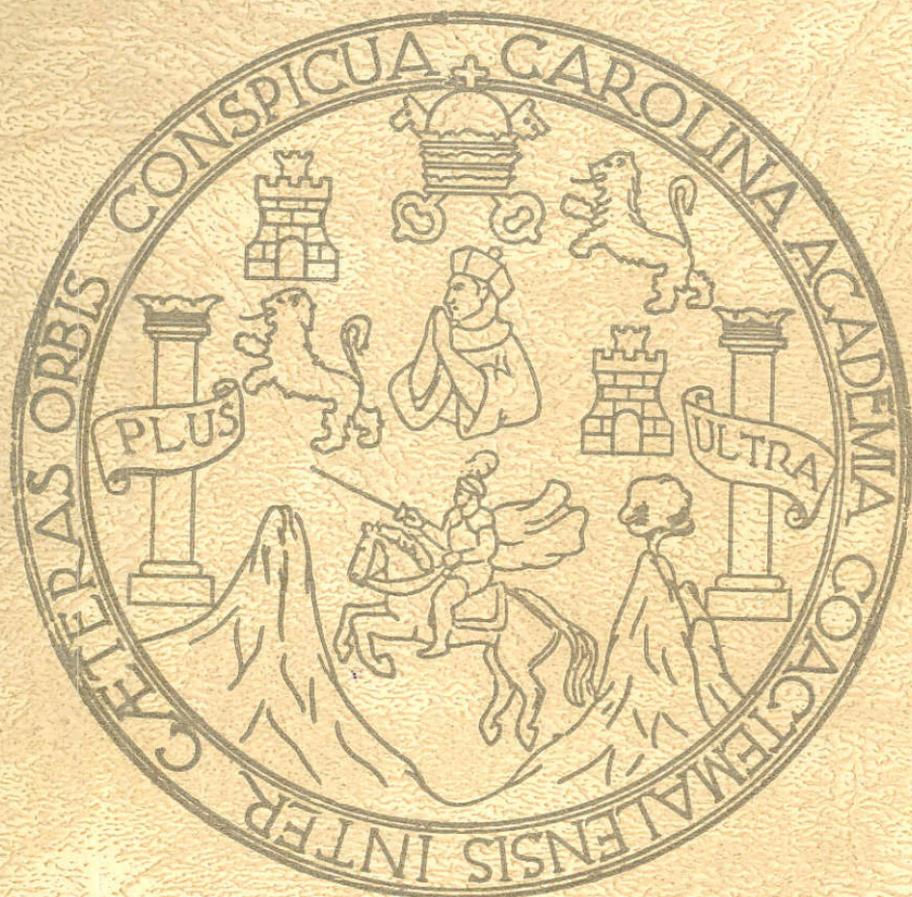


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES DE
ESTUDIANTE DE MEDICINA



ALEXANDER JORGE LUIS SANTOS DE LEON

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

	Pagina
I. TITULO Y SUBTITULO	1
II. INDICE	2
III. INTRODUCCION	3
IV. PLANTEAMIENTO Y DEFINICION DEL PROBLEMA	4
V. JUSTIFICACION	5
VI. OBJETIVOS	6
VII. REVISION BIBLIOGRAFICA	7
VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS	50
IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	82
X. CONCLUSIONES	86
XI. RECOMENDACIONES	87
XII. RESUMEN	88
XIII. BIBLIOGRAFIA	89
XIV. ANEXOS	91

INTRODUCCION

El presente estudio fue realizado en una muestra representativa (360) estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el período de Agosto a Octubre de 1998, siendo el objetivo conocer las conductas y actitudes sexuales, las cuales sabemos que pueden poner a riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual y/o la infección del VIH.

Cabe mencionar que los datos encontrados son por lo demás interesantes ya que se trata de una evaluación formal y detallada, creo que los mismos datos serán para el que los lea utilice, una experiencia de aprendizaje sobre sexualidad en una población seleccionada de Guatemala, pero que sin embargo representa una gran parte de nuestro país.

Antes de los datos de relevancia encontrados en el presente estudio, se mencionan entre otros el inicio temprano de las relaciones sexuales, el no uso o poco uso del condón como método preventivo de las enfermedades de transmisión sexual, se ha demostrado que entre el 15 y el 20% de los preservativos hoy utilizados fallan, lo que significa que uno de cada cinco o seis contactos sexuales en los cuales se ha empleado el preservativo, constituyen una fuente muy segura de contagio. También el uso de drogas, el abuso sexual y el considerar la carrera de medicina como un riesgo laboral para la adquisición de la infección por el VIH y no así sus conductas y actitudes sexuales como lo fundamental para la misma.

PLANTEAMIENTO Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué porcentaje de la población estudiantil de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, tiene conocimientos y actitudes sexuales de riesgo, respecto a la infección del virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS); que actitudes adopta como medida preventiva y que interés le da al problema?

El primer intento a gran escala por estudiosos en describir la conducta sexual del hombre empezó a fines de la década de 1930 y lo realizaron Alfred Kinsey y colegas de la Universidad de Indiana (Malamuit, N. 1987)²¹. Así también se logra establecer que el VIH, es tan antiguo como la vida misma, por lo que se considera de vital importancia, conocer que tanto conoce el estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala acerca del mismo.

Se espera que los datos que se obtengan nos permitan tener conocimientos más amplios sobre un tópico que en nuestro país sigue siendo difícil discutir. Al llevar a cabo la presente investigación, se espera crear conciencia e informar a los estudiantes de Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de quiénes se obtendrá la muestra para comprobar o desaprobado la hipótesis acerca de los métodos preventivos y las consecuencias que el desconocimiento de la enfermedad (SIDA y ETS), repercute no solamente en su persona, sino en la población en general.

JUSTIFICACIÓN

En época reciente el método de encuesta ha surgido a gran escala, basado en cuestionarios que intentan detectar respuestas a preguntas de ensayo concernientes a sus conocimientos y actitudes sexuales. Junto con otros sondeos de menor magnitud ofrecen un amplio panorama de los conocimientos, conductas y actitudes sexuales.

En el presente estudio se intenta obtener datos confiables sobre los conocimientos y actitudes sexuales del estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con énfasis en cuatro puntos:

- A. Inclínación de tendencias sexuales
- B. Uso de medios profilácticos para evitar ETS's²², incluido el VIH/SIDA
- C. Evaluar promiscuidad sexual en la población a estudiar. Y
- D. Conductas de riesgo de la población estudiantil.

Dado que estudios realizados en la población estudiantil de la Universidad de San Carlos de Guatemala, referente al conocimiento acerca de la enfermedad del SIDA²³, arrojan como resultado una elevada tasa de desconocimientos sobre la misma.

OBJETIVOS

GENERAL:

- Identificar el tipo de conducta y actitud sexual de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

ESPECIFICOS:

- Determinar las actitudes sexuales del estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Establecer las conductas de riesgo al tener relaciones sexuales en el estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Establecer cuáles son las conductas de riesgo para adquisición de ETS's, practicadas por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

REVISION BIBLIOGRAFICA:

A. LA NUEVA SEXUALIDAD DEL VARON

Hoy es habitual que las mujeres exijan y logren gozar de su sexualidad, esto es bastante novedoso. Esta nueva posición de las mujeres ha determinado a su vez, cambios particulares en la conducta sexual masculina con los siguientes beneficios y dificultades propios de todo proceso de cambio. Por otra parte, y aunque pueda resultar sorprendente, los problemas sexuales masculinos constituyen mas del 70% de la consulta sexológica en los centros especializados del mundo.

CHRISTINE Collange, describe cinco motivos de preocupación para los hombres:

- Su falta de información frente a la actitud avisada y exigente de las mujeres,
- La nueva significación del rechazo femenino,
- Las mujeres toman iniciativa en materia sexual,
- El sentimiento de competición entre varones reforzado por los elementos de comparación que ahora disponen las mujeres,
- Los apremios del mundo moderno no corresponden a los ritmos de una vida sexual equilibrada.

Es un hecho que casi el 50% de la consulta en los servicios hospitalarios de Urología y Andrología se refiere a problemas sexuales. En una encuesta hecha en Estados Unidos por Psychology Today sobre mas de 52,000 personas, el 55% de los hombres afirmo que no estaban satisfechos con su vida sexual. El 39% afirmó tener diversos problemas, como desinterés por el sexo y eyaculación precoz. En esta época en la que aparentemente gozamos de tanta libertad, no todo anda bien para los hombres.

Mitos sexuales masculinos:

- Los hombres no deben tener, o al menos, no deben expresar ciertos sentimientos,
- En sexo, como en cualquier otra cosa, lo que cuenta es el rendimiento,
- El hombre es el encargado de iniciar u orquestar lo sexual; es responsable también del orgasmo femenino,

- El hombre siempre debe desear y estar listo para el sexo,
- Todo contacto físico debe necesariamente terminar en una relación sexual,
- Relación sexual equivale a coito vaginal,
- Toda actividad sexual requiere como condición básica la erección,
- Buen sexo es una progresión lineal de excitación creciente que termina exclusivamente en el orgasmo,
- El sexo debe ser natural y espontáneo.

Gran parte de los problemas sexuales masculinos se deben a lo que Masters y Johnson denominan ansiedad por rendimiento.

Algunos acusan y culpan a su pareja como un modo de encontrar alivio frente a los problemas que lo acosan, sin darse cuenta de que lo que está cambiando es un sistema social que lo incluye tanto a él como a su mujer.¹

B. HETEROSEXUAL-MATRIMONIAL-REPRODUCTIVO

Dos mil años de socialización han marcado a fuego estas tres premisas en el ejercicio de la sexualidad y determinan los condicionales sociales de todas nuestras manifestaciones sexuales.

El sexo oficial, **HETEROSEXUAL-MATRIMONIAL Y REPRODUCTIVO** es vigorosamente ejercitado por las clases menos favorecidas. La elite tiene acceso a otro tipo de sexo, todo aquel que el dinero puede comprar.

Basta mencionar los avisos de los periódicos ofreciendo desde masajes especializados hasta sofisticadas prácticas sexuales, entre las que se incluyen todas las variantes deseables e imaginables.

¹ Krulowitz, J.E., and Payne, E.J. Atributions about rape: Effects of rapist force, observer sex, and sex role attitudes. In his: *Journal of Applied Social Psychology*, 1978, (pp. 8, 291-305)

Ciertos grupos tienen la posibilidad de practicar cuatro tipos de relaciones sexo-coitales que no corresponden al sexo oficial. Ellos son: *Sexo social, Homosexualidad, variantes no reproductivas, proezas sexuales.*

Llamemos sexo social a aquel tolerado (y esperado) en la vida de relación en que el componente de denominación social o económica este presente. El joven de la casa con la empleada doméstica, el médico con la enfermera, los hombres ricos o famosos con las modelos o artistas de cine (últimamente también los deportistas famosos), la mujer con adolescentes, los pilotos con las azafatas, el jefe con la secretaria y muchos más que sería largo y tedioso enumerar.

La homosexualidad, oficialmente rechazada y hasta catalogada como desviación, depravación, o enfermedad, es aceptable en artistas (bailarines, clásicos, escritores, pintores), modistos y peluqueros de moda, cantores de música moderna, travestis famosos, etc.

Las variantes no reproductivas están caracterizadas por la alta y cara prostitución femenina o masculina, los lugares de placer de gran lujo, las sofisticadas casas de masajes y saunas, las compañeras de viaje y fiestas de ejecutivos, las costosas revistas eróticas y pornográficas, cuyo precio en nuestra América Latina es de alrededor de la cuarta parte de un salario mínimo.

Las proezas sexuales están a cargo de artistas y deportistas de moda, como así también de la alta elite financiera (play boys). El cambio de parejas (muchas veces logrado a través de anuncios periodísticos), los matrimonios abiertos y los frecuentes divorcios (que llegan a seis o siete veces en una misma persona y que constituyen una práctica de cambio de pareja sexual legalizada) son claros ejemplos de este comportamiento sexual deportivo.²

Los hombres que recibieron clase de educación sexual en mayor porcentaje que las mujeres saben como se usa correctamente la espuma, pero también este es un porcentaje bajo, cuando la mayoría de ellos han oído hablar de métodos vaginales.

En el caso de los hombres vale la pena mencionar que aunque un 79.2% de los que recibieron educación sexual tenían el conocimiento de uso, el 98.3% declararon saber sobre este método

C. METODOS PARA EL ESTUDIO DE LA SEXUALIDAD HUMANA

Tres métodos de investigación han aportado la parte principal de los conocimientos referentes a la conducta sexual en el hombre. El primero, el método de encuestas; en él la información sobre creencias, actitudes y prácticas se obtiene de grupos numerosos de personas.

El segundo método, una estrategia más descriptiva y reciente, es la de observación en condiciones fisiológicas de la respuesta sexual proviene de laboratorios de investigadores como William Masters y Virginia Johnson, quienes han observado y medido con mucho rigor las reacciones orgánicas durante la actividad sexual. La observación clínica, a pesar de ofrecer menos control, suministra así mismo importantes datos².

El tercer método es el método experimental, con el se pretende descubrir las formas en que ciertas variables afectan a la actividad sexual en situaciones controladas. Por ejemplo, un experimentador medirá las diferencias en la excitación sexual de hombres y mujeres ante determinada clase de estímulos eróticos. Muchos e importantes trabajos de investigación con animales pertenecen a esta categoría. El método experimental aplicado al ser humano es más reciente que los dos anteriores, pero empieza a dilucidar interrogantes antiguas que nunca se habían investigado. El conocimiento científico exige probar las explicaciones mediante la predicción y el control, y esto se logra gracias al método experimental, el cual consiste en manipular las variables y estudiar el efecto que tienen en la conducta⁴.

² Griffit, N. Response to erotic and projection of response to erotic in the oppsote sex. *In this: Journal of Experimental Research in Personality*, 1976, (pp 330-338)

³ Malamuth, N. Rape fantasies as a function of espposure to violent sexual stimality. *Archives of Sexual Behavior*, 1981, (pp 10, 33-47)

⁴ Martínez Noak, Miguel. *Sexualidad en la mujer*. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, acultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1987.

1. EL METODO DE ENCUESTAS

El primer intento a gran escala por estudiar y describir la conducta sexual del hombre dio inicio a fines de la década de 1930 y lo realizaron Alfred Kinsey y sus colegas en la Universidad de Indiana. Kinsey, un zoólogo que había dedicado mas de 20 años al estudio de abejas, fue invitado alguna vez a dictar conferencias en curso sobre el matrimonio, en esa universidad. Como todo buen profesor lo primero que hizo fue dirigirse a la biblioteca para documentarse y preparar sus conferencias. Descubrió entonces que la sexualidad humana había sido objeto de muy pocas investigaciones. Ese hecho fue decisivo para su carrera. De 1938 a 1948, él y sus colaboradores efectuaron la encuesta más amplia jamás realizada sobre la conducta sexual del hombre.

El primer informe de Kinsey, *Sexual Behavior in Human Male* (Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948), presentaba un análisis estadístico muy pormenorizado sobre la actividad erótica de 5,300 estadounidenses cuya edad fluctuaba de 10 a 90 años. En entrevistas personales de unas dos horas de duración, se plantearon a los varones cerca de 300 preguntas relativas a su vida sexual. Un libro complementario titulado *Sexual Behavior in their Human Female* (Kinsey, Pomeroy, Martin y Gebhar, 1953), fue el resultado de entrevistas similares a 5,940 estadounidenses⁵.

Aunque se publicaron en la generación anterior, los informes de Kinsey se consideraban todavía la encuesta más completa que sobre conducta sexual se ha hecho. En fecha reciente han aparecido otras encuestas a gran escala. La patrocinada por el Play Boy Foundation, se basó en datos de cuestionarios que había encuestado a 2,026 hombres y mujeres que vivían en 24 ciudades diferentes (Hunt, 1974), *The Hite Report* (1976) entrevistó a más de 3,000 mujeres que ofrecieron respuestas en forma de relatos a las preguntas de ensayo concernientes a sus actitudes y prácticas sexuales.

⁵ Kaplan, R.M. Is Beaty talent? Sex interaction un the attractivevens halo effect. *Sex roles*, 1978. (pp. 4, 195-205).

Keverne, E.B. pheromones and sexual behavior, *In: J. Money and H. Musaph (Eds.), Handbook of sexology*, amsterdan: Excerpta Médica. 1977.

Dos revistas femeninas, *Cosmopolitan* y *Redbook*, patrocinaron encuestas por cuestionarios en 1980; más de 106,000 mujeres regresaron el cuestionario enviado por *Cosmopolitan* (Wolfe, 1980), mientras que 6,000 varones y 20,000 mujeres respondieron a la entrevista de *Redbook* (Sarrel y Sarrel 1980). Junto con otros sondeos de menor magnitud, estos ofrecen un amplio panorama de las conductas, actitudes y experiencias sexuales, así como sobre los cambios ocurridos con los años.

a. PROBLEMAS DE LA INVESTIGACION DEL SEXO MEDIANTE ENCUESTAS

La gran ventaja de la encuesta consiste en que la gente no admite al investigador en la intimidad de su recámara, pero está dispuesta a llenar un cuestionario o someterse a una entrevista. En teoría, la encuesta se basa en una muestra aleatoria de personas representativas de la población general sobre la cual deseamos sacar conclusiones. Muestra representativa es aquella cuyos caracteres más importantes (edad, sexo, escolaridad, raza) tiene la misma proporción que la población general. Si sujetos dan datos verídicos y exactos podemos generalizar con gran precisión con base en los resultados hacia una población mayor. Los encuestadores políticos suelen predecir las elecciones a partir de una muestra de electores bastante reducida pero representativa de todo el electorado⁶.

Los principales problemas en el momento de interpretar los resultados de las encuestas sexuales se deben a la imposibilidad de cumplir con los requisitos que acabamos de señalar. Dos fallas son de particular importancia: muestras auto seleccionadas, no representativas; posibles deformaciones en autoinformes introspectivos sobre la conducta sexual.

Examinaremos primero los problemas relacionados con la obtención de muestras. Ha sido difícil alcanzar representatividad completa en las encuestas de índole sexual. La de Kinsey fue hecha por personas competentes; pero la muestra no fue representativa de la población estadounidense a pesar de estar integrada por 11,240 personas con amplia gama de diferencias

de edad, escolaridad, ocupación, afiliación religiosa, estado civil y otras variables. Por ejemplo, los grupos rurales y los niveles de escolaridad inferior no figuraron en la muestra, como tampoco los niños ni las personas mayores de 50 años. La mayoría de los respondientes eran voluntarios de raza blanca. Kinsey conocía muy bien las limitaciones de su muestra y tuvo mucho cuidado en advertir que los resultados no reflejaban necesariamente la conducta sexual de la población estadounidense⁷.

En encuestas anteriores uno de los problemas más arduos ha sido que muchísimas personas se niegan a participar en ellas. En la auspiciada por la Play boy Foundation, se procuró seleccionar una muestra aleatoria y representativa, pero el 80% de las personas escogidas no quiso intervenir. La encuesta Hite se basó en 3,000 respondientes, pero 97,000 de *Cosmopolitan*, presentados ambos en 1980, están tomados de muestras formadas por 106,000 personas, el hecho de que las revistas tengan una circulación de más de 10 millones significa que, a la suma, respondió el 1% de sus lectoras (que de ninguna manera es una cifra representativa de las lectoras). Así pues, en todos estos estudios afrontamos el problema de la autoselección. Siempre existe la posibilidad de que los voluntarios que acceden a participar en tales encuestas tengan actitudes y opiniones y opiniones diferentes a los que se niegan a hacerlo. Por eso, los resultados pueden aplicarse únicamente a individuos semejantes a los respondientes. Ello no significa que los datos carezcan de utilidad o importancia, sino que las conclusiones que podemos extraer acerca de otros segmentos de la población, tiene limitaciones⁸.

Un segundo problema potencial se relaciona con la exactitud y confiabilidad de los datos. Los respondientes proporcionan contestaciones falsas por múltiples causas; deficiencias en su capacidad para recordar cuando o cuanta frecuencia ocurrió determinada experiencia;

⁶ IV Congreso Latinoamericano de sexología y educación sexual, 13-17 Junio 1988, tomo II. Ediciones Asociación Argentina de protección familiar. Buenos Aires Argentina. (pp. 34-41, 103-104).

⁷ León, R.G. *La Nueva sexualidad del varón*. Editorial Paidós, Buenos Aires, Primera edición, 1987, (pp. 17-27).

Aronson, E. some antecedents of interpersonal attraction In W.J. Arnold and D. Levine (Eds.), *Nebraska symposium on motivation* Lincoln: University of Nebraska Press, 1969, vol. 17.

⁸ Asch, S.E. forming impressions of personality. In his: *Journal of abnormal and social Psychology*, 1976 (pp. 34, 434-446).

vergüenza y renuncia a comunicar determinadas conductas; presunción e interpretación errónea de las preguntas⁹.

Es verdad que las encuestas han aportado muchos datos sobre la conducta y actitudes sexuales, pero no pueden revelarnos todo lo relativo a estas últimas, y hemos de tener presentes sus limitaciones al estudiar los resultados. En los apartados siguientes, exponemos los principales hallazgos que nos ha proporcionado¹⁰.

b. PATRONES Y CAMBIOS EN LA CONDUCTA SEXUAL

Kinsey y sus colaboradores obtuvieron enorme cantidad de datos con más de 300 preguntas que hicieron a hombres y mujeres las entrevistas. En general, se observa que el porcentaje de los que se masturban ha cambiado un poco, pero los que lo hacen comienzan cada vez más jóvenes y la frecuencia de la masturbación es mayor. En la encuesta Hite (1976), el 28% de las entrevistadas dijeron que se masturbaban¹¹.

Cambios más profundos parecen haberse realizado en la actividad sexual premarital, extramarital y la estimulación bucogenital. A los 18 años de edad, casi la mitad de los estadounidenses ya han tenido relaciones sexuales (Zelnick, Kmy Kanther, 1979). En los casados cuya edad oscila entre 18 y 24 años, el porcentaje de las personas que tuvieron relaciones sexuales antes de casarse alcanza el 95% en el varón y el 18% en la mujer (Hunt, 1979).

No obstante ese incremento, apenas el 20% de las mujeres y el 40% de los hombres encontraron agradable su primera experiencia sexual; cerca de un tercio de los hombres y dos tercios de las mujeres sintieron remordimiento, culpabilidad e inquietud después del acto. (Hunt, 1974).

⁹ IV Congreso Latinoamericano de sexología y educación sexual, 13-17 Junio 1988, tomo II. Ediciones Asociación Argentina de protección familiar. Buenos Aires Argentina. (pp. 34-41, 103-104).

¹⁰ León, R.G. *La Nueva sexualidad del varón*. Editorial Paidós, Buenos Aires, Primera edición, 1987, (pp. 17-27).

¹¹ Kanin, E.J., and Parcell, S.R. Sexual aggression: A second look at the offend female. *Archives of sexual Behavior*, 1977, (pp. 6, 67-76).

También parecen ir en aumento las relaciones sexuales extraconyugales, sobre todo entre mujeres. *Casi el 70% de las casadas que contestaron la encuesta del Cosmopolitan confesaron haber tenido por lo menos una aventura extramarital* (Wolfe, 1980). El resultado no deja de ser sorprendente, aún teniendo en cuenta que esta muestra es muy diferente a la de Kinsey, en la cual se obtuvo promedio del 26%.

Por último, también ha crecido la práctica de la estimulación bucogenital, en forma impresionante, en todos los niveles de escolaridad (Downwy, 1980). El estudio auspiciado por la Playboy Foundation descubrió que un 80% de los solteros y solteras de los 25 a los 34 años de edad, y cerca del 90% de los casados menores de 25 años, recurrían a ese tipo de estimulación (Hunt, 1974).

El método de encuestas ha sido sumamente útil a pesar de sus limitaciones. Las encuestas, a partir de la de Kinsey, han contribuido a derribar barreras que se oponían al estudio de las actitudes y conductas sexuales y además nos han proporcionado gran parte de la información actual¹².

2. EL METODO OBSERVACIONAL

Por lo regular la conducta sexual es observada únicamente por los participantes. En 1953, el ginecólogo Williams Masters y su colega Virginia Johnson empezaron un estudio revolucionario que significó un gran avance en el conocimiento científico de las complejas reacciones del organismo durante la actividad sexual. Durante más de 10 años examinaron las respuestas sexuales de 694 hombres y mujeres en condiciones controladas de laboratorio. Midió reacciones fisiológicas como la frecuencia cardíaca, la respiración, y la presión arterial mientras los sujetos voluntarios se masturbaban, tenían relaciones sexuales y realizaban otras actividades sexuales. Se observaron 10,000 relaciones sexuales. Introdujeron una cámara fotográfica en un estuche transparente en forma de pene; de ese modo pudieron filmar las

¹² Kanin, E.J., and Parcell, S.R. Sexual aggression: A second look at the offend female. *Archives of sexual Behavior*, 1977, (pp. 6, 67-76).

Kaplan, R.M. Is Beauty talent? Sex interaction un the attractivevens halo effect. *Sex roles*, 1978. (pp. 4, 195-205).

reacciones vaginales y uterinas durante una copula simulada. Publicaron sus resultados en un libro titulado *Human Sexual Response* (Masters y Johnson, 1966). En 1979 editaron *Homosexuality in Perspective*, que sintetiza 10 años de comparaciones de laboratorio entre la respuesta sexual de hombres y mujeres homosexuales y heterosexuales. Prácticamente no se observó diferencia alguna entre los patrones de respuesta fisiológica sexual de homosexuales y heterosexuales, no indicando que sea debido a alteraciones hormonales y/o genéticas¹³.

Masters y Johnson se dieron cuenta de que, si bien las respuestas fisiológicas muestran diferencias individuales, la mayoría de las respuestas pasa por un patrón básico de cuatro etapas: excitación, estabilización, orgasmo, y resolución. La respuesta inicial ante la estimulación sexual consiste en la lubricación vaginal y en la erección del pene, respectivamente. Viene luego la erección de los pezones en la mujer, engrosamiento de las paredes vaginales, aplanamiento y elevación de los genitales externos. En el varón se advierte un ligero aumento de tamaño y elevación de los testículos.

En la segunda etapa, la de estabilización, la excitación manifiesta por un aumento de la frecuencia cardíaca, de la respiración y la tensión muscular. Los testículos aumentan en un 50% del tamaño normal y se eleva sobre el escroto. En la mujer los tejidos que rodean el tercio externo de la vagina se distienden y reducen el diámetro del orificio vaginal hasta en un 50%. El clítoris se retrae bajo el capuchón o prepucio que lo cubre.

En la tercer etapa, la de orgasmo, el pene comienza a palpar en contracciones rítmicas. El semen se acumula en el bulbo uretral y las contracciones de esta estructura y del pene lo arrojan fuera. Los músculos de todo el cuerpo se contraen y hay un estado temporal de intensa excitación fisiológica. En la mujer, el orgasmo consiste en contracciones musculares rítmicas del tercio externo de la vagina y el útero. Otros músculos, entre ellos el esfínter anal, también se contraen en forma rítmica.

¹³ Malamuth, N. Rape fantasies as a function of exposure to violent sexual stimuly. *Archives of Sexual Behavior*, 1981, (pp 10, 33-47).

Martínez Noak, Miguel. *Sexualidad en la mujer*. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1987.

En el varón, el orgasmo suele ir seguido de la fase de resolución en la cual disminuye rápidamente la excitación fisiológica y los órganos y tejidos recobran su estado normal. No obstante, hay hombres que pueden tener orgasmos sin eyacular. No pasan por la fase de resolución y por tanto siente a veces varios orgasmos sucesivos antes de iniciarse a la fase de resolución (Proffins y Yensen, 1977); en cambio la mayoría de las mujeres solamente experimentan uno aunque algunas pueden tener dos o más orgasmos sucesivos. Terminado el orgasmo, el hombre pasa por un período refractario temporal durante el cual no puede excitarse. El trabajo tan innovador de Masters y Johnson proporcionó conceptos novedosos sobre los aspectos fisiológicos de la conducta sexual y estimuló la realización de observaciones semejantes por parte de otros estudiosos.

Muchos de los hallazgos desmienten las ideas y creencias del vulgo. Entre otras cosas, Masters y Johnson comprobaron que no había diferencias fisiológicas detectables entre los orgasmos de la mujer producidos por estimulación directa del clítoris, y los conseguidos por penetración vaginal.

3. METODO EXPERIMENTAL

Este método es el más reciente y consiste en el empleo de variables en condiciones controladas de laboratorio y en la observación de los efectos que su "manipulación" ejerce sobre la conducta sexual¹⁴.

a. FACTORES DE ESTIMULACION EN LA SEXUALIDAD

Aunque el impulso sexual del hombre, a semejanza del de los animales se atribuye en parte a factores biológicos, los estímulos ambientales parecen influir más en la excitación sexual y en la conducta erótica del ser humano, que en la de los animales inferiores (Beach, 1969). Gracias a las experiencias del aprendizaje una gama específica para excitar a incluir en la

¹⁴ Almeida J. *Methods of starting discussion with school age (11-16) Cameron teenagers on sex and STD*. Unpublished MSC dissertation, Institute of Child Health, London, 1978.

dirección e índole de la reacción sexual. En la actualidad los investigadores están analizando las propiedades excitatorias de diversas clases de estímulos. Consideraciones éticas impiden valerse de estímulos reales, como el desnudo, por el cual gran parte del material que se utiliza es pictórico gráfico, escritos o imaginarios¹⁵.

Se han estudiado las propiedades excitatorias de las películas y fotográficas que contienen estímulos sexuales de índole diversa. Se pide al sujeto que los vea para estimar la intensidad de su excitación erótica, o se mide directamente la respuesta fisiológica de ellos. Se dispone de varios métodos para medir el volumen de sangre del pene (erecciones) y también la reacción física de la vagina (Hoon, 1978)¹⁶.

Los experimentos en que se emplean transparencias fotográficas con diversas clases de actividad sexual aportan las pruebas más convincentes de lo que el hombre y la mujer consideran más excitante y como menos excitante.

b. DIFERENCIAS SEXUALES EN LA EXCITABILIDAD

UN MITO QUE YA DESAPARECIO

Siempre se había creído que la mujer siente menor excitación ante la estimulación erótica. Kinsey y sus colaboradores comunicaron en su informe de 1953 que la excitación provocada por fotografías y relatos eróticos eran más raras en las mujeres. También confirmó que asisten menos que los varones a películas pornográficas y a librerías de materiales exclusivos para adultos. Esto se atribuía tradicionalmente al hecho de que su excitación sexual se basa más en una relación personal y afectuosa. (Schmidt, 1975).

En un experimento de William Fisher y Donn Byrne (1978) la intención era probar esta hipótesis. Mostraron a universitarios y universitarias una película pornográfica de una pareja desnuda que realizaba diversas clases de conducta sexual. A la mitad de los sujetos de cada sexo se les señaló que los actores eran un matrimonio que estaban profundamente enamorados

¹⁵ Annon, J.S. *The behavioral treatment of sexual problems: Brief therapy*. New York: Harper y Row, 1976.

¹⁶ Baron, R.M., Mandel, D.R., Adams, C.C., and Griffen, L.M. Effects of social density in university presidential environments, *In his: Journal of personality and social Psychology*, 1976, (pp. 34, 434-446).

("condición de amor"). Al resto se le dijo que la película describía un encuentro no romántico entre una prostituta y su cliente ("condición de lujuria"). Los investigadores supusieron que, los estímulos sexuales excitan en la mujer únicamente en una relación de amor, las que participaban en el experimento sentirían menor excitación en la condición de lujuria que en la de amor. Las estimaciones sobre la excitación hechas después de ver las películas revelaron que las mujeres sentían tanta excitación como los varones en ambas condiciones, es decir, no importaba si en la película se desarrollaba una relación de amor o lujuria. En ambas condiciones las mujeres declararon sentir el mismo número de sensaciones en las mamas y en los genitales e igual lubricación vaginal.

A pesar de ello, opinaron que la película era más pornográfica y digna de censura que los varones.

También en otros ensayos, (Schmidt, 1975) se ha observado, este tipo de hallazgos, es decir, gran excitación sexual de la mujer aunque actitudes un poco favorables ante los estímulos eróticos. Esta contradicción aparente se debe en parte a que, por su educación piensan que no deben buscar ni disfrutar materiales pornográficos. De ahí que tanto sus actitudes como su conducta indiquen desinterés, mientras que sus respuestas corporales revelan que son tan excitables como los hombres, sin importar si el contexto incluye amor o afecto. Más aún, cuando piensan que el ambiente social es apropiado para disfrutar los estímulos sexuales, su interés es más que evidente¹⁷.

c. EFECTOS DE LA PORNOGRAFIA EN LA CONDUCTA

Todos sabemos que se discuten mucho los efectos que la pornografía ejerce en las actitudes y conductas de quienes están expuestas a ellas. En general, los resultados de más de una docena de experimentos señalan que con la exposición aumenta inicialmente la excitación y permite aprehender respuestas sexuales mediante la modelación, pero que sus efectos en la actividad sexual subsiguiente son muy ligeros y temporales. En 1969 la Comisión Presidencial de Obscenidad y Pornografía llegó a la conclusión de que no existe una relación segura entre la

¹⁷ Bell, A.P., and Weinberg, S. *Homosexualities: a Study of diversity among men and women*, New York: Simon & Bacon, 1978.

pornografía y los actos delictivos. Ese mismo año se modificaron las leyes en Dinamarca para permitir la venta de todo tipo de materiales de contenido erótico. Los arrestos por delitos sexuales bajaron en un 30% en el primer año y esa tendencia sigue observándose, no teniéndose información al respecto en otros países.

Hace 10 años las autoridades en la materia estaban convencidas de que no había duda alguna sobre la manera en que la pornografía afectaba a las personas. Hoy surge otra cuestión de suma importancia: la pornografía no violenta influye poco en las personas, pero que decir de la que describe violaciones, explotación sexual y episodios sadoomasoquistas con los niños, en la cual se representa la actividad sexual con niños, o de las películas en las que la pornografía termina con un asesinato? Un experto opina que la pornografía violenta puede crear un clima donde "los actos de hostilidad sexual en contra de la mujer no solo se toleran sino que hasta se alientan" (Brownmiller, 1975, p. 444).

Varios estudios recientes indican que la exposición a estímulos sexuales violentos a veces produce efectos negativos, por lo menos temporalmente. En la Universidad de Manitoba, Neal Malamuth (1981) asignó aleatoriamente varones a dos "condiciones" experimentales. Ambos grupos de sujetos veían una transparencia que mostraba fotografías de una violación tomadas de una revista pornográfica, una condición experimental la pista sonora describía al terror y la resistencia de la mujer. En la segunda condición, la mujer acababa permitiendo a los violadores tener relación sexual¹⁹.

Ambas condiciones produjeron grados semejantes de excitación fisiológica en los sujetos. Después, se les pidió imaginar las fantasías más eróticas en que pudiesen pensar. Los que habían sido expuestos a la versión de violación comunicaron mayor número de fantasías de conducta sexual desviada, guarda relación con éste tipo de actos; el hecho de que la pornografía violenta las estimule merece, por tanto, ser estudiada más a fondo y debe ser objeto de preocupación¹⁹.

Benbow, C.P., and Stanley, J.C. Sex differences in Mathematical ability: Fact or artifact? Science, 1980. (pp.210, 1262-1264)

¹⁸ Bell, A.P., and Weinberg, S. Homosexualities: a Study of diversity among men and women, New York: Simon & Bacon, 1978.

¹⁹ Bone Vela, Sahnty. Cambios en Conducta Sexual en Mujeres que usan anticonceptivos. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1988.

En la universidad de Wisconsin, Edward Donnerstein (1981) examinó los efectos de una película con escenas sexuales violentas en la agresividad ulterior en contra del hombre o la mujer. Sujetos de sexo masculino vieron una película de dos personas que conversaban ("condición" neutral); una película de una pareja en coito ("condición" erótica) o una película en que una mujer era violada bajo amenaza de muerte ("condición" agresivo-erótica). Al finalizar la proyección de las películas, se les asignó la tarea de aplicar una descarga eléctrica (cuya intensidad quedaba a su elección) a un hombre o una mujer que cometía errores en una tarea de aprendizaje.

Estos eran en realidad cómplices del experimentador. El rendimiento del supuesto alumno era idéntico en todos los casos y no recibía descarga alguna²⁰.

El resultado más sorprendente es el alto nivel de estimulación dolorosa que los varones que habían visto la película de estupro administraban a la "alumna". En cambio, la agresión en contra del varón no aumentaba tras la proyección de esa película. Todo ello significa que la pornografía puede intensificar mucho las tendencias agresivas del hombre hacia la mujer, por lo menor temporalmente en una situación de laboratorio.

Crooks, R., and Baur, K. Our Sexuality, Menlo Park Calif.: Benjamin/Cummings, 1980
Feldman - summers, S., and Kiesler S.B. Those who are number two try harder: The effect of sex on attributions of causality. In his: Journal of personality and Social Psychology, 1974, (pp. 30, 846-855)
Fischer, S., and Greenberg, R.P. The scientific credibility of Freud's theories and therapy. New York: basic Books, 1977.

Hassett, J. Sex and Smell. Psychology today. 1978, (pp.12, 45-45).

²⁰ Baron, R.M., Mandel, D.R. Adams, C.C., and Griffen, L.M. Effects of social density in university presidential environments. In his: Journal of personality and social Psychology, 1976, (pp. 34, 434-446).

Billings, M. Social Psychology and intergroup relations. New York: Adacemir Press 1976.

Bone Vela, Sahnty. Cambios en Conducta Sexual en Mujeres que usan anticonceptivos. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1988.

Brownmiller, S. Against our will: Men, Women an rape. New York, Simon & Shuster, 1975.

Burk, R. Miller, R.E., and Caul, W.F. Sex personality and physiological variables in the communications of affect via facial expression. In his: Journal of personality and social psychology, 1974, (pp. 30, 587-596)

Crooks, R., and Baur, K. Our sexuality, Menlo Park Calif.: Benjamin/Cummings, 1980.

Feldman - summers, S., gordon, P., and meagher, J.R., the impact of rape on sexual satisfaction. In his: Journal of abnormal Psychology, 1979, (pp. 88., 101-105).

Fisher, S., and Greenberg, R.P. The scientific credibility of Freud's theories and therapy. New York : basic books, 1977

Gagnon, J. Female Child victims of sex offenses. Social Problems, 1965, (pp. 13, 176-192)

d. SEXO, CULTURA Y RELACIONES

Aunque están profundamente arraigados en el funcionamiento biológico del individuo, tanto los deseos como las conductas sexuales reciben un fuerte influjo de las relaciones culturales y sociales en que se realizan. Son estos contextos humanos los que confieren al sexo gran parte de su significado psicológico, además de que ayudan a determinar las formas que asume la expresión sexual. Para entender la sexualidad desde un punto de vista psicológico, es preciso examinar las fuerzas sociales que lo moldean.

1. INFLUENCIAS CULTURALES EN LA SEXUALIDAD

No tenemos que ir muy lejos para entender la función de los factores sociales en la sexualidad humana. Nos ha tocado vivir en una época en la cual los valores y normas culturales cambian con gran rapidez. Muchas de las prácticas sexuales de hoy difieren notablemente de las de la generación anterior.

El papel del aprendizaje cultural se manifiesta preponderantemente cuando una persona sale de su cultura y empieza a examinar otras civilizaciones. Por ejemplo, en la mayoría de los países modernos la sexualidad infantil se reprueba y suprime; en cambio hay algunas culturas donde no solo se permite sino que hasta se alienta. Los niños que habitan las Islas Marquesas de la Polinesia Francesa, duermen con sus padres y hermanos en un solo cuarto, de modo que tienen muchas oportunidades de observar actitudes sexuales. Los padres masturban a sus hijos cuando se encuentran inquietos. Los niños de los dos sexos empiezan a masturbarse desde los 2 o 3 años y tienen contactos homosexuales esporádicos durante la niñez. Al llegar a la adolescencia, un adulto del sexo opuesto tiene relaciones sexuales con ellos y les enseña las técnicas eróticas (Suggs, 1962).

Los estadounidenses no llegan de ninguna manera a este extremo de libertad sexual, pero tampoco muestran inhibición tan rigurosa como los habitantes de una isla de la costa de Irlanda; para ellos el sexo es un verdadero tabú y sienten gran aversión por la desnudez. Solo los lactantes pueden estar totalmente desnudos; los adultos se avergüenzan cuando alguien

ve andar descalzos. Los niños y niñas son creados por separado desde los primeros años de la infancia hasta el momento del matrimonio. Las mujeres se casan entre los 25 y 26 años de edad; los varones entre los 35 y 36 años aproximadamente. En la isla se desconocen los chistes con temas sexuales; la ansiedad y repulsión eróticas son tan fuertes, que se golpea a los perros y otros animales cuando se le sorprenden lamiéndose los genitales. A diferencia de las mujeres de las Islas Marquesas, quienes normalmente alcanza el orgasmo durante el coito, casi ninguna Irlandesa de esta isla llega al clímax (Messange, 1971).

2. SEXO, AMOR E INTIMIDAD

Todos participamos en las relaciones sociales, es decir en interacciones de dos o más personas. Algunas de estas relaciones son sumamente superficiales e impersonales. Otras, como las amistades, tienen un carácter más personal y suponen la comunicación de sentimientos, intereses comunes y afecto. Las relaciones interpersonales más intensas son las que suelen incluir fuertes vínculos emocionales (como el amor); en ellas se comparten el tiempo y los bienes materiales, a veces también el sexo. La interacción sexual puede darse prácticamente en cualquier tipo de relación, tanto en la casual como en la íntima.

En el hombre la conducta sexual cumple multitud de funciones. Algunas de ellas son directas y evidentes, como la reproducción y el placer sexual, pero también cumple otras funciones de índole eminentemente psicológica. El sexo es también un medio de manifestar y recibir amor y de satisfacer las necesidades de dependencia. Puede ser un artículo de consumo y entonces sirve para obtener resultados sociales muy apreciados por el sujeto: atención, aceptación, popularidad, buena posición social. Sirve para defenderse en contra de la soledad y para aumentar la autoestima.

En el mundo moderno el sexo se vincula con el amor romántico. Para muchos la unión sexual es la consecuencia natural y expresión suprema del amor. En siglos anteriores los matrimonios se celebraban por motivos económicos o de clase social; las relaciones sexuales y los amoríos tenían lugar fuera del matrimonio (Reed, 1975), no obstante, a medida que la revolución social fue suprimiendo las distinciones de clase social, el amor romántico se

convirtió en la razón principal del matrimonio. En los dos últimos siglos el matrimonio ha sido considerado como el modo más adecuado para la expresión del amor mediante la interacción sexual.

Los conceptos de amor, matrimonio y sexo todavía están hoy estrechamente ligados, aunque cada día resulta más evidente que empiezan a cambiar los valores y conductas sociales. Uno de los cambios más visibles es que tienden a desaparecer paulatinamente las relaciones formales y permanentes. El índice de divorcios va en aumento y la tercera parte de los matrimonios terminan en divorcio, lo mismo que la mitad de las segundas nupcias. Además, se advierte el deseo de enseñar técnicas sexuales de antaño juzgadas como tabú. En la década de 1950 únicamente un 5% de universitarias y 20% de universitarios estadounidenses aprobaban el sexo prematrimonial. En la década de 1970 el 59% de las universitarias y el 70% de los universitarios lo aprobaban (Landis y Landis, 1973). El concubinato (convivencia de personas no casadas) también ha ido en aumento, cerca de 2.2 millones de hombres y mujeres vivían en unión libre en Estados Unidos (U.S. Bureau of the Census, 1979). Una encuesta reveló que 25% de todos los universitarios quizá han tratado de vivir en concubinato (Brower y Christoperson, 1977). También el sexo entre solteros es cada vez más frecuente en la actualidad. Para muchas personas estas dos últimas formas de relación son formas de disfrutar la intimidad afectiva y sexual sin asumir los compromisos del matrimonio. El descubrimiento de anticonceptivos eficaces y de fácil acceso al aborto ha desempeñado así mismo un papel importante en la creciente separación entre sexo y matrimonio.

El panorama es menos claro respecto al nexo entre amor y sexo. Contra la opinión común, los jóvenes en su mayoría no buscan el "sexo por sí mismo", pero se ha comprobado que todavía existe, aunque con menor fuerza, para la mujer. Las mujeres todavía están más convencidas de que el vínculo afectivo es una importante condición para tener relaciones sexuales y tienden a considerar estrecha la primera relación en la cual hicieron el amor (Katchadourian y Lunde, 1980).

La moral del "amor libre" surgió a fines del decenio de 1960, parece haber sido reemplazada por la búsqueda de una nueva ética de conducta sexual responsable. En esta el individuo no es explotado ni lastimado, sino que puede explorar una gama de estilos de relación y descubrir el

tipo y profundidad de intimidad que sea óptimo para él. Además, se insiste en la equidad de las relaciones sexuales, es decir en la satisfacción de las necesidades de ambos. El cambio de los papeles sexuales de la mujer ha venido a intensificar la tendencia para las parejas a poner en relieve las necesidades intelectuales, afectivas y profesionales tanto de las mujeres como de los hombres. Pero esta meta igualitaria no se ha alcanzado en todas partes. En una encuesta en la que participaron más de 50,000 adultos jóvenes, se descubrió que apenas la mitad de las personas que tenían relaciones amorosas pensaban que el amor se compartía entre el hombre y la mujer. En el caso de relaciones desiguales generalmente era la mujer quien consideraba que daba más amor del que recibía. Tanto las mujeres como los hombres de la relación igualitaria manifestaron la mayor felicidad (Saber y Freedman, 1976).

3. GRADO DE INTIMIDAD EN LAS RELACIONES SEXUALES

A fin de entender la psicología de la respuesta sexual, hemos de explorar los motivos latentes y las experiencias conscientes, así como los significados; todo ello es un aspecto esencial de las relaciones sexuales. Según Mochar, el grado de intimidad es el nivel de absorción en la expresión, conciencia y contacto interpersonal que se siente con un compañero sexual. Ese nivel abarca desde una participación egocéntrica pasando por otra más profunda centrada en la superficie hasta llegar al nivel más profundo, el de la participación íntima. En los tres niveles hay dos tipos de intimidad.

En la participación egocéntrica, la relación sexual es extremadamente impersonal. El compañero sexual es considerado como un objeto provisto de órganos sexuales. En términos de la intimidad personal, la relación más sexual constituye un pasado. Algunas perversiones y crímenes sexuales caen dentro de esta categoría. Hay casos en que el compañero se le lastima en forma simbólica o real. En este nivel el acto sexual está más ligado al episodio traumático del pasado que a la relación sexual. (42)

En las relaciones egocéntricas orientadas al presente, la relación se centra en el presente, pero todavía es poco profunda. Tanto el acto sexual como el compañero no son más que un

instrumento para satisfacer los deseos inmediatos de placer físico o las necesidades no sexuales de lograr autoestima, el poder y otras cosas. La única meta es la propia satisfacción.

En los niveles de participación centrada en la superficie, la relación es enfocada sobre las cualidades superficiales del concepto de sí mismo o del compañero más que en el interior. Cuando este tipo de intimidad está orientada al concepto de sí mismo, el sujeto se concentra en su ejecución, aspecto y placer. Las fantasías que acompaña el coito suelen ser una "pornografía secreta": imagina que el compañero es otra persona deseada o que otros lo están observando y admiran su ejecución.

La intimidad con el compañero empieza a hacerse profunda en el nivel de relación centrada en la superficie y orientada al compañero. Se aprecian entonces los atributos y la ejecución externos del compañero. Se aprecian entonces los atributos y la ejecución externos del compañero; su placer es tan importante como el propio. Se concede gran importancia a la colaboración se disfruta la capacidad de satisfacer al otro y se busca el placer mutuo.

La participación central es más profunda que los otros tipos de interacción. Se toma en cuenta y se aprecia el yo interno del otro y se desea compartir con el nuestro yo interno. En los episodios de relación central orientada hacia el compañero, durante el acto sexual se comparten sentimientos profundos y afectuosos y en cierto modo el compañero es el amor. Es el ideal que la mayoría de las personas buscan, la aceptación absoluta del yo y del otro (42, 44, 45, 47, 51).

La participación más profunda y completa se da en los actos de relaciones íntimas orientadas hacia la unión. El acto sexual parece entonces trascender la relación humana y convertirse en una experiencia espiritual o mística. La identidad personal y el sentido del presente se desvanecen a medida que se experimenta la esencia de la unidad mística. La unión abarca verdad, bondad, belleza y orden. Abraham Maslow (1971) la llama "experiencia suprema", que a veces alcanzan quienes se autorrealizan.

Poetas, escritores y teóricos de la psicología tratan desde hace mucho de describir los múltiples aspectos y modalidades de la unión sexual, pero se cuenta todavía con pocos datos científicos sobre la gama de relaciones y experiencias sexuales. La teoría de Mosher sobre la

profundidad de la participación sirve para orientar la investigación y mejorar el conocimiento de la naturaleza psicológica de las relaciones sexuales (49).

C. SEXUALIDAD EN LAS DIVERSAS ETAPAS DE LA VIDA

Los años comprendidos entre la adolescencia y la edad madura son los más idóneos para la actividad sexual, por eso hay una tendencia a olvidar que la motivación y la conducta sexual, se dan en todas las etapas de la vida, desde la infancia hasta la senectud (31).

1. SEXUALIDAD INFANTIL

Se debe en gran parte al influjo de Freud el reconocimiento y aceptación de la sexualidad infantil. La teoría freudiana de que los niños tienen deseos y fantasías sexuales conmovió los cimientos de la era victoriana de fines de la década de 1930, pues la niñez pasaba por ser la "edad de la inocencia". La idea de que los niños pudieran tener deseos sexuales causaba repulsión a una sociedad que ni siquiera admitía todas las implicaciones de la sexualidad del adulto (33).

Ya nadie duda que los niños pueden sentir excitación sexual desde muy pequeños, ni que realicen actos muy semejantes a la conducta sexual del adulto. Pero la cuestión fundamental es el significado que tienen para ellos esos sentimientos y conductas. Como al niño le es difícil comunicarnos esto, tendemos a atribuirle nuestra interpretación y el significado que le demos; esto puede llevarnos a conclusiones falsas. Conviene puntualizar que conocemos mejor los actos sexuales del niño que el motivo por el cual los ejecuta.

Los varones pueden tener erecciones poco después del nacimiento. La erección es tal vez una respuesta refleja ante estímulos: los que acompañan la alimentación, una vejiga llena o la micción. A los seis meses de vida, los niños de ambos sexos están en condiciones de tener orgasmo mediante la estimulación de los genitales (aunque los varones todavía no puedan eyacular). Las manifestaciones conductuales y las reacciones fisiológicas que se presentan en

esta época se asemejan tanto a los orgasmos del adulto, que no hay duda de su índole sexual (Katchdourian y Lunde, 1980). La exploración y estimulación de sí mismo son las formas típicas de juego sexual en el niño de corta edad. Las encuestas de Kinsey y también estudios más recientes indican que, a partir del primer año de vida, los hombres participan más activamente en juegos sexuales que las mujeres.

Desde los 2 ó 3 años de edad, la exploración sexual se extiende a las relaciones con otros niños. La exploración y manipulación de los genitales en forma esporádica es frecuente en muchos niños, la curiosidad parece ser el principal motivador. En los datos aportados por Kinsey, la edad más importante para el juego sexual en la mujer es de 9 años, época en que el 14% la realiza. En el varón es 12 años, con un porcentaje del 39%. En casi todas las edades de la preadolescencia, esas actividades se ejecutaban en compañía de personas del mismo sexo del niño. También en este caso hemos de proceder con cautela y no suponer que esa conducta, aún cuando se alcance el orgasmo, tiene semejanza psicológica con la homosexualidad del adulto.

Los niños sienten mucha curiosidad por todo lo referente al sexo. Por desgracia muchos padres se muestran renuentes a admitirlo, bien porque el tema les causa vergüenza, bien porque piensan que no conocen la respuesta. Una encuesta muy amplia demostró que apenas el 8% de los padres y el 1% de las madres hablaban alguna vez del coito con sus hijos (Roberts, Klins y Gagnon, 1978). Esta situación provoca en el niño actitudes negativas ante la sexualidad y además debe encontrar la manera de satisfacer su curiosidad sin ayuda de nadie. Y a menudo la información que le suministran sus compañeros dista mucho de ser verídica y objetiva.

2. ADQUISICION DE LA IDENTIDAD DE GENERO SEXUAL

La identidad sexual es un importante aspecto evolutivo al cual rara vez concedemos la debida importancia, pues suele realizarse de manera espontánea. La identidad sexual es la concepción personal sobre el sexo a que pertenecemos. Es de índole psicosocial y no física, ~~es~~ decir, a veces anatómico, y sin embargo, tener la identidad de género sexual del otro sexo. Por

lo regular ambas identidades coinciden, pero los caracteres anatómicos no son el único determinante de dicha identidad, pues esta se basa en una compleja interacción de factores biológicos y psicológicos.

La acción de las hormonas rige el desarrollo de la anatomía masculina femenina en el feto. Todo ser humano desarrollaría el sistema genital femenino si no fuera por la secreción de hormonas sexuales masculinas desencadenadas por el mismo mecanismo genético y llamadas andrógenos, que aparecen unas seis semanas después de la concepción. En ocasiones los accidentes hormonales alteran esta secuencia evolutiva y entonces el varón genético no desarrolla los órganos genitales de su sexo o la mujer genética desarrolla genitales de aspecto masculino. Tal vez esto parezca imposible, pues todos creemos que la diferencia anatómica entre ambos sexos es radical. En realidad los genitales del hombre y mujer muestran notable similitud en su estructura fisiológica, y esto se aprecia sobre todo en las etapas iniciales del desarrollo.

A lo largo de la vida las hormonas siguen influyendo en el desarrollo sexual. Su acción se advierte principalmente en la pubertad, época en la cual las hormonas producen cambios notables en el cuerpo. Algunos investigadores creen que la secreción fetal de andrógenos influye en el desarrollo del encéfalo, los mismos que en el de los órganos sexuales. Se han ido recabando pruebas de que hay diferencias sexuales en la actividad cerebral y de que quizás ellas expliquen el diverso tipo de conducta que se presenta espontáneamente en el hombre y en la mujer (Diamond, 1979; Parsons, 1980).

Sin negar la evidente importancia del desarrollo físico, cabe señalar que no es el único factor que determina a la identidad sexual. Desde el momento en que se identifica el sexo del niño al nacer, las influencias de comprarle ropa de color rosa, a la niña y azul al niño. Más adelante la asignación de sexo hacer que los demás observen una conducta acorde con él, que refuercen selectivamente determinados actos y que constantemente le recuerden al pequeño que ha de observar una conducta apropiada a su sexo.

Estos factores sociales interactúan con las diferencias sexuales de origen biológico y físico, y los dos tipos de influencias (biológicas y psicosociales) se refuerzan mutuamente.

durante el resto de la vida (Money y Ehrhardt, 1972). En el curso normal del desarrollo, el individuo adquiere un autoconcepto estable y congruente, al mismo tiempo que una imagen corporal de masculinidad o feminidad (52).

La mayor parte de las veces la identidad sexual corresponde al sexo físico, pero hay excepciones. En aspectos conductuales se describe el transexualismo, como un problema de identidad sexual al que se ha prestado mucha atención últimamente.

3. SEXO Y ENVEJECIMIENTO

Se piensa que las personas están sexualmente subdesarrolladas en los primeros años de vida y que se hallan en los períodos más avanzados sufren deterioro sexual. Ambas ideas son totalmente erróneas.

Las actitudes tradicionales ante la sexualidad en la vejez han empezado a cambiar a medida que la sociedad se interesa más por este segmento de la población. El anciano vive en la actualidad una vida más larga, es más activo y tiene mejor salud, realiza actividades atléticas y otras que antaño parecían inadecuadas para esta etapa. En el campo de la sexualidad, la investigación de Masters y Johnson y de otros estudiosos ha contribuido a descubrir los cambios fisiológicos que acompaña el envejecimiento, también se han hecho estudios sobre los factores psicológicos que afectan la respuesta sexual de los longevos (19, 27, 36).

4. CAMBIOS EN LA SEXUALIDAD MASCULINA

El varón alcanza el máximo de su capacidad sexual (aunque no necesariamente de su placer erótico) al final de la adolescencia, época de la secreción más abundante de testosterona. Pasada la adolescencia, su capacidad sexual física empieza a disminuir poco a poco.

A los 20 o 30 años el hombre puede tener varios orgasmos al día, con cortos períodos de recuperación. Logra rápidamente la erección, sus sensaciones orgásmicas son intensas y localizadas, y el semen sale del pene con gran fuerza (27, 36).

Aunque se dan diferencias individuales, la capacidad sexual suele decrecer después de cumplir los 40 años. Se requiere una estimulación más intensa y prolongada para llegar al orgasmo; las sensaciones orgásmicas se tornan menos fuertes y con menor localización. Después de los 45 años, el varón tarda entre 8 y 24 horas en lograr una nueva erección después de eyacular. Algunos que ya cumplieron 65 años se dan cuenta que si pierden erección sin alcanzar el orgasmo, necesitan de 12 a 24 horas para volver a tenerla. Con los años también disminuye la fuerza con que el semen sale del pene. Tanto el grado de tensión sexual como la frecuencia de la masturbación disminuye en los hombres mayores de 60 años.

Los cambios que acabamos de mencionar en capacidad sexual no aminoran necesariamente la capacidad de sentir placer erótico. Por el contrario, a veces hasta se intensifica. Por ejemplo, el hecho de que los ancianos no eyaculan tan pronto como en años anteriores, les permite prolongar el deleite de ellos y su compañera. Es muy probable que los factores psicosociales, como la disminución de las expectativas, estrés de la vida y dificultad para encontrar a una nueva compañera idónea, mermen más el placer sexual de los ancianos. Masters y Johnson (1966), llegaron a la conclusión de que el factor esencial para conservar la capacidad sexual la frecuencia y constancia con que tienen orgasmo los hombres en sus años juveniles. Al parecer carece de importancia si su actividad precedente era heterosexual, homosexual o masturbatoria. Los factores que atenúan la respuesta sexual en hombres mayores de 40 años son aburrimiento, preocupación por la carrera, fatiga, exceso en las comidas y bebidas, miedo al fracaso sexual, y reacciones emocionales negativas ocasionadas por el deterioro de su capacidad sexual (39, 40).

5. CAMBIOS EN LA SEXUALIDAD FEMENINA

En la mujer la frecuencia del orgasmo tiende a alcanzar su nivel máximo entre los 35 y 45 años (Jones, Shainberg y Byer, 1977). La mayoría pasan por la menopausia (el final de la menstruación) y experimentan sus cambios hormonales concomitantes entre los 46 y 50 años; después se observan alteraciones notables en los órganos sexuales y en la respuesta fisiológica. La reacción del clitoris permanece prácticamente inalterada, pero las paredes vaginales se adelgazan y pierden su elasticidad. A estas alteraciones se deben muchos de los

problemas relacionados con el sexo y las mujeres de edad avanzada: irritación de la vagina, uretra y vejiga. Sin embargo, están en condiciones de lograr el orgasmo a pesar de que la lubricación vaginal es más lenta de que la fase orgásmica dura menos, y de que tiene menos contracciones vaginales que cuando eran jóvenes (la mitad).

Después de la menopausia hay mujeres que sienten menos atracción y capacidad para el sexo; en cambio, otras mantienen la frecuencia (y a veces hasta la aumenta) y la intensidad de sus orgasmos. Aunque en ocasiones las diferencias individuales en las alteraciones hormonales tienen gran importancia, los factores psicológicos son los decisivos. Si una mujer cree que su sexualidad ha llegado (o debiera llegar) a su fin, si muestra menos atracción por el sexo, lo más seguro es que pierda interés por todo lo referente a la sexualidad. Por otro lado los factores psicológicos que intensifican el deseo sexual: ausencia de temores a embarazarse, menos responsabilidades familiares a medida que los hijos se marchan, y deseo de revivir o experimentar de nuevo el deleite sexual. El coito periódico y frecuente es un medio de mantener vivo el deseo y la capacidad sexual (12, 21, 38).

La mayor aceptación de la sexualidad del anciano puede traer consecuencias positivas, pero conviene señalar que en la senectud se dan importantes diferencias individuales. Sería lamentable que el hecho de aumentar las expectativas de la actividad sexual permitiera en algunos disfrutar de una vida sexual sana, y perjudicar a los que no sienten esa tendencia. Es pues, importante que tanto los ancianos como el resto de la población tome sus propias decisiones sobre la índole y el grado de su actividad sexual.

6. DISFUNCION SEXUAL

El sexo es una cosa perfectamente natural, pero para la mayoría de nosotros no es naturalmente perfecta. Siempre se dan fluctuaciones en la capacidad de conseguir altos niveles de excitación, de tener orgasmos intensos y procurar gran placer al compañero. Todo mundo pasa alguna vez por la triste experiencia de una relación sexual insatisfactoria. Por muy experto que uno sea, es imposible estar totalmente exento de problemas como imposibilidad de conseguir erección, eyaculación prematura, falta de interés en el sexo o

incapacidad de tener orgasmo. Sin embargo, a veces la gravedad de tales problemas hace que el sujeto sufra una verdadera disfunción sexual. Pero no olvidemos que se trata de un concepto relativo establecido a partir de lo que se considera normal y apropiado en la cultura del sujeto. Así, hay países donde la mujer incapaz de sentir orgasmo se considera anormal; en otros países, donde no hay concepto de orgasmo, la incapacidad para tenerlo no se considera como un problema. Por ejemplo, tan solo hace un siglo, en Estados Unidos predominaba la opinión médica de que el orgasmo de la mujer era perjudicial para la salud física (Diamond y Karlen, 1980).

No se conoce realmente la frecuencia de la disfunción sexual en Estados Unidos, pero probablemente hay pocos trastornos que causan mayor sufrimiento silencioso que este. Master y Jhonson (1979) estimaron que la mitad de los matrimonios o una proporción mayor tiene disfunción sexual de uno y otro tipo. Un estudio más reciente, y muy importante por basarse en matrimonio que no estaba recibiendo terapia sexual, tiende a corroborar la afirmación de Masters y Jhonson. Se estudió una muestra de 100 parejas, integrada en su mayoría por personas de raza blanca con alta escolaridad. El 80% dijo llevar una vida conyugal feliz y satisfactoria, y cerca del 85% aseguró que sus relaciones sexuales eran bastante o muy satisfactorias. Sin embargo, un 40% de los varones comunicó que tenía problemas en lograr la erección y mantenerla, o que eyaculaban muy pronto, más del 60% de las mujeres manifestó que les era difícil excitarse o alcanzar el orgasmo. Como en otros estudios, el 15% de las mujeres nunca alcanzaron el clímax (Frank, Anderson y Rubinstein, 1978).

Podemos concluir pues, que incluso en matrimonios bien acoplados las relaciones sexuales distan mucho de ser "naturalmente perfectas".

Los principales tipos de disfunción sexual masculina y femenina entre el 10 y 20% de los casos, resulta directamente de factores físicos, razón por la cual un examen físico cuidadoso deba ser siempre el primer paso en el tratamiento de estos problemas. Sin embargo, en la generalidad de los casos los factores psicológicos desempeñan un papel de primer orden (12, 21, 38).

F. OTROS MODOS DE SEXUALIDAD

Toda sociedad tiene reglas, o normas, que rigen la conducta social y que la ayudan a definir la gama de conductas consideradas apropiadas o "normales". A los que las violan se califica de atípicos o desviados. En áreas conductuales de gran connotación axiológica como la sexualidad, las reacciones de la comunidad ante las violaciones de las normas son forzosamente vigorosas. En esta sección expondremos otros modos de sexualidad que transgreden las normas sociales referentes a la intimidad heterosexual.

1. HOMOSEXUALIDAD

En todas las culturas se acostumbra limitar las relaciones sexuales a miembros del sexo opuesto. No es extraño, que la actitud de la sociedad ante los homosexuales haya sido siempre bastante rigorista. En Estados Unidos, por ejemplo, hasta el 15 de diciembre de 1973, era considerada oficialmente como un tipo de enfermedad mental. Ese día los miembros de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría votaron unánimemente para suprimir la homosexualidad del sistema psiquiátrico taxonómico, de seguro, esto representó la "cura" más rápida y más extensa de una enfermedad en la historia de la psiquiatría (9).

La homosexualidad fue catalogada durante muchos años como una enfermedad mental porque, entre otras cosas, los pacientes con esta personalidad que acudían a psiquiatras en busca de psicoterapia casi siempre eran personas perturbadas e infelices. Los expertos en salud mental tendían a generalizar sus impresiones a toda esta clase de pacientes, incluso a los homosexuales en general. Wardell Pomeroy, uno de los colaboradores de Kinsey llegó a la siguiente conclusión: "Si elaborase mi concepto de la homosexualidad a partir de mi práctica profesional, sin duda la clasificaría entre las enfermedades. Todos los homosexuales, tanto varones como mujeres, a quienes he atendido perturbados, tenían problemas emocionales o neuróticos. Por otra parte, si mi concepto del matrimonio en Estados Unidos se basara en mis investigaciones, tendría que decir que el matrimonio está lleno de dificultades y conflictos, y que la heterosexualidad es una enfermedad. En los 20 años que llevo trabajando en el campo de la sexualidad, he conocido a muchos

homosexuales que eran felices, que eran miembros activos y útiles de la comunidad, eran estables, productivos, amables, tranquilos y eficientes".

De no ser homosexuales pasarían por personas perfectamente normales (1969, p. 13).

Los estudios sobre homosexuales que no están recibiendo tratamiento tienden a apoyar la opinión de Pomeroy. La frecuencia y modalidades de los trastornos psicológicos que los afectan suelen ser semejantes a los heterosexuales (Saghir y Robins, 1973). Algunos clínicos señalan que la conducta alterada y los trastornos mentales que se observan entre los homosexuales casi siempre se deben al estigma social de su condición y no a un rasgo patológico de la homosexualidad propiamente dicha (Diamond y Karlen, 1980).

La conducta sexual de los homosexuales la estudiaron hace poco Masters y Johnson (1979). Durante 10 años observaron y compararon las reacciones fisiológicas y las conductas de parejas homosexuales de ambos sexos, con las de parejas de heterosexuales en condiciones de laboratorio. No encontraron diferencia en los ciclos de la respuesta fisiológica en unos y en otros durante la actividad sexual y el orgasmo. Pero descubrieron que en muchos aspectos los homosexuales eran más considerados y competentes que los heterosexuales; estos últimos se concentraban más en el clímax y se precipitaban al alcanzarlo. En cambio los homosexuales procedían con mayor lentitud, realizaban más caricias preliminares, se comunicaban mucho más con el compañero y después mostraban mayor sensibilidad ante las necesidades y el placer del otro (6, 9, 39, 40). En la mayoría de homosexuales no se encuentran factores genéticos y/o hormonales que predispongan a la homosexualidad (38).

2. ESTILOS DE VIDA HOMOSEXUAL

La homosexualidad no es un fenómeno de todo o nada, es decir, no todos los que realizan actos homosexuales son exclusivamente de esa tendencia. Kinsey (1953) propuso un "continuo" de orientación sexual que abarca desde la conducta exclusivamente

interacciones homosexuales y heterosexuales. Las encuestas de Kinsey indican que cerca del 4% de la población adulta de raza blanca en Estados Unidos está integrada totalmente de homosexuales. Otro 10% había observado conducta fundamentalmente homosexual por lo menos durante tres años entre los 16 y 65. Pero a la edad de 55, casi la mitad de la población de raza blanca señaló que había tenido algún tipo de contacto homosexual. La proporción de homosexuales de sexo femenino es aproximadamente de un tercio a una mitad en relación con la de los varones; pero cerca del 28% de toda la población femenina tiene una experiencia de este tipo en algún momento de su vida, en opinión de Kinsey.

La mayoría de los homosexuales tienen vida doble, ocultando así su tendencia a los padres, parientes y compañeros de trabajo. Unicamente el 20% son homosexuales declarados que abiertamente manifiestan su preferencia (Weinberg y Williams, 1974). El número de homosexuales que están contentos con su orientación parece haber aumentado al irse haciendo más liberales las actitudes sociales ante este fenómeno. En un estudio reciente de homosexuales que vivían en una comunidad formada exclusivamente por personas como ellos en San Francisco, apenas el 5% de las mujeres y el 14% de los hombres dijeron que les gustaría ser heterosexuales (Bell y Weinberg, 1978). No obstante, en otros estudios se obtuvo un panorama menos positivo de satisfacción y del ajuste de estas personas. En una muestra de mujeres homosexuales estudiada en Alemania, por ejemplo, una de cada cuatro había intentado el suicidio; por lo menos una vez (Schafer, 1976).

3. OTRAS CONDUCTAS SEXUALES ATÍPICAS

La homosexualidad dista mucho de ser aceptada como una forma correcta de expresión sexual, pero las actitudes ante ella empiezan a ser menos rígidas. Existen otras modalidades de conducta sexual que se toleran menos, quizá por parecer más extrañas y atípicas. Un ejemplo de ellas lo encontramos en el fetichismo trastorno en el cual un objeto inanimado sirve de medio primario a la excitación y gratificación.

El objeto puede ser desde prendas íntimas hasta artículos de menos nexo con la sexualidad, como las botas de goma. La mayoría de los fetichistas son hombres y efectúan

actividades en privado. Tienen problemas únicamente cuando comenten delitos con tal de conseguir el objeto que desean.

Transvestistas (transvestis) son personas a quienes gusta usar ropa propia del sexo contrario. A diferencia de los transexuales, conservan su identidad sexual de género pero se procuran enorme satisfacción al ponerse las prendas del otro sexo.

Exhibicionistas son varones que sienten placer sexual al mostrar sus genitales a mujeres o niños menores de edad que son observadores involuntariamente, y generalmente personas totalmente extrañas. La satisfacción proviene del choque, miedo, repulsión u otras reacciones negativas que causan al espectador. Algunos exhibicionistas sienten orgasmos y eyaculan cuando ocurren las reacciones de choque. Si la mujer no muestra emoción alguna, frustra por completo los intentos del exhibicionista.

Sadomasoquismo consiste en la obtención de satisfacción sexual mediante el dolor que se inflige a otros (sadismo) o así mismo (masoquismo). Aunque el sadista a veces lastima a personas inocentes, tanto el cómo el masoquista (trastorno más común) suelen unirse en una relación voluntaria. Por lo regular cada uno desempeña siempre el mismo papel. Rara vez intercambia su intervención en causar o recibir dolor (6, 9, 21, 42).

Existe infinidad de formas en que una persona puede desviarse de las normas sexuales. Naturalmente no todas las conductas sexuales tienen el mismo valor de adaptación, aprobación social, relación positiva con la salud y apego al código moral. Por eso la sociedad tiene el derecho de emitir juicios sobre la sexualidad como sobre otros tipos de conducta. Sin embargo, debe proceder con mucha cautela en esto. La historia está llena de episodios en lo que se advierte la injusticia que se comete contra algunos cuyo único delito es ser distinto a los demás (42).

4. ABUSO SEXUAL

En la mayoría de las relaciones sexuales los que intervienen en ellas lo hacen mas o menos espontáneamente. Pero se dan interacciones en las cuales uno de los participantes es una víctima de las insinuaciones del otro o es demasiado joven, inocente, o psicológicamente vulnerable, para dar un consentimiento legítimo. Dos de los ejemplos más comunes del abuso sexual los encontramos en la violación y el estupro (42, 44).

5. VIOLACION

Es un acto violento y degradante en que una víctima es forzada a tener relaciones sexuales. Se estima que en Estados Unidos una mujer es violada casi cada segundo. Es mas de la mitad de las denuncias de este tipo, la víctima es amenazada con un arma (Hursh, 1977). Es posible que solo 15 o 20% de estos delitos sean denunciados a la policía.

No obstante que hoy se presta mayor atención a la terrible situación de las víctimas de violación, quien no haya pasado por alto experiencia difícilmente entenderá lo terrible que es (6,-9).

La violación es el acontecimiento más terrible en la vida de una mujer. El acto o actos sexuales suelen estar destinados a humillarla o degradarla; frascos, cañón de pistola o palos son introducidos en su vagina o ano. A veces las obligan a beber orina o realizar felacion con una fuerza tal que se piensa que la van a estrangular o asfixiar; le muerden los selos o se los queman con cigarrillos. En muchas ocasiones lo único que desea es salvar su vida, no su castidad. La invade un terror tan fuerte que orina, defeca o vomita. Si logra escapar sin signos externos ni graves de lesión, puede sufrir desgarros o infecciones vaginales, contraer enfermedades venéreas o quedar embarazada, meses o años después del accidente, seguirá desconfiando de la gente, cambiara constantemente de domicilio y sufrirá insomnio. Sus amigos y su familia la rechazan o la culpan de lo sucedido (National Institute of Law Enforcement and Criminal Justice, 1978, p. 15).

insomnio. Sus amigos y su familia la rechazan o la culpan de lo sucedido (National Institute of Law Enforcement and Criminal Justice, 1978, p. 15).

Las consecuencias de la violación pueden ser tan traumáticas como el acto mismo. Muchas mujeres pasa por lo que se llama síndrome del trauma de la violación (Burgess y Holmstrom, 1974). La reacción inicial suele ser una gran manifestación de temor, angustia, sentimientos de culpabilidad o ira. Otras encubren su perturbación interna con una apariencia externa de perfecto control de sí mismas. Durante semanas después del ataque muchas víctimas experimentan reacciones físicas como nauseas, insomnio, cefaleas, dolores corporales, algunos directamente relacionados con él. Viene el miedo a la vergüenza del violador. Muchas cambian de domicilio, pero a pesar de ello siguen teniendo pesadillas y se sienten atemorizadas cuando se hallan solas, cuando salen de casa o se encuentran entre multitudes. Señalan que disfrutaban menos la actividad sexual, aunque permanezca inalterada su capacidad de alcanzar el orgasmo (Feldman-Summers, Gordon y Meagher, 1979).

Algunos hombres y mujeres sienten la humillación, la violencia y la desvalidez ante la violación. Un problema muy serio es la violación en las cárceles. Aquí los hombres son obligados a la copula anal durante violentos ataques realizados por pandillas o con tal de conseguir protección, pueden convertirse en la "querida" de un preso dominante.

VIOLADORES

Muchas personas piensan que la violación es la expresión de un impulso sexual incontenible. En realidad, la dinámica de la violación está más ligada al poder y la agresión, que a las necesidades sexuales. Aproximadamente la mitad de los violadores están casados, y además podrían recurrir a la masturbación para satisfacer su apetito sexual.

Muchas autoridades en la materia opinan que la motivación fundamental es la necesidad de degradar a la mujer e imponerle su capricho. Violencia, poder y triunfo son sus metas principales (Groth, 1979). Contra la opinión generalizada, no son "enfermos mentales" en otros aspectos de la vida aunque muestran mucha impulsividad y agresividad (Rada, 1977).

Tienden a tener de 16 a 24 años de edad y proviene de familias de nivel socioeconómico inferior. Suelen ser muy activos sexualmente y sus fantasías se refieren a temas agresivos. Mas o menos la mitad de los que son llevados a juicio tienen ya antecedentes de delitos sexuales.

La mayoría de las violaciones son cometidas por desconocidos, pero el empleo de la fuerza por el hombre es tal vez más común incluso en el noviazgo.

5. ABUSO DE MENORES, ESTUPRO

Más indefensos aun que la mujer adulta, son los niños de corta edad a quienes se viola. Aunque casi siempre el estupro lo cometen desconocidos muchas veces los violadores son amigos de la familia o parientes. Hay ocasiones en que el niño es molestado por una persona con quien tiene un estrecho vínculo afectivo. En tales relaciones su vulnerabilidad es muy grande (21).

Se desconoce la frecuencia de contactos sexuales entre niños y adultos. Según las encuestas referentes a las experiencias sexuales de la niñez, un 30% de los respondientes

dijo haber tenido ese tipo de experiencias (Gagnon, 1965, Landis 1956). En la generalidad de los casos, la víctima es una niña y el adulto es un varón, las interacciones consistieron en estimulación manual o bucogenital. Sin embargo, hay casos en que se realiza el coito. Los seductores que han sido estudiados tienden a tener una escolaridad sumamente baja, a ser conservadores y moralizadores. Antaño se consideraba que el abuso de menores, en especial, la que se da entre progenitores e hijo, era un fenómeno típico de las clases bajas pero los datos más recientes indican que también se da (aunque los casos se denuncia menos) en familias de clase medio y alta (Butler, 1978).

Nuestros conocimientos sobre los efectos duraderos del abuso de menores son escasos. Las opiniones de los expertos son de lo más diverso: hay quienes afirman que esas experiencias no producen efectos negativos prolongados y otros sostienen que puede haber perturbaciones psicológicas y disfunción sexual de carácter permanente. Ambas posturas pueden estar en lo cierto tratándose de grupos diferentes, y hasta ahora no definidos, de grupos de niños atacados (21).

G. INVESTIGACIONES SOBRE SEXUALIDAD EN GUATEMALA

En la Antigua Guatemala se llevó a cabo una tesis donde fue efectuada sobre educación sexual (grado de conocimiento) en estudiantes de nivel medio de ambos sexos (580) alumnos donde se obtuvieron resultados que desde el punto de vista general hay una buena disposición en ambos grupos de participar en el conocimiento de temas sexuales, así como de recibir una mejor orientación implementando programas especiales; empero existió diferencias de criterio, principalmente en lo que respecta a la masturbación, donde un elevado porcentaje de hombres dijo que era algo natural, mientras que un 36.3% de mujeres respondió que era algo sucio y vergonzoso con relación a un 33.9% que dijo que era algo natural (54).

Así mismo con las relaciones prematrimoniales y a las relaciones sexuales con prostitutas; fueron las mujeres (en su mayoría) de opinión desfavorable.

En resumen se vio que los conocimientos sobre sexualidad no son óptimos en ambos sexos, requiriendo el femenino una mayor orientación y educación sexual (54).

Se tuvo otro estudio sobre sexualidad en la mujer embarazada, donde se vio que factores como: nivel cultural, prejuicios morales, religiosos, mitológicos, etc. influenciaban mucho en sus respuestas (48).

Se pudo observar que la mayoría de pacientes estuvieron comprendidas entre los quince a veintiocho años, todas de clase social media baja.

De un total de 280 pacientes se vio que un porcentaje elevado, 46.96% acostumbraban tener relaciones sexuales una vez por semana en el tercer trimestre y que conforme aumentaba la frecuencia coital por semana, la relación era inversamente proporcional.

Además un 7.5% de las pacientes tuvieron coitos diariamente en el último trimestre del embarazo (48).

En promedio se vio una frecuencia coital de 23 coitos por semana. También se relacionó los estados mórbidos quedaban en estas pacientes, encontrando que se da ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prematuro, corioamnioitis y endometritis (48).

La mayoría de pacientes refirió que alcanzaban el orgasmo durante el embarazo, y que si disminuían estos debido a falta de interés, fatiga, dispareunia, temor de dañar al feto, incomodidad física, sensación de vagina pequeña y entumecimiento de la misma (48).

En un estudio realizado en parapléjicos se observó que las causas más comunes de lesión medular son: caídas de alturas, heridas por arma de fuego y accidente automovilísticos, siendo los adultos jóvenes los más afectados.

Se ha visto además que los pacientes, la mayoría son solteros, jóvenes y sin ninguna relación estable anterior a su accidente.

Caso todos presentan erección, pero solo un porcentaje medio puede tener relaciones sexuales y complacer a su pareja (43).

Además se vio algo extraordinario, que entre más alto es el nivel de la lesión medular, hay más probabilidades de una respuesta física sexual. Teniendo además que las lesiones de médula espinal incompletas tienen más probabilidades de coito satisfactorio. El problema más frecuente en el hombre parapléjico es su inseguridad personal, el temor de no satisfacer a su pareja (43).

En otro estudio realizado en adolescentes femeninos de educación media acerca de conocimientos y actitudes sobre sexualidad, se observó que de un total de 326 alumnas un 67.7% de adolescentes de sectores educativos privados y oficial, poseen un adecuado conocimiento hacia sexualidad, pero que aún persisten tabúes e ideas equivocadas hacia determinados temas de sexualidad como lo es la masturbación, ya que un 60.1% (196 adolescentes) consideran las prácticas de las mismas, sucias, vergonzosas y perversas (51).

En un 96.3% del total de adolescentes se vio interesado en dicho tema, quienes afirman que es importante que se les impartan programas de educación sexual como parte de su programa de estudios, ya que la mayoría utilizar los medios informativos de comunicación (revistas, cines, radio, televisión y prensa escrita), para resolver sus dudas en cuestiones sexuales, lo que puede influir en aspectos de la sexualidad, ya que los más utilizados son revistas y televisión, que no constituyen los más adecuados medios informativos.

Se pudo observar además que el 50% de las adolescentes con vida sexual activa utiliza como método anticonceptivo el condón y un 50% no utiliza ningún método anticonceptivo, atribuyendo como causas, miedo en un 44%; por no poder adquirirlo un 33%, y un 22% porque piensan que no sirve de nada (51).

TECNICAS E INSTRUMENTOS:

TECNICA DE MUESTREO:

Tipo de estudio: Se trata de un estudio Descriptivo transversal- prospectivo.

Universo de estudio: El mismo contara con un total de 388 estudiantes de la facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Esto según calculo de muestra (ver anexo 2).

Sujeto de estudio: Sera considerado como tal, todo estudiante que desee participar voluntariamente en la investigacion, y que sea estudiante de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de san Carlos de Guatemala.

Criterios de Inclusion: Todo estudiante que pertenezca a la facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y que dese voluntariamente participar en la investigacion.

Criterios de Eliminacion: Sera considerado como tal a estudiante que no dese colaborar voluntariamente con la investigacion.

Tecnica de recoleccion de datos: Aplicación de una encuesta **confidencial y anónima** con preguntas sobre lo que los estudiantes de la facultad de ciencias Medicas de la USAC entienden por Conocimientos,

Actitudes sexuales de riesgo para adquirir la infeccion por el VIH/SIDA ó las ETS's.

TÉCNICA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se hará en base al programa EPI-INFO versión 6.04 para su respectivo análisis estadístico y cruce de variables a estudiar, los resultados obtenidos se presentarán en una serie de gráficas y/o cuadros estadísticos, los cuales representan la realidad.

INSTRUMENTOS:

La recopilación de datos se hará por medio de encuestas: interrogatorio, estudio sistemático sobre la base de un cuestionario, el cuál ha sido elaborado en función de los objetivos que se desean alcanzar, dicha encuesta será anónima con algunos datos generales, como su edad, sexo, ocupación, procedencia. Por razones de clasificación de la información, así como algunas preguntas que den a conocer en forma general el grado de conocimientos y actitudes sexuales de riesgo del estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, sobre la infección VIH/SIDA y las ETS's. Consta de preguntas cerradas de fácil interpretación que lleven a conocer el nivel de conocimiento y actitud sexual que tiene el estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, sobre el riesgo de adquirir la infección por el VIH/SIDA ó cualquier ETS's.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

A. DEPENDIENTES:

Estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que tengan conocimientos y actitudes de riesgo. Será considerado como tal todo estudiante que refiera cualesquiera de los tipos de riesgo que se conocen.

Estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que no tengan conocimientos y actitudes de riesgo. Será considerado como tal todo estudiante que no refiera ninguno de los riesgos que se conocen.

B. INDEPENDIENTES:

CONCEPTO	DEFINICIÓN	VARIABLE	INDICADOR	INSTRUMENTO
Población	Número de habitantes de un pueblo, país, etc. ciudad, villa, país.	Que población intervendrá en la muestra	Estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC	Encuesta
SIDA	Síndrome de Inmundeficiencia adquirida por el virus VIH. Ataca, debilita y anula el sistema inmunológico del cuerpo humano en el individuo infectado	Que saben los estudiantes sobre SIDA	Respuesta abierta	Encuesta
Estudiante	Persona que cursa estudios en la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC			
Actitud	Postura del cuerpo Disposición de ánimo	Cuál es la postura del estudiantado frente al cúmulo de ETS	Respuesta abierta	Encuesta

Medida	Expresión comparativa de las dimensiones o cantidades	Qué medida preventiva utiliza el estudiante	Usa o no condón	Encuesta
Preventivo	Que previene	Que porcentaje de la población estudiantil utiliza medidas preventivas	Pregunta abierta	Encuesta
Conocimiento	Conocer, tener idea ó noción de una cosa	Tiene ó no idea de las consecuencias el estudiante sobre el SIDA	Si / No	Encuesta
Sexual	Perteneiente o relacionado al sexo	Hombres / mujeres	Género masculino / Femenino	Encuesta
Facultad de Ciencias Médicas	Establecimiento de Enseñanza, doctrina, sistema, conocimiento de las cosas en un proceso de emisión y recepción de mensajes por un canal	Facultad sujeta del muestreo, importancia de respuesta las Ciencias Médicas referente a las ETS	Pregunta abierta	Encuesta
Uso de Drogas	Drogas más utilizadas por la población	Todo tipo de drogas Esporádica, Frecuente	Pregunta abierta	Encuesta

- Recursos Materiales

- Equipo de oficina y papelería
- Transporte hacia el área de trabajo
- Area física ya existente

8) Presupuesto de la Investigación

Gastos de bibliografía	Q. 120.00
Levantado de texto	Q. 245.00
Gastos de transporte	Q. 300.00
Reproducción de instrumento	Q. <u>625.00</u>

TOTAL Q. 1290.00

ADMINISTRACIÓN:

- RECURSOS HUMANOS:

Médicos Asesores

Médico Revisor

Estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC

Médico Inferi

- RECURSOS INSTITUCIONALES:

Instalaciones de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC

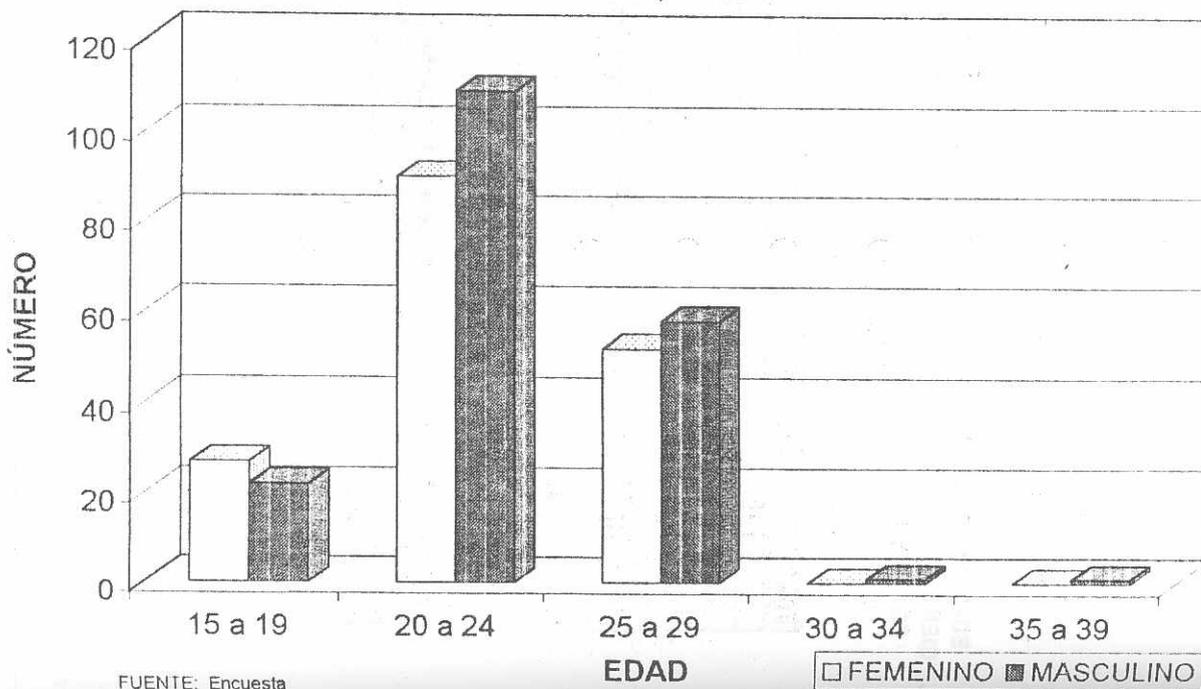
CUADRO No. 1
EDAD Y SEXO DE 360 ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL
ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES.
GUATEMALA, 1998.

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
15 a 19	27	22	49
20 a 24	90	109	199
25 a 29	52	58	110
30 a 34	0	1	1
35 a 39	0	1	1
Total	169	191	360

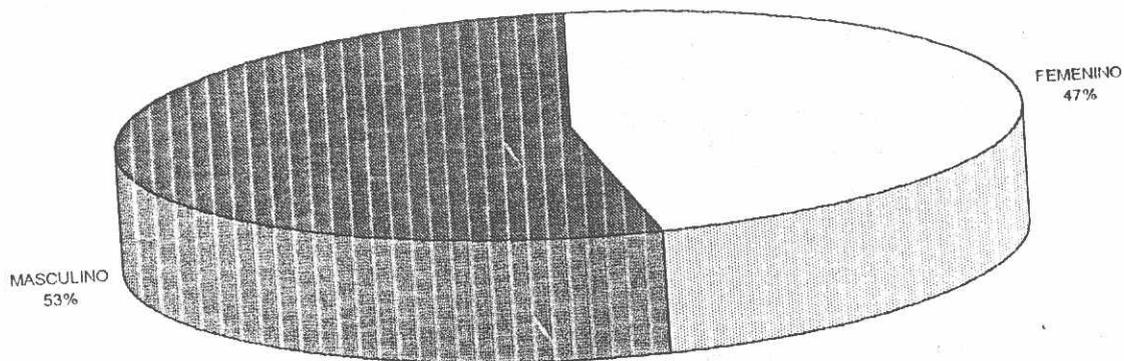
Fuente: Encuesta

El promedio de edad para el sexo Femenino fue de 22.3 +/- 3.0 años, correspondiendo al 47% y para el sexo Masculino fue de 22.7 +/- 3.0 años correspondiendo al 53%. Predomina el grupo etareo comprendido entre los 20 y 29 años.

GRÁFICA No. 1
EDAD Y SEXO DE 360 ESTUDIANTES DE LA FAC. DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA
USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES
SEXUALES.
GUATEMALA, 1998.



GRÁFICA No. 2
SEXO DE 360 ESTUDIANTES DE LA FAC. DE CIENCIAS MÉDICAS DE
LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS
Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.



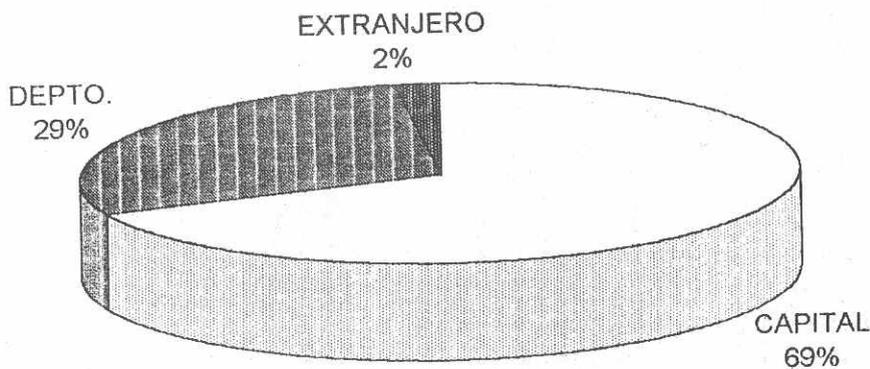
CUADRO No.2
LUGAR DE RESIDENCIA DE 360 ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.

LUGAR	NUMERO	%	% acumulado
CAPITAL	248	68.90%	68.90%
DEPTO.	105	29.20%	98.10%
EXTRANJERO	7	1.90%	100.00%
TOTAL	360	100%	

Fuente: Encuesta

La mayoría de los estudiantes (68.9%) residen en la Ciudad Capital, el 29.2% en los departamentos y el 1.9% en el extranjero, lo que no se considera lógico, interpretándose como que estos estudiantes no entendieron bien la pregunta.

GRÁFICA No. 3
LUGAR DE RESIDENCIA DE 360 ESTUDIANTES DE LA FAC. DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.



FUENTE: Encuesta

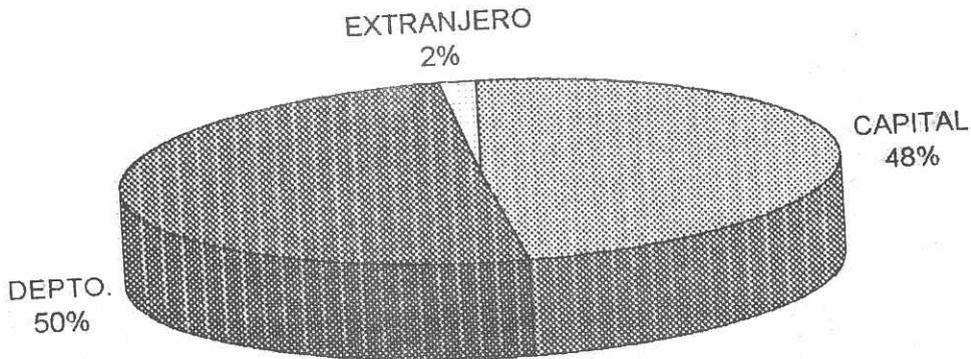
CUADRO No.3
LUGAR DE NACIMIENTO DE 380 ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.

LUGAR	NUMERO	%	% acumulado
CAPITAL	173	48.10%	48.10%
DEPTO.	181	50.30%	98.30%
EXTRANJERO	6	1.70%	100.00%
TOTAL	360	100.00%	

Fuente: Encuesta

La mitad de los estudiantes (50.3%) refiere haber nacido en los departamentos, el 48.1% en la Ciudad Capital y el 1.7% en el extranjero.

GRÁFICA No. 4
LUGAR DE NACIMIENTO DE 360 ESTUDIANTES DE LA FAC. DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.



FUENTE: Encuesta

CUADRO No.4

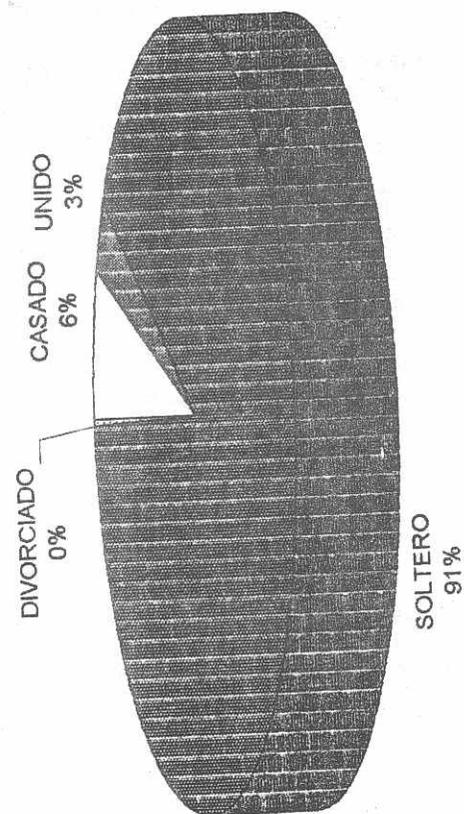
ESTADO CIVIL DE 360 ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.

ESTADO CIVIL	NUMERO	%	% acumulado
CASADO	22	6.10%	6.10%
UNIDO	11	3.10%	9.20%
SOLTERO	328	90.60%	99.70%
DIVORCIADO	1	0.30%	100.00%
Total	360	100.00%	

Fuente: Encuesta

* La mayoría (90.6%) están solteros y el resto (9.4%) divorciados, casados y/o unidos.

GRÁFICA No. 5
ESTADO CIVIL DE 360 ESTUDIANTES DE LA FAC. DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.



FUENTE: Encuesta

CUADRO No.5

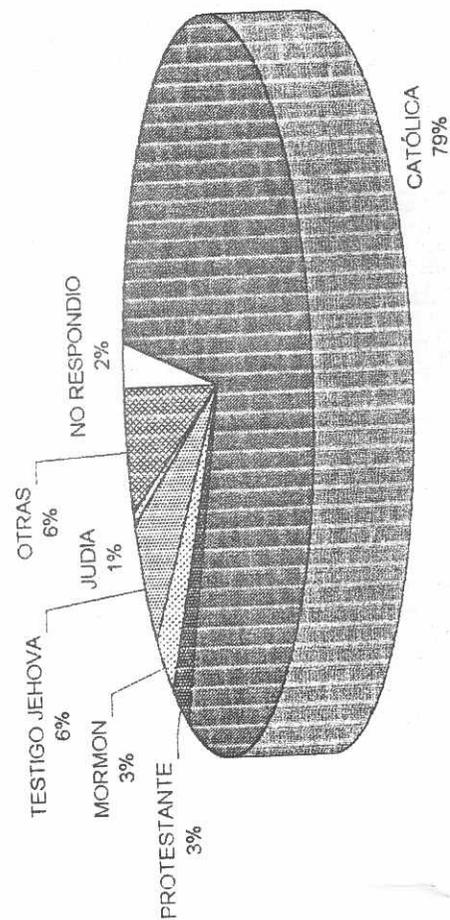
RELIGION DE 360 ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.

RELIGIÓN	NUMERO	%	% acumulado
NO RESPONDIO	7	1.90%	1.90%
CATÓLICA	288	80.00%	81.90%
PROTESTANTE	10	2.80%	84.70%
MORMON	12	3.30%	88.10%
TESTIGO JEHOVA	21	5.80%	93.90%
JUDIA	2	0.60%	94.40%
OTRAS	20	5.60%	100.00%
Total	360	100.00%	

Fuente: Encuesta

La religión predominante (80%) profesada por los estudiantes es la católica, seguido de los Testigos de Jehová (5.8%), los Mormones (3.3%) y el resto (10.1%) otras religiones.

GRÁFICA No. 6
RELIGIÓN DE 360 ESTUDIANTES DE LA FAC. DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.



FUENTE: Encuesta

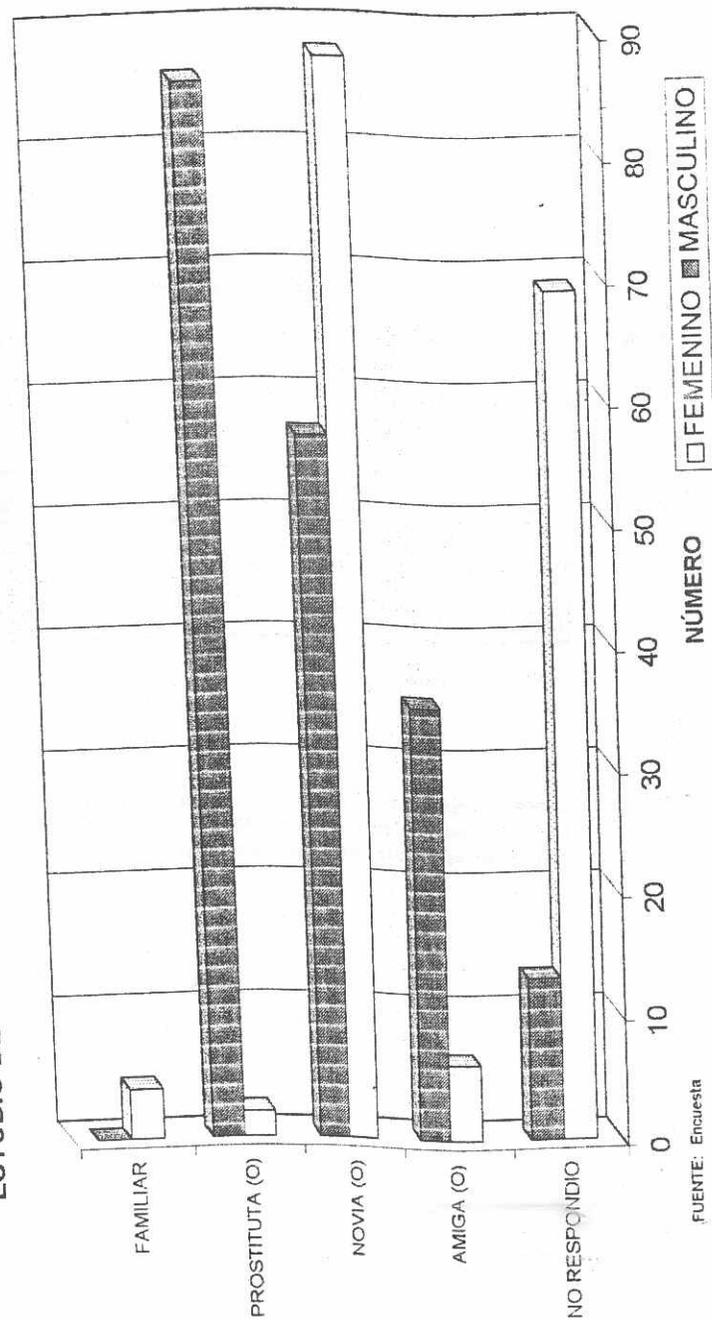
CUADRO No.6
CON QUIEN TUVIERON SU PRIMER CONTACTO SEXUAL 360 ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.

PRIMER CONTACTO SEXUAL	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
NO RESPONDIO	69	13	82
AMIGA (O)	6	35	41
NOVIA (O)	88	57	145
PROSTITUTA (O)	2	86	88
FAMILIAR	4	0	4
TOTAL	169	191	360

Fuente: Encuesta

La mayoría (44.4%) tuvo su primera relación sexual con la novia(o), con las prostitutas(os) el 24.4%, con la amiga(o) el 11.4% y el 22.8% no respondió y/o bien no han tenido aún actividad sexual. Hay que mencionar que el 1.1% tuvo su primera relación sexual con un familiar, siendo de sexo femenino.

GRÁFICA No.7
CON QUIÉN TUVIERON SU PRIMER CONTACTO SEXUAL 360 ESTUDIANTES DE LA FAC. DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.



CUADRO No.7

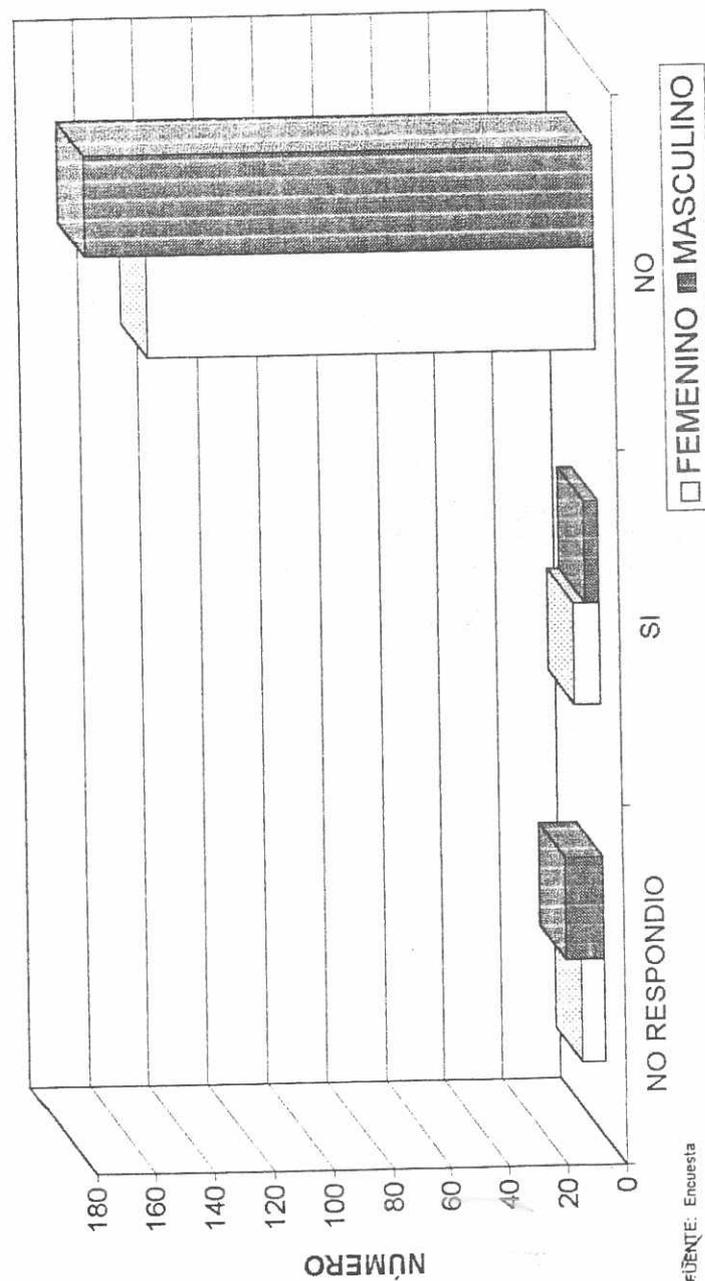
HAN SIDO ALGUNA VEZ VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL 360 ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.

VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
NO RESPONDIO	8	13	21
SI	9	5	14
NO	152	173	325
TOTAL	169	191	360

Fuente: Encuesta

Consideran que han sido víctimas de abuso sexual el 3.9% (con predominio del sexo femenino) de los estudiantes entrevistados. El 5.8% de los estudiantes no respondió a esta pregunta.

GRÁFICA No. 8
HAN SIDO ALGUNA VEZ VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL 360 ESTUDIANTES DE LA FAC. DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.



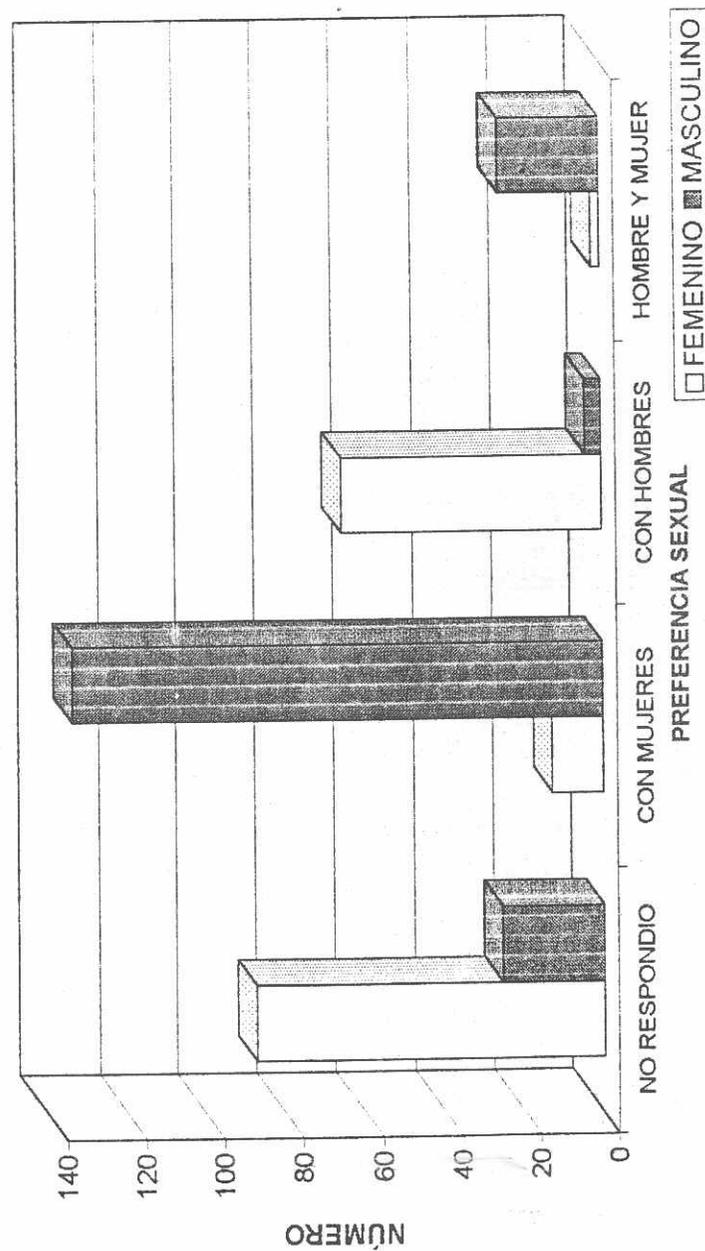
CUADRO No.8
PREFERENCIA SEXUAL DE 360 ESTUDIANTES
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC
QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y
ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.

PREFERENCIA SEXUAL	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
NO RESPONDIO	88	26	114
CON MUJERES	13	135	148
CON HOMBRES	66	4	70
HOMBRE Y MUJER	2	26	28
Total	169	191	360

Fuente: Encuesta

El 55.8% tienen preferencia Heterosexual, el 19.4% refieren tener práctica Bisexual (con predominio en el sexo masculino) y el 7.7% refiere tener preferencia Homosexual (con predominio del sexo femenino).

GRÁFICA No. 9
PREFERENCIA SEXUAL DE 360 ESTUDIANTES DE LA FAC. DE CIENCIAS
MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.



CUADRO No.9

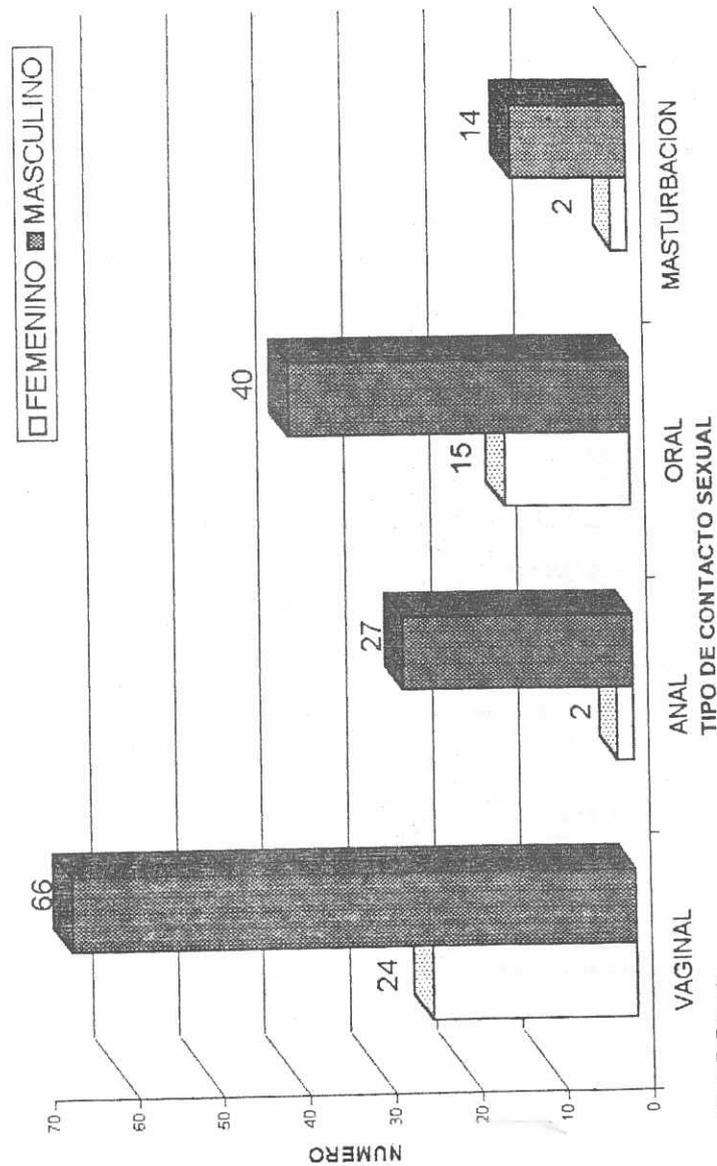
TIPO DE CONTACTO SEXUAL PRACTICADO POR 360 ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.

TIPO DE CONTACTO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
VAGINAL	24	66	90
ANAL	2	27	29
ORAL	15	40	55
MASTURBACION	2	14	16

Fuente: Encuesta

En esta pregunta los estudiantes podían responder cualquiera y/o todos los tipos de contacto sexual a que tienen preferencia en ambos sexos, siendo el contacto por vía vaginal tanto para el sexo masculino y femenino, seguido del contacto oral con predominio del sexo masculino, el anal con predominio del sexo masculino y por último la masturbación mutua también con predominio del sexo masculino.

GRÁFICA No. 10
CONTACTO SEXUAL PRACTICADO POR 360 ESTUDIANTES DE LA FAC. DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.



FUENTE: Encuesta

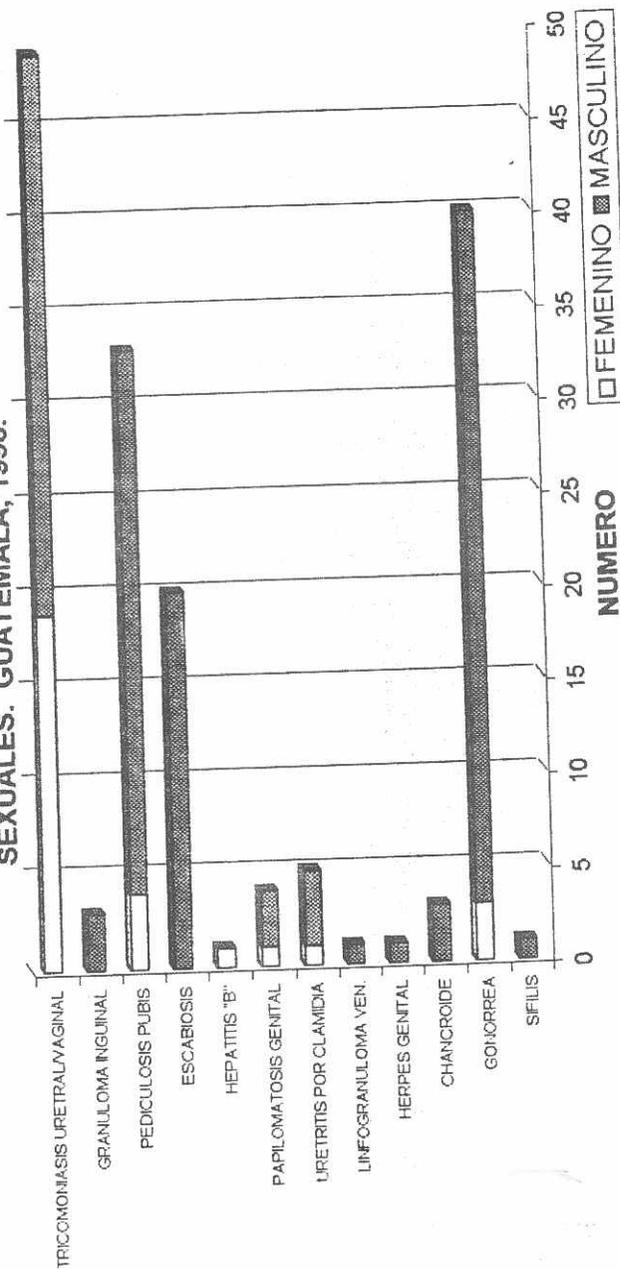
CUADRO No.10
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL PADECIDAS POR 360
ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1988.

ENFERMEDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
SIFILIS	0	1	1
GONORREA	3	37	40
CHANCROIDE	0	3	3
HERPES GENITAL	0	1	1
LINFOGRANULOMA VEN.	0	1	1
URETRITIS POR CLAMIDIA	1	4	5
PAPILOMATOSIS GENITAL	1	3	4
HEPATITIS "B"	1	0	1
ESCABIOSIS	0	20	20
PEDICULOSIS PUBIS	4	29	33
GRANULOMA INGUINAL	0	3	3
TRICOMONIASIS URETRAL/VAGINAL	19	30	49

Fuente: Encuesta

Las enfermedades de Transmisión Sexual padecidas por los estudiantes fueron en su mayoría de tricomoniasis uretral y/o vaginal, seguido de la gonorrea, la uretritis por Chlamydia Tracomatis y la papilomatosis genital. Hay que diferenciar que a pesar de que la escabiosis y la pediculosis pubis también son predominantes, estas no se consideran como enfermedades de Transmisión sexual exclusivamente.

GRÁFICA No. 11
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL PADECIDAS POR 360
ESTUDIANTES DE LA FAC. DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE
PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES
SEXUALES. GUATEMALA, 1988.



FUENTE: Encuesta

CUADRO No.11

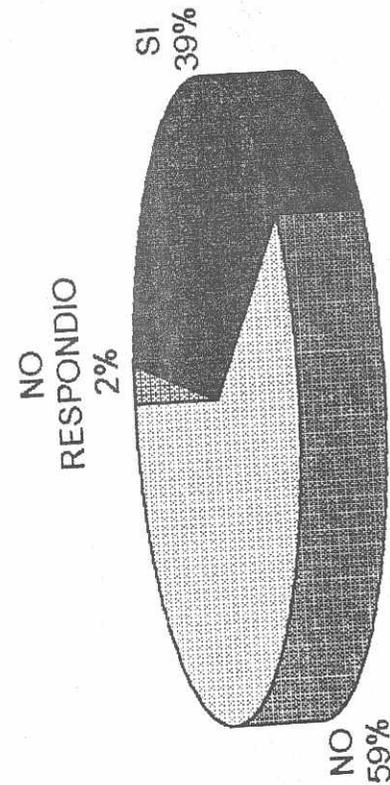
HAN UTILIZADO DROGAS 360 ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.

HAN USADO DROGAS	NUMERO	%	% acumulado
NO RESPONDIO	7	1.90%	1.90%
SI	139	38.60%	40.60%
NO	214	59.40%	100.00%
TOTAL	360	100.00%	

Fuente: Encuesta

Es considerable la respuesta de los estudiantes hacia el consumo de drogas anteriormente (38.6%), el 59.4% contestó que no y el 1.9% no respondió.

GRÁFICA No. 12
UTILIZACION DE DROGAS DE 360 ESTUDIANTES DE LA FAC. DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.



FUENTE: Encuesta

CUADRO No.12

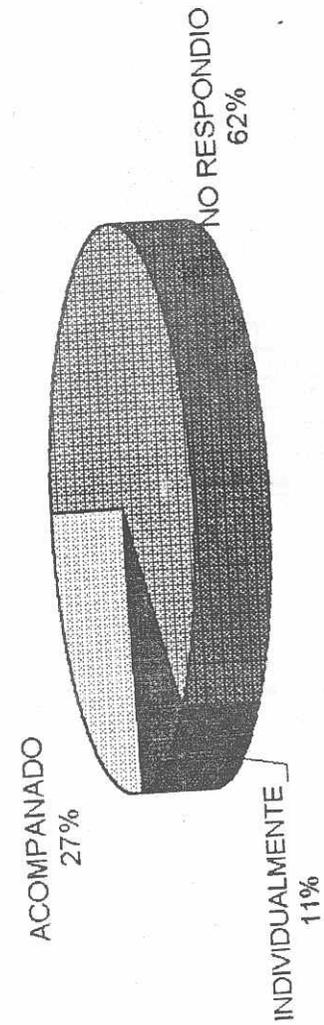
MANERA DE CONSUMO DE DROGAS DE 360 ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.

MANERA CONSUMO	NUMERO	%	% acumulado
NO RESPONDIO	225	62.50%	62.50%
INDIVIDUALMENTE	39	10.80%	73.30%
ACOMPANADO	96	26.70%	100.00%
TOTAL	360	100.00%	

Fuente: Encuesta

De los estudiantes que han consumido drogas, la mayoría contestó que han preferido hacerlos acompañados.

GRÁFICA No. 13
MANERA DEL CONSUMO DE DROGAS DE 360 ESTUDIANTES DE LA FAC. DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.



FUENTE: Encuesta

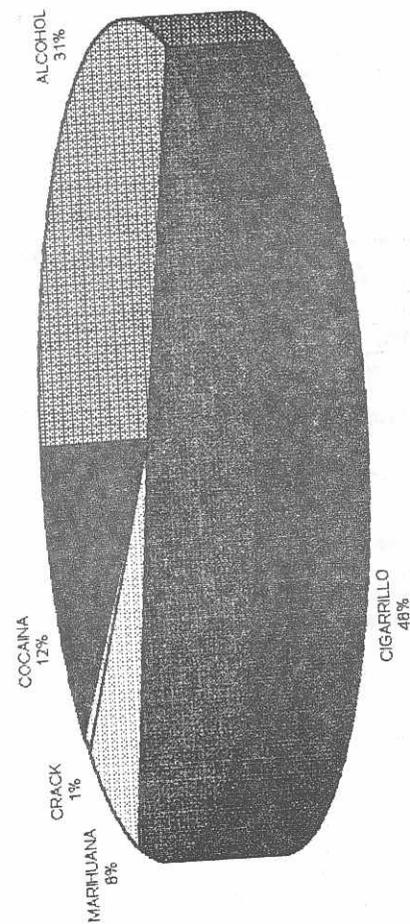
CUADRO No.13
TIPO DE DROGAS UTILIZADAS POR 360 ESTUDIANTES
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC
QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.

DROGA	NUMERO	%
ALCOHOL	86	31.00%
CIGARRILLO	134	48.40%
MARIHUANA	21	7.60%
CRACK	2	0.70%
COCAINA	34	12.30%
TOTAL	277	100.00%

Fuente: Encuesta

De los estudiantes que han consumido drogas (277), la mayoría han sido con el tabaco (48.4%), el alcohol (31%), la cocaína (12.3%), la marihuana (7.6%) y el crack (0.7%).

GRÁFICA No. 14
TIPO DE DROGAS UTILIZADAS POR 360 ESTUDIANTES DE LA FAC. DE
CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.



FUENTE: Encuesta

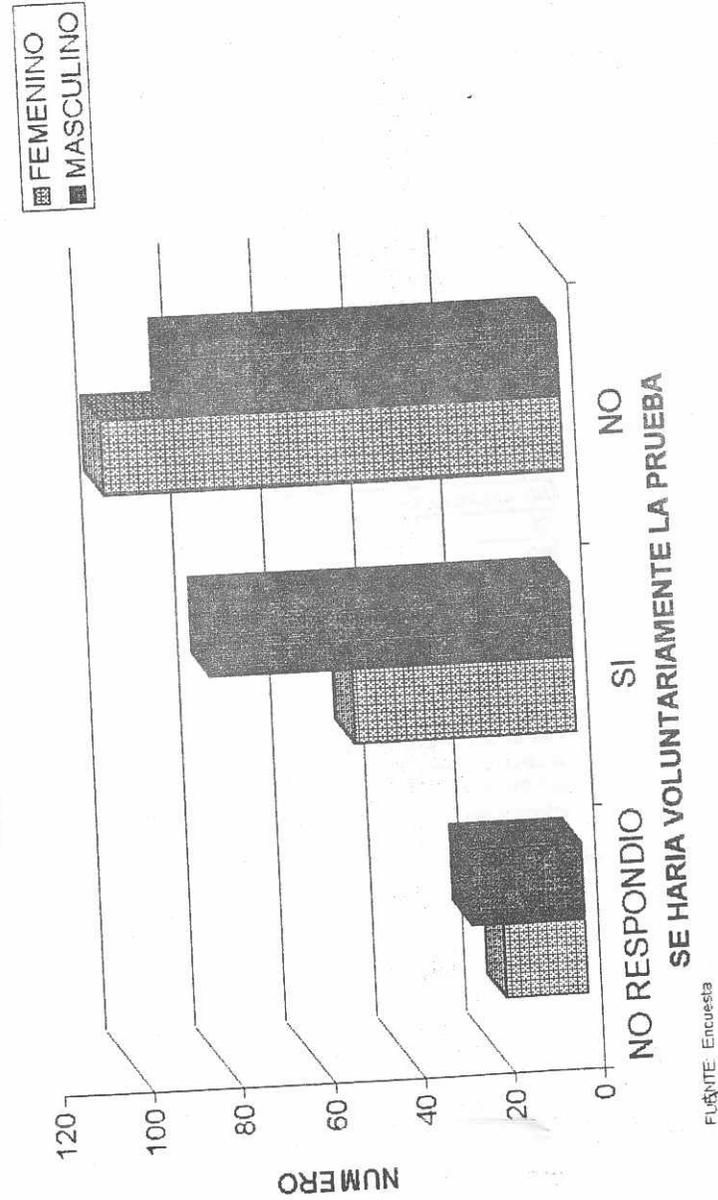
CUADRO No.14
SE REALIZARÍAN VOLUNTARIAMENTE LA PRUEBA DE
DETECCION DEL VIH, 360 ESTUDIANTES DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON
EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES.
GUATEMALA, 1998.

SE HARÍA LA PRUEBA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
NO RESPONDIO	18	25	43
SI	49	80	129
NO	102	86	188
TOTAL	169	191	360

Fuente: Encuesta

Poco más de la mitad (52.2%) de los estudiantes contestaron que No se realizarían la prueba de detección del virus de VIH por no considerarse a riesgo. El 35.8% contestó que si se realizaría la prueba.

GRÁFICA No. 15
SE HARÍAN VOLUNTARIAMENTE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH, 360
ESTUDIANTES DE LA FAC. DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE
PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES
SEXUALES. GUATEMALA, 1998.



FUENTE: Encuesta

CUADRO No.15

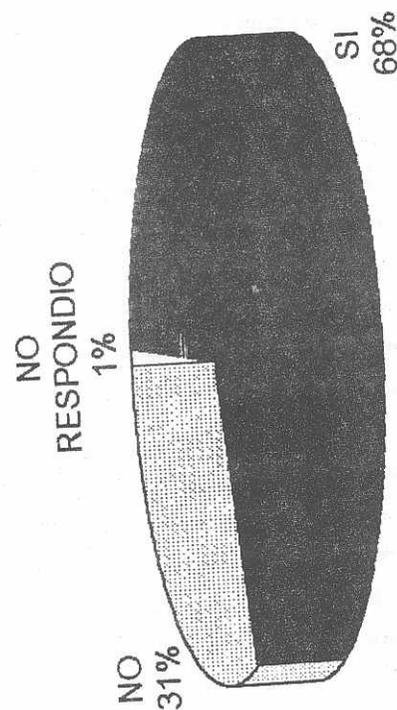
CONSIDERAN QUE LA CARRERA ES UN RIESGO LABORAL DE AQUIRIR LA INFECCION DEL VIH, RESPUESTA DE 360 ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.

CONSIDERAN LA CARRERA COMO RIESGO LABORAL	NUMERO	%	% acumulado
NO RESPONDIO	3	0.80%	0.80%
SI	247	68.60%	69.40%
NO	110	30.60%	100.00%
TOTAL	360	100.00%	

Fuente: Encuesta

Más de dos tercios de los estudiantes (68.6%) consideran que la carrera de Medicina es un Riesgo Laboral, el 30.6% que no y el 0.8% no contestó. Esto indica la falta de conocimiento e información acerca de la infección por el VIH y el SIDA.

GRÁFICA No. 16
CONSIDERAN QUE LA CARRERA ES UN RIESGO LABORAL DE AQUIRIR LA INFECCION DEL VIH, RESPUESTA DE 360 ESTUDIANTES DE LA FAC. DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA USAC QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES. GUATEMALA, 1998.



FUENTE: Encuesta

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

Se efectuó un estudio descriptivo transversal prospectivo en 360 estudiantes de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), 169 estudiantes (46.9%) de **sexo** femenino y 191 estudiantes de **sexo** (53.1%) masculino.

A los que se incentivó a participar voluntariamente a un estudio para evaluar diferentes aspectos relacionados sobre las conductas y actitudes sexuales, en cuanto a lo referente a la **edad** (ver cuadro No. 1) vemos que el promedio de la misma fue de 22.3 +/- 3 años para el sexo femenino y del 22.8 +/- 3 años para el sexo masculino.

En cuanto al **lugar de nacimiento** del grupo estudiado, observamos que el 48.1% (173 estudiantes) nacieron en la capital, el 50.3% (181 estudiantes) son de departamentos y del extranjero (ver Gráfica No. 4). Así mismo en cuanto al **lugar de residencia** (ver Gráfica No. 3), vemos que el 68.9% (248 estudiantes) refieren residir en la capital, 29.2% (105 estudiantes) residen en los departamentos y el 1.9% (7 estudiantes) en el extranjero, lo cual carece de credibilidad ya que no pueden estudiar aquí y residir en otro país a la vez.

Respecto al **estado civil** y **sexo**, podemos claramente (ver Gráfica No. 5) 9.2% (33 estudiantes) refieren ser **casados** y/o **unidos** siendo en su mayoría el 77.3% de sexo masculino. Corresponde el **promedio de edad de casamiento o unión** al sexo femenino del 21.4 +/- 3.2 años de edad y para el sexo masculino de 23.4 +/- 2.6 años. El **promedio del número de hijos** para el grupo estudiado de 0.7 hijos.

Al observar la **religión** de la población estudiada (ver Gráfica No. 6), se observó que el 80% (288 estudiantes) refieren ejercer la religión católica, el 2.7% (17 estudiantes) profesan la religión protestante, el 3.3% (12 estudiantes) son mormones, el 5.8% (21 estudiantes) ser testigos de Jehová y el 0.5% (2 estudiantes) refieren profesar la religión judía; lo cual todo niega en la realidad del país ya que somos un pueblo heredado y eminentemente católico. Esto hace pensar del auge aparente observado por religionés cristianas no católicas.

Se pudo establecer que el **inicio de las relaciones sexuales** ha sido temprano en donde se aprecia que el promedio para el sexo masculino fue de 14.8 +/- 2.3 años y para el sexo femenino fue de 17.9 +/- 2.1 años; esto nos muestra el grado de precocidad el grupo estudiado ya que tuvieron un inicio por la etapa de adolescencia y adolescencia tardía en donde todavía se empieza a descubrir su sexualidad. Así mismo respecto a **con quien tuvieron su primer contacto sexual** (ver Gráfica No. 7), observamos que el 22.7% (82 estudiantes) refieren haberlo tenido con sus novias (os), el 11.4% (41 estudiantes) con sus amigas (os), el 24.9% (88 estudiantes) con prostitutas (os) de la cuales el 2.3% del grupo estudiado, de donde puede decidirse del porque el riesgo de exposición de adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual. Cabe mencionar que el 3.9% (14 estudiantes) refieren haber sido **victiminas de abuso sexual** (ver Gráfica No. 8) siendo la mayoría de sexo femenino (51.4%) el cual como sabemos que el abuso ha sido un punto poco discutido, pero debe ponerse la atención debida, ya que están hablando de una marca que la persona llevara por el resto de su vida y que influirá en la vida sexual futura.

En cuanto a la **preferencia sexual** (ver Gráfica No. 9), observamos que el 55.8% (201 estudiantes) tienen preferencia heterosexual, el 19.4% (70 estudiantes) refieren tener practica bisexual, el 7.7% (22 estudiantes) refieren tener preferencia homosexual y el resto no respondió. Respecto al **haber tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo**, vemos que el 9.7% (48 estudiantes) refieren haber tenido, siendo interesante notar que 1 mujer de cada 4 hombres tuvo contacto homosexual. El **promedio de parejas sexuales al mes** fue en el sexo femenino de 1.2 +/- 0.5 parejas sexuales y en el sexo masculino de 2.12 +/- 1.7 parejas sexuales. Los **métodos anticonceptivos utilizados** fueron el condón en el 45.8% (165 estudiantes), siendo esto muy bajo para ser una "población educada" en el área de salud, ya que la mayoría han referido utilizarlo como método anticonceptivo y no como método preventivo contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Al investigar la **relación sexual con trabajadoras (os) del sexo (prostitutas [os])**, el 36.6% refirió haberla tenido; dentro la cual destaca que el 3.8% (5 estudiantes) pertenecieron al sexo femenino, datos por demás interesantes que merecen mas atención sobre futuros estudios sobre conducta sexual en mujeres y más aun serian interesantes en población general.

Respecto al tipo de **contacto sexual** (ver Gráfica No. 10), observamos que la más frecuente es la vaginal con el 35.3% (127 estudiantes), el 8% (29 estudiantes) refirió practicar el sexo anal, el 15.3% (55 estudiantes) practican el sexo oral y el 4.4% (16 estudiantes) la masturbación mutua.

En cuanto a los **antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS)** (ver Gráfica No. 11), observamos que el 64.4% (160 estudiantes) refieren haber padecido, de los cuales el 18.1% (29 estudiantes) pertenecen al sexo femenino. Siendo las **enfermedades más frecuentes** en su orden descendente la tricomoniasis vaginal/uretral en el 13.6% (49 estudiantes), la gonorrea en el 11.1% (40 estudiantes), la pediculosis pubis en el 9.2% (33 estudiantes), la escabiosis en el 5.6% (20 estudiantes), uretritis por clamidia en el 1.4% (5 estudiantes), papilomatosis genital en el 1.1% (4 estudiantes), chancroide y granuloma inguinal en el 0.8% (3 estudiantes respectivamente), y el 0.3% (1 estudiante) con las enfermedades de sífilis, herpes genital, hepatitis B y linfogranuloma venéreo.

Así mismo en cuanto a la **tendencia de tener relaciones sexuales si se encuentra padeciendo de alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS)**, 1.4% (5 estudiantes) refirió que no tiene importancia, el 16.1% (58 estudiantes) refieren tener solo si estuviesen en tratamiento, el 21.9% (79 estudiantes) refieren tener relaciones hasta que lo indique el médico, el 15.8% (57 estudiantes) no la tendría hasta que se considerara sano y el 15% (54 estudiantes) refirió automedicarse.

En cuanto al **uso de drogas**, observamos claramente que el 40.6% (139 estudiantes) ha utilizado algún tipo de droga, siendo en su mayoría el alcohol 31%, el tabaco 48%, la cocaína 12%, la marihuana 8%, y el crack 1%. Haciendo este consumo de preferencia acompañados.

Respecto a la **medida utilizada para no adquirir enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA**, observamos que el 40.3% (145 estudiantes) tendría relaciones sexuales con su pareja, el 1.7% (6 estudiantes) tendría relaciones sexuales solo por vía vaginal, el 2.5% (9 estudiantes) tendrían relaciones con personas que no fueran trabajadores

(es) del sexo y el 44.7% (161 estudiantes) se cerciorarian que su pareja sexual no tuviera la infección por el VIH y el SIDA, así como ETS.

Referente a si los estudiantes se realizarían voluntariamente la prueba de detección del VIH (ver Gráfica No. 15), el 47.8% (129 estudiantes) contesto que se la harían y el 52.2% (188 estudiantes) no se la realizarían por no considerarse a riesgo. Sin embargo el 31.1% (96 estudiantes) tendría miedo a las consecuencias y el 3.6% (13 estudiantes) no considero la infección por el VIH y el SIDA como un problema de salud importante en Guatemala.

El conocimiento de los estudiantes sobre la cantidad aproximada de personas infectadas por el VIH en Guatemala, vemos que el 29.4% (116 estudiantes) tienen conocimiento sobre el numero de personas afectadas y el 80.3% (286 estudiantes) creyó necesitar mas información sobre el VIH/SIDA y las EST. Cabe mencionar aquí que el 69.4% (247 estudiantes) considero la carrera de medicina como un riesgo laboral para adquirir la infección por el VIH, mas no con sus conductas sexuales y practicas de riesgo.

CONCLUSIONES

Se identificó que el tipo de conducta y actitud sexual del grupo estudiado, en su mayoría tubo su primera relación sexual con la novia (o), y en un alto porcentaje la tubo con prostituta (o). Hay que hacer mención que un porcentaje mínimo tubo su primera relación sexual con un familiar, siendo estas del sexo femenino.

Se determinó que la actitud sexual del grupo estudiado, es altamente promiscua, y que el promedio de edad del primer contacto sexual fue de 15.5 años, haciéndose más evidente en el sexo masculino con trabajadoras del sexo.

Se estableció que la conducta de riesgo de los estudiantes es elevada, ya que se observo que la mayoría ya habían tenido relaciones sexuales con mas de una persona, incluyendo un porcentaje mínimo de personas de su mismo sexo (homosexualismo), y además de esto el uso profiláctico del condón no fue muy evidente, y esto lo podemos demostrar por el alto índice de enfermedades de transmisión sexual que se observo, siendo estas en orden decreciente: tricomoniasis, gonorrea, etc. Además hay que recalcar que la mayoría de los estudiados consideran que la carrera de medicina es un factor de riesgo laboral para la adquisición de la infección por VIH principalmente por pinchazos con agujas contaminadas.

RECOMENDACIONES:

- Por lo expuesto considero pertinente que se sigan utilizando este tipo de estudios en diferentes poblaciones y más aun en grupos de mayor riesgo como lo son los adolescentes y de áreas marginadas.
- Utópicamente que se estableciera un programa de educación sexual a nivel primario, secundario y diversificado.
- Que se facilite la información acerca de métodos anticonceptivos como lo es el condón para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

RESUMEN

El presente es un estudio descriptivo-prospectivo, en 360 estudiantes de la facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, a los cuales se insentivo a participar voluntariamente, en cuanto a la edad promedio, del primer contacto sexual del grupo estudiado fue de 15.5 años, el 9.7 admitió haber sido víctima de abuso sexual en alguna etapa de su vida, el 66.2 refirió haber tenido su primera relación con trabajadoras del sexo, se encontró que el 13.3 de los estuantes tuvieron relación con personas de su mismo sexo.

Entre las enfermedades que más se observaron en orden decreciente, fueron: Tricomoniiasis, Gonorrea, Pediculosis púbis. Podemos además enfatizar que los estudiantes del presente estudio usan el condón como medio anticonceptivo y no como un método profiláctico ETS.

BIBLIOGRAFIA

1. Krulowitz, J.E. And Payne, E.J. Atributions about rape: Effects of rapist forcae observer sex, and sex role actitudes. In his: Journal of Applied Social Psychology, 1978. (pp. 8, 291-305)
2. Griffit, N. Response to erotic and projection of response to erotic int the oppsote sex. In his Journal of Experimental Research in Personality, 1976. (pp 330-338)
3. Malamuth, N. Rape fantasies as a function of espposure to violent sexual stimulty. Archives of Sexual Behavior, 1981. (pp 10, 33-47)
4. Martinez Noak, Miguel. Sexualidad en la Mujer. Tesis (Medico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencia Medicas 1987.
5. Kaplan, R. M. Is Beaty Talent? Sex interaction in the atractivennes halo effect. Sex roles. 1978 (pp 4, 195-205)
6. Keverne E. B. Pheromones and sexual behavior. In: J. Money and H. Musaph (Eds.), Handbook Of Sexology, Amsterdam: Excerpta Medica. 1977.
7. IV congreso latinoamerinano de sexologia y educacion sexual, 13-17 de junio 1998. Tomo II Ediciones Asociacion Argentina de proteccion familiar. Buenos Aires Argentina (pp 34-41, 103-104)
8. Leon, R. G. La nueva sexualidad del varon. Editorial Paidos, Buenos Aires Argentina. Primera edicion 1987. (pp 17-27)
9. Aronson, E. Some antecedents of interpersonal attraction. in: W. J. Arnold and D. Levine (eds.). Nebraska Symposium on motivation. Lincoln University of Nebraska Press, 1969, vol. 17.
10. Asch. S. E. Forming inpressions of personality. In his: Journal of abnormal and Social Psychology, 1976. (pp 34, 434-446)
11. Kanin, E. J. and Parcell, S. R. Sexual agression: A second look at the offended female. Archeves of sexual behavior, 1977, (pp 6, 67-76)
12. Almeida J. Methods of starting discussion with school age (11-16) Cameron teenagers on sex And STD. Unpublished MSC disectation, Institute of chiid health, London 1978.
13. Annon J. S. The behavior treatment of sexual problems; Brief Therapy. New York Harper And Row. 1976.
14. Baron R. M. Mandel, D. R. Adams C. C. And Griffen, I. M. in Effects of social density University presidential enviroments. In his: Journal of personality and social Psychology. 1976. (pp 34, 434-436)
15. Bell, A. P. And Weingerg, S. Homosexualities: a study of diversity among men and women, New York; Simon and Bacon, 1978.

16. Bone Vela, Sanhty. Cambios en conducta sexual en mujeres que usan anticonceptivos. Tesis Medico y Cirujano Universidad de San Carlos de Guatemala facultad de Ciencias Medicas 1988.
17. Crooks, R. and Baur, K. Our sexuality. Menlo Park California. Benjamin/Cummings, 1980.
18. Feldman - summers, S. and Kieslern, S. B. Those who are number two try harder: The effects of Sex on attributions of casuality. In his: Journal of personality an social Psychology, 1974. (pp 30, 646-655)
19. Fischer, S. and Greenberg, R. P. The scientific credibility of Freud's theories and teraphy. New York. Basic books, 1977.
20. Hassett, J. Sex and Smell. Psychology today. 1978. (pp 12, 45)
21. Billing, M. Social Psychology and intergroup relations. New York, Adacemir Press. 1976.
22. Brownmiller, S. Against our will ; Mens. Women an rape. New York, Simon and Shuster, 1975.
23. Burk, R. Miller, R. F. And Cauld W. F. Sex personality and Physiological variables in the Communications of affects via facial expression. In his: Journal of personality and social Psychology, 1974. (pp 30, 587-596)
24. Giagnon, J. Female child victims of sex offenses. Social problems, 1965, (pp 13, 176-192)
25. Aldana Rabanales, Karla Irene. Maltrato infantil y conductas consecuentes en quienes lo sufren Tesis de Pre-grado Licenciatura en Psicologia. Escuela de Ciencias Psicologicas, Universidad De San Carlos de Guatemala, 1968. 62 p.

ANEXOS

TEST CONFIDENCIAL Y ANÓNIMO SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES DEL
ESTUDIANTE DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. 1998

INFORMACIÓN GENERAL

Edad ____ Años

Sexo: ____ masculino

____ femenino

Lugar de Nacimiento:

Capital ____

Departamento ____

Extranjero ____

Lugar de Residencia:

Capital ____

Departamento ____

Extranjero ____

Estado Civil:

Casado ____

Unido ____

Soltero ____

Divorciado/separado ____

Edad de Casamiento ó Unión: ____ años

Religión:

Católico _____

Protestante _____

Mormón _____

Testigo de Jehová ____

Judía ____

Otra ____ Especificar _____

Grado aprobado en la Facultad de Medicina _____

INFORMACION SOBRE ACTITUDES Y CONDUCTAS SEXUALES

Edad del primer de contacto sexual: ____ años

Con quien tuvo su primer contacto sexual:

Amigo(a) ____

Novio (a) ____

Prostituta (o) ____

Empleada domestica ____

Familiar _____

Otro _____ especificar _____

Ha sido alguna vez víctima de abuso sexual:

Sí _____

No _____

Usted tiene o a tenido alguna vez relaciones con (puede contestar mas de una respuesta)

Mujeres _____

Hombres _____

Hombres y Mujeres _____

Cuando ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo:

Nunca he tenido _____

Menos de un año _____

De uno a cinco años _____

De seis años o mas _____

No recuerda _____

Cuántas parejas sexuales tiene cada mes: No. De parejas _____ /mes.

Cuántas parejas sexuales tiene cada año: No. De parejas _____ /año.

Que método anticonceptivos utiliza al tener relaciones sexuales:

Preservativo o condón _____

Píldoras _____

Jaleas _____

Supositorios vaginales _____

Dispositivo Intrauterino (DIU) _____

Retirada (Coito Interruptus) _____

Ritmo _____

Inyectables _____

Otros _____ especifique _____

Ninguno _____

Si utiliza métodos anticonceptivos con que frecuencia lo hace:

Siempre _____

Casi siempre _____

Algunas veces _____

Nunca _____

Tiene usted o ha tenido relaciones sexuales con trabajadoras (res) del sexo o prostitutas (os):

Sí _____

No _____

Si responde que sí diga con que frecuencia lo hace :

Cada semana _____

Cada quince _____

Cada mes _____

Cada seis meses _____

Cada año _____

Raras veces _____

Cuando usted tiene relaciones sexuales, que tipo de contacto sexual tiene (puede contestar mas de una opción):

Vaginal _____

Anal _____

Oral _____

Masturbación Mutua _____

Indique cual de las siguientes enfermedades de transmisión sexual (ETS) o Enfermedades Venéreas ha padecido (puede contestar mas de una opción):

Sífilis _____

Gonorrea _____

Chancroide _____

Herpes Genital _____

Linfogranuloma Venereo _____

Uretritis por Chlamidia _____

Papilomatosis genital _____

Hepatitis B _____

Hepatitis C _____

Escabiosis _____

Pediculosis Pubis (Ladías) _____

Granuloma Inguinal _____

Tricomoniasis Uretral / vaginal _____

Otra _____ Especifique _____

Si usted se encuentra padeciendo de una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) o Enfermedad Venérea, tendría relaciones sexuales:

No tiene importancia _____

Solo si esta recibiendo tratamiento _____

Hasta que se lo indique el médico _____

No tiene relaciones sexuales hasta que se considere sano _____

Se automedica _____

Se considera usted a riesgo de contraer alguna Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) o Enfermedad Venérea:

Sí _____

No _____

Se considera usted a riesgo de contraer la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/SIDA:

Sí _____

No _____

Cual o cuales considera usted que son las formas de transmisión del (VIH)/SIDA:

Relaciones Sexuales _____

Dar la mano _____

Dar abrazo _____

Besos apasionados _____

Transfusiones de sangre _____

Utilizar servicios sanitarios _____

Vivir en la misma casa con personas con VIH / SIDA _____

Picadura de insectos _____

Pinchazos con agujas _____

Jeringas contaminadas (inyectarse): _____

Uso de drogas intravenosas _____

La mujer embarazada a su hijo _____

Ha utilizado drogas:

Si _____

No _____

Si su respuesta es si, con que frecuencia lo hace:

Diariamente _____

Semanalmente _____

Quincenalmente _____

Mensualmente _____

Su consumo lo hace de manera:

Individualmente (solo) _____

Comparativamente (acompañado) _____

Que tipo de drogas ha utilizado:

Alcohol _____

Cigarrillo _____

Marihuana _____

Crack _____

Cocaina _____

Solventes _____

Cerillos _____

Pasta dental _____

Barbitúricos _____

Alucinógenos (LSD) _____

Otros _____ Especifique _____

Considera usted que la utilización de drogas No intravenosas es de riesgo para adquirir la infección por el VIH / SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS):

Si _____

No _____

Cual o cuales considera usted que son las formas de transmisión de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) o Enfermedades Venéreas:

Relaciones Sexuales _____

Dar la mano _____

Dar abrazo _____

Besos apasionados _____

Transfusiones de Sangre _____

Utilizar servicio sanitario _____

Vivir en la misma casa con personas con VIH / SIDA _____

Picadura de insectos _____

Pinchazos con agujas _____

Jeringas contaminadas (inyectarse) _____

Uso de drogas intravenosas _____

La mujer embarazada a su hijo _____

Con qué tipo de contacto sexual considera usted que se transmite mas el VIH / SIDA:

Anal _____

Oral _____

Genital _____

Masturbación Mutua _____

Para no contagiarse de VIH / SIDA y de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) que conducta realiza:

Tiene relaciones solo con su pareja _____

Tiene relaciones solo por via vaginal _____

Tiene relaciones con personas que nos son prostitutas (os) _____

Se cerciora que no tenga la infección por VIH / SIDA o alguna Enfermedad de Transmisión Sexual _____

Se haría usted voluntariamente la prueba del VIH / SIDA:

Si _____

No _____

Si su respuesta es NO, porque:

No se considera en riesgo _____

Tiene miedo a las consecuencias _____

Tiene miedo a que se revele su identidad _____

El VIH/SIDA, no es un problema en Guatemala _____

Cantos infectados de VIH/SIDA considera usted que hay en Guatemala actualmente:

1,000 _____

Menos de 1,000 _____

Mas de 1,000 _____

Mas de 10,000 _____

Mas de 50,000 _____

100,000 _____

Mas de 100,000 _____

Cree que necesita mas información sobre la infección por el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual

(ETS):

Si _____

No _____

Considera usted que la carrera es un riesgo laboral de adquirir la infección por virus de Inmunodeficiencia Humana

(VIH/SIDA).

Si _____

No _____

Considera el presente test:

Interesante _____

Ofensivo _____

Le es indiferente _____

No acorde a nuestro medio _____

0-1185937

ANEXO 2

CALCULO DE LA MUESTRA

Para determinar que la muestra a estudiar, sea estadísticamente significativa, el calculo de la misma se realizó mediante la siguiente formula :

$$n = \frac{N P Q}{(N-1) (LE)^2 + P Q}$$

SUSTITUYENDO :

Según cálculo de muestra en base a fórmula estadística:

$$Nc = \frac{N x p x q}{(N-1) ()^2 + pq}$$

$$n = \frac{(3000) (0.5) (0.5)}{(3000 - 1) (0.05)^2 + (0.5) (0.5)}$$

$$n = 388$$

→ 750

353 + 10%

en donde :

N = numero de Alumnos en la Facultad de Ciencias Medicas de la

Universidad de San Carlos de Guatemala.

P = 0.5 Constante

Q = 0.5 Constante

LE = Limite de error = 5 % = 0.05

2-12