización y la teoría de la proletarización sin que a la fecha puedan ser comprobadas ni generalizadas, no se han puesto empíricamente a prueba pero sí se han contrargumentado teóricamente.

La teoría de la desprofesionalización defendida por Haug (1973) citado por Nigenda (1993) señala que hay datos que corroboran la pérdida del estatus profesional en los países industrializados. Por ejemplo, el monopolio sobre conocimientos especializados, con la aparición de programas de computadora con información clínica, ha disminuido. Otro argumento es el reemplazo de la "racionalidad del médico" por "la racionalidad formal de los hospitales".

La teoría de la proletarización de las profesiones señala que con el avance del capitalismo los médicos se han convertido en trabajadores al servicio de instituciones que responden a intereses de mercado. Freidson, 1984 citado por Nigenda (1993), ha respondido a ambos argumentos. Por ejemplo, afirmando que la producción de nuevos conocimientos en el campo de la medicina es tan acelerado en la época actual que difícilmente el profano logrará apropiarse de

ellos. Actualmente el campo de conocimientos es tan amplio que un médico tampoco puede apropiarse de todo el conocimiento médico.

Es innegable que han existido cambios en la atención médica que probablemente plantean cambios en la profesión médica. Estas tendencias están descritas por Ruelas y Alonso (1997). Entre otras características plantean: la acumulación epidemiológica, énfasis en la prevención sobre la curación, desarrollo tecnológico hacia el nivel molecular y hacia los procedimientos no invasivos, resurgimiento de la bioética, aumento de la visibilidad de medicinas alternativas, mayor exigencia del consumidor, modificación de la mezcla público-privada, incremento en la competencia entre organizaciones y entre profesionales, mayor regulación del mercado médico, mayor necesidad y exigencia de información sobre el desempeño de organizaciones y profesionales, entre otras. Es posible que esto traiga efectos en el ejercicio de la medicina y la profesionalización del médico: por ejemplo, mayor escrutinio en la calidad y eficiencia de la atención médica por parte de la sociedad (modificación de la autonomía). Esta discusión se retomará en el capítulo de *reflexiones finales*, tomando en consideración lo encontrado en esta tesis.

De acuerdo a estos antecedentes, es necesario definir la postura desde la cual se realiza esta investigación. La escuela es la institucionalización de una teoría de la educación y la escuela se puede comprender como institución sólo cuando se ve como la institucionalización de una serie de acuerdos teóricos. Pero ésta institucionalización ocurre dentro de la existencia de razones políticas, sociales y económicas. La educación médica prevaleciente sirve a propósitos sociales: la aportación de los teóricos de la educación médica no pueden ser la de la teoría por la teoría misma. Cuando uno se pregunta por el propósito de la sociedad, sus obligaciones y el sentido de su destino responde según una escala de actitudes con la cual se visualiza el cambio social que en ambos extremos tiene posiciones radicales. Entre estos extremos podemos encontrar: radicalismo, liberalismo, conservadurismo y la reacción. Pero como sucede con el espectro solar, estas posiciones son un continuo grado de actitudes y creencias que oscilan desde el radicalismo hasta la reacción. **Hay que diferenciar los sistemas educativos rígidos, codificados y alta y filosóficamente sistematizados de aquellos variados histórica y culturalmente siempre cambiantes, flexibles, no dogmáticos a los que se adhiere esta tesis.** La educación médica representa nuestras concepciones del orden individual y social, nuestros estándares de conducta y nuestra creencia política y económica, nuestra postura frente al proceso salud-enfermedad. Está íntimamente enmarcada dentro de la escala de actitudes y creencias que

sostienen los hombres de cualquier sociedad. Así también está, por supuesto, íntimamente ligada a la práctica médica vigente y a su marco conceptual. Es a esos valores, actitudes, conocimientos, habilidades y destrezas a los que se "adhiera profesionalmente" el médico.

1.6 Definiciones

" Define your terms. It saves arguments", Steeb (1991).

En esta tesis se siguen las siguientes definiciones operacionales:

Profesión:

Un grupo de personas que realiza la misma actividad y desarrolla métodos comunes que son transmitidos a los nuevos miembros y llegan a ser convencionales. Legítima autonomía organizada (derecho a controlar su propio trabajo, derecho exclusivo de ejercer y de formar a los nuevos miembros) (Freidson, 1970, 1978).

Socialización:

Es el proceso por medio del cual los individuos adquieren los valores, actitudes, habilidades, conocimientos y destrezas de los grupos a los cuales desean incorporarse.

Socialización profesional:

Es el procedimiento mediante el cual un individuo se incorpora a una profesión. Por lo tanto, adquiere los valores, actitudes, habilidades y conocimientos propios de su profesión.

Profesionalización:

Desarrollo de formación de profesiones, es la dinámica histórica sufrida por un gremio para progresivamente ir adquiriendo las características que la defina como tal.

Es definida por Vollmer (1966) como un proceso por el cual muchas ocupaciones pueden ser observadas con ciertos cambios en características cruciales en la dirección de convertirse en una profesión. Estas características pueden ser estructurales o de actitudes. Posteriormente, éstas junto con las ideologías sostenidas por los profesionales denotan el grado de profesionalismo característico de una ocupación.

Adhesión profesional médica:

Adquisición, posesión y ejercicio de los valores y actitudes del quehacer médico, como resultado del proceso de socialización profesional dentro del contexto de las categorías Kantianas (espacio y tiempo). Cuando hablamos de adhesión profesional, nos referimos al resultado del proceso de socialización profesional en un momento dado en el tiempo, mientras

que los conceptos de socialización profesional y profesionalización se refieren al proceso, lo que nosotros medimos es el estado en un momento dado de un desarrollo que es dinámico

Competencia profesional médica:

Es el grado de dominio del conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores que caracterizan a una profesión, y que deben constituir la meta del proceso educativo. Va paralelo al concepto de responsabilidad social del ejercicio profesional (actualización) responde a las demandas de la sociedad.

Una primera etapa es la adquisición de lo básico en el estudio de licenciatura y otro momento es la adquisición de nuevas competencias y conocimientos a través de la actualización constante. Lo entendemos no sólo como el aspecto técnico-científico, abarca también el campo de actitudes y valores y responde a necesidades sociales. De acuerdo con las demandas sociales hay más conocimiento en el área de las habilidades que en el de las actitudes. Es más fácil definir la competencia profesional de los médicos especialistas que las del médico general. (Definición adaptada de Medical Teacher, Vol 7 No 1, 1985 Techniques of identifying competencies needed of doctor. W. R. Dunn, D Hamilton and R. M Harden.)

1.7 Objetivos

Aplicación de las escalas encontradas en la bibliografía a la población mexicana para establecer si efectivamente miden profesionalización y si lo realizan con precisión en nuestro medio, fundamentalmente la escala de Hall (1968).

Conocer los errores de medición de los tres instrumentos empleados.

Comparar los datos de los primeros 50 preguntas de esta investigación con los obtenidos por Hall (1968) y Snizek (1972) para determinar si se adapta a nuestras circunstancias.

Conocer los perfiles de los diversos grupos de adhesión profesional que se formen mediante la aplicación de los principios de la taxonomía numérica en los alumnos de medicina de la UAM-X.

Comprobar si hay diferencias en la media de adhesión profesional entre los alumnos según su ubicación en el ritual de la profesionalización (años de estudio).

2. Material y Métodos

2.1 Revisión bibliográfica

Se realizó una revisión de la bibliografía desde la investigación de Hall (1968) en que mide "profesionalización" en varias profesiones entre ellas la médica, hasta 1997. En este periodo hay un lapso de varios años, en la década de los ochenta, con un reducido número de artículos. Así se encontraron publicaciones fundamentalmente en la década de los setenta y de ahí hasta los años noventa en que se encontraron mediciones en otras profesiones de la salud. La exploración de la literatura fue realizada en los archivos de: **Medline**, **ERIC**, **Psicoinfo** y **Sociofile**. En la hemeroteca Joaquín Izquierdo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Se agradece al Licenciado Egbert Sánchez su valioso apoyo. También se acudió a la bibliohemeroteca de El Colegio de México y a la bibliohemeroteca de la UAM Xochimilco.

La búsqueda se realizó a través de varias palabras claves: professionalization, 179 resúmenes; Professionalization status, 28; professionalization(status)medical, 279; professionalization(values)medical, 1279; professionalization (socialization)medical, 32; medical(socialization, 121; professional(adherence, 118; professional socialization, 31; professionalization, 134; professional 1196; professional attitudes, 49; professional behavior, 60; Hall, Richard,7; Znizek 21; Alan Bryman 71. Después de leer los resúmenes y seleccionar los artículos, el obtenerlos fue un largo proceso. La mayoría no se encuentran en el país y conseguir un artículo cuesta de \$160 a \$260 según las páginas y se tarda de una a dos semanas en llegar. Si no se tiene presupuesto para la tesis no es fácil. Para lograr los artículos se recurrió al Centro de Información Científica y Humanística (CICH) de la UNAM, al servicio de búsqueda de la UAM-X y al CENIDS. Está a disposición de quien quiera consultarlas las bases de datos con los resúmenes correspondientes.

2.2 Instrumentos de medición

Prueba Adhesión Profesional Médica (PAPM): El *PAPM* está constituido por 85 reactivos. El 58.82% corresponde a la Escala de Profesionalismo Hall (1968) [Hall's Professionalism Scale (HPS)] y el complemento fue captado por la literatura (1990-1994) (LIT).

Los 50 ítems del HPS se distribuyen en forma equitativa en cinco factores: 1. uso de la organización profesional como referencia mayor, 2. creencia de servicio al público, 3. creencia en la autorregulación. 4. sentido de llamado por el campo y 5. autonomía [que explican el 34.34% de la variancia total (Fox, 1973)]. Las respuestas de los 85 reactivos conciernen al tipo Likert:

Totalmente de acuerdo	Acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5	4	3	2	1

Con base en la misma muestra, se examinaron las tres modalidades de un mismo instrumento.

2.3 Levantamiento primario de datos

Distribución de la muestra según 12 de los 15 módulos que conforman el currículo de la Licenciatura de Medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (Plan de Estudios de la Licenciatura de Medicina aprobado por el Colegio Académico en 1978), en los alumnos inscritos en el trimestre 97/otoño.

15 MODULOS		N = 756*
Tronco interdivisional		
I Conocimiento y Sociedad		sin datos
Tronco divisional		
II Procesos celulares fundamentales		29
III Energía y consumo de sustancias fundamentales		sin datos
Primera fase [▼] , tronco de carrera		
IV El hombre y su ambiente		35
V El hombre y su medio interno		57
Segunda fase tronco de carrera		
VI Reproducción,		21
VII Crecimiento y desarrollo del infante y preescolar		39
VIII Crecimiento y desarrollo del escolar y adolescente		32
Tercera fase tronco de carrera		
IX Salud y actividad económica primaria		50
X Salud y actividad económica secundaria		47
XI Salud y actividad económica terciaria		32
Cuarta fase tronco de carrera		
XII Programa de educación en salud		10
Servicio social		
XIII Programa de atención materno infantil		sin datos
XIV Programa de higiene escolar		37
XV Programa atención integral al adulto		29
* $\chi^2 = 97.311$ gl = 1 p > .995		418*

▼ A partir de la adecuación del Plan de Estudios aprobada en la sesión 194 del Colegio Académico celebrada el 26 de marzo de 1998, a las fases se les denominan etapas.

Se decidió aplicar el instrumento de medición **PAPM** de 85 ítems (50 preguntas adaptadas de Hall (1968) **HPS** y 35 reactivos de la literatura **LIT**) en la Licenciatura de Medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana porque ahí trabaja la tesista y dado que la tesis no contó con financiamiento externo, se aprovecharon las oportunidades que brindó la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco tanto para la impresión del cuestionario como para la aplicación del mismo. Estamos conscientes de que la orientación del Plan de Estudios de la UAM-X (1978) no es la tradicional, ya que busca formar un médico con una fuerte orientación social, que resuelva los principales problemas de salud de la población, que trabaje en equipo y que preferentemente se oriente al primer nivel de atención.

Se aplicó el instrumento a la totalidad de alumnos del segundo al quinceavo módulos de la Carrera de Medicina que estaban inscritos en el trimestre 97/otoño durante las tres últimas semanas del curso. Los cuestionarios fueron aplicados directamente en los salones de clase a los alumnos que se encontraban presentes previa autorización del docente. Los alumnos resolvían el cuestionario y lo entregaban en el momento. El tiempo de aplicación por grupo fue de 40 a 50 minutos. Este procedimiento hizo que sólo se midieran los alumnos presentes, pues se decidió no regresar a buscar a los que habían faltado ese día, de tal manera que los no medidos se distribuyeron en forma azarosa en el total de los grupos. Lo que representó una pérdida del 44.70%, mayor de la Hall (1968), que fue del 39.5%.

La diferencia de aplicación cargó sobre los alumnos del servicio social en donde el docente responsable les llevó a los alumnos los cuestionarios, se los dejó, y luego los regresaron por correo. Posteriormente fueron codificados todos y cada uno de los cuestionarios y se estructuró la base de datos en el procesador de palabras Word Star.

2.4 Procedimiento estadístico

La información contenida en la base de datos se sintetizó a través de diversos procedimientos estadísticos, para demostrar si efectivamente el **PAPM**, el **LIT** y el **HPS** miden lo que pretende medir y si realizan la medición con precisión.

La base de datos en código ASCII (código plano) se dispuso en el sistema operativo **UNIX**, que almacena el paquete estadístico conocido como **Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)**, versión 5.0 instalado en una computadora **SUN SPARC** localizada en la *Dirección de Cómputo para la Administración Académica*, dependiente de la *Dirección General*

de *Servicios de Cómputo Académico* de la *Universidad Nacional Autónoma de México*. Por el apoyo recibido de esta Dirección, deseo expresar mi gratitud.

Funciones	Subprogramas del SPSS
<p>Tablas de contingencia para examinar el comportamiento de las variables independientes medidas a nivel nominal y ordinal. (Siegel, 1976; 1990)</p> <p>Simulación (Baudrillard, 1987) de la validez por criterio exterior, modalidad concurrente: coeficiente de Cramer. (Carmines y Zeller, 1982)</p>	CROSSTABS
<p>Comportamiento de la variancia de las variables independientes medidas en el ámbito de escalas intervalar y de razón (Siegel, 1976; 1990) y examen de las variaciones dentro y entre los 13 módulos.</p> <p>Pruebas de significancias paralelas no paramétricas, por muestras reducidas y para someter los resultados arrojados por cada una de las 13 muestras <i>al para</i> (Gorenc y colaboradores, 1998) (<i>meta</i>)análisis (Castañeda, 1996; Clark, 1994, Fillmore y colaboradores, 1991; Gorenc y colaboradores, 1996).</p>	ANOVA NPAR TESTS
<p>Disimilitudes en el ordenamiento por rango de las cargas factoriales, comunalidades y coeficientes α de los 85 ítems del <i>PAPM (50 del HPS y 35 del LIT)</i></p>	NONPAR CORR (Spearman)
<p>Validez por construcción, empleando el análisis factorial primero como procedimiento confirmatorio (Carmines y Zeller, 1982; Nunnally, 1978, 1991; Gorenc y colaboradores, 1986) se esperaba obtener una distribución semejante de los 50 ítems del <i>HPS</i> a la exhibida por la literatura (Hall, 1968).</p> <p>Al no confirmarse las citadas estructuras, bajo la tutela del análisis factorial, (Gorenc y colaboradores, 1986; Jackson y Borgatta, 1981; Johnson y Wichern, 1992; Kim y Mueller, 1981, 1982; Revenstorf, 1976; Richter y colaboradores, 1990; Überla, 1968) se intentó hacer coincidir mediante una resurrección artificial lo real a través de los sistemas de equivalencia, operaciones binarias y álgebra combinatoria, con un simulacro baudrillardiano (1987) para desenmascarar unas imágenes (13 muestras) que disimulan el vacío que hay detrás de ellas, bajo la siguiente operacionalización (Castro y Gorenc, 1996):</p> $H_0: [a(v, w, x, y, z)](\alpha, \beta) = [b(v, w, x, y, z)](\alpha, \beta) = c(v, w, x, y, z)(\alpha, \beta) = [d(v, w, x, y, z)](\alpha, \beta)$ <p>Donde...</p> <p>A representa una combinación lineal de los ítems contemplados en el <i>PAPM (50 HPS; 35 LIT)</i>, que supuestamente poseen propiedades como ser ortogonales entre ellos. Es decir, es un método dirigido a transformar un cúmulo de ítems en otro grupo de preguntas para</p>	FACTOR

situarlos en dimensiones, donde el primer componente principal representa la mayor variancia de los reactivos, el segundo contiene el peso homólogo y así sucesivamente hasta llegar al agotamiento, que servirán de ejemplo en esta disertación.

B es la descomposición jerárquica de la matriz de correlación ajustándola para extraer los ejes principales con comunalidades iterativas, que llevan a la solución de mínimos cuadrados de la factorización inicial y por ello, se denomina factorización axial principal;

C es la resolución de la máxima probabilidad, que está orientada a encontrar la solución del factor más adecuada con respecto a las correlaciones de los ítems. En este caso, se utilizó el criterio basado en establecer la configuración hipotética de los factores maximizando la correlación canónica entre k factores comunes y los 85 del *PAPM (50 HPS; 35 LIT)*, puestos a disposición de este modelo;

D la factorización alfa está basada en la correlación máxima entre los ítems que son considerados como una muestra del universo de los reactivos incluidos en el *PAPM (50 HPS; 35 LIT)*.

Asimismo, fueron transformados...

V en forma ortogonal, que simplifica las columnas de la matriz factorial, permitiendo una doble maximización de la variancia de las cargas cuadradas: de cada reactivo del *PAPM (50 HPS; 35 LIT)* y, en cada factor;

w con base en el criterio para lograr una rotación ortogonal. Este criterio está orientado a establecer un compromiso entre los criterios explícitos en v y x ;

x de manera ortogonal, pero dirigida a simplificar los renglones de la matriz factorial. Mediante este criterio los ejes son rotados en tal dirección para que las cargas factoriales maximizen q (quartimax), con el propósito de producir resoluciones finales en las que existe un factor general constituido por cargas bajas y moderadas en algunos reactivos del *PAPM (50 HPS; 35 LIT)*;

y de modo oblicuo para simplificar la estructura, maximizando el número de cargas bajas y altas a expensas de las cargas promediadas de los ítems del *PAPM (50 HPS; 35 LIT)* para encontrar la resolución que maximice la pendiente de la doble carga factorial;

z se omitió la rotación de la matriz factorial. Esto es, no se llevó a cabo ninguna manipulación; por ende, fungió como parámetro rotatorio de control (Einhorn y Hogarth, 1978);

<p>a esta combinación se ofrecieron dos matrices de asociaciones lineales entre los reactivos del <i>PAPM (50 HPS; 35 LIT)</i></p> <p>α tetracórica, mediante este procedimiento se calcula los coeficientes de correlación tetracórica entre las 85 variables tipo Likert, bajo el supuesto que las variables continuas [de razón, según Friedrichs (1981)] presenten una distribución normal, que fue recomendado por Richter y colaboradores (1990);</p> <p>B covariancia, definida como la asociación entre cada uno de los 85 reactivos que comprenden al <i>PAPM (50 HPS; 35 LIT)</i>.</p> <p>A partir de este modelo heurístico reductivo escalonado, se definió reactivo como (Johnson y Wicherm, 1992):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. elemento integrante de factores cuyo valor propio (<i>eigenvalue</i>) ≥ 1; 2. con carga ≥ 0.50 en un cierto factor; además 3. con carga negativa o $\leq 50\%$ de la carga registrada en los restantes factores; 4. consistencia de los reactivos a través de ≥ 3 rotaciones; y 5. consistencia de los reactivos a través de ≥ 2 algoritmos factoriales. <p>Por lo tanto, la combinación de estos criterios está dirigida a obtener reactivos de la adhesión profesional con una elevada especificidad; es decir, mantener restringidos los reactivos falsos-positivos tanto en la muestra total como en cada una de las 13 submuestras que conforman aquélla.</p>	
<p>Determinación de los niveles de la adhesión profesional, (Sokal y Sneath, 1963)</p>	<p>CLUSTER</p>
<p>Examen de la benignidad de la clasificación de los perfiles ofrecida por el análisis de racimos (análisis cluster) a través de las puntuaciones de corte del <i>PAPM (50 HPS; 35 LIT)</i> y determinar los errores de la clasificación de los grupos de adhesión profesional por los 13 módulos con apoyo de las funciones canónicas (Gorenc y colaboradores, 1982, 1993, 1994, 1998; Hansert y colaboradores, 1984; Hasoloff y Hoffmann, 1965).</p>	<p>DISCRIMINANT</p>
<p>Determinación de la precisión de la medición a través de dos modelos (Bortz, 1984; Carmines y Zeller, 1982; Gorenc y colaboradores, 1986; 1978; Hofstätter y Wend, 1978; Kerlinger, 1975,1994; Nunnally, 1978, 1991; Thorndike, 1990):</p> <p>Consistencia interna y</p> <p>División por mitades</p>	<p>RELIABILITY</p> <p>MODEL=ALPHA</p> <p>MODEL=SPLIT</p>

Nota: para cualquier verificación, tanto la base de datos como los subprogramas empleados pueden ser solicitados.

Se dispuso la evaluación considerando la estructura de un diseño de sección cruzada (Spector, 1982), que a nivel de simulacro (Baudrillard, 1987) fue convertido en uno longitudinal:

II	IV	V	VI R	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
PCF	HA	HMI		CDIP	CDEA	SAEP	SAES	SAET	PES	PMI	PHE	PAIA
O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆	O ₇	O ₈	O ₉	O ₁₀	O ₁₁	O ₁₂	O ₁₃

PCF = Procesos celulares fundamentales, tronco divisional

HA = El hombre y su ambiente, primera fase tronco de carrera

HMI = El hombre y su medio interno, primera fase tronco de carrera

R = Reproducción, segunda fase tronco de carrera

CDIP= Crecimiento y desarrollo del infante y preescolar, segunda fase tronco de carrera

CDEA= Crecimiento y desarrollo del escolar y adolescente, segunda fase tronco de carrera

SAEP = Salud y actividad económica primaria, tercera fase tronco de carrera

SAES = Salud y actividad económica secundaria, tercera fase tronco de carrera

SAET = Salud y actividad económica terciaria, tercera fase tronco de carrera

PES = Programa de educación en salud, cuarta fase tronco de carrera

PHE = Programa de higiene escolar, servicio social

PAIA = Programa atención integral al adulto, servicio social

donde:

O₁, O₂, O₃, ... O₁₃ = *PAPM 85 (50 HPS; 35 LIT)*

Derivando, a nivel didáctico, en tres hipótesis nulas (Gorenc, Peredo y Oblitas, 1995):

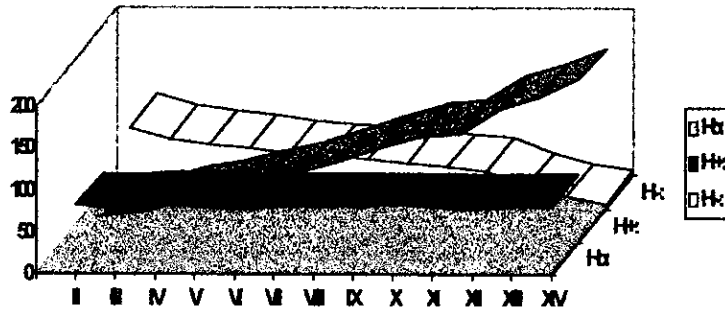
H1_o: El *PAPM* no mide lo que pretende medir y tampoco lo hace con precisión, además de que no existen diferencias significativas entre los 13 módulos.

H2_o: El *HPS* no mide lo que pretende medir y tampoco lo hace con precisión, además de que no existen diferencias significativas entre los 13 módulos.

H3_o: El *LIT* no mide lo que pretende medir y tampoco lo hace con precisión, además de que no existen diferencias significativas entre los 13 módulos.

A nivel general, la siguiente figura, ofrece las representaciones concernientes a la refutación de la hipótesis nula en contraste con la no refutación.

Figura 2 Hipótesis nula y las posibles hipótesis alternas



Además, los tres instrumentos se sometieron a la evaluación correspondiente, considerando la estructura de un diseño de pre y post-test:

$$O_1 \times O_2$$

donde:

O_1 = Calidad de la medición del *PAPM*, *HPS*, *LIT* en la muestra total y en las 13 muestras antes de la reducción.

X = Reducción: efecto del análisis factorial

O_2 = Calidad de la medición del *PAPM*, *HPS*, *LIT* en la muestra total y en las 13 muestras después de la reducción.

Por lo tanto:

$$H_0: O_1 = O_2$$

3. Resultados

3.1 Validez/confiabilidad

3.2 Taxonomía numérica, niveles de adhesión profesional

3.3 Prueba de hipótesis

3.1 Validez/ confiabilidad

Para ganar cualquier tipo de datos a través de un levantamiento primario, se requiere validar y confiabilizar la variable dependiente; en caso contrario será imposible generalizar - afuera y adentro de la(s) muestra(s) respectivamente- los resultados obtenidos. Si no se procura trabajar con error conocido, los resultados no representan ninguna contribución al conocimiento. Dentro del contexto de la teoría de la medición, la instrumentación de un fenómeno deberá seguir en forma rigurosa el principio exteriorizado por Ulianov (1964): confiabilizar es bueno pero controlar (validar): es mejor.

Las técnicas para establecer si la variable dependiente (instrumento para levantamiento primario de datos, prueba, test) mida para lo que hipotéticamente está destinada (operacionalizada) para medir (validez) así como para determinar su precisión (confiabilidad), conforman un binomio (V/C). Una variable endógena puede ser confiable, mas no válida, pero un instrumento válido siempre tiene que mostrar confiabilidad (Nadelsticher, 1983). Las hipótesis (constructo teórico del instrumento) nunca pueden ser verificadas empíricamente, pero pueden ser refutadas por una observación (medición) contradictoria (Popper, 1982)

A fin de conocer los errores de medición de los tres instrumentos empleados, Hall's Professionalism Scale (*HPS*) (Hall, 1968); Prueba Adhesión Profesional Médica (*PAPM*) y Prueba Basada en la Literatura (*LIT*), éstos fueron sometidos a:

1. Técnicas de validez (Carmines y Zeller, 1982; Gorenc y colaboradores, 1986);

- validez asociada al criterio externo (del instrumento sometido a prueba), se hizo por simulación en el sentido de Braudiffar, modalidad concurrente: coeficiente de Cramer. (Carmines y Zeller, 1982);

- validez de contenido que depende del alcance que presenta una medición empírica en reflejar un específico dominio del contenido, se utilizó la estrategia de búsqueda retrospectiva de la literatura especializada.

- validez por construcción, se utiliza para valorar mediante la medición empírica los conceptos teórico-abstractos subyacentes a los instrumentos de medición. Fundamentalmente, este tipo de técnica concierne a toda la extensión a la que una medida particular se relaciona con otras medidas provenientes de hipótesis derivadas teóricamente y asociadas a los conceptos que deben probarse, en este caso los cinco campos de Hall (1968), empleando el análisis factorial primero como procedimiento confirmatorio (Carmines y Zeller, 1982; Nunnally, 1978, 1991; Gorenc y colaboradores, 1986) y en caso de no confirmarse éstas, se procede a utilizarlo como herramienta de reducción.

2. *Técnicas de confiabilidad (Bortz, 1984; Carmines y Zeller, 1982; Gorenc y colaboradores, 1986; 1978; Hofstätter y Wend, 1978; Kerlinger, 1975,1994; Nunnally, 1978, 1991; Thorndike, 1990) para determinar la precisión de la medición a través de dos modelos:*

- consistencia interna: análisis de cada reactivo en particular en contraste con el universo de los reactivos de la prueba y el grado de homogeneidad se refleja en el coeficiente alfa de Cronbach.
- división por mitades: el total de los reactivos de la prueba son divididos en dos partes y la puntuación de ambas partes es correlacionada.

Los resultados comparando los 3 instrumentos antes y después de la reducción ($H_0: O_1 = O_2$) se hallan expuestos en la Tabla 2 en donde están representados 25 indicadores de la medición con base en lo cual podemos concluir lo siguiente:

En lo que se refiere a técnicas de validez por criterio exterior:

Se nos muestra una correlación de .94 para el HPS-UAM-X, una correlación de .89 para el PAPM-UAM-X y una correlación de .89 para el LIT-UAM-X. Es de hacer notar que la correlación aumentó para el HPS y el PAPM en su forma reducida. El criterio exterior en esta tesis se hizo en el ámbito del simulacro (Baudrillard, 1978).

1. *En lo que se refiere a técnicas de validez por construcción*

El HPS tiene tres diferencias significativas antes y después de la reducción con $p < .05$: (tabla 2)

- El número de factores que se reduce de 17 a 4
- El número de preguntas con carga factorial $>.5000$ que se reduce de 31 a 11 y
- El número de interacciones que disminuye de 19 a 6

Si se toma en cuenta que la variancia² explicada antes de la reducción es de 58.1%, mientras que después de la reducción pasa a 54.5%, **sin que esta diferencia sea estadísticamente significativa**, de acuerdo al criterio que es mejor instrumento quien explica la mayor variancia con el menor número de reactivos y factores se puede concluir **que es mejor el HPS en su forma reducida**, que es la modalidad más económica, prácticamente hablando

El PAPM tiene tres diferencias significativas antes y después de la reducción con $p < 0.05$: (tabla 2).

- El número de factores disminuye de 29 a 7
- El número de interacciones baja de 25 a 8
- Mientras que el número de preguntas con carga factorial $> .5000$ es de 18

Se puede concluir, con el mismo criterio anterior, que es mejor la forma reducida, que explica el 60.5% de la variancia, con menos preguntas y menos factores, **antes de la reducción la variancia explicada era de 63.1%**, no hay una diferencia asegurada a nivel estadístico entre las variancias explicadas antes y después de la reducción. El coeficiente α antes de la reducción era de .77 y después de la reducción de .54; **sin embargo, al aplicar el estadístico chi-cuadrado la diferencia del coeficiente α antes y después de la reducción no es significativa. Se considera aceptable un alpha de .75, advirtiendo que no existe un fundamento empírico para ese límite.**

El LIT sólo muestra una diferencia estadísticamente significativa con $p < .05$ (tabla 2)

- El número de interacciones que baja de 25 a 5.

Aunque no es muy clara la diferencia entre la forma reducida y la no reducida, se decidió trabajar con la forma reducida, **pues el número de factores disminuye de 11 a 4**. La forma no reducida del LIT tiene 12 preguntas y un α de .73. En la forma reducida tiene 11 preguntas y un α de .52 **y no hay diferencia estadísticamente significativa entre ambos coeficientes α .**

² En algunos libros especializados como Nunnally (1991) se utiliza el término varianza. En el Diccionario de la Real Academia sólo se encuentra variancia, que es el término utilizado en esta tesis.

Tabla 2
Evaluación de los instrumentos Hall's Professionalismo Scale -UAM (HPS-UAM), PAPM-UAM y LIT-UAM
antes y después de la reducción

25 Indicadores de la medición	HPS-UAM			PAPM-UAM			LIT-UAM		
	O ₁ ANTES	O ₂ DESPUES	χ^2 (gl=1)*	O ₁ ANTES	O ₂ DESPUES	χ^2 (gl=1)*	O ₁ ANTES	O ₂ DESPUES	χ^2 (gl=1)*
<i>Por Criterio Exterior</i>	0.90152	0.94271	0.339154	0.87149	0.89648	0.124875	0.899527	0.89605	0.0001268
<i>Validez por construcción</i>									
Numero de Factores	17	4	8.047619*	29	7	13.44444*	11	4	3.266666
Valor Propio	4.95576	2.14604	1.111623	7.04146	2.37391	2.313878	4.32601	2.19246	0.698328
% total de la variancia explicada	58.1	54.5	0.115097	63.1	60.5	0.054692	57.4	55	0.051245
Numero iteraciones	19	6	6.76*	25	8	8.757575*	25	5	13.33333
Convergencias	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Numero de reactivos > 5000	31	11	9.523809*	4	18	8.909090	13	12	0.040
<i>Sample-Half validation (Halizman, 1980)</i>									
Reactivos discriminantes	12	8	0.8	12	15	0.333333	19	9	3.571428
Valor Propio	1.2944	5.5867	2.677455	1.301	2.84	0.571968	2.799	3.0856	0.013958
Correlación canónica	0.7511	0.921	0.017253	0.7519	0.86	0.007249	0.8584	0.869	0.0000650
Lambda de Wilks	0.38859	0.144676	0.111565	0.375534	0.2006241	0.049263	0.20072	0.21992	0.0008763
Valor de χ^2	386.126	793.602	140.7415*	400.088	642.536	56.37797*	637.499	620.941	0.217862
Grados de libertad (gl)	48	32	3.2	48	60	1.333333	76	36	14.28571
Significancia	0	0		0	0		0	0	
% Población correctamente clasificada	100	82.6	1.658050	100	50	16.66666*	66.7	66.7	0
adhesión muy baja									
% Población correctamente clasificada	83.3	83.5	0.000223981	66.7	96.2	5.34224*	95.2	100	0.118032
adhesión baja									
% Población correctamente clasificada	72.6	92.2	2.331067	75	86.6	0.832673	77.6	85	0.336777
adhesión media									
% Población correctamente clasificada	59.2	90.5	6.544385*	68.1	89.2	2.830324	86.2	89.9	0.077739
adhesión alta									
% Población correctamente clasificada	84.5	100	1.302168	90.9	100	0.433787	100	100	0
adhesión muy alta									
% Total de población correctamente clasificada	66.03	88.52	3.272727	72.25	88.26	1.600703	82.06	87.8	0.193969
<i>Métodos de Confiabilidad</i>									
α Consistencia interna	0.6096	0.5064	0.009543	0.7739	0.5402	0.041561	0.7341	0.5242	0.035013
<i>División por milítes</i>									
Correlación entre las formas	0.3729	0.3111	0.005583	0.4081	0.1967	0.073892	0.3931	0.2412	0.036376
Coefficiente Spearman-Brown	0.5432	0.4759	0.004444	0.5796	0.3287	0.069306	0.5654	0.3886	0.032463
α primera cola	0.5666	0.4116	0.024560	.5623	0.4715	0.007975	0.4952	0.3893	0.012679
α segunda cola	0.2513	0.2325	.000730550	0.71	0.4037	0.084241	0.6578	0.3807	0.073937

* p < .05

3. *En lo que se refiere a la población correctamente clasificada* los resultados son satisfactorios, con el HPS el 88.52% de la población estudiantil medida está correctamente clasificada, con el PAPM está correctamente clasificada el 88.26% de la muestra y con el LIT está correctamente clasificada el 82.56%. En la literatura se reportan resultados que varían de 62.5% de la población correctamente clasificada, como en el estudio de riesgo en el intento suicida (Gorenc 1982) a 85.71% con el California Psychological Inventory (citado en el mismo artículo), hasta valores cercanos a .90. **No existe una diferencia estadísticamente significativa entre antes y después de someter al proceso reducto del análisis factorial en la población correctamente clasificada de los tres instrumentos (Carmines y Zeller, 1982; Nunnally, 1978, 1991).**

4. *En lo que se refiere a la confiabilidad del instrumento por el coeficiente α de Cronbach*, que nos está midiendo la consistencia interna entre las preguntas, **disminuyó para los tres instrumentos en su forma reducida**. En el HPS de .60 a .50; en el PAPM de .77 a .54 y en el LIT de .73 a .52. Pero como se mencionó en el apartado 1, **la diferencia no es estadísticamente significativa entre el α de antes y después de la reducción en ninguno de los tres instrumentos**. *En la división por mitades* en las formas reducidas, las α permanecen bajas, señalando problemas con respecto a la precisión de los instrumentos. Esto es, al robustecerse la teoría, la precisión tiende a disminuir, desbalanceando el binomio integrado por la validez y la confiabilidad.

Podemos concluir que los instrumentos **PAPM, LIT y HPS** son mejores en su forma reducida, con reactivos de la adhesión profesional con una elevada especificidad (manteniendo restringidos los reactivos falsos-positivos). Y con **menos factores y menos preguntas** explican un porcentaje igual a la **variancia** que con la forma no reducida a **costa de disminuir la confiabilidad** pero como se apuntó en el párrafo anterior **la diferencia de confiabilidad antes y después de la reducción no es estadísticamente significativa**.

Según Nunnally (1991), el nivel satisfactorio de confiabilidad va a depender de cómo se use una medida. Menciona que en las primeras etapas de la investigación sobre pruebas

predictivas o sobre medidas hipotéticas de un constructo se ahorra tiempo y energía con instrumentos de reducida confiabilidad (de .50 a .60). Si los resultados parecen promisorios, vale la pena gastar tiempo y energía en aumentar la confiabilidad ya que la mejor manera de hacer más confiables las pruebas es hacerlas más extensas. Gorenc y Asociados (1988), hacen la propuesta de una fórmula apriorística para calcular el tamaño de la muestra mínima para confiabilizar y validar un instrumento:

$$n = (V \times m) \times 10$$

en donde:

n = número de variables

m = número de opciones de los reactivos

V = número de reactivos y 10 es una constante derivada de la segunda regla del estadístico chi-cuadrado.

Aplicando esta fórmula para el HPSr se tendría que haber tenido una muestra de 550 estudiantes; para el PAMr una muestra de 900 estudiantes y para el LITr una muestra de 600. Lo cual supera para el PAM el número de alumnos inscritos en la carrera de medicina en la UAM-X en el trimestre en que se hizo la investigación. Sin embargo, en un análisis comparativo de varios estudios con tamaños de muestras muy diferentes y sin ningún fundamento para las mismas no encontraron los autores (Gorenc y asociados, 1988) grandes diferencias.

Se ha dicho que para aumentar la confiabilidad de un instrumento se requiere agregar más preguntas de igual clase y calidad, (Nunnally, 1991). Pero según la fórmula planteada anteriormente, Gorenc y asociados (1988) se tendría también que aumentar el tamaño de la muestra mínima pues al agregar preguntas se altera la variancia. La fórmula para calcular la proporción de reactivos para aumentar la confiabilidad que plantean Gorenc y asociados (1988) es:

$$p = Cd (1 - Conf) / Conf (1 - Cd)$$

en donde:

p = proporción

Cd = confiabilidad deseada

Conf = confiabilidad encontrada

Como un ejercicio se aplicó esta fórmula con los coeficientes α encontrados y se obtuvo que para aumentar la confiabilidad de los instrumentos reducidos a .75 el PAM debiera tener 46

reactivos y un tamaño de muestra de 1650 estudiantes; el HPS debiera tener 33 reactivos y un tamaño de muestra de 2300 y el LIT 33 reactivos y un tamaño de muestra de 1650 estudiantes. Resultan claras las limitaciones técnicas, en tiempo y económicas para realizar este aumento en la confiabilidad. Además recordemos que estamos trabajando con formas reducidas que aumentan la especificidad de las preguntas pero disminuyen la confiabilidad.

Una vez detectados los errores de medición de los tres instrumentos aplicados en la UAM-X se procedió a confrontar éstos con los de Hall, (1968) y Snizek, (1972) utilizando varios indicadores de la medición. (Tabla 3). Entre los resultados de Hall (1968); Snizek (1972) y el HPS (1998) aplicado en la UAM-X tenemos **14 indicadores de la medición comparables**.

Tres fueron los resultados sobresalientes:

1. **12 indicadores tienen diferencia significativa a favor del instrumento HPS-UAM-X: el porcentaje de la variancia explicada** (recordamos que es de 34.4% para Hall (1968), de 30.87% para Snizek (1972) y de **54.5%** para el HPS UAM-X). **Número de reactivos** (50 en Hall (1968) y Snizek (1972) y **11 para el HPS**), con menos reactivos el HPS explica un mayor porcentaje de la variancia total. **Diez preguntas con carga factorial mayor de .5000**, de los once que tienen una comunalidad homogénea.
2. **1 indicador**, que se refiere a la carga factorial de un reactivo, es igual para los instrumentos de Hall (1968) y Snizek (1972) y los tres instrumentos mexicanos.
3. **1 indicador a favor de Hall (1968)** en lo referente a la **confiabilidad** pues tiene un **coeficiente α estandarizado de .86**.

Concluyendo, **el HPS-UAM-X resulta el mejor instrumento tomando en cuenta los 14 indicadores de la medición comparables**, en contraste con los resultados ofrecidos por Hall (1968) y Snizek (1972).

Si se comparan los tres instrumentos mexicanos (columna 3) a través del estadístico chi-cuadrado, en la **tabla 3**, observamos que sólo hay **tres diferencias significativas** y se refieren a la carga factorial de tres *preguntas*, dos a favor del PAPM y uno a favor del LIT.

Tabla 3

Contrastación paraanálitica de las estructuras factoriales y de la precisión de la medición del Hall's Professional Scale (HPS) entre los resultados de Hall (1968), Snizek (1972) y el HPS, el PAM y el LIT aplicados en la Carrera de Medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), bajo la siguiente Ho: Hall(1968) = Snizek(1972) = Hall UAM-X(1997)=PAPMUAM(1997)=LITUAM(1997)

INDICADORES DE LA MEDICIÓN	Hall (1968)*	Snizek (1972)*	HPS UAM-X			PAM UAM-X			LIT UAM-X			x2 (1) (gl 2)	x2 (2) (gl 4, 3)	x2 (3) (gl 1,2,4)
			1997	1997	1997	1997	1997	1997	1997	1997	1997			
Número de reactivos	50	50	11	18	12	27,40540	53,7021277	1,2	2,097560097	1,2	8,160081	11,55400648	0,39117634	
Valor Propio			2,14604	2,37391	2,19246	60,5	55							
Porcentaje de la variancia	34,34	30,87	54,5	60,5	55									
V27 Contribución social medicina II	.47	.36	.71752	.622742		28,09772	28,2333938		1,7876343					
V47 Indispensable para la sociedad II	.63	-.31	.69806	.64497		25,67393	25,7437916		0,5628301					
V7 Mas que otras esencial sociedad II	.55	-.50	.68133	.66741		7,356343	9,14895966		0,0387491					
V32 Su debilitamiento dañino II	.36	-.47	.55783	-		7,474125	32,0213114		-					
V17Otras prof. más importantes II	.70	-.64	.82070	.81482		6,981096	9,155712		0,006914					
V2Otras profesiones mas vitales II	.68	-.66	.79429	.8231		4,398604	7,895211		0,165665					
V48 Med pueden calificar colegas III.	-.60	.47	.81950	.80129		25,51287	30,4746595		0,66312					
V3 Juzgados mismos médicos III	-.20	.31	.70630	.80129		59,20293	82,76922505		1,79748					
V49 Pocos médicos no creen IV	.29	.39	.67437	-		33,81251	68,1158464		3,3					
V4 Se entra a medicina porque IV	.32	.24	.64931	.80553		44,57522	80,1752295		4,825300					
V34Difícil encontrar médicos IV	-.44	.38	.51744	-		3,818736	25,283121		-					
V57 practica institucional ventajosa pacient				.81172	.8224		1,30826909	1,30826909						
V59 querer ejercer medicina general				.74783	.73073		0,95410253	0,95410253						
V60 especialización sociomédica				.70825	.67868		0,17477975	0,17477975						
V61 hacen mas falta los médicos genales				.58773	.612		2,8734711	2,8734711						
V65 médt. deben apoyarse entre sí				.74643	.70811		0,2934807	0,2934807						
V69 práctica institucional ventajosa medico				.80553	.81221		0,0089243	0,0089243						
V71 pacientes no cuestionar tratamiento				.65895	.824		6,44887378	6,44887378						
V72 práctica privada más satisfactoria				.59901	.83982		2,3499025	2,3499025						
V75 médico debe ser educador salud				.67892	.70778		2,8881	2,8881						
V76 satisfactorio practica grupos población				-	.55818		-	-						
V78 paciente entender el tratamiento				.76188	.70811		9,979841	9,979841						
V82 agrada trabajar en equipo				-	.533511		-	-						
Alpha estandarizado	.86	.799	.5064	.5402	.5242	23,83549	48,175121	2281172						

• sometieron los 30 ITEMS a los siguientes cinco factores
 I Uso de la organización profesional II Creencia de Servicio al público
 (1) Se compararon Hall 1968, Snizek 1972, y HPS-UAM 1997
 (2) Se compararon Hall 1968, Snizek 1972, HPS-UAM 1997, PAM-UAM 1997 y LIT-UAM 1997
 Se compararon, HPS-UAM 1997, PAM-UAM 1997 y LIT-UAM 1997.
 (3) En negritas P < .05

III Creencia en la autorregulación IV Sentido de llamado por el campo V Autonomía

Los cinco instrumentos no son comparables en todos sus indicadores, ya que el LIT no tiene ningún reactivo en común con Hall (1968) y Snizek (1972). El PAMP comparte ocho preguntas con Hall (1968) y 10 con el LIT. Tenemos trece indicadores de la medición compartidos por Hall (1968), Snizek (1972), HPS-UAM y PAMP-UAM-X. Los trece indicadores muestran una diferencia significativa distribuida de la siguiente manera: **nueve cargas factoriales a favor del HPS, dos a favor del PAMP y el porcentaje de la variancia total explicada favorece al PAMP.**

Nos inclinamos hasta este momento por el instrumento PAMP, por ser el instrumento que explica el mayor porcentaje de la variancia total (60.5%) con un valor propio de 2.3; además de que la diferencia de 18 preguntas con las 12 del HPS no es significativa y el coeficiente α de .77 antes de la reducción tampoco difiere de forma significativa del coeficiente α de .54 después de la reducción.

Uso del análisis factorial como elemento confirmatorio de la estructura teórica de Hall (1968)

En la **Tabla 4**, la diferencia significativa entre las pérdidas, señala que Snizek (1972) ejerció adecuadamente el principio del control, **sin explicar cómo lo logró.**

Al no ofrecer los valores propios de cada uno de los factores obtenidos por Hall (1968) y Snizek (1972) se ignora, si éstos corresponden a lo exigido por la literatura. (Carmines y Zeller, 1982; Nunnally, 1978, 1991; Gorenc y colaboradores, 1986).

Hall (1968) **forza** los reactivos a los cinco factores teóricos que postula para las profesiones. Además muestra preguntas con cargas factoriales menores de .5000. Establece 10 reactivos por factor. Snizek (1972) analiza los 50 reactivos y descarta 25, dejando cinco preguntas por cada dimensión teórica y propone dejar sólo cinco preguntas por cada factor pues, afirma, son las que explican esta teoría de la adhesión profesional subyacente al instrumento. En este estudio sólo se conservaron **11 preguntas de las 50 de Hall (1968) en la forma reducida, de las cuales ocho corresponden a las 25 preguntas propuestas por Snizek (1972).** Estas ocho preguntas han demostrado un componente de indole transcultural, en el sentido de Berry (1980) y Butcher y Pancheri (1976). Nuestros resultados no están respaldando la estructura teórica subyacente de Hall (1968).

Al no haberse confirmado la estructura teórica subyacente de Hall (1968), en la tabla 4 se ofrece la comparación de las variables del HPSr, sometidas al análisis factorial como herramienta de reducción pero sin forzarlos a los cinco factores de Hall (1968), a fin de dejar que las preguntas se expresen libremente dentro de los factores subyacentes en el cuestionario.

En el presente estudio, en la forma reducida del HPS, solo 11 de las preguntas de Hall (1968) tienen una carga mayor a .5000; una pregunta corresponde al factor 1 (F1), seis al factor 2 (F2); dos al factor 3 (F3); tres mas al factor 4 (F4) y ninguna corresponde al factor cinco (F5). Coincidimos con Miller (1976), en que empleando el cuestionario de Hall (1968) no corrobora el F1 uso de la organización profesional como referencia mayor y con el estudio de Ward y Gibbon, (1985) en que no confirman los factores autonomía (F1) y creencia de servicio al público (F2). Estos resultados podrían estar indicando una inconsistencia teórica en el instrumento proveniente del área anglosajona. **Los factores de Hall (1968) que si se mantienen en este estudio son:** F3 creencia en la autorregulación. y F4 sentido de llamado por el campo. En cuanto a los factores F1 importancia social de la medicina (fuerza o peso social de la) y el F2 importancia de la propia carrera frente a otras profesiones, en Hall (1968) se mantienen juntos y los denomina creencia de servicio al público, en el párrafo que sigue sobre el resultado del análisis factorial del HPSr se explica por qué en esta tesis no se denominan así.

En el recuadro de la Tabla 4, se exhiben aquellos reactivos del Hall (1968) que muestran en el presente ejercicio, una carga factorial $>.5000$, que concuerda con lo exigido por la literatura especializada (Johnson y Wichern, 1992). De los 11 reactivos de la versión reducida del HPS ocho pertenecen a los 25 aceptados por Snizek (1972), éstos son: v2 (6), v7 (3), v17 (5), v27 (1), v32 (4), v47(2), v48(7), y la v49(8); que se examinan en la tabla 5, donde se muestra cómo contestaron los estudiantes los reactivos. Estas preguntas han demostrado su consistencia en el mismo país con muestras diferentes así como en otra cultura, como la mexicana, tres décadas después. **Los reactivos 7, 27, 32 y 47 están en un mismo factor tanto en el análisis de Hall (1968), Snizek (1972) como en el HPS-UAM-X, lo que demuestra su homogeneidad.**

Análisis factorial de los tres instrumentos

El análisis factorial es un análisis multivariado (Nunnally, 1991). Está comprendido dentro de la estadística analítica y tiene cuatro tareas especiales en la transformación del material numérico: sinóptica, ordenar, asociar y reconocer la certidumbre de los datos (Gorenc y asociados, 1986). Este análisis se desarrolló a partir de la última década del siglo pasado a partir de la determinación de la inteligencia, las diferentes capacidades humanas y las características de la personalidad.

El análisis factorial, puede manejar simultáneamente más de un centenar de variables, compensar el error y la invalidez debidos al azar y desenmarañar las interrelaciones complejas de acuerdo con sus principales regularidades distintivas; es por tanto, un instrumento mediante el cual se puede describir la regularidad y el orden de los fenómenos, como estos ocurren en el mismo espacio o tiempo, se les puede clasificar en factores. Todos los reactivos incluidos en los tres instrumentos fueron agrupados de acuerdo a su variancia o dispersión y los factores fueron clasificados de mayor a menor, con relación a su valor explicativo de la variancia total. (Gorenc y asociados, 1986).

El análisis factorial supone que las variables observadas (mediciones) son combinaciones lineales de alguna fuente de variables o factores. Esto es, que existe un sistema de factores subyacentes y un sistema de variables observadas. También supone que exista una cierta correspondencia entre estos dos sistemas. El análisis factorial explota esta correspondencia para llegar a conclusiones sobre los factores. Las propiedades matemáticas (lógicas) de correspondencia son tales que **un sistema causal de factores siempre lleva un sistema único de correlación de variables observadas, más no viceversa**. Sólo bajo condiciones muy limitadas se puede determinar inequívocamente la estructura causal subyacente entre los factores de correlación existentes y las variables observadas. Esta indeterminación fundamental en el análisis factorial se debe a la indeterminación inherente de hacer inferencias sobre la estructura casual de la estructura correlativa; es una indeterminación lógica o matemática.

En general el primer paso del análisis incluye el examen de la interrelación entre las variables. Se usa el coeficiente de correlación como una medida de asociación. Un acercamiento del análisis factorial es que puede ser usado para señalar si estas correlaciones observadas pueden ser explicadas por la presencia de un número menor de variables hipotéticas. En el

presente estudio, fue necesario hacer $85 \times 84 / 2 = 3570$ asociaciones para el PAPM, 595 ($35 \times 34 / 2$) para el LIT y 1225 ($50 \times 49 / 2$) para el HPS. Se puede no tener idea de cuántas dimensiones subyacentes hay para los datos dados, por lo tanto, el análisis factorial puede ser usado como una forma conveniente de averiguar el número mínimo de factores hipotéticos que pueden enumerarse de acuerdo a la covariación, y como intento de explorar los datos mediante una reducción de los mismos. Esta forma de uso es exploratoria. El análisis factorial también puede ser usado como medio de prueba de hipótesis específicas, y el investigador puede anticiparse a hipotetizar que existen varias dimensiones subyacentes diferentes y que ciertas variables pertenecen a una dimensión mientras otras pertenecen a otra. En esta última modalidad se está utilizando como medio confirmatorio de cierta hipótesis (análisis factorial confirmatorio). (Jackson y Borgatta, 1981; Nunnally, 1991).

En esta tesis se ocupó el análisis factorial en ambos sentidos. En un primer momento se esperaba con el HPS confirmar las cinco dimensiones teóricas de Hall (1968), pero sin forzar los reactivos. Al no confirmarse las cinco dimensiones teóricas se ocupó el análisis factorial como estudio exploratorio para descubrir los factores subyacentes en cada uno de los tres instrumentos. Para lo cual, se basó en la presunción de que algunos factores subyacentes, los cuales son menores en número que el número de variables observadas, son responsables de la covariancia de éstas últimas. Una variable es un concepto que tiene dos o más valores, en nuestro caso, fueron cinco, pues las respuestas conciernen al tipo Likert. Asumimos que estas variables nos están dadas sin importar sus fuentes. Sus fuentes serían los campos teóricos o factores de adhesión profesional. Con objeto de indicar que la variable fuente, usualmente no es observada por el investigador y que las variables observadas son creadas fuera de ellas, se llaman a tales variables fuente de factores subyacentes. Puesto que ninguna persona realmente participa en la creación del mundo real de variables, generalmente se llaman a estas variables fuente de constructos hipotéticos, variables hipotéticas o factores hipotéticos. Una forma de "pesar" las variables es mediante las "cargas factoriales", que son equivalentes a las correlaciones entre factores y variable donde sólo un simple factor común está involucrado, o en el caso donde múltiples factores comunes son ortogonales uno de otro. Como se mencionó en el capítulo de metodología, en esta tesis sólo se aceptaron variables con cargas factoriales $>.5000$. Ya que cuando una variable contribuye mucho en un factor y poco en los otros, entonces se puede garantizar una interpretación clara. La comunidad (h^2) de una variable observada es simplemente el cuadrado de las cargas factoriales por esa variable o el cuadrado de la correlación entre esa

variable y el factor común. Algunos postulados o factores pueden ser más apropiados para ciertos problemas, que otros, pero su validez final siempre quedará sujeta a duda.

Para que un agrupamiento sea considerado factor necesita tener cuando menos tres reactivos. Nosotros hicimos el ejercicio de analizar todos por motivos didácticos. Otra justificación radica en que al ocupar reactivos potentes en la forma reducida de los instrumentos, quedan muy pocas preguntas; aunque existen más reactivos con cargas factoriales $>.5000$ en la forma no reducida, (cf. definición de reactivo en el capítulo de material y métodos)

En el análisis factorial del HPSr se agruparon las variables en los siguientes factores:

F1 del HPSr

v27 Más carreras deberían esforzarse por hacer una verdadera contribución a la sociedad, tal como lo hace la medicina. *

v47 Si alguna profesión es indispensable para la sociedad es la medicina*

v7 Pienso que la profesión médica, más que ninguna otra, es esencial para la sociedad. *

v32 Cualquier debilitamiento de la profesión médica sería dañino para la sociedad. *

Las preguntas con asterisco (*) corresponden a las ocho preguntas en que concordamos con Snizek (1972) y que han demostrado un componente de índole transcultural. En la encuesta original de Hall (1968), corresponden al F2 que mide la dimensión teórica de creencia de servicio al público. En este estudio posiblemente indiquen la importancia social de la medicina (fuerza o peso social de la medicina), estas preguntas están reflejando la importancia de la medicina para la sociedad y que le sería dañino a ésta que desapareciera como profesión, pero en ninguna de las preguntas se refiere a la vocación de servicio o como lo plantea Dumont (1970) (citado por Brooks y Shepherd, 1992), tampoco expresan "el sentido de un propósito... el bienestar de la gente", por este motivo no se considera que estén reflejando el campo "creencia de servicio al público" sino el peso o fuerza de la medicina para la sociedad.

F2 del HPSr

v17 Algunas otras profesiones son realmente más importantes para la sociedad que la medicina

v2 Otras profesiones son realmente más vitales para la sociedad que la profesión médica

Estas dos preguntas también forman parte de las 25 preguntas de Snizek (1972) y se agrupan juntas en el estudio de Hall (1968) dentro del F2 creencia de servicio al público, siendo consistente en la investigación realizada cuatro años más tarde por Snizek (1972). Ambos

estudios coinciden en las pocas preguntas con cargas factoriales $> .5000$ y en contraste con los dos últimos autores citados, en el medio mexicano este factor está representando la importancia de la propia carrera frente a otras profesiones.

F3 del HPSr

v48 Los médicos pueden calificar la competencia profesional de sus colegas *

v3 Un médico que viola las normas de la profesión debería ser juzgado por los mismos médicos.

La pregunta marcada con asterisco (*) corresponde a las ocho preguntas en que coincidimos con Snizek (1972); y que también podría corresponder a un aspecto de tipo transcultural. Para Hall (1968) estas dos preguntas exploran el F3 que se refiere a la creencia en la autorregulación, lo mismo que para Snizek (1972); no obstante se hace notar que en los estudios de los autores citados la pregunta 3 tiene una carga factorial de $-.20$ y $.17$ respectivamente.

Estas dos preguntas podrían estar relacionadas con el campo de agencia propuesto por Bebeau, (1993) en la investigación efectuada con estudiantes de odontología. La autora define agencia como "sentido de control y poder sobre su vida profesional". También podría corresponder a lo que Adams y colaboradores (1996) en su estudio de profesionalismo en enfermería denominan *self-regulatory* ó a lo que Allan (1977), en una muestra de maestros, halló como factor 7 que mide "autonomy in determining one's own work". De estas explicaciones, con respecto al ordenamiento de las cargas factoriales de los reactivos, lo exhibido en la investigación mexicana muestra una semejanza con lo expresado por Hall (1968) con respecto a que este factor está midiendo la "creencia en la autorregulación".

En todo caso las definiciones más aproximadas, desde nuestro punto de vista, coinciden con la de agencia de Bebeau (1993) y creencia en la autorregulación de Hall (1968). Por ejemplo, en la tabla 5, el 61.7% de los estudiantes piensan que los médicos pueden calificar la competencia profesional de sus colegas, el 70% de los alumnos de la UAM-X opina que un médico que viola las normas profesionales debe ser juzgado por los mismos médicos, hay un 8.3% de estudiantes que aunque no están de acuerdo en que los médicos puedan calificar la competencia profesional de sus colegas, si manifiestan una actitud favorable en que los médicos deben ser juzgados por los mismos médicos. Por lo tanto, se trata de una clara actitud de defensa, autorregulación o protección gremial.

Tabla 5
Respuestas a las preguntas que se obtuvieron del PAMP, HPS y LIT después de la reducción, de los estudiantes de la carrera de medicina de la UAM-X, en el trimestre 97/otoño

Pregunta	Total desacuerdo				Desacuerdo				Ni acuerdo ni desacuerdo				Acuerdo				Total acuerdo		
	Media	Moda	Número de alumnos	%	Número de alumnos	%	Número de alumnos	%	Número de alumnos	%	Número de alumnos	%	Número de alumnos	%	Número de alumnos	%	Número de alumnos	%	
V3 Un médico que viola las normas de la profesión debe ser juzgado por los mismos médicos	3.8	4	14	3.2	59	13.6	57	13.1	131	30	159	36.6	66.6	145	33.4	143	32.9	100	
V4 Un estudiante entra a la carrera de medicina porque le gusta el trabajo médico	3.8	4	10	2.3	48	11.1	88	20.3	145	33.6	145	33.4	67.1	143	32.9	143	32.9	100	
V7 Pienso que la profesión médica, más que ninguna otra, es esencial para la sociedad	3.6	4	7	1.6	58	13.4	112	25.8	148	40.8	148	34.1	74	109	25.1	109	25.1	100	
V27 Más carreras deberían esforzarse por hacer una verdadera contribución a la sociedad tal como lo hace la medicina	3.5	4	11	2.5	49	11.3	139	32	160	45.9	160	36.9	82.7	75	17.3	75	17.3	100	
V32 Cualquier debilitamiento de la profesión médica sería dañino para la sociedad	4.1	4	5	1.2	18	4.1	60	13.8	186	19.1	186	42.9	62	165	38	165	38	100	
V47 Si alguna profesión es indispensable para la sociedad es la medicina	4	3.5	14	3.2	71	16.4	115	26.5	147	46.1	147	33.4	80	87	20	87	20	100	
V48 Los médicos pueden calificar la competencia profesional de sus colegas	3.5	4	9	2.1	59	13.6	98	22.6	215	38.2	215	49.5	87.8	53	12.2	53	12.2	100	
V49 Hay muy pocos médicos que realmente no creen en la medicina	3.2	4	21	4.8	97	22.4	113	26	149	53.2	149	34.3	87.6	54	12.4	54	12.4	100	
V57 Pienso que la práctica institucional es mejor para el paciente	3.2	3	23	5.3	78	18	160	36.9	114	60.1	114	26.3	86.4	59	13.4	59	13.4	100	
V59 Cuando me reciba pienso ejercer como médico general	2.5	3	92	21.2	129	29.7	108	24.9	78	75.8	78	18	93.8	27	6.2	27	6.2	100	
V60 Me gustaría hacer una especialización sociomédica	2.7	3	64	14.7	123	28.3	130	30	74	73	74	17.1	90	43	9.9	43	9.9	100	
61 En nuestro país hacen más falta los médicos generales que los especialistas	3.2	3	35	8.1	82	18.9	131	30.2	122	57.1	122	28.1	85.3	64	14.7	64	14.7	100	
V65 Pienso que los médicos deben apoyarse entre sí	4.6	5	0	0	2	.5	8	1.8	117	2.3	117	27	29.3	307	70.7	307	70.7	100	
V69 Considero que la práctica institucional es más ventajosa para el médico	3.4	3	20	4.6	52	12	154	35.5	149	52.1	149	34.3	86.4	59	13.6	59	13.6	100	

* El porcentaje acumulado se lee en forma horizontal

Preguntas	Total desacuerdo				Desacuerdo				Ni acuerdo ni desacuerdo				Acuerdo				Total acuerdo			
	Media	Moda	Número de alumnos	%	Número de alumnos	%	% acumulado	Número de alumnos	%	% acumulado	Número de alumnos	%	% acumulado	Número de alumnos	%	% acumulado	Número de alumnos	%	% acumulado	
V71 Una vez que el paciente acepte mi servicio profesional, deberá seguir mis indicaciones sin cuestionar mi autoridad	2.4	2	76	17.5	197	45.4	62.9	91	21	83.9	46	10.6	94.5	24	5.5	100				
V72 Considero que la práctica privada es más satisfactoria porque nadie se mete conmigo	2.4	2	74	17.1	167	38.5	55.5	141	32.5	88	36	8.3	96.5	16	3.7	100				
V75 El médico debe ser un educador para la salud	4.5	5	2	.5	5	1.2	1.6	13	3.0	4.6	151	34.8	39.4	263	60	100				
V76 Me es satisfactorio practicar la medicina en grupos de población	4.1	4	1	.2	9	2.1	2.3	59	13.6	15.9	203	46.8	62.7	162	37.3	100				
V78 es indispensable que el paciente entienda el tratamiento que se le está dando para lograr su control	4.6	5	2	.5	2	.5	.9	10	2.3	3.2	101	23.3	26.5	319	73.5	100				
V82 Me agrada trabajar en equipo con otros profesionistas de la salud	4.1	4	3	.7	8	1.8	2.5	54	12.4	15	230	53	68	139	32	100				
Total acuerdo																				
Acuerdo																				
Ni acuerdo ni desacuerdo																				
Desacuerdo																				
Total desacuerdo																				
PREGUNTAS ESCALA INVERTIDA	Media	Moda	Número de alumnos	%	Número de alumnos	%	% acumulado	Número de alumnos	%	% acumulado	Número de alumnos	%	% acumulado	Número de alumnos	%	% acumulado	Número de alumnos	%	% acumulado	
V2 Otras profesiones son realmente más viables para la sociedad que la profesión médica	3.4	3	12	2.8	55	12.7	15.4	159	36.6	52.1	139	32	84.1	69	15.9	100				
V17 Algunas otras profesiones son realmente más importantes para la sociedad que la medicina	3.2	3	20	4.6	56	12.9	17.5	170	39.2	56.7	137	31.6	88.2	51	11.8	100				
V34 Es difícil encontrar médicos realmente entusiasmados con su trabajo	3.1	4	48	11.1	93	21.4	32.5	73	16.8	49.3	171	39.4	88.7	49	11.3	100				

* El porcentaje acumulado se lee en forma horizontal

F4 del HPSr

- v49 Hay muy pocos médicos que realmente no creen en la medicina *
- v4 Un estudiante entra a la carrera de medicina porque le gusta el trabajo médico
- v34 Es difícil encontrar médicos realmente entusiasmados con su trabajo

La pregunta marcadas con * es una de las ocho preguntas en que concordamos con las 25 que conserva Snizek (1972) del instrumento de Hall (1968). Estas preguntas están agrupadas con Hall (1968) y con Snizek (1972) en el factor 4 "sentido de llamado por el campo", coincidimos con ellos en que este factor podría estar representando la "vocación" por la medicina.

Se considera ahora cómo se agrupan las variables del instrumento PAPM-UAM-X a través de la óptica del análisis factorial, cuyos datos se exhiben en la tabla 6.

F1 del PAPMr

- v7 Pienso que la profesión médica, más que ninguna otra, es esencial para la sociedad *
- v71 Una vez que el paciente acepte mi servicio profesional, deberá seguir mis indicaciones sin cuestionar mi autoridad
- v47 Si alguna profesión es indispensable para la sociedad es la medicina *
- v27 Más carreras deberían esforzarse por hacer una verdadera contribución a la sociedad, tal como lo hace la medicina. *
- v72 Considero que la práctica privada es más satisfactoria porque nadie se mete conmigo

Los asteriscos (*) se refieren a las preguntas que corresponden a las 25 de Snizek (1972) y que como fue mencionado en el análisis del HPSr pueden corresponder a un componente de corte transcultural. Estas mismas variables pertenecen al F2 de Hall (1968) "creencia de servicio al público" y que hemos definido en esta tesis como fuerza o importancia social de la medicina al someter el HPS al análisis factorial. A estos reactivos, el análisis factorial añadió dos reactivos más provenientes del LIT. El conjunto de estas preguntas podrían representar la **importancia social de la medicina**. Si bien la pregunta 71 podría referirse a la relación médico-paciente en el sentido de autoridad, lo que está representando es una posición específica del papel de control, de superioridad del médico ante el cliente. Lo mismo sucede con la pregunta 72, en que no acepta injerencias externas en el quehacer profesional como médico.

F2 del PAPMr

- v78 Es indispensable que el paciente entienda el tratamiento que se está dando para lograr su control
- v65 Pienso que los médicos deben apoyarse entre sí
- v75 El médico debe ser un educador para la salud

Tabla 6
Estructura factorial y su relación con los parámetros de la precisión de la medición del PAPM-UAM-X 1997.

REACTIVOS	PAPM UAM -X	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
Número de reactivos	18	5	3	3	2	2	2	1
Número de factores	7							
Valor Propio	2.37391							
Porcentaje de la variancia	60.5	13.2	10.7	9.4	8.1	7.1	6.2	5.8
V7 más que otras esencial sociedad *F2		.66741						
V71 pacientes no cuestionar tratamiento		.65895						
V47 indispensable para la sociedad *F2		.64497						
V27 contribución social medicina *F2		.62742						
V72 práctica privada más satisfactoria		.59901						
V78 paciente entender el tratamiento			.76188					
V65 médico. deben apoyarse entre si			.74643					
V75 médico debe ser educador salud			.67892					
V59 querer ejercer medicina general				.74783				
V60 especialización socio médica				.70825				
V61 hacen mas falta los médicos generales				.58773				
V2 otras profesiones más vitales *F2					.82310			
V17 otras prof. más importantes *F2					.81482			
V57 práctica institucional ventajosa paciente						.81172		
V69 práctica institucional ventajosa médico						.80553		
V48 med pueden calificar colegas *F3							.80129	
V3 Juzgados mismos médicos *F3							.70480	
V4 se entra a medicina porque gusta el trabajo médico *F3								.81286
Alpha estandarizado			.5402					

* Factores de acuerdo con Hall (1968) al que corresponde la pregunta 1. Uso de la organización profesional como la referencia mayor 2. Creencia de Servicio al público 3. Creencia en la autorregulación 4. Sentido de llamado por el campo 5. Autonomía

Las tres preguntas provienen del LIT. Este factor puede corresponder, aunque forzadamente, al campo **responsabilidad** planteado por Bebeau (1993) en su polo negativo: **"para quienes la autoridad no es un componente crítico de su estructura cognoscitiva y moral, tienden a creer que los juicios de otras personas merecen tanta consideración como los propios"**. Podría también, de acuerdo a Spears y colaboradores (1992), en su estudio con nutricionistas, corresponder al campo **orientación hacia el servicio** definido como **"responsabilidad de los dietistas y compromiso para ayudar a otros"**. Desde nuestro punto de vista, en este factor se están reflejando valores éticos como responsabilidad, deferencia, respeto y cohesión, tanto hacia el paciente como hacia otros médicos.

F3 del PAPMr

v59 Cuando me reciba pienso ejercer como médico general

v60 Me gustaría hacer una especialización sociomédica

vg61 En nuestro país hacen más falta los médicos generales que los especialistas

Este factor está relacionado con un componente **predictivo del futuro ejercicio profesional** que piensa tener el alumno, **con un sentido de servicio al público y de acuerdo a las necesidades de la población**. Un 27% de los alumnos (tabla 5) piensan hacer una especialización sociomédica, consideramos que es un porcentaje alto. En contraste con un 43% de los alumnos que opinan acerca de la necesidad social de los médicos generales más que los especialistas, sólo un 24% piensa ejercer como médico general, seguramente por las presiones del mercado de trabajo. **Este porcentaje lo consideramos alto, dada la tendencia a la especialización**. Para ofrecer una interpretación clara, los alumnos de la UAM-X deberían ser contrastados con aquellos provenientes de un plan de estudios de corte tradicional. Para ello, al margen de esta tesis, se llevará a cabo un ejercicio semejante a éste con los estudiantes de medicina de la Universidad Popular Autónoma de Estado de Puebla (UPAEP) (cf. anexo carta).

F4 del PAPMr

v2 Algunas otras profesiones son realmente más importantes para la sociedad que la medicina

v17 Otras profesiones son realmente más vitales para la sociedad que la profesión médica

Nuevamente estas dos preguntas son consistentes con Hall (1968), Snizek (1972) y con el HPS-UAM-X en agruparse en forma conjunta, mientras con Hall (1968) lo hacen en el campo **"sentido de servicio al público"**, en este estudio **representan la importancia de la medicina frente a otras profesiones y la valoración de la propia profesión**. Sólo entre el 15 y 17 % de los alumnos (tabla 5) están de acuerdo con estas aseveraciones, lo que significa que la mayoría

de los estudiantes muestran una actitud favorable hacia que la profesión médica es más importante que otras.

F5 del PAPMr

v57 Pienso que la práctica institucional es mejor para el paciente

v69 Considero que la práctica institucional es más ventajosa para el médico

Este factor se refiere a la **actitud frente a la medicina institucional**. Un 40% de los alumnos (tabla 5) están de acuerdo en que es mejor para el paciente y un 48% están de acuerdo en que la ventaja es para el médico. Lo que está indicando que un alto porcentaje de alumnos tienen una actitud favorable a la medicina institucional. Que se reflejan en las cargas factoriales de .81 y .80 (cf tabla 6)

F6 del PAPMr

v48 Los médicos pueden calificar la competencia profesional de sus colegas

v3 Un médico que viola las normas de la profesión debería ser juzgado por los mismos médicos

Estas dos preguntas nuevamente aparecen juntas, que para Hall (1968) Snizek (1972) están dentro del F3 que mide la **creencia en la autorregulación**. Se puede encontrar correspondencia con Bebeau (1993) en el campo **agencia**, que fue referido en la página 14 como "la extensión en que un individuo tiene un sentido de control y poder sobre su vida profesional". No obstante, se halla más cerca al campo de la **autorregulación** propuesto por Adams y colaboradores (1996). En la tabla 5 se observa que con la v3 está de acuerdo el 70% de los estudiantes y con la v48 el 61.7%. Como ya lo habíamos mencionado, en el factor tres del HPS hay un 83% de estudiantes que aunque no están de acuerdo en que los médicos puedan calificar la competencia profesional de sus colegas, si creen que los médicos deben ser juzgados por los profesionales del mismo gremio, esto es indicativo de una defensa gremial.

F7 del PAPMr

v4 Un estudiante entra a la carrera de medicina porque le gusta el trabajo médico

Este factor se refiere a **vocación** o como lo plantea Hall (1968) "sentido de llamado por el campo". El 66% de los estudiantes (tabla 5) están de acuerdo con esta actitud y un 20% permanece neutral. Estos porcentajes están tomados de la suma de las respuestas "totalmente de acuerdo" y "de acuerdo" en la escala tipo Likert que se empleó. Los estudiantes neutrales son los que contestaron "ni acuerdo ni desacuerdo".

Tabla 7
Estructura factorial y su relación con parámetros de la precisión del LIT-UAM-X 1997.

REACTIVOS	LIT UAM -X	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Número de reactivos	12	5	3	3	1
Número de factores	4				
Valor Propio	2.19246				
Porcentaje de la variancia	55	18.3	14.5	12.2	10.1
V75 médico debe ser educador social *F2		.69507			
V65 médicos deben apoyarse entre si *F2		.66930			
V78 pacientes entender el tratamiento *F2		.64810			
V76 satisfactorio practicar grupos de población		.59103			
V82 agrada trabajo en equipo		.57245			
V59 querer ejercer medicina general *F3			.59883		
V71 pacientes no cuestionar tratamiento *F1			.56217		.52721
V60 especialización sociomédica *F3			.52969		
V57 práctica institucional ventajosa paciente *F5				.61313	
V69 práctica institucional ventajosa médico * F5				.66448	
V61 hacen más falta los médicos generales * F3		.58570		-.5713	
V72 práctica privada mas satisfactoria *F1			.5870		-.60448
Alpha estandarizado	.5242				

* Número de Factor con que esta pregunta cargo en el PAPM
 F1 Importancia social de la medicina F2 Responsabilidad Orientación hacia el servicio Valores éticos F3 Roll profesional orientación social F4 Importancia medicina frente a otras profesiones F5 Actitud hacia la medicina institucional F6 Creencia en la autorregulación Agencia F7 Vocación Sentido de llamado por el campo

Los datos contenidos en la tabla siete de la página anterior se refieren a las agrupaciones logradas con el LIT-UAM-X con base en la acción reductiva del análisis factorial.

Como se explicó en el capítulo de material y métodos, las 35 preguntas de este cuestionario fueron extraídas con base en un simulacro de validez de contenido, a través del análisis de la literatura (Goode, 1960; Bryant, Clifton y Snizek, 1976; Brooks, 1992; Spears, Simonis y Vaden, 1992; Bebeau, Norm y Ozar, 1993). Este instrumento, en su forma reducida explica el 55% de la variancia total. En comparación con el HPS y el PAPM los valores de sus cargas factoriales son menores (cf. tablas 4, 6 y 7) y se agruparon sus 12 reactivos en cuatro factores. (estos resultados se hallan descritos en la tabla 7).

F1 del LITr

- v75 El médico debe ser un educador para la salud *
- v65 Pienso que los médicos deben apoyarse entre sí *
- v78 Es indispensable que el paciente entienda el tratamiento que se le esta dando para lograr su control *
- v76 Me es satisfactorio practicar la medicina en grupos de población
- v82 Me agrada trabajar en equipo con otros trabajadores de la salud

Las preguntas marcadas con * cargaron en el F2 del PAPM que concierne a la responsabilidad, orientación hacia el servicio y valores éticos. Las preguntas 76 y 82 sólo cargaron en el LIT. Con base en los resultados exhibidos en la tabla cinco, se logra establecer que el 84.1% de los alumnos están de acuerdo en que les es satisfactorio practicar la medicina en grupos de población y el 85% en que les agrada trabajar en equipo con otros profesionales de la salud. El 97.7% de los estudiantes muestran una actitud de apoyo entre los médicos.

El 96.8% de éstos, consideran indispensable que el paciente entienda el tratamiento para lograr su control y el 94.8% tiene una actitud positiva hacia que el médico debe ser un educador para la salud. Este factor podría estar asociado con el tipo de ejercicio profesional que le gustaría ejercer al alumno, en la que predominan el trabajo en equipo, el respeto al paciente, el rol social del médico. En este factor se están reflejando los valores éticos como deferencia, respeto y cohesión, tanto hacia el paciente como hacia otros médicos. Sugerimos que este factor puede corresponder, aunque forzosamente, al campo **responsabilidad** planteado por Bebeau (1993), en su polo negativo y que lo define: "para quienes la autoridad no es un componente crítico de su estructura cognoscitiva y moral, tienden a creer que los juicios de otras personas merecen tanta consideración como los propios". Podría también, de acuerdo a Spears y

colaboradores (1992) en su estudio con nutricionistas, corresponder al campo **orientación hacia el servicio** definido como "responsabilidad de los dietistas y compromiso para ayudar a otros". O a la característica "**el sentido de un propósito... el bienestar de la gente**" de Dumont (1970) citado por Brooks y Shepherd (1992). También refleja el concepto de Hall (1968) de "sentido de servicio al público".

F2 del LITr

v59 Cuando me reciba pienso ejercer como médico general

v71 Una vez que el paciente acepte mi servicio profesional, deberá seguir mis indicaciones sin cuestionar mi autoridad

v60 Me gustaría hacer una especialización sociomédica

Las tres preguntas cargan también en el PAPM pero mientras la 59 y la 60 lo hacen en el F3 (rol profesional), la pregunta 71 lo hace en el F1 (fuerza social de la medicina). Con la pregunta 71 sólo estuvo de acuerdo el 16% de la población escolar y el 62.9% estuvo en desacuerdo (cf. tabla cinco). Si analizamos el significado de estas tres preguntas así como su comunidad, este factor podría corresponder al F3 del PAPM. **Rol profesional** que piensa ejercer el estudiante a futuro. Por ello, se refiere a un componente fuertemente predictivo, aunque a diferencia del factor anterior que refleja un ejercicio profesional con sentido de servicio al público, en este factor podría corresponder más a un tipo de práctica médica.

F3 del LITr

v57 Pienso que la práctica institucional es mejor para el paciente

v69 Considero que la práctica institucional es más ventajosa para el médico

v61 En nuestro país hacen más falta los médicos generales que los especialistas

Se considera que esta agrupación está reflejando el **tipo de práctica profesional**, el estudiante tiene una actitud positiva hacia **la medicina institucional** y que **en nuestro país hacen más falta los médicos especialista** pues la v61 tiene valor factorial negativo, y con valor positivo se agrupa en el **Florientación hacia el servicio**. Se considera que sería más apropiado pasar este reactivo al F1 para que los dos complementos puedan definir al factor como el F5 del PAPM: **actitud hacia la medicina institucional**.

F4 del LITr

v72 Considero que la práctica privada es más satisfactoria porque nadie se mete conmigo

Esta pregunta al mostrar un valor negativo de $-.60$ y un signo positivo en el F2 con una carga factorial de $.58$, se sugiere que estaría correctamente ubicada en el factor dos, eliminándose el factor cuatro y quedarían solo tres factores en el LIT, mejorando así su estructura teórica.

Por otra parte, si se dejara este factor, apoya la actitud de los estudiantes de que es mejor la medicina institucional, manifestada en el factor 3.

Conclusiones a partir del análisis factorial

Los campos teóricos de Hall (1968), uso de la organización profesional como referencia mayor, autonomía y creencia de servicio al público no fueron corroborados. En el caso del uso de la organización profesional es probable que se deba a que se aplicó el instrumento a una población estudiantil y no en médicos egresados. En el caso de autonomía, es probable que las preguntas no exploren realmente este campo, y en el caso de sentido de servicio al público ya explicamos en el análisis de los instrumentos HPSr y PAPMr que el sentido de las preguntas de Hall (1968) están explorando más bien, qué tan importante es la actitud del estudiante ante la medicina como profesión para la sociedad.

Las preguntas del PAM se agrupan en los mismos cuatro factores del HPS, pero en orden diferente, y se le suman tres nuevos factores: actitud frente a la medicina institucional, futuro rol profesional con orientación social, y responsabilidad, consideración hacia los juicios de los demás.

Como se desprende de lo anterior en esta primera etapa de análisis factorial, sugerimos que las 35 preguntas que se añadieron al cuestionario de Hall (1968) exploran factores que tienen que ver con el ejercicio social de la profesión médica, trabajo en equipo, actitud hacia el paciente, actitud hacia la medicina institucional, ejercer con grupos de población que no explora el instrumento del Hall (1968).

Estos resultados indican la necesidad de construir instrumentos que estén de acuerdo a nuestra tradición y códigos profesionales y el ejercicio médico actual. El LIT aunque más acorde con "valores mexicanos" tiene la carencia de otros factores que sí se manifiestan en el HPSr y en el PAPMr. Sugerimos que el PAM es el mejor instrumento de los tres que se analizaron en esta tesis, pues nos da una visión más amplia de los factores implícitos en el término adhesión

profesional, con orientación transcultural, manifiesta los mismos cuatro factores del HPS aunque en otro orden e incluye nuevos valores del LIT.

Podemos sintetizar diciendo que se corroboran con el HPSr y con el PAPMr los campos teóricos de Hall (1968) con respecto a la creencia en la autorregulación y sentido de llamado por el campo, que con otros nombres han sido identificados por otros autores **agencia** (Bebeau, 1993), **Self-Regulatory** (Adams y colaboradores, 1996) y "**Autonomy in determining one's own work**" (Allan, 1977). El aspecto de creencia de servicio al público, nuestro análisis factorial lo separó en dos factores que denominamos: importancia de la medicina frente a otras profesiones e importancia ó fuerza social de la medicina. Como lo mencionamos en el análisis del HPSr, las preguntas agrupadas en estos factores están reflejando la importancia de la medicina para la sociedad, que le sería dañino a la sociedad que desapareciera la medicina como profesión, pero en ninguna de las preguntas se explora sobre la vocación de servicio o como lo plantea Dumont (1970) (citado por Brooks y Shepherd, 1992), tampoco exploran "**el sentido de un propósito... el bienestar de la gente**", por este motivo no consideramos que estén reflejando el campo "**creencia de servicio al público**" sino el peso o fuerza de la medicina para la sociedad. El **sentido de servicio al público** se expresa en **el factor 1 del LITr** y **el factor 3 del PAPMr** con la incorporación de las nuevas preguntas logradas mediante el examen de la literatura.

En la página siguiente se muestra un resumen para facilitar la comparación de los factores que se propone como resultado del análisis factorial de las formas reducidas de los tres instrumentos: HPS, PAPM y LIT.

El HPS en el análisis factorial de su forma reducida muestra cuatro factores	El PAMP en el análisis factorial de su forma reducida muestra siete factores	El LIT en el análisis factorial de su forma reducida muestra tres factores
<p>F1 Importancia social de la medicina (fuerza o peso social de la medicina).</p> <p>F2 Importancia de la propia carrera frente a otras profesiones</p> <p>F3 Agencia que Bebeau, 1993 define como "sentido de control y poder sobre su vida profesional. Adams y colaboradores (1996) lo denominan Self-Regulatory; Allan (1977) como factor 7 lo denomina "Autonomy in determining one's own work" y Hall (1968) como creencia en la autorregulación.</p> <p>F4 Hall (1968) "Sentido de llamado por el campo", este factor está representando la importancia de la vocación" por la medicina"</p>	<p>F1 la Importancia social de la medicina (fuerza o peso social)</p> <p>F2 Responsabilidad planteado por Bebeau, 1993 en su polo negativo, "los juicios de otras personas merecen tanta consideración como los propios".</p> <p>F3 componente predictivo del futuro Rol profesional que piensa jugar el alumno (orientación social)</p> <p>F4 importancia de la propia carrera frente a otras profesiones (factor dos del HPS)</p> <p>F5 actitud frente a la medicina institucional</p> <p>F6 Hall (1968) Creencia en la autorregulación; Agencia Bebeau (1993) la extensión en que un individuo tiene un sentido de control y poder sobre su vida profesional; Autorregulación de Adams y colaboradores, (1996). (factor tres del HPS)</p> <p>F7 Hall (1968) "sentido de llamado por el campo". Importancia de la vocación profesional (factor cuatro del HPS). F1 Responsabilidad, Bebeau (1993). Tipo de ejercicio de ejercicio profesional con el que se está de acuerdo, en la que predominan el trabajo en equipo, el respeto al paciente, el rol social del médico, en este factor se están reflejando valores éticos como deferencia, respeto y cohesión, tanto hacia el paciente como hacia otros médicos. Spears y colaboradores, 1992 o*/rientación hacia el servicio</p>	<p>F1 Responsabilidad. Bebeau (1993). Tipo de ejercicio profesional con el que se está de acuerdo, en la que predominan el trabajo en equipo, el respeto al paciente, el rol social del médico, en este factor se están reflejando valores éticos como deferencia, respeto y cohesión, tanto hacia el paciente como hacia otros médicos. Spears y colaboradores, 192 orientación hacia el servicio</p> <p>F2 Rola profesional que piensa ejercer a futuro, con orientación social es un componente predictivo.</p> <p>F3 La actitud hacia la medicina institucional</p>

3.2 Taxonomía numérica, niveles de adhesión profesional

Después de:

- especificar las limitaciones de los instrumentos mediante los errores de la medición,
- que el análisis factorial no corroboró la estructura teórica de Hall (1968), por lo que se
- aplicó el criterio de reducción de reactivos para lograr preguntas de alta especificidad y
- finalmente establecer a partir del propio análisis factorial una "agrupación" de las variables que denotara las posibles estructuras teóricas inmersas en los instrumentos, se decidió emplear los principios de la taxonomía numérica propuestos por Sokal y Sneath (1963). Esto para agrupar a los estudiantes -conforme al entrecruzamiento de diversos procedimientos estadísticos- de acuerdo a los niveles de adhesión profesional a través de la aplicación del análisis por conglomerado (análisis cluster). Así, cada alumno fue incluido en el grupo de adhesión profesional en el que presentara la mayor similitud, así como la mayor heterogeneidad con respecto a los individuos de los otros grupos.

Snow (1971) en la construcción de teorías para la investigación en enseñanza (educación) hace seis clasificaciones. Una de ellas es la que denomina *Descriptive Theories and Taxonomies* (teorías descriptivas y taxonómicas) y asevera que los procesos de clasificación y discriminación son básicos para la formación de redes conceptuales. Afirmar que "la descripción sistemática de los fenómenos es un proceso muy importante en el trabajo teórico". Así mismo afirma que el trabajo de la taxonomía de Bloom (1956) y el de Krathwohl, Bloom y Masia (1964) han sido ejemplo de este tipo de estudios. Mencionando la importancia del análisis taxonómico en trabajos de investigación sobre tipos de aprendizaje. Spence (1959) y Melton (1964) han discutido la importancia de formular una taxonomía del aprendizaje humano y su función en hacer avanzar la teoría y la investigación en la psicología del aprendizaje.

El análisis por conglomerados hasta donde fue revisada la bibliografía, no ha sido empleado en los estudios de profesionalización y se decidió usarlo por su valor para clasificar individuos, que junto con el análisis discriminante pueden ser una herramienta poderosa para estos fines. En contraste con los resultados arrojados por la literatura examinada, la aplicación de los principios de la taxonomía numérica para evaluar los perfiles de la

adhesión profesional médica, resulta novedosa ya que es otra forma de enfoque. Es comprender la complejidad lineal de las tres variables endógenas empleadas en este ejercicio científico.

Según el diccionario de la Real Academia, taxonomía es la ciencia que trata de los principios, métodos y fines de la clasificación. Taxón es una palabra creada por la taxonomía, que puede significar nivel o rango de las subdivisiones que se aplican en la sistemática biológica, desde la especie, que se toma como unidad, hasta el tronco (filium) o tipo de organización. También puede ser entendido como cada uno de los grupos o subdivisiones de la clasificación de los seres vivos, que se ordena sistemáticamente, según su jerarquía. Sokal y Sneath (1963) plantean que las funciones de la taxonomía clásicamente han sido: clasificar, nombrar, indicar el grado de semejanza (afinidad) y mostrar relación por descendencia. Un investigador busca los caracteres que subdividen a grupos mutuamente excluyentes y así llega a la decisión de que en un taxón cada miembro A es de esperar que posea cierta característica X y viceversa: la posesión del carácter complejo X define A. Mirándose críticamente, esto es un razonamiento claramente circular.

En la práctica, el taxón, busca caracteres homólogos únicos para crear grupos. Además, se ha considerado a la taxonomía como propia de una disciplina verbigracia, la botánica y poco importan los métodos que ocupe otra disciplina como por ejemplo, la zoología. Pero no se trata de "militar" contra la taxonomía. Quienes han "renegado" de ella reflejan errores como la carencia de sistemas en las academias más prestigiadas, afirma Sokal (1963).

Beckner (1959) llama politípico al procedimiento de poner a los organismos juntos que tienen un gran número de rasgos compartidos y no un rasgo único. La ventaja de los grupos politípicos es que ellos son naturales y tienen un gran contenido de información que pueden ser utilizados con muchos propósitos. Su desventaja es que parcialmente se pueden traslapar una taxa con otra.

El impacto de la teoría de la evolución se reflejó en una sofisticación mayor sobre el tema de coordinaciones de caracteres con una totalidad armoniosa. Así, en el presente siglo se reexaminó la validez de la base evolutiva natural taxonómica. Cuando se agregaron consideraciones filogenéticas (filogenia: origen y desarrollo evolutivo de las especies, parte de la

biología que se ocupa de las relaciones de parentesco entre los distintos grupos de seres vivos) a la sistematización surgió la pregunta: ¿hacia dónde van las ramas? Henning (1950), justifica tal procedimiento. Si es el fin de la estructura sistemática del mundo orgánico, filogenéticamente y fenotípicamente (fenotipo: realización visible del genotipo), podemos concluir que ningún método taxonómico actualmente disponible puede lograr esto simultáneamente (Michener y Sockal, 1957). Estas fueron las razones por las que se han desarrollado una gran variedad de asistencia didáctica. Una de ellas son **formas largas de diferentes árboles de relaciones, o árboles filogenéticos**. Mayr, Linsley y Usinger (1953) han llamado a estos dibujos **dendrogramas**. Esta forma es usada también por Sockal y Michener (1957).

Sokal y Sneath (1963) plantean que la construcción del sistema taxonómico se hace con semejanzas a estudios de Unidades Taxonómicas Operacionales (Operational Taxonomic Units, OTU). La construcción de sistemas taxonómicos es fundamental, pues nos da un sistema de agrupamiento que nos permite tener un grupo manejable, cuyas características sean preponderantemente constantes y de interrelaciones mutuas, por lo que algunos grupos pueden tener valor predictivo. El método más poderoso para lograr esto es el método jerárquico, que posibilita que, tanto en grupos con grandes números de grupos taxonómicos y grupos de alto orden, como los que son mutuamente excluyentes, se puedan obtener los mejores resultados. En la construcción de los grupos de OTU, las líneas de división entre los grupos se colocan en el sitio donde las uniones son distintas. Sneath (1961) define como taxonomía natural a "una serie compuesta de todos aquellos elementos, los cuales comparten X o más características diferentes de las peculiaridades de Y, en donde X y Y son números grandes, pero en los cuales un elemento puede tener cualquier combinación de características a lo largo del número total de rasgos compartidos, con cualquier otro elemento de la serie...". Hay diversas técnicas para describir la estructura taxonómica, algunas se han utilizado en campos como la ecología y la psicología. Generalmente están basadas en los tres tipos de coeficientes de similaridad: coeficientes de asociación, de correlación y de distancia. El concepto de **distancia** fue usado por Roger y Tanimoto (1960). La distancia permite la visualización de los grupos y su diferenciación. **Lo más común es que la representación de una taxonomía numérica se haga por dendrogramas**. Las abscisas sirven para separar las OTU, mientras que las ordenadas son de alguna manera similar a la escala de coeficientes, en donde se refleja la distancia a la que se unieron los grupos.

3.2.2 Aplicación de los principios de la taxonomía numérica al HPSr para formar diferentes grupos de alumnos según su adhesión profesional

Se siguieron los siguientes pasos en la aplicación de los principios de la taxonomía numérica:

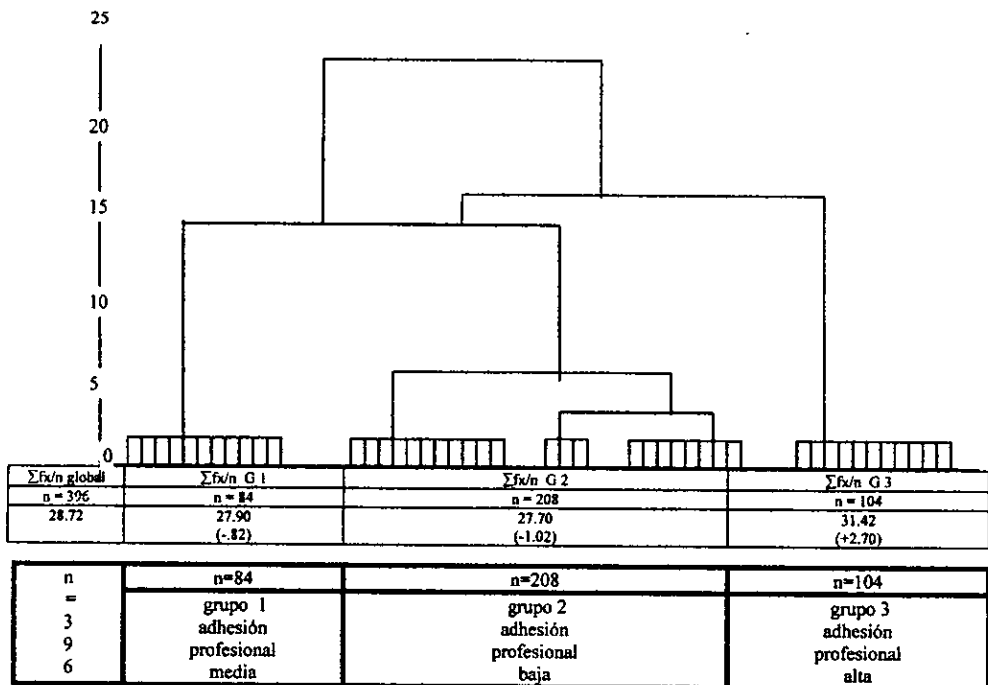
Principios de la Taxonomía numérica (Sokal y Sneath 1963)	Procedimientos estadísticos
1 paso	Análisis por conglomerado
2 paso	Análisis Factorial
3 paso	Análisis Discriminante

Agregándose el análisis de variancia, para establecer, a nivel univariado las diferencias entre los grupos logrados a través del análisis por conglomerados.

Análisis por conglomerado del HPSr:

Gráfico 1

Dendrograma de adhesión profesional logrado a través de la reducción de 50 a 11 reactivos por el análisis factorial del Hall UAM-X (HPS-UAM-X)

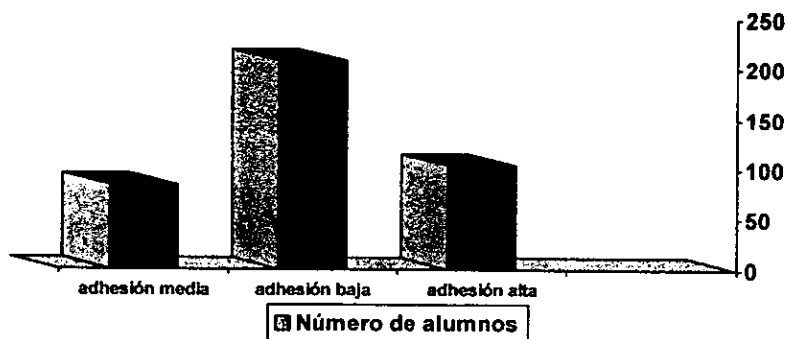


F	gl (n-1)	p
39.441	2	.000

Se muestra en el gráfico 1, una aproximación al dendrograma de adhesión profesional del HPSr. En el eje de las X's están representados los individuos, en el eje de las Y's está representada la distancia a la que se fusionan los grupos. La distancia permite la visualización de los grupos y su diferenciación. Según Gorenc y colaboradores (1982), los resultados del funcionamiento de los grupos al ser presentado gráficamente en el dendrograma permite determinar a simple vista en que orden fueron fusionados los individuos que constituyen la muestra, así como su ubicación dentro de los diversos grupos. Los puntos de unión entre las raíces, es el valor de coeficientes similares que se muestra en el eje de las Ys. Se ofrece una prueba estadística con una $p < .0005$, lo que demuestra la benignidad de la formación de los tres grupos. Es decir, es muy baja la probabilidad de que la diferencia se deba al azar.

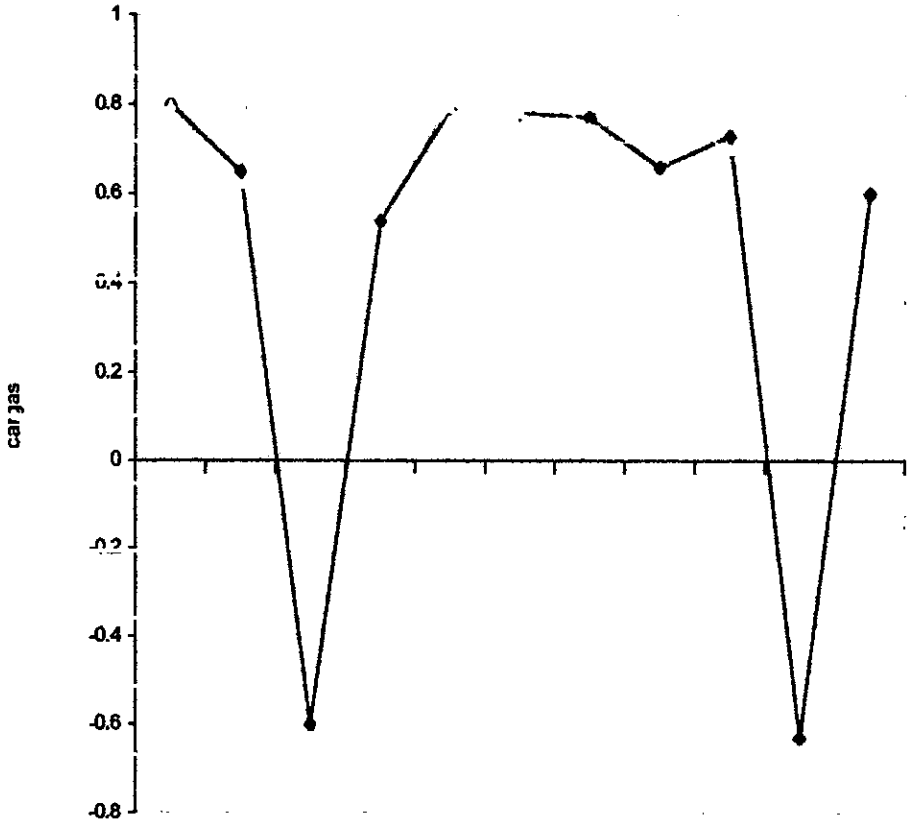
Los tres grupos formados según sus niveles (características) de adhesión profesional fueron: grupo 1 con un promedio de 27.90 que corresponde a una adhesión profesional médica media; grupo 2 con un promedio de 27.70 que corresponde a una adhesión profesional baja; grupo 3 con un promedio de 31.42 que corresponde al grupo con una adhesión profesional alta. Para formar estos grupos se consideró el HPS en su forma reducida a 11 preguntas. Como el valor más alto de cada pregunta es de cinco, la máxima puntuación que se puede obtener con este instrumento es de 55. (tomando en cuenta que se aplicó a población estudiantil consideramos lógicos los promedios encontrados; habría que comparar los resultados con una población de médicos con cinco y diez años de ejercicio profesional, por ejemplo).

Gráfico 2
Número de alumnos por grupo de adhesión profesional del HPSr



Como se muestra en el gráfico 2 la mitad de los alumnos está en el grupo de adhesión baja.

Gráfico 3
Perfiles de adhesión de los tres grupos del HPSr



—◆— media	0.8	0.65	-0.6	0.54	0.79	0.78	0.77	0.66	0.73	-0.63	0.6
- - -□- - - baja	0.63	0.62	0.58	0.58	0.79	0.78	0.74	0.69	0.51		
.....▲..... alta	0.8	0.8	0.77	0.58	0.53	0.85	0.75	0.77	0.7	0.89	

grupos de adhesión

—◆— media - - -□- - - baja ▲..... alta

En el gráfico 3 de la hoja anterior se muestran los perfiles de los tres grupos del HPSr. Es de hacer notar que los grupos de alta y baja adhesión muestran perfiles más homogéneos, mientras que el grupo de adhesión profesional media en contraste muestra un perfil más accidentado. Esto es explicable, pues los grupos alto y bajo están más definidos y la prueba de significancia está dada por el grupo 3.

Análisis factorial de los grupos de adhesión formados por el análisis por conglomerado del HPSr

Sokal (1958) fue al parecer el primero en ocupar el factor de análisis para indicar las relaciones taxonómicas desde una matriz de similitud. El factor de análisis múltiple es una ramificación de análisis multivariado, que examina un estado complejo de fenómenos en términos de correlaciones de algunas variables bajo consideración como intentos de expresar esos fenómenos como funciones de un número pequeño de variables. Esas nuevas variables son llamadas factores y pueden tener una cantidad máxima de información para describir esas relaciones.

Tabla 8
Grupos formados con el análisis por conglomerado del HPSr

Grupo 1 n = 84 (adhesión media)					Grupo 2 n = 208 (adhesión baja)				Grupo 3 n = 104 (adhesión alta)					
Preg.	F1	F2	F3	F4	Pregunta	F1	F2	F3	Preg.	F1	F2	F3	F4	F5
V47	.80				V47	.6368			V2	.80				
V32	.65				V7	.6227			V17	.80				
V34	-.60				V32	.5886			V32		.77			
V7	.54				V27	.5868			V7		.58			
V17		.79			V17		.7912		V3		.53			
V2		.78			V2		.7850		V27			.85		
V48			.77		V4			.7440	V47			.75		
V49			.66		V34			.6967	V49				.77	
V27				.73	V3			.5193	V34				.70	
V3				-.63					V48					.89
V4				.60										

La descripción de las variables está en la tabla análisis lineal discriminante escalonado HPSr

Como puede observarse entre el grupo 1 y el grupo 2 casi no hay disimilitudes en cambio el grupo 3 muestra claras diferencias de los otros dos.

Análisis por conglomerado del grupo 3 adhesión profesional alta del HPSr

Este grupo exhibe cinco factores y 104 estudiantes clasificaron en él.

Razonamiento

F1 El factor 1 aunque está constituido por sólo dos preguntas, el que estemos trabajando con instrumentos reducidos, justifican se le analice como factor. Como podemos observar en la tabla 5, en donde se describen las respuestas de los estudiantes, el 57.95% de la población estudiantil respondió en total desacuerdo a la v2 *otras profesiones son realmente más vitales para la sociedad que la profesión médica*. A la v17 *algunas otras profesiones son realmente más importantes para la sociedad que la medicina* respondió en desacuerdo el 43.4% y un 39.2% manifestó una actitud neutral. Estos reactivos mostraron un comportamiento invertido. Ambas preguntas han permanecido juntas en el análisis factorial del HPSr, y del PAPMr y ahora también en el análisis por conglomerado, lo que muestra su consistencia como factor. **Refleja la importancia que estos individuos le dan a la medicina frente a las otras profesiones.**

F2 está constituido por tres variables.

El 80.9% de los estudiantes estuvo de acuerdo con la v32 *cualquier debilitamiento de la profesión médica sería dañino para la sociedad*. En la v7 *pienso que la profesión médica, más que ninguna otra, es esencial para la sociedad*, estuvo de acuerdo el 59.2%. Parece ser más categórica la aseveración "debilitamiento dañino", que el positivo "esencial para la sociedad". El 70% de los estudiantes estuvo de acuerdo con la v3 *un médico que viola las normas de la profesión debería ser juzgado por los mismos médicos*. Considerando los resultados arrojados por Bebeau (1993) este grupo refleja la fuerza social de medicina y la capacidad de agencia. **Este grupo en segundo término muestra una actitud favorable a que la medicina tiene un gran impacto o fuerza social y a que los médicos deben ser juzgados por los mismos médicos.**

F3 este factor está constituido por dos variables.

El 53.4% de los alumnos estuvo de acuerdo con la pregunta v47 *si alguna profesión es indispensable para la sociedad es la medicina*, tiene correspondencia con la v7 del factor anterior en que representa la **importancia de la medicina para la sociedad** y el porcentaje de acuerdo es semejante. Con la v27 *más carreras deberían esforzarse por hacer una verdadera contribución a la sociedad, tal como lo hace la medicina*, estuvo de acuerdo el 54.2% de los alumnos. **Manifiestan en tercer término, estar de acuerdo en que la medicina es un ejemplo a seguir por otras profesiones por su impacto social.**

F4 este factor está constituido por dos preguntas

Sólo el 32.5% estuvo de acuerdo con la v34 (escala invertida) que establece la dificultad de *encontrar médicos realmente entusiasmados con su trabajo* y un 50% en desacuerdo. Con la pregunta 49 *Hay muy pocos médicos que realmente no creen en la medicina* estuvieron en desacuerdo el 27.2% y de acuerdo el 46.7%. **Refleja el sentido de llamado por el campo, qué tan importante es la vocación para decidir estudiar medicina.**

F5 Está constituido por una sólo pregunta. Por lo que formalmente no puede considerarse como factor.

Con la v48 *los médicos pueden calificar la competencia profesional de sus colegas*, estuvo de acuerdo el 61.7% de los estudiantes. Refleja el campo de **agencia** de Bebeau (1993).

Descripción del grupo de alta adhesión del HPSr.

Conforme a lo anterior los estudiantes que clasificaron en el grupo 3 "alta adhesión" del HPSr parecen ser sujetos que valoran a su profesión claramente por arriba de las otras profesiones. Están conscientes de la "fuerza social" de la medicina y en menor medida que los médicos deben ser juzgados por los mismos médicos (carga factorial cercana a .5000). Manifiestan una actitud favorable en que la medicina sea un ejemplo a seguir para otras profesiones por su impacto social (.85 de carga factorial). Y colocan al final la importancia de la vocación

Análisis del grupo 2 adhesión profesional baja del HPS

Es de hacer notar las bajas cargas factoriales de este grupo en contraste con las cargas del grupo de alta adhesión. Este grupo tiene tres factores y 208 estudiantes clasificaron en él.

Razonamiento

F1 El factor 1 está constituido por 4 reactivos. La variable 47 si alguna profesión es indispensable para la sociedad es la medicina pasa del séptimo lugar en el grupo de alta adhesión al primero (tiene una carga factorial de .63). La v7 pienso que la profesión médica, más que ninguna otra, es esencial para la sociedad sube del cuarto lugar al segundo y el 59.2% de estudiantes están de acuerdo con esta aseveración (carga factorial de .62). La v32 cualquier debilitamiento de la medicina sería dañino para la sociedad se mantiene en el tercer lugar (carga factorial de .58) y la pregunta 27 más carreras deberían esforzarse por hacer una verdadera contribución a la sociedad, tal como lo hace la medicina (carga factorial de .58). Este grupo parece darle el primer lugar en importancia a la fuerza social de la medicina, pues es el primer factor, sin embargo es hacer notar que las cuatro preguntas tienen valores factoriales bajos.

F2 El factor 2 está constituido por dos preguntas la v17 algunas otras profesiones son realmente más importantes para la sociedad que la medicina y la v2 otras profesiones son realmente más vitales para la sociedad que la profesión médica, reflejan el sentido de la importancia de la medicina frente a otras profesiones pasan de ser las dos primeras en el grupo de alta adhesión a ocupar el quinto y el sexto lugar respectivamente en el grupo de baja adhesión, disminuye la importancia que le dan a la fuerza de la medicina frente a otras profesiones contra el grupo de alta adhesión.

F3 Está formado por tres variables la v4 un estudiante entra a la carrera de medicina porque le gusta el trabajo médico y la v34 es difícil encontrar médicos realmente entusiasmados con su trabajo Este grupo tiene como tercer lugar en importancia la vocación profesional o "sentido de llamado por el campo" de Hall (1968). La v3 un médico que viola las normas de la profesión debería ser juzgado por los mismos médicos pasa del quinto lugar al noveno, esto significa que el sentido de agencia o autorregulación en este grupo tiene menos importancia que para el grupo de alta adhesión. Lo confirma el que la pregunta 48 que se refiere a agencia, que aparece en el grupo de alta adhesión, no carga con este grupo.

Descripción conforme al análisis factorial del grupo de baja adhesión del HPSr

Parece que el grupo de estudiantes de baja adhesión profesional formado por el análisis por conglomerado del HPSr se caracteriza por tener una actitud favorable a que la medicina sea muy importante para la sociedad. En contraste con el grupo de alta adhesión, la importancia de la medicina frente a otras profesiones baja al segundo lugar. En ellos no tiene importancia el papel de autorregulación o de agencia y ponen en tercer término la importancia del sentido de vocación o llamado por el campo al añadirse la pregunta 4 un estudiante entra a la carrera de medicina porque le gusta el trabajo médico que está ausente en el grupo de alta adhesión.

Análisis por conglomerado del grupo 1 de adhesión profesional media del HPSr.

Tiene cuatro factores y 84 estudiantes clasificaron en este grupo.

Razonamiento

Los dos primeros factores tienen varias preguntas iguales que el grupo de baja adhesión, aunque el **factor uno** la v7 pienso que la profesión médica, más que ninguna otra, es esencial para la sociedad pasa del segundo al cuarto lugar. La pregunta 27 sale de este factor para ser sustituida por la v34 es difícil encontrar médicos realmente entusiasmados con su trabajo con la que está en desacuerdo el 50.7 % de la población pero que carga con signo negativo. Los primeros lugares son ocupados por la v47 si alguna profesión es indispensable para la sociedad es la medicina y la v32 cualquier debilitamiento de la medicina sería dañino para la sociedad. Con estos matices, este grupo pone en primer lugar de importancia la fuerza social de la medicina y en segundo a la importancia de la medicina frente a otras profesiones. El **factor 2** agrupa a las preguntas 17 y 2 que están representando la importancia de la medicina frente a otras profesiones, que refuerza la segunda parte del F1. En el **tercer factor**, muestran una actitud favorable a que los médicos pueden calificar la competencia profesional de sus colegas. Es una diferencia con el grupo de baja adhesión para quien esta pregunta de autorregulación no aparece y la v49 hay muy pocos médicos que realmente no creen en la medicina que hace que hasta el octavo lugar esté el "sentido de llamado por el campo" o vocación profesional

En el **cuarto factor** la pregunta 27 más carreras deberían esforzarse por hacer una verdadera contribución a la sociedad, tal como lo hace la medicina (carga factorial de .73) implica que este grupo tiene una actitud ambivalente a que la medicina sea un ejemplo para otras profesiones. La v3 un médico que viola las normas de la profesión debe ser juzgado por los mismos médicos que en el grupo de alta adhesión ocupa el quinto lugar, se reubica en el penúltimo y tiene carga negativa. La v4 un estudiante entra a la carrera de medicina porque le gusta el trabajo médico demuestra que ponen en el último lugar el sentido de vocación por el campo.

Descripción conforme al análisis factorial del grupo de adhesión profesional media del HPSr

Este grupo pone en primer lugar de importancia la fuerza social de la medicina y en segundo a la importancia de la medicina frente a otras profesiones. Muestran una actitud

negativa a que sea difícil encontrar médicos entusiasmados con su trabajo. El factor 2 está representando la importancia de la medicina frente a otras profesiones, que refuerza la segunda parte del F1. En el tercer factor, muestran una actitud favorable a que los médicos pueden calificar la competencia profesional de sus colegas en contra con la v3 del cuarto factor un médico que viola las normas de la profesión debe ser juzgado por los mismos médicos que aparece en el penúltimo lugar y tiene carga negativa. y la v49 hay muy pocos médicos que realmente no creen en la medicina que hace que hasta el octavo lugar esté el "sentido de llamado por el campo" o vocación profesional. Este grupo le da poca importancia a la autorregulación. La v4 un estudiante entra a la carrera de medicina porque le gusta el trabajo médico demuestra que ponen en el último lugar el sentido de vocación por el campo, en contraste de la v34 es difícil encontrar médicos realmente entusiasmados con su trabajo con la que está en desacuerdo el 50.7 % de la población pero que carga con signo negativo.

En la siguiente página se muestra un resumen de las características de los tres grupos de adhesión formados con el análisis por conglomerado del HPSr

Resumen de los tres grupos del HPSr

GRUPO ALTA ADHESION DEL HPSr	GRUPO BAJA ADHESION DEL HPSr	GRUPO ADHESIÓN MEDIA DEL HPSr
Los estudiantes que clasificaron en este grupo parecen ser sujetos que valoran a su profesión claramente por arriba de las otras profesiones. Están conscientes de la "fuerza social" de la medicina y muestran una actitud favorable a la autorregulación, al afirmar que los médicos deben ser juzgados por los mismos médicos (carga factorial cercana a .5000). Manifiestan una actitud favorable a que la medicina sea un ejemplo a seguir para otras profesiones por su impacto social (.85 de carga factorial). Y colocan al final la importancia de la vocación.	Parece que este grupo se caracteriza por tener una actitud favorable a que la medicina sea muy importante para la sociedad. En contra con el grupo de alta adhesión, la importancia de la medicina frente a otras profesiones baja al segundo lugar. En ellos no tiene importancia el papel de autorregulación o de agencia y ponen en tercer término la importancia del sentido de vocación o llamado por el campo al añadirse la pregunta 4 <u>un estudiante entra a la carrera de medicina porque le gusta el trabajo médico</u> que está ausente en el grupo de alta adhesión.	Este grupo es muy semejante al de baja adhesión. En ambos, el primer factor expresa la importancia de la fuerza social de la medicina y en segundo la importancia de la medicina frente a otras profesiones. Estos estudiantes muestran una actitud negativa a que sea difícil encontrar médicos entusiasmados con su trabajo. En el tercer factor se manifiesta la importancia de la autorregulación y la vocación o "sentido de llamado por el campo". En el cuarto factor se expresa que le dan más importancia a la contribución social de la medicina que a la autorregulación.

Análisis discriminante del HPSr

El análisis discriminante, que es un método multivariado examina las diferencias entre varias muestras que están descritas por diversas variables endógenas que al ser pesadas

manifiestan la importancia de su participación en la división de los grupos. (Bortz, 1982 citado en Gorenc K-D, Häfner H, Kleff, F y col, 1982). También se puede usar como herramienta de clasificación y predicción (Gorenc K-D, Beltrán, J.E, Nadelsticher, A. y Barba, J. 1986). En la tabla nueve, primera parte, podemos observar los 8 reactivos discriminantes y el valor lambda de Wilks de cada uno. Este estadístico pesa a las variables en función de su fuerza discriminante.

Tabla 9 primera parte

Análisis lineal discriminante escalonado del HPSr:

se incluyeron los 11 reactivos del HPS-UAM-X reducido por el análisis factorial y los niveles de adhesión fueron proporcionados por el análisis por conglomerado, permaneciendo ocho reactivos con capacidad discriminativa

Reactivos discriminantes*	Lambda de Wilks**
V34 médicos entusiasmados con su trabajo	.55400
V2 otras profesiones más vitales	.46197
V27 contribución social medicina	.39845
V7 más que otras esencial sociedad	.37007
V3 juzgados por mismos médicos	.33782
V4 se entra a medicina porque gusta el trabajo médico	.31774
V48 médicos pueden calificar sus colegas	.30470
V47 indispensable para la sociedad	.29199
** $p \leq 0.05$	

- los reactivos sin capacidad divisoria son
- V 32 debilitamiento de la profesión dafino sociedad
- V 17 otras profesiones son más importantes
- V 49 pocos médicos no creen en la medicina

En la segunda parte de la tabla nueve se muestra el valor de la correlación canónica, que es una medida de asociación entre una función particular de discriminación y la colección (*set*) de variables modelos que distinguen a los miembros del grupo y que está en relación directa con el valor propio (*eigenvalue*), que mide la relativa importancia de la función. Es decir, exhibe la correlación entre el grupo y el conjunto de variables. La pregunta que aquí se hace es: ¿al menos una función es significativa?, y la respuesta es afirmativa con una probabilidad de .00005

Tabla 9, segunda parte

Función	Valor propio	Porcentaje variancia	Porcentaje acumulado	Correlación canónica
1	.9003	52.88	52.88	.6883
2	.8023	47.12	100.0	.6672

Después función 0	Lambda Wilks	χ^2	Grados de libertad	Significancia
0	.291986	479.493	16	.0000
1	.55450	.229.438	7	.0000

En la tercera parte de la tabla 9 se indica que el 82.07% de los estudiantes está correctamente clasificado, lo que representa un valor alto. Esto, en contraste, con la bibliografía, donde se hallaron valores de 35.9% de individuos correctamente clasificados, (Gorenc y col, 1982).

Si observamos el porcentaje de alumnos correctamente clasificados, podemos explicarnos el por qué de la baja diferencia de los promedios entre los tres niveles de adhesión profesional: el grupo 1 con un promedio de 27.90 que corresponde a una adhesión profesional médica media tiene correctamente clasificados al 84.5 % de estudiantes, si el promedio de la calificación se extrajera exclusivamente con esos estudiantes seguramente cambiaría. El grupo 2 con un promedio de 27.70, que corresponde a una adhesión profesional baja tiene un porcentaje de 81.7 alumnos correctamente clasificados, si se eliminara el 12.5% que clasificó en el grupo de alta adhesión, el promedio es de esperar que bajara; el grupo 3 con un promedio de 31.42, que corresponde al grupo con una adhesión profesional alta, tiene un 80% de alumnos correctamente clasificados. Si el promedio se hiciera exclusivamente con esos alumnos sería más alto.

Este resultado, permite diferenciar claramente los estadísticos univariados (paramétricos y no paramétricos) de los estadísticos multivariados: los primeros, se orientan a diferenciar la "cantidad"; mientras que los segundos, al "pesar", establecen la calidad de la diferencia.

Tabla 9, tercera parte

grupo	n = 434	grupo predicho (%)		
		G1	G2	G3
G1	84	71 (84.5)	7 (8.3)	6 (7.1)
G2	208	17 (8.2)	170 (81.7)	21 (10.1)
C3	104	7 (6.7)	13 (12.5)	84 (80.8)
No agrupados	38	13 (34.2)	18 (47.4)	7 (18.4)

82.07 Por ciento del total de los estudiantes correctamente clasificados

En la tabla 10, se muestran los coeficientes de las funciones discriminantes. Como se formaron tres grupos, tenemos dos funciones discriminantes, por el principio del número total de grupos determinados a priori menos 1 ($g-1$), aunque cada función discriminante no se relaciona con la otra, las diferencias entre los tres grupos pueden representarse en dos dimensiones.

Tabla 10
Reactivos discriminantes potentes del HPSr en la comparación según su nivel de adhesión delineado por 11 reactivos provenientes del proceso reductivo mediante el análisis factorial

Preguntas	Coeficientes de las funciones discriminantes	
	Función I	Función II
V34 médicos entusiasmados con su trabajo	.84509*	.44952
V27 contribución social medicina	-.40376*	.27374
V32 debilitamiento de la profesión dañino sociedad	-.11786*	.07814
V2 otras profesiones más vitales	-.07841	.50870*
V7 más que otras esencial sociedad	-.25879	.37467*
V47 indispensable para la sociedad	-.27257	.28826*
V3 juzgados por mismos médicos	.02602	-.27025*
V17 otras profesiones son más importantes	.07138	.24600*
V4 se entra a medicina porque gusta el trabajo médico	-.16156	.24489*
V48 médicos pueden calificar sus colegas	.08119	-.23365*
V49 pocos médicos no creen en la medicina	-.01142	.05260*

- Concierne a la correlación más importante entre cada variable y cualquier función discriminante

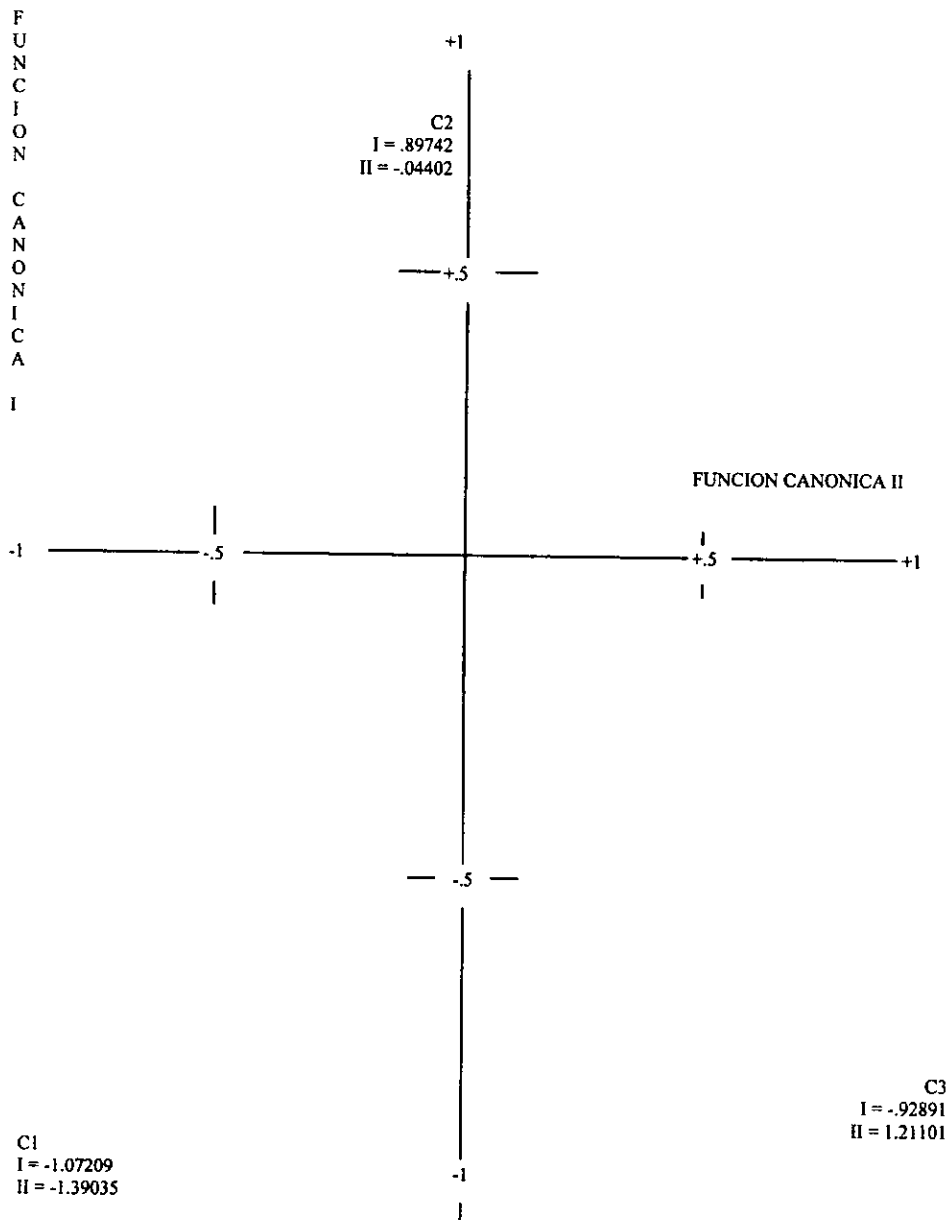
Como se muestra en la tabla 10 en la función discriminante I, en el polo positivo de esta dimensión está la v34 "es difícil encontrar médicos realmente entusiasmados con su trabajo". En el polo negativo encontramos las v27 "más carreras deberían esforzarse por hacer una verdadera contribución a la sociedad tal como lo hace la medicina y la v32 "cualquier debilitamiento de la profesión médica sería dañino para la sociedad". Un individuo calificado alto en esta dimensión es un estudiante que piensa que es difícil encontrar médicos realmente entusiasmados con su trabajo, que el debilitamiento de la medicina no sería dañino para la sociedad y para él, no es importante que otras carreras se esfuercen en hacer una verdadera contribución a la sociedad, tal como lo hace la medicina. (¿Su baja adhesión está determinada por la poca valoración que hace de la medicina como una profesión?).

En la **función discriminante II** se encuentra en el polo negativo a la v3 "un médico que viola las normas de la profesión debería ser juzgado por los mismos médicos" y la v48 los médicos pueden calificar la competencia profesional de sus colegas". En el polo positivo encontramos: v2 "otras profesiones son realmente más vitales para la sociedad que la profesión médica", v7 "pienso que la profesión médica, más que ninguna otra, es esencial para la sociedad"; v47 "si alguna profesión es indispensable para la sociedad es la medicina", v17 "algunas otras profesiones son realmente más importantes para la sociedad que la medicina", v4 "un estudiante entra a la carrera de medicina porque le gusta el trabajo médico" y v49 "hay muy pocos médicos que realmente no creen en la medicina". Un estudiante calificado alto en esta dimensión tiene una actitud positiva hacia que los médicos que violan las normas de la profesión no deben ser juzgados por los mismos médicos (¿por la sociedad?), así mismo están de acuerdo en que los médicos no pueden calificar la competencia profesional de sus colegas. La v2 y la v17 son con escala invertida, por lo que estos estudiantes están en desacuerdo que otras profesiones sean más importantes que la medicina. Al contrario, tienen una actitud positiva hacia que la medicina es esencial para la sociedad, que los médicos creen en la medicina y tienen un sentido alto de vocación por la profesión. Es totalmente contraria a la función primera: se trata de una imagen en espejo.

En el gráfico cuatro, de la página siguiente, observamos que en su ubicación espacial de acuerdo a los valores de las funciones canónicas que definen a los tres grupos de adhesión profesional, formados por el análisis de conglomerados del instrumento HPSr están bien diferenciados, estando los dos grupos semejantes del lado izquierdo del gráfico, que ejemplifica claramente la imagen en espejo de las funciones canónicas discriminantes I y II.

Gráfico cuatro

Representación gráfica de los tres grupos de adhesión profesional, a partir de los valores de las correlaciones de las funciones canónicas, formados por el análisis por conglomerado del instrumento HPSr



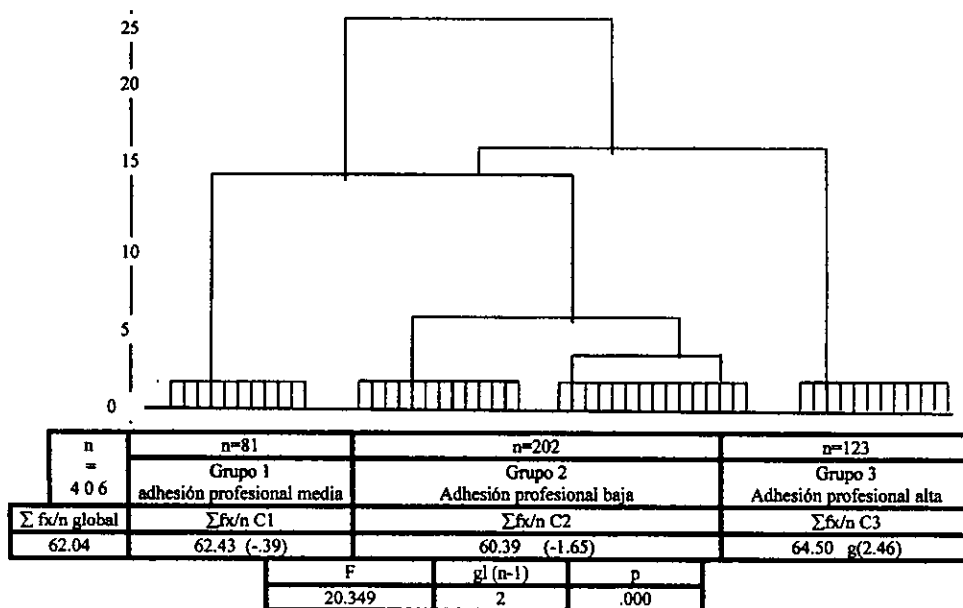
3.2.3 Aplicación de los principios de la taxonomía numérica al PAPMr para formar diferentes grupos de alumnos según su adhesión profesional

Análisis por conglomerado del PAPMr:

Entre los métodos estadísticos que tratan de analizar la pertenencia de individuos a diversos grupos están el análisis por conglomerados; el análisis de segmentaciones y el análisis discriminante (Álvarez, 1994). El análisis por conglomerado se usa cuando no tenemos grupos predefinidos, éstos se definen mediante el cálculo de distancias o similitudes. La distancia mide la proximidad entre casos o grupos de casos. Sus valores crecen en función de la distancia. Alcanzan valores mínimos para casos cercanos y valores grandes para casos lejanos. El gráfico denominado dendrograma (Álvarez, 1994) muestra el proceso de formación de los grupos, indicando la distancia a la que se han producido las uniones y los casos implicados en cada paso. El dendrograma siguiente representa en forma de árbol lógico el proceso de formación de los grupos. En el eje de las Y's está representada la distancia a la que se ha producido la unión. Los valores de 0 a 25 son valores estandarizados del programa en donde 25 es la distancia mayor.

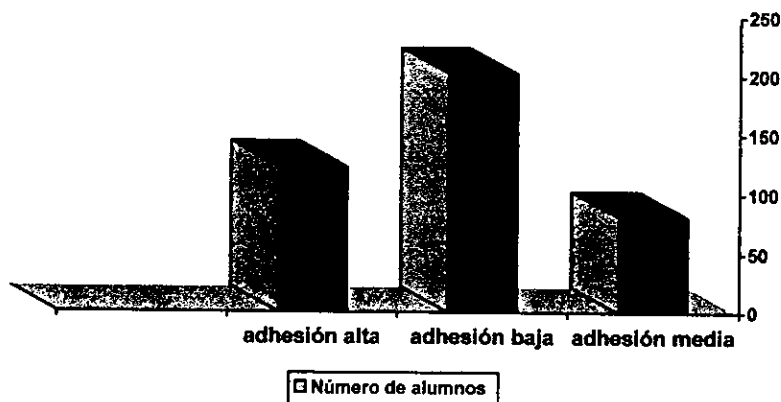
Gráfico 5

Dendrograma de adhesión profesional logrado a través de la reducción de 85 a 18 reactivos por el análisis factorial del PAPMr- UAM-X



Se muestra en el gráfico cinco, una aproximación al dendrograma de adhesión profesional del PAMr. Se formaron tres grupos según sus niveles de adhesión profesional: grupo 1 con un promedio de 62.43 que corresponde a una adhesión profesional médica media; grupo 2 con un promedio de 60.39 que corresponde a una adhesión profesional baja; grupo 3 con un promedio de 64.5 que corresponde al grupo con una adhesión profesional alta. El PAMr en su forma reducida tiene 18 preguntas, por lo que la máxima calificación que se puede obtener es de 90, ya que cada reactivo califica de 1 a 5. Proporcionalmente los promedios de los grupos son más altos que con el HPSr. El grupo de alta adhesión del HPSr obtiene el 57% del 100% de la calificación posible y el grupo de alta adhesión del PAMr obtiene el 71.66% de la máxima calificación posible. Esto puede estar indicando que los factores inmersos en el PAMr corresponden más al perfil de estos estudiantes que los factores del HPSr

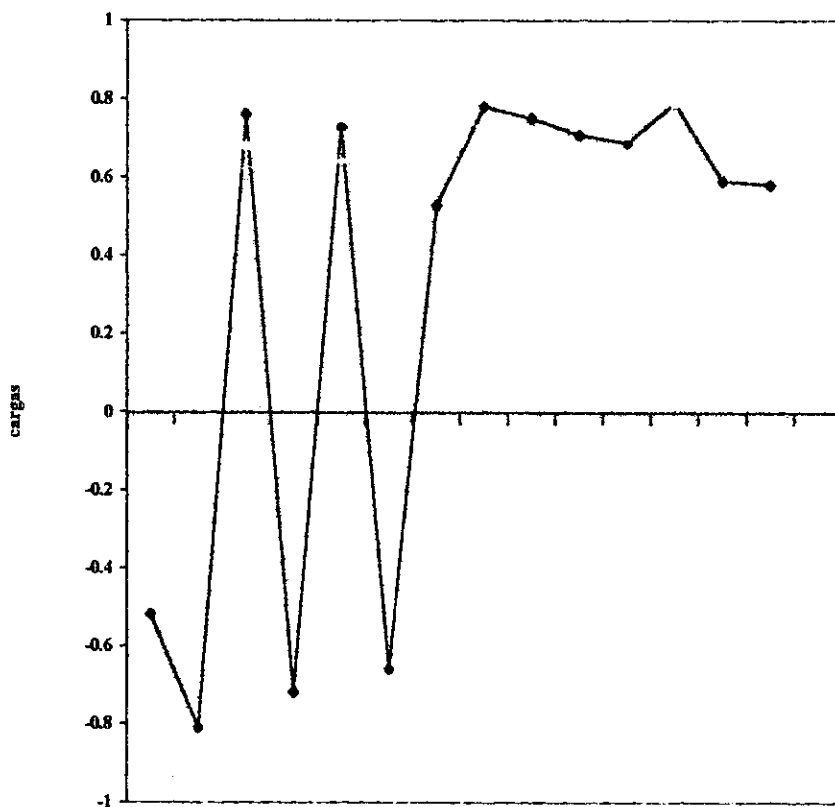
Gráfico 6
No de alumnos por grupo de adhesión profesional del PAMr



En el gráfico 6 podemos observar que el 49.75% de los estudiantes agrupó en adhesión baja.

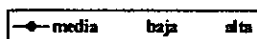
En el gráfico siete de la siguiente página se muestran los perfiles de los tres grupos de adhesión logrados con el análisis por conglomerado del PAMr. Es de notar la gran variabilidad del perfil de adhesión media, sobre todo en sus primeros tres factores. En contraste los perfiles de los grupos de alta y baja adhesión se muestran más homogéneos.

Gráfico 7
Perfiles de adhesión de los tres grupos del PAMr



—◆— media	-0.52	-0.81	0.76	-0.72	0.73	-0.66	0.53	0.78	0.75	0.71	0.69	0.79	0.59	0.58	
- - - baja	0.71	0.7	0.68	0.79	0.75	0.66	0.87	0.84	0.86	0.79	0.81	0.79	0.74	-0.67	
... alta	0.8	0.75	0.61	0.79	0.65	0.58	0.8	0.72	0.54	0.83	0.71	0.8	0.8	0.69	0.68

grupos



Análisis factorial de los grupos de adhesión formados por el análisis por conglomerado del PAPMr

Tabla 11
Estructura de los tres grupos de adhesión profesional formados por el análisis por conglomerado del PAPMr

Grupo 1 n = 81 adhesión media							Grupo 2 n = 202 adhesión baja							Grupo 3 n = 123 adhesión alta							
ITE M*	F1	F2	F3	F4	F5	F6	ITE M	F1	F2	F3	F4	F5	F6	ITEM	F1	F2	F3	F4	F5	F6	
V71	-.52						V7	.71						V78	.80						
V2		-.81					V47	.70						V65	.75						
V72		.76					V27	.68						V75	.61						
V17		-.72					V78		.79					V60		.79					
V60			.73				V65		.75					V59		.65					
V27			-.66				V75		.66					V69		.58					
V59			.53				V2			.87				V4				.80			
V57				.78			V17			.84				V27				.72			
V69				.75			V71			.86				V7				.54			
V3					.71		V72			.79				V17					.83		
V4					.69		V57							V2					.71		
V48						.79	V59							V72						.83	
V47						.59	V4							V71						.80	
V7						.58	V61							V3							.69
														v61							.68

Grupo 3 Adhesión profesional alta del PAPMr

Esta agrupación consta de seis factores y contiene a 123 alumnos que corresponde al 30% del total de alumnos medidos.

En el grupo 3 aparecen variables del LIT ocupando los primeros lugares. Los dos primeros factores tiene seis reactivos del LIT. Hasta el tercer factor califican tres reactivos del HPS, en el cuarto factor aparecen otros dos reactivos del HPS.

Razonamiento

F1 El factor 1 está constituido por tres preguntas. La v78 es indispensable que el paciente entienda el tratamiento que se le está dando para lograr su control, y estuvo de acuerdo con esta actitud el 96.8% de los alumnos; la v65 pienso que los médicos deben apoyarse entre sí corresponde al 97.7% de la muestra y la v75, el médico debe ser un educador para la salud. Los estudiantes de medicina de la UAM-X muestran estar de acuerdo en que los juicios de otras personas merecen tanta consideración como los propios. Tienen compromiso para ayudar a otros. Reflejan la creencia en conceptos como deferencia, respeto y cohesión, tanto hacia el paciente como hacia otros médicos. Por los porcentajes expuestos, se pone de manifiesto que la mayoría de la población estudiada comparte estas actitudes. Los 123 alumnos que clasificaron es este grupo de alta adhesión coloca estas actitudes en primer lugar.

F2 El segundo factor, está constituido por la v60 me gustaría hacer una especialización sociomédica y en la tabla 5 que muestra un resumen de las respuestas de los alumnos, observamos que el 27% de los estudiantes está de acuerdo con esta actitud. Con la v59, cuando me reciba pienso ejercer como médico general está de acuerdo el 24.2 % y la v69 considero que la práctica institucional es más ventajosa para el médico corresponde al 27.9% alumnos. Aunque aparentemente estos resultados en contra con los resultados de las preguntas del factor anterior son bajos, pensamos que son altos si se considera la práctica médica dominante. Los estudiantes que están de acuerdo con estas actitudes son los que calificaron en este grupo de alta adhesión. Estas actitudes expresan un tipo de médico que quiere un ejercicio profesional que no corresponde a la práctica hegemónica y que no lo comparte la mayoría de la población de la UAM-X. Por lo que habría que comparar estos resultados con otra escuela de corte tradicional

F3 El factor 3 agrupa tres preguntas del HPSr, la v4 un estudiante entra a la carrera de medicina porque le gusta el trabajo médico, con lo que está de acuerdo el 66.3% de la muestra, la v27 más carreras deberían esforzarse por hacer una verdadera contribución a la sociedad tal como lo hace la medicina con lo que está de acuerdo el 54.2% de la población y la v7 pienso que la profesión médica, más que ninguna otra es esencial para la sociedad con lo que estuvo de acuerdo el 59.2% de la población. Estos estudiantes consideran importante la vocación para estudiar medicina, manifiestan el que la medicina debiera ser un ejemplo para otras profesiones por su contribución a la sociedad, y que es esencial. Los factores 4, 5 y 6 tienen solamente dos reactivos por lo que no pueden formalmente considerarse como factor se hace su interpretación por motivos didácticos y porque al usarse instrumentos reducidos si nos dan elementos para caracterizar a los alumnos agrupados en este grupo.

F4 tiene dos preguntas con escala invertida; la v17 algunas otras profesiones son realmente más importantes para la sociedad que la medicina, estuvo en desacuerdo el 43.4% de los estudiantes. La v2 otras profesiones son realmente más vitales para la sociedad que la profesión médica con la que estuvo en desacuerdo con esta actitud el 47.9% de la muestra. Representa la percepción de la importancia de la propia carrera frente a otras profesiones.

F5 está expresando una posición de autoridad ante el paciente y la preferencia por la práctica privada. Agrupa a la v72 considero que la práctica privada es más satisfactoria porque nadie se mete conmigo con lo que está de acuerdo el 12% de los 396 estudiantes de medicina de la UAM-X explorados con este instrumento; y la v71 una vez que el paciente acepte mis servicios profesionales, deberá seguir mis indicaciones sin cuestionar mi autoridad y con la que estuvo de acuerdo el 16.1% de los estudiantes.

F6 está constituido por la v3 un médico que viola las normas profesionales debiera ser juzgado por los propios médicos, con la que está de acuerdo el 70% de la muestra. La v61 en nuestro país hacen más falta los médicos generales que los especialistas con la que estuvo de acuerdo el 42.8% de la muestra.

Descripción del grupo de alta adhesión del PAPMr

Conforme a lo anterior, estos estudiantes medidos con el PAPMr se caracterizan por mostrar una importante actitud con respecto a que el paciente entienda el tratamiento que se le está dando para lograr su control, que los médicos deben apoyarse entre sí y que el médico debe ser un educador para la salud. Corresponde a un sentido de cohesión y solidaridad tanto hacia los otros médicos como hacia el paciente. Asimismo, exhiben una actitud positiva hacia la especialización sociomédica, ejercer como médicos generales y su actitud hacia la práctica

institucional es que es más ventajosa para el médico. Aunque aparentemente el porcentaje de alumnos que están de acuerdo con estas aseveraciones es bajo, lo consideramos alto en comparación con la práctica hegemónica. De acuerdo con el tercer factor este grupo de estudiantes tienen una actitud positiva hacia la importancia de la vocación para estudiar medicina, y a que la profesión médica es un ejemplo para otras por su contribución social y que es esencial para la sociedad. Los tres últimos factores tienen menos peso en el perfil de los estudiantes de alta adhesión: muestran una actitud favorable hacia que la medicina es más importante que otras profesiones, el que la práctica privada sea más satisfactoria y el que el paciente no debe cuestionar la autoridad del médico. En último lugar el que un médico que viola las normas profesionales debe ser juzgado por los propios médicos y que en nuestro país hacen más falta los médicos generales.

Grupo 1 Adhesión profesional media del PARM

Tiene seis factores y 81 alumnos clasificaron en esta agrupación (el 19.95% del total de los 396 alumnos medidos). *Razonamiento*

F1 está constituido por un solo reactivo la v71 una vez que el paciente acepte mis servicios profesionales deberá seguir mis indicaciones sin cuestionar mi autoridad, como tiene carga factorial negativa, indica que estos estudiantes están en contra de esta actitud y consideran importante la opinión del paciente.

F2 está constituido por la v2, otras profesiones son realmente más vitales para la sociedad que la profesión médica con valor factorial negativo pregunta con la que estuvo en desacuerdo el 47.9% de la muestra; la v72 considero que la práctica privada es más satisfactoria porque nadie se mete conmigo reactivo con él estuvo de acuerdo sólo el 12% de la muestra y la v17 algunas otras profesiones son realmente más importantes para la sociedad que la medicina con carga factorial negativa con la que está en desacuerdo el 43.4% de la muestra. **Los estudiantes de este grupo muestran una actitud favorable que la medicina es más importante que otras profesiones, y tiene poco peso la actitud de que la práctica privada sea más satisfactoria.**

F3 está constituido por la v60, me gustaría hacer una especialización sociomédica con lo que está de acuerdo el 27% de la muestra; la v27, más carreras deberían esforzarse por hacer una verdadera contribución social como lo hace la medicina con carga factorial negativa; la v59 cuando me reciba pienso ejercer como médico general, con lo que estuvo de acuerdo el 24.2% de la muestra. Muestran una actitud favorable a que les gustaría hacer una especialización sociomédica o ejercer como médico general además de pensar que la medicina no es un ejemplo a seguir por otras profesiones por su contribución social, en esta última actitud difieren con una proporción alta de la población estudiantil estudiada.

F4 tiene sólo dos reactivos; la v57, pienso que la práctica institucional es mejor para el paciente con esta actitud estuvo de acuerdo el 39.7% de la muestra y la v69 considero que la práctica institucional es mejor para el médico y estuvo de acuerdo el 47.9% de la población estudiantil. Este factor **muestra una actitud favorable ante la medicina institucional, aunque con poco peso en el grupo.**

F5 tiene dos preguntas. La v3, un médico que viola las normas de la profesión debe ser juzgado por los propios médicos y con esta pregunta estuvo de acuerdo el 70% de la muestra; y la v4 un estudiante entra a la carrera de medicina porque le gusta el trabajo médico, el 66.3% de la muestra se mostró favorable con esta actitud. El sentido de autorregulación y el que la vocación es importante es apoyada por la mayoría de la muestra.

F6 está constituido por tres preguntas, la v48 los médicos pueden calificar la competencia profesional de sus colegas. La v47 si alguna profesión es indispensable para la sociedad es la medicina, con la que estuvo de acuerdo el 53.4% de los estudiantes y la v7 pienso que la profesión médica, más que ninguna otra es esencial para la sociedad, con la que mostró una actitud favorable el 59.2% de los estudiantes.

Descripción del grupo de adhesión profesional media del PAPM

Estos estudiantes tienen una actitud favorable hacia la importancia de la opinión del paciente. Que la medicina es más importante que otras profesiones, y tiene poco peso el que la práctica privada sea más satisfactoria. No valoran más a la medicina que a las otras profesiones. Les gustaría hacer una especialización sociomédica o ejercer como médico general. No están de acuerdo en que la medicina deba ser imitada por otras profesiones por su contribución social. y muestran una actitud favorable ante la medicina institucional, aunque con poco peso en el grupo. El sentido de autorregulación y el que la vocación es importante, que es apoyada por la mayoría de la muestra, en este grupo su peso es poco importante. Los médicos pueden calificar la competencia profesional de sus colegas (autorregulación), y que la medicina es indispensable para la sociedad (fuerza social de la medicina), cargan en el último factor.

Grupo 2 grupo de baja adhesión profesional

Tiene también 6 factores y 202 alumnos clasificaron en esta agrupación (el 49.8% del total de alumnos medidos). *Razonamiento*

F1 está formado por tres preguntas. Con la v7 pienso que la profesión médica más que ninguna otra es esencial para la sociedad, el 59.2% de los estudiantes manifestó una actitud favorable. La v47 si alguna profesión es indispensable para la sociedad es la medicina con la que estuvo de acuerdo el 53.4% de los estudiantes y la v27 más carreras deberían esforzarse por hacer una verdadera contribución a la sociedad tal como lo hace la medicina. Estos estudiantes ponen en primer término la fuerza social de la medicina, y el que la medicina sea un ejemplo a seguir por otras profesiones.

F2 esta formado por tres preguntas, la v78 es indispensable que el paciente entienda el tratamiento que se le está dando para lograr su control el 96.8% de los alumnos manifestaron una actitud favorable a esta aseveración, la v65 pienso que los médicos deben apoyarse entre sí y se manifestaron con una actitud positiva con esta aseveración el 97.7% de la muestra de alumnos. El 94.8% de los alumnos de medicina mostró una actitud favorable a que el médico debe ser un educador para la salud. **Muestran una actitud favorable hacia que la opinión de los pacientes es importante. Tienen compromiso para ayudar a otros médicos. Y a que el médico debe ser un**

educador para la salud. Por la carga de los porcentajes "de acuerdo" nos damos cuenta que la mayoría de la población estudiada comparte estas opiniones.

F3 agrupa solo dos variables, la v2 otras profesiones son realmente más vitales para la sociedad que la profesión y la v17 algunas otras profesiones son realmente más importantes para la sociedad que la medicina, contra el grupo de adhesión media en que esta pregunta tiene carga factorial negativa, en este grupo tiene carga positiva. Tienen una actitud positiva en que otras profesiones tienen más importancia que la medicina.

F4 tiene también solo dos variables la v71 una vez que el paciente acepte mis servicios profesionales deberá seguir mis indicaciones sin cuestionar mi autoridad, y la v72 considero que la práctica privada es más satisfactoria porque nadie se mete conmigo. **En el cuarto factor se están expresando actitudes que no comparte la mayoría de los alumnos medidos: el paciente no puede cuestionar la autoridad del médico y la práctica privada es más satisfactoria.**

F5 agrupa dos variables, la v57 pienso que la práctica institucional es mejor para el paciente y la v59 cuando me reciba pienso ejercer como médico general, el 24.2% de la muestra se manifestó de acuerdo con esta aseveración. Este grupo muestra una actitud favorable hacia la práctica profesional institucional y la medicina general.

F6 tiene dos preguntas, la v4 un estudiante entra a la carrera de medicina porque le gusta el trabajo médico, y la v61 en nuestro país hacen más falta los médicos generales que los especialistas con la que estuvo de acuerdo el 42.8% de la muestra y que en este grupo tiene carga factorial negativa. **Estos alumnos muestran una actitud favorable hacia que la vocación es importante para estudiar medicina y una actitud desfavorable a que hacen más falta los médicos generales en nuestro país.**

Descripción del grupo de Adhesión Profesional baja del PAPM

Estos estudiantes manifiestan una actitud favorable hacia la fuerza social de la medicina, y el que la medicina sea "una estrella polar" para otras profesiones. En segundo lugar muestran una actitud favorable hacia que la opinión de los pacientes es importante, que se debe ayudar a otros médicos y a que el médico debe ser un educador para la salud. Por los porcentajes de acuerdo nos damos cuenta que la mayoría de la población estudiada comparte estas opiniones. En tercer lugar muestran una actitud positiva en que otras profesiones tienen más importancia que la medicina. **En cuarto lugar se están expresando actitudes que no comparte la mayoría de los alumnos medidos: el paciente no puede cuestionar la autoridad del médico y la práctica privada es más satisfactoria.** En el tipo de práctica profesional que les interesa está la medicina institucional y la medicina general. **Estos alumnos muestran una actitud favorable hacia que la vocación es importante para estudiar medicina y una actitud desfavorable a que hacen más falta los médicos generales en nuestro país.**

Resumen de los tres grupo del PAPMr

Grupo alta adhesión	Grupo adhesión media	Grupo adhesión baja
<p>Se caracterizan por mostrar una importante actitud con respecto a que el paciente entienda el tratamiento que se le está dando para lograr su control, que los médicos deben apoyarse entre sí y que el médico debe ser un educador para la salud. Corresponde a un sentido de cohesión y solidaridad tanto hacia los otros médicos como hacia el paciente. Exhiben una actitud positiva hacia la especialización sociomédica, ejercer como médicos generales y su actitud hacia la práctica institucional es que es más ventajosa para el médico. Aunque aparentemente el porcentaje de alumnos que están de acuerdo con estas aseveraciones es bajo, lo consideramos alto en comparación con la práctica hegemónica. De acuerdo con el tercer factor estos estudiantes consideran importante la vocación para estudiar medicina, que la profesión médica es un ejemplo para otras por su contribución social y que es esencial para la sociedad. Los tres últimos factores tienen menos peso en el perfil de los estudiantes de alta adhesión: muestran una actitud favorable hacia que la que la medicina es más importante que otras profesiones, el que la práctica privada sea más satisfactoria y el que el paciente no debe cuestionar la autoridad del médico. En último lugar el que un médico que viola las normas profesionales debe ser juzgado por los propios médicos y que en nuestro país hacen más falta los médicos generales</p>	<p>Estos estudiantes tienen una actitud favorable hacia que es importante la opinión del paciente. Que la medicina es más importante que otras profesiones, y tiene poco peso el que la práctica privada sea más satisfactoria. No valoran más a la medicina que a las otras profesiones. Les gustaría hacer una especialización socio-médica o ejercer como médico general. No están de acuerdo en que la medicina deba ser imitada por otras profesiones por su contribución social. Y muestran una actitud favorable ante la medicina institucional, aunque con poco peso en el grupo. El sentido de autorregulación y el que la vocación es importante, que es apoyada por la mayoría de la muestra, en este grupo su peso es poco importante para el grupo. Los médicos pueden calificar la competencia profesional de sus colegas (autorregulación), y que la medicina es indispensable para la sociedad (fuerza social de la medicina), cargan en el último factor.</p>	<p>Estos estudiantes ponen en primer término la fuerza social de la medicina, y el que la medicina sea un ejemplo a seguir por otras profesiones. En segundo lugar muestran una actitud favorable hacia que la opinión de los pacientes es importante. Tienen compromiso para ayudar a otros médicos. Y a que el médico debe ser un educador para la salud. Por los porcentajes de acuerdo nos damos cuenta que la mayoría de la población estudiada comparte estas opiniones. En tercer lugar muestran una actitud positiva en que otras profesiones tienen más importancia que la medicina. En cuarto lugar se están expresando actitudes que no comparte la mayoría de los alumnos medidos: el paciente no puede cuestionar la autoridad del médico y la práctica privada es más satisfactoria. En el tipo de práctica profesional que les interesa está la medicina institucional y la medicina general. Estos alumnos muestran una actitud favorable hacia que la vocación es importante para estudiar medicina y una actitud desfavorable a que hacen más falta los médicos generales en nuestro país.</p>

Análisis discriminante del PAPMr

Mientras en el análisis por conglomerado no tenemos grupos predefinidos, en el análisis discriminante los grupos son conocidos a priori y esta técnica explica la pertenencia de un elemento a uno u otro grupo con base en los valores en un grupo de casos. El interés del análisis es explicar la pertenencia a uno u otro grupo sobre la base de un grupo de variables. En un segundo paso el análisis pretende predecir si un individuo, pertenecerá a uno u otro grupo. (Álvarez, 1994).

Según Nunnally (1991), dentro del análisis multivariado, el análisis de perfiles y el análisis discriminante se interesan, a diferencia del análisis factorial, por la relación entre sujetos y por el agrupamientos de éstos. Análisis de perfiles es un término genérico que designa a todos los métodos que pretenden el agrupamiento de sujetos. Un problema inicial del análisis de perfiles es el agrupamiento de los sujetos, que en este ejercicio científico se hizo mediante el análisis por conglomerado.

El valor lambda de Wilks, es un estadístico que permite pesar a las variables en términos de su fuerza discriminante, puede mostrar un valor positivo o de cero. Un valor elevado representa mayor separación grupal, por lo que la función con más pequeño valor representa la mayor fuerza discriminante. En la primera parte de la tabla 12 se muestran las preguntas discriminantes con su valor Lambda.

Tabla 12 primera parte
Análisis lineal discriminante escalonado PAPMr:
 se incluyeron los 18 reactivos del PAM UAM-X reducido y los niveles de adhesión profesional fueron proporcionados por el análisis por conglomerado, permaneciendo 13 reactivos como discriminantes

Reactivos Discriminantes**	Lambda de Wilks*
V59 querer ejercer medicina general	.79889
V7 mas que otras esencial para la sociedad	.63048
V71 pacientes no cuestionan tratamiento	.54080
V3 juzgado por los mismos médicos	.49318
V2 otras profesiones más vitales	.45713
V60 especialización sociomédica	.42643
V69 práctica institucional más ventajosa médico	.39858
V27 mas carreras deberían hacer contribución social	.37678
V4 se entra a medicina porque gusta el trabajo	.36221
V47 es indispensable para la sociedad	.35017
V72 práctica privada satisfactoria	.34175
V61 hacen mas falta los médico generales	.33406
V57 la práctica institucional es más ventajosa para el paciente	.32720
* $p \leq 0.05$	

**los reactivos sin capacidad divisoria son

- V 17 otras profesiones son más importantes
- V 48 médicos pueden calificar competencia colegas
- V 78 indispensable paciente entienda el tratamiento
- V 65 los médicos deben apoyarse entre sí
- V 75 el médico debe ser un educador para la salud

Para poder discriminar lo más posible entre los miembros de dos grupos se emplea una función lineal, se le denomina función lineal discriminante. La correlación entre cada individuo con las puntuaciones grupales conforma un coeficiente. Las funciones lineales discriminantes son "tipos especiales de factores" que sirven para discriminar entre grupos de sujetos formados a priori. También se puede juzgar la utilidad sustantiva de una función discriminante examinando el coeficiente de la correlación canónica que es una medida de asociación que suma los grados de relatividad entre los grupos de funciones discriminantes. Un valor de cero no muestra ninguna relación con todo, mientras que los grandes números siempre positivos representan un aumento en el grado de asociación. La técnica estadística llamada de correlación canónica estudia el vínculo entre dos grupos separados con un nivel de medición intervalar (variable discriminante).

Tabla 12, segunda parte

Función	Valor propio	Porcentaje variancia	Porcentaje acumulado	Correlación canónica
1	1.1128	71.37	71.37	.7257
2	.4465	28.63	100.0	.5556

Después función 0	Lambda Wilks	χ^2	Grados de libertad	Significancia
0	.327200	443.523	26	.0000
1	.691318	146.554	16	.0000

Si observamos, en la tercera parte de la tabla 12, el **porcentaje de alumnos correctamente clasificados**, podemos explicarnos el por qué de la reducida diferencia de los promedios entre los tres niveles de adhesión profesional: el grupo 1 con un promedio de 62.43 que corresponde a una adhesión profesional médica media tiene correctamente clasificados al 84.5 % de estudiantes, si el promedio de la calificación se sacara exclusivamente con esos estudiantes seguramente cambiaría; el grupo 2 con un promedio de 60.39 que corresponde a una adhesión profesional baja tiene un porcentaje de 81.7 alumnos correctamente clasificados, si se eliminara el 14.4% que clasificó en el grupo de alta adhesión el promedio es de esperar que bajaría; el grupo 3 con un promedio de 64.5 que corresponde al grupo con una adhesión profesional alta tiene un 80.8% de alumnos correctamente clasificados. Si el promedio se hiciera exclusivamente con esos alumnos sería más alto. Sin embargo es de recalcar como se mencionó en el análisis factorial del HPS, los porcentajes de alumnos correctamente clasificados son altos con lo hallado en la bibliografía.

Tabla 12, tercera parte

Grupo	N = 434	Grupo predicho (%)		
		G1	G2	G3
G1	81	68 (84.01)	12 (14.8)	1 (1.2)
G2	202	20 (9.9)	153 (81.7)	29 (14.4)
G3	123	5 (4.1)	13 (12.5)	101 (82)
No agrupados	28	13 (46.4)	10 (35.7)	5 (17.9)

[79.3] (Porcentaje(s) de estudiantes correctamente clasificados)

En la tabla 13 se muestran los **coeficientes de las funciones discriminantes**. Como se formaron tres grupos tenemos **dos funciones discriminantes**, por el principio del número total de grupos determinados a priori menos 1 (n-1), aunque cada función discriminante no se relaciona con la otra, las diferencias entre los tres grupos pueden representarse en dos dimensiones.

Tabla 13

Reactivos discriminantes potentes en la comparación de adhesión profesional delineado por 18 reactivos provenientes del proceso reductivo mediante el análisis factorial del PAM

Coeficientes de las funciones discriminantes

Preguntas	Función I	Función II
V7 más que otras esencial para la sociedad	.45574*	.05394
V71 pacientes no cuestionan tratamiento	.38475*	.34789
V27 más carreras deberían hacer contribución social	.34082*	.19934
V3 juzgado por los mismos médicos	.29984*	.15385
V2 otras profesiones más vitales	.21859*	.05782
V17 otras profesiones son más importantes	.100645*	.07973
V 75 el médico debe ser un educador para la salud	.08641*	.02696
V 78 indispensable paciente entienda el tratamiento	.05545*	-.01889
V59 querer ejercer medicina general	-.34017	.52247*
V60 especialización sociomédica	-.17620	.49014*
V72 práctica privada satisfactoria	.02113	.34518*
V69 práctica institucional más ventajosa médico	-.00468	-.29234*
V61 hacen mas falta los médicos generales	-.19302	.26723*
V47 es indispensable para la sociedad	-.16666	.25137*
V57 la práctica institucional es más ventajosa para el paciente	.04903	-.23968*
V4 se entra a medicina porque gusta el trabajo	-.01662	-.07075*
V 65 los médicos deben apoyarse entre sí	.02071	-.02823*
V 48 médicos pueden calificar competencia colegas	.01296	.02730*

* Concierna a la correlación más importante entre cada variable y cualquier función discriminante

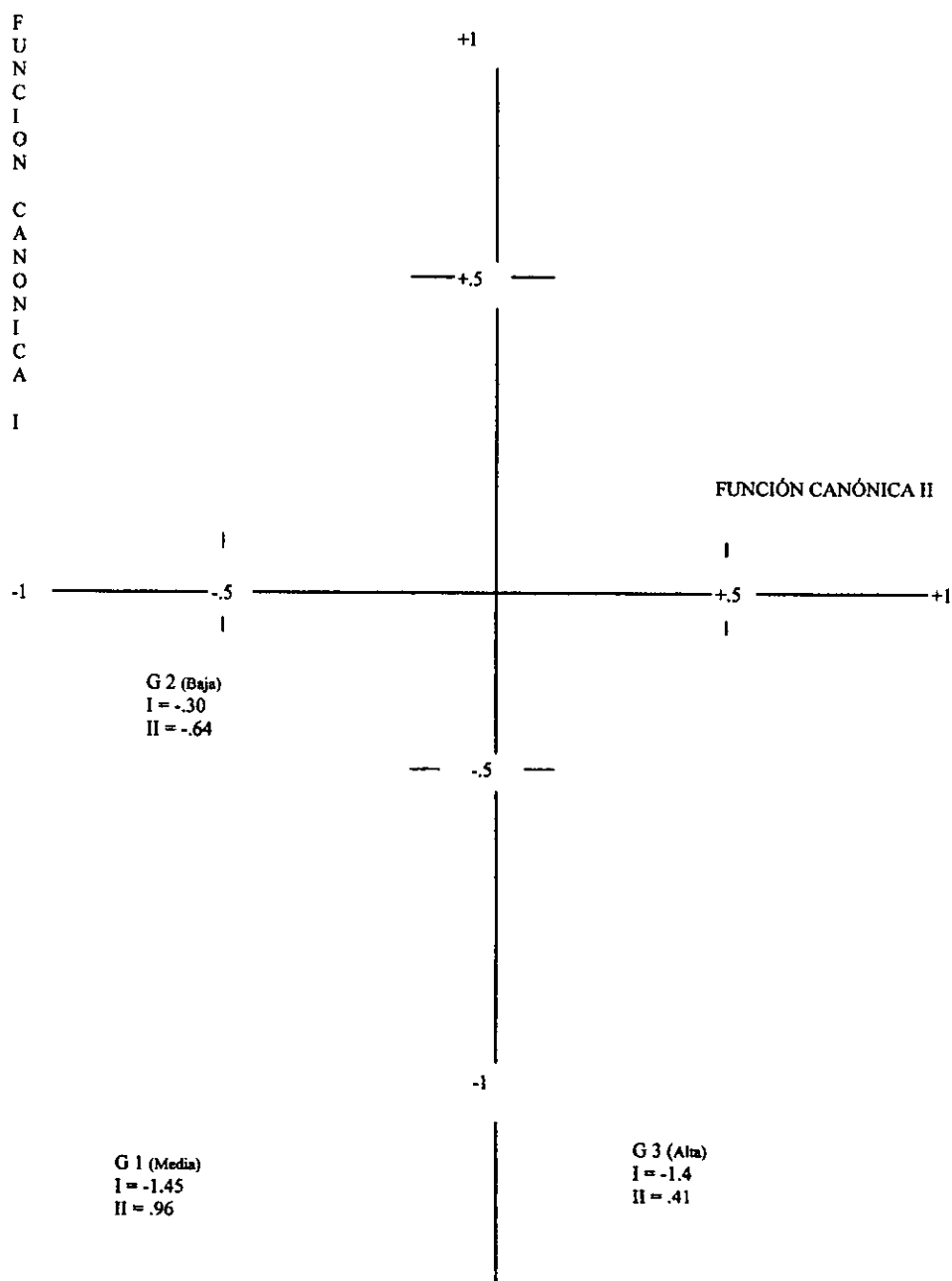
Podemos observar que en la función discriminante I, en el polo positivo de esta dimensión están ocho variables y ninguna variable en el polo negativo de la función, en contraste con la función I del HPS. Las variables del polo positivo (cf. tabla 4 que ofrece las respuestas de los alumnos a los diversos reactivos y tabla 12) son: v7, v71, v27, v3, v2, v17, v75 y v78. Quienes se agrupan en esta, posición son estudiantes que tienen una actitud positiva hacia que la profesión médica es esencial para la sociedad, que el paciente debe seguir sus instrucciones sin cuestionar su autoridad, la medicina es un ejemplo a imitar por otras profesiones por su verdadera contribución social, los médicos deben ser juzgados por los mismos médicos, que es más importante la profesión médica que otras profesiones, que el médico debe ser un educador para la salud y que es indispensable que el paciente entienda el tratamiento que se le está dando para lograr su control.

Quienes califica alto en esta posición son estudiantes que están en el polo positivo de la actitud hacia la fuerza social de la medicina, al sentido de autoridad del médico, al que la medicina sea ejemplo para otras profesiones, y al sentido de autorregulación profesional, en último término que es indispensable que el paciente entienda el tratamiento para lograr su control y que el médico debe ser un educador para la salud.

En la función discriminante II se encuentran en el polo negativo a las siguientes preguntas: v57, v4, v65 y v69. Son estudiantes que están en el polo negativo de la actitud hacia la práctica institucional para el paciente, y para el médico, de la vocación para estudiar medicina y que los médicos deben apoyarse entre sí. En el polo positivo encontramos: v59, v60, v72, v61, v47 y v48. Son estudiantes que quieren ser médicos generales, que les gustaría hacer una especialización sociomédica, que la práctica privada es más satisfactoria, que en nuestro país hacen más falta los médicos generales que los especialistas, que la medicina es indispensable para la sociedad y que los médicos pueden calificar la competencia profesional de sus colegas. Quienes califican alto en esta dimensión tienen conceptos que no corresponden a los predominantes en la práctica hegemónica.

El gráfico 8 de la siguiente página muestra que en su ubicación espacial, de acuerdo a los valores de las funciones canónicas que los definen, los tres grupos de adhesión profesional, formados por el análisis por conglomerado del instrumento PAPM están bien diferenciados, debido a que los grupos ocupan cuadrantes diferentes.

Gráfico 8
Representación gráfica de los tres grupos del PAPMr



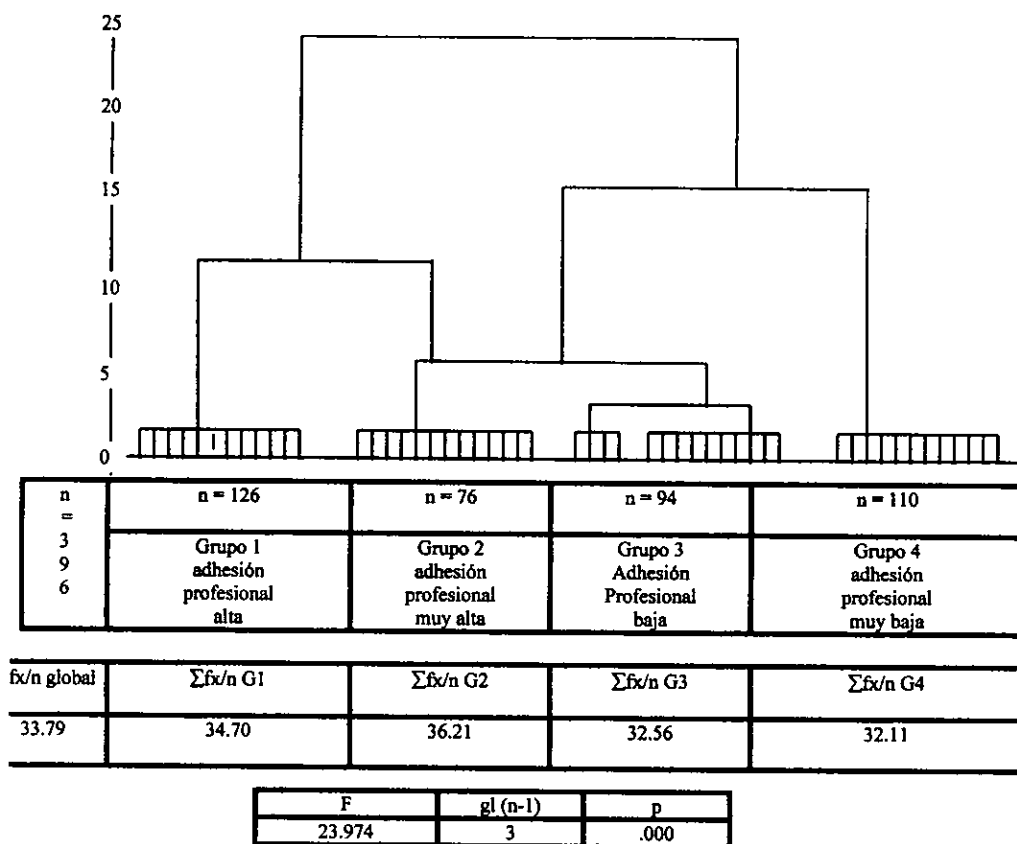
3.2.1 Aplicación de los principios de la taxonomía numérica a los resultados del instrumento LIT

Análisis por conglomerado del LITr:

Afirma Alvarez, (1994) que el análisis por conglomerado es el nombre de un grupo de técnicas multivariadas cuyo principal propósito es el de construir grupos de individuos basados en las características que ellos poseen. Este mismo autor considera como sinónimos del análisis por conglomerado: análisis Q, tipología, análisis de clasificación y taxonomía numérica. Recordemos, como se mencionó en el capítulo dos de metodología, que el LIT está compuesto por 35 preguntas basadas en la bibliografía y que en su forma reducida quedó con 12 reactivos.

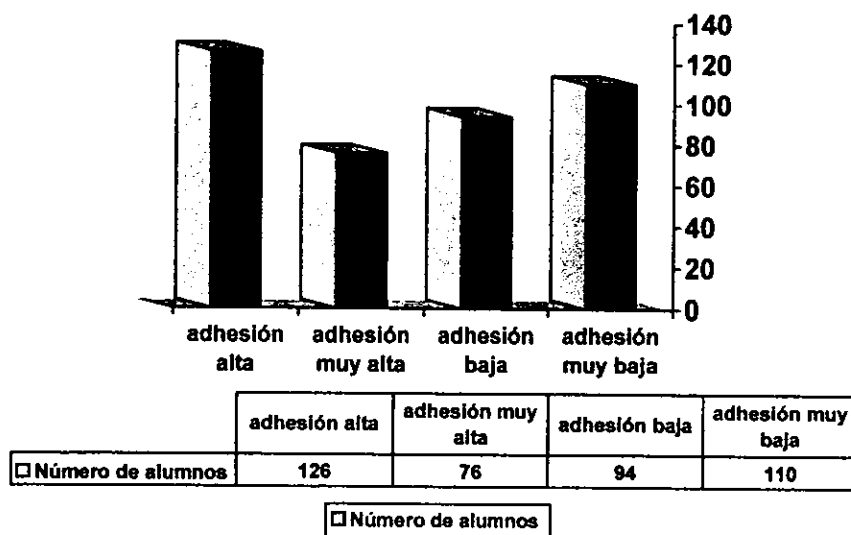
Gráfico 9

Dendrograma de los niveles de adhesión logrado a través de la reducción de 35 a 12 reactivos del LIT UAM-X



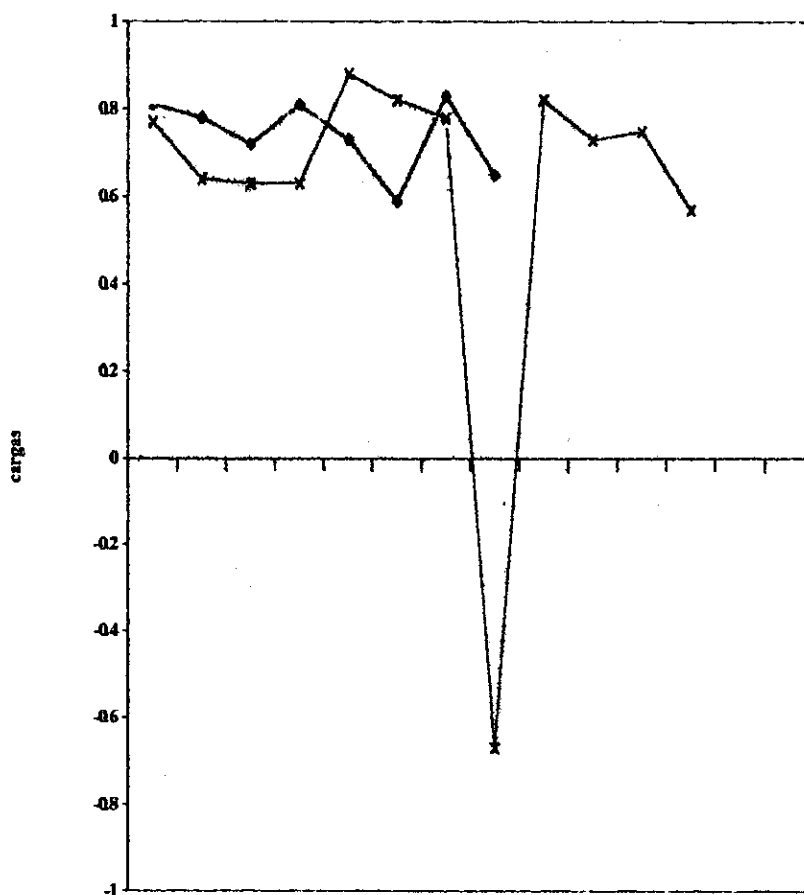
En el gráfico anterior (gráfico 9) se muestra una simplificación del dendrograma de adhesión profesional del LITr. Exhibe un panorama con cuatro perfiles: grupo 1 con un promedio de 34.7 que corresponde a una adhesión profesional médica alta; grupo 2 con un promedio de 36.21 que corresponde a una adhesión profesional muy alta; grupo 3 con un promedio de 32.56 que corresponde al grupo con una adhesión profesional baja y grupo 4 con un promedio de 32.11 que corresponde a una adhesión profesional muy baja. Como la forma reducida tiene 12 reactivos, la calificación máxima que se puede obtener con el instrumento es de 60, el promedio del grupo de muy alta adhesión es de 36.21 lo que representa el 60.35% del total. Recordemos que con el HPSr se alcanzó en el máximo promedio el 57% de la calificación posible y con el PAPMr se alcanzó el 71.66%.

Gráfico 10
No de alumnos por grupo de adhesión profesional del LITr



Podemos observar en el gráfico 10 que el 31.8% de los alumnos se agrupó en el grupo de adhesión alta y el 19.1% de los alumnos en el grupo de adhesión muy alta, mientras que en el grupo de baja adhesión se agrupó el 23.7% y en el de muy baja adhesión el 27.7%. En contraste con los otros dos instrumentos el 51% de los alumnos fue clasificado entre los grupos de muy alta y alta adhesión. Los alumnos mostraron una distribución tendiente a la homogenización. Con este instrumento es más homogénea la distribución de los alumnos, y no es más grande el grupo de baja adhesión como con los otros dos instrumentos.

Gráfico 11
Perfiles de adhesión de los cuatro grupos formados por el análisis
cluster del instrumento LITr



alta	0.81	0.78	0.72	0.81	0.73	0.59	0.83	0.65						
muy alta	0.73	0.67	0.63	0.58	0.58	0.83	0.77	0.61	0.83	0.64				
baja	0.82	0.67	0.66	0.85	0.67	-0.87	0.67	0.9						
muy baja	0.77	0.64	0.63	0.63	0.88	0.82	0.78	-0.67	0.82	0.73	0.75	0.57		

grupos

alta muy alta baja muy baja

En el gráfico 11 de la página anterior se muestran los perfiles de los cuatro grupos de adhesión profesional logrados con el análisis grupo del LIT. En contraste con los perfiles logrados a través del HPSr y el PAPMr éste ofrece una delicada estructura de la adhesión profesional.

Análisis factorial de los grupos de adhesión formados por el análisis por conglomerado del LITr

Tabla 14
Estructura factorial de los tres grupos de adhesión profesional formados por el análisis por conglomerado del LIT

n = 126				n = 76				n = 94					n = 110					
Grupo 1 adhesión alta				Grupo 2 adhesión muy alta				Grupo 3 baja					Grupo 4 adhesión muy baja					
ITEM S*	F1	F2	F3	ITEM	F1	F2	F3	ITEM	F1	F2	F3	F4	ITEM	F1	F2	F3	F4	F5
V78	.813			V59	.732			V75	.826				V71	.778				
V65	.788			V72	.673			V65	.670				V61	.641				
V75	.729			V71	.637			V76	.603				V59	.633				
V57		.814		V61	.583			V71		.852			V72	.632				
V69		.738		V69	.582			V72		.678			V75		.888			
V72		.594		V75		.837		V69					V76		.820			
V59			.835	V78		.775		V59					V60			.785		
V76			.650	V65		.615		V59					V78				.67	
				V57			.830	V60				.900	V57				.828	
				V60			.645						V69				.735	
													V82					.756
													V65					.574

Análisis Grupo 1 Adhesión profesional alta del LITr

En este Grupo hay tres factores y 126 alumnos clasificaron en esta agrupación.

Razonamiento

F1 está constituido por tres preguntas, este grupo muestra una actitud positiva a la importancia de la opinión del paciente, a que los médicos deben apoyarse entre sí y a que el médico debe ser un educador para la salud, y ubicado en el contexto de la muestra estudiada esta opinión es generalizada.

F2 este factor muestra que los estudiantes de este grupo tienen una actitud positiva a que la medicina institucional es mejor para el paciente y para el médico. Este factor también agrupó, en desacuerdo con esto, que la práctica privada es más satisfactoria, aunque esta pregunta tiene una carga factorial de .729 por lo que tiene menos peso en el factor.

F3 este factor está constituido sólo por dos preguntas, la v59 cuando me reciba pienso ejercer como médico general y en el contexto general, el 24.2 % de la muestra estudiada tiene una actitud favorable. La v76 me es satisfactorio practicar la medicina en grupos de población, el 84.1% de los estudiantes muestran una actitud favorable, aunque en el grupo tiene sólo .650 de carga factorial. Estas actitudes no corresponden a la práctica médica hegemónica.

Descripción del Grupo de alta adhesión del LIT

Este grupo muestra una actitud positiva hacia que es importante que el paciente entienda el tratamiento, a que los médicos se apoyen entre sí y a que sean educadores para la salud. También tienen una actitud favorable hacia que la medicina institucional es mejor para el paciente y para el médico. Sin embargo en ese factor también se agrupó, en desacuerdo con esto, que la práctica privada es más satisfactoria aunque esta pregunta tiene solamente una carga factorial de .59 por lo que tiene menos peso en el segundo factor. Tienen una actitud favorable a ejercer como médico general, que corresponde a la opinión de sólo el 24.2% de la muestra estudiada, pero en este grupo alcanzó un valor factorial de .83, lo que demuestra su importancia para este grupo. Finalmente, con una carga factorial de .65 está la variable de que le es satisfactorio trabajar en grupos de población, que en el contexto general está de acuerdo el 84.1% de la muestra.

Análisis Grupo 2 Adhesión profesional muy alta del LIT este Grupo hay tres factores y 76 alumnos clasificaron en esta agrupación.

razonamiento

F1 está constituido por cinco preguntas, la v59 cuando me reciba pienso ejercer como médico general; la v72 considero que la práctica privada es más satisfactoria porque nadie se mete conmigo con lo que está de acuerdo el 12% de la muestra; la v71 una vez que el paciente acepte mis servicios profesionales deberá seguir mis indicaciones sin cuestionar mi autoridad y con esto está de acuerdo el 16.1% del total de estudiantes medidos; la v61 en nuestro país hacen más falta los médicos generales que los especialistas con la que estuvo de acuerdo el 42.8% de la muestra; y la v69 considero que la práctica institucional es más ventajosa para el médico y está de acuerdo el 27.9% de la muestra. Es de hacer notar las bajas cargas factoriales de las preguntas de este factor (cf. tabla 14), que van de .58 a .73. **Manifiestan una actitud positiva a ejercer como médicos generales y a que la práctica privada es más satisfactoria, en contra de esto también tienen una actitud positiva hacia la medicina institucional y a que es más ventajosa para el médico. Por otra parte manifiestan que el paciente no debe cuestionar la autoridad del médico y que en nuestro país hacen más falta los médicos generales.**

F2 está constituido por tres preguntas, la v75 el médico debe ser un educador para la salud, con la que estuvo de acuerdo el 94.8% de la muestra estudiada y que tiene una carga factorial de .81; la v78 es indispensable que el

paciente entienda el tratamiento para lograr su control. Y la v65 pienso que los médicos deben apoyarse entre sí y estuvo de acuerdo con esta aseveración el 97.7% de la muestra de alumnos. Este segundo factor representa actitudes que son la contraparte del factor anterior, manifiestan una actitud favorable hacia que es indispensable que el paciente entienda el tratamiento, que el médico debe ser un educador para la salud y que los médicos deben apoyarse entre sí, es decir está representando respeto y apoyo hacia los otros médicos y hacia el paciente.

F3 está constituido por dos variables, la v57 pienso que la práctica institucional es mejor para el paciente con la que estuvo de acuerdo el 39.7% de la muestra y la v60 me gustaría hacer una especialización sociomédica con una carga de .64

Descripción del Grupo de muy alta adhesión del LIT

Manifiestan una actitud positiva a ejercer como médicos generales. Además de ofrecer una actitud favorable hacia el quehacer médico privado, también tienen una actitud positiva hacia la medicina institucional y a que es más ventajosa para el médico y para el paciente. Por otra parte tienen una actitud negativa a que el paciente cuestione la autoridad del médico y positiva a que en nuestro país hacen más falta los médicos generales. Este segundo factor representa actitudes que son la contraparte del factor anterior, manifiestan una actitud favorable hacia que es indispensable que el paciente entienda el tratamiento, que el médico debe ser un educador para la salud y que los médicos deben apoyarse entre sí, es decir está representando respeto y apoyo hacia los otros médicos y hacia el paciente. Finalmente muestran una actitud positiva hacia que la práctica institucional es más ventajosa para el paciente y hacia realizar una especialidad sociomédica.

Análisis Grupo 3 Adhesión profesional baja del LIT

Está formado por cuatro factores y 94 estudiantes se agruparon en él.

Razonamiento

F1 esta constituido por tres preguntas, la v75 el médico debe ser un educador para la salud, con la que estuvo de acuerdo el 94.8% de la muestra estudiada; la v65 pienso que los médicos deben apoyarse entre sí y estuvo de acuerdo con esta aseveración el 97.7% de la muestra de alumnos y la v76 me es satisfactorio practicar la medicina en grupos de población y está de acuerdo el 84.1% de la muestra estudiada. **Este factor exhibe elementos de una práctica profesional de servicio como lo es trabajar con grupos de población y ser un educador para la salud con un sentido de solidaridad con los otros médicos**

F2 está constituido por dos variables la v71 una vez que el paciente acepte mis servicios profesionales deberá seguir mis indicaciones sin cuestionar mi autoridad y con esto está de acuerdo el 16.1% del total de estudiantes medidos; y la v72 considero que la práctica privada es más satisfactoria porque nadie se mete conmigo con lo que está de acuerdo el 12% de la muestra, que en este factor tiene una carga de .67 lo que demuestra poco peso en el factor.

Muestra a un médico que prefiere la práctica privada y que no acepta que el paciente cuestione su autoridad.

F3 está constituido por dos variables la v69 con carga factorial negativa por lo que estos estudiantes muestran una actitud negativa hacia que la práctica institucional sea más ventajosa para el médico, y la v59 cuando me reciba pienso ejercer como médico general pregunta con la que está de acuerdo sólo el 24.2% de la muestra estudiada.

F4 está constituida únicamente por una variable la v60 me gustaría hacer una especialización sociomédica con carga factorial de .900. el 27% de los alumnos está de acuerdo con esta aseveración.

Descripción del grupo de baja adhesión del LIT (C3)

Este grupo exhibe una actitud positiva hacia una práctica profesional de servicio como lo es trabajar con grupos de población y ser un educador para la salud así como hacia la solidaridad con los otros médicos. En el segundo factor muestra una actitud positiva a la práctica privada y que no acepta que el paciente cuestione su autoridad. En tercer lugar estos estudiantes tienen una actitud negativa hacia la práctica institucional y el que sea más ventajosa para el médico, y una actitud positiva a ejercer como médico general y hacer una especialización sociomédica.

Análisis grupo 4 Adhesión profesional muy baja del LIT

Tiene cinco factores y 110 alumnos clasificaron en él.

Razonamiento

F1 está constituido por cuatro variables, la v71 una vez que el paciente acepte mis servicios profesionales deberá seguir mis indicaciones sin cuestionar mi autoridad y con esto está de acuerdo el 16.1% del total de estudiantes medidos; la v61 en nuestro país hacen más falta los médicos generales que los especialistas con la que estuvo de acuerdo el 42.8% de la muestra; la v59 cuando me reciba pienso ejercer como médico general pregunta con la que está de acuerdo sólo el 24.2% de la muestra estudiada. Finalmente agrupa a la v72 considero que la práctica privada es más satisfactoria porque nadie se mete conmigo con lo que está de acuerdo el 12% de la muestra. **Exhibe algunos valores de la práctica médica hegemónica como que el paciente no debe cuestionar la autoridad del médico que se encuentra en primer lugar. En último lugar coloca el que la práctica privada es más satisfactoria. En la parte media se exhiben valores profesionales diferentes como lo es que en nuestro país hacen más falta los médicos generales que los especialistas y cuando me reciba pienso ejercer como médico general.**

F2 agrupa sólo dos variables la v75 el médico debe ser un educador para la salud, con la que estuvo de acuerdo el 94.8% de la muestra estudiada; y la v76 me es satisfactorio practicar la medicina en grupos de población y está de acuerdo el 84.1% de la población. Valores que no pertenecen a la práctica médica hegemónica, y que tienen cargas de .88 y .82, contra las bajas cargas del factor anterior que sin embargo explica un porcentaje mayor de la variancia por lo que aparece como primer factor.

F3 agrupa únicamente a dos variables la v60 me gustaría hacer una especialización sociomédica y el 27% del total de alumnos medidos está de acuerdo con esta aseveración. Muestran una actitud negativa acerca de que es indispensable que el paciente entienda el tratamiento para lograr su control en contraste con el grupo de muy alta adhesión en que tienen una actitud positiva.

F4 también agrupa dos variables. Muestran una actitud positiva hacia que la práctica institucional es mejor para el paciente y hacia que la práctica institucional es más ventajosa para el médico.

F5 tiene dos variables la v82 que sólo califica en este grupo, me agrada trabajar en equipo con otros profesionales de la salud y la v65 pienso que los médicos deben apoyarse entre sí y estuvo de acuerdo con esta aseveración el 97.7% de la muestra de alumnos. Demuestra una forma de práctica médica en que le agrada trabajar con otros profesionales de la salud y que los médicos deben apoyarse entre sí, **son conceptos de una práctica en equipo y no individualista ni competitiva.**

Descripción del grupo de muy baja adhesión del LIT (C3)

Exhibe algunos valores de la práctica médica hegemónica como que el paciente no debe cuestionar la autoridad del médico que se encuentra en primer lugar. En último lugar coloca el que la práctica privada es más satisfactoria. En la parte media se exhiben valores profesionales diferentes como lo es que en nuestro país hacen más falta los médicos generales que los especialistas y cuando me reciba pienso ejercer como médico general.

Muestran una actitud favorable hacia que el médico debe ser un educador para la salud y hacia que les es satisfactorio practicar la medicina en grupos de población y a que les gustaría hacer una especialización sociomédica. Valores que no pertenecen a la práctica médica hegemónica. Muestran una actitud negativa acerca de que es indispensable que el paciente entienda el tratamiento para lograr su control en contraste con el grupo de muy alta adhesión en que tienen una actitud positiva. Muestran una actitud positiva hacia que la práctica institucional es mejor para el paciente y para el médico. La v82 que sólo califica en este grupo, me agrada trabajar en equipo con otros profesionales de la salud y la v65 pienso que los médicos deben apoyarse entre sí demuestran una actitud positiva hacia una forma de práctica médica en que le agrada trabajar con otros profesionales de la salud y que los médicos deben apoyarse entre sí, **son conceptos de una práctica en equipo y no individualista ni competitiva.**

Resumen de los cuatro grupo del LITr

Adhesión alta	Adhesión muy alta	Adhesión baja	Adhesión muy baja
<p>Este grupo muestra una actitud positiva hacia que es importante que el paciente entienda el tratamiento, a que los médicos se apoyen entre sí y sean educadores para la salud. También tienen una actitud favorable hacia que la medicina institucional es mejor para el paciente y para el médico. En ese factor también se agrupó, en desacuerdo con esto, que la práctica privada es más satisfactoria aunque esta pregunta tiene solamente una carga factorial de .59 por lo que tiene menos peso en el segundo factor. Tienen una actitud favorable a ejercer como médico general, que corresponde a la opinión de sólo el 24.2% de la muestra estudiada, pero en este grupo alcanzó un valor factorial de .83. Finalmente con una carga factorial de .65 está la variable de que le es satisfactorio trabajar en grupos de población, que en el contexto general está de acuerdo el 84.1% de la muestra.</p>	<p>Manifiestan una actitud positiva a ejercer como médicos generales y que la práctica privada es más satisfactoria, en contra de esta opinión también tienen una actitud positiva hacia la medicina institucional y a que es más ventajosa para el médico y para el paciente. Por otra parte tienen una actitud negativa a que el paciente cuestione la autoridad del médico y positiva a que en nuestro país hacen más falta los médicos generales. Manifiestan una actitud favorable hacia que es indispensable que el paciente entienda el tratamiento, que el médico debe ser un educador para la salud y que los médicos deben apoyarse entre sí, es decir está representando respeto y apoyo hacia los otros médicos y hacia el paciente. Finalmente muestran una actitud positiva hacia que la práctica institucional es más ventajosa para el paciente y hacia realizar una especialidad sociomédica, con una carga factorial de .64</p>	<p>Este grupo exhibe una actitud positiva hacia una práctica profesional de servicio como lo es trabajar con grupos de población y ser un educador para la salud así como hacia la solidaridad con los otros médicos. En el segundo factor muestra una actitud positiva a la práctica privada y que no acepta que el paciente cuestione su autoridad. En tercer lugar estos estudiantes muestran una actitud negativa hacia la práctica institucional y al que sea más ventajosa para el médico, y una actitud positiva a ejercer como médico general y hacer una especialización sociomédica con una carga factorial de .90</p>	<p>Tienen una actitud positiva hacia algunos valores de la práctica médica hegemónica el paciente no debe cuestionar la autoridad del médico, la práctica privada es más satisfactoria. En la parte media se exhiben actitudes diferentes como lo es que en nuestro país hacen más falta los médicos generales que los especialistas y cuando me reciba pienso ejercer como médico general. Muestran una actitud favorable hacia que el médico debe ser un educador para la salud y hacia que les es satisfactorio practicar la medicina en grupos de población y a que les gustaría hacer una especialización sociomédica (carga factorial de .78) Tienen una actitud negativa hacia que sea indispensable que el paciente entienda el tratamiento para lograr su control. Muestran una actitud positiva hacia que la práctica institucional es mejor para el paciente y para el médico; a trabajar en equipo con otros profesionales de la salud y hacia que los médicos deban apoyarse entre sí, son conceptos de una práctica en equipo y no individualista ni competitiva.</p>

Análisis discriminante del instrumento LIT

En la tabla siguiente (Tabla 15, primera parte) podemos observar los ocho reactivos discriminantes y el valor lambda de Wilks de cada uno. Este estadístico pesa a las variables en función de su fuerza discriminante.

Tabla 15, primera parte

Análisis lineal discriminante escalonado del LIT:
se incluyeron los 12 reactivos del LIT UAM-X reducido y los niveles de adhesión profesional fueron proporcionados por el análisis de conglomerados, permaneciendo siete reactivos como discriminantes

Reactivos discriminantes **	Lambda de Wilks*
V59 ejercer como médico general	.57290
V71 paciente no cuestiona tratamiento	.47187
V57 práctica institucional ventajosa para el paciente	.38267
V60 especialización sociomédica	.30735
V61 faltan médicos generales	.25489
V72 práctica privada más satisfactoria	.23358
V69 practica institucional ventajosa médico	.22426
* $p \leq 0.05$	

- ** los reactivos sin capacidad divisoria son
- V 78 indispensable el paciente entienda el tratamiento
 - V 65 los médicos deben apoyarse entre sí
 - V 75 el médico debe ser un educador para la salud
 - V 76 en el equipo de salud el médico ejerce de manera natural el liderazgo
 - V 82 la universidad me ha transmitido un código ético para mi que hacer médico

En la segunda parte de la tabla 15 se muestran las tres funciones discriminantes formadas bajo el principio de que el número de funciones es igual al número de grupos formados menos uno. Como se formaron cuatro grupos hay tres funciones canónicas discriminantes. El coeficiente de correlación canónica es una medida de asociación que suma los grados de relatividad entre los grupos de funciones discriminantes. Un valor de cero no muestra relación con todo, mientras que los grandes números (cerca de 1) representan un aumento en el grado de asociación. Si los valores son muy bajos (correlaciones) no hay mucha diferencia entre los grupos formados. (no puede existir correlación entre grupos idénticos).

Tabla 15, segunda parte

Función	Valor propio	Porcentaje variancia	Porcentaje acumulado	Correlación canónica
1	.9394	47.56	47.56	.6960
2	.5858	29.66	77.22	.6078
3	.4499	22.78	100	.5570

Después función 0	Lambda Wilks	χ^2	gl	Significancia
0	.224262	597.229	21	.0000
1	.434936	332.606	12	.0000
2	.689716	148.404	5	.0000

En la tercera parte de la tabla 15 mostrada en la siguiente página observamos que el 78.33% de los estudiantes está correctamente clasificado, lo que representa un valor alto. Contrasta con la bibliografía donde se hallaron valores de 35.9% de individuos correctamente clasificados, Gorenc y colaboradores (1982). Si observamos el porcentaje de alumnos correctamente clasificados en cada uno de los grupos, podemos explicarnos el por qué de la poca diferencia entre los promedios de los cuatro grupos. Por ejemplo, en el grupo 2 que hemos denominado de muy alta adhesión por ser el de mayor promedio vemos que tiene correctamente clasificada al 81.6% de la muestra, pero un 9.2% en realidad pertenecen al grupo 3 de baja adhesión, un 2.6% al grupo de muy baja adhesión, y un 6.6% al grupo de alta adhesión. Al participar estos individuos en el promedio de todo el grupo tendieron a bajar el resultado. Es de hacer notar que con el instrumento LIT son más bajos los porcentajes de estudiantes correctamente clasificados en contraste con el PAPMr y el HPSr.

Tabla 15, tercera parte

Grupo	N = 434	Grupo predicho (%)			
		G1	G2	G3	G4
G1	126	90 (71.4)	14 (11.1)	13 (10.31)	9 (7.1)
G2	76	5 (6.6)	62 (81.6)	7 (9.2)	2 (2.6)
G3	94	10 (10.6)	1 (1.1)	79 (84.0)	4 (4.3)
G4	110	8 (7.3)	4 (3.4)	11 (10.0)	87 (79.1)
No agrupados	28	9 (32.1)	6 (21.4)	10 (35.7)	3 (10.7)

78.33

Por ciento de estudiantes correctamente clasificados

Se exhibe en la tabla 16 de la página siguiente la función discriminante I, estas preguntas diferencian entre los grupos de alta y muy alta adhesión profesional. En el polo positivo de esta dimensión están cuatro variables y ninguna variable en el polo negativo de la función. Las variables del polo positivo (cf. tabla 4, que muestra las respuestas de los alumnos a los reactivos) son: v59, v60, v76 y v82. Quienes se agrupan en esta posición son estudiantes que piensan ejercer como médico general además de ofrecer una actitud positiva hacia la especialización sociomédica. Piensan que en el equipo de salud el médico ejerce de manera natural el liderazgo y además piensan que la universidad les ha transmitido un código para su quehacer médico. Esta función discrimina entre el grupo de alta y muy alta adhesión profesional.

La función discriminante II, tabla 16, tiene en su polo positivo a la v71 y en su polo negativo la v61, la v65 y la v75. Quienes cargan en esta posición son estudiantes que opinan que el paciente debe aceptar la autoridad del médico sin cuestionar el tratamiento, que en nuestro país no hacen más falta los médicos generales, que los médicos no deben apoyarse entre sí y que el médico no debe ser un educador para la salud. Esta función discrimina entre el grupo de muy alta adhesión y el de baja adhesión.

La función discriminante III, tabla 16, que discrimina entre el grupo de baja y muy baja adhesión se encontraron dos preguntas en el polo negativo, la v57 y la v69 son estudiantes que opinan que la práctica institucional no es más ventajosa ni para el paciente ni para el médico y en el polo positivo la v72 opinan que la práctica privada es más satisfactoria.

Tabla 16

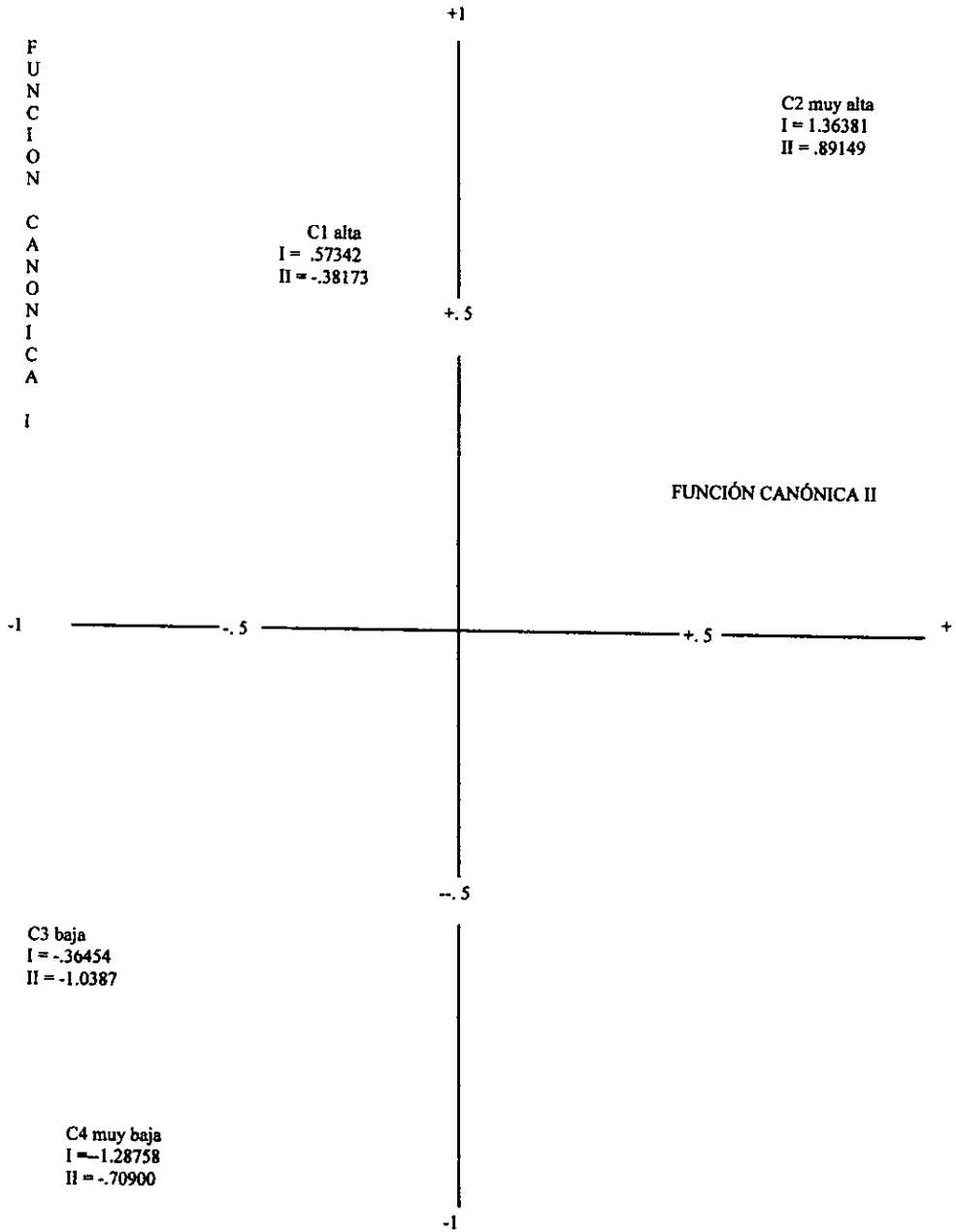
Reactivos discriminantes potentes del LIT en la comparación de los estudiantes según su adhesión profesional delineada por 12 reactivos provenientes del proceso reductivo mediante el análisis factorial

Coeficientes de las funciones discriminantes			
Items	Función I	Función II	Función III
V59 ejercer como médico general	.84839*	.322953	.11291
V60 especialización socio médica	.42852*	-.26505	.38397
76 en el equipo de salud el médico ejerce de manera natural el liderazgo	.09652*	-.02893	.02068
V82 la universidad me ha transmitido un código ético para mi que hacer médico	.06519*	-.04520	-.03565
V71 paciente no debe cuestionar tratamiento	-.13103	.53620*	.23643
V61 faltan médicos generales	.28357	-.46557*	.09794
V78 indispensable el paciente entienda el tratamiento	-.01915	-.11695*	-.0854
V65 los médicos deben apoyarse entre sí	.04261	-.07235	-.04631
V75 el médico debe ser un educador para la salud	.02535	-.05142*	-.01817
V57 práctica institucional ventajosa para el paciente	.14110	.14045	-.59915*
V72 práctica privada más satisfactoria	.05459	.30398	.53067*
V69 práctica institucional ventajosa médico	.17959	.16334	-.40686*

* Concierne a la correlación más importante entre cada variable y cualquier función discriminante

El gráfico 12 de la siguiente página muestra que en la representación espacial los grupo 3 (baja adhesión) y 4 (muy baja adhesión) ocupan el mismo cuadrante del plano euclidiano por lo que la distancia entre ellos no está claramente diferenciada como si lo está en los grupo 1 (alta adhesión) y grupo 2 (muy baja adhesión) frente a estos dos que representan a los grupos que hemos denominado de baja y muy baja adhesión.

Gráfico 12



3.3 Prueba de Hipótesis

Sin la experimentación no hay posibilidad de escoger entre hipótesis alternas (Popper). Una hipótesis no puede ser confirmada. Sólo podemos, al refutar o no la hipótesis nula, añadir pruebas de su posibilidad de ser cierta o de otra manera de corresponder cercanamente a la realidad.

Al secuenciar un diseño de corte transversal del segundo al último trimestre de medicina de la UAM-X, se logró simular una cohorte. Como si se hubiese seguido a los estudiantes, a través de la óptica de los tres instrumentos descritos (HPS 50 preguntas, PAPM 85 preguntas y LIT 35 preguntas) a lo largo de su paso por la carrera de medicina. Se esperaba encontrar que el promedio de la adhesión profesional en los alumnos se incrementara conforme fueran avanzando en el ritual de la formación profesional. Para estar seguros de que los resultados son explicados por el transcurso en la institución educativa y la de servicio, se decidió establecer el comportamiento de las variables independientes que pudieran influir en la medición y cómo están distribuidas por módulo a lo largo de la carrera. Esto, para demostrar que se trata de una población homogénea, lo que podría reforzar la simulación de una cohorte, (Braudillard, 1987).

3.3.1 Comportamiento de las variables independientes

Se exploró el comportamiento de **las variables operacionalizadas como independientes** que **pueden** influir en la adhesión profesional a través de los 15 módulos que conforman el Plan de Estudios de la Licenciatura en Medicina de la UAM-X. Las variables seleccionadas fueron: edad, sexo, preparatoria de origen, si trabajan o no y si el trabajo tiene que ver con la medicina, si tiene familiares médicos, el promedio que obtuvieron en la preparatoria y el promedio que llevan en la carrera.

En la **tabla 17** en la página siguiente, se muestran los resultados. Se aplicó el estadístico de la distribución de frecuencias (Chi-cuadrado) con el objeto de determinar la tendencia, a lo largo de la carrera, en las diferentes variables. Bajo el supuesto que de encontrarse una diferencia significativa en la distribución de las variables a través de los módulos cursados, estaría indicando que la población de los diferentes módulos no es homogénea, lo que estaría en contra de la simulación de una cohorte, que se pretende tener con esta muestra. Ya que la población no

tendría las mismas características a lo largo del proceso, que podría explicar las variaciones logradas con las tres variables dependientes empleadas.

Tabla 17

Comportamiento de las variables exógenas posiblemente involucradas en la adhesión profesional, en 13 de los 15 módulos de los alumnos de medicina de la UAM-X en el trimestre 97/otoño.

Diferencia por género según módulo cursado

Indicadores	M 2	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 14	M 15	χ^2	P (g ² =12)
Mujeres (n=159)	12 (11.0)	12 (13.2)	26 (21.7)	2 (8)	13 (14.8)	12 (12.2)	17 (19)	17 (17.9)	15 (12.2)	1 (3.8)	16 (14.1)	16 (11)	18.1978	.07710
Hombres (n=259)	17 (18.0)	23 (21.8)	31 (35.3)	19 (13)	26 (24.2)	20 (19.8)	33 (31)	30 (29.1)	17 (19.8)	9 (6.2)	21 (22.9)	13 (18)		
Razón M:H:1:1.62	1:1.41	1:1.91	1:1.19	1:9.5	1:2	1:1.7	1:1.9	1:1.8	1:1.1	1:9	1:1.3	1:1.2		

() Frecuencia esperada 4.2% de las 24 celdillas < 5

Por género: no hay diferencia significativa entre la proporción hombres y mujeres según módulo cursado a lo largo de la carrera, por lo que podemos estar razonablemente seguros que las diferencias de medición de adhesión encontradas no se deben a una diferente proporción entre hombres y mujeres por módulo.

Diferencia por preparatoria de origen según módulo cursado

Indicadores	M 2	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 14	M 15	χ^2	P (g ² =11)
Preparatoria Privada Pr (n=181)	11 (12.6)	21 (15.2)	21 (24.7)	4 (9.1)	17 (16.9)	17 (13.3)	22 (21.7)	24 (20.4)	15 (13.9)	4 (4.3)	14 (16.0)	11 (12.6)	13.74001	.24772
Preparatoria Pública Pu (n=237)	18 (16.4)	14 (19.8)	36 (32.3)	17 (11.9)	22 (22.1)	15 (18.7)	28 (28.3)	23 (26.6)	17 (18.1)	6 (5.7)	23 (21.0)	18 (16.9)		
Razón Pr:Pu:1:1.3	1:1.6	1:1.5	1:1.7	1:4	1:1.3	1:1	1:1.2	1:1	1:1	1:1.5	1:1.6	1:1.6		

() Frecuencia esperada 4.2% de las 24 celdillas < 5

Por preparatoria de origen según módulo cursado: no hay diferencia significativa a lo largo de la carrera entre la proporción de estudiantes que provienen de preparatorias particulares y los que provienen de preparatorias oficiales. Las diferencias en la adhesión profesional no se deberán a una diferente proporción de alumnos de preparatorias diferentes: oficiales o privadas.

Diferencia por si trabaja o no según módulo cursado

Indicadores	M 2	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 14	M 15	χ^2	P (gl=11)
SI Trabaja (n=128)	7 (8.9)	11 (10.7)	12 (17.5)	8 (6.4)	9 (11.9)	13 (9.8)	22 (15.3)	12 (15.3)	13 (9.8)	6 (3.1)	7 (11.3)	8 (8.9)	19.01175	.06088
NO Trabaja (n=290)	22 (20.1)	24 (24.3)	45 (39.5)	13 (14.6)	30 (27.1)	19 (22.2)	28 (34.7)	35 (33.6)	19 (22.2)	4 (6.9)	30 (25.7)	21 (20.1)		
Razón SI:NO; 1:2.27	1:3.14	1:2.18	1:3.7	1:1.6	1:3.3	1:1.46	1:1.27	1:2.9	1:1.46	1:1.5	1:4.3	1:2.6		

() Frecuencia esperada 4.2% de las 24 celdillas < 5

Según trabajo: No hay disimilitud estadísticamente significativa en los módulos entre los alumnos que trabajan o no.

Diferencia por tener o no familiares médicos según módulo cursado

Indicadores	M 2	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 14	M 15	χ^2	P (gl=11)
Con familiar Médico CFM (n=141)	12 (9.8)	13 (11.8)	17 (19.2)	9 (7.1)	13 (13.2)	15 (10.8)	16 (16.9)	20 (15.9)	6 (10.8)	2 (3.4)	8 (12.5)	10 (9.8)	12.7882	.30775
Sin familiar Médico SFM (=277)	17 (19.2)	22 (23.2)	40 (37.8)	12 (13.9)	26 (25.8)	17 (21.2)	34 (33.1)	27 (31.1)	26 (21.2)	8 (6.6)	29 (24.5)	19 (19.2)		
Razón CFM:SFM 1:1.9	1:1.4	1:1.7	1:1.4	1:1.3	1:2	1:1.1	1:2.1	1:1.3	1:4	1:4	1:3.6	1:1.9		

() Frecuencia esperada 4.2% de las 24 celdillas < 5

Según tener familiares médicos: no hay diferencia estadísticamente significativa a lo largo de los módulos cursados.

Diferencia por edad según módulo cursado

Indicadores	M 2	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 14	M 15	Kruskal-Wallis χ^2	P (gl=11)
Promedio de Edad	20.12	21.05	22.63	23.83	22.62	24.63	24.55	24.19	23.72	27.93	24.83	25.67	1112.422	.00005

Diferencia por edad: Si se encontró una diferencia por edad según el módulo cursado con una significancia de .00005 lo cual es un resultado esperado, pues los de reciente ingreso son más jóvenes que al final de la formación como médicos. La edad podría ser una variable interviniente o de confusión en la interpretación de los resultados de adhesión profesional.

Diferencia por promedio en la carrera según módulo cursado

Indicadores	M 2	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 14	M 15	Kruskal-Wallis χ^2	P (gl = 11)
Promedio de La carrera	8.76	8.55	8.60	7.96	8.25	8.07	8.08	8.27	7.94	7.87	8.04	7.85	15.8790	.1457

Según promedio en la carrera: no se encontró diferencia estadísticamente significativa según módulo cursado. Se trata de una población homogénea en cuanto a promedio por módulo.

Diferencia por promedio en la preparatoria según módulo cursado

Indicadores	M 2	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 14	M 15	Kruskal-Wallis χ^2	P (gl = 11)
Promedio preparatoria	8.36	8.28	8.48	8.05	8.60	8.45	8.46	8.27	8.33	8.18	8.24	8.51	10.8975	.4519

Diferencia por promedio de preparatoria: no se encontró diferencia significativa a lo largo de la carrera

Estos resultados están indicando que podemos estar razonablemente seguros que la muestra estudiada puede manejarse como una cohorte simulada, ya que se trata de una población homogénea.

Las siguientes dos partes de la tabla 17 tiene más del 10% de celdillas con una frecuencia esperada menor de 5, por lo que se muestran solo para ofrecer las tendencias.

Diferencia por estado civil según módulo cursado

Indicadores	M 2	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 14	M 15	χ^2	P (gl=11)
Sin pareja (n=364)	28 (25.3)	34 (30.5)	49 (49.6)	19 (18.3)	36 (34.0)	26 (27.9)	46 (43.5)	44 (40.9)	25 (27.9)	6 (8.7)	28 (32.2)	23 (25.3)	25.15025	.00857
Con pareja (n=54)	1 (3.7)	1 (4.5)	8 (7.4)	2 (2.7)	3 (5.0)	6 (4.1)	4 (6.5)	3 (6.1)	7 (4.1)	4 (1.3)	9 (4.8)	6 (3.7)		
Razón C.S:1:6.7	1:28	1:34	1:6.1	1:9	1:11	1:4	1:7	1:14	1:3	1:1	1:3	1:3		

() Frecuencia esperada 33.3% de las 24 celdillas < 5 (segunda regla de significancia de chi-cuadrado). Se ofrece para mostrar la tendencia. Si hay diferencia significativa entre los módulos según el estado civil si no se violara la segunda regla de significancia del estadístico chi-cuadrado.

Diferencia de sí su trabajo está relacionado o no con la medicina según módulo cursado

Indicadores	M 2	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 14	M 15	χ^2	P (g=23)
No trabaja (n=281)	21 19.5	22 23.5	45 38.3	12 14.1	30 26.2	16 21.5	29 33.6	34 31.6	19 21.5	4 6.7	30 24.9	19 19.5	34.8753	.03992
SI RTMED (n=58)	4 (4.0)	6 (4.9)	8 (7.9)	4 (2.9)	3 (5.4)	6 (4.4)	11 (6.9)	5 (6.5)	1 (4.4)	2 (1.4)	2 (5.1)	6 (4.0)		
NO RTCMED (n=79)	4 (5.5)	7 (6.6)	4 (10.8)	5 (4.0)	6 (7.4)	10 (6.0)	10 (9.4)	8 (8.9)	12 (6.0)	4 (1.9)	5 (7.0)	4 (5.5)		
Razón SI:NO; 1:1.3	1:1	1:1.1	1:2	1:1.2	1:2	1:1.6	1:1.1	1:1.6	1:12	1:2	1:2.5	1:1.5		

() Frecuencia esperada 25.0% de las 36 celdillas < 5 (segunda regla de significancia de chi-cuadrado). Se ofrece para observar la tendencia. La proporción de alumnos cuyo trabajo está relacionado con la medicina y aquellos cuyo trabajo no está relacionado con la medicina es diferente en los diferentes módulos, si no se violara la segunda regla de significancia del estadístico chi-cuadrado.

Podemos concluir que ninguna de las variables independientes, excepto la edad, muestra una diferencia entre los diversos módulos del Plan de Estudios. La muestra puede ser manejada como una cohorte simulada.

3.3.2 Ho propuesta bajo el amparo de una simulación de un estudio de cohorte

En este estudio se intenta hacer coincidir lo real de la formación médica y la adhesión profesional de los alumnos de medicina de la UAM-X con su modelo de simulación: nuestra cohorte y los valores encontrados con los tres instrumentos de medición empleados. A partir de ahí puede ser reproducido un número indefinido de veces. Ya no es más que algo operativo. Es un hiperreal, el producto de una síntesis.

En este orden de ideas ¿Cuál es el mejor modelo de la tierra?. Algunos contestan que la tierra misma. Baudrillard (1978), menciona que es una bella alegoría de la simulación la de Borges en que los cartógrafos del Imperio trazan un mapa tan detallado que llega a recubrir con exactitud todo el territorio. El ocaso del Imperio contempla el paulatino desgarrar de este mapa que acaba convertido en una ruina despedazada cuyos jirones se esparcen por los desiertos. Hoy, la abstracción ya no es la del mapa, la del doble, la del espejo o la del concepto. Hoy, es la generación, por los modelos, de algo real sin origen ni realidad: lo hiperreal. El territorio ya no precede al mapa ni le sobrevive. En adelante, será el mapa el que preceda al territorio, **precesión de los simulacros**, y el que lo engendre afirma Baudrillard (1978).

Disimular es fingir no tener lo que se tiene. Simular es fingir tener lo que no se tiene. En este caso una cohorte. Pues no hemos seguido a un grupo de alumnos a través del tiempo, a lo largo del rito iniciático de la profesión médica. Estamos simulando una cohorte en un corte transversal cuidando que ciertas variables garanticen no "meter ruido" en los resultados, o científicamente hablando no actúen como variables de confusión (Reynaga, Méndez, Spector).

Sin embargo, afirma Baudrillard (1978) simular no es fingir "Aquel que finge una enfermedad puede sencillamente meterse en cama y hacer creer que está enfermo. Aquel que simula una enfermedad aparenta tener algunos síntomas de ella" (Litré). Fingir o disimular, dejan intacto el principio de realidad. Por su parte la simulación vuelve a cuestionar la diferencia de lo verdadero y de lo falso, de lo real y de lo imaginario. El que simula, ¿está o no está enfermo contando con que ostenta "verdaderos síntomas"? Objetivamente no se le puede tratar ni como enfermo ni como no enfermo. La medicina se detiene ahí, frente a una verdad de la enfermedad inencontrable en lo sucesivo.

Estando conscientes de los riesgos, simulemos entonces tener una cohorte de alumnos de medicina desde su ingreso hasta el término del servicio social y demos cuenta de lo que acontece con la medición de la adhesión profesional. Al principio de este capítulo al describir la tabla 17 hemos demostrado que las variables operacionalizadas como independientes no tienen una distribución diferente a lo largo de los diferentes módulos por lo que podemos estar razonablemente seguros de estar trabajando con una cohorte simulada, tomando en consideración las limitaciones de los instrumentos señaladas en el capítulo de resultados validez/confiabilidad veamos que sucede con la adhesión profesional de los alumnos de medicina de la UAM.X desde su ingreso a la carrera hasta su salida.

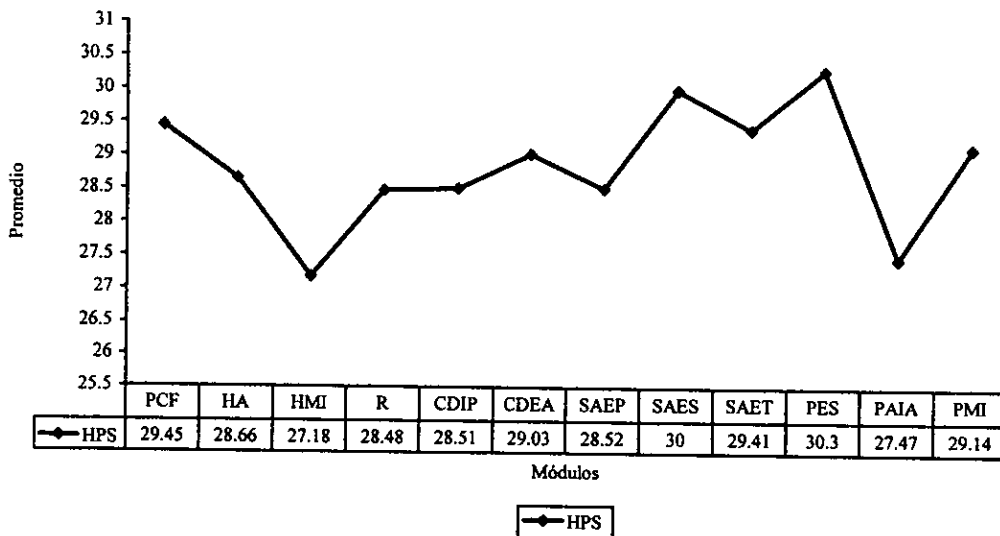
Como fue referido en el capítulo de antecedentes, en la literatura consultada, varios autores han reportado cambios en la medición de adhesión profesional en estudiantes de niveles diferentes en varias carreras de la salud: en odontólogos, Bebeau (1993) encontró diferencias en el valor promedio de los estudiantes de primero y de cuarto año. El valor promedio es más alto y con menos dispersión en el cuarto año para los campos de autoridad y responsabilidad y más bajo y con mayor dispersión para gerencia y autonomía; en estudiantes de enfermería Brooks y Shepherd (1992); en estudiantes de nutrición Spears, Simmons y Vaden (1992), encontraron

diferencias entre estudiantes y nutriólogos y entre éstos, disimilitudes según el tiempo de haberse recibido

Además en el marco teórico se argumentó el que la adhesión profesional se inicia formalmente en la universidad para ir aumentando a lo largo del ejercicio profesional entre otros factores. Se decidió aplicar los instrumentos de medición **HPS**, **PAPM** y **LIT** a la totalidad de estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco bajo las siguientes Hipótesis Nulas.

1. H_0 : con el **PAPM** no existen diferencias significativas en la medición de la adhesión profesional entre los 13 módulos de los quince que conforman el plan de estudios de la carrera de medicina de la UAM-X
2. H_0 : con el **HPS** no existen diferencias significativas en la medición de adhesión profesional entre los 13 módulos de los quince que conforman el plan de estudios de la carrera de medicina de la UAM-X
3. H_0 : con el **LIT** no existen diferencias significativas en la medición de adhesión profesional entre los 13 módulos de los quince que conforman el plan de estudios de la carrera de medicina de la UAM-X.

Gráfico 13
Prueba de hipótesis por módulo del
HPS



Instrumento	F	gl	P	χ^2	KW	p
HPS	2.022	11	.025	21.0112	11	.033

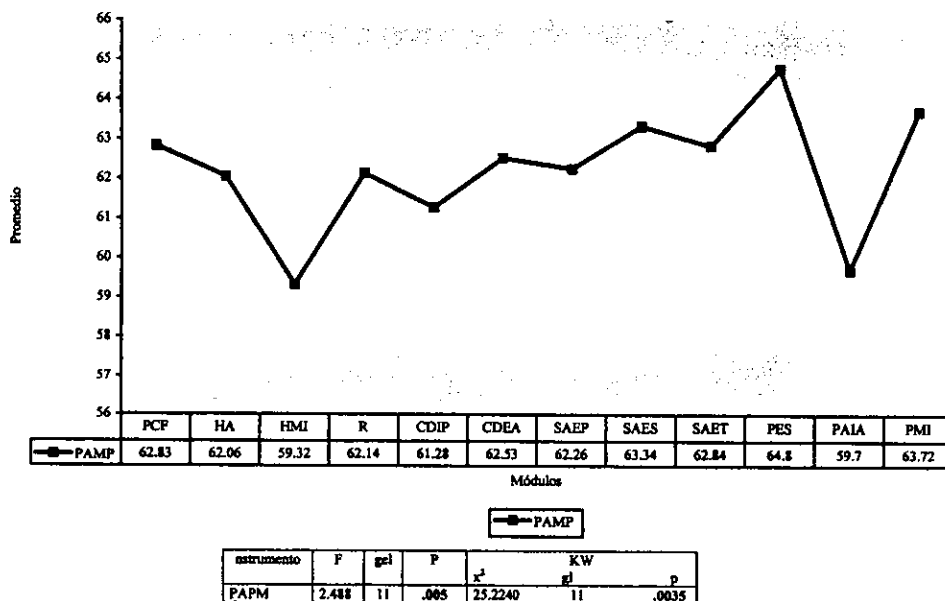
En el gráfico 13 se observa la tendencia del valor promedio de medición de la adhesión profesional de los estudiantes con el instrumento HPS a lo largo de los diferentes módulos de la carrera.

Se ofrecen dos pruebas una paramétrica y una no paramétrica con una $p < .05$ de que las diferencias se deban al azar. Esta duplicación está justificada debido a que no se logró no se logró demostrar a nivel empírico los supuestos para hacer uso de las pruebas paramétricas: 1. las observaciones deben ser independientes 2. Las observaciones deben ser derivadas de poblaciones normalmente distribuidas 3. - las variables deben haber sido medidas por lo menos en una escala de intervalo 4. Las poblaciones deben tener la misma variancia.(cf. Siegel 1995).

Sin embargo con ambas pruebas las diferencias son significativas, para el nivel que se estableció de .05 para refutar o no la hipótesis de esta cohorte simulada.

En el gráfico 13 observamos que los estudiantes entran con un determinado promedio de adhesión profesional. Hay un paso previo que es, como mencionó Oswal Hall (1948), el seleccionar la carrera de medicina como profesión en el que el estudiante ya tiene un cierto grado de socialización. Rogoff (1957) realiza uno de los primeros estudios sobre los factores que llevan a un estudiante a seleccionar la medicina como profesión y plantea que son un grupo diferenciado del resto de la sociedad. En el segundo módulo y en el curso del primer año cuando llevan los módulos El Hombre y su Ambiente y el Hombre y su Medio Interno, en que revisan principalmente conocimientos de estadística, cómputo, epidemiología, educación para la salud, el medio interno del hombre, fisiología, fisiopatología, introducción a la clínica el promedio disminuye. **Es posible que la expectativa personal de lo que es un médico se confronte con la realidad de la institución educativa.** Empieza a recuperarse en la segunda fase de la carrera cuando estudian reproducción y crecimiento y desarrollo del infante, preescolar, escolar y adolescente y pasan más tiempo en los hospitales y realizan trabajo de campo, situación que continúa en la tercera fase de la carrera para llegar a su nivel más alto en el módulo XII, cuando llevan cirugía, consulta en el primer nivel de atención y traumatología, ese es el módulo previo al Servicio social. **Es necesario señalar que es en este trimestre cuando los alumnos hacen su fiesta de graduación aunque todavía les faltan los tres módulos del servicio social que también se califican.** En este momento ya integró el "deber ser" con la realidad de la escuela. Resulta sugerente la caída tan abrupta del promedio de adhesión profesional en el primer módulo del servicio social, que corresponde a los tres primeros meses del servicio. Al parecer el impacto del contacto con la realidad social en las comunidades rurales implica un reacomodo de sus valores que aparentemente ya estaban establecidos. Nuevamente su expectativa personal del "deber ser" del médico es confrontada con la realidad, ahora del medio rural y no hospitalario. No fue posible registrar la adhesión profesional en la parte intermedia del servicio ya que no había alumnos inscritos pues sólo hay dos promociones anuales en Servicio Social. Pero observamos que en el último módulo, que son los tres últimos meses del servicio, el estudiante ya ha superado el impacto inicial y nuevamente sube el valor promedio de adhesión profesional al nivel de la tercera fase de la carrera. Se podría hablar de una curva quebrada por "impactos" en ciertos momentos de la formación profesional.

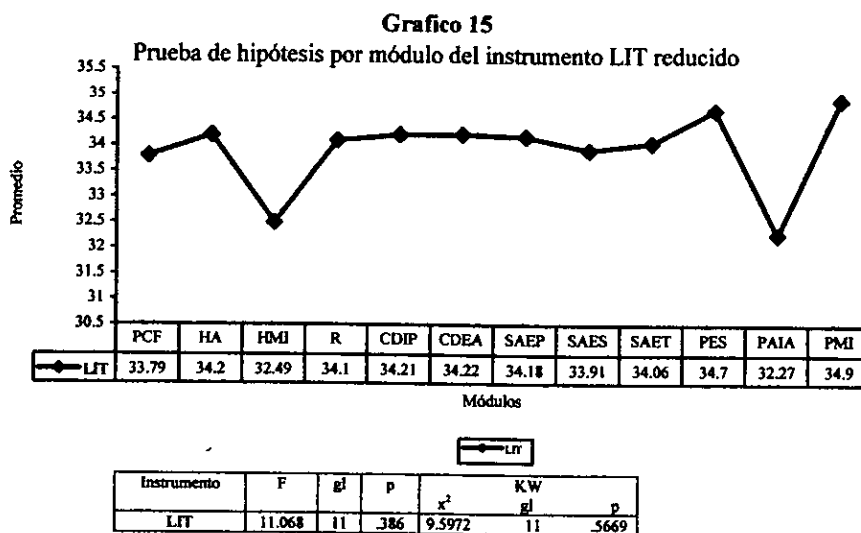
Gráfico 14
Prueba de hipótesis por módulo del instrumento
PAPM reducido



La tendencia del promedio de adhesión profesional por módulo medida con el PAPM_r se muestra en este gráfico que se comporta en forma semejante que con el HPS_r, con la diferencia de que el valor final es más alto que el inicial. Recordemos, como ya fue planteado en el capítulo de metodología, que este instrumento corresponde a 85 reactivos en su forma no reducida, 50 del instrumento HPS y 35 preguntas derivadas de la literatura (LIT), que como se analizó en el capítulo de resultados validez/confiabilidad y aplicación de los principios de la taxonomía numérica, añadieron nuevos factores a la exploración de la adhesión profesional. Nuevamente los acercamientos y alejamientos de ese "deber ser" de la parte superior de la gráfica dependiendo de la vivencia personal del alumno se reproducen en este gráfico que también refleja impactos en diferentes momentos de la formación. Es de hacerse notar que a pesar de que este instrumento añade factores nuevos a los que explora el HPS se corresponde con los mismos momentos de impacto que muestra la medición con el HPS. Las dos "caídas" en la

curva de la adhesión se producen también en el módulo el Hombre y su Medio Interno y en el módulo trece que corresponde a los tres primeros meses del servicio social. El momento más alto sigue siendo el del módulo XII en que se "gradúan" los alumnos, y los dos momentos de recuperación en el sexto y en el último módulo.

La probabilidad de que las diferencias se deban al azar es menor de .005 con las dos pruebas estadísticas ofrecidas. Estos resultados confirman lo encontrado con el HPS respecto a las oscilaciones que muestra el valor promedio de adhesión profesional a lo largo del ritual de convertirse en "médico".

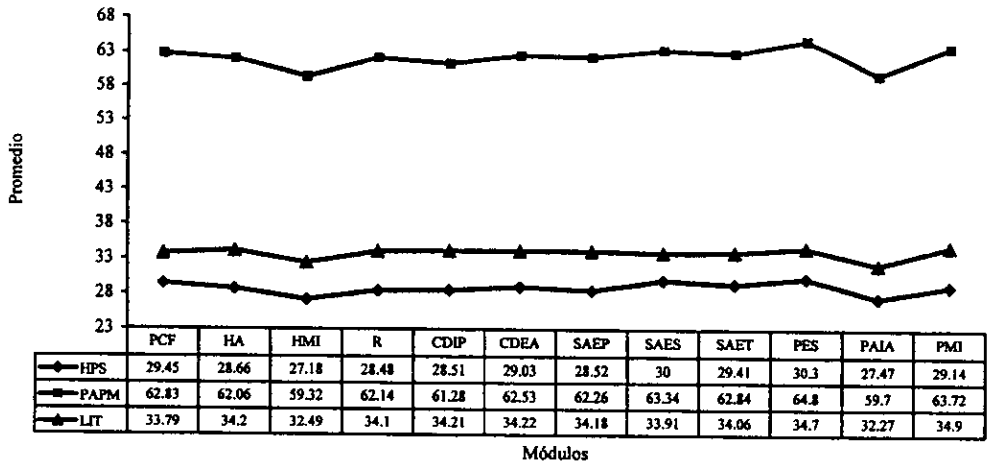


En este gráfico se ofrece la medición de adhesión profesional con el instrumento LIT reducido. Este instrumento, como vimos en el capítulo de resultados ofrece factores diferentes a los del instrumento HPS. Observamos en primer término que con estos reactivos nuevos hay una menor variabilidad en los módulos intermedios. No obstante en las dos pruebas estadísticas ofrecidas la diferencia no es significativa. Se hace incapie que con este instrumento se repiten las mismas dos caídas claves de la adhesión profesional en los módulos V y XIII y las dos recuperaciones en los módulos VI y XV que se dan en los instrumentos anteriores. Es decir, en lo que hemos llamado "curva quebrada por impactos", los momentos de estos "impactos" se repiten, independientemente de las variables diferentes de los instrumentos. Hay una

homogeneidad en los diferentes valores de la adhesión profesional independientemente de la variedad de los instrumentos, que tienen factores subyacentes diferentes de adhesión profesional.

Estos resultados sugieren que la hipótesis nula propuesta para el HPS y para el PAMM puede ser refutada, pues si se encontraron cambios, cuya probabilidad de que se deban al azar es menor de .05 en la medición de la adhesión profesional. Sin embargo, los cambios encontrados no son lineales a lo largo de la carrera como ya ha sido descrito en los gráficos 13 y 14. Hemos hablado de una "curva quebrada marcada por impactos".

Gráfico 16
Prueba de hipótesis por módulo del
HPS, PAMM y LIT



Módulos

—◆— HPS —■— PAMM —▲— LIT

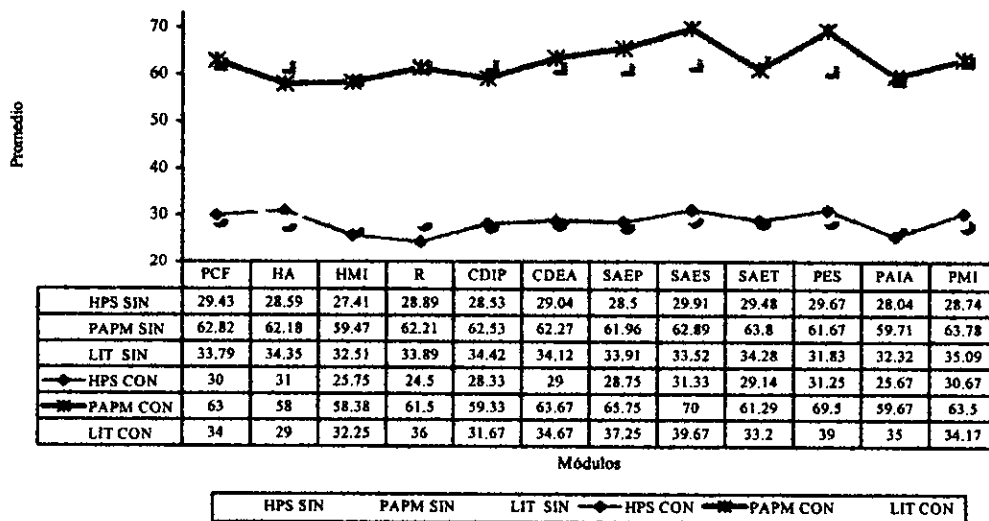
INSTRUMENTOS	F	gl	P	χ^2	KW	p
HPS	2.022	11	.025	21.0112	11	.033
PAMM	2.488	11	.005	25.2240	11	.0035
LIT	11.068	11	.386	9.5972	11	.5669

Para facilitar la comparación, en el gráfico 16, se ofrecen los resultados de los tres instrumentos, aunque tengan escalas diferentes por el mayor número de preguntas y por lo tanto de calificación del PAM.

Estos resultados sugieren que no hay un claro sustento teórico en que la adhesión profesional aumente en forma lineal a lo largo de los años de estudio. Los autores que han encontrado diferencias (en odontólogos Bebeau, 1993; en estudiantes de enfermería Brooks y Shepherd (1992); en estudiantes de nutrición Spears, Simmons y Vaden, 1992), no han medido todos los años. Han seleccionado algún grupo del inicio y algún grupo del final. Sería lo que se hubiera encontrado si se medieran por ejemplo el módulo II y el módulo XII. Se habría reflejado un claro aumento del promedio de la adhesión profesional con los tres instrumentos. Pero no se tendría una imagen clara de lo que sucede a lo largo del paso del alumno por la institución educativa.

El todo oculta el comportamiento de las partes, por lo cual se decidió controlar el efecto de las variables independientes examinadas durante la introducción de este capítulo: sexo, edad, estado civil, preparatoria de origen, trabajo. familiares médicos. Así del gráfico 17 al gráfico 23 se pueden ver los valores promedio de adhesión profesional controlando las variables independientes. Se midió el promedio de adhesión con la variable y sin la variable.

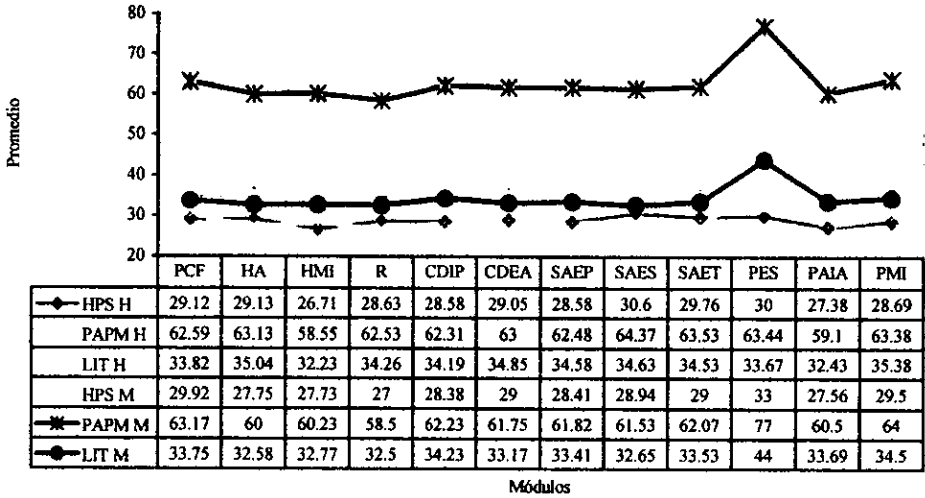
Gráfico 17
Comportamiento de HPS, PAM y LIT controlando el estado civil



Condición	Instrumento	gl	F	p
Sin pareja	HPS	11	1.147	.323
Sin pareja	PAPM	11	1.702	.071
Sin pareja	LIT	11	1.319	.212
Con pareja	HPS	11	2.111	.041
Con pareja	PAPM	11	2.462	.018
Con pareja	LIT	11	1.741	.097

Como lo indica el gráfico anterior, se pone de manifiesto que con los instrumentos **HPS** y **PAPM**, si es significativa la diferencia de los que tienen pareja, en negrita una $p < .05$. Estos estudiantes ya están en otra dinámica social, quizás con más responsabilidades por lo que los valores de adhesión dependen menos del transcurso por la escuela. El tener pareja parece ser que refuerza la adhesión profesional.

Gráfico 18
Comportamiento de HPS, PAM y LIT controlando el sexo

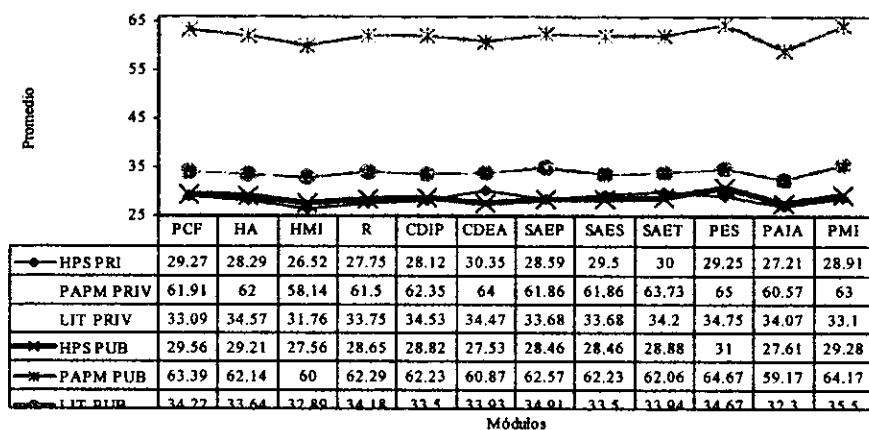


Condición	Instrumento	gl	F	P
Mujer	HPS	11	1.511	.133
Mujer	PAPM	11	.647	.786
Mujer	LIT	11	1.511	.440
Hombre	HPS	11	1.836	.049
Hombre	PAPM	11	2.191	.015
Hombre	LIT	11	1.282	.235

En lo que se refiere al género, gráfico 18, resulta estadísticamente significativo en el **sexo masculino** con el HPS y el PAM con una $p < .05$. La mujer, está desarrollando un papel importante con su incorporación a la medicina en los valores de adhesión profesional por su objetividad.

¿Veremos en los próximos años que la mujer recobre su papel, no sólo como dadora de vida, sino como dueña de la salud y la enfermedad que le fue arrebatado después del paradigma de la teoría de los gérmenes, cuando maga, curandera, comadrona o bruja decidía sobre la vida, la muerte y la enfermedad?. Pero ahora con otras armas que las pócimas y los sortilegios.

Gráfico 19
Comportamiento de HPS, PAM y LIT controlando preparatoria de origen



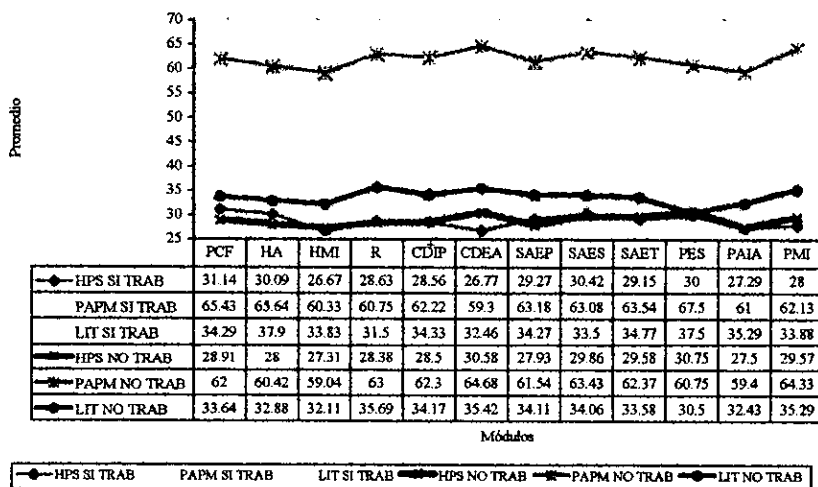
● HPS PRIV ● PAM PRIV ● LIT PRIV ● HPS PUB ● PAM PUB ● LIT PUB

Condición	Instrumento	gl	F	P
Preparatoria privada	HPS	11	1.284	.237
Preparatoria privada	PAM	11	1.606	.101
Preparatoria privada	LIT	11	.869	.572
Preparatoria pública	HPS	11	1.432	.160
Preparatoria pública	PAM	11	1.716	.071
Preparatoria pública	LIT	11	.916	.526

Respecto a la preparatoria de origen de los alumnos no hay diferencia estadísticamente significativa, con ninguno de los tres instrumentos, entre proceder de una preparatoria particular o de una preparatoria oficial.

Es un supuesto social el que las preparatorias privadas, aparte de una mayor calidad de la enseñanza entendida en técnicas y conocimientos, transmiten valores que debieran haberse reflejado en una mejor actitud de adhesión profesional pues supuestamente tendrían más referencia de valores éticos y humanos y más conciencia social. Lo que no sucede y pone en duda esta creencia.

Gráfico 20
Comportamiento de HPS, PAMP y LIT controlando trabajo

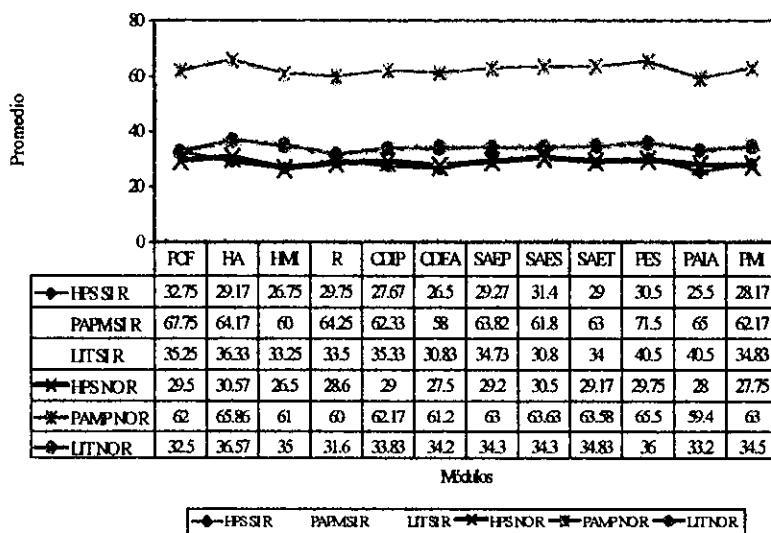


Condición	Instrumento	gel	F	P
Si trabaja	HPS	11	1.463	.155
Si trabaja	PAPM	11	1.462	.155
Si trabaja	LIT	11	1.392	.186
No trabaja	HPS	11	1.891	.040
No trabaja	PAPM	11	2.840	.002
No trabaja	LIT	11	2.359	.008

En lo que respecta al trabajo, gráfico 20, los que no trabajan si tienen una diferencia significativa con una $p < .05$ en los tres instrumentos **HPS, PAMP y LIT**, con respecto a los que trabajan.

Se intuye que el trabajo podría influir en forma positiva en la adhesión profesional. En la actualidad lo que prevalece es el "multichambismo" para sobrevivir -lo que ha dado en llamarse fuga interna de cerebros- que desgasta y no forma al estudiante. Esto avala la necesidad de becas para los estudiantes de bajos recursos para que puedan fungir como estudiantes de tiempo completo.

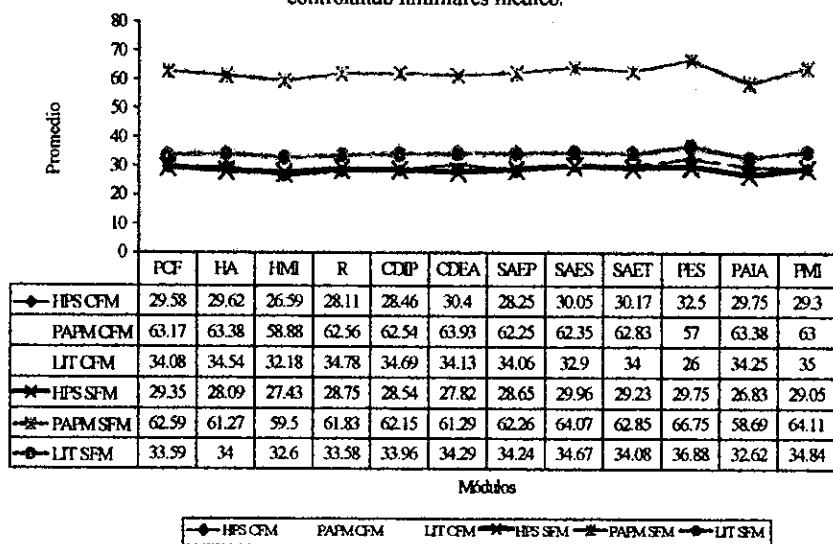
Gráfico 21
Comportamiento de HPS, PAM y LIT controla
trabajo con medicina



Condición	Instrumento	gl	F	P
Si relación	HPS	11	1.238	.290
Si relación	PAM	11	1.322	.243
Si relación	LIT	11	1.713	.100
No relación	HPS	11	.547	.867
No relación	PAM	11	.589	.831
No relación	LIT	11	.545	.866

Respecto a la variable independiente "si su trabajo tiene o no relación con la medicina", gráfico 21, no hay diferencia significativa con ninguno de los tres instrumentos, entre los estudiantes que su trabajo está relacionado y los estudiantes cuyo trabajo no está relacionado con la medicina. Se hubiera esperado que los estudiantes que trabajan y esta actividad tiene relación con la medicina estarían calificados más alto en la adhesión profesional pues están más en contacto con el gremio médico y sus valores.

Gráfico 22
Comportamiento de HPS, PAPM,
controlando familiares médico:



Condición	Instrumento	gl	F	P
Con familiar médico	HPS	11	1.138	.337
Con familiar médico	PAPM	11	949	.005
Con familiar médico	LIT	11	1.246	.264
Sin familiar médico	HPS	11	1.530	.120
Sin familiar médico	PAPM	11	2.657	.003
Sin familiar médico	LIT	11	1.250	.254

En cuanto a la variable independiente tener familiares médicos, gráfico 22, con el instrumento PAPM si hay una $p < .005$ en los que no tienen familiares médicos. A finales del siglo pasado y principios de éste, los familiares médicos eran toda una figura, con altos valores profesionales que impactaban a los más jóvenes, animándoles a seguir la carrera y transmitiendo sus valores profesionales. Hoy parece que la medicina es una profesión más, y los médicos no muestran a sus familiares a través de su comportamiento médico emoción alguna por la profesión.

4. Discusión

4.1 En la literatura revisada, no se encontró ningún estudio empírico que **midiera adhesión profesional en una cohorte de alumnos** de medicina desde su entrada a la carrera. Esto permite suponer que ésta una aportación novedosa en los estudios de adhesión profesional.

De acuerdo con Coe (1984) y con Goode (1960) las características que distinguen a un profesional se adquieren mediante la participación en un prolongado e intenso proceso educacional reglamentado.

Los resultados encontrados en esta tesis, ofrecidos en los gráficos 13, 14 y 15 de los valores de adhesión, medidos con los tres instrumentos en el capítulo de prueba de hipótesis, **sugieren que los estudiantes entran ya con una cierta socialización en su campo**. Este aspecto fue estudiado para la cultura norteamericana en 1948 por Oswald Hall, y por Rogoff, 1957, quienes afirman que los aspirantes a la carrera de medicina son diferentes al resto de la población. Se confirma entonces, según nuestros resultados, que hay un proceso previo de socialización informal y que la entrada a la carrera inaugura el proceso "formal" de socialización.

En los resultados presentados en la gráfica 4 del capítulo prueba de hipótesis se observa que cuando los alumnos cursan el módulo Hombre y su Medio Interno el promedio de adhesión profesional con el que entraron sufre un descenso brusco. **Es posible que la expectativa personal de lo que es un médico se confronte con la realidad de la institución educativa** y el alumno tenga que acomodar los valores previos con lo que está viviendo. Existiendo un primer momento de "desconcierto" o pérdida de los conceptos previos.

El promedio de adhesión profesional empieza a recuperarse en la segunda fase de la carrera cuando los alumnos estudian Reproducción; Crecimiento y Desarrollo del Infante y Preescolar y del Escolar y Adolescente, pasan más tiempo en los hospitales y realizan trabajo de campo. Esta situación continúa en la tercera fase de la carrera. En estas dos fases se muestra una curva con ascensos discontinuos. **Llega a su nivel más alto en el módulo XII**, previo al Servicio Social. **Es en este trimestre cuando los alumnos hacen su fiesta de graduación aunque todavía queden por cursar los tres módulos del servicio social que incluyen créditos y se califican.**

En este momento el estudiante ya integró el "deber ser" a la realidad de la escuela, e incluso incrementó el nivel de adhesión con el que ingresó a cursar la carrera.

Resulta sugerente la caída tan abrupta del promedio de adhesión profesional en el primer módulo del servicio social, que corresponde a los tres primeros meses del año del servicio. Al parecer el impacto del contacto con la realidad social en las comunidades rurales implica un reacomodo de sus valores que aparentemente ya estaban establecidos. Nuevamente su expectativa personal del "deber ser" del médico es confrontada con la realidad, ahora del medio rural y no hospitalario.

En el último módulo, es decir en los tres últimos meses del servicio social, el estudiante ya ha superado el impacto inicial y nuevamente sube el valor promedio de adhesión profesional. **Se podría hablar de una curva quebrada por "impactos" en ciertos momentos de la formación profesional.**

Lo encontrado en este estudio de cohorte simulada hace suponer que existe una **discrepancia entre el "deber ser" y el "ser" de la adhesión profesional, señalando que posiblemente se trate de un fenómeno desordenado con algunos islotes de orden.** Hay momentos "clave" de acercamiento o de alejamiento de los valores y actitudes propios de la profesión médica según las vivencias de los alumnos de la UAM-X en el tránsito por la escuela, **independientemente del instrumento empleado.** Es importante subrayar, como fue explicado en el capítulo de metodología y en el capítulo de resultados en la parte de validez/confiabilidad, que el **instrumentos HPSr corresponde a una visión anglosajona y las 35 preguntas del LITr están reflejando actitudes de una práctica médica diferente.** No obstante, los puntos claves de quiebre se dan en los mismos momentos del paso por la institución educativa, independientemente de los diferentes factores subyacentes en los tres instrumentos empleados.

Con el LIT se ponen de manifiesto las intenciones del Plan de Estudios de la Carrera de Medicina de la UAM-X (1978) como formar médicos generales que se ubiquen en el primer nivel de atención, fomentar el ejercicio profesional en grupos de población, el trabajo en equipo, el que el médico debe ser un educador para la salud, cohesión profesional y sentido de ayuda entre médicos, tomar en cuenta al paciente como individuo. El Plan de Estudios de la

Licenciatura en Medicina de la UAM-X (1978)*, desde su inicio surge como una alternativa a la práctica médica hegemónica: tendencia a la sobreespecialización, altamente hospitalaria, con un enfoque curativo, despersonalización del paciente e individualista. Frente a ello opone el sistema modular, en donde cada módulo está basado en un problema de la práctica profesional y une la investigación, la docencia y el servicio en cada unidad de enseñanza aprendizaje. Otra característica de este plan de estudios es que elimina la separación entre materias "básicas y clínicas" de los planes de estudio tradicionales e integra ambos conocimientos en un sólo módulo. Los alumnos son incorporados desde etapa temprana al quehacer de su profesión, se escogen como escenarios de enseñanza no solo los hospitales, sino también los centros de primer nivel de atención, comunidad, escuelas y guarderías. Se fomenta en el estudiante el que la prevención es importante, se hace énfasis en la educación para la salud como una actividad primordial del médico y aunque tienen la posibilidad de seguir una especialización, se insiste en la necesidad de médicos generales en nuestro país. No obstante el estudiante se encuentra sometido a dos influencias por lo menos. A la del Plan de Estudios de la UAM-X y a la de los hospitales y otros escenarios de enseñanza en donde complementa su formación. Podríamos hablar de una formación ambivalente y por ello se explica el comportamiento de las curvas halladas en la prueba de hipótesis.

4.2 Se demostró la benignidad de la adaptación de los principios de la taxonomía numérica para determinar el comportamiento de los perfiles de adhesión.

Es necesario insistir en que lo novedoso de esta tesis radica en la aplicación de los principios de la taxonomía numérica (Sokal y Sneath, 1963) para analizar la adhesión profesional. No hay, hasta donde se revisó la literatura, ningún estudio de profesionalización que la haya utilizado.

La incorporación del análisis cluster para conformar grupos de individuos con diferentes niveles de adhesión profesional, mostró ser de gran utilidad como método de clasificación, como vimos en el capítulo de resultados por lo que es deseable la incorporación de la taxonomía numérica en las investigaciones de educación médica como lo sugieren Gorenc (1993) y Snow (1971). Este método además, sin que fuera una intención explícita de la investigación permitió

* El Plan de Estudios de la Licenciatura en Medicina de la UAM-X se modificó en 1998, sin cambios sustanciales

confirmar la introyección en los estudiantes de la orientación del currículum de la UAM-X que será motivo de otro análisis. Si se comparan los grupos formados en el análisis cluster con los instrumentos PAPMr y HPSr vemos una diferencia en el perfil de los grupos de alta y baja adhesión. La importancia de la teoría detrás del instrumento por el ofrecimiento de opciones al estudiante más acordes con su manera de pensar queda de manifiesto. Con el análisis cluster del HPSr y del PAPMr, se encontró que el grupo más grande es el grupo de baja adhesión profesional. No sucede lo mismo con el instrumento LITr, que incorpora elementos nuevos, en donde los grupos con diferentes niveles se reparten mas homogéneamente. Será interesante comprobar si esta situación se repite en otras escuelas y reflexionar sobre que podemos hacer para aumentar la adhesión de los alumnos a su profesión.

Otro hallazgo es el que los perfiles de los grupos intermedios de adhesión profesional son más irregulares que los de alta o baja adhesión.

4.3 Ante la carencia de estudios empíricos recientes que midan la adhesión profesional médica, fue adecuado probar el instrumento de Hall (1968) por ser el más empleado en el campo, aunque criticada su posición por Freidson (1978) y otros autores contemporáneos (Nigenda, 1993) ya que no ha sido propuesta otra escala de medición en medicina.

El instrumento de Hall (1968) fue en su momento un avance para la medición de los valores de adhesión profesional y para comparar los diferentes grados de profesionalización de diversas profesiones. Fue también un instrumento que sirvió de base para otros estudios como se demostró en la parte de antecedentes.

Los campos teóricos de Hall (1968), uso de la organización profesional como referencia mayor, autonomía y creencia de servicio al público no fueron corroborados. En el caso del uso de la organización profesional es probable que se deba a que se aplicó el instrumento a una población estudiantil y no en médicos egresados. En el caso de autonomía, es probable que las preguntas no exploren realmente este campo ya que los alumnos tienen poca oportunidad de aplicar su propio juicio, y en el caso de sentido de servicio al público ya explicamos, en el análisis de los instrumentos HPSr y PAPMr, que el sentido de las preguntas de Hall están explorando más bien, qué tan importante es la actitud del estudiante ante la medicina como

profesión para la sociedad (fuerza o peso social de la medicina), que un sentido de servicio a la población.

Los ítems del PAM se agrupan en los mismos cuatro factores del HPS, pero en orden diferente, y se le suman tres nuevos factores: actitud frente a la medicina institucional, futuro rol profesional con orientación social, y responsabilidad, consideración hacia los juicios de los demás. Estos nuevos factores están dados por la incorporación de las nuevas preguntas del LIT que corresponden a otra concepción de la profesión médica.

El instrumento LIT aunque incorpora preguntas con un alto sentido cultural y social y modifica sustancialmente al instrumento PAM frente al HPS, por sí solo no es un instrumento alternativo. Aunque es el instrumento que conservó un porcentaje más alto de reactivos con carga factorial $> .5000$ y también conservó el porcentaje más alto de reactivos después de la reducción, no incorpora características de la adhesión profesional de otros instrumentos que contemplan factores de la adhesión profesional que aún continúan vigentes, como autonomía, uso de la organización profesional como referencia mayor y sentido de autorregulación.

Estos resultados nos están hablando de la necesidad de construir instrumentos latinoamericanos que estén de acuerdo a nuestra tradición y códigos profesionales y el ejercicio médico actual. El LIT aunque más acorde con "valores mexicanos" tiene la carencia de otros factores que sí se manifiestan en el HPSr y en el PAM. Sugerimos que el PAM es el mejor instrumento de los tres que se analizaron en esta tesis, pues ofrece una visión más amplia de los factores implícitos en el término adhesión profesional, con orientación transcultural, manifiesta los mismos cuatro factores del HPS aunque en otro orden e incluye nuevos valores del LIT.

Podemos sintetizar diciendo que se corroboran con el HPSr y con el PAMr los campos teóricos de Hall (1968) con respecto a la creencia en la autorregulación y sentido de llamado por el campo, que con otros nombres han sido identificados por otros autores *agencia* (Bebeau, 1993), *Self-Regulatory* (Adams y colaboradores, 1996). "*Autonomy in determining one's own work*" (Allan, 1977). El aspecto "creencia de servicio al público", nuestro análisis factorial lo separó en dos factores que denominamos: importancia de la medicina frente a otras profesiones e importancia o fuerza social de la medicina. Como lo mencionamos en el análisis del HPSr, las preguntas agrupadas en estos factores están reflejando la importancia de la medicina para la

sociedad y que le sería dañino a la sociedad que desapareciera la medicina como profesión, pero en ninguna de las preguntas se explora sobre la vocación de servicio o como lo plantea Dumont (1970) (citado por Brooks y Shepherd, 1992), tampoco exploran estas preguntas "el sentido de un propósito... el bienestar de la gente". Por este motivo no consideramos que estén reflejando el campo "creencia de servicio al público" sino el peso o fuerza de la medicina para la sociedad. Sin embargo el **sentido de servicio al público** se expresa en el **factor 1 del LITr** y el **factor 3 del PAMr** con la incorporación de las nuevas preguntas logradas mediante el examen de la literatura.

Los errores de medición indican limitaciones para generalizar los resultados tanto fuera como dentro de la muestra. Indicando problemas en la construcción teórica de la adhesión profesional.

4.4 Se desea resaltar la afirmación de Dumont (1970) citado por Brooks y Shepehrd (1992), que **la vida profesional está en relación directa con los cambios sociales**, debido a lo cual se requieren redefiniciones constantes y profundas. Por lo que **profesionalismo incluye la habilidad de adaptación**. No pueden permanecer estáticos los factores que caracterizan a una profesión, ni en el tiempo, ni en las diferentes culturas. Aún en este momento de globalización que estamos viviendo, las diferencias de cultura y desarrollo no desaparecen por el hecho innegable de la globalización económica, el aumento en la velocidad de recibir información y de la difusión de los avances científicos.

El término *globalización* fue propuesto por Levit en 1983 para designar una convergencia de los mercados del mundo "en todas partes se vende la misma cosa y de la misma forma" afirmó. Esta convergencia, como lo asevera Blanco (1998) es parcial. "Es cierta para los sectores de altos ingresos, y socialmente puede ser referido a una gran parte de los productos que consumen los sectores de ingresos medios del mundo. Pero para los inmensos sectores pobres del todavía llamado tercer mundo, son casi enteramente mercados locales. Esta realidad significa que sólo una fracción de la demanda se globaliza"

En 1990, Ohmae amplió sustancialmente el contenido del término que abarca la investigación y el desarrollo, la ingeniería, la producción, la comercialización, los servicios

y la banca. Aseveraba que estamos frente a un proceso que desembocaría en una forma de gestión integrada a escala mundial de la gran empresa multinacional.

A partir de esta tesis empieza a generalizarse el uso del término *globalización*. Según Blanco (1998) desde entonces ha avanzado con rapidez la inversión extranjera directa, las empresas multinacionales han multiplicado las operaciones con socios extranjeros y alianzas de escala mundial. Afirmo Blanco (1998) **"desde el punto de vista productivo, la *globalización* está construyendo no un espacio de homogeneización sino uno de diversificación de las especializaciones: Alemania en la química y ciertos equipos de profesionales, Estados Unidos en aeronáutica, computación y servicios financieros, Japón y socios del sudeste asiático en automóviles y electrónica masiva. En relación con la investigación en ciencia y tecnología en Estados Unidos se desarrollan los campos de investigación de la medicina clínica, la investigación biomédica, las ciencias de la tierra, la investigación espacial, las telecomunicaciones, la electrónica, la robótica, la cibernética y otras ingenierías de punta. Alemania, Francia e Italia otorgan mayor peso a la química y especialmente a la física y manifiestan menos preocupación por la investigación médica y la *life sciences*.**

En medio de esta discusión está la hiperrealidad en nuestro país del tratado del libre comercio TLC, de la acreditación de escuelas y de los exámenes de certificación. Entre las diez primeras carreras pactadas en este acuerdo entre México Estados Unidos y Canadá está la profesión médica. Hoy vivimos la primera gran crisis económica de la "globalización". ¿Nos llevará a reflexionar sobre los otros aspectos de la misma, como los valores culturales y la educación médica?. Hay cambios en el saber y el quehacer médicos: la acumulación epidemiológica, énfasis en la prevención sobre la curación, desarrollo tecnológico hacia el nivel molecular y hacia los procedimientos no invasivos, resurgimiento de la bioética, aumento de la visibilidad de medicinas alternativas, mayor exigencia del consumidor, modificación de la mezcla público-privada, incremento en la competencia entre organizaciones y entre profesionales, mayor regulación del mercado médico, mayor necesidad y exigencia de información sobre el desempeño de organizaciones y profesionales, entre otras. Esto conlleva efectos en el ejercicio de la medicina y la profesionalización del médico: por ejemplo, mayor escrutinio en la calidad y eficiencia de la atención médica por parte de la sociedad (modificación de la autonomía).

There is only one scientific fantasy that seems to have any likelihood of being fulfilled. Perhaps we will create machines that can transcend our physical, social, and cognitive limits and carry on for knowledge without us.

John Morgan (1996)

Comenzamos con esta fantasía científica, que no podrá hacerse realidad. Ninguna máquina podrá, sustituir al hombre en la profesión médica, por más que sea, exacta para operaciones o estudios, a pesar de la existencia de computadoras "capaces de diagnosticar", es el ser humano con sus valores, sus actitudes, su comprensión y empatía, el que permite que la técnica y la ciencia estén al servicio del hombre y no lo hagan su esclavo. Ser humano es el más profundo valor del ser médico.

5. Referencias

1. Abreu, L.F. Ponencia en la LXXXIV reunión extraordinaria de la AMFEM, Colima, Colima 16-19 de octubre, 1996.
2. Adams D, Miller BK, Beck L. Professionalism behaviors of hospital nurse executives and middle managers in 10 western states. *West J Nurs Res* 1996; 18: 77-88.
3. Alan B and Duncan C. *Quantitative data analysis for social scientists*. London and New York: Routledge, 1994.
4. Anders E. *The Road to excellence: The Acquisition of expert performance in the arts and sciences, sports and games*. 2da London: William Heinemann Medical Books LTD, 1973.
5. Álvarez C R. *Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS. Aplicación a las ciencias de la salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A., 1994
6. Baudrillard J. *Cultura y simulacro*. Barcelona: Kairos, 1987.
7. Bebeau MJ, Born DO y Ozar DT. The development of a professional role orientation inventory. *J Am Coll Dent Summer-Fall* 1993; 60: 27-33.
8. Bisquerra R. *Estudios descriptivos*. En: *Métodos de investigación educativa*. Barcelona: CEAC, 1989.
9. Blanco J, *Globalización y política económica*. *Revista Nexos* 1998; No 246.
10. Brooks KL, Shepherd JM. Professionalism versus general critical thinking abilities of senior nursing student in four types of nursing curricula. *J Prof Nurs* 1992; 8: 87-95.
11. Bryant C, Snizek W. Practice modes and profesional role playing among large and small animal veterinarians. *Rural Sociology* 1976; 41:179-193.
12. Caddy G R, Goldman RD y Huebner R. Group differences in attitudes towards alcoholism. *Addic. Behav.* 1976; 1: 281-286.
13. Carmines G C y Zeller R.A. *Reliability and validity assessment*. Sage University Paper series on Qunatitative Applications in the Social Sciences. Beverly Hills: Sage Publications, 1976.
14. Castañeda S. *Revisión analítica de los documentos incluidos en los proyectos apoyados por CONACYT y DGAPA*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F. (manuscrito no publicado), 1996.
15. Castro L y Gorenc K-D. Una nota sobre la expansión lógica del trinomio planeación, operación y evaluación. *Extensiones* 1996; 1-2: 94-99.
16. Clark, P. *Metaanálisis*. En: Moreno F, Cano y H García (Eds). *Epidemiología clínica*, México: Interamericana-McGraw-Hillo, 1994.

17. Coolican H. Métodos de investigación y estadística en psicología. Santa Fe Colombia: El Manual Moderno, 1994.
18. Counte M, Michael A y Kimberly J. Organizational Innovation in a Professionally Dominated System: Response of Physicians to a New Program. *Medical Education* 1974; 15 (3): 188-198.
19. Delvecchio G y Mary Jo. Cultural Studies of biomedicine: an agenda for research. *Soc Sci Med* 1975; 41: 461-73.
20. Einhorn H J y Hogarth R M. Confidence in judgment: Persistence of the illusion of validity. *Psychol. Rev.* 1978; 5: 395-416.
21. Fillmore K M, Hartka E, Jonstone B.M y col. A meta-analysis of live course variation in drinking. *Brit. J. Addic.* 1991; 86: p 1221-1268.
22. Flexner A.: *Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, Nueva York: Carnegie Foundation, 1910.
23. Fox JW, Vonk, J y Snizek W. Comments on "Hall's professionalism Scale: An empirical Reassessment". *American Sociological Review* 1973; 38: 392-395.
24. Freidson, Eliot. *La profesión médica*. Barcelona: Península, 1978.
25. Frenk J. *Observatorio de la Salud. Necesidades, servicios, políticas*. México: FUNSALUD, 1997.
26. Gorenc K-D, Häfner H, Kleff, F y col. Clasificación del riesgo en el intento suicida. *Salud Mental*. 1982; 2:65-72.
27. Gorenc KD, Bruner CA, Nadelsticher A et al. A cross-cultural study: a comparison of German, Spanish and Ecuadorian alcoholics using the Munich Alcoholism Test. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1984; 10: 429-446.
28. Gorenc K D, Beltrán JE y De la Rosa M.G. *El Test de Alcoholismo Munich (M855ALT) para América Latina*. Manual No. 4 del Instituto Nacional de Ciencias Penales. México, D.F: Instituto Nacional de Ciencias Penales. 1986
29. Gorenc K-D, Beltrán, J.E, Nadelsticher, A. y Barba, J. Análisis factorial en el estudio del alcoholismo. *Acta Medica*. 1986; 88: 49-65.
30. Gorenc K-D, Reynaga J, Beltran J.E. y col. Cálculo de la muestra mínima para evaluar la validez y confiabilidad de pruebas diagnósticas: un estudio preliminar. *Rev. Intercont. Psicol. Educ.* 1988; 1: 49-68.
31. Gorenc K-D. Simulacro de selección de aspirantes para policía judicial mediante el análisis discriminante: reporte técnico. *Rev. Mex. Jus.* 1989; 4: 272-279.

32. Gorenc K-D. y Oblitas L.A. Estudio transcultural del alcoholismo: Alemania, España, Ecuador y México. *Psicología mexicana contemporánea*. Publicaciones de la Universidad Intercontinental, México, D.F. 1990.
33. Gorenc K-D, Abreu LF, Alarcón G. y Kala J.C. La clasificación de los estudiantes de medicina según los bachilleratos de procedencia y la predicción de los grupos de calidad educativa a través del análisis discriminante: una nota técnica. *Rev. Mex. Educ. Méd.* 1993; 2: 52-92.
34. Gorenc K-D, Nakahodo A CH, Peredo M. y Oblitas L.A. Consumo de bebidas alcohólicas y violación. *Rev. Latin. Psicol.* 1994; 26: 205-234.
35. Gorenc K-D, Llanos R, Gorenc K y col. Utilización del análisis discriminante en una comparación transcultural en el terreno del alcoholismo: Una nota técnica. *Rev. Psicoact. Inst. Perú.* 1994; 12: 113-134.
36. Gorenc K-D, Peredo S. y Oblitas L.A. Nulidad de la hipótesis nula. *Extensiones.* 1995; 1: 59-64.
37. Gorenc K-D, Oblitas LA, Peredo S y col. El diagnóstico de alcoholismo en estudiantes de medicina desde un enfoque transhispanoamericano: México, Colombia y Perú (Lima y Cusco). L.A Oblitas (Ed). *Psicología de la salud y medicina conductual*. México, D.F: El Manual Moderno., (aceptado para publicación) 1996.
38. Gorenc KD, Reusche RM, Peredo S. Basic science culture. Lima: Universidad Femenina del Sagrado Corazón (accepted for publication), 1998.
39. Gorenc K-D, Peredo S, Ramírez, J.A y col.. Verdad de primer orden: la incommensurabilidad del alcoholismo. Los errores en la medición de la Prueba Diagnostica de Alcoholismo Latinoamericana (PDAL) a través de la simulación baudrillardiana contrainducida. *Revista de Neuro-Psiquiatría.* 1998.
40. Gorenc K-D, Romero G, Zurita M.A y col. Evaluación de seis talleres de diseños de investigación auspiciados por la Procuraduría General de Justicia del estado de Tabasco. México. *Universidad y Ciencia* 1988; 10: 31-54.
41. Hafferty F, Salloway JC . The evolution of medicine as a profession. A 75-year perspective. *Minn Med (EUA)* 1993; 1: 26-35.
42. Hall Richard. Profesionalization and bureaucratization. *American Sociological Review* 1968; 33:92-104
43. Haseloff OW y Hoffmann HJ *Kleines Lehrbuch der Statistik*. Berlin: Walter de Gruyter Verlag, 1965
44. Holtzman W H. Projective techniques. H.C. Triandis y J.W. Berry (Eds). *Handbook of cross-cultural psychology*. Vol. 2 Methodology. Allyn y Bacon, Boston 1980
45. Howard M, Mill D. *Professionalization*. New Jersey : Prentice Hall, 1966.

46. Jackson DJ, Borgatta EF. Introduction: Measurement in sociological research. In: Jackson DJ, Borgatta EF, ed. Factor analysis and measurement in sociological research. Beverly Hills: Sage Publications, 1981.
47. Kerlinger F, "Problemas e Hipótesis" en Investigación del comportamiento 2 ed México: McGraw Hill-Interamericana, 1993: 17-19
48. Kerlinger F. Investigación del comportamiento: técnicas y metodología. México: Editorial Interamericana, 1994.
49. Kim JO, Mueller C W. Factor analysis. Sage University Paper series on: Quantitative Applications in the Social Sciences. Beverly Hills: Sage Publications, 1981: 07-014
50. Kim HJ, Parck C Y, Sohn M. Current transition of the physician's professionalism and doctor-patient relationship. Yonsei Med L (Korea) 1993; 34: 22-34.
51. Lorant J. y Haga. On managerial professionalism. American Journal of economics and sociology, 1980; 39: 418-419.
52. Loyola U. Teachers as Professionals. Social-Science. 1977; 52: 139-144.
53. Merton, Robert et all. The Student- Physician. Cambridge: Harvard University Press, 1957.
54. Miller Jon, Fry Lincoln. Measuring Profesionalism in Law Enforcement. Criminology 1976; 14: 401-411.
55. Montgomery K. Professional Dominance and the Threat of Corporatization. Current-research-on-occupations-and-professions 1992; 7: 221-240.
56. Nigenda LG. ¿Médicos en riesgo?. Análisis comparativo de tres países. Revista Mexicana de Sociología 1993; 55: 203-223.
57. Nunnally J C. Teoría Psicométrica. México: Trillas, 1978, 1987,1991.
58. Ornstein A. Teachers as Professionals. Social-Science 1977; 52: 39-144.
59. Osman Z. The role of the professional association in preparing its members for new trends. Singapur-Malaysia Congress of Librarie and information , Singapore 4-6 Sept. 1986
60. Parson Talcott. Social System, Nueva York, 1951.
61. Pereira N. Y y Andre F. The Medical Profession at issue (1922): A historical sociological view. Cadernos de Saude Publica 1995; 11: 600-615.
62. Plan de Estudios de la Carrera de Medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, aprobado por el Colegio Académico en 1978. México: Publicación interna.
63. Revenstorf D. Lehrbuch der Faktorenanalyse. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 1976.

64. Robinson, David. "Patients, practitioners and medical care" Capítulo 4. En: *Medicine: a Particular Profession* Londres, 1993: 90-109
65. Rodríguez V J. *Sociología de una profesión El caso de enfermería México:Nuevomar*, 1985.
66. Rothblatt S. How professional are the professions? A Review Article. *Comparative-Studies-in-Society-and-History* 1995; 37: 194-204.
67. Schim E. *Profesional Educator*. New York: Mac Graw-Hill, 1972
68. Siegel S. *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. México: Editorial Trillas, 1995.
69. Snizek W. Hall's professionalism scale: an empirical reassessment. *American Sociological Review* 1972; 37:109-115
70. Snizek W, Little R. Accounting for Occupational and Organizational Commitment: A Longitudinal Reexamination of Structural and Attitudinal Approaches. *West J Nurs Res*. 1996; 18: 77-88.
71. Sokal R R y Sneat P H A. *Principles of numerical taxonomy*. San Francisco y Londres: W.H. Freeman and Company, 1963.
72. Snow R. E. *Theory Construction for Research on Teaching*. En: *Contemporary theories of education* Intext Education Pub, 1971.
73. Spears MC, Simonis PL y Vaden AG. Professional attitudes of dietetics students and practitioners *J Am Diet Assoc* 1992; 92: 1522-6
74. Summers G. *Medición de actitudes México: Trillas*, 1976.
75. Timperley, Stuart y Osbaldeston. The professionalization process: a study of an aspiring occupational organization. *Sociological-Review* 1975; 23: 607-627
76. Thorndike R L. Reliability. J.P. Keeves (Ed). *Educational research, methodology, and measurement: An international handbook*. , Oxford :Pergamon Press. 1990.
77. Überla K. *Faktorenanalyse*. Berlin: Springer Verlag, 1968.
78. Wilensky H. L. The professionalization of Everyone? *The Journal of Sociology*. 1964; 70: 137-158.
79. Yarmolinsky A. What Future for the Professional in American Society. *Daedalus* 1978; 107: 159-174.
80. Yoder L.H. Staff (1995) nurses' career development relationships and self-reports of professionalism, job satisfaction, and intent to stay. *Nurs Res (Inted Stated)* Sep-oct 44 (5) p 290-7.

ANEXOS

6.1 Instrumento aplicado

6.2 Hall's Professionalism Scale HPS forma reducida

6.3 Prueba Adhesión Profesional Médica PAPM forma reducida

6.4 Prueba basada en la literatura LIT forma reducida

6 ANEXOS

6.1 Instrumento aplicado

**MAESTRÍA EN EDUCACIÓN MÉDICA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**

La presente encuesta forma parte de una investigación que estudia el proceso de profesionalización de los médicos.

Las siguientes aseveraciones son para medir su actitud respecto a la medicina como profesión. No hay respuesta "buena" o "mala". Sólo seleccione la respuesta que se asemeje más a su manera de pensar respecto a su profesión. Hay cinco posibles respuestas:

Totalmente de acuerdo	TA
Acuerdo	A
Ni acuerdo ni desacuerdo	NAND
Desacuerdo	D
Totalmente en desacuerdo	TD

Marque con una X dentro del paréntesis la respuesta seleccionada de acuerdo al siguiente ejemplo:

		No llene este espacio
1.- Un médico requiere leer sistemáticamente revistas médicas.	TA () A () NAND () D (x) TD ()	35 <input type="checkbox"/>
2.- Otras profesiones son realmente más vitales para la sociedad que la profesión médica.	TA (x) A () NAND () D () TD ()	36 <input type="checkbox"/>

No deje ninguna aseveración sin contestar y no marque más de UNA respuesta.

Por su colaboración en esta investigación muchas gracias y le recordamos que los resultados de la misma dependerán de la veracidad de sus respuestas.

NOTA: La información de esta encuesta es confidencial y los datos serán utilizados únicamente con fines académicos.

FOLIO

Edad en años cumplidos

Sexo: 1. mujer 2. hombre

Estado Civil

1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado
4. Unión libre 5. Viudo 6. Separado

No de matrícula

Módulo que se cursa

- 2 Proceso celulares fundamentales
- 3 Energía y consumo de sustancias fundamentales
- 4 El hombre y su ambiente
- 5 El hombre y su medio interno
- 6 Reproducción
- 7 Crecimiento y desarrollo del infante y preescolar
- 8 Crecimiento y desarrollo del escolar y adolescente
- 9 Salud y actividad económica primaria
- 10 Salud y actividad económica secundaria
- 11 Salud y actividad económica terciaria
- 12 Programa de educación en salud
- 13 Programa de atención integral al adulto
- 14 Programa de higiene escolar
- 15 Programa materno - infantil

Calcule con punto decimal el promedio que lleva hasta el momento en la carrera considerando los siguientes valores:

S = 6 B = 8 MB = 10

Calificación del módulo anterior

Preparatoria de origen

- 1 Privada laica mixta
- 2 Privada religiosa mixta
- 3 Privada laica varones
- 4 Privada laica mujeres
- 5 Privada religiosa varones
- 6 Privada religiosa mujeres
- 7 Oficial

Promedio preparatoria (con punto decimal)

Trabaja 1 = Si 2 = No

Si trabaja ¿Su trabajo, está relacionado con la medicina?

1 = Si 2 = No

¿Tiene familiares médicos?

1 = Si 2 = No

Si tiene familiares médicos marque su parentesco

(puede marcar más de una respuesta, en tics ponga el número)

Padre ___ Madre ___ Tios (as) maternos ___ Tios (as) paternos ___

No llene este espacio

1

4

6

7

8 15

16 17

19 22

23 24

25

28 30

31

32

33

34

CUESTIONARIO

NO LLENAR
ESTE ESPACIO

Totalmente de acuerdo	TA
Acuerdo	A
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	NAND
Desacuerdo	D
Totalmente en desacuerdo	TD

- | | | | | | | |
|---|--------|-------|----------|-------|--------|--|
| 1.- Un médico requiere leer sistemáticamente revistas médicas. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 35 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 2.- Otras profesiones son realmente más vitales para la sociedad que la profesión médica. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 36 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 3.- Un médico que viola las normas de la profesión debería ser juzgado por los mismos médicos. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 37 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 4.- Un estudiante entra a la carrera de medicina porque le gusta el trabajo médico. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 38 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 5.- Un médico debe tomar sus propias decisiones sobre lo que hay que hacer en su trabajo. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 39 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 6.- Asisto regularmente a reuniones médicas. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 40 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 7.- Pienso que la profesión médica, más que ninguna otra, es esencial para la sociedad. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 41 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 8.- Los médicos y/o estudiantes de medicina tienen una idea clara acerca de las competencias profesionales de sus compañeros. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 42 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 9.- Mis compañeros estudiantes tienen una verdadera vocación por la medicina. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 43 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 10.- Es más sencillo el trabajo médico cuando otra persona es responsable de las decisiones. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 44 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 11.- Disfruto reunirme con mis compañeros por el intercambio de ideas sobre la medicina. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 45 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 12.- La importancia de la profesión médica es a veces sobrevalorada. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 46 <input style="width: 20px;" type="text"/> |

CUESTIONARIO

NO LLENE
ESTE ESPACIO

Totalmente de acuerdo	TA
Acuerdo	A
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	NAND
Desacuerdo	D
Totalmente en desacuerdo	TD

13.- No existen realmente castigos para los médicos que violan las normas profesionales.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	47 <input style="width: 20px;" type="text"/>
14.- La dedicación a la medicina es muy gratificante.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	48 <input style="width: 20px;" type="text"/>
15.- Los médicos no tienen muchas oportunidades de tomar sus propias decisiones.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	49 <input style="width: 20px;" type="text"/>
16.- Creo que las asociaciones médicas deben ser apoyadas.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	50 <input style="width: 20px;" type="text"/>
17.- Algunas otras profesiones son realmente más importantes para la sociedad que la medicina.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	51 <input style="width: 20px;" type="text"/>
18.- Un problema de la profesión médica es que nadie sabe lo que hacen sus colegas.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	52 <input style="width: 20px;" type="text"/>
19.- El entrenamiento médico por si mismo ayuda a asegurar que los médicos mantengan en alto sus ideales profesionales.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	53 <input style="width: 20px;" type="text"/>
20.- El juicio de un médico sobre un caso en particular debe ser definitivo.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	54 <input style="width: 20px;" type="text"/>
21.- Los momentos más estimulantes son los que paso con mis colegas y/o compañeros estudiantes de medicina.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	55 <input style="width: 20px;" type="text"/>
22.- Pocas personas se dan cuenta de la importancia de la profesión médica para la sociedad.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	56 <input style="width: 20px;" type="text"/>
23.- Un problema básico para la profesión es que esté sujeta a normas (reglamentos) que no corresponden al ejercicio de la medicina.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	57 <input style="width: 20px;" type="text"/>
24.- Es estimulante ver el alto nivel de idealismo que tienen los médicos y/o estudiantes de medicina.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	58 <input style="width: 20px;" type="text"/>

CUESTIONARIO

NO LLENE
ESTE ESPACIO

Totalmente de acuerdo	TA
Acuerdo	A
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	NAND
Desacuerdo	D
Totalmente en desacuerdo	TD

- | | | | | | | |
|--|--------|-------|----------|-------|--------|--|
| 25.- El hecho de que alguien verifique las decisiones, hace más fácil el trabajo médico. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 59 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 26.- En general las sociedades médicas no se preocupan mucho por sus miembros. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 60 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 27.- Más cámaras deberían esforzarse por hacer una verdadera contribución a la sociedad, tal como lo hace la medicina. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 61 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 28.- Los médicos que violan las normas profesionales enfrentan merecidos y severos castigos. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 62 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 29.- Si bien muchos médicos hablan de altos ideales, muy pocos están realmente motivados por ellos. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 63 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 30.- Cuando se presentan problemas en el quehacer médico, existe poca oportunidad de resolverlos con base en nuestros conocimientos. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 64 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 31.- El verdadero juicio de qué tan competente es una persona en su campo es el de ella misma. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 65 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 32.- Cualquier debilitamiento de la profesión médica sería dañino para la sociedad. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 66 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 33.- Los médicos realmente no tienen manera de juzgar las competencias de sus colegas. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 67 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 34.- Es difícil encontrar médicos realmente entusiasmados con su trabajo. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 68 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 35.- Hay muy poca autonomía en el ejercicio de la medicina. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 69 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 36.- Aunque me gustaría hacerlo, yo no leo revistas médicas muy a menudo. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 70 <input style="width: 20px;" type="text"/> |

CUESTIONARIO

NO LLENE
ESTE ESPACIO

Totalmente de acuerdo	TA
Acuerdo	A
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	NAND
Desacuerdo	D
Totalmente en desacuerdo	TD

37.- Los beneficios que la medicina ofrece al individuo y a la sociedad están subestimados.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	71 <input style="width: 20px;" type="text"/>
38.- Las sociedades médicas no tienen el poder que se requiere para hacer respetar las normas profesionales.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	72 <input style="width: 20px;" type="text"/>
39.- Muchos médicos continuarían ejerciendo la profesión, aunque sus ingresos se redujeran.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	73 <input style="width: 20px;" type="text"/>
40.- Las decisiones de los médicos deben someterse a revisión.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	74 <input style="width: 20px;" type="text"/>
41.- La mayoría de mis amigos son de otras carreras.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	75 <input style="width: 20px;" type="text"/>
42.- Es imposible decir que la medicina sea más importante que otras carreras.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	76 <input style="width: 20px;" type="text"/>
43.- En el ejercicio de la medicina no hay muchas oportunidades para juzgar el trabajo de otros médicos.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	77 <input style="width: 20px;" type="text"/>
44.- La mayoría de las verdaderas recompensas del quehacer médico no pueden ser apreciadas por legos.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	78 <input style="width: 20px;" type="text"/>
45.- El médico es su propio patrón.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	79 <input style="width: 20px;" type="text"/>
46.- Durante la formación y el ejercicio de la medicina realmente no se alienta la educación continua.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	80 <input style="width: 20px;" type="text"/>
47.- Si alguna profesión es indispensable para la sociedad es la medicina.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	81 <input style="width: 20px;" type="text"/>
48.- Los médicos pueden calificar la competencia profesional de sus colegas.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	82 <input style="width: 20px;" type="text"/>

CUESTIONARIO

NO LLENE
ESTE ESPACIO

Totalmente de acuerdo	TA
Acuerdo	A
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	NAND
Desacuerdo	D
Totalmente en desacuerdo	TD

49.- Hay muy pocos médicos que realmente no creen en la medicina.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	83	<input type="text"/>
50.- La mayor parte de las decisiones que toman los médicos en su ejercicio profesional son revisadas por otras personas.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	84	<input type="text"/>
51.- Pienso que las leyes y el tribunal de arbitraje médico impiden a los médicos ejercer libremente.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	85	<input type="text"/>
52.- Los médicos deben intercambiar opiniones y conocimientos entre sí.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	86	<input type="text"/>
53.- Me gustaría hacer una especialización clínica.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	87	<input type="text"/>
54.- Pienso que debo utilizar mi conocimiento y experiencia para ayudar a aquéllos que no pueden pagar.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	88	<input type="text"/>
55.- Cuando me reciba, me gustaría trabajar en forma privada en mi consultorio.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	89	<input type="text"/>
56.- Cuando me reciba, pienso estudiar una especialización biomédica (ciencias básicas)	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	90	<input type="text"/>
57.- Pienso que la práctica institucional es mejor para el paciente.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	91	<input type="text"/>
58.- El paciente debería participar en la elección del tratamiento.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	92	<input type="text"/>
59.- Cuando me reciba pienso ejercer como médico general.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	93	<input type="text"/>
60.- Me gustaría hacer una especialización sociomédica.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	94	<input type="text"/>
61.- En nuestro país hacen más falta los médicos generales que los especialistas.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	95	<input type="text"/>

CUESTIONARIO

NO LLENE
ESTE ESPACIO

Totalmente de acuerdo	TA
Acuerdo	A
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	NAND
Desacuerdo	D
Totalmente en desacuerdo	TD

62.- El médico tiene la responsabilidad de mantenerse actualizado tomando cursos de educación continua.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	94	[]
63.- El público debería tener mayor control sobre las políticas de salud y la calidad de la atención.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	97	[]
64.- Me gustaría ser médico especialista, pues tiene mejor salario que un médico general.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	98	[]
65.- Pienso que los médicos deben apoyarse entre sí.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	99	[]
66.- El médico debe pertenecer y participar en sociedades médicas.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	100	[]
67.- El médico que no se especializa está en desventaja.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	101	[]
68.- Los médicos pueden ejercer libremente la profesión.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	102	[]
69.- Considero que la práctica institucional es más ventajosa para el médico.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	103	[]
70.- Pienso que siendo médico no enfrentaré posibles problemas de desocupación.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	104	[]
71.- Una vez que el paciente acepte mi servicio profesional, deberá seguir mis indicaciones sin cuestionar mi autoridad.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	105	[]
72.- Considero que la practica privada es más satisfactoria porque nadie se mete conmigo.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	106	[]
73.- Mi primera obligación como médico, es conmigo mismo.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	107	[]
74.- Considero que la Universidad me ha transmitido los valores y actitudes de la profesión médica.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	108	[]

CUESTIONARIO

NO LLENE
ESTE ESPACIO

Totalmente de acuerdo	TA
Acuerdo	A
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	NAND
Desacuerdo	D
Totalmente en desacuerdo	TD

75.- El médico debe ser un educador para la salud.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	100 <input style="width: 20px;" type="text"/>
76.- Me es satisfactorio practicar la medicina en grupos de población.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	110 <input style="width: 20px;" type="text"/>
77.- Tengo las habilidades clínicas para ejercer como médico general.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	111 <input style="width: 20px;" type="text"/>
78.- Es indispensable que el paciente entienda el tratamiento que se le está dando para lograr su control.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	112 <input style="width: 20px;" type="text"/>
79.- En el equipo de salud, el médico ejerce de forma natural el liderazgo.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	113 <input style="width: 20px;" type="text"/>
80.- Aunque es correcto que las políticas sanitarias hagan énfasis en la prevención, el quehacer médico es eminentemente clínico.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	114 <input style="width: 20px;" type="text"/>
81.- Pienso que tengo un cuerpo sólido de conocimientos médicos.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	116 <input style="width: 20px;" type="text"/>
82.- Me agrada trabajar en equipo con otros profesionistas de la salud.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	116 <input style="width: 20px;" type="text"/>
83.- Considero que la universidad me ha transmitido un código ético para mi quehacer médico.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	117 <input style="width: 20px;" type="text"/>
84.- Los pacientes no tienen en verdad conocimientos ni criterio para opinar sobre su tratamiento.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	118 <input style="width: 20px;" type="text"/>
85.- Yo seré médico y acepto con orgullo todas las responsabilidades que esto conlleva.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	119 <input style="width: 20px;" type="text"/>

6 ANEXOS

6.2 Hall's Professionalism Scale HPS forma reducida

CUESTIONARIO

NO LLENE
ESTE ESPACIO

Totalmente de acuerdo	TA
Acuerdo	A
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	NAND
Desacuerdo	D
Totalmente en desacuerdo	TD

- | | | | | | | |
|---|--------|-------|----------|-------|--------|--|
| 2.- Otras profesiones son realmente más vitales para la sociedad que la profesión médica. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 36 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 3.- Un médico que viola las normas de la profesión debería ser juzgado por los mismos médicos. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 37 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 4.- Un estudiante entra a la carrera de medicina porque le gusta el trabajo médico. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 38 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 7.- Pienso que la profesión médica, más que ninguna otra, es esencial para la sociedad. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 41 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 17.- Algunas otras profesiones son realmente más importantes para la sociedad que la medicina. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 51 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 27.- Más carreras deberían esforzarse por hacer una verdadera contribución a la sociedad, tal como lo hace la medicina. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 59 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 32.- Cualquier debilitamiento de la profesión médica sería dañino para la sociedad. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 60 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 34.- Es difícil encontrar médicos realmente entusiasmados con su trabajo. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 65 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 47.- Si alguna profesión es indispensable para la sociedad es la medicina. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 71 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 48.- Los médicos pueden calificar la competencia profesional de sus colegas. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 82 <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 49.- Hay muy pocos médicos que realmente no creen en la medicina. | TA () | A () | NAND () | D () | TD () | 83 <input style="width: 20px;" type="text"/> |

6 ANEXOS

6.3 Prueba Adhesión Profesional Médica PAPM forma reducida

CUESTIONARIO

NO LLENE
ESTE ESPACIO

Totalmente de acuerdo	TA
Acuerdo	A
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	NAND
Desacuerdo	D
Totalmente en desacuerdo	TD

2.- Otras profesiones son realmente más vitales para la sociedad que la profesión médica.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	36 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
3.- Un médico que viola las normas de la profesión debería ser juzgado por los mismos médicos.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	37 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
4.- Un estudiante entra a la carrera de medicina porque le gusta el trabajo médico.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	38 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
7.- Pienso que la profesión médica, más que ninguna otra, es esencial para la sociedad.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	41 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
17.- Algunas otras profesiones son realmente más importantes para la sociedad que la medicina.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	51 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
27.- Más carreras deberían esforzarse por hacer una verdadera contribución a la sociedad, tal como lo hace la medicina.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	61 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
47.- Si alguna profesión es indispensable para la sociedad es la medicina.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	81 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
48.- Los médicos pueden calificar la competencia profesional de sus colegas.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	82 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
57.- Pienso que la práctica institucional es mejor para el paciente.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	91 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
59.- Cuando me reciba pienso ejercer como médico general.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	93 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
60.- Me gustaría hacer una especialización sociomédica.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	94 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
61.- En nuestro país hacen más falta los médicos generales que los especialistas.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	95 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
65.- Pienso que los médicos deben apoyarse entre sí.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	99 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>

CUESTIONARIO

NO LLENE
ESTE ESPACIO

Totalmente de acuerdo	TA
Acuerdo	A
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	NAND
Desacuerdo	D
Totalmente en desacuerdo	TD

69.- Considero que la práctica institucional es más ventajosa para el médico.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	103 <input style="width: 20px;" type="text"/>
71.- Una vez que el paciente acepte mi servicio profesional, deberá seguir mis indicaciones sin cuestionar mi autoridad.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	105 <input style="width: 20px;" type="text"/>
72.- Considero que la practica privada es más satisfactoria porque nadie se mete conmigo.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	108 <input style="width: 20px;" type="text"/>
75.- El médico debe ser un educador para la salud.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	109 <input style="width: 20px;" type="text"/>
78.- Es indispensable que el paciente entienda el tratamiento que se le está dando para lograr su control.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	112 <input style="width: 20px;" type="text"/>

6 ANEXOS

6.4 Prueba basada en la literatura LIT forma reducida

CUESTIONARIO

NO LLENE
ESTE ESPACIO

Totalmente de acuerdo	TA
Acuerdo	A
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	NAND
Desacuerdo	D
Totalmente en desacuerdo	TD

57.- Pienso que la práctica institucional es mejor para el paciente.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	97 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
59.- Cuando me reciba pienso ejercer como médico general.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	93 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
60.- Me gustaría hacer una especialización sociomédica.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	94 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
81.- En nuestro país hacen más falta los médicos generales que los especialistas.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	98 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
65.- Pienso que los médicos deben apoyarse entre sí.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	99 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
69.- Considero que la práctica institucional es más ventajosa para el médico.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	99 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
71.- Una vez que el paciente acepte mi servicio profesional, deberá seguir mis indicaciones sin cuestionar mi autoridad.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	100 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
72.- Considero que la práctica privada es más satisfactoria porque nadie se mete conmigo.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	100 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
75.- El médico debe ser un educador para la salud.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	100 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
76.- Me es satisfactorio practicar la medicina en grupos de población.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	110 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
78.- Es indispensable que el paciente entienda el tratamiento que se le está dando para lograr su control.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	112 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
82.- Me agrada trabajar en equipo con otros profesionistas de la salud.	TA ()	A ()	NAND ()	D ()	TD ()	118 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>