

6  
2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

LAS ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD DE  
PERSONAS INFECTADAS DE VIH/SIDA Y  
PERSONAS NO INFECTADAS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER ESTUDIOS DE:

LICENCIADO

P R E S

ROSA LETICIA



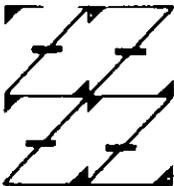
CONEJO  
ZARAGOZA

SECRETARIA  
TÉCNICA  
PSICOLOGIA

PSICOLOGIA  
A :  
GARCIA

DIRECTOR DE TESIS: MARIA FELICITAS DOMINGUEZ ABOYTE.

UNAM  
FES  
ZARAGOZA



LO HUMANO EJE  
DE NUESTRA REFLEXIÓN

MEXICO, D. F.

1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

266976



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS:**

*A la Lic. Ma. Felicitas Domínguez Aboyte, Directora de este trabajo, por su valiosa orientación, interés, apoyo incondicional, por su gran ejemplo profesional, y sobre todo por su amistad. Con profundo reconocimiento. Gracias.*

*Al Jurado:*

*Hilda Torres Castro  
Alberto Solís Parga  
Jesús Silva Bautista  
Marcos Bustos Aguayo*

*Por su inapreciable apoyo y confianza. Así como por su disposición, y valiosos comentarios que fueron un gran impulso en mi formación profesional.*

*A los grupos de autoayuda de Albergues de México, por enseñarme el lado humano de la vida, por su amistad, colaboración y disposición. Por permitirme ser parte de su grupo y compartir sus experiencias. Con gran admiración. Sobre todo a Francisco Ortega, por su apoyo incondicional, ayuda otorgada, y sobre todo por ser un gran ser humano.*

*A todas y cada una de las personas que de alguna forma colaboraron en la realización del presente trabajo, por su apoyo e interés.*

## **DEDICATORIAS:**

*A mis padres: Benito y Concepción, por su amor, su apoyo incondicional, su dedicación y fortaleza, y por ser la inspiración de mis éxitos.*

*A mis hermanos: Estela, Benito, Rocio, Sergio y Nancy, por ser mis mejores amigos, y ejemplo de superación. Con amor y admiración.*

*A mis sobrinos: por la espontaneidad e inocencia que es fuente de inspiración, y por el gran amor que les tengo.*

*A mi familia: por ser parte de mí, y compartir conmigo una de mis más anheladas metas.*

*A mis amigos y compañeros: por sus experiencias compartidas y apoyo otorgado.  
Gracias.*

*Gracias por ser parte de mi vida y por inspirar amor. Por compartir conmigo la realización de un sueño.*

*A todas las personas que viven con el  
VIH, por su lucha y entereza, por tener  
ese espíritu de lucha. Por sus  
experiencias compartidas y por abrirme  
las puertas de su corazón.*

## INDICE

INDICE.....	I
INTRODUCCIÓN.....	1
<b>I. ACTITUD</b>	
1. LAS ACTITUDES.....	3
1.1 Definición.....	6
1.2 Componentes de las Actitudes .....	8
1.2.1 Componente cognitivo.....	8
1.2.2 Componente afectivo .....	9
1.2.3 Componente comportamental .....	9
1.3 Relación entre componentes.....	10
1.4 Formación de las Actitudes.....	13
1.5 Funciones de las Actitudes.....	15
1.5.1 Función adaptativa.....	15
1.5.2 Función de defensa del yo.....	16
1.5.3 Función de expresión de valores.....	16
1.5.4 Función de conocimiento.....	17
1.6 Transmisión de creencias y actitudes.....	18
<b>II. SEXUALIDAD</b>	
2. LA SEXUALIDAD.....	21
2.1 Definición.....	21
2.2 Historia de la sexualidad en México.....	26
2.3 Educación Sexual.....	31
2.3.1 'Relaciones Premaritales.....	37
2.3.2 Anticonceptivos.....	39
2.3.3 Aborto.....	44
2.4 Respuesta Sexual humana.....	48
2.4.1 Fase de deseo.....	48
2.4.2 Fase de excitación.....	49
2.4.3 Fase de meseta.....	51
2.4.4 Fase orgásmica.....	53
2.4.5 Fase de resolución.....	55
2.5 Conducta Sexual Humana.....	57
2.5.1 Estimulación sexual.....	58
2.5.2 Masturbación.....	60
2.5.3 Estimulación bucogenital.....	63
2.5.4 Homosexualidad.....	63
2.6 Expresiones de la Sexualidad.....	67
2.6.1 Fetichismo.....	68
2.6.2 Travestismo.....	69
2.6.3 Exhibicionismo.....	70
2.6.4 Zoofilia.....	70
2.6.5 Necrofilia.....	71
2.7 Enfermedades de transmisión sexual.....	72
2.7.1 Enfermedades de transmisión sexual.....	72
2.7.2 Cambios de actitud social y personal.....	78

<b>III. VIH/SIDA</b>	
3. VIH/SIDA.....	80
3.1. Definición.....	81
3.1.1 Propiedades del VIH.....	82
3.1.2 Proceso de Infección.....	83
3.1.3 Epidemiología.....	84
3.2 Sintomatología.....	87
3.3 Formas de contagio.....	89
3.3.1 Por vía sexual.....	89
3.3.2 Por vía sanguínea.....	90
3.3.3 Por transferencia transplacentaria y perinatal de la madre al niño.....	90
3.4 Prevención.....	92
3.5 Pruebas de Anticuerpo.....	94
3.6 Ser seropositivo.....	96
3.6.1 Implicaciones sociales.....	102
3.6.2 Implicaciones sexuales.....	104
3.7. Situación actual del SIDA en México.....	107

#### IV. METODOLOGÍA

METODOLOGÍA.....	112
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	113
OBJETIVOS.....	113
HIPOTESIS.....	113
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	114
MÉTODO.....	115
DISEÑO.....	115
DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTO.....	116
PROCEDIMIENTO.....	117
ANÁLISIS DE DATOS.....	118

#### V. RESULTADOS

RESULTADOS.....	119
ANÁLISIS DE FRECUENCIAS.....	120
ANÁLISIS DE VARIANZA.....	125
DISCUSIÓN.....	132
CONCLUSIONES.....	143
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	147
BIBLIOGRAFÍA.....	148
ANEXOS.....	152

## INTRODUCCIÓN

Las actitudes son una amalgama de factores que predisponen a valorar favorable o desfavorablemente los objetos y los sujetos que nos rodean. Su estudio proviene del gran interés por parte de la Psicología Social por predecir la conducta de los seres humanos, ya que representan un determinante muy importante en la orientación del individuo respecto a su medio social. Por ende, tener una actitud implica estar listo a responder de un modo determinado a una situación social.

Principalmente en el ámbito sexual se ha dado un gran cambio de actitudes en los últimos años, ya que la sexualidad está marcada por cambios constantes de las creencias y sentimientos que el sexo imprime.

Hay diferentes factores que influyen en la formación de actitudes, desde que una persona nace se empieza a educar, se le transmite valores, creencias y normas que son aceptadas socialmente por la sociedad en que se vive. Conforme el individuo crece, empieza a adoptar actitudes influenciado por el medio en que se desenvuelve, por ejemplo, los medios de comunicación masiva (la televisión, el cine, la moda, la radio, revistas, etc.), las instituciones con las que mantiene contacto (la escuela, la iglesia, los clubes, etc.), y las demás personas con las que tiene relación (amigos, compañeros, etc.).

Así, la actitud que cada uno adopta frente a todo lo relacionado con la sexualidad depende en gran medida de la educación que haya recibido y del grupo social y religioso al que se pertenezca, pero se verá mediatizada así mismo por su experiencia personal en este campo. De esta forma se producen discrepancias por la incongruencia de estos elementos.

Por un lado, el impulso sexual, es una fuente de motivación poderosa que nos inclina hacia conductas de resolución del problema, a la búsqueda de placer y de la relajación fisiológica. Por otro lado, en muchas ocasiones las opiniones o creencias de origen social - moral limitan mucho las posibilidades del sujeto (masturbación, libertad sexual, etc.) a pesar de que este mismo individuo sufre cada día más las presiones eróticas de todos los medios de comunicación.

Ello puede producir conductas coherentes o de rebelión hacia estas actitudes. A su vez, a pesar de que las actitudes puedan ser positivas, los sentimientos negativos, producto de desinformación, afloran en el tono emocional del sujeto cambiando así su conducta, o creando sentimientos de culpa, angustia, ansiedad, etc.

Así, la educación sexual se vuelve un factor importantísimo para las nuevas actitudes hacia la sexualidad. Una educación en la que se imparten conocimientos y se da un cambio de actitudes.

Los comportamientos individuales y sociales, tanto desde el punto de vista afectivo como social, y en general la relación humana, se han visto afectados por el SIDA. Ya que la enfermedad y el estar enfermo pueden ser vividos e interpretados de tres formas: como realidad social, como transgresión de la norma, y como castigo y marginación.

Así, Masters y Johnson (Enciclopedia de la sexualidad, 1997) afirman que "el SIDA reúne los temores más profundos de la condición humana: el miedo a lo desconocido, a la sangre, al sexo, a la enfermedad, a la incapacidad, al abandono y a la muerte".

Y desde luego, la prevención sigue siendo la principal arma para luchar contra el SIDA.

Así pues, el presente trabajo se conformó de cuatro capítulos. En el primer capítulo se revisan aspectos teóricos sobre las actitudes, sus componentes, su formación, y las funciones que cumplen. En el segundo, se aborda el tema de sexualidad, en el cual se revisan algunas definiciones, antecedentes, se presenta una breve explicación de la respuesta sexual humana, diferentes conductas sexuales, y sólo algunas expresiones de la sexualidad, terminando con las enfermedades de transmisión sexual. Y en el capítulo tres, se explica de manera general qué es el SIDA, su sintomatología, las formas de contagio, su prevención, cómo se detecta el virus, qué implica ser seropositivo (portador o infectado de VIH), y la situación actual del SIDA en México.

En el capítulo cuatro, se describe la metodología empleada en la investigación, se plantea la problemática de la tesis, la cual consiste en ver si existe diferencia en las actitudes hacia la sexualidad de las personas que infectadas por el VIH/SIDA y personas que no están infectadas, y cual es esa diferencia.

Y por último, en el capítulo cinco, se presentan los resultados obtenidos de los análisis de frecuencia y varianza. Así como la discusión, la conclusión, las sugerencias y limitaciones.

# I. LAS ACTITUDES

## 1. ACTITUD

Los problemas de actitud, propios del desarrollo social del hombre y de sus relaciones con sus compañeros, han sido reconocidos desde hace mucho tiempo como fundamentales en la psicología social (Summers, 1976).

El interés por el concepto de actitud proviene de la necesidad del psicólogo por crear categorías que le permitan reducir la complejidad y la diversidad de la conducta social humana, y hallar causas generales de la misma (German, 1967; en Echeverría, 1991).

Uno de los usos importantes del concepto "Actitud" como característica central de los problemas sociológicos, lo hicieron Thomas y Znaniecki, quienes en un estudio del campesino polaco en los Estados Unidos (1918), se ocuparon principalmente de la cuestión de adaptación al medio social distinto que había encontrado en América. Vieron el problema en términos de la sustitución de valores nuevos, por valores viejos y, por lo tanto, su principal característica fue la cuestión de la actitud, que definieron como "estado de ánimo del individuo hacia el valor" (Klineberg, 1975).

A partir de los trabajos de Thurstone (1927), Thurstone y Chave (1929; en Echeverría, 1991) de medición de la opinión pública, en la década de los años 30's, se caracteriza por un gran interés en construir instrumentos de medida de las actitudes, por una operacionalización del concepto de actitud. En este período cuando se construyen muchas de las escalas que aún son utilizadas en el estudio de las actitudes (Escalas Thurstone, Likert, Guttman, etc.), para muchos autores de la Psicología social su estudio constituía el objeto de la disciplina.

Posteriormente deja de tener el carácter de "punta de lanza" anterior, y además se van acumulando evidencias sobre el débil poder predictor de este constructo. Todo ello conduce a que diversos psicólogos sociales se planteen la utilidad de dicho concepto.

Allport en 1935 presenta más de 100 definiciones de actitud, sin embargo, el desarrollo alcanzado con el transcurso de los años, hizo que muchas de estas definiciones fuesen rechazadas por imprecisas e inadecuadas (Rodríguez, 1980).

Entre los años 1945 y 1965 la influencia de la propaganda de la Segunda Guerra Mundial hace que renazca el interés por las actitudes. Echeverría (1991) marca dos subperíodos importantes:

De 1945 a 1955. Los psicólogos sociales centran su interés en la persuasión y la creación y cambio de actitudes a través de los medios de comunicación de masas.

De 1955 a 1965. Ejercen una influencia decisiva los trabajos de Festinger sobre disonancia cognoscitiva y se empiezan a estudiar las actitudes como estructuras cognitivas, analizándose las cogniciones de equilibrio de dichas estructuras y las estrategias de búsqueda de equilibrio cuando éste se ve alterado.

Los problemas de actitud y de cambio de actitud son apremiantes y decisivos en la actualidad, tal vez más que en ningún otro período de la historia humana. En el que el medio cambiante del hombre, tanto físico como social, exige nuevos modos de adaptación que presuponen cambios de actitud en amplia escala. Su interés radica principalmente en su rol en la dirección y canalización de la conducta social.

## 1.1 DEFINICIÓN.

El término actitud fue usado primero, en un sentido bastante limitado, para indicar una predisposición motriz y mental a la acción. Después se le empleó con un alcance algo mayor, para señalar tendencias reactivas específicas o generalizadas, que influyen sobre la interpretación de nuevas situaciones y la respuesta frente a éstas.

Para Young, una actitud es esencialmente "una forma de respuesta anticipatoria, el comienzo de una acción que no necesariamente se completa. En este sentido resulta mucho más dinámica y permite predecir más fácilmente las tendencias del comportamiento que una mera opinión o idea" (Young y Flügel, 1967; Pág. 7, 8).

Algunos autores, sin embargo, han usado el término actitud para referirse a la totalidad de la vida interior.

Según Allport (1938; en Dawes, 1983; Pág. 29), la actitud es un "estado mental y neurológico de disposición, organizado a través de la experiencia y capaz de ejercer una influencia directa o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que está relacionado".

Smith, Bruner y White (1956; en Reich y Adcock, 1980; Pág. 63) definen actitud como "una predisposición a experimentar de ciertas formas a una determinada clase de objetos, con un afecto característico; es motivado en diversas formas por esta clase de objetos y actuar en forma característica en relación con dichos objetos".

En tanto Kernal y Young (1967; en Cruz, Martínez y Pelayo, 1991; Pág. 9) dicen que la actitud es "una tendencia o predisposición aprendida más o menos organizada y de tono afectivo a responder de modo bastante persistente y característico por lo común, positivamente (a favor o en contra) con referencia a una situación, idea, valor u objeto o clase de objetos o una persona o grupos de personas".

Por otra parte Hollander (1978; pág. 124, 125) opina que las actitudes "son representaciones psicológicas de la influencia de la sociedad y la cultura sobre el individuo. Generalmente son inseparables del contexto social que las produce y mantiene; pero conserva el colorido de la experiencia individual". Así, "las actitudes son creencias y sentimientos acerca de un

objeto o conjunto de objetos del ambiente social; son aprendidas, tienden a persistir, aunque están sujetos a los efectos de la experiencia, más, operan como estados directivos del campo psicológico que influye en su acción".

Rokeach (1968; en Kerlinger, 1987; pág. 348) la define como "una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente o un objeto cognoscitivo. Es una estructura estable de creencias que predispone al individuo a comportarse selectivamente ante referencias actitudinales".

La actitud ha sido un término utilizado en psicología para explicar el cambio social, las diferencias individuales, la formación de grupos minoritarios y el desplazamiento migratorio que conforma nuevas culturas, entre otros, dado que las actitudes son parte de un sistema de valores morales y expresiones de este mismo, que van a cambiar de generación en generación (Chamizo, 1988; en Vázquez, 1997).

Pero a pesar de la gran variedad existente de definiciones sobre la actitud y muchos procesos psicológicos implicados en su expresión. Tradicionalmente se hace una distinción entre tres componentes de las actitudes: el componente cognoscitivo, el componente afectivo y el componente comportamental (Mann, 1993).

## 1.2 COMPONENTES DE LAS ACTITUDES.

Las definiciones presentadas, aunque difieran en las palabras utilizadas, tienden a caracterizar a las actitudes con tres elementos fundamentales: el componente cognitivo, que alude a la creencia- descreimiento; un componente afectivo, que se ocupa de la simpatía- antipatía; y un componente relativo a la conducta, que incluye la disposición a responder (Hollander, 1978).

### 1.2.1 COMPONENTE COGNITIVO.

El componente cognitivo se define por la información que tiene un sujeto acerca del objeto de actitud. Se refiere a la forma como es percibido un objeto, al conjunto de creencias acerca del objeto actitudinal.

"Es la representación cognoscitiva de dicho objeto. Esto es, para que exista una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido es necesario que exista también alguna representación cognoscitiva de dicho objeto. Las creencias y demás componentes cognoscitivos (el conocimiento, la manera de encarar al objeto, etc.) relativos al objeto actitudinal" (Rodríguez, 1980; pág. 331).

Metodológicamente, las estructuras de conocimiento (componente cognitivo) se diferencian entre sí en función de: el nivel de diferenciación, la complejidad, la unidad, prominencia de un atributo, y la valencia (Zajonc, 1968; en Echevarría, 1991).

Según Whittaker (1987; pág. 261), el componente cognitivo es "un conjunto de categorías que las personas utilizan para dar nombre a todos los estímulos percibidos por ellas. Las categorías son el conjunto de características que debe poseer un objeto para pertenecer a una categoría". Toda categoría incluye tres aspectos fundamentales:

1. Se le puede subdividir en categorías secundarias, el número de categorías dependerá de la necesidad que el individuo tenga de ellas para procesar los nuevos estímulos a que se vaya enfrentando.
2. Tiene ciertos grados de centralidad para quien la acepta. Rokeach (1967; en Whittaker, 1987) propuso el concepto de centralidad como equivalente de lo que otros autores llamaban participación del yo.

3. Presentará una serie de características que están asociadas con la etiqueta específica de esa categoría. Este proceso de generalización es la que psicólogos y sociólogos suelen llamar estereotipo.

#### 1.2.2 COMPONENTE AFECTIVO.

El componente afectivo "es la valoración, positiva o negativa, que hace un sujeto de ese objeto de actitud. Si le agrada o desagrada ese objeto, si lo considera bueno o malo, si lo rechaza o acepta. En otras palabras serán los sentimientos de agradar o no" (Echevarría, 1991; pág. 23).

Para Whittaker (1987; pág. 244), "es la respuesta afectiva o emotiva que va asociada con una categoría cognoscitiva a un objeto de la actitud. Se forma por los contactos que hayan ido ocurriendo entre la categoría y circunstancias placenteras o desagradables, y surge a través de una serie de procesos de asociación (condicionamiento) entre los estímulos y algunos efectos recompensantes o de castigo. A partir de allí se generalizará la emoción asociada con la categoría a todos los reactivos que concuerden con esta última".

#### 1.2.3 COMPONENTE COMPORTAMENTAL.

El componente comportamental consiste en "la tendencia a actuar o a reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto. Es la política a la orientación a la acción y se mide registrando lo que el individuo dice que hará, o mejor aún, lo que en realidad hace" (Mann, 1993; pág. 138).

Para Whittaker (1987; pág. 246) "es la predisposición conductual que tiene un individuo hacia un objeto de la actitud categorizado y evaluado positiva o negativamente".

### 1.3 RELACIÓN ENTRE COMPONENTES.

Rosenberg (Reich y Adcock, 1983) afirma que existe una estrecha relación entre las creencias de un objeto y el afecto que se tiene hacia él. Cuando existe coherencia entre los componentes cognoscitivos y afectivos de las actitudes, estas se forman de manera estable y duradera, sin provocar tensión ni cambio alguno; si no existe congruencia, se dificulta la formación de actitudes, las cuales sólo se estructuran de manera definida cuando un estudio de congruencia entre dichos elementos se presenta.

Se podría suponer que los tres componentes de las actitudes son congruentes en relación al objeto, esta coherencia entre componentes se puede observar cuando una persona tiene una actitud extrema sea esta negativa o positiva. Y es que las creencias firmemente arraigadas se acompañan casi siempre de sentimientos positivos, los que se acompañan de hábitos y conductas muy establecidas (Mann, 1993).

Es razonable suponer que los componentes sean congruentes porque los tres se refieren al mismo objeto y que éste debe ser tratado de un modo uniforme.

Sin embargo, un modo de inducir el cambio de actitud es crear una incongruencia entre los tres componentes presentando alguna información nueva. Dicha incongruencia motivará que el individuo cambie el contenido de los componentes, para darles congruencia una vez más (Whittaker, 1987).

De este modo, si un individuo se ve obligado a modificar una creencia, sus sentimientos acerca del objeto de la actitud deben cambiar en concordancia

Por ejemplo, si se inducen cambios en los conocimientos que una persona tiene acerca de algún objeto social, es probable que produzcamos un cambio en los sentimientos y la manera de actuar que dicha persona muestra ante tal objeto (Whittaker, 1987).

La destrucción de la congruencia afectivo - cognoscitiva, a través de la alteración de cualquiera de dichos componentes pone en movimiento una serie de procesos de restauración de la congruencia, los cuales bajo ciertas circunstancias, conllevarán una reorganización actitudinal, a través de un cambio complementario en el componente no previamente alterado (Rodríguez, 1980).

De esta forma los afectos y cogniciones tienden a estar en armonía, si uno de esos elementos cambia, quizá cambie el otro.

Por otra parte Rodríguez (1980) afirma que aunque muchas veces se integren creencias y opiniones a una actitud provocando un afecto positivo o negativo en relación a un objeto y creando una predisposición a la acción, no necesariamente se encuentran impregnadas de una connotación afectiva.

No sólo el afecto y el conocimiento tienden a estar en armonía cuando se está trabajando con las actitudes, sino también la conducta pública educada por determinada actitud. En consecuencia, si modificamos los elementos afectivos y cognoscitivos de una actitud, es probable que también cambie la conducta correspondiente (Whittaker, 1987).

No obstante con frecuencia se verifica cierta incongruencia entre las actitudes y las conductas emitidas por las personas.

Teniendo en cuenta que las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas, es decir, el conocimiento de las actitudes de una persona en relación con determinados objetos permite que se puedan hacer inferencias acerca de su conducta y predecir su comportamiento en un contexto social determinado, esta predicción es imperfecta, ya que tanto nuestra conducta como nuestra actitud esta sujeta a otras influencias. Según Gothe (1850; en Myers, 1995), "Pensar es fácil, actuar es difícil, y poner en acción nuestros pensamientos, lo más difícil que hay en el mundo". Icek Ajzen y Martín Fishbein (1977; en Myers, 1995), señalan que cuando la actitud es general y la conducta es muy específica, no se debe esperar una correspondencia estrecha entre las palabras y las acciones.

Hay pruebas de que algunas personas actúan de acuerdo con sus actitudes más que otras, y que cada uno de los individuos actúa más de acuerdo con algunas actitudes que con otras. Es decir hay variaciones en la consistencia actitud - conducta.

Considerando primero una diferencia individual específica al dominio particular de la actitud. Fazio y Zanna (1978; en Perlman y Cozby, 1992), han demostrado que la experiencia de la conducta personal con un objeto incrementa la consistencia actitud - conducta.

Esto es, actuamos más de acuerdo con actitudes que están basadas en la experiencia conductual directa que con actitudes que están formadas sin el beneficio de la experiencia personal.

Además, las personas con baja autoobservación actúan en general en forma consistente con sus estados internos (actitudes, valores, humores) en tanto, que las personas de alta autoobservación reaccionan más a sugerencias situacionales al elegir sus guías de conducta, es decir, los sujetos de baja autoobservación manifiestan mayor consistencia de actitud - conducta que las de alta autoobservación (Perfman y Cozby, 1992).

Las actitudes individuales hacia conductas específicas (basadas en sus creencias acerca de las consecuencias personales de esa conducta) son mejores para predecir las intenciones y las acciones que las actitudes generales.

#### 1.4 FORMACION DE LAS ACTITUDES.

Según Campbell (1963; en Lindgren, 1982), las actitudes sociales se caracterizan por la compatibilidad en respuesta a los objetos sociales. Esta compatibilidad facilita la formación de sistemas integrados de actitudes y valores que utilizamos al determinar qué clase de acción debemos emprender cuando nos enfrentamos a cualquier situación.

Para Spratt (1968), las actitudes están determinadas por la cultura en que se vive, además son producto de lo que ha sido puesto frente a ella y de sus propias respuestas a esa realidad.

Su base inicial de formación está en el hogar. Con los niños pequeños, esto tiene un poderoso efecto, proporcionando a la actitud los valores y creencias familiares respecto de cualquier problema dado. Con todo, en el hogar mismo el factor personal desempeña su papel y en la medida en que el niño entra en contacto con otras instituciones y asociaciones, se le imponen nuevas presiones y se abren nuevas posibilidades para satisfacer sus propias necesidades privadas. Sin embargo, su desarrollo es continuo, y cada nueva experiencia es lo que es a causa de la actitud con la cual se recibe. Así, el efecto de la nueva experiencia estará en función del vigor de la actitud suscitada, de la naturaleza del estímulo mismo y de la atmósfera de opinión predominante que constituye su contexto (Spratt, 1968).

Por tanto, el mecanismo de formación de actitudes más general es la situación social por la que va pasando el individuo.

Una gran variedad de factores sociales influyen continuamente sobre las actitudes o que continuamente van creando nuevas actitudes.

La experiencia directa que el individuo tiene con el objeto de la actitud es uno de los factores más poderosos en la creación de actitudes o en el influjo que sobre ellas se ejerce. Lo que ocurre durante el primer contacto con un objeto de la actitud creará una actitud hacia dicho objeto o modificará todas las actitudes anteriores tenidas hacia él.

El papel que ocupa el individuo es otro factor que crea o modifica actitudes. Dichas actitudes son producto de la aceptación de un grupo de referencia y tiende a perpetuarse. Centers (en Whittaker, 1987), identificó diversas actitudes prevalecientes en determinados grupos sociales. En un estudio demostró que personas de diversas clases sociales exhiben actitudes coherentes al interior de sus respectivas clases y actitudes diferentes entre clases.

Otro factor importante en la formación de actitudes es el conocimiento que se tenga del objeto actitudinal, por ello, muchos individuos o grupos interpretan diferente la misma situación, ya que no todos tienen el mismo conocimiento de los hechos y enfrentan, por ende, situaciones distintas (Asch, 1969).

Para Munne (1986), la información que se recibe llega a la persona por medios distintos, por ejemplo, la escuela. En segundo lugar se encuentran los medios de comunicación social; gran variedad de mensajes en radio, televisión, periódicos, etc., bombardean todos los días a las personas provocando muchas ideas, sentimientos y tendencias.

Por otra parte Lambert (1979; pág. 90, 91) asegura que las actitudes "son modos de ajuste aprendidos, es decir costumbres complejas, en el que su desarrollo, sigue principios estándar de aprendizaje". Existen tres principios, que intervienen en el aprendizaje de las actitudes que son: asociación, transferencia y satisfacción necesaria.

Es decir, se aprende de manera general, sentimientos y tendencias a reaccionar por medio de la asociación y la satisfacción necesaria. Se aprende a temer y eludir a las personas o cosas asociadas con sucesos desagradables, y a simpatizar a las asociadas con hechos placenteros que satisfacer ciertas necesidades básicas de placer o comodidad. O por medio de las transferencias procedentes de los padres, maestros, etc.

## 1.5 FUNCIONES DE LAS ACTITUDES.

Las actitudes tienen una base funcional en el sentido de que una opinión específica puede desarrollarse y mantenerse para satisfacer una necesidad social importante para la persona. Las actitudes constituyen el fundamento de los modos de conducta con respecto a objetos sociales, sucesos y problemas durante un período de tiempo.

Las actitudes representan un eslabón fundamental para unir las capacidades de la persona para percibir, sentir y aprender y su experiencia continua en un medio social complejo. Así mismo, que la actitud que se tiene influye en otros procesos psicológicos, tales como, la formación de juicios sociales simples, la percepción y la interpretación de estímulos ambiguos, el aprendizaje y la retención de materiales contradictorios y la receptividad y apertura de nuevas informaciones (Mann, 1993).

Los psicólogos se interesan en las funciones que tienen las actitudes en la personalidad, como fuente de motivación que permite la adaptación al medio. De este modo, sustentar y expresar determinadas actitudes satisface las necesidades individuales de lograr identidad, realidad y apoyo sociales.

Daniels Katz (1960; en Mann, 1993), propuso una teoría funcionalista de las actitudes, entendiendo que éstas se hallan determinadas por la funciones que cumplen para los otros.

Según Katz, los cuatro tipos de funciones que forman la base motivacional de las actitudes son:

1. La función de adaptación, instrumental o utilitaria.
2. La función de defensa del yo.
3. La función de expresión de valores.
4. La función de conocimiento.

### 1.5.1 FUNCIÓN ADAPTATIVA.

De acuerdo con Katz, los seres humanos desarrollan actitudes que los ayudan a cumplir objetivos procurando maximizar recompensas y minimizar las penalidades (Vander, 1986).

La función adaptativa alude a las respuestas favorables que el individuo obtiene de sus semejantes al manifestar actitudes aceptables. Esto implica la idea de recompensa o consecución de metas en términos de cierto objeto socialmente valorado, pueden servir de medio para alcanzar la meta deseable o para identificarse con experiencias que previamente llevaron a la satisfacción de dichas metas (Hollander, 1978).

Las actitudes pueden ser recompensatorias porque producen recompensas sociales (la aprobación y la estima de su familia, de sus amigos y de sus compañeros) y permite al sujeto ser identificado como miembro de dicho grupo.

### 1.5.2 FUNCIÓN DE DEFENSA DEL YO.

La función de defensa del yo permite al sujeto eludir el reconocimiento de sus propias deficiencias. Este mecanismo de negación, que es una forma de evitación, le permite preservar el concepto que tiene de sí mismo (Hollander, 1978).

Dichas actitudes sirven para proteger a los individuos de reconocer variedades básicas sobre ellos mismos o sobre la dura realidad de la vida. Actúan a manera de mecanismos de defensa, evitando que el individuo padezca un dolor interior.

Según Vander (1986), uno de esos mecanismo es la proyección: se atribuye a otros ciertos rasgos nuestros que consideramos inaceptables, y al hacerlo así disociamos de tales rasgos.

Las actitudes de prejuicio, por ejemplo, ayudan al sujeto en medida considerable a mantener la opinión que tiene de sí, alentando un sentimiento de superioridad sobre otros.

### 1.5.3 FUNCIÓN DE EXPRESIÓN DE VALORES.

Si las actitudes defensivas del yo impiden que se revelen realidades displacenteras. Otras actitudes ayudan a dar expresión positiva a los valores centrales y al tipo de persona que imagina ser. Estas actitudes refuerzan sentimiento de autorrealización y expresión de sí (Vander, 1986).

Mientras la función defensiva del yo puede significar que evite conocerse a sí mismo, la función expresiva de valores lo conduce a procurar expresar y reconocer claramente sus compromisos. La recompensa adquirida por la persona se relaciona con la confirmación de los aspectos más positivos de su concepto de sí mismo.

Estos valores y el autoconcepto son sistemas integrados de actitudes que se aprenden en la niñez, a partir de identificaciones con los padres y otras figuras significativas y constituyen el núcleo central de la personalidad (Mann, 1993).

#### 1.5.4 FUNCIÓN DE CONOCIMIENTO.

Una de las funciones fundamentales de las actitudes es la de reducir la complejidad del medio social, permitiendo una percepción más estable, consistente y predecible del mismo. Las actitudes como esquemas representacionales, seleccionan los estímulos relevantes del medio, facilitando la incorporación de información.

La actitud va a determinar en gran medida la atención, el procesamiento de información y la recuperación de la misma, seleccionando la información relevante y congruente con las actitudes previas.

Según Zanna y Olson (1982; en Echebarria, 1991), las actitudes generan un aprendizaje selectivo. Los sujetos prestan atención y recuerdan mejor las informaciones que apoyan sus actitudes previas que las que entran en conflicto con ellas.

Así, la actitud, como el resto de los esquemas representativos, permite ir más allá de la información suministrada, añadiendo la información ausente y aportando significación a la realidad (Echevarría, 1991).

A pesar de que estas funciones pueden estar interrelacionadas, Katz observa que la activación y el cambio de actitudes exige diferentes tipos de nombramientos en términos de las funciones primarias que cumple una actitud. Afirma que al modificar actitudes principalmente utilitarias, sean cuales fueren sus restantes funciones, es necesario que la actitud y sus actividades vinculadas ya no aparezcan como fuente de las satisfacciones que antes proporcionaban (Hollander, 1978).

## 1.6 TRASMISIÓN DE CREENCIAS Y ACTITUDES

Las actitudes hacia un objeto dependen de las creencias que se tengan de dicho objeto. Estas creencias se obtienen básicamente de dos fuentes, la experiencia personal directa y la demás gente. Desde luego, estas categorías generales pueden dividirse en fuentes más específicas.

*La experiencia personal directa.* Mucho, o quizá la mayor parte de nuestro conocimiento, proviene de nuestras experiencias personales. Fazio y Zanna han demostrado que las actitudes hacia un objeto de quien ha tenido una experiencia conductual actual con el objeto, serán serenas y confiadamente dominadas. Por supuesto, el conocimiento obtenido por la experiencia personal puede ser más confiable que la información obtenida de otras personas (Perلمان y Cozby, 1992).

*Las demás personas y las instituciones.* En adición a la experiencia personal directa, obtenemos mucha información de las demás personas y de las instituciones. Para muchos problemas sociales no se ha tenido experiencia personal con los objetos pertinentes. Así se depende de otros para la información y las creencias.

*Los padres.* Los padres tienen una profunda influencia en nuestras creencias y por ello en las actitudes. Ya que existen sentimientos en ambos capaces de producir una relación de interés por objetos y de adjudicarles importancia trascendental (Asch, 1969). Así no es sorprendente adoptar creencias de ellos.

*Grupos de compañeros.* Desde que el niño entra en la escuela, principalmente en los años de adolescencia, los compañeros sirven como un importante grupo de referencia, un grupo cuyas creencias, actitudes y conductas proporcionan un estándar a través del cual los individuos se comparan a sí mismos.

*Instituciones.* Se tiene un amplio contacto con instituciones desde una edad muy temprana. Las escuelas tienen un impacto penetrante sobre las creencias y actitudes de los sujetos. Por otra parte, la iglesia inculca valores que influyen en las actitudes.

*Los medios de comunicación masiva.* La televisión, el radio, los diarios y revistas influyen en muchas formas. Primero, transmiten una gran cantidad de información que de otra manera no seríamos capaces de obtener. Segundo, los medios seleccionan los eventos para hacer hincapié

en sus comunicaciones y a menudo los interpretan y comentan sobre los incidentes. Como resultado, los lectores y oyentes podrían formarse diferentes creencias y actitudes que las que se han formado si hubieran atestado personalmente lo ocurrido. Por último estos medios pueden tener efectos inintencionados sobre las creencias, actitudes y conductas del público (Perلمان y Cozby, 1992).

De esta manera, las actitudes manejadas por los individuos en todas las áreas incluyendo la sexual, tienen factores culturales, propios del grupo social al cual pertenece y que son reforzados por los medios masivos de comunicación y la familia, propiciando en ocasiones la formación de actitudes negativas fuertemente arraigadas con respecto al sexo.

Estas actitudes se transmiten a través de los actos, de las palabras y de las ideas cotidianas y empiezan a formarse desde que el niño es pequeño, de modo que la actitud de los padres lo afectará desde que nace.

Así, las actitudes hacia la sexualidad son la tendencia o predisposición a responder de un modo característico a su sexualidad, conformándose primeramente por la influencia de la familia y conforme avanza el desarrollo de la persona, interactúa con el medio modificando dichas actitudes.

Las conductas y comportamientos que tiene el individuo hacia la sexualidad, se forman a través de la familia, grupos de amigos, instituciones sociales como la escuela, iglesia y los medios de comunicación masiva, estas influencias dependen de la cultura y del subgrupo social al que el individuo pertenece (Horrocks, 1974; en Morales, 1996).

De esta manera la civilización ejerce una influencia determinante sobre la actitud colectiva respecto de la sexualidad infantil, el adulterio, el ritmo de las relaciones sexuales, la homosexualidad e incluso respecto de las posturas adoptadas durante el acto sexual.

Esto lo demostró Kinsey en su estudio, donde confirmó que la diversidad de los comportamientos sexuales no dependía de factores raciales o biológicos, sino de condicionamientos impuestos por la tradición, además al margen de ciertas diferencias puramente individuales, el comportamiento sexual era perfectamente uniforme en el interior de un mismo grupo (Kahn y Tordjman, 1978).

En todas las épocas la sociedad ha modelado el comportamiento sexual del individuo, pero nunca tanto como hoy, gracias a los medios masivos de comunicación (periódicos, radio, cine, televisión, publicidad, modas, etc.).

De esta forma la sexualidad de los individuos va a estar influenciada por la cultura en que se desenvuelve. En el próximo capítulo se revisarán algunos aspectos de la sexualidad que han tenido mucha relevancia hoy en día en nuestra sociedad.

## II. SEXUALIDAD

## 2. SEXUALIDAD

La sexualidad son las "características biológicas, psicológicas y socioculturales que permiten al individuo comprender al mundo y vivirlo a través de su ser como hombre o mujer. Es parte de su personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo; es un elemento básico de la femineidad o masculinidad, de la autoimagen, de la autoconsciencia, y del desarrollo personal" (Ferrando, 1984; pág. 9-13).

### 2.1 DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD

Según Masters y Johnson (1980.; en Vázquez, 1997), en un principio se definía a la sexualidad como el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que diferencian a los seres vivos en femenino y masculino para propiciar la reproducción.

El sentido biológico estricto, lo sexual se limita a lo genital, al coito a las relaciones análogas cuya función puede ser la reproducción (en la mujer), y el orgasmo o algún grado de placer físico (en el hombre).

Posteriormente Sigmund Freud rompió la estrecha visión que oprimía la sexualidad. Desde entonces, y a partir de su teoría psicoanalítica, la sexualidad se considera integrada en la formación de la personalidad al mismo nivel que se integran en ella las primeras relaciones del niño con su contexto familiar y social (Kahn y Tordjman, 1978).

Freud a fines de siglo pasado, abrió el sexo al discurso científico, advirtió que libido y erotismo no son nunca hechos estrictamente biológicos, aunque tenga su anclaje en el cuerpo; son energía de pulsiones que se sintetizan como amor, a cuyo núcleo cantan los poetas y cuyo fin es la unión sexual. Hoy se acepta, que la apetencia carnal es necesidad en busca de satisfacción por sí misma.

Durante mucho tiempo la sexualidad se ha estudiado como parte esencial en la historia de la reproducción humana, visto desde un punto de vista biológico, poco a poco su significado se ha ampliado gracias a las artes eróticas en un principio, y posteriormente por el comercio de manuales acerca del cuerpo y sus placeres. Actualmente, la sexualidad es el objeto de estudio para muchos investigadores, y se ha convertido en el punto donde se reúnen el sexo biológico y de asignación, así como la identidad de género (vivencia psíquica y emocional que se obtiene a través de un proceso de identificación, sea con el sexo masculino o femenino).

La sexualidad humana ha sido definida como "el conjunto de fenómenos de comportamientos, determinados idiosincrática y culturalmente, a través de los cuales se manifiesta y satisface el impulso sexual en cada individuo, por lo tanto debe considerarse un proceso que se inicia con la formación de la vida, se desenvuelve, se enriquece y cambia, se integra con todos los elementos genéticos y psicosociales que conforman la personalidad, matiza los aspectos, actitudes y comportamientos que definen al individuo, ejerce una influencia determinada que como hombre o mujer ubican a toda persona en un contexto familiar y social, en una época y cultura que les ha tocado vivir" (López, 1982 pp. 12-15).

El Consejo Nacional de Población (CONAPO,1986) define a la sexualidad, como "el conjunto de manifestaciones y expresiones de tipo biológico, psicológicas y socioculturales que diferencia a cada individuo como varón y como mujer en su grupo social, que va determinada por cierta estimulación de tipo cultural, ambiental, que favorece y en ocasiones dificulta que surjan las características de que está dotado el ser. De la calidad y cantidad de la influencia, de su poder, de su peso, se dará con la mayor o menor fuerza la sexualidad y por lo tanto se apreciará en las actitudes y comportamientos que la persona asuma ante la vida".

Según Chamizo O. (1988) afirma que la sexualidad humana no es únicamente una función fisiológica, ya que la especificidad conlleva al desarrollo de la imaginación y siempre apunta a conquistar el placer.

Para la psicología social, la sexualidad es el punto donde se reúne el sexo biológico y de asignación, así como la identidad de género. Está última considerada como la vivencia psíquica y emocional que se obtiene a través de un proceso de identificación, sea con el sexo masculino o femenino.

Para el CONAPO la identidad sexual comprende 3 aspectos básicos:

1. La identidad de género que se refiere a la conciencia de pertenecer a un sexo determinado.
2. El rol de género que es el comportamiento del individuo ante la sociedad y ante sí mismo.
3. La orientación sexual que se refiere a la atracción, al gusto o preferencia del sujeto para elegir compañero en la relación coital, en la afectiva, en la fantasía, y que está también fuertemente condicionada por la sociedad.

Es importante considerar que no hay leyes absolutas que determinen las pautas sexuales de la conducta, porque los patrones y normas son relativamente arbitrarias y las provenientes de

fuerzas exteriores a la sexualidad misma, como la religión o la economía, determinan y moldean el comportamiento sexual normal de un grupo.

Para Alvarez y Lizarraga, (sin año; en Lozoya, 1991), la sexualidad contempla los siguientes aspectos:

*Sexo biológico:* Es la serie de características físicas determinadas genéticamente que colocan a los individuos en algún punto del continuo que tiene como extremos a los individuos complementarios.

*Sexo de asignación:* Es el que se le asigna al individuo al nacer, por lo general en función del aspecto de sus genitales externos.

*Papel sexual:* Es el comportamiento que los individuos adoptan por los requerimientos sociales en función de su sexo.

*Identidad de género:* Es la identificación psicológica que va a desarrollar el niño con uno u otro sexo. El sentir psicológico del ser hombre o mujer.

Así, la sexualidad como expresión total de la personalidad del varón y de la mujer, se inicia con la vida al darle sentido, valor y trascendencia a todos los actos que realiza con y ante sus semejantes. Es experimentada por todos desde el momento en que nacen, hombre y mujer proyectan en ella su grado de evolución y las contradicciones que dinamizan su personalidad. Su vinculación con el orden emocional, erótico, placentero y amorosos comunica íntimamente a la sexualidad con los valores personales más preciados. La función reproductiva en que está involucrada y el carácter social inherente a las relaciones sexuales hace tangible a nivel micro el tipo de relaciones existentes en un sistema de producción. Su valoración desde los puntos de vistas éticos, religiosos y morales dan idea de la fuerza social que representa la sexualidad al influir en la configuración de las relaciones interpersonales.

La sexualidad humana es un proceso formativo que se inicia desde el momento mismo del nacimiento al poseer órganos sexuales y un potencial que se desarrollará y que aprenderá a manejar, es el conjunto de las manifestaciones y expresiones de tipo biológico, psicológico y socioculturales que diferencian a cada individuo como varón y como mujer en su grupo social, que poseen en cada momento de su evolución y desarrollo.

El desarrollo de la sexualidad se realiza gracias a los estímulos culturales y sociales que a cada grupo humano corresponden, lo que se da en el proceso educativo que se realiza en su seno (CONAPO, 1986).

En resumen, la sexualidad es el conjunto de manifestaciones y expresiones de tipo biológico, psicológicas y socioculturales que diferencia a cada individuo como varón y como mujer en su grupo social, que poseen en cada momento de su evolución y desarrollo, que impregna y penetra lo más íntimo de la persona, que por lo mismo comprende, abarca, difunde y se proyecta en todas las actividades y comportamientos de la existencia de cada persona durante su desarrollo general, y que produce una energía vital que llega a los demás con el poder que le es característico a cada individuo y que, por lo tanto, su influencia se dimensiona circunstancialmente a la fuerza vital que desprenda y se deje sentir en los demás.

Todo ser humano está perfectamente capacitado para encontrar su propia sexualidad. Puede descubrirla y responder afirmativamente a ella, pero también puede ocurrir que la ignore, la reprima o incluso la niegue. Hay miles de posibilidades para encontrar la sexualidad. Estas posibilidades son las que constituyen el amplio campo de necesidades y expresiones sexuales (Ferrando, 1984).

## 2.2 HISTORIA DE LA SEXUALIDAD EN MÉXICO

La mayor parte de los valores sexuales que en el pasado fueron universales, o fueron compartidos por todos o por la mayoría de los miembros de nuestra sociedad, ahora se han vuelto alternativas que permiten una multiplicidad de elecciones (Semmens y Krantz, 1980).

Como sociedad se ha perdido la unanimidad sobre la mayor parte de los valores sexuales; así como hemos sido una sociedad pluralista en lo que se refiere a las creencias religiosas y políticas, así se ha llegado a ser una sociedad pluralista en lo que se refiere a la moralidad sexual (Semmens y Krantz, 1980).

Antes, la familia mexicana se caracterizaba por tener poco padre, demasiada madre, abundancia de hermanos y escasez de sexo.

El hombre mexicano se sentía superior a la mujer, la trataba siguiendo la pauta observada en el padre (lo indígena y lo femenino se igualan en el inconsciente). Lo masculino es sinónimo de fuerza, de conquista, de predominio social, de independencia. El falo es sinónimo de poder y hay quienes no bastándoles el propio, lo quieren prolongar en metal y plásticos de autos y motos. "Cogerse" a otro hombre (metérsela) no implica pérdida de masculinidad. "Ser cogido" (que se la metan) sí (Ponce, Solorzano y Alonso, 1990). El acto de homosexualidad está en ser violado, no en violar.

Esto es apoyado por Paz (1994) quien dice que el homosexualismo masculino es tolerado, a condición de que se trate de una violación del agente pasivo, en el que lo importante es "no abrirse" y, simultáneamente, rajarse, herir al contrario".

La mujer por otro lado, frustrada en su relación de pareja, relegada, se refugiaba en la maternidad y el amor a los hijos, y a través de ella busca repararse.

La revolución sexual, otro eslabón del proceso civilizatorio, fin del pudor neoporfiriato y las ligas de la decencia. La pretendida revolución sexual mexicana se afianzó en anticonceptivos, antibióticos, manuales y películas. De los 60's para acá cambiaron la percepción y la aceptación de los derechos civiles; surgió el feminismo, y poco después se emprendieron las liberaciones homosexual y lesbiana, elementos radicales de un cambio de conductas que empezaban por una cierta educación sexual en las escuelas, nuevas relaciones familiares y un retraimiento de la censura frente a los motivos sexuales (Ponce, Solorzano y Alonso, 1990).

Se decretó que sexo es placer y placer está bien. Se anunció la retirada del macho y de las mujeres sometidas.

En los sesentas se extendió la lucha generacional, la liberación sexual y la prosperidad sin fin empezaron a asumirse plenamente. La falda de las mujeres se acortó y se pegó al cuerpo. Se emancipó la forma femenina. Pero no sólo la forma: en 1960 se aprobó en Estados Unidos la comercialización de la primera píldora anticonceptiva. La mujer tuvo por primera vez la posibilidad real y práctica de escoger entre la procreación y el disfrute genital sin consecuencias; y empezó a escoger lo segundo. En México el ritmo fue más suave, prudente y recatado.

El sexo empezó a ser divertido y la promiscuidad limitada se puso de moda.

En México, los cambios fueron más pudorosos. El afán modernizador, a pesar del modelo económico sustitutivo de importaciones y relativamente cerrado que adoptó el país, empezó a resquebrajar a la moral tradicional.

Los prejuicios que antes fueron credo empezaron a bajar la guardia. La ciencia dejó de preocuparse por lo himenes intactos, porque la virginidad perdió valor en el mercado sexual. Se popularizó que los solteros viviesen como casados y los casados como solteros (Ponce, Solorzano y Alonso, 1990).

La posterior introducción de las videocaseteras al mercado electrónico permitieron disfrutar de la pornografía "desde el confort de su propia alcoba". Los textos de Masters y Johnson se convirtieron en manuales.

Para ambos sexos, el vestir tenía que ser rebelde, provocador y desafiante. La moda, música, literatura, teatro y danza, cayeron todos bajo la influencia de la ola económica ascendente. La excitación creció en la música. Al sexo liberado se le condimentó con una dosis de violencia.

Durante el segundo lustro de la década, el desencanto con el consumo desproporcionado como único valor social empezó a cobrar víctimas entre los más sensibles (el choque petrolero de 1973). Las mujeres (algunas) siguieron consiguiendo nuevos espacios y tomando iniciativas hacia una mayor igualdad entre desiguales.

La liberación sexual mundial, intercambio de parejas, sexo grupal, crecientes tasas de divorcios y el mayor uso de drogas liberadoras para expandir los horizontes de la mente, parecían poner en peligro de extinción a la especie de los moralistas. Las enfermedades venéreas, lejos de haber sido erradicadas, estaban establecidas; pero ya no tenían porque ser secretas. Seguramente el SIDA, contagiado por el espíritu de libertad prevaleciente, empezaba también a darle vuelo a la hilacha aunque hasta a fines de los 70's procuró guardar su anonimato. Los sexos iban desdibujando algunas de sus fronteras aparentes; la moda se planteaba como "unisex", homosexuales y lesbianas empezaban a salir de las sombras y a organizarse.

En los 80's siguen conservándose espacios importantes de libertad (quizá los que son irreversibles, dados los cambios vividos principalmente por la sexualidad femenina), pero también hay retiradas notables. Pero no todo cambia o transita: el peine es obligado en el saco o el bolsillo trasero del pantalón del hombre mexicano, pilar de la seguridad insegura. Década de chavos banda, extensión de las pandillas, afirmación del presente y negación del futuro (Ponce, Solorzano y Alonso, 1990).

El SIDA, sin vacuna ni cura, se convierte poco a poco en el gran actor del teatro sexual.

Con todo, en 1983, de acuerdo a unas encuestas realizadas, los hombres mexicanos desean una mujer limpia, hogareña, inteligente, femenina, trabajadora, honesta, sencilla, en segundo término discreta, religiosa, dulce, hermosa, atenta, casta y abnegada (en otras palabras tradicional); sólo después lista, delicada, sensual, apasionada, audaz o aventada (Camarillo y Rodríguez, 1990).

Paz (1998), sostiene que la mujer vive presa en la imagen que la sociedad masculina le impone, una imagen que le ha sido dictada por familia, clase, escuela, amigas, religión y amante, por tanto, sólo puede elegir rompiendo consigo misma. Su feminidad jamás se expresa, porque se manifiesta a través de formas inventadas por el hombre.

Por otro lado, la pobreza y la ignorancia significa mayor responsabilidad del cuidado familiar, de la hogareña y paridora. El asunto es más de ingresos y de educación que de urbanización. Para la mitad de los pobladores del país, las relaciones sexuales prematrimoniales son naturales y para la tercera parte restante inmorales y prohibidas.

Las broncas matrimoniales de los mexicanos son, según ellos y ellas, problemas de comunicación, falta de cariño, alcoholismo e infidelidad pero problemas sexuales no.

La fidelidad del hombre se considera posible y deseable; el adulterio de la mujer pecado y traición.

Los hombres lo hacen por primera vez por curiosos y calientes, las mujeres por amor. Los hombres pierden la virginidad con quien se deje; las mujeres con el novio. El hombre miente más fácilmente que la mujer para satisfacer su sexualidad.

Sin duda, las señales sexuales de la cultura mexicana siguen hablando en lenguajes diferentes al hombre y a la mujer.

Antes, cuando no se tenía con quién, se vivía entre el alivio y el placer sexual y la culpa de la masturbación; hoy buena parte de los jóvenes le han quitado drama y crisis.

Ponce, Solorzano y Alonso (1990), sostienen que los valores y comportamientos sexuales han seguido históricamente los movimientos cíclicos de la economía, con mayores libertades e innovaciones durante las épocas de expansión y auge y retiradas conservadoras durante los períodos de contracción y recesión.

En la Reforma y finales de siglo, pudor en ascenso; durante las primeras dos décadas de nuestro siglo, culminando en "tumultoso veinte", nuevamente un regreso a patrones de sexualidad cada vez más abiertos; los treintas y cuarentas de nuevo recato; de Miguel Alemán a los setentas a darle vuelo a la hilacha; y en los recientes años de crisis, un resurgimiento de los pensamientos castos, y en el futuro, estrenar milenio en el destrampe (Ponce, Solorzano y Alonso, 1990).

Hoy existen medios de comunicación que como nunca antes pueden publicitar y legitimar una gran variedad de modelos (patrones) en las relaciones interpersonales. Pero sobre todo, hoy la mujer puede separar en sus relaciones sexuales el propósito reproductivo de la satisfacción del placer genital; la píldora anticonceptiva le dio mayor libertad y responsabilidad. Ha ido ganando espacios de igualdad participativa en todas las actividades, en particular las económicas, con las que ha disminuido su posición de dependencia frente al hombre.

Actualmente numerosos adolescentes son sexualmente activos y la edad de inicio de las prácticas sexuales está disminuyendo progresivamente con el transcurso del tiempo (Camarillo y Rodríguez, 1990). Es un aspecto que afecta en la capacidad de cada individuo para controlar mejor su estado de salud, a pesar de que se han implementado programas educativos para fomentar una sexualidad con responsabilidad.

Visto desde este punto de vista, la sexualidad se ha convertido en un ámbito de experimentación, ya que se han manifestado diversas maneras de expresión, las cuales se han visto restringidas por el miedo o las creencias de las enfermedades de transmisión sexual, sin embargo la búsqueda insaciable de placer sexual ha llevado a un debate, en el que se ha de forjar un lenguaje o conjuntos de valores mediante los cuales se midan la legitimidad de éstas formas, no solo en el aspecto del sexo, sino en los estilos de vida individuales y colectivos (Jeffrey, 1995).

Si la sexualidad se encuentra hoy valorizada, no es como potencia natural oscura y misteriosa, sino como relación interpersonal de dos libertades frente a frente en un lenguaje común, el amor.

Sin embargo, el acto sexual se ha tomado como una forma de disociar la sexualidad del amor, de buscar en el acto sexual una satisfacción física y pasajera, sin compromiso ni preocupación por el mañana, ya que el acto puede ser realizado de manera que resulta físicamente sin consecuencias.

Para Antoine, en consecuencia, no hay otro camino que el de apelar a la propia responsabilidad intrínsecamente presente en el lenguaje sexual como significativo, asumiendo el verdadero riesgo de la sexualidad que no es natural sino humano, el riesgo de entregarse, desnudos, desprovistos, al amor de otro sin saber a donde conducirá (Antoine, Spairani, Bastide, Beimaert, Chauvin, Claireul, Dragonetti y cols. 1967).

La democratización de la sexualidad y de las relaciones que figuran hoy en la agenda cultural, aunque esté parcialmente realizada, crea el espacio para volver a pensar la ética y los valores de las relaciones personales, para pensar de nuevo sobre lo que queremos decir con términos como **responsabilidad, cuidado, interés y amor**. Este es el desafío de las transformaciones de la sexualidad que está teniendo lugar la humanidad.

### 2.3 EDUCACIÓN SEXUAL.

De acuerdo al Consejo de información y educación sexual de los Estados Unidos, durante todo el ciclo vital, las fuerzas fisiológicas emocionales, sociales y culturales condicionan la sexualidad por vías complejas e importantes, sobre todo durante la infancia temprana y avanzada. A medida que los individuos maduran estas influencias pueden generar una gama cada vez más amplia de actitudes y expresiones sexuales posibles (SIECUS, 1977).

La sexualidad se va moldeando por factores externos y, por lo tanto, se puede influir sobre algunos de los factores que la modifican para que pueda ser vivida con más naturalidad, aminorando la presión a la que se encuentra sometida en la sociedad (Monroy, 1990).

La sexualidad es evolutiva pues desde el nacimiento va moldeando al sujeto a partir de sus transformaciones, trasciende el centro de la persona, se difunde y proyecta hacia todas las zonas de la existencia humana e interviene poderosamente en el desarrollo del individuo. A este proceso continuo, según Monroy (1990) se le denomina educación de la sexualidad.

El hacer, tanto como el no hacer, educa; mostrarse desnudos quiere decir una cosa y no mostrarse así, otra; dejarle que se toque sus genitales le educa en una dirección y no dejarle, en otra. Cualquier cosa que se haga, o no se haga afectará y determinará su educación, por lo que debemos entender está como un proceso más completo y complejo que el mero hecho de hablar un determinado día sobre el sexo. De esta manera desde que nace el niño se está educando sexualmente a través de todas las acciones, actitudes, opiniones, consideraciones u omisiones de las personas con las que tiene contacto, todo ello va influir para que la persona vaya formando sus actitudes respecto a su propia sexualidad.

Antes del nacimiento, los padres adoptan ya actitudes distintas sobre el sexo del niño. En muchas sociedades era manifiesta la preferencia de un hijo varón a una niña, y tener un varón solía realzar en mayor medida la condición social y la capacidad del individuo, que tener una mujer. Esta convicción se debía, probablemente, a la suposición de que los hombres son más fuertes, más inteligentes, osados y productivos que las mujeres, y que éste "es un mundo de hombres" (lo cual era indiscutiblemente cierto en el pasado), con lo que se quiere dar a entender que los varones tienen más y mejores oportunidades educativas, profesionales, políticas y económicas que las mujeres (Masters y Johnson, 1991).

A menudo los padres especulan sobre el sexo del futuro hijo y llegan a elaborar planes minuciosos y acariciar ambiciosos objetivos concernientes a la vida de la criatura. Si se piensa que el bebé será un niño, es probable que los padres imaginen como un varón amante de los deportes, recio e independiente; si se cree que va a ser una niña, la conciben hermosa, elegante, sensible, con talento artístico y casada. Así las primeras relaciones entre los progenitores y el recién nacido se hallan condicionadas solapadamente por las expectativas del entorno sociocultural.

Los padres responden también de distinta manera, según el sexo del hijo, en otras circunstancias. Así, reaccionan con más presteza ante el llanto de una niña que de un niño y es más probable que otorguen al pequeño más libertad de movimiento y le dejen estar solo, propiciando así el sentido de independencia. Por el contrario, diríase que una niña está programada deliberadamente para que muestre dependencia y pasividad (Masters y Johnson, 1991).

Muchos padres y educadores ante la ansiedad que el tema les produce, justifican su incapacidad de hablar sobre sexualidad, afirmando que hay cosas que se aprenden solas o que no necesitan explicación (Enciclopedia de la sexualidad, 1997).

Por lo tanto, la educación sobre temas sexuales implica la información y el ejemplo que otorgan los padres a sus hijos, las exigencias de expectativas de la cultura específica en que vive una persona y las diferencias en cuanto a ética sexual dentro de determinada cultura basadas en variables tales como: afiliación religiosa, sexo, edad, nivel escolar, estrato social, aspecto económico, etc. (Reich y Adcock, 1980).

De esta forma, la socialización sexual o adquisición de las pautas de conducta sexual y de conducta masculina y femenina, se van moldeando de acuerdo con los patrones aceptados y aprobados por el grupo o subgrupo cultural al que pertenece (Neira, 1988)

Conforme se va desarrollando el individuo se ajusta a las expectativas culturales sobre el varón y la mujer, sin embargo, actualmente se acepta que en muchos individuos coexisten rasgos de una y otra índole. Las expectativas en cuanto al rol de género en la edad adulta afectan al matrimonio, el trabajo, la política y el ocio. La conducta sexual ha sufrido en gran medida los efectos de los estereotipos sobre los roles de género.

La sexualidad se educa, se forma y va dando sentido de integración a todos los potenciales biopsicosociales que surgen a lo largo de la vida del individuo. Así, la vida sexual del

individuo se aprecia más por el resultado de su comportamiento, por lo que hace y dice, por lo que actúa y expresa, que por sus órganos sexuales que lo diferencian anatómica y fisiológicamente.

Las actitudes manejadas por los individuos en todas las áreas incluyendo la sexual, tienen factores culturales, propios del grupo social al cual pertenecen y que son reforzados por los medios masivos de comunicación y la familia, propiciando en ocasiones actitudes negativas fuertemente arraigadas con respecto al sexo (Vázquez, 1997), ya que el sexo a lo largo de la historia ha sido y es tema prohibido, escondido, íntimo, misterioso sobre el que es aconsejable guardar formas y prudencia (o un hábil manejo del doble sentido, albur por excelencia). El desarrollo cultural restringe y reprime los impulsos sexuales, apartándolos de su meta original (la unión sexual).

La mayoría de la gente está acostumbrada a imaginar el sexo como algo que abarca sólo los órganos genitales o como una simple expresión física (SIECUS, 1977).

En el pasado, la mayoría de las diferencias de opinión respecto al sexo estaban ocultos. Pocas personas se atrevían a hacer algo más que fingir estos códigos en público.

Muchos años de represión, de ocultamiento y de información distorsionada han dado lugar a un cúmulo de falsedades y tabúes, así como a separa la sexualidad del resto de la personalidad del individuo.

Chistensen H.T. (1966; en Semmens y Krantz, 1980), indica la importancia de la trascendencia de un claro sistema de valores respecto a la conducta sexual y a la necesidad de subrayar en cualquier programa de educación sexual la gravedad que tiene para el individuo el evitar discrepancia entre la conducta y los valores.

A pesar de la poca información lo sexual es de tal tamaño e importancia que, aún oculto en su mayor parte, flota y se trasluce en todas las acciones humanas; a pesar del velo con que se cubre, se intuye a través de la ropa, el lenguaje, el baile, el arte, etc. (Ponce, Solorzano y Alonso, 1990).

Todo esto confirma un cuadro de estallido masivo de un nuevo tipo de libertad sexual: la libertad de hablar sobre sexo, de filmar los secretos sexuales, de pronunciar palabras de cuatro letras, así como escribirlas, de describir en los libros, en los escenarios y pantallas todos los

aspectos del sexo, y sin embargo proporcionar muy poca información real sobre los aspectos concretos del sexo (Fast, 1972).

De esta manera, la civilización ejerce una influencia determinante sobre la actitud colectiva respecto de la sexualidad infantil, el adulterio, el ritmo de las relaciones sexuales, la homosexualidad e incluso respecto de las posturas adoptadas durante el acto sexual. En todas las épocas, la sociedad ha moldeado el comportamiento sexual del individuo pero nunca tanto como hoy gracias a los medios masivos (periódicos, radio, cine, televisión, publicidad, modas, etc.) (Kahn y Tordjman, 1978).

Muchas personas consideran que la educación de la sexualidad consiste en informar al niño cómo se origina la vida de un ser humano, cómo se desarrolla éste en el vientre materno, y cómo se lleva a cabo el nacimiento. Asimismo, en explicar a la niña púbera qué es la menstruación y qué cuidados requiere. Otros más, piensan que este tipo de educación se destina únicamente a controlar el comportamiento de los jóvenes (Monroy, 1990).

En la actualidad, conforme nuestra sociedad se aproxima hacia una actitud más positiva de la sexualidad, la educación sexual es considerada desde el punto de vista mucho más amplio y como uno de los medios que ayuda al individuo a desarrollar su potencial creativo como ser humano (Monroy, 1990).

Estos cambios se traducen en el papel que juega los individuos en la sociedad, ya que durante los últimos años, la manera de comportarse de hombres y mujeres ha cambiado. Casi la mayoría de las mujeres trabajan fuera de la casa, las diferencias en las ocupaciones o empleos para hombres y mujeres están desapareciendo, no hay lugares exclusivos de hombres, ni de mujeres (Consejo Nacional de Población, 1994).

Frazier (1949; en Vázquez, 1997), toma en cuenta cinco puntos básicos sobre la formación de las actitudes hacia la sexualidad en un individuo: 1.- la familia la cual transmite a los niños el prototipo cultural del grupo o clase a la que pertenece; 2.- la cultura del grupo, que determina la influencia que ejerce éste sobre sus actitudes; 3.- películas; 4.- revistas; y 5.- otros medios de comunicación.

Así, el proceso de la educación de la sexualidad puede darse tanto de modo informal como formal (Monroy, 1990).

*Informal.* Es el proceso por el cual se enseña y aprende acerca del sexo y la sexualidad, sin que sea planeado o dirigido en forma consciente (sin darse cuenta), por ejemplo, la información que se deriva de las actitudes diarias y del ejemplo de cómo los adultos ven y viven la propia sexualidad y la de los que lo rodean (p.ej. reacciones paternas ante la curiosidad sexual y conductas infantiles).

*Formal.* Algunos autores lo definen como la planeación de los procesos de aprendizaje, directa o indirectamente, relacionados con el patrón de conductas y experiencias sexuales y con el patrón del sistema de valores relativo a la sexualidad (clases, pláticas, conferencias, libros, películas con información sexual dirigida y sistematizada).

Desgraciadamente, muchas veces se presta más atención a la parte de la información planeada y se ignora la que, sin darse cuenta, se proporciona en forma constante a través de los mensajes no verbales.

Los diferentes canales que aportan elementos importantes en la formación de la sexualidad son (Monroy, 1990):

- a) *La familia.*- Es el primer grupo al que pertenece el individuo y del que se adquieren los valores básicos acerca del sexo y la sexualidad. Es el núcleo familiar en donde se aprende qué es lo bueno, lo malo, lo socialmente aceptable, lo permitido, así como los roles sexuales, los patrones culturales, etc.
- b) *La escuela.*- El niño recibe múltiples influjos a través de la enseñanza de diversas materias y de la forma de comportamiento de los maestros y compañeros. Si la escuela es mixta o no, la forma de abordar o no hacerlo los temas sexuales en clase y fuera de ella, etc., van forjando en los alumnos modelos y normas de conducta sexual, o bien les permite o restringe ir aplicando aquello que aprendieron durante los primeros años dentro del medio familiar.
- c) *Grupo de amigos.*- Conceptos de lo que significa ser hombre o mujer, del ideal del trato de la pareja, el significado de madurez, son aprendidos a través del grupo de amigos. Se observa que también las dudas que el individuo no se atreve a preguntar a sus padres o maestros, con frecuencia son comentadas con los amigos o que copian costumbres que se observan en otros como parte de su proceso de identidad.

- d) *La religión.*- Toda sociedad vive ciertos valores religiosos que tienen gran influencia en la conducta. En México la población predominante católica, en donde las normas y valores que rigen esta orientación religiosa, son ejercidos con mucha rigidez: la masturbación, las relaciones prematrimoniales, etc. Influyen en las actitudes que tiene la población hacia ésta.
- e) *Medios de comunicación.*- El uso generalizado de la radio, la televisión, el cine, los impresos, es una característica de la sociedad actual, hecho que hace que la información se difunda rápidamente y a grandes núcleos humanos y que ésta sea recibida de un modo indiscriminado por hombres y mujeres de todas las edades, creando así modelos que no corresponden a nuestra realidad sociocultural.
- f) *La legislación.*- Las leyes definen y sancionan ciertas conductas relacionadas con la sexualidad, al grado de imponer castigos a quienes no actúan de tal o cual modo. Así, en la legislación de México está claramente sancionado el aborto, la violación, las relaciones extramatrimoniales, etc.

Las leyes pueden volverse obsoletas y no corresponder a la realidad histórica, por lo que aunque deben tener una función educativa, también pueden resultar ser un obstáculo.

Lo anterior pone a reflexionar sobre la necesidad de una educación de la sexualidad en toda la sociedad y en el hecho de que no es posible ya negar que constantemente está presente. Ella existe y por lo mismo más vale analizarla, planearla y sistematizarla (Monroy, 1990).

En otras palabras, el objetivo de la educación sexual es, enseñar al individuo a vivir sanamente su sexualidad, es decir, aceptar su propia sexualidad y la de los otros, compartiéndola y respetándose mutuamente. Para ello han de entrar en juego conceptos y valores que tienen mucho que ver con la comunicación interpersonal y las habilidades sociales, así como con el cambio de actitudes y el saber respetar y ser respetada.

Para Ferrando (1984), en toda buena educación sexual, puesto que no hay jóvenes ni niños en sí asexuados, sino niños y jóvenes que se convertirán en hombres y mujeres, lo sexual debe ser presentado como un regalo especial, que nunca debe ser despreciado sino amado, como algo grande, de lo que se puede estar orgulloso, incluso como algo a lo que hay que atender con cuidado y esmero para que pueda ser empleado adecuadamente más tarde.

La nueva educación necesita, para ser eficaz, no sólo impartir conocimientos, sino cambiar actitudes y los conocimientos. Informar no basta; es preciso también educar en la

efectividad, en el amor y en todo el complejo mundo que afectará a la persona y a su relación con los demás.

Preparar para el pluralismo es lograr convivencia en la diversidad habitual para atender puntos de vista ajenos, para concientizarse de que la verdad no está sólo de un lado, para adquirir la capacidad de aceptar la duda y estar abiertos a la superación. Sólo así se podrán aunar los distintos esfuerzos para progresar hacia metas comunes y lograr una equiparación de derechos.

Por tanto, toda educación comprende dos acciones: información y transmisión de valores (formación).

### 2.3.1 RELACIONES PREMATRIMONIALES

El coito heterosexual premarital se refiere al coito entre dos personas solteras, o bien uno de los participantes puede estar casado.

Históricamente, el patrón moral en cuanto al sexo antes del matrimonio consistía en una prohibición total para ambos sexos bajo un estándar único de inocencia sexual hasta después del casamiento. Posteriormente, los hombres podían tener experiencia sexual sin quebrantar la moral de la comunidad, pero las mujeres no.

Una mujer con el himen intacto es virgen. El himen es una membrana fina que cubre parcialmente la entrada de la vagina. La prueba irrefutable de un himen intacto es que la primera penetración del pene sea difícil, haga sangrar y cause dolor vaginal a la mujer. El matrimonio debía ser el acto inaugural con un acto ritual, el rompimiento del himen. Se creía que la virginidad aseguraba que la mujer no podía estar embarazada ni afectada por una enfermedad venérea, pues éstas eran más temidas, porque no habían tratamientos eficaces (Laury, 1990).

El coito premarital es el más controvertido entre las manifestaciones sexuales, el que se considera con mayor frecuencia en polémicas relacionadas con el criterio moral más desaprensivo para el hombre que para la mujer.

El que todavía exista diferencias entre los sexos con respecto al coito premarital, tiene su explicación en el hecho de que la sexualidad femenina todavía se reprime, a pesar de los cambios sociales ocurridos en las últimas décadas (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

Actualmente, parte de la población comparte todavía la creencia de que los hombres son, por naturaleza, más sexuales que las mujeres y tienen más oportunidades de serlo y más aceptación social para ello (Cagnon, 1980). Algunas jóvenes conservan el himen intacto, pero se entregan a todas las actividades sexuales imaginables, con excepción del coito (Laury, 1990).

Sin embargo, en lo que concierne a actividad heterosexual premarital se ha avanzado hacia un patrón de aceptación para ambos sexos, según investigaciones realizadas por Alfaro (1991) y Morales (1996).

El coito premarital es un campo potencial de adiestramiento para el sexo en el matrimonio, particularmente en términos de técnica, ya que ningún libro de sexo puede decir anticipadamente a las personas cómo van a sentirse o qué les va a suceder, además de que gran parte del comportamiento humano responde a la espontaneidad.

Aún en el pasado reciente, la mayor parte de los matrimonios comenzaban ya fuera siendo ambos compañeros inexpertos en actividad heterosexual o, por lo menos, siéndolo la mujer. En la actualidad, las cosas son diferentes, ya que ambas personas pudieron haber tenido experiencia de diferentes clases.

La evidencia sobre los cambios en los índices de experiencia sexual premarital, parecen indicar que un proporción relativamente grande de jóvenes ya no son inexpertos, respecto al coito y han tenido alguna experiencia con uno o varios compañeros sexuales (Cagnon, 1980).

Albert Ellis (en Kahn y Tordjman, 1978), partidario de la supresión de todos los tabúes sexuales, enumera diecisiete ventajas que para él representan las relaciones sexuales prenupciales: alivio sexual, liberación psicológica, mayor competencia, realización, experiencia y satisfacción de los deseos de aventuras, más acertada la elección de esposo o esposa, democratización de las relaciones heterosexuales, descenso de los sentimientos de celos, reducción de la pornografía, placer; entre otras. Estas ventajas compensan ampliamente los sentimientos de culpabilidad y ansiedad que puede derivarse de estas relaciones.

Las razones para tener el primer coito han cambiado en el transcurso de las décadas, y ello lleva a considerar que la presión del grupo de compañeros o vivir en pareja antes de casarse, tiene en la actualidad, una mayor importancia que en el pasado (McCary Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

### 2.3.2 ANTICONCEPTIVOS

La mayoría de las formas de la conducta sexual sigue patrones lógicos que dependen de cambios de actitud, los que a su vez, obedecen a conceptos nuevos y al progreso técnico. La influencia más importante en las actitudes sexuales ha sido el progreso de los métodos anticonceptivos (Austin y Short, 1987).

Según Gotwald y Holtz (1983), los términos anticoncepción y control de natalidad se han usado indistintamente, pero en realidad son conceptos diferentes. La contracepción es la prevención de la fertilización. Los métodos naturales de planificación familiar, los métodos químicos y los métodos mecánicos (excepto el dispositivo intrauterino) son medidas de control de la concepción. El control de la natalidad es el proceso por el cual se limita el número de nacimientos, e incluye dispositivos intrauterinos, píldoras postcoitales y progestistas, extracción menstrual y aborto.

#### **Métodos naturales**

Su finalidad es conocer los días en que la mujer es fértil para evitar las relaciones sexuales mientras haya riesgo de embarazo.

Se basan en la fisiología de la reproducción: la mujer sólo es fértil unos pocos días de cada ciclo menstrual, lo que corresponde al momento de la ovulación. Por lo tanto en teoría, solamente será posible la concepción si se mantienen relaciones sexuales con eyaculación masculina aproximadamente entre tres o cuatro días antes y un día después de la ovulación, ya que la vida o el poder fecundante que posee el espermatozoide no tiene una duración superior a la de tres a cinco días. Antes y después de ese período la fecundación resulta prácticamente imposible. El único problema es saber de manera anticipada el momento en que se producirá la ovulación. Sin embargo existen otras dificultades: no todas las mujeres ovulan con precisión de reloj el mismo día del ciclo e incluso, con alguna frecuencia en la mujer el día de ovulación varía o puede variar de un ciclo a otro.

Existen diversos métodos para averiguar si la ovulación ha ocurrido y así poder prever con cierta precisión cuando se producirá el próximo ciclo.

*Método del calendario o Oginoknaus:*

Es un método para predecir el día de la ovulación, teniendo en cuenta la duración de los ciclos anteriores. Para éste método se observa durante un año la duración de los ciclos en días y se identifica el ciclo más corto y el más largo, con la finalidad de observar variaciones habituales y determinar así el tiempo medio de supervivencia del óvulo y del espermatozoide. El primer día inseguro se calcula restando 18 del número de días del ciclo más corto; el último día inseguro se halla restando once del número de días del ciclo más largo. Por lo tanto, el período de riesgo de embarazo se sitúa entre los días once y dieciocho antes de la siguiente menstruación.

*Método de la temperatura:*

Se basa en la medición de la temperatura basal (la temperatura al despertar). Con éste método se conoce con certeza cuándo ha ocurrido la ovulación, ya que la temperatura asciende bruscamente y se mantiene así a partir del día después de la ovulación y disminuye antes de ésta, hasta que sobreviene la menstruación. Los días seguros se cuentan a partir del cuarto día tras el ascenso de la temperatura hasta un día antes de la fecha previsible para la siguiente ovulación. La temperatura se puede tomar en la boca, la vagina o incluso por vía rectal. Debe tomarse la temperatura, durante tres a cinco minutos antes de levantarse de la cama y sin realizar ningún movimiento, durante unos meses.

*Método de la viscosidad del moco cervical o de Billings:*

Consiste en aprovechar las características del moco cervical, en especial su consistencia, que varía a lo largo del ciclo dependiendo de los distintos niveles hormonales.

Consiste en cuatro fases distintas:

- La fase primera o fase seca, consiste en bajos niveles de estrógenos que no estimula la secreción del moco, por lo que se produce una sensación de sequedad vaginal.
- La fase segunda la constituyen los días preovulatorios en el que los niveles de estrógenos empiezan a aumentar y producen una reacción del moco más turbio, de color amarillo o blanco y un tanto viscoso.
- La tercera fase ocurre inmediatamente antes y después de la ovulación, los estrógenos llegan a niveles máximos. El flujo cervical se vuelve muy fluido con apariencia de clara de huevo y produce una sensación de humedad y lubricación vaginal. Este moco indica el período de máxima fertilidad. El día clave es el último día que la mujer aprecia esta sensación.

- La cuarta fase comprende los días postovulatorios, durante los cuales los niveles de progesterona se elevan y la secreción de moco disminuye, se vuelve pegajoso y llega a desaparecer.

Se deben evitar las relaciones dos días antes y tres días después del moco claro. Es importante mencionar que hay que asegurarse de no tener infecciones vaginales ya que producen flujo y este se puede confundir.

### **Coito interrumpido**

Es un método natural que consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación. Consiste en que el hombre interrumpe el acto sexual antes de eyacular, retirando completamente el pene de los órganos genitales de la mujer y expulsando el semen por fuera.

La principal razón de su fracaso radica en que contener la eyaculación o saber el momento en que va a producirse para poder iniciar la retirada es algo que requiere gran control por parte del hombre. Además, antes de la eyaculación suele producirse la expulsión de cierta cantidad de líquido uretral en el que suelen encontrarse espermatozoides.

### **Condón**

Es un envoltorio de látex que se coloca sobre el pene en erección.; esto impide que el espermatozoide entre en contacto con los órganos genitales femeninos (Robert J., 1991).

Debe colocarse antes de cualquier contacto del pene con la vagina, apretando el receptáculo para que salga el aire. El receptáculo (llamado también forro preservativo) de la extremidad del condón recoge el semen. Después de la eyaculación y antes de que el pene pierda su rigidez, se desenrolla hacia atrás hasta descubrir totalmente el pene, sosteniendo el extremo del condón para evitar que el semen se derrame dentro de la vagina de la mujer.

La mayor parte de los condones están prelubricados, pero algunos no lo están. No se debe utilizar vaselina para lubricarlo ya que ésta puede dañar el látex. Es preferible una espuma espermaticida (Robert J., 1991).

Se presentan en multitud de formas y colores, pueden convertirse en un incentivo más en el juego sexual. Además es eficaz en un 95% de los casos. Para cada coito un nuevo condón.

### **Diafragma y capuchón cervical**

El diafragma tiene la forma de un gorro de goma que se ajusta al cuello del útero. Se pliega el diafragma hasta que alcance la forma de un cigarro utilizando los dedos para facilitar la inserción en la vagina. Es más fácil en cunclillas. Se separan los labios de la vagina con la otra mano y se inserta.

El capuchón cervical tiene forma de campana, su goma es más rígida que la del diafragma, se adhiere al cuello por succión (Robert J., 1991).

La medida del diafragma y del capuchón cervical varían según el tamaño del cuello del útero y actúan como barreras mecánicas que bloquean la entrada del espermatozoide.

La ventaja son que casi no tiene efectos secundarios y es reversible. Sin embargo, a veces puede provocar irritación vaginal. Además, algunas mujeres no pueden usarlo por su constitución pélvica.

### **Espermaticida**

Son sustancias químicas que evitan que el espermatozoide llegue al óvulo, se presentan bajo diversas formas: espumas, jaleas, tabletas, óvulos, gel, esprays, películas hidrosolubles o esponjitas empapadas en el producto químico.

Las cremas, espumas y geles vienen con un aplicador. La mujer llena el aplicador de espermaticida y lo coloca en su vagina de modo que el extremo del aplicador llegue lo más profundamente posible, cerca del cérvix, apretando el émbolo del aplicador.

Pueden aplicarse solos o como refuerzo de otros métodos. Todos ellos se componen de una base inerte, tipo gelatina o glicerina. Deben colocarse en la vagina con antelación suficiente al coito para permitir su disolución, que varía según su presentación: 30 minutos para las películas hidrosolubles, de 5 a 15 minutos para supositorios u óvulos, de 3 a 10 minutos los productos espumantes.

El tiempo de validez de su eficacia, una vez insertado, viene a ser entre media y una hora. Conviene usar una nueva dosis si se repite el coito, sea cual sea el tiempo transcurrido.

Su eficacia se sitúa por encima del 85% y se ha sugerido la posibilidad de que son factores de protección contra las enfermedades de transmisión sexual (Robert, 1991).

### **Píldora**

Los anticonceptivos orales contienen hormonas sintéticas parecidas a las hormonas naturales producidas por el organismo femenino: estrógenos y progesterona. Estas dos hormonas impiden el desarrollo del óvulo. Modifican también la mucosa del cuello del útero impidiendo el ascenso de los espermatozoides al óvulo.

Las cajas de píldoras tienen 21 o 28 comprimidos. Las cajas de 28 comprimidos tienen 7 píldoras de color diferente (caramelos) y son para no romper el hábito cotidiano de la píldora, por lo que no afecta si no se toman (Robert J., 1991).

Contando desde el primer día de la menstruación, una mujer comienza a tomar píldoras al quinto día. Debe ingerir una píldora todos los días, y de preferencia a la misma hora. La menstruación empezará de dos a cinco días después de que se ha tomado la última píldora y empezará nuevamente a tomar las píldoras siete días después de que tomó la última. Si se olvida un día de tomar la píldora es necesario que lo haga apenas y se acuerde.

Dado que la dosificación hormonal es baja, la mayor parte del tiempo los efectos secundarios son mínimos y presentan poco peligro inmediato. Existe pérdida o aumento del vello corporal, el acné puede empeorar y la función tiroidea está alterada. A largo plazo, si la mujer fuma, la asociación píldora- cigarrillo podría influir sobre el corazón y los vasos sanguíneos con importantes daños (Robert J., 1991).

Tomada regularmente, la píldora tiene efectos benéficos: las menstruaciones son menos abundantes y más regulares, y los malestares menstruales pueden atenuarse. Efectos secundarios tales como náuseas, dolores de pecho y pérdida de sangre, pueden aparecer durante los tres primeros meses (Robert J., 1991).

La píldora es eficaz en un 100% de los casos si se le toma correctamente, tomada en dosis regularmente, la píldora vuelve imposible la fecundación. Sin embargo, la píldora no protege de las enfermedades sexualmente transmisibles (Robert J., 1991).

### Dispositivo intrauterino (DIU)

Es un pequeño aparato que se coloca adentro de la matriz con el fin de inmovilizar a los espermatozoides e impedir que el huevo ya fecundado pueda implantarse en el útero (Robert J., 1991).

Son de metal, plástico o ambas cosas, de tamaño y forma variables que se ajustan a la cavidad uterina (Gotwald y Holtz, 1983).

El dispositivo debe seleccionarlo y aplicarlo un médico en el interior del útero. Una vez instalado se cortan los hilos a algunos centímetros del cuello (éstos permitirán retirar el aparato cuando llegue el momento) (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

El dispositivo queda colocado permanentemente hasta que la mujer desee embarazarse.

Existen ciertos efectos secundarios como dolores menstruales, menstruaciones abundantes y complicaciones en caso de infección (Robert J., 1991).

### 2.3.3 ABORTO

El aborto se excluye de las consideraciones acerca de la moral de la anticoncepción. Al hablar del dispositivo intrauterino, se admite que estrictamente no hay una distinción absoluta entre anticoncepción y aborto, puesto que una consiste en impedir que una vida se desarrolle y el otro en la destrucción de una vida ya en desarrollo. Si se decide que la implantación es la etapa en que comienza la obligación de proteger al producto, hay un elemento arbitrario en esta decisión, aunque con una buena base fisiológica: la implantación da al huevo un grado mayor de certidumbre para un futuro viable, que el que tenía antes. De hecho, en la tradición occidental de la ley y la moral, la protección que merece el feto aumenta con su desarrollo, lo que lógicamente repercutió en la ley inglesa con la creación de un nuevo delito: la destrucción de un producto en etapa viable (Austin y Short, 1987).

Implicita a esta tradición está la aceptación de que la protección otorgada al feto nunca ha sido, y no puede ser, absoluta. El feto, como ser humano en desarrollo, se presume que tiene derecho a la vida. Según Austin y Short (1987), esta aseveración es refutante solamente cuando el feto es un agresor del mismo derecho de otra persona, la madre: no debe considerarse vida inocente. Así mismo asegura que en este caso, la amenaza del daño que puede causar el feto

debe ser grave para justificar su destrucción, y no ser susceptible a otros procedimientos menos drásticos. Esta es la lógica que acepta la moral del aborto terapéutico en casos, rara vez justificados actualmente, de grave amenaza a un interés vital de la madre, pero rechaza el aborto como una alternativa de anticoncepción o como un recurso cuando fallan otros métodos.

El aborto, es la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable. En general, se considera que el feto es viable a partir de los 500 gramos y veinte semanas de gestación.

Se han distinguido dos tipos de aborto: el espontáneo y el inducido o provocado, conocido también como interrupción voluntaria del embarazo.

El aborto espontáneo es un mecanismo de defensa del organismo frente a una patología ovular. Esto se debe a defectos de los padres o de las primeras fases del desarrollo ovular. La mayoría son debido a alteraciones cromosómicas, envejecimiento del óvulo, edad de los padres. También se atribuye a posibles alteraciones del desarrollo del huevo fecundado en sus diversas fases de crecimiento y adaptación.

El aborto provocado cuenta con indicios partidarios para que su práctica sea legal y acérrimos contrarios a ésta posición en todas las capas de la sociedad en general por motivos éticos y religiosos.

Actualmente, algunas sociedades han legalizado, o como mínimo, despenalizado en ciertos supuestos el aborto, a fin de proteger la salud de la madre, ya que la consideración del aborto como delito púnible comporta riesgos serios, pues las mujeres abortan igualmente en la clandestinidad y sin condiciones sanitarias adecuadas.

Estudios realizados a nivel mundial muestran que los índices de aborto provocado son más altas entre las adolescentes y las mujeres que tienen entre 20 y 24 años. En las sociedades avanzadas, los motivos más frecuentes para interrumpir el embarazo son: el estado civil, el deseo de finalizar los estudios, y la realización profesional y social de la mujer.

El aborto, entre las modalidades prácticas más antiguas de la medicina popular se ha ejecutado por medio de una amplia gama de métodos. Los esfuerzos primitivos incluyen el que alguien saltara sobre el abdomen de la embarazada. El autoaborto ha sido intentado mediante medicamentos como píldoras e inyecciones, o la dilatación y legrado del útero insertando algún tipo de instrumento, para desprender el embrión (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

En el primer trimestre de la gestación, el procedimiento estará en relación con las semanas de embarazo. Cuando el tiempo de gestación sea inferior a las seis semanas, pueden utilizarse las técnicas llamadas regulación menstrual o de la antiprogesterona. La regulación menstrual consiste en la miniaspiración del endometrio en los primeros días del retraso menstrual (entre cuatro y seis semanas de gestación).

Otra técnica en esta etapa de gestación es el uso de antiprogesterona, sustancia que antagoniza con la progesterona, hormona que es imprescindible para la evolución del embarazo. Durante las siete a las doce semanas, la técnica a utilizar es la dilatación y legrado por aspiración, después de las doce semanas la técnica de dilatación y extracción fetal y placentaria.

En el segundo trimestre, o sea de las 18 a 24 semanas, el método es el uso de prostaglandina, que se puede administrar en inyección venosa o en forma de gel depositado en el cervix o en el fondo de la vagina.

Otra técnica utilizada, es la administración intraamniótica de ciertas sustancias, como la prostaglandina, la urea o una solución salina hipertónica.

Es un hecho ciertamente comprobado que la actitud que una persona adopta en momentos que se podrían llamar límite no siempre coincide con su actitud previa, es decir, con su forma de actuar y pensar cotidiana. En relación con las circunstancias de la interrupción voluntaria de embarazo, esto se observa con mucha frecuencia a la hora de decidir y planear tanto el embarazo como su interrupción, no sólo la situación personal de la mujer, sino otros muchos factores influirán en su decisión y actitud ante ella: la situación económica, los modelos familiares dominantes, las creencias religiosas, las presiones del entorno social y la facilidad o dificultad con que la mujer puede acceder a la información y los recursos públicos o privados de salud. Todos ellos, juntos o aislados, pueden convertirse en factores de angustia que provoquen una sintomatología depresiva reactiva de la situación, e incluso cuadros de ansiedad.

Según Olson (1980; en McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1997), los estudios sobre la vivencia del aborto son raros, se trata de una experiencia difícil que produce ansiedad, sobre todo para las más jóvenes, particularmente cuando falta el apoyo emotivo de los padres, de la pareja, o de otras personas. Muchos autores han observado que las consecuencias psíquicas cambian con el tiempo (Pasini, Francescato y Prezza, 1979; en Lutte, 1991). En un primer tiempo predominan los sentimientos de alivio: la ansiedad y la depresión disminuyen, hay una liberación del estrés que produce el embarazo y las molestias que llevan aparejadas, a veces, una especie de satisfacción.

Más tarde pueden surgir unos problemas más serios, se trata de una patología ligera: estados depresivos, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, dificultad para reemprender las relaciones sexuales. A menudo las relaciones con la pareja se deterioran, sobre todo cuando se ha estado ausente en los momentos difíciles (Lutte, 1991).

## 2.4 RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Hay un grupo de respuestas fisiológicas fundamentales para caracterizar la conducta sexual que Austin y Short (1987) llaman sistema de respuesta sexual.

Es decir, los cambios que se producen en el varón y la mujer, tanto en los genitales como en todo el cuerpo, cuando se da una estimulación sexual (Álvarez, 1996).

Masters y Johnson (1966) y Helen Singer Kaplan (1979; en Gotwald y Holtz, 1983), han dividido la respuesta fisiológica del cuerpo humano a la estimulación sexual en cinco fases:

1. Fase de deseo
2. Fase de excitación
3. Fase de meseta
4. Fase orgásmica
5. Fase de resolución

Los conocimientos sobre la forma en que la mente y el cuerpo reaccionan a las experiencias y estimulación sexual que aportaron estos investigadores se aplican a todos los humanos (homosexuales, heterosexuales y bisexuales) durante actos sexuales aislados o por parejas.

### 2.4.1 FASE DE DESEO.

Se ha demostrado que el apetito sexual es similar a otros impulsos, como hambre, sed, sueño, ya que implica un estado interno del organismo con capacidad impulsora, producto de una interacción entre los estados fisiológicos internos y los estímulos externos (Austin y Short, 1987).

Según Gotwald y Holtz (1983), el cerebro tal vez sea la parte más sensual de nuestro cuerpo, ya que el deseo de la experiencia sexual, los sentimientos de excitación comienzan con una serie compleja de sucesos fisiológicos en el cerebro.

Sin embargo, todavía no se sabe con certeza como es el centro sexual en el cerebro, se sabe que una parte del cerebro que se llama sistema límbico contiene centros que controlan nuestras experiencias emocionales y sexuales, sus centros inhibidores y activadores están unidos

a otras partes de la red en el hipotálamo y región preóptica del cerebro. Además es probable que la red sexual esté unida a centros de placer y dolor también en el cerebro. De esta forma cuando la experiencia sexual estimula el centro del placer en el cerebro, se experimenta el placer.

También se a descubierto que la testosterona produce una influencia positiva sobre la libido o impulso sexual de uno y otro género. Es necesaria para la activación del centro sexual. Y en caso que no haya testosterona, hay una hormona que libera el cerebro que se llama LH-RF (factor de liberación de hormona luteinizante) que tal vez aumente el deseo sexual a falta de ésta (Gotwald y Holtz, 1983).

En esta fase no se observan cambios visibles en el cuerpo, y debe funcionar para que el sujeto se interese en la actividad sexual.

#### 2.4.2 FASE DE EXCITACIÓN

La excitación sexual tiene lugar cuando los mensajes de los estímulos se envían por las terminaciones nerviosas sexuales hacia el encéfalo, el cual a su vez los trasmite a los centros de la médula espinal lumbosacra, que es el centro que controla los impulsos sexuales (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

La excitación sexual se interpreta como el conjunto de cambios fisiológicos y subjetivos que se presentan los sujetos ante estímulos psicológicos o funcionales.

El principal cambio que se da en la mujer, es la lubricación vaginal, en la que se produce un líquido que humedece la vagina, ésta sudación no se produce por las glándulas, sino es consecuencia de la dilatación de las venas que están incorporadas a la pared de la vagina (Gotwald y Holtz, 1983). Los labios mayores, al llenarse de sangre, aumentan de tamaño y se separan, es decir, se entreabren; los labios menores también aumentan de tamaño y se expanden ligeramente. El clítoris se congestiona de sangre y aumenta de tamaño, el incremento es en cuanto al diámetro. Esta circunstancia hace que sea extremadamente sensible, al grado de que las caricias directas pueden ser molestas en vez de producir placer o excitación (Álvarez, 1996).

Los cambios que se dan en los órganos sexuales internos consisten en las modificaciones que se presentan en los tercios internos vaginales y en el útero o matriz, el cual se yergue, y pierde parcialmente la anterversión que tenía en estado de reposo; ello provoca que el fondo de

la vagina se expanda, formándose una especie de bolsa invertida. Su coloración adquiere un color púrpura intenso, conforme continúa la excitación (Álvarez, 1996).

En la medida en que la tensión sexual aumenta, los pezones de las mujeres se erigen. La sangre venosa se retiene en las glándulas mamarias, lo que provoca que aumenten de tamaño aproximadamente 25% al final de la fase. Las areolas (zonas oscuras pigmentadas que rodean los pezones) se hinchan de un modo considerable. Las venas de las mama se vuelven visibles, y forman el árbol vascular familiar, se desarrolla una ruborización conocida como "enrojecimiento maculopapular sexual". Éste comienza en la región del estómago y la garganta, para diseminarse hacia las glándulas mamarias; la intensidad, por lo general se presenta en proporción directa con la estimulación recibida.

La miotonía, tensión de los músculos voluntarios (y algunas veces involuntarios), empieza y crece durante esta fase, en donde los movimientos corporales se vuelven más inquietos, potentes y rápidos. Durante esta fase y las subsiguientes, los músculos de las nalgas y del ano pueden aumentar su tensión de una manera involuntaria. Cuando la tensión sexual aumenta, la presión arterial se intensifica y se incrementa la frecuencia cardíaca (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

En el hombre, se produce la vasocongestión, que se representa por la erección del pene. Esta respuesta eréctil se da porque está constituido en su interior por lo cuerpos esponjosos; la congestión de sangre hace que las estructuras se saturen y un sistema de válvulas muy finas impide que la sangre salga de los cuerpos, manteniéndose así la erección.

Otro de los cambios en la fase de excitación es que el escroto se pone tenso y se engrosa. A la vez, ambos testículos se levantan hacia el perineo a medida que se contraen los músculos que se asocian con los cordones espermáticos (Gotwald y Holtz, 1983). La abertura de la uretra o del meato se ensancha en tanto la fase progresa (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

La excitación placentera, que durante los preliminares se ha mantenido más o menos al mismo nivel, aumenta repentinamente, tanto en el hombre como en la mujer, con la penetración del pene (Reich, 1983).

En los hombre el enrojecimiento no aparece sino posteriormente en la fase de excitación o en la fase de meseta. Por lo general, se observa primero sobre el estómago, luego se disemina al pecho, después al cuello y por último a la cara.

La tensión muscular es clínicamente observable en la última parte de la fase de excitación, aunque es más pronunciada durante la de meseta. En este momento, la contracción implica de un modo primordial los músculos voluntarios. Las contracciones musculares involuntarias son más típicas durante la última parte de esta fase, y son responsables de la elevación de los testículos hacia el perineo. La pierna, el brazo y los músculos abdominales tienden a tensarse, de manera voluntaria o involuntaria, según la posición del coito (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

Mientras aumenta la tensión sexual, hay un incremento correspondiente en la frecuencia cardíaca y en la presión sanguínea.

Esta fase varía en tiempo de algunos minutos a horas. Su duración depende de la eficacia, intensidad y continuación de la técnica que se utilice, y el grado de libertad de estímulos adversos, físicos o psicológicos. Mientras más larga sea la fase de excitación, más lo es la de resolución.

### 2.4.3 FASE DE MESETA

Cierto número de reacciones corporales generales caracterizan la fase de meseta en mujeres y hombres. Es el lapso en que, si prosigue la estimulación eficaz, la tensión sexual aumenta al punto en que el sujeto tal vez penetre en la fase orgásmica. Puede ocurrir en uno y otro sexo una reacción vasocongénita superficial en la piel que se llama rubor sexual. Esta erupción semejante al sarampión, que consiste en enrojecimiento en la piel clara, aparece primero en el abdomen, de ahí se extiende con rapidez a pecho y mamas, cara, cuello, hombros, nalgas y dorso. Existen amplias variantes en la respuesta de rubor sexual entre un sujeto y otro, y para el caso, en el mismo sujeto (Gotwald y Holtz, 1983).

Otras reacciones generales son respiración rápida y profunda y aumento de la frecuencia cardíaca.

En la mujer los senos y las areolas se expanden al máximo y los genitales se enrojecen con toda intensidad. Su tensión muscular es observable desde la cabeza a los dedos de los pies. Reacciona con gestos, fosas nasales dilatadas y tensión notoria en las comisuras de los labios. Los tendones del cuello se ponen rígidos y sobresalen, especialmente con la proximidad del orgasmo. La espalda se arquea y los músculos de los muslos se ponen muy tensos; se observan contracciones espásticas de los músculos de las manos y de los pies, demostrables mediante movimientos de presión; los pies y las manos adoptan la forma de "garras". El cuerpo clitorídeo y

el glande se retraen de su posición colgante en la zona pudenda y se esconden en lo profundo del capuchón. Al final de la fase de meseta, poco antes del orgasmo, la retracción es tan pronunciada que el clitoris se reduce en su longitud (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

El exterior de la vagina se distiende con sangre venosa de un modo tan intenso, que el conducto vaginal reduce su diámetro. El músculo distendido se contrae con el orgasmo que se aproxima, y provoca que la vagina se apriete alrededor del pene insertado. Este tercio exterior de la vagina congestionada y los labios congestionados han recibido el nombre de plataforma orgásmica.

En esta fase el útero se eleva a su máximo potencial, aumenta la cúpula vaginal e intensifica la fibrilación uterina. Los labios menores adquieren una tonalidad escarlata, que se relaciona con el grado de excitación sexual (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

En el hombre, aumenta tanto la tensión volitiva como la que no depende de la voluntad. Ocurren contracciones musculares intensas de la cara (en especial alrededor de la boca) el cuello y el abdomen. Un hombre puede tener también espasmo carpopedal (contracciones espásticas de manos y pies). A medida que el orgasmo se avecina, puede haber movimientos de prensión movimientos de los pies, de la mano, ondulación del arco del pie con arqueo del mismo (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

La corona de glande se pone turgente y aumenta en intensidad la coloración de la zona por debajo de ella. El bulbo uretral, aumenta.

Los testículos deben elevarse antes de que un hombre pueda experimentar una eyaculación completa. Una vez que se han ascendido al perineo, seguirá la fase orgásmica, si se mantiene la estimulación sexual efectiva (Gotwald y Holtz, 1983).

Una reacción vasocongestiva en los testículos aumenta su tamaño, mientras más prolongada sea esta fase mas va a ser la vasocongestión y el aumento de tamaño testicular (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

Según Reich (1983), en esta fase ya no es posible un control voluntario del curso de la excitación, sus características son las siguientes:

- a) El aumento de la excitación ya no es susceptible de controlarse voluntariamente; más aún se apodera de la personalidad total y produce taquicardia y espiraciones profundas.
- b) La excitación corporal se concentra cada vez más en el genital; se experimenta una sensación como de "derretirse", la cual puede describirse mejor como la irradiación de la excitación desde el genital a las otras partes del cuerpo.
- c) Esa excitación se manifiesta primero en contracciones involuntarias de la musculatura total y la región pélvica. Tales contracciones aparecen en ondas: las crestas corresponden a la penetración total del pene, las depresiones a la retracción. Sin embargo, tan pronto como la retracción va más allá de cierto límite, aparecen inmediatamente contracciones espasmódicas que apresuran la eyaculación.

#### 2.4.4 FASE ORGÁSMICA.

Según Austin y Short (1987), el orgasmo es la respuesta sexual más misteriosa y probablemente la más específica. Sus características subjetivas son extraordinariamente difíciles de definir, ya que en ese momento la percepción está disminuida, o por lo menos alterada. La descripción más frecuente refiere un aumento rápido y dramático en la intensidad de las sensaciones y de la tensión, seguida de una descarga repentina de la tensión y de una sensación de calma.

Para Eysenck y Wilson (1981), es un estremecimiento intenso y culminante, que sigue a una acumulación de excitación concentrada en la zona genital, y que precede a un estado de total relajamiento y satisfacción.

El orgasmo no sólo se experimenta en forma fisiológica en el cuerpo, sino además en forma subjetiva al filtrarse a través de las percepciones psicológicas y sociales del individuo.

Sin embargo, estas experiencias subjetivas se acompañan de cambios fisiológicos apreciables:

Los cambios de vasocongestión y miotónicos que aparecieron durante las primeras fases dejan de aprisionar al cuerpo. Las reacciones corporales del orgasmo son involuntarias, esto es no pueden controlarse en forma consciente. Existe un máximo de hasta 180 pulsaciones por minuto (lo normal es de 60 a 80), un ritmo respiratorio que también se duplica o triplica - acompañado de

irregularidades y jadeo -, aumenta la presión sanguínea, la piel se enrojece, la cara se contrae en una mueca agónica, y es probable que se emitan ruidos orales (Eysenck y Wilson, 1981).

En la mujer, hay contracciones involuntarias de la zona perineal, el recto y la parte baja del abdomen. Puede ocurrir enrojecimiento, hinchazón y expansión de la jaula costal. En ocasiones sienten la necesidad de orinar durante o después del orgasmo. Posiblemente hay pérdida de orina a medida que aumenta la tensión sexual. El clítoris permanece retraído y no es visible para quedar situado abajo de su capuchón durante esta fase (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

La plataforma orgásmica se contrae con gran intensidad a intervalos aproximados de 0.8 segundos. Hay cuando menos de tres a 15 contracciones, y empiezan en la cima del útero y descienden hasta llegar a la cervix.

Las mujeres experimentan dos clases diferentes de orgasmos, el vaginal y el de clítoris. En cierta medida, esta distinción se basa en la localización de la estimulación que conduce al orgasmo, sin embargo, la mayoría de las mujeres sostienen que ambos provocan sensaciones diferentes. Los orgasmos de clítoris suelen ser más intensos, agudos o eléctricos, mientras que los vaginales acostumbran a ser calificados de palpitantes, profundos, difusos y espirituales. Entre ambos tipos de orgasmos no existen diferencias fisiológicas (Eysenck y Wilson, 1981).

En el hombre la sensación del orgasmo se percibe en el pene, próstata y vesículas seminales y se acompaña de la expulsión de semen.

Antes de la eyaculación, el líquido seminal se reúne en los conductos eyaculatorios y en los órganos sexuales secundarios. Las contracciones en éstos al parecer empiezan en los conductos eferentes, continúan hasta el epidídimo, los conductos deferentes, las vesículas seminales y por último los conductos eyaculatorios, los cuales atraviesan la próstata. La acción sistólica de la próstata fuerza al líquido seminal al interior de la uretra, con contracciones que varían en intensidad, en intervalos de 0.8 segundos (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

El orgasmo dura aproximadamente de 3 a 15 segundos y posee dos funciones principales según Eysenck y Wilson, (1981), el acabamiento del coito y la recompensa por haberlo comenzado.

#### 2.4.5 FASE DE RESOLUCIÓN.

La tensión sexual se libera durante el orgasmo, y una vez que esto ocurre el cuerpo regresa con lentitud a su estado no estimulado, lo que esencialmente consiste en una retirada fisiológica a través de los niveles de meseta y excitación.

Si no surge una estimulación sexual subsiguiente, el enrojecimiento sexual y la tensión muscular casi siempre desaparecen en el transcurso de cinco minutos. Si no se experimenta el orgasmo, la fase de resolución puede durar casi un día.

Las mujeres son capaces de regresar al orgasmo a partir de cualquier punto de la fase de resolución, en tanto experimenten nuevamente estimulación eficaz.

En esta fase, el clítoris rápidamente regresa a su posición normal, aunque tal vez aparezca lleno de sangre durante 5 o 10 minutos después del orgasmo. Los labios menores regresan a su estado no estimulado, y la vagina se colapsa para formar un espacio potencial antes que real. El útero desciende a su posición original, para sumergir el cuello uterino en el fondo seminal que se formó en el extremo de la vagina después del coito (Gotwald y Holtz, 1983).

En el hombre, la pérdida de la erección ocurre en dos etapas. La pérdida primaria de la erección ocurre al inicio del período refractario, en cuyo momento el pene en erección completa se reduce a 50% de la total. La etapa secundaria de destumecimiento persiste por mayor tiempo, en especial cuando hay tensión sexual residual. Los testículos sufren la pérdida de la vasocongestión, y la reducción en el tamaño. Durante el período refractario es imposible que el hombre regrese al orgasmo, aunque se someta a nueva estimulación (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

El orgasmo no puede ocurrir de manera simultánea para que sea satisfactorio; en muchas parejas este tal vez no sea un objetivo apropiado o incluso deseable. Ya que hombres y mujeres reaccionan de manera muy diferente en los movimientos corporales en el movimiento del orgasmo.

La tendencia principal es el sumergirse en el interior de la vagina lo más profundo que sea posible en el momento del orgasmo, y mantenerse en esa posición por cierto tiempo, para proseguir con uno o dos empujones deliberados. Por otro parte, la tendencia de la mujer es tener los mismos movimientos hundientes y acariciantes de las fases de excitación y meseta,

continuados durante la reacción orgásmica, quizá con una aceleración de los empujones y un aumento de la presión en la zona vulvar (Gotwald y Holtz, 1983).

## 2.5 CONDUCTA SEXUAL HUMANA.

Entre los seres humanos una relación sexual significativa se extiende más allá del coito físico, puesto que incluye componentes emocionales e intelectuales, en donde son fundamentales la intimidad y el amor. En una relación sexual el acercamiento emocional entre una pareja elimina el hecho de que el sexo sea un simple acto de cópula, y lo lleva a un plano en el cual pueden reunirse muchas necesidades, además de las sexuales.

Los hombres y las mujeres reconocen que en la libre expresión del afecto en verdad no hay nada que temerse, no constituye un barómetro de la debilidad, todas sus relaciones, aún las sexuales, tienen más plenitud (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

La necesidad psicológica del contacto físico, el tocarse, abrazarse, palparse, y la respuesta tierna ante estos actos, es mayor y más intensa que la necesidad sexual. El contacto físico es el eslabón entre el amor y el sexo.

Fujimoto (1972; en McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996), afirma que en el coito, el sexo puede emplearse como una experiencia física, una variedad momentánea de comunicación o de autoidentificación. En un nivel más elevado hay cierto grado de comportamiento mental y de comunicación verbal, que se mezcla con la experiencia física. En el nivel más alto de la sexualidad, las sensaciones físicas y las emociones se expresan de manera libre y se fusionan con la empatía y la sensibilidad hacia el compañero.

Bancroft (en Austin y Short, 1987) sostiene que la conducta sexual humana tiene otras funciones además de la reproducción y la obtención de placer. El sexo puede tener un efecto de enlace en las relaciones personales y se usa para mantener o apoyar el autoestima, para ejercer control o dominio en nuestras relaciones personales, así como para expresar hostilidad; puede usarse también para beneficio material.

Con tal variedad, no debe sorprender que los determinantes de nuestra conducta sexual sean variados y sus interacciones, complejas.

### 2.5.1 ESTIMULACIÓN SEXUAL.

A medida que ascendemos en la escala filogenética, desde los animales más inferiores hasta el hombre, los elementos que intervienen en la atracción sexual se van complicando, entrelazándose unos con otros y , en ocasiones, superponiéndose.

Estos estímulos pueden originarse fuera del propio cuerpo o bien en el interior del mismo. Los externos son percibidos por uno o varios de los órganos de los sentidos: vista, tacto, gusto, oído y olfato; en cambio, los originados en el interior son principalmente las fantasías, recuerdos y sueños. Los estímulos efectivos varían de una persona a otra, e incluso cambian en diferentes momentos y épocas de su vida (Álvarez, 1996).

La diversidad de estímulos que pueden llegar a resultar atractivos para la persona es muy grande. Estímulos que nos alcanzan a través de los sentidos, como un contacto físico, una invitación verbal o una atracción visual que puede ser tan imperceptible y al mismo tiempo compleja como una mirada, un gesto o la leve insinuación de una parte del cuerpo. En ocasiones el estímulo ni siquiera va a ser originalmente sexual. El roce de los genitales contra la ropa, el traqueteo del autobús, el frotamiento durante la higiene diaria, también puede ser causa de excitación sexual.

El sentido del gusto y del olfato, están íntimamente relacionados, y pueden ser un elemento importante para propiciar o terminar la excitación, y por tanto, propiciar una buena relación sexual. La relación funcional entre los núcleos nerviosos del olfato y los órganos sexuales coinciden en las estructuras del sistema nervioso central (cerebro) (Álvarez, 1996).

Por ejemplo, existen datos que afirman que los humanos secretan feromonas, las cuales, son mensajeros químicos que sirven para la comunicación entre sujetos de la misma especie. La feromona por lo regular es una secreción glandular que libera hacia el medio un sujeto como señal para otros individuos, que reaccionan a la substancia química después de probarla u olerla. A menudo estos mensajeros químicos desencadenan la conducta sexual (Gotwald y Holtz, 1983)

Con frecuencia el condicionamiento desempeña un papel en la relación entre el sentido del olfato y la sexualidad. Por ejemplo, durante los primeros días del cortejo, el percibir el olor del perfume o la colonia del amado(a) puede llegar a asociarse con el amor en desarrollo y con la estimulación sexual. Después, ya en la relación, el mismo aroma puede servir muy bien para

establecer de nuevo la excitación. El condicionamiento abarca muchos elementos sensoriales, además del olfato (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

Algunas mujeres se estimulan de manera especial cuando sus hombres usan alguna colonia específica durante las actividades sexuales. Otras prefieren un olor natural, producto del baño y la limpieza adecuados. Aunque resulta cierto que algunas personas se excitan con el olor y el tacto de una pareja que no se ha bañado recientemente.

El tacto, es uno de los principales elementos para la estimulación sexual efectiva. Entre los estimulantes más eficaces existentes están las manos. La estimulación, el juego amoroso antes del coito, constituye lo más satisfactorio cuando se emplean manos y dedos de modo libre. Y aunque el manoseo es el sendero real al coito, también puede ser muy placentero por sí solo.

La práctica de las caricias fluctúan desde simples besos hasta un intenso estímulo en los genitales.

Un beso o un abrazo puede alcanzar tanto significado en una relación como otras actividades táctiles más directamente relacionadas con una conducta de estimulación sexual más intensa. El beso es una demostración de cariño prácticamente universal, en algunos casos es simplemente un saludo algo impersonal; y en otros, una expresión de respeto o más bien de amor y en muchas ocasiones es un acto erótico que expresa e incrementa el deseo. Puede tener infinitas variantes. Algunos se limitan a besar los labios, haciendo o no intervenir la lengua. Otros besan en todas las partes del cuerpo y reaccionan intensamente a sus dulzuras y al placer que proporciona tanto darlo como el recibirlo.

Con el uso adecuado de las manos no sólo se puede provocar la excitación sexual en el compañero, sino que el estímulo personal puede elevarse. La excitación sexual inicial se consigue mediante un contacto suave, fino, deslizante, y mientras mayor sea la elevación, prolongación e intensidad del estímulo sexual, mayor será el orgasmo. La orientación general de los contactos físicos deben ser hacia las zonas erógenas (nuca, espalda, zona anal, lóbulo de la oreja, cara interna del cuello, labios, cara interna del brazo, cara lateral del tronco, cara interna del muslo, vientre; en la mujer: las mamas; en el hombre el pezón), y en particular los genitales; las caricias se pueden realizar con la técnica de avance y retroceso (Masters y Johnson; en McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

La finalidad no consiste sólo en proporcionar las sensaciones eróticas más significativas y excitantes a la compañera, sino también gozar con el placer sin fin al aumentar el erotismo. Tocar y acariciar son un fin en sí mismos, no un medio para un fin: el coito.

Lo mismo sucede con el oído, para algunas personas es muy estimulante escuchar las exclamaciones de su pareja; otras se sienten muy excitadas cuando, durante la relación sexual, el compañero expresa cualquier tipo de sentimiento (Álvarez, 1996).

Según Comfort (1977), existen grandes semejanzas transculturales con respecto a lo que dicen las personas durante el orgasmo. Las mujeres inglesas, francesas indias y japonesas cuchichean sobre la muerte, llaman a la madre o invocan a una deidad. Por otra parte, es más frecuente que los hombres ermitan gruñidos ininteligibles o monosílabos agresivos. Algunas personas lanzan alaridos tan fuertes, mientras otras adoptan un silencio profundo. Durante el orgasmo se produce de hecho una enorme variedad de sonidos que no forman parte del lenguaje convencional (Eysenck y Wilson, 1981).

Según Hamilton (1971; en McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996), según la etapa correspondiente del coito, la plática debería variar desde un susurro cálido y ferviente que manifieste entrega y amor, hasta expresiones fuertes y groseras, que en otras circunstancias podrían ser consideradas vulgares.

La vista es, probablemente, la fuente de estimulación más importante que existe. Existen numerosos estímulos visuales, involucrados en la atracción sexual, que van más allá de la mera visión de los genitales del sexo opuesto. La forma de moverse, una mirada, un gesto, la forma de vestirse, son estímulos que, en cuanto que potencian la capacidad de imaginación del ser humano, pueden resultar más atractivos que la contemplación sin más de los genitales desnudos (Enciclopedia de la sexualidad, 1997).

### 2.5.2 MASTURBACIÓN.

A pesar de que actualmente es una forma de conducta sexual relativamente aceptada en parte de las sociedades, quedan aún los restos de la desinformación y malinformación que se han acumulado sobre ella durante varios siglos.

Se puede definir como la obtención de placer sexual en solitario a través de cualquier tipo de estimulación física.

La palabra masturbación viene del término latino manu-stuprare o sea "corromper con la mano", debe señalarse que en la masturbación se produce frotamiento y estimulación de los genitales no sólo con la mano, sino también con una variedad de objetos como almohadas, agua y vibradores. Probablemente cualquier objeto será suficiente, y se ha intentado casi todo (Gotwald y Holtz, 1983).

La masturbación suele iniciarse en la infancia o la adolescencia y puede darse en los dos sexos a lo largo de toda la vida

La masturbación puede ser una fuerza positiva que ayude a los sujetos a descubrirse sexualmente, un preludeo para comunicar a la pareja sexual una valoración exacta de sus deseos y necesidades sexuales.

El aprendizaje de la masturbación fructífera quizá constituya la etapa más importante para la mujer que está aprendiendo a llegar al orgasmo con facilidad y rapidez. Las mujeres deben explorar su cuerpo para descubrir toda su sensibilidad y su sensualidad.

El informe Hite (1976) halló que 73% de las mujeres se masturban al estimular el clítoris y la región vulvar mediante la mano o un vibrador mientras están acostadas sobre sus espaldas; 5.5% lo hacen de modo semejante mientras están acostadas sobre el estómago; 4% comprimiendo o moviéndose sobre la zona vulvar (clítoris) contra un objeto blando; 3% por la compresión rítmica de los muslos uno contra otro; 2% mediante el masaje con agua sobre la vulva y el clítoris; 1.5% por la inserción vaginal de algún objeto, como los dedos, velas, vibradores o penes artificiales, y 11% empleaban más de uno de estos métodos.

La técnica de masturbación empleada de modo habitual por los hombres consiste en sujetar el pene con la mano y moverla de atrás hacia adelante o de arriba hacia abajo, y ejercer la presión y la velocidad deseadas a lo largo de toda la longitud de la diáfisis peneana. El glande se estimula mediante tales movimientos de manera semejante a como se estimula con los movimientos de "mete y saca" del coito. El grado de presión, la velocidad del manipuleo y el uso o la ausencia de lubricación varían, naturalmente de un individuo a otro (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

También se puede dar la masturbación mutua que es cuando la pareja sexual manipula o frota entre sí los genitales, estas caricias de los genitales son una actividad placenteras en sí

misma, aunque no concluya en el coito. Esta se realiza frecuentemente como una variación en la relación sexual.

La masturbación ofrece un sustituto excelente para la liberación de la tensión sexual. En el caso de algunas mujeres, puede constituir el único método de lograr el orgasmo (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

Actualmente, en las consultas de sexología no falta quienes atribuyan la causa de su problema sexual a la masturbación, o quienes se reprimen por pensar que masturbarse les va a provocar esterilidad o fatiga. Aunque la actitud de la sociedad hacia la masturbación es actualmente más tolerable, hay todavía defensores de las viejas teorías.

Hoy sabemos que numerosas personas se masturban y que la masturbación, lejos de constituir un problema, es un elemento de aprendizaje sexual importante. La falta de experiencia masturbatoria da lugar con mayor frecuencia a problemas sexuales con la pareja. La masturbación es también, para muchos adolescentes y personas adultas sin pareja, la única vía de escape sexual que poseen.

Según Helen Kaplan la masturbación representa un solo peligro: la culpabilidad y la vergüenza que sienten algunas personas debido a ella. Si un individuo se siente culpable, si ello le provoca conflicto, si se preocupa por las fantasías que acompañan a este acto, esos sentimientos negativos pueden quedar asociados con todas sus ideas y emociones sexuales, y evidentemente, no va a ser bueno para su vida sexual.

Según Neira (1988), un factor importante en la masturbación es el sentimiento de culpa que infunde la cultura. Después de que el individuo se masturba puede, por razón de las creencias populares y religiosas o por tabúes sociales al respecto, sentir remordimiento: remordimiento que lo hace sentir inferior, indigno e infelices, esto a su vez lo lleva a buscar un desahogo, un desquite, recurriendo de nuevo a la masturbación. Si un individuo se masturba la culpabilidad del acto no elimina la masturbación sino que hace menos agradable una conducta normal que de todos modos se dará.

### 2.5.3 ESTIMULACIÓN BUCOGÉNITAL

La estimulación bucal de los genitales es también un preludio relativamente frecuente a la relación sexual. La estimulación bucal de los genitales de la mujer se llama cunnilingus, palabra que se deriva de los términos latinos cunnus, que significa "vulva" y lingere, "lamer". La progresión puede ir de besos en la región interna de los muslos o monte de Venus a besos de los labios mayores y menores. El hombre puede llegar hasta el punto en que introduce la lengua dentro de los labios menores de la vagina y la mueve en varios sentidos.

La estimulación bucal del pene se llama felación, término que proviene de la palabra latina fellare, "chupar". Después de la manipulación manual, la mujer lengüetear el glande del pene, el tallo del pene mismo y a veces los testículos, al introducirlos parcialmente con suavidad en la boca.

### 2.5.4 HOMOSEXUALIDAD

La raíz etimológica de la palabra homosexual es el término griego homo, que significa "mismo". El término homosexual no tiene género, pues se aplica por igual a hombres y mujeres que toman como amantes a sujetos del mismo género.

La homosexualidad constituye una actividad erótico sexual en la que participan miembros de un mismo sexo. Su vínculo sexual, no difiere en intensidad, convencimiento y sinceridad en relación al vínculo heterosexual.

Sin embargo, actualmente a la homosexualidad femenina se le llama lesbianismo, sin embargo, en la presente investigación se hablará de homosexualidad, independientemente del género al que se pertenezca.

Según Gotwald y Holtz (1983), los homosexuales disfrutan del sexo por amor o por placer, o bien cultivan relaciones por amistad y compañía, y no están atados por fuerzas externas, como la ley o el deseo o la existencia de niños.

Así, el abanico de posibilidades que los humanos tienen para relacionarse sexualmente es un elemento de progreso y avance en relación a los demás seres vivientes, más o menos destinados por la biología y el programa genético a copular heterossexualmente para la

reproducción de la propia especie. Sexualidad no es sinónimo de reproducción, y esto se está haciendo cada vez más evidente con los adelantos técnico - científicos.

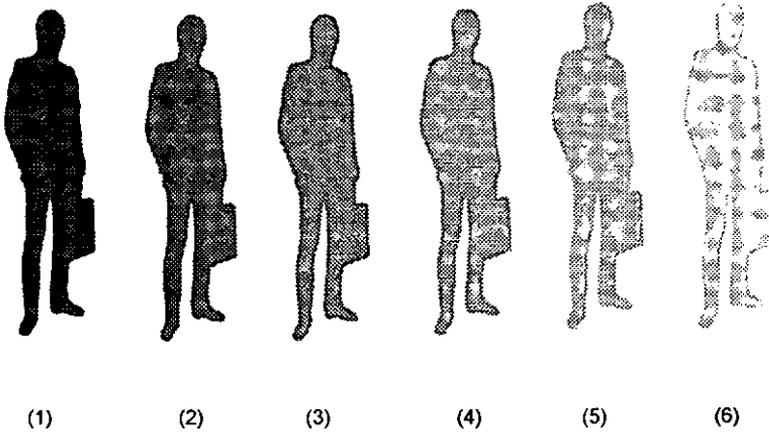
La homosexualidad es tan antigua como la historia, y fue un fenómeno bien conocido en la antigua Roma, donde se practicó de manera abierta y común. Se consideraba una nueva modalidad del amor, más elevada que el afecto heterosexual, ya que los vínculos del hombre y mujer representaba algo práctico (una casa ordenada, un medio para producir niños, etc.) en tanto el amor homosexual se les hacía parte de los objetivos filosóficos, intelectuales y espirituales, por lo que sólo la practicaban las personas adineradas y de la clase superior, ya que no era aceptada en todos los niveles sociales (Gotwald y Holtz, 1983).

Posteriormente la conducta homosexual se considero como contranatural, ya que se manifestaba una ideología sexual caracterizada por tres elementos: sexismo, machismo y heterosexismo, debido a que se identificaba a la sexualidad con reproducción, y por tanto con heterosexualidad, marginando y reprimiendo toda conducta sin finalidad reproductiva.

Actualmente, se ha considerado a la homosexualidad como una preferencia u orientación sexual. La forma en que el sujeto siente su orientación es lo que puede causar dificultades emocionales y mentales.

Hoy en día, se han formado distintas organizaciones gays (homosexuales) para luchar contra todo tipo de discriminación legal, social o laboral. En el campo literario, se ha pasado a una visión normalizada del hecho homosexual y cada vez son más frecuentes las obras de temática gay o lesbiana, tanto en novelas como en el teatro, el cine, la televisión, la fotografía y las bellas artes en general.

La homosexualidad, según Kisney (1948; en Gotwald y Holtz, 1983) es cuestión de grados. Creo un continuo de seis puntos para indicar los grados de expresión sexual en relación a la orientación, según la cual, la conducta sexual humana no está dividida en categorías claramente separadas y contrarias; homosexualidad y heterosexualidad no son compartimientos herméticos, sino extremos del continuuum en el que podemos situar a toda la población, dependiendo de su mayor o menor atracción hacia personas del propio sexo o del opuesto.



Escala de clasificación de Kinsey y cols., (1953) sobre la heterosexualidad y la homosexualidad.

Esta escala presenta los siguientes grados de preferencia:

- 1) Exclusivamente heterosexual.
- 2) Reacciones y experiencias casi totalmente heterosexuales, aunque circunstancialmente puede reaccionar hacia el mismo sexo.
- 3) Bisexual en su actitud.
- 4) Reacciona más a estímulos homosexuales que heterosexuales.
- 5) Casi totalmente homosexual en su reacción psicológica y, en práctica, con contactos heterosexuales muy ocasionales.
- 6) Exclusivamente homosexual.

Existen varias teorías con respecto a las posibles causas de la homosexualidad. Una de éstas es que la misma es hereditaria y se determina genéticamente. La teoría ambiental sugiere que la homosexualidad se desarrolla como resultado de presiones psicológicas y factores condicionantes que proceden del hogar y la familia. Una tercer teoría postula que la homosexualidad es producto de un equilibrio en las hormonas sexuales. Independientemente de la causas, las evidencias indican que las prácticas homosexuales son muy similares a las parejas heterosexuales, excepto por el coito peneano-vaginal (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

Entre los homosexuales hay gran variedad de comportamientos según el patrón de vida que elijan (Enciclopedia de la sexualidad, 1997):

**En pareja cerrada:** Viven una relación muy similar a la del matrimonio o pareja convencional de tipo heterosexual, implicando ésta un alto grado de exclusividad en términos de relaciones sexuales e interpersonales.

**En pareja abierta:** Aunque viven en relación de pareja, no están completamente satisfechos y buscan otras relaciones. Suelen tener una intensa y variada actividad sexual.

**Homosexuales funcionales:** Comparten su amplia experiencia sexual con un gran número de compañeros.

**Homosexuales disfuncionales:** Son personas que encuentran escasa gratificación en su vida, tienen más problemas sexuales, se lamentan de su condición y suelen ser víctimas de la mayoría de las extorsiones sociales y conflictos de toda índole, especialmente laborales.

**Asexuales:** Muestran poco interés por el sexo y escasa actividad, relacionándose con muy pocos compañeros sexuales. Se consideran exclusivamente homosexual y son muy reservados.

**Homosexuales casados:** Suelen tener más problemas, debido a un mayor índice de culpa, vergüenza o ansiedad con respecto a su homosexualidad. Su constante doble vida les llega a atormentar produciendo conflictos psicológicos.

Las técnicas de contacto sexual que mujeres homosexuales practican en forma específica para llegar al orgasmo incluyen el frotamiento corporal, y la práctica activa o pasiva de la masturbación y del cunnilingus (sexo oral), además dedican mayor tiempo a besarse, acariciarse en forma mutua antes del orgasmo que las parejas heterosexuales.

Las técnicas que usan los hombres homosexuales para alcanzar el orgasmo incluyen la masturbación, felación (sexo oral), cópula anal y frotamiento del cuerpo contra el de la pareja. En ocasiones el pene de un miembro de la pareja se encaja entre los muslos del otro miembro, para imitar la relación heterosexual. A esto se le llama cópula interfemorale.

La homosexualidad todavía es un tema delicado, en la que todavía no se resuelven muchos problemas morales, éticos, legales y de posturas generalizadas.

## 2.6 EXPRESIONES DE LA SEXUALIDAD

Actualmente se reconoce que existen tantas variantes del tema sexual como hay personas. No hay dos personas que se comporten en forma exactamente igual en lo que se refiere a la sexualidad. En casi cualquier comentario de la sexualidad, existen intentos por descubrir lo que es normal y lo que no lo es.

Para muchas personas acostumbradas a estigmatizar cualquier actividad sexual que se desvía de su propio método, tal fenómeno será aberrante o pervertido. No obstante en el curso de la historia humana, las prácticas sexuales y la ética concierne a las mismas han variado ampliamente en las diferentes culturas. Lo que es normal en una cultura puede ser anormal en otra, aunque el comportamiento sexual atípico no equivale a perversión tan sólo porque está fuera de lo ordinario para una determinada cultura.

Para Gotwald y Holtz (1983), en cada una de las personas existen ciertos elementos de la mayor parte de las variantes sexuales, e incluso algunos elementos de conducta que son más característicos del género opuesto. A veces tal vez se imaginen participando en conductas sadomasoquistas, morder y golpear a la pareja durante el orgasmo. Esto no significa que sea sadomasoquista compulsivo. A veces tal vez se quiera vestir con la ropa del género opuesto. Esto no significa que sea travestista. Existen grados y matices de todos estos tipos de conducta. En la medida que tal vez obstaculicen su funcionamiento diario o la relación con los demás, tal vez se les clasifique como disfunciones, problemáticas o desviaciones.

Judd Marmor (1971; en Gotwald y Holtz, 1983) al analizar las diferencias entre comportamiento sexual, establece que un factor determinante entre lo sano y lo malsano en éste lo constituye el hecho de si tal conducta fue motivada por sentimiento de amor, o si sólo fue un vehículo para la liberación de ansiedad hostilidad o culpa. La sexualidad sana busca el placer erótico en el entorno de la ternura y el afecto; la sexualidad patológica está motivada por las necesidades de transferencia o alivio de las fuentes no sexuales de tensión. La sexualidad sana busca dar y recibir placer; las variedades neuróticas de lo sexual se desequilibran hacia el dar en exceso o tomar en abundancia; la sexualidad sana discierne a la pareja; los patrones neuróticos a menudo tienden a ser no discriminantes. La periodicidad de la sexualidad sana está primordialmente determinada por tensiones eróticas recurrentes en una relación de amor. Por otra parte, los apetitos sexuales neuróticos se desencadenan por necesidades no eróticas en su mayoría, por lo cual se trata de patrones compulsivos de comportamiento.

Álvarez (1986) estructuró un continuo para todas las expresiones sexuales en una escala graduada con siete niveles, que de menos a más son:

### 2.6.1 FETICHISMO

El fetichismo se refiere a la excitación erótica por medio de objetos, comúnmente artículos de vestir mientras se llevan puestos o bien cuando están separados del cuerpo de su propietario o representados en los medios de comunicación (Álvarez, 1986).

Las partes del cuerpo, también pueden asumir un significado fetichista. Toda persona tiene también predilección respecto a porciones particulares de la anatomía del sexo opuesto, además de los genitales. Por ejemplo, un hombre puede preocuparse tanto por la forma de las piernas de una mujer o por sus medias y ligas provocativas que pierda de vista a la mujer como un todo (Katchadourian y Lunde, 1985).

La actividad sexual puede dirigirse al fetiche, como por ejemplo al masturbarse con un zapato o incorporar el fetiche a la relación sexual, como al pedir a la mujer que use zapatos de tacón durante el coito. Un fetiche también puede llegar a relacionarse con alguna otra práctica sexual. Por ejemplo, un masoquista puede requerir ser azotado por una mujer que use zapatos de tacón alto, medias negras y así sucesivamente.

Gebhard (1976; en McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996) ha definido un aspecto práctico de la conducta fetichista. En un extremo están las personas que expresan una leve preferencia por un objeto - fetiche; luego, se encuentran los que mantienen una intensa preferencia; después, los que deben tener el fetiche para funcionar desde el punto de vista sexual; y por último, los que sustituyen a un compañero sexual humano por el fetiche.

El fetichismo es en realidad una intensificación de las tendencias normales existentes en todos los hombres, esto es, algunos utilizan vestimentas eróticas como parte del guión sexual incitante. Sin embargo, frecuentemente su dominio sexual se ve severamente restringido, y el número de signos que pueden servir para la excitación se ve excesivamente limitado.

El fetichismo se explica por dos procesos: el aprendizaje por asociación y simbolismo. El aprendizaje por asociación, una persona erotiza ciertos objetos no sexuales a causa de sus frecuentes asociaciones con partes o funciones sexuales reales o a causa de asociaciones al azar bajo condiciones emocionales cargadas. El aprendizaje por simbolismo se debe a que

aprendemos a valorar ciertas partes del cuerpo sobre otras tan sólo por desarrollarnos en ciertas culturas. Así, los fetichismos pueden estudiarse mejor considerando la manera en que las definiciones de estímulo sexual se acumulan en el transcurso del tiempo.

Existe un conjunto preferido de objetos estímulos culturalmente aprobados. Entre las prendas de vestir que son comúnmente convertidas en fetiches figuran los corsés, los sostenes, las bragas, las portaligas, las medias, los zapatos y los guantes.

### 2.6.2 TRANSVESTISMO

El transvestismo muchas veces se asocia al fetichismo, ya que el transvestista logra la gratificación sexual al usar la ropa del sexo opuesto, al parecer es poco frecuente en mujeres.

Esta condición se refiere a los hombres heterosexuales que tienen fuertes impulsos y fantasías de vestirse con ropas de mujer para obtener excitación y se le utiliza como un agregado del coito o la masturbación (Katchadourian y Lunde, 1985).

El patrón de intercambio sexual de vestuario varía entre los transvestistas. En un caso, los atuendos femeninos se usan de manera constante. En otro, el hombre tiene una predilección fetichista por alguna prenda en especial del vestuario femenino, por ejemplo, las pantaletas o el sostén, el cual habitualmente utiliza bajo sus propias prendas masculinas. En otro más, la ilusión de usar ropa femenina puede ser tan intensa, que descarta la ropa de hombre y se dedica de lleno a disfrazarse permanentemente como si fuese mujer.

Los transvestistas experimentan una sensación de placer y relajamiento cuando portan las ropas del sexo opuesto, y manifiestan satisfacción por la sensación física de la ropa y por su aspecto al observarse en el espejo. El transvestismo en el hombre le permite expresar ese lado sensual, delicado, gracioso, fino, suave y tierno de su naturaleza, una parte de él mismo que de alguna manera le ha permitido identificarse con el género femenino y que la sociedad no le permite expresar (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

### 2.6.3 EXHIBICIONISMO

Es el exhibicionismo es la compulsión a exponer los propios genitales ante un auditorio involuntario, donde el acto de exhibirse no es una anticipación de las relaciones sexuales, sino que es en sí mismo el acto sexual.. De hecho, la exhibición es sólo la primera mitad del acto; la segunda mitad es la masturbación que se da durante o después del acontecimiento (Gotwald y Holtz, 1983).

El exhibicionismo se liga con frecuencia a un patrón compulsivo de comportamiento, en el que el acto de exhibición ocurre en el mismo lugar y a la misma hora del día, lo que evidencia el deseo de ser aprehendido, hacen poco o desganados intentos para ocultar lo que hacen.

En forma característica, el exhibicionista es un hombre tranquilo, tímido y pasivo, que no es sexualmente activo y tal vez tenga dificultades de erección con su pareja. Se considera una carga molesta y no constituye un peligro (Gotwald y Holtz, 1983).

Existen dos teorías sobre el motivo del exhibicionismo; la teoría psicoanalítica lo considera como una forma de enfrentarse a la castración. A medida que la mujer manifiesta asombro al mirar el pene, el hombre se tranquiliza al saber que en efecto tiene pene; por otra parte , los teóricos del aprendizaje consideran que estas variantes sexuales son conductas aprendidas, en las cuales las fantasías sexuales son el estímulo y el orgasmo o la eyaculación es el reforzador (Gotwald y Holtz, 1983).

### 2.6.4 ZOOFILIA

La zoofilia o bestialidad es la gratificación sexual obtenida en relaciones sexuales con animales, constituye un amor desmedido hacia los animales.

El género humano tiene una larga historia de asociaciones íntimas con animales, incluyendo los sexuales. La mitología clásica abunda en relatos de contactos sexuales entre los dioses disfrazados de bestias y entre diosas aparentemente inocentes y mortales (Katchadourian y Lunde, 1985).

La mayor parte del contacto consiste en coitos con animales de temperamento plácido. Con menos frecuencia los humanos hacen que el animal lama los genitales. En ocasiones el

hombre masturba al animal o se frota los genitales contra el animal hasta eyacular (Gotwald y Holtz, 1983).

#### 2.6.5 NECROFILIA

Expresión comportamental de la sexualidad que consiste en el gusto o atracción por lo muerto o la muerte en sí.

La necrofilia se manifiesta con la excitación o el orgasmo con un cadáver o actos erótico-sexuales en lugares como funerarias, depósitos de cadáveres, anfiteatros, etc. (Álvarez, 1986). Así, las expresiones de la sexualidad van mucho más allá de las reacciones genitales y están constantemente sujetos a cambios en razón de la experiencia y el aprendizaje sexuales (SIECUS, 1977).

## 2.7 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son enfermedades de naturaleza infecciosa o parasitaria en las que la transmisión a través de la relación sexual tiene una importancia epidemiológica.

El concepto de enfermedades de transmisión sexual ha sustituido al de enfermedades venéreas, ya que no sólo se limita a enfermedades que se transmiten sólo durante la relación sexual, sino que además incluye infecciones que pueden transmitirse por todo tipo de contacto sexual, además que no hace alusión a los valores morales que se asocian con la frase enfermedad venérea (Gotwald y Holtz, 1983).

Se conocen más de 20 microorganismos que se pueden transmitir por contacto sexual:

BACTERIAS	VIRUS	PROTOZOARIOS	HONGOS	ECTOPARASITOS
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	VIH	<i>Trichomonas vaginalis</i>	<i>Candida albicans</i>	<i>Sarcoptes scabiei</i>
<i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Herpes simplex virus</i>	<i>Giardia lamblia</i>		<i>Phthirus pubis</i>
<i>Treponema pallidum</i>	Virus de la hepatitis A	<i>Entamoeba histolytica</i>		
<i>Mycoplasma hominis</i>	Virus de la hepatitis B			
<i>Ureoplasma uretricum</i>	Virus de la hepatitis C			
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Citomegalovirus (CMV)			
<i>Calmydobacterium granulomatis</i>	Virus del papiloma humano			
<i>Shigella spp.</i>	Virus del molusco contagioso			
<i>Mobiluncus spp.</i>				
<i>Campylobacter spp.</i>				
Estreptococo del grupo B				

Sin embargo, ante el gran número de agentes patógenos que pueden ser adquiridos o transmitidos por la vía sexual, con frecuencia no ocurre sólo la transmisión de un sólo agente.

### E. T. S. de origen bacteriano.

**Sifilis.** El agente causal de la sífilis es una bacteria, concretamente una espiroqueta, *Treponema pallidum*.

Esta bacteria pasa a través de la piel humana lesionada o mucosa intactas, y suele transmitirse por contacto directo con lesiones infecciosas. Los sujetos recién infectados sufren lesiones, a partir

de las cuales la bacteria penetra al aparato circulatorio. Es a través de la sangre que estos microbios llegan a todos los tejidos del cuerpo.

Comienza con una discreta lesión llamada chancro duro, en los órganos genitales (pene, vulva, vagina o cuello uterino) o en zonas extragenitales (lengua, labios, amígdalas, pezones, dedos, y ano), que no causa dolor, generalmente única, que puede pasar desapercibida y que aparece 20 a 30 días después de la relación sexual contaminante. Los ganglios linfáticos se extienden a través del cuerpo por la sangre (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996). A menudo, los ganglios que drenan la zona del chancro o chancros aumentan de tamaño y se endurecen en forma alarmante pero indolora. Después de cuatro a seis semanas el chancro sana por completo (Gotwald y Holtz, 1983).

Después de treinta días aparecen manchas rojizas en la piel, que pueden confundirse con alergias, ocasionalmente aparecen alteraciones en la piel y en la mucosa, principalmente alrededor de los órganos genitales. Después de uno o dos años de evolución, la enfermedad entra en una fase de latencia (ausencia de manifestaciones corporales); en esta etapa puede haber una cura espontánea (inmunológica) o el individuo ser llevado a la fase tardía de la enfermedad, principalmente con lesiones cardiacas y cerebrales que pueden llegar a ser mortales (CONAPO, 1994).

Uno de los peligros de la sífilis es que puede transmitirse de la madre al feto, pues las espiroquetas son capaces de atravesar la barrera placentaria. Se le llama Sífilis congénita, que puede provocar la muerte fetal o, en el recién nacido múltiples alteraciones óseas, anemia, ceguera, alteraciones neurológicas, etc.

*Gonorrea.* (blenorragia o purgación), es producida por una bacteria llamada *Neisseria gonorrhoeae* llamada gonococo.

La fuente de infección se halla en las supuraciones uretrales, cervicales, a nivel de faringe y rectales de las personas afectadas, y la transmisión se produce mayoritariamente mediante relación sexual. Después de dos o cuatro días del contacto sexual (ya sea genitogenitales, bucogenitas y anogenitales) aparecen los primeros síntomas (Enciclopedia de la sexualidad, 1997).

Algunos sujetos son portadores asintomáticos de la enfermedad, esto es, el sujeto puede estar infectado sin mostrar signos de la enfermedad y transmitirla a otros.

La forma más simple de esta infección en el hombre causa uretritis gonorréica, o inflamación de la uretra. Comienza en la punta del pene y progresa hacia el extremo vesical de la uretra, presentando sensación quemante y molestia al orinar. Días después se expulsa una secreción de color amarillo verdoso a través de la uretra. En la mujer se puede presentar de manera asintomática, o bien presentar escurrimiento amarillento espeso y de mal olor (Gotwald y Holtz, 1983).

Si el hombre no se trata oportunamente puede presentar complicaciones en la próstata o testículos que se infectan crónicamente y después de algunos años puede producir disminución en el número de espermatozoides; en la mujer puede infectar las trompas de Falopio y ocasionar una enfermedad inflamatoria pélvica y esterilidad (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

*Chancro blando.* Es una enfermedad infecciosa local que suele transmitirse por contacto sexual y se debe a la bacteria *Hemophilus ducreyi*.

Provoca lesiones en forma de úlceras dolorosas entre el tercer y el quinto día después de la infección. Suele comenzar como una pústula, que a la postre se rompe para formar una úlcera irregular. La lesión a menudo tiene forma de cráter, con un borde claro, es una estructura suave, pero puede ser bastante dolorosa. La bacteria puede infectar el tejido cercano, para originar múltiples pústulas y luego úlceras. En el hombre pueden aparecer en el prepucio, cuerpo del pene y ano; en la mujer, en el clítoris, labios vulvares, vestíbulo y ano, o en el cuello uterino (Gotwald y Holtz, 1983).

Puede haber una inflamación en los ganglios linfáticos regionales, si no se trata la enfermedad, puede perforarse hacia la piel y aparecer un bubón purulento.

*Granuloma inguinal.* Es una enfermedad crónica causada por una bacteria llamada *Calymmatobacterium granulomatis* o *Donovania granulomatis*.

Tras un período de incubación de entre siete días y varios meses, produce una lesión indolora que, de la afección superficial de la piel pasa a formar una úlcera en toda la zona genital que puede extenderse a ingles, muslos y órganos internos; en casos extremos puede provocar la pérdida de tejidos e incluso la muerte. Las lesiones se localizan también con alguna frecuencia en zonas extragenitales, tanto debido a la extensión de la infección como al foco inicial de transmisión.

*Linfogranuloma venéreo.* Es una enfermedad de transmisión sexual del sistema linfático. La causa de la enfermedad es una bacteria, en sentido técnico un cocobacilo que se llama *Chlamydia trachomatis*.

Tiene un período de incubación entre cuatro y veintiún días. Se inicia como una pequeña lesión en los órganos genitales, que pasa desapercibida en la mayoría de los casos. Produce grandes infartos ganglionares en la ingle que frecuentemente supuran por múltiples orificios. Su evolución es muy lenta y puede causar congestión linfática de los órganos genitales (elefantiasis) que consiste en aumento considerable de volumen, además acompañado de fiebre, dolores en las articulaciones y malestar general. En la mujer puede causar estrechamiento anal cuando compromete la región perineal y aparecen fístulas perirectales que ocasionan la fibrosis.

#### **E.T.S. por hongos.**

*Candidiasis.* Es una infección causada por un hongo llamado *Candida albicans* que es un residente común de la piel y las mucosas humanas.

Este hongo actúa en la mucosa vaginal, por diferentes causas como la diabetes, el embarazo, el uso de antibióticos, el stress y otras causas; produce escurrimiento blanquecino, con grumos que asemejan leche cuajada, misma que se acompaña de comezón intensa.

En el hombre cursa de manera asintomática la mayoría de veces, pero dependiendo del aseo personal puede presentar comezón en el pene o acúmulo de secreción espesa con pequeños grumos blanquecinos en el interior del prepucio (Enciclopedia de la Sexualidad, 1997).

#### **E.T.S. por protozoarios.**

*Tricomoniiasis.* Es una infección causada por un protozoario que vive en las vías genitales urinarias de hombres y mujeres llamado *Trichomonas vaginalis*.

Puede alcanzar niveles infecciosos en la uretra y próstata del hombre, rara vez causa malestar alguno, excepto comezón en el pene y a veces una excreción transparente poco abundante. En las mujeres causa infecciones vaginales, en el cuello uterino y vejiga urinaria, y se caracteriza por una sensación quemante y prurito, además de derrame acuoso, blanco espumoso o amarillento de olor desagradable, la pared de la vagina se inflama (Gotwald y Holtz, 1983).

### **E.T.S. por parásitos.**

**Sama.** El parásito que produce la enfermedad es un ácaro llamado *Sarcoptes scabiei* que se instala en la piel humana depositando en ella sus huevos, de los que saldrán nuevas larvas.

Es una enfermedad muy contagiosa, que puede transmitirse por contagio sexual directo o por una diseminación indirecta a través de las prendas de vestir o la ropa de cama.

Se manifiesta por prurito intenso en la región afectada, apareciendo numerosas heridas puntiformes (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996). Aproximadamente un mes después del contagio aparecen los primeros síntomas.

Las lesiones cutáneas que produce la sama adoptan la forma de surcos lineales sobre la piel y aparecen principalmente en la cara anterior de las muñecas, en los pliegues de las axilas, entre los dedos y en la piel que rodea los pezones. En el hombre afecta también el pene.

**Pediculosis pubiana.** Su agente causal es un insecto parásito llamado *Phthirus inguinalis*. También se le llama piojos del pubis.

Se insatata preferentemente en el vello púbico, pero puede vivir también en el pelo del abdomen, los muslos, las axilas, la nuca y las pestañas; la infección suele producirse por contacto directo con la persona infectada, pero también se transmite a través de la ropa toallas, etc.

El principal síntoma es un picor insoportable que obliga a rascarse, con lo que se provocan lesiones cutáneas.

### **E. T. S. de origen vírico.**

**Herpes genital.** Es una enfermedad viral causada principalmente por el virus *Herpes simplex*. Es una enfermedad crónica y recurrente que no tiene curación.

Se adquiere mediante el contacto sexual con una persona que está excretando virus en una mucosa o por la piel. Después de la exposición, el periodo de incubación es de dos a catorce días, luego de los cuales se manifiesta la primoinfección con síntomas generales como fiebre,

cefalea, malestar general y mialgias, asociados con los síntomas locales de dolor, comezón, disuria, flujo y linfadenopatía inguinal dolorosa. Posteriormente aparecen las lesiones dérmicas caracterizadas por pápulas, que de manera rápida forman vesículas, las cuales al romperse, dejan una úlcera (McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, 1996).

*Condiloma acuminado o verrugas venéreas.* Son causados por *Papilomavirus* humano del que existen dos tipos.

Son crecimientos suaves y de color rosa, de disposición aislada o en forma de racimos de uvas. Crecen con rapidez, y pueden formar grandes masas semejantes a coliflores. En los hombres, suelen crecer debajo del prepucio y en el extremo de la uretra, y con menos frecuencia alrededor del ano. En mujeres, estos crecimientos a menudo se descubren en los labios, a veces en el perineo, y menos en la pared vaginal y cuello uterino (Gotwald y Holtz, 1983). Pueden aglomerarse hasta formar masas de superficie irregular, que serán las causantes de las principales complicaciones de esta enfermedad: los problemas mecánico - obstructivos (fuente de dolor, hemorragias e infecciones) y los de tumoración maligna, ya que el *Papilomavirus* humano tiene un importante potencial oncológico.

*Hepatitis.* La hepatitis se debe a un virus. Se transmite durante contacto sexual entre homosexuales y en cónyuges de portadores conocidos. Se desconoce el mecanismo exacto por el cual ocurre esta transmisión.

Los primeros síntomas de la enfermedad incluyen vómito, fatiga y depresión mental. Aparece luego ictericia (color amarillo de piel y ojos).

*Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).* Es la forma clínica más grave de infección por el *virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*, se trata de una enfermedad infecciosa.

Sus características principales son la aparición de infecciones, alteraciones neurológicas, y de determinadas neoplasias, secundarias a una deficiencia inmunitaria del organismo.

Desde el primer contacto con el virus se pueden definir diversos estadios de la enfermedad. Estos criterios fueron definidos por los Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta, posteriormente la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adoptaron.

Se distinguieron cuatro estadios:

Primer estadio. Corresponde a la infección aguda por VIH. Durante este periodo se producirá la seroconversión, es decir, que el sujeto infectado desarrollará anticuerpos frente al VIH. A partir de aquí pasará a ser un individuo seropositivo.

Segundo estadio. Se encuentran las personas infectadas que no han desarrollado ningún síntoma de enfermedad, sin embargo, pueden transmitirla a otras personas (por vía sanguínea, perinatal y sexual).

Tercer estadio. Presentan alteraciones patológicas consistentes en la llamada linfadenopatía persistente generalizada (inflamación permanente de varios grupos de ganglios linfáticos del organismo).

Cuarto estadio. Se enmarcan diversas alteraciones, prescindiendo de la presencia o no de linfadenopatía. Entre ellas: alteraciones neurológicas (demencia), estados de consunción, diarreas prolongadas, infecciones, cánceres y algunas otras enfermedades. Este estado traduce una situación de deficiencia inmunocelular, y corresponde a la situación clínica que inicialmente se llama SIDA.

#### 2.7.2 CAMBIOS DE ACTITUD SOCIAL Y PERSONAL.

Actualmente ha cambiado la actitud personal y social ante las enfermedades sexuales. Ahora se sabe que no se trata de un castigo divino, ni las persona que las padecen sucias y promiscuas.

La aparición y rapidez en la difusión y nueva distribución poblacional de la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual se relaciona directamente con cambios sociales de las últimas décadas.

Algunos de los factores son:

- El fácil acceso a los métodos anticonceptivos, que ha permitido que la mujer sea sexualmente más activa.
- El inicio de relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas.

- La menor marginación de los homosexuales, que les ha hecho salir de sus círculos cerrados y aumentar sus filas.
- Las modificaciones de los comportamientos sexuales (por ejemplo, la normalidad de prácticas de sexo oral y anal).
- Mayor preocupación por la salud, ante cualquier aparición de síntoma extraño, por tanto mayor prontitud a la consulta médica.

El SIDA ha marcado como un hierro candente el final del siglo XX. Los comportamientos individuales y sociales, tanto desde el punto de vista afectivo como sexual, y en general la relación humana, se han visto afectados por la enfermedad. La revolución sexual no sigue la carrera desenfrenada, pero tampoco retoma a tiempos anteriores, más bien se ha estabilizado. El sexo, evidentemente no desaparecerá, pero la espontaneidad y el afecto de una relación humana pueden verse truncados por todos los miedos proyectados en el otro, y que hoy recibe el nombre de SIDA.

En el siguiente capítulo se presentan algunas características de dicha enfermedad y de las personas que la padecen.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## III. VIH / SIDA

### 3. VIH/SIDA

El SIDA es un desafío al conocimiento y a la sexualidad, un reto a la imaginación y creatividad, una prueba más a la responsabilidad social y personal, un reto que se puede vencer informando.

De esta manera el SIDA es una nueva carga sobre la humanidad, que va más allá de la capacidad médica actual y que requiere necesariamente del concurso multidisciplinario y solidario de diversas disciplinas en búsqueda de soluciones a complejos problemas psicológicos, familiares y sociales que agrupan a los pacientes.

El SIDA es una enfermedad infecciosa causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y que con el paso del tiempo puede causar la muerte, sin embargo, en el transcurso en que se porta este virus hasta la fase terminal, se pasa por un proceso muy complejo de evolución, que afecta a nivel fisiológico, psicológico y social de la persona que lo porta.

#### 3.1 DEFINICIÓN

Algunos dicen que es una epidemia, otros la consideran una plaga apocalíptica o una arma biológica empleada por la CIA. La realidad es que el SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es un conjunto de signos y síntomas que forman parte de diversas enfermedades graves que invariablemente es mortal (Guerrero, 1997).

El agente causal del SIDA es un retrovirus llamado VIH (Virus de la inmunodeficiencia humana) pertenece a una familia de virus que tiene la capacidad única de elaborar DNA (la copia para la replicación genética) a partir de RNA. Como esta familia única trabaja en la forma opuesta, o sea hacia atrás se denomina retrovirus.

Los retrovirus son una familia de virus muy complejos que se aislaron y caracterizaron de animales por primera vez en 1970. A fines del mismo año se encontró que los miembros de la familia retrovirus también infectan al hombre (Miller, 1989).

### 3.1.1 PROPIEDADES DEL VIH.

El VIH ataca al sistema inmunológico (también conocido como sistema de defensa contra infecciones. Miller, 1989) y sus propiedades son:

- 1.- Tienen una envoltura. Una membrana de unos dos millonésima de pulgadas de grueso, muy vulnerable a la destrucción por calor, detergentes y solventes orgánicos, como el alcohol.
- 2.- Dentro de la envoltura hay un núcleo de proteínas y genes (el genoma):  
gen "gag" elabora las proteínas centrales específicas del virus.

Gen "env" produce la envoltura del virus.

Gen "pol" forma la transcriptasa inversa química vital (el elemento que permite que los virus elaboren DNA a partir de RNA).

Gen "tat" transactivador regula la replicación del virus.

LTRs long terminal repeats (repetidores terminales largos) consiste en ayudar a que el virus penetre en la genoma de la célula que invade VIH y a conectarlo.

- 3.- La estructura del virus puede cambiar a medida que se transmite de una persona a otra. Un descubrimiento reciente demostró que en tanto, permanece en el huésped infectado durante algún tiempo, el virus parece mutar por sí mismo. La mayor variación se encuentra al parecer en los genes de envoltura.
- 4.- La relación estructural más cercana de VIH es el virus linfotrópico de células T del simio, encontrado en el mono verde de Africa.
- 5.- El principal efecto destructor de VIH ocurre a través de su ataque y depresión selectivos de células inmunológicas específicas en sangre y tejidos.

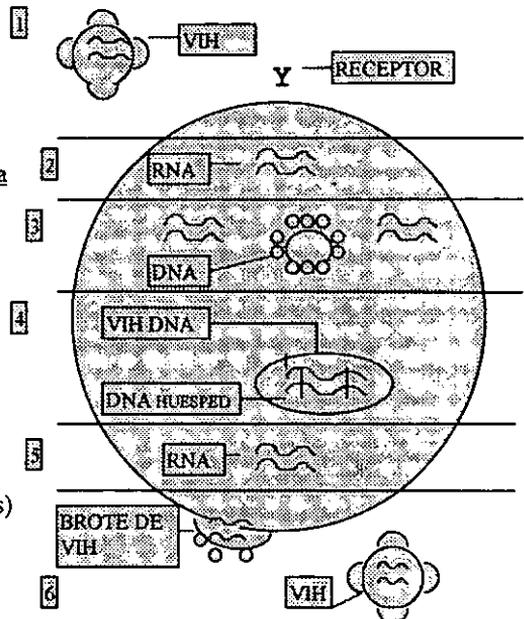
3.1.2 PROCESO DE INFECCIÓN.

Una vez que el virus entra al organismo invade directamente los ganglios linfáticos que son los centros donde se concentran algunos tipos de glóbulos blancos. Los glóbulos blancos son células de la sangre que se encargan de la defensa del organismo contra los gérmenes dañinos.

Existen glóbulos blancos encargados de la defensa contra bacterias comunes y otros glóbulos blancos, los linfocitos, que se encargan de la defensa contra los llamados "gérmenes oportunistas"; el VIH tiene gran predilección por estos linfocitos y en especial por el tipo de ayudador que también se conoce como linfocito CD4. Después del primer contacto con el VIH pueden pasar de 3 a 12 años en promedio para que se lleguen a producir síntomas de SIDA, mientras tanto el VIH vive y se reproduce activamente tanto en los ganglios linfáticos como en la sangre del paciente (Treviño, 1997).

El proceso es el siguiente (Miller, 1989):

1. La primera etapa incluye la unión del virus (llamado un antígeno porque el cuerpo lo reconoce como un invasor extraño) por áreas de su envoltura a un receptor en la superficie del linfocito T4.
2. Se desprende de su cubierta y el RNA es liberado.
3. El RNA produce DNA usando transcriptasa inversa
4. El DNA de la célula huésped se rompe y el del virus se inserta.
5. El DNA se conecta y se hacen copias de RNA (virus)
6. Las copias del virus forman brotes en la célula huésped para formar nuevas copias VIH e infectar otras .



Naturalmente, a medida que aparece en el torrente sanguíneo otros virus convencionales son captados por células que presentan antígeno, cuya labor es mostrar el extraño a las células B y otras inmunológicas, unas de las células tendrá una sustancia química especial (anticuerpo) que se adhiere a la superficie del antígeno. Una vez que ha ocurrido, las células B comienzan a replicarse a un ritmo muy rápido produciendo así más anticuerpos que, a su vez, atrae a otras células que engloban y destruyen al virus invasor y todas sus copias en el torrente sanguíneo y

cualquier otra parte. El VIH tiene la capacidad para atraer anticuerpos principalmente a las partes de su estructura que no son vitales para conservar la reproducción, en esa forma puede continuar atacando células y replicándose en tanto sufre el ataque del anticuerpo. Así mismo, el virus puede estar cambiando constantemente la naturaleza de su envoltura, haciéndola más difícil de identificar y atacar.

### 3.1.3 EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA.

La epidemia del VIH se originó en Africa, el portador original es el mono verde y macacos. La diseminación de VIH desde Africa rural coincidió probablemente con la migración de personas de estas áreas a las urbanas en desarrollo. En los años 60s y 70s la vida de la clase media en Africa se acompaña de cifras relativamente altas de compañeros sexuales, varones jóvenes que acuden a prostitutas infectadas con VIH y que la prevalencia de la infección en sus ciudades es atemorizantemente alta. Dentro de este contexto de la industria sexual establecida y un turismo creciente, la posibilidad de diseminación de VIH a otros países es alta (Miller, 1988).

Al parecer, se presentó por primera vez en 1979 y llamó la atención de la comunidad médica en 1981. El primer informe de SIDA provino del *Center for Disease Control* en Atlanta, Georgia, E.U.A. (un organismo de salud pública responsable de la investigación de epidemias e informes de enfermedades nuevas o raras) y describió los casos de cinco homosexuales jóvenes previamente sanos que se habían tratado en hospitales de Los Angeles de una infección pulmonar rara: neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC); un protozoario que parásita los pulmones y como resultado dificulta mucho la respiración. Esta infección sólo suele presentarse cuando el sistema inmunológico está dañado o muy deteriorado. La característica poco común de estos casos fue la ocurrencia en individuos antes sanos, ya que esta infección oportunista sólo se presentaba en paciente como resultado de una enfermedad grave o de farmacoterapia (Daniels, 1988).

Al mismo tiempo, en 1981 llegaron informes de 26 homosexuales previamente sanos, en Nueva York y California, que había desarrollado una forma grave de un cáncer maligno raro llamado sarcoma de Kaposi. Ocho de ellos murieron en el transcurso de 24 meses del diagnóstico.

El sarcoma de Kaposi se restringe a varones de edad avanzada, en consecuencia, la ocurrencia de este tumor en varones entre los 20 y 40 años era muy extraña, causando gran preocupación (Daniels, 1988).

En México, el primer caso fue reportado en la ciudad de México en el año de 1983, en el pabellón de neumología del Centro Médico Nacional perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (Guerrero, 1997).

El SIDA se ha observado en varones homosexuales activos; compañeras sexuales de pacientes de SIDA; niños de madres infectadas y personas expuestas a sangre o productos hematológicos, sea por compartir agujas para inyecciones intravenosas o por transfusiones de sangre entera o concentrado de factor VIII en hemofílicos (Miller, Weber y Green, 1989).

El VIH se asemeja al de la infección por virus de hepatitis B, con diseminación a través de la sangre y relaciones sexuales y una frecuencia mayor de infección en varones homosexuales. En consecuencia, el SIDA se comporta como una enfermedad de transmisión sexual (Miller, Weber y Green, 1989).

En un principio el SIDA se catalogó como una enfermedad casi exclusiva de homosexuales masculinos y adictos a las drogas intravenosas, hoy en día el número de hombres heterosexuales ha aumentado considerablemente y la mayoría de estas personas son infectadas por vía sexual (Arjonilla y Acevedo, 1991).

Datos del CONASIDA, indican que México presenta de 1983 a Enero de 1996 aproximadamente 20,000 casos de SIDA, situándolo en el segundo lugar de América Latina y décimo en el mundo (Guerrero, 1997). EN un boletín publicado por Albergues de México "La ballena de Jónas" (1998) indican que los casos acumulados de SIDA al 31 de diciembre de 1997 en la República Mexicana son:

Registrados: 33,632	Hombres: 28,937
Vivos: 13,268 39.4%	Mujeres: 4,695
Fallecidos: 18,044 53.6%	Relación: 1 mujer por cada 6 hombres
Situación desconocida: 2320 6.9%	Niños menores de 18 años: 1,042

Al total de 33,632 casos registrados o notificados hay que agregar:

Retraso de notificación: 35%	11,771
Subnotificación: 18.5%	6,222
Total: 53.5%	17,993

Para un total estimado de casos de SIDA a nivel nacional de 51,362, considerando que por cada caso notificado de SIDA, se estima que hay 4 portadores de VIH sin haber desarrollado la enfermedad, se tiene un calculo a nivel nacional de 206,500 personas que viven con el virus.

Actualmente el SIDA es un grave problema de salud, siendo más del 50% de estos casos en la población joven y especialmente en adolescentes (Roitstein y Jaimes, sin año).

### 3.2 SINTOMATOLOGÍA.

El VIH/SIDA progresivamente destruye la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones destruyendo las células del sistema inmunológico.

El debilitado sistema inmunológico de una persona con el VIH permite que muchas infecciones ataquen el cuerpo por lo que, en realidad la muerte será ocasionada por una serie de infecciones o cánceres. Sin embargo existen algunos síntomas comunes de una infección por VIH.

Pocas personas con SIDA llegan a tener todos los síntomas posibles al mismo tiempo. La mayoría sólo manifiesta algunos de ellos. Algunos mantienen como tales por cierto tiempo para luego desaparecer o, en otros casos, empeorar con el tiempo. Pero incluso cuando los síntomas desaparecen, por lo general vuelven a aparecer más adelante para provocar serias enfermedades o la muerte.

De acuerdo a Hein (1991) los síntomas de una infección por VIH son:

Pérdida de más de 4.5 k de peso cuando se ha dejado de crecer y no se está haciendo dieta o imposibilidad de adquirir más peso en la etapa de crecimiento.

Fiebre inexplicable que dura más de una semana, o fiebres muy altas (más de 39.7° C) que duran de tres a cinco días.

Evacuaciones continuas durante varias semanas.

Recubrimiento de boca, vagina o recto con secreción blanquecina, espesa y dolorosa, sin motivo aparente.

Cansancio o debilidad que dura semanas a pesar de que se duerme bien y no está sucediendo nada extraordinario

Aparición continua de muchas infecciones que duran de tres a cinco días.

Glándulas inflamadas en diferentes partes sin que exista ningún otro síntoma (como dolor de garganta, por ejemplo), o ganglios linfáticos del tamaño de una nuez o más grandes en cualquier parte del cuerpo.

Aparición de una tos seca o de una con la que se arrojan flemas procedentes del pulmón y que dura varias semanas.

Manchas violáceas inexplicables que no desaparecen o piel extremadamente seca y escamosa o exceso de comezón sin razón aparente.

Ulceraciones e infecciones que no desaparecen con tratamiento médico.

El tiempo que transcurre entre el momento en que una persona es infectada y la manifestación de la enfermedad es variable y depende de cada organismo; se puede presentar al año, o en un intervalo de 5 a 10 años según estudios del Dr. Gallo, en Boston (Hein, 1991).

Las enfermedades que con mayor frecuencia matan a pacientes con SIDA son:

1. sarcoma de Kaposi
2. Pneumocystic carinii
3. Linfoma (cáncer que inicia en el cerebro)
4. mononucleosis
5. tuberculosis

### 3.3 FORMAS DE CONTAGIO.

Basándose en los grupos de riesgo en que se ha identificado el SIDA hay pruebas de laboratorio y epidemiológicas que sugieren que el virus del SIDA se transmite:

1. Por contacto sexual - homo y heterosexual.
2. Por vía sanguínea.
3. Por transferencia transplacentaria y perinatal de la madre al niño.

Hasta la fecha, no hay pruebas de diseminación del virus del SIDA por contacto con la saliva, las lágrimas, los estornudos, la orina, el sudor o el excremento, o por piquetes de moscos; ni por contacto social casual, o saludar con las manos; o en las actividades diarias usuales (Arjonilla y Acevedo, sin año).

#### 3.3.1 POR VÍA SEXUAL.

El sexo en sí no provoca SIDA. Dos personas que no tienen el virus del SIDA pueden tener relaciones sexuales entre sí por el resto de sus vidas sin enfermarse nunca de SIDA. Pero si el VIH se encuentra en el semen de un hombre o en las secreciones vaginales de una mujer, las relaciones sexuales pueden ser las causantes de que se transmita.

El VIH puede entrar en el cuerpo de la pareja en el curso de una relación heterosexual (cuando el pene del hombre penetra en la vagina de la mujer). Cuando el hombre infectado eyacula (expulsa semen en la vagina de la mujer), el VIH en su semen puede infectar puede infectar el organismo de la mujer de diversas maneras. Puede entrar al cuerpo a través de pequeñas úlceras, lesiones o grietas en las paredes de la vagina; puede infectar las células del sistema inmunológico de la mujer, las cuales también se encuentran presentes en la vagina y en las secreciones vaginales, o bien, puede penetrar directamente en las células que recubren las paredes de la vagina. Así, el VIH puede infectar a una mujer aun cuando no tenga lesiones o grietas en su vagina (Hein, 1991).

Así mismo, una mujer puede transmitir el virus de SIDA a un hombre, si el VIH se encuentra en las células o en las secreciones de su vagina, entrará en contacto con la piel de su pene en el curso de la relación. El virus puede entrar en la corriente sanguínea de la misma manera que entra en la de la mujer, a través de lesiones o cortadas, o infectando las células del sistema inmunológico que se encuentra en el pene. El VIH puede también infectar las células de la

uretra (el tubo que se encuentra adentro del pene, por lo que fluyen el semen y la orina). De igual forma, el VIH puede entrar en el cuerpo de la pareja en el curso de una relación anal (cuando el pene del hombre penetra en el recto - ano- de su pareja). Las relaciones anales pueden llevarse a cabo entre dos hombres, o entre un hombre y una mujer. Cuando un hombre infectado eyacula, el VIH en su semen puede pasar a las células del intestino grueso de su pareja. El VIH entra a las células del intestino grueso con más facilidad que a las de la vagina y el pene. El tejido que recubre el intestino grueso es un tejido fino que se rompe con gran facilidad.

El VIH puede o no transmitirse a través del sexo oral (cuando el pene es colocado en la boca de la pareja, o cuando el área vaginal de la mujer es acariciada o frotada con la boca o la lengua de la pareja). En teoría, el semen o las secreciones vaginales infectadas pueden entrar en el cuerpo de la pareja a través de las células de la boca, garganta o encías (Hein, 1991).

### 3.3.2 POR VÍA SANGUÍNEA.

Hay abundantes pruebas que indican que la sangre, los productos hematológicos llevan el agente causal. Sin embargo, para que se transmita, al parecer es necesario que la sangre infectada se introduzca directamente en el torrente sanguíneo del receptor, ya sea por una herida o a través de una aguja. La sangre contaminada que cae en la piel o en alimentos probablemente no es suficiente para causar una infección (Daniels, 1988).

### 3.3.3 POR TRANSFERENCIA TRANSPLACENTARIA Y PERINATAL DE LA MADRE AL NIÑO.

Cuando una madre infectada contagia a su bebé antes o durante el parto y al amamantarlo. Ya que durante el embarazo la sangre de la madre alimenta al bebé.

Cuando la transmisión se lleva a cabo en etapas muy tempranas del embarazo, puede perderse el producto (aborto espontáneo), si el embarazo llega a su término, el bebé puede padecer algunas alteraciones desde su nacimiento o tener una apariencia normal, pero alrededor de los 7 o 12 meses la enfermedad se desarrolla manifestándose de diferentes maneras (Uribe, 1988)

Las características del SIDA infantil son: (Daniels, 1988)

- Infecciones repetidas, en especial diarrea, algodoncillo, vías respiratorias superiores y oídos.
- Tumefacción generalizada de ganglios linfáticos.
- Falta de desarrollo.
- Retraso para alcanzar aspectos esenciales del desarrollo.

En resumen, los líquidos del cuerpo que pueden tener el virus del SIDA y contagiar a otra persona son: sangre, semen, líquido preeyaculatorio, secreciones vaginales y menstruales, y la leche materna.

### 3.4 PREVENCIÓN.

La entrada al cuerpo de células infectadas con el VIH sólo puede ocurrir de tres formas: vía perinatal, vía sanguínea y vía sexual (líquido preeyaculatorio, semen, secreciones vaginales y menstruales), por ello es recomendable adoptar en lo sucesivo medidas y costumbres en su vida sexual, o si frecuentemente se está en contacto con materiales punzo-cortantes a fin de disminuir el riesgo de infección.

De ahí surge la necesidad de una educación de la sexualidad en el que se pretende transformar los valores, actitudes y comportamientos sexuales de una sociedad con el propósito de disminuir los riesgos de infección de VIH principalmente.

Hallazgos encontrados por Adamchak (1990; en Morales, 1996), indican que entre los grupos jóvenes y los de edad media a nivel bachillerato, tienen una actitud poco favorable con respecto al cambio de conducta sexual para evitar contraer el SIDA. Esto demuestra que es necesaria la búsqueda de nuevos patrones de conductas sexuales que permitan expresar la sexualidad de una manera más sana.

Por su parte Miller, Weber y Green (1989) señalan que la disminución del riesgo depende del cambio de conducta sexual y proponen lo siguiente:

1. Reducción del número de compañeros sexuales, de preferencia a uno.
2. Evitar coitos anales, contacto buco-anales e inserción de objetos o la mano en el ano.
3. Evitar el sexo bucal
4. Evitar la transmisión de líquidos corporales
5. Masturbación mutua y frotamiento corporal

Una de las grandes prioridades de la Organización Mundial de Salud (OMS) consiste en establecer programas de salud y recomienda lo siguiente (Guerrero, 1997):

1. Utilizar preservativo (condón) en las relaciones sexuales con pacientes sospechosos de ser portadores del virus.
2. Tener sólo una pareja, sexualmente hablando.
3. Recibir sólo sangre de los bancos reconocidos por la Secretaría de Salud, y de ser posible de algún familiar o persona de confianza absoluta.
4. Usar solamente agujas desechables nuevas o jeringas de cristal perfectamente esterilizadas.

5. Las mujeres que deseen embarazarse y pudieran estar infectadas deben hacerse el análisis del laboratorio.
  6. Evitar embarazarse en caso de ser portadora del VIH.
- Sin embargo, la disminución del riesgo depende de un cambio de conducta principalmente sexual.

### 3.5 PRUEBAS DE ANTICUERPO.

Después de la infección con VIH, suelen aparecer anticuerpos a este virus en unas ocho semanas. Es te proceso llamado seroconversión, puede originar una enfermedad tipo fiebre glandular inespecífica pasajera, pero por lo general no hay síntomas (Daniels, 1988).

En la actualidad, hay tres métodos para descubrir una infección VIH: detección de anticuerpos VIH específicos, producidos por el sistema inmunológico de las personas infectadas, detección de antígenos vírales en sangre y detección de VIH por cultivo.

En el programa actual se utilizan dos pruebas, ambas de detección de anticuerpos VIH específicos:

La prueba de anticuerpo VIH es una valoración de inmunoabsorbancia ligada a enzimas (ELISA, del inglés Enzyme Linked Immunosorbent Assay), que se utiliza como primera prueba, y después una técnica diferente, la mancha occidental (Western Blot), en laboratorios para la selección de sangre como prueba de confirmación si ELISA indica la presencia de anticuerpos (Miller, 1989).

La prueba de ELIZA consiste tres etapas:

En la primera etapa se rompe el virus y las partículas (antígenos) se unen a una cubierta plástica. En la segunda se añade suero humano. Si la persona se ha infectado previamente con el virus, el suero contendrá anticuerpos que se unirán a los antígenos fijados a la cubierta de plástico. El anticuerpo sérico no unido se elimina y en la tercera etapa se añade anti-anticuerpo, que suele elaborarse inyectando en una cabra anticuerpo humano (inmunoglobina). El anticuerpo antihumano de cabra marca en seguida con una enzima que produce una reacción de color cuando reacciona con una sustancia química específica.

En la etapa final se añade el anti-anticuerpo. Si el suero humano contiene anticuerpo contra el virus del SIDA se habrá unido al virus del SIDA en la cubierta plástica, que a su vez habrá unido el anticuerpo de cabra marcado. Si aparece un color cuando se añade el sustrato significa que la persona ha sido infectada en alguna época con virus del SIDA (Daniels, 1988).

La prueba Western Blot o de la inmunotransferencia consiste en:

La primera etapa consiste en una desnaturalización de las proteínas virales. Luego, esas proteínas son separadas por electroforesis y transferidas a un papel especial (el blotting). Son incubadas con el suero por examinar. Si el suero contiene anticuerpos anti-VIH de clase IgG, éstos son revelados por una coagulación anti-IgG marcada a la peroxidasa o al yodo 125. La lectura se realiza por modificación de la coloración o autorradiografía (Cassuto, Pesce y Quaranta, 1987).

Para las personas en espera de una prueba de anticuerpo VIH, es importante considerar lo que puede indicar y lo que no podrá. El estudio no es una prueba para SIDA. La prueba no proporciona un diagnóstico en la forma en que se recibe el de una enfermedad. Simplemente es un marcador de laboratorio que indica que la persona ha sido infectada por un virus específico.

Por ejemplo: si se identifican anticuerpos VIH en sangre, no indica cuánto tiempo hace que se infectó, qué tan intensa es la infección, qué tan infeccioso es para otros (para seguridad debe suponerse que es infeccioso constantemente por el resto de su vida), o si desarrollará o no la enfermedad en el futuro.

### 3.6 SER SEROPOSITIVO.

La mayoría de las personas portadoras del VIH al saberse contagiadas de este virus les causa un gran choque y su diagnóstico les produce mucha incertidumbre que se enfoca en seguida sobre el futuro, ya que este diagnóstico es considerado típicamente por los pacientes como terminales.

Un diagnóstico de SIDA tiene profundas implicaciones para el paciente. La predicción de la muerte, el reconocimiento escalofriante de que aún no existe curación y que los amigos y otros están muriendo de SIDA y la respuesta no agradable, muy difundida, por parte del público.

La falta actual de curación resalta su impotencia sobre el síndrome y con frecuencia puede surgir una sensación de desesperanza que inhibe posibles acciones constructivas futuras.

Según Miller (1989) algunas de las reacciones por parte de los pacientes ante el diagnóstico son:

#### Emocionales:

Aterimiento/silencio "por aturdimiento"

Confusión/distracción/inseguridad - sobre las circunstancias presentes y futuras.

Negación - "no puede ser cierto"; "no hay que preocuparse las cosas irán bien".

Desesperación - "oh Dios mío, todo se ha arruinado"

Enojo - hacia el personal de salud, personas amadas, etc., por el impacto en la vida y las circunstancias.

Temor - de dolor, muerte, incapacidad, pérdida de confidencialidad y privacidad.

Culpa/autorrecreminación - sobre la relación de la infección o la enfermedad con la actividad sexual.

Ansiedad aguda y grave.

Labilidad emocional - pasar con rapidez del llanto a la risa y viceversa.

Conductuales:

Llanto - episódico e imprevisible.

Enojo e irritabilidad - hacia el estilo de vida y actividades de riesgo pasados

Aislamiento - resistencia a participar en conversaciones, actividades o planes para tratamiento y por miedo a no ser aceptados socialmente

Autodenigración - refiriéndose a sí mismo como "merecedor de esta plaga", "sucio e indecente".

Impulsividad - actuar sin pensar en las consecuencias.

Revisión corporal - en busca de signos de mayor infección o deterioro físico.

Interrogador - para tranquilidad.

Cruz, Martínez y Pelayo (1991), señalan que los sujetos reaccionan de varias maneras; los que están informados correctamente, lo hacen sin sobresaltos, con moderación, buscan ayuda y posibles soluciones; los que no están preparados, que son la mayoría, se obsesionan por el tema y piensan constantemente en las consecuencias futuras, manifiestan llanto y hundimiento, se quedan estupefactos y muchas veces no reaccionan hasta el día siguiente, algunos piensan en el suicidio, pero más tarde cambian de actitud.

Por su parte Cassens, B. (1984), reporta que el miedo y la incertidumbre son las primeras respuestas ante el diagnóstico. Para algunos la decisión más importante que tendrá que tomar, será con quien compartir la noticia, la culpa hace más grande el sentimiento de aislamiento, que después se experimenta en el hospital, cuando son internados. En el caso de los homosexuales esto es una continuación de la marginación que había sufrido a lo largo de su vida.

Una forma más de éste enfrentamiento a la amenaza, es aquel que utiliza la negación, en donde internamente desaparece la posibilidad de enfermar, el sujeto sigue la misma actividad sexual del pasado, que incluso llega a incrementar, racionalizando que es inmune a la enfermedad, percibiéndose a sí mismo como diferente de aquellos que la padecen. Utiliza la actividad sexual como un modificador de su angustia y depresión.

Según Miller (1989), las personas con SIDA piensan que tienen un control muy reducido sobre su vida y las opciones disponibles ahora para ellos. Piensan que ya no son más un agente libre y que toda actividad que lleven a cabo está dictaminada por su enfermedad y el prospecto de afección y muerte.

Su vida posterior al diagnóstico se centra en un principio alrededor del hospital interrumpiendo de manera considerable los programas sociales, domésticos y de trabajo. En consecuencia muchos pacientes comienzan a pensar que han perdido su identidad y control personal detrás de las pruebas, estudios, observaciones y medicaciones que origina la relativa novedad de su enfermedad.

Ser seropositivo (portador del VIH) también implica cargas o problemas aparte de los emocionales, que pueden tener un efecto importante en la forma en que vive la persona, a pesar de que se encuentran en buenas condiciones casi todo el tiempo (Miller, 1989).

Así mismo, existen reportes de evaluaciones realizadas en pacientes con infección por VIH a través de pruebas de diagnóstico que reflejan medidas confiables sobre el estado de las funciones cognitivas y emocionales en estos pacientes, encontrándose alteraciones de la memoria, lentitud motora, dificultades en la atención, concentración y procesamiento de la información así, como disminución en la capacidad de análisis y síntesis; entre los trastornos emocionales más frecuentes se registran la depresión y la ansiedad, que en muchos casos desencadenan hipocondriasis. De acuerdo a la fase de la enfermedad, se han encontrado diferencias de menor a mayor gravedad tanto en los síntomas referidos como en la capacidad visomotora, trastornos severos en el proceso del pensamiento y en general de las funciones relacionadas con el lóbulo frontal (Cruz, L. 1996).

Sin embargo, la importancia en la atención de las reacciones y los trastornos causados por la infección, no solo se centra en el alivio de los mismos; de acuerdo con las investigaciones hechas por Borah y Barnes (1986), Bredge y Mirsky (1986), Coates (1984), Martin (1984; en Godínez, 1994) se ha observado que tiene gran relevancia o influencia sobre la respuesta inmunológica, misma que en presencia de estos trastornos se deprime significativamente provocando que las enfermedades que acompañan la infección por VIH tengan un desarrollo progresivo en un tiempo menor del previsto.

Muchos investigadores describen entre las reacciones psicológicas que se manifiestan en el momento de la notificación del diagnóstico y durante el desarrollo de la enfermedad las siguientes: depresión, aislamiento, ansiedad, angustia, resentimiento, pena y dolor tanto frente a las pérdidas físicas, morales, sociales y económicas como por la muerte inminente; temor al aislamiento, a la estigmatización y pérdida de empleo, fantasías e ideas suicidas, coraje, ira, frustración por la vulnerabilidad al virus y por los proyectos personales que no podrán realizarse, negación; deterioro de la autoestima, insomnio, miedo a contagiar a otros, a las consecuencias del tratamiento, al rechazo de los familiares y amigos, preocupación por la continuidad de la vida

sexual en la que deberán implementar diversos cambios; stress, manía expresada como agitación y dispersión, pánico y reacciones histéricas e hipocondríacas, sensación de castigo, actitudes regresivas, shock, parálisis o descarga afectiva frente a la vergüenza o al deseo de venganza.

Para Stuart y Nichols (1985; en Godinez, 1994), las personas seropositivas presentan un modelo de stress situacional, en el que los efectos psicológicos son una reacción de ajuste en la cual el stress es tan severo como para ser considerado adverso. Encontraron las siguientes reacciones:

Crisis inicial.- en esta etapa se da una acusada respuesta de negación alternada con períodos de ansiedad intensa, tal negación es tan extrema que la persona seropositiva adoptará una actitud de indiferencia, propiciando una desatención médica. En este estado se da el shock, la negación, la culpa, el miedo y la ira.

Estado de transición.- empieza por manifestaciones alternadas de ira, culpa, autorreproche y ansiedad reemplazando a la negación. Se caracteriza por una revisión obsesiva del pasado, buscando la culpa que mereció tal castigo. Las personas con preferencia homosexual pueden sufrir homofobia, confusión y disruptividad. Estas reacciones pueden ser agravadas por el rechazo social causando ideas suicidas. Otra de las posibles reacciones es que la persona puede desplazar su ira continuando con conductas sexuales riesgosas o abuso de drogas, poco después el miedo y la depresión aparecen más frecuentemente.

Estado de deficiencia y aceptación.- Al conseguir el estado de aceptación ocurre la formación de una nueva identidad, se aprende a aceptar las limitaciones que les impone la situación; pero también alcanzan a ver que pueden aún manejar sus vidas, reaccionando con más razón que emoción. Se vuelven menos egocéntricos y encuentran satisfacción en actividades altruistas, además de responsabilizarse más por su salud. Finalmente vendrá la fase de preparación para la muerte.

De esta manera, la noticia de ser portador de VIH o ser enfermo de SIDA, estará relacionada con el desarrollo del carácter y la persona proyectará al exterior lo que le de mayor seguridad. El Dr. Didier Seux (1984; en Godinez, 1994) explica que en muchos de los pacientes con SIDA se presenta un estado de choque psicológico violento y de pánico, y propone cuatro tipos de compensaciones en la personalidad de los seropositivos: a) se da depresión (insomnio y angustia, preocupaciones reactivadas) y culpa; b) se vuelven maníacos (agitados y dispersos) con una necesidad de hablar; c) empiezan a dar grandes explicaciones racionales,seudodelirante que

les obligan a ver sus problemas existenciales; y d) sufren descompensaciones histeriformes (juegan con su enfermedad y su muerte para protegerse de la angustia), se quedan en cama y hacen una regresión total.

Por su parte Miller (1989), plantea diversas reacciones de ajuste psicológico que se presentan en las personas seropositivas, una de ellas es la incertidumbre hacia las reacciones de los demás, por el progreso de la enfermedad, por la salud, y por el futuro. Esta reacción nunca desaparece totalmente.

Otra de las reacciones que plantea Miller es la ansiedad y el stress. La ansiedad se da por el riesgo de infectar a otros o reinfectarse, por el rechazo social, enfermarse, por el sexo, pérdida o incapacidades, etc. La depresión es otra manifestación que se presenta, y puede resultar de sentir que el final está próximo, o por la pérdida de personas queridas que se alejan y sentir que las cosas nunca serán igual. Puede darse también el aislamiento.

Posteriormente se dan los estados obsesivos sobre las experiencias sexuales del pasado, la salud y la muerte. Esto puede ocasionar frustración, desesperación, sufrimiento y miseria.

Los pensamientos suicidas es otra de las reacciones es una respuesta común y normal ante las noticias que amenazan la vida.

Kübler Ross (1989), describe un patrón de reacciones que siguen las personas seropositivas, en el que se da en primera instancia la negación. Ésta es el rechazo de una parte o de todo el significado del evento con el propósito de minimizar el temor y la ansiedad, intentando contrarrestar así, el severo impacto de la terrible noticia. Esta negación aunque sea parcial, se da tanto en las primeras fases del diagnóstico, como en las etapas subsecuentes. Aunado a esto, la persona también puede presentar un estado de shock, que se manifiesta por diversos desordenes como extrañeza, impotencia, incredulidad y despersonalización, de los cuales se va recuperando paulatinamente. Así mismo Méndez, Avila, López, Caso, Hernández, Uribe, Gortmaker, Sepúlveda (1990), se esfuerzan los hechos para considerar que no se está infectado, recurriendo a poderes mágicos que protejan la situación, manteniendo la negación a nivel de fantasía.

De esta manera, existen tres niveles de negación: el primer nivel, se refiere a como el sujeto percibe los principales hechos de su enfermedad, el segundo nivel se refiere a las inferencias que el paciente realiza o no acerca de las implicaciones de su enfermedad (donde acepta los síntomas, y el diagnóstico, pero no las implicaciones de ellos) y el tercer nivel,

concerniente a la imagen de la muerte, donde el afectado se resiste a concluir que una enfermedad incurable termina en la muerte (Weisman, sin año; en Godínez, 1994).

Otra de las reacciones es el aislamiento que la persona misma se impone, perdiendo todo interés en el contacto humano, sobreviene la culpa, pues la persona trata de buscar responsables de su contagio.

La ira (coraje) sobreviene después de no poder mantener por mucho tiempo la negación manifestando así rencor, hostilidad, rabia, la envidia y el resentimiento, que se desplazan y proyectan contra quienes rodean al paciente, casi al azar. La persona se encuentra furiosa por su aislamiento incrementado, aún si él mismo lo ocasiona, molesto por los cambios en su vida, por la falta de apoyo, y por enterarse de que otros que llevan un estilo de vida riesgoso han escapado del contagio. Se vuelve irascible y difícil de manejar. Se pregunta ¿por qué yo?. En este estado, encontrará motivo de queja en todo, puede hacer berrinche, mostrarse hostil, tirano, controlador, demandante y exigente. Puede, también sentir envidia de quienes pueden seguir su vida normal (Kübler, 1989)

Cuando la persona se da cuenta de que nada le sirve negar o enojarse por la infección, actúa según la idea de que quizá sea mejor llegar a un acuerdo, de esta forma, las demandas se sustituyen por arreglos para tratar de posponer lo inevitable. El pacto se hace generalmente en secreto y con el personal de salud, la vida, el destino, Dios, familiares, etc. y se realizan promesas, esperando que exista una especie de premio por su buen comportamiento, todo con el fin de poder hacer algo que desean, de tener salud, de prolongar la vida, para conseguir unos días sin dolor o malestares, etc. (Kübler, 1987).

La aceptación no es una etapa feliz, sino una fase donde el paciente ya no está ni deprimido ni enojado, en exceso, con su destino, sino que hay una serenidad, llegando a un sentido de dignidad y a un estado de compostura y aceptación, sin embargo, como en todas las reacciones emocionales, puede caer en un continuo desadaptación - adaptación. Y se podría dar una aceptación mal adaptativa de la situación en la que el infectado o enfermo se resigna sin más a morir en vida. Sin embargo, una aceptación saludable, es cuando la persona intenta aprender a vivir con la realidad de la situación, haciendo los cambios necesarios de estilo de vida para evitar los riesgos para sí y para los demás, manteniendo un buen sentido del humor (Kübler, 1989).

Todas estas etapas son adaptativas y se pueden presentar en orden diferente. Es de gran importancia enfatizar que las diversas reacciones emocionales de los pacientes tienen una

influencia negativa sobre el sistema inmunológico, interfiriendo con su función, lo que puede provocar un desarrollo aún más rápido y progresivo de las infecciones, ya sea que están asociadas directamente con el VIH, o bien con agentes oportunistas, disminuyendo la calidad de vida y sobrevida de los pacientes.

Profesionales en Salud Mental (Bellak y Small, 1986; Hoffman, 1991; Sepúlveda, 1989; Morin, 1984; en Cruz L., 1996), a partir de la experiencia con pacientes afectados por el VIH/SIDA, sugieren la práctica de técnicas para la atención de los diferentes trastornos emocionales por los que atraviesa la persona infectada de VIH. Estas técnicas son:

Terapia Breve y de Emergencia.- permitirán la reducción de los trastornos emocionales tales como ansiedad, culpa, tensión, depresión y temores; la inducción a cambios en las conductas de riesgo del paciente y la reflexión sobre las personas involucradas en la crisis.

Terapia de Grupos de Apoyo u Autoayuda.- permiten el manejo de los trastornos emocionales que se presentan desde el diagnóstico y durante el desarrollo de la enfermedad acompañados por los miembros del grupo quienes viven situaciones similares; la pertenencia al grupo y el establecimiento de objetivos comunes favorecerá el cambio de actitudes y conductas de riesgo, además de combatir los sentimientos de soledad y aislamiento. Este tipo de grupos permite la ayuda común en la que aquellos que han superado una fase ayudan a sus compañeros a la superación de la misma.

Terapia Familiar.- la comprensión de la enfermedad por parte del sistema familiar, fortalecerá el soporte social del paciente; sus respuestas repercutirán en el desarrollo de síntomas diversos, por lo que resulta necesaria la ayuda para la superación del miedo al contagio de los otros miembros de la familia, así como sentimientos de horrorización, marginación, y rechazo del enfermo; el trabajo del duelo evitará al sistema sentimientos de culpa futuros.

### 3.5.1 IMPLICACIONES SOCIALES

El SIDA es una enfermedad gravemente estigmatizante. No es una afección "glamorosa" ni alguna que despierte la simpatía pública. Por el contrario, suele ser recibida en los círculos legos con temor y rechazo. La prueba de ello es señalada por pacientes que han experimentado esquivamiento por amigos, colegas, empleados y asociados. Para muchos esta respuesta pública (la anticipación de ella o el afrontarla) genera un sentimiento de ser sucios o no limpios.

Además es frecuente que surjan conflictos no resueltos sobre la homosexualidad del paciente en particular, cuando el proceso de exteriorización se ha relacionado con un traumatismo familiar, como divorcio o falta de aceptación de los padres (Miller, Weber y Green, 1989).

Muchas personas portadoras eligen conservar el diagnóstico sólo para ellos y si bien puede deberse en parte al temor del descubrimiento y de la reacción de otros, también se debe con frecuencia al miedo a infectar a quienes están cerca de ellos.

Algunos de los pacientes se aíslan socialmente. La comunidad homosexual comprende muchos subgrupos y si el enfermo no ha sido parte de un círculo social establecido, tiene un empleo irregular o problemas de personalidad que impiden que establezca relaciones o amistades duraderas, el diagnóstico enfatiza su soledad y aislamiento. De hecho, para algunos es posible que su actividad sexual haya sido el único medio de establecer contacto social y en consecuencia su enfermedad los aísla de futuros contactos.

El impacto físico del diagnóstico en la actividad social varía con los síntomas diagnósticos e infecciones, aunadas a los efectos de la ansiedad pueden originar una incapacidad para la actividad social.

Es posible que el paciente éste muy enfermo y sea incapaz de continuar laborando por algún tiempo después del diagnóstico. Con frecuencia surge la pregunta de lo que debe comentarse a los patrones y colegas (Miller, 1989).

El temor universal de la enfermedad por parte de los patrones origina el despido de la persona infectada de VIH, y se afrontan a grandes problemas económicos. Comentar toda la verdad sobre su diagnóstico puede tener implicaciones claramente desastrosas sobre su carrera y economía.

Sin embargo es aconsejable que las personas con infección o enfermedad VIH permanezca trabajando siempre que sea posible. Hay ciertamente una ventaja económica, además que proporciona una rutina y distracción sobre los traumas del diagnóstico o la infección ayudando a aliviar la ansiedad y obsesión mórbida por la enfermedad y la muerte que caracteriza el ajuste al diagnóstico de SIDA en muchos casos.

La aparición de ésta infección o enfermedad crónica o terminal, constituye un cambio radical en la vida de quien la padece y en la relación con su entorno familiar.

El impacto de la enfermedad en el paciente y el sistema familiar estará en relación a toda una historia previa, la relación y el vínculo afectivo con el paciente. Para algunas familias su reacción estará en función de su capacidad de adaptación o rechazo a la homosexualidad y/o bisexualidad del paciente, más que de la enfermedad en sí misma. Esto es frecuente en los casos en los que de alguna manera era algo desconocido para la familia y que para muchas de ellas es algo vergonzoso y vivido como una perversión lo que les impide relacionarse y apoyar al paciente. Estos pacientes manifiestan arrepentimiento y dolor por saber que la enfermedad es consecuencia de su conducta y la afcción que causa en su familia (Villegas, 1992).

Una de las más graves consecuencias de esta epidemia es la discriminación de las personas que viven con el VIH/SIDA. Propiciando que quienes se perciben en riesgo de estar infectados no acudan a realizarse la prueba de detección, y por lo tanto, no cuenten con un diagnóstico oportuno que les permita atenderse antes de desarrollas la sintomatología propia de la enfermedad, además aleja de los servicios de salud a las personas infectadas por el VIH y reduciendo la participación de quienes viven con VIH en los programas orientados a difundir información sobre las medidas necesarias para prevenir la infección. Aumenta el aislamiento, así como el sufrimiento de las personas que viven con el VIH/SIDA.

### 3.5.2 IMPLICACIONES SEXUALES.

El SIDA ha resaltado la ignorancia amplísima en círculos empíricos y médicos sobre la homosexualidad en general. Sin embargo, la información recibida de los pacientes ha indicado dos principales consecuencias para la sexualidad de los varones homosexuales.

Primero, el diagnóstico origina trastornos funcionales, con mayor frecuencia una pérdida inicial de la libido, disfunción de la erección, o ambas, aunado a restricciones conductuales consecutivas a los lineamientos que se sugieren para el sexo con seguridad.

Segundo, el SIDA crea trastornos conceptuales para el paciente. Para muchos homosexuales, sus actividades sexuales tienen una importancia central. Si bien gran número de varones homosexuales llevan vidas sexuales relativamente convencionales que al parecer reflejan las experiencias de la mayoría de los heterosexuales, muchos otros consideran la actividad sexual como un medio de afirmación homosexual; una expresión continua de su identidad sexual ante la opresión y disgusto social amplios que perciben (Miller, Weber y Green, 1989).

Para el homosexual seropositivo, el sexo no necesariamente representa un banquete continuo y deliciosos, sino en un grado alto de relaciones sexuales causales origina vacío o insatisfacción emocional, pero continúan con dichas actividades a fin de conservar cierto contacto sexual o encontrar un compañero estable con quien puedan establecerse. No obstante, los clubes y centros para homosexuales les dan la oportunidad de mezclarse sin el riesgo de la hostilidad o intolerancia social.

En ocasiones, el SIDA origina una interrupción crítica para el estilo de vida del homosexual. Hay una pérdida de la identidad homosexual y la afirmación de grupo adquiridos con esfuerzo que resulta de la pérdida de actividad sexual fácil y ello bien puede explicar porqué algunos pacientes continúan sexualmente activos a pesar de los peligros para ellos y otros (Miller, Weber y Green, 1989).

En 1996, Mancilla realizó una investigación con el propósito de conocer la magnitud de la ansiedad en pacientes con VIH, en relación a su pareja y los hábitos en sus prácticas sexuales, sus hallazgos fueron:

Se observó que la población era joven- adulta y la mayoría era soltera, y en cuanto a diferencias de género los hombres iniciaban su vida sexual a más temprana edad, teniendo más parejas sexuales y más alta su frecuencia en tener relaciones sexuales.

Las mujeres seronegativas (no portadoras del VIH) no utilizaban el condón de lo cual Mancilla concluye que a pesar de que estas mujeres que tuvieron resultado negativo en la prueba de VIH, probablemente creen que pueden estar inmunizadas.

Respecto a la preferencia sexual se encontró un alto porcentaje de homosexualidad en los hombres seropositivos, ya que el hombre tiene más libertad de expresar su sexualidad y practicarla, y la mujer acepta su papel pasivo, que le veda sexualidad y sirve para perpetuar la especie, censurando sus expresiones sexuales (Ramírez, 1972). Además se encontró que los hombres seropositivos que han tenido relaciones con mujeres, tal vez sean homo con pareja mujer y viven la homosexualidad en la oscuridad, no queriendo asumir su homosexualidad.

La mayoría de los hombres seropositivos no tenían pareja estable, ya que según Mancilla, buscan continuamente una compañía para confirmar que no están solos.

En cuanto a las prácticas sexuales los hombres seropositivos realizan coito vaginal, el coito anal pocas veces con condón; el contacto genito-oral lo practican usando pocas veces condón. Considerando que el contacto anal es el de mayor riesgo, siguiendo la penetración vaginal y el riesgo mínimo en el contacto genito-oral, no lo perciben aún como practicas de riesgo. Esto podría atribuirse a que cada uno de ellos viven el "aquí y el ahora", y se rigen por el principio del placer.

En esa misma investigación algunos refirieron introducir los dedos en su vagina (caso de mujeres), así mismo masturbación mutua y caricias sin penetración.

Otros responden de una forma más integrada, es decir, adoptan conductas de menor riesgo o de sexo seguro en su practica sexual. Por lo que se da una modificación de la conducta sexual en función de un mayor control de ésta. Aprovechando la información que ha obtenido sobre el SIDA, se involucran en organizaciones que dan una nueva conciencia sobre la enfermedad. Adicionalmente, reevalúan su sexualidad y el rol que desempeña su personalidad en el propio estilo de vida.

### 3.7 SITUACIÓN ACTUAL DEL SIDA EN MÉXICO.

Actualmente el SIDA ha estimulado enormemente la investigación científica en diversas áreas del conocimiento y aunque los resultados de los estudios distan de haber resuelto las numerosas incógnitas de este mal, a pesar de que se descubrió el agente causal, los mecanismos de transmisión y la epidemiología del padecimiento; se desarrollaron diversos medicamentos con actividad antiviral que retrasan la progresión de la enfermedad y mejoran la calidad de vida de los afectados; se descubrieron los esquemas profilácticos y de tratamiento para las infecciones oportunistas que aquejan a los infectados; y se realizaron gran número de estudios clínicos que nos ayudan a entender cada vez mejor este padecimiento (CONASIDA, 1991), la epidemia continúa avanzando con mayor fuerza. La razón fundamental que explica esta paradoja es el hecho que el SIDA siendo esencialmente una enfermedad de transmisión sexual, requiere de cambios de conducta sexual de las personas para impedir su contagio; otra razón es que la mayoría de las personas no se consideran en riesgo de contraer la infección.

El SIDA ha provocado, una respuesta social intensa, y ésta ha sido muy diversa desde el principio, pero en términos generales, ha ido evolucionando de una respuesta violenta y persecutoria a una más comprensiva. Por desgracia, siguen existiendo grupos, organizaciones sociales (p. ej. PROVIDA) e individuos que consideran que el SIDA es una enfermedad denigrante, producto de un comportamiento inmoral y, que por ende, los afectados merecen condiciones negativas. (CONASIDA, 1993)

Por ejemplo, el 27 de febrero de 1998 se publicó en el periódico La Jornada una declaración del Arzobispo Lozano Barragán, quien declaraba que el condón como método de prevención contra el SIDA era una farsa, y los gobiernos que promueven su uso son ignorantes o lo hacen por ayudar a los grandes laboratorios productores de látex. Además enfatizó que el SIDA es un castigo por no cumplir con el sexto mandamiento " no fornicarás" (Román, J. La Jornada)

Esto provoca que el SIDA se sume a una serie de factores utilizados por ciertos individuos para tratar de justificar una conducta discriminatoria, siempre con el pretexto de proteger la salud pública.

En 1996, aproximadamente el 30% de las quejas sobre violaciones de los derechos humanos que atiende Conasida, es por atropellos laborales contra los infectados por el VIH, estas violaciones se dan principalmente en tres rubros: el examen obligatorio para detectar el SIDA; la violación de confidencialidad en la que incurrn los médicos que realizan las pruebas, y por último,

el despido de los infectados. Esta discriminación se extiende a centros laborales, académicos (universidades privadas) y de esparcimiento (club deportivos, etc.) (Verá, R.1996).

Las consecuencias de la discriminación relacionada con el SIDA van más allá de la división de la sociedad, pues no sólo afecta a quienes viven con el VIH, sino que también perjudica a la sociedad en su conjunto.

Afecta la capacidad de las personas para aprender e informarse sobre la epidemia y, por lo tanto, disminuye su capacidad de respuesta ante el reto que representa prevenir la infección del VIH, aleja a la población de los lugares en donde se proporciona información relacionada con el SIDA.

Otra consecuencia social de la discriminación relacionada con el VIH/SIDA es el que difunde los mitos que existen alrededor de la epidemia y proporciona el miedo injustificado respecto a un posible contagio por medio del contacto casual con personas ya infectadas. Refuerza la idea errónea de que el SIDA es una enfermedad exclusiva de determinados grupos sociales, tales como drogadictos intravenosos, homosexuales o sexoservidoras. A partir de este razonamiento, se piensa que quien no pertenece a dichos grupos no corre el riesgo de infectarse. Daña a los familiares y a quienes rodean a las personas con el VIH, dificultando que éstas últimas reciban muestras de apoyo.

En la actualidad se realizan foros internacionales organizados por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados en donde se abordan aspectos médicos, de salud pública, sociales, de legislación, costos, derechos humanos y acceso a medicamento entre otros, con el objetivo de realizar propuestas legislativas que auxilien a mejorar las acciones de prevención, tratamiento y atención de quienes padecen esa mortal enfermedad ( La Jornada, 24 de marzo de 1998, pp. 44).

Otro de los propósitos de estos foros es adecuar la Constitución y las leyes en materia para garantizar atención médica y acceso a fármacos a la población infectada por el VIH/SIDA, ya que hasta ahora no se ha sabido adecuar las leyes a la problemática específica que plantea el SIDA.

Según Santiago Padilla, existe un gran rezago que permite la discriminación y el maltrato hacia los enfermos y sus familias, que los deja en el desempleo y además les impide el acceso a los medicamentos para controlar la enfermedad (La Jornada, 26 de marzo de 1998. pág. 36)

Cifras oficiales de Conasida hasta 31 de diciembre de 1997 había en México 13 mil 268 enfermos de los cuales aproximadamente 6 mil están fuera de las instituciones de seguridad social. A esta cifra habría que agregarle el subregistro reconocido por las autoridades, de 35 por ciento. Es decir por lo menos 8 mil personas padecen la enfermedad y se atienden por su cuenta. Haciendo de los medicamentos un gran negocio de la industria farmacéutica. (La Jornada, 27 de febrero de 1998. Pág. 52)

En 1996, uno de los problemas a los que se enfrentaban los enfermos de SIDA, era el desabasto de medicamentos que se dio en un 40% en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), debido a los altos costos de los medicamentos para combatir el virus. El costo promedio anual para atender a un paciente con SIDA era alrededor de 64,000 pesos (Correa y Vera, 1996).

Para 1997 el problema aún no tiene solución, y las personas portadoras del virus se manifiestan el 17 de abril frente al Centro Médico Siglo XXI, bloqueando el tránsito, demandando abastecimiento de medicamento en forma suficiente y permanente para todos los hospitales del IMSS, y quejándose del trato que dan los médicos a los enfermos de SIDA y de demorar la entrega de resultados de análisis clínicos (Veledíaz, Reforma 17 de Abril de 1997, pp. 1B)

Actualmente la situación no ha cambiado, ya que aún se encuentran deficiencias en el abasto de los medicamentos antirretrovirales. La falta de suministro oportuno de estos medicamentos provoca daños irreversibles en la salud de los enfermos de SIDA, pues el virus se vuelve resistente a dichos fármacos, y anulan su eficacia. Por otro lado, la normatividad y políticas del IMSS no permiten subrogar a farmacias especializadas ni a laboratorios particulares la compra de estos medicamentos o la realización de exámenes, medida alternativa al desabasto. Las autoridades declaran ante los medios que difícilmente se puede hablar de desabasto y que si se llega a producirse, se debe a los distribuidores o a los laboratorios, mismos que a su vez señalan que sí hay disposición de medicamentos pero que dichas instituciones no los piden (comunicación personal).

Por otra parte, no existe apoyo por parte de algunas instituciones tan importantes del país como la Cruz Roja Mexicana, ya que en muchos casos no se le da atención médica a los enfermos de SIDA, por atender otras enfermedades, ya que según el presidente de dicha institución José Barroso Chávez que frente a proporcionar atención a 10 mil personas con SIDA, que no tienen acceso a los servicios de seguridad social, o hacerlo a un millón de afectados por males respiratorios o digestivos, él se inclina por atender a los segundos.

Además declaró que el condón es efectivo sólo en un 60%, por ello rechaza las campañas de su uso. Entrando en polémica con distintas organizaciones de lucha contra el SIDA, con la disputa de la efectividad del condón para la prevención del SIDA (Reforma, 7 de febrero de 1998, pág. 14A). La consecuencia más grave de estas declaraciones, es la discriminación y los obstáculos culturales, sociales, religiosos, políticos y económicos que entorpecen el trabajo de información, prevención, atención médica y social y la defensa de los derechos humanos para la población seropositiva.

Hoy en día existen aproximadamente 33 mil 632 enfermos de SIDA que se saben contagiados, pero se calcula que 90 por ciento de las personas infectadas desconocen la existencia del virus en su organismo, por lo que se tienen que planear medidas para prevenir el avance de la enfermedad (Uribe, La Jornada; 24 enero 1998, pág.48.)

Otro problema en el ámbito de la prevención, es que a pesar de que se ha dicho hasta la saciedad que, en ausencia de una vacuna la única forma de prevenir el SIDA es la educación. Este concepto ha creado, de tanto repetirse, la ilusión de que la sola información bastará para lograr que la gente modifique sus conductas. La experiencia, no parece apoyar esto de manera contundente, ya que en encuestas realizadas en diversos grupos- poblaciones se ha encontrado que entre el alto nivel de conocimiento sobre la enfermedad y sus formas de transmisión y de prevención, no evita la falta de aplicación de esos conocimientos en las prácticas sexuales (Ríos, 1991).

En un estudio realizado por Alfaro, Rivera y Díaz Loving (1991) realizado con adolescentes, encontraron que no se ven así mismos en riesgo de adquirir la infección por VIH, por lo cual no realizan consistentemente prácticas preventivas e incluso recurren a prácticas sexuales de alto riesgo de transmisión. Estos resultados son confirmados con una investigación por Sepulveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawsky y Valdespino (1989) realizados a la población en general encontraron que si se tiene conocimientos acerca de la enfermedad y sobre todo la población estudiantil universitaria cuenta con un alto grado de conocimiento, sin embargo, observaron que estos conocimientos adecuados sobre SIDA, no se aplican en sus prácticas sexuales, por lo que incurren en practicas de alto riesgo.

El doctor Carlos del Río señala que la sociedad mexicana se va acostumbrando al SIDA, como se esta acostumbrando a la violencia, problema con el que se tiene que luchar ya que se manifiesta en un desinterés e indiferencia social como problema que atañe a todos (Correa y Vera, 1996).

Hoy en día, el desafío consiste en despertar el interés de la sociedad para informarse sobre los diferentes aspectos de la epidemia.

El VIH no es algo que debe temerse, es algo que debe combatirse. Pero para luchar contra él con eficacia todos los afectados deben saber con claridad lo que significa este fenómeno a nivel social, médico, práctico y emocional y aprender a comunicar este conocimiento con eficacia.

Para algunos el SIDA es un aspecto negativo de las transformaciones de la sexualidad, es una advertencia de los peligros, de que las cosas "han ido demasiado lejos", es el miedo a la enfermedad y a la muerte como secuela del placer y el deseo, sin embargo, como una respuesta a esta crisis es ver algo más que eso, una revitalización de la humanidad, el compromiso de solidaridad es una respuesta al derrumbe de las antiguas certidumbres y el reconocimiento de una nueva incertidumbre, a esto se debe el debate sobre los valores, las normas y las creencias. Ya que se busca trazar líneas, marcar fronteras, establecer normas, confirmar jerarquías de valor y nos obliga a articular un sentido de lo que es erróneo o correcto, apropiado o inapropiado (Jeffrey, 1995).

El SIDA ha forzado a reconocer y enfrentar las consecuencias de las relaciones y volver a examinar los valores que rigen en la sociedad actual tratando de encontrar formas de expresión sexual, que sean placenteras y seguras.

En el próximo capítulo se explicará la metodología aplicada en la presente investigación.

## IV. METODOLOGÍA

#### 4. METODOLOGÍA.

El SIDA ha forzado a reconocer y enfrentar las consecuencias de las relaciones y volver a examinar los valores que rigen en la sociedad actual, tratando de encontrar formas de expresión sexual, que sean placenteras y seguras.

Así surge la inquietud de saber cuales son las diferencias en las actitudes hacia la sexualidad de personas que tienen VIH que puede producir una enfermedad crónica y terminal, y personas que no se han enfrentado a este tipo de padecimientos pero que se encuentran en riesgo de adoptar conductas que les puede acarrear problemas de salud a nivel fisiológico y psicológico, por lo que se plantean los siguientes problemas:

1.- ¿ Existe diferencia en las actitudes hacia la sexualidad entre personas infectadas de VIH/SIDA y personas no infectadas?

2.- ¿Cuál es la diferencia de las actitudes hacia la sexualidad de las personas infectadas de VIH/SIDA y las personas no infectadas?

#### OBJETIVOS:

Establecer si existen diferencias de las actitudes hacia la sexualidad por parte de las personas infectadas de VIH/SIDA y personas no infectadas.

Identificar cuales son las diferencias de las actitudes hacia la sexualidad por parte de las personas infectadas de VIH/SIDA y personas no infectadas.

#### HIPOTESIS:

##### *Problema 1.*

Hi.: Si existe diferencia en las actitudes hacia la sexualidad por parte de las personas infectadas de VIH y las personas no infectadas.

**Problema 2.**

Hi.: Las personas infectadas de VIH/SIDA tienen una actitud más positiva hacia la sexualidad que las personas no infectadas.

**VARIABLES:**

V.I.: Estar infectado de VIH/SIDA y no estar infectado.

V.D.: Actitudes hacia la sexualidad.

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

V.I.: ESTAR INFECTADO DE VIH/SIDA: Personas que se les haya diagnosticado el Virus de Inmunodeficiencia Humana (el cual es un virus que debilita la defensas del cuerpo, se encuentra principalmente en la sangre y en los líquidos genitales de la persona infectada y produce una enfermedad lenta, progresiva y por ahora mortal) (Arjonilla y Acevedo, 1991; pág. 3). Y NO ESTAR INFECTADO (personas que no tienen el virus de inmunodeficiencia humana).

**V.D.: ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD:**

*Actitud* es una reacción favorable o desfavorable hacia algo o alguien, que se manifiesta en nuestras creencias, sentimientos o conducta proyectada. Son la manera más eficiente de evaluar el mundo. (Myers, Álvarez, Del Río y Suárez, 1995)

*Actitud hacia la sexualidad* es la tendencia a responder de un modo característico a su sexualidad.

*Sexualidad* "son las características biológicas, psicológicas y socioculturales que permiten al individuo comprender al mundo y vivirlo a través de su ser como hombre o mujer. Es parte de su personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo; es un elemento básico de la femineidad o masculinidad, de la autoimagen, de la autoconsciencia, y del desarrollo personal" (Ferrando, 1984; pág. 9-13).

*Actitud positiva.* Si la afirmación es positiva significa que califica favorablemente al objeto de actitud, y entre sujetos están más de acuerdo con la afirmación, su actitud es más favorable (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

V.I.: Persona diagnosticada infectada del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) por medio de la prueba de elisa o la western blot, y personas no infectadas del VIH.

V.D.: La actitud hacia la sexualidad, serán las respuestas a la escala de actitudes hacia la sexualidad.

**MÉTODO:**

**POBLACIÓN:** Hombres y mujeres residentes del Distrito Federal de 15 años de edad en adelante, de cualquier escolaridad, nivel socioeconómico, estado civil y preferencia sexual.

**MUESTRA:** Se seleccionaron dos grupos. El primer grupo estuvo integrado por 100 personas que se les diagnosticó como infectadas de VIH. El segundo grupo fue integrado por 100 personas no infectadas del VIH.

*Criterios de inclusión:* personas de 15 años de edad en adelante, sin importar la escolaridad, nivel socioeconómico, estado civil, y preferencia sexual, que sepan leer y escribir.

Para la muestra de personas infectadas de VIH se tomaron aquellas que acudían a centros de ayuda especializados en dicho tema. Sin importar la fase en que se encontraban.

*Criterios de exclusión:* para el grupo de personas infectadas de VIH, no se tomaron en cuenta las personas que estén en fase terminal de la enfermedad.

**MUESTREO:** No probabilístico, intencional para la muestra de personas con VIH/SIDA y accidental, para las personas no infectadas.

**DISEÑO:** Se utilizó un diseño No Experimental, Transversal descriptivo.

Tienen como objetivo indagar la incidencia, interrelación y los valores en que se manifiesta una o más variables, la recolección de datos es en un determinado tiempo en su ambiente natural (Hernández, Fernández y Baptista, 1995).

## INSTRUMENTO:

Se aplicó una escala de actitud hacia la sexualidad de respuesta tipo Likert (ver anexo 1) elaborada por Camarillo y Rodríguez (1990) cuyo contenido se retomó de la escala de actitud "Sexual Knowledge and attitudes test" (S.K.A.T.) de Eyseck Wilson (1976), del cual sólo se tomaron algunos reactivos y los demás fueron elaborados por Camarillo y Rodríguez, quedando 42 reactivos (21 positivos y 21 negativos) realizando su validación por medio de jueces tomando solo los reactivos que tuvieron 80% de acuerdo, quedando sólo 21 reactivos, por lo que aumentaron 16 reactivos más. El cuestionario definitivo quedó conformado por 37 reactivos. Se obtuvo una correlación alta significativa ( $r=-1$ ,  $p=0,000$ ).

Posteriormente aplicaron un análisis factorial PA2 Varimax, se formaron 11 factores con un valor propio mayor que explicaban el 58.3 % de la varianza total acumulada. Además se obtuvo la consistencia interna de cada factor por medio del Alpha de Crombach siendo ésta mayor de 0.67 (Camarillo y Rodríguez, 1990).

Cada ítem tiene cinco alternativas de respuestas (Totalmente de Acuerdo, Acuerdo, Indeciso, Desacuerdo, Totalmente en Desacuerdo). Los factores que se formaron fueron:

*Coito premarital*: unión de un hombre y una mujer, en la cual el pene es insertado en la vagina, siendo solteras las dos personas o una de ellas.

*Aborto*: expulsión prematura e intencional del útero, del producto de la concepción.

*Masturbación*: estimulación de los propios órganos sexuales mediante el empleo de manos, movimientos musculares, medios mecánicos o cualquier método o procedimiento para llegar al orgasmo, excluyendo el coito.

*Sexo oral*: Caricias con la boca y lengua en los genitales.

*Expresiones comportamentales de la sexualidad*: diferentes formas de expresar nuestra sexualidad (masoquismo, exhibicionismo, zoofilia, fetichismo, travestismo).

*Anticonceptivos*: cualquier método que impide que la relación sexual tenga como consecuencia el embarazo.

*Virginidad:* estado físico de un hombre o una mujer en donde no se ha realizado el coito (pene-vagina)

*Educación sexual:* manejo de información sobre órganos genitales, orgasmo, coito y, además conocimiento acerca de uno mismo y del rol sexual propio.

*Coito anal:* penetración del pene en el ano.

*Homosexualidad:* gusto o preferencia sexual que tienen algunas personas para relacionarse afectiva y eróticamente con personas del mismo sexo.

*Juego previo al coito:* caricias eróticas que culminan en la penetración pene-vagina.

Sin embargo, en la presente investigación se modificó el reactivo número 30 ya que se consideró que el ítem presentaba de una manera general tres aspectos que podrían ser evaluados por los sujetos con valores diferentes. De esta forma la escala aplicada en esta investigación quedó integrada por 40 reactivos y uno cerrado.

Además se anexó un glosario con las palabras que podían presentar problema en cuanto a su significado, al ser leídas por las personas, ya que la muestra pudo estar conformada por personas de bajo nivel académico y presentar dificultad al entender palabras técnicas.

#### PROCEDIMIENTO:

Para cubrir la muestra de personas infectadas de VIH se contactó con centros de ayuda especializados en VIH/SIDA (Albergues de México, Valsida, Ser humano, Casa de la sal, CONASIDA, Fundación Mexicana de lucha contra el Sida, Mexfam, IKATIANI, Unidad de Medicina Familiar No. 14 del IMSS, Hospital Gabriel Mancera del IMSS etc.) pidiendo su colaboración, para la aplicación del instrumento a las personas infectadas que asisten a ellas.

De los cuales, sólo se aplicaron en los diferentes grupos de Albergues de México y el grupo de autoapoyo del Hospital Gabriel Mancera, ya que fueron los únicos en apoyar la realización de la investigación.

La aplicación del instrumento a la muestra de personas infectadas de VIH se dio en forma individual o colectiva según la forma de trabajar en estas instituciones.

La aplicación del instrumento a la muestra de personas no infectadas fue en forma auto aplicada y fueron seleccionados de manera accidental.

Para la muestra no infectada, el pasante se presentó como investigador de la carrera de Psicología, de la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza" de la UNAM, y dio a conocer los objetivos de dicha investigación, diciendo "se está realizando una investigación cuyo objetivo es conocer las actitudes que la población tiene hacia la sexualidad, por lo cual se está pidiendo su colaboración al contestar un cuestionario", posteriormente para fines de la investigación se le preguntó si alguna vez se había hecho la prueba de detección del VIH, si la respuesta era afirmativa se preguntó si resultó positiva o negativa.

#### ANÁLISIS:

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS (Nie, 1986) realizándose un análisis de varianza ANOVA, para conocer las diferencias entre las actitudes hacia la sexualidad de las personas infectadas de VIH/SIDA y de las personas no infectadas. Elaborándose previamente una base de datos en el paquete D'Base, además se realizó un análisis de frecuencias de los datos sociodemográficos (edad, sexo, edo. civil, escolaridad, ocupación, número de hijos, ingreso mensual, preferencia sexual y sólo en el caso de las personas con VIH el año en que se diagnosticó éste), para observar las características de la muestra.

## V. RESULTADOS

**RESULTADOS.****ANÁLISIS DE FRECUENCIAS**

La muestra estudiada estuvo compuesta por 200 sujetos, en dicha muestra el rango de edad osciló entre 15 y poco más de 51 años, con una media de edad de 31.9 y una desviación estándar de 11,368. Se observó una moda de 30, por lo tanto el porcentaje mayor fue de 30 años de edad (ver tabla 1).

**TABLA 1: FRECUENCIA DE LA EDAD.**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 - 20 AÑOS	17	8.5 %
21 - 25	40	20%
26 - 30	49	24.5%
31 - 35	40	19%
36 - 40	17	8.5 %
41 - 45	21	10.5 %
46 - 50	9	4.5 %
más de 51	5	2.5 %
no contestó	2	1%
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Respecto al sexo, se puede observar que la muestra quedó conformada por el 78.5 % (157) sujetos masculinos y el 21 % (42) sujetos del sexo femenino, observándose que la mayoría de la muestra estudiada fueron hombres (ver tabla 2).

TABLA 2: FRECUENCIA DEL SEXO.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	157	78.5 %
FEMENINO	42	21 %
no contestó	1	0.5 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

También se puede observar que el estado civil de los sujetos que componen la muestra, el 74.5 % (149) son solteros, el 20 % (40) casados y el 2.6 % (5) tenía otro estado civil, se obtuvo una moda de 1, lo que significa que la mayoría de los sujetos son solteros (ver tabla 3).

TABLA 3: FRECUENCIA DEL ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	149	74.5 %
CASADO	40	20 %
OTRO	5	2.6 %
no contestó	6	3 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

En cuanto a la escolaridad de los sujetos de la muestra, el 49 % (99) tenía un nivel de educación superior siendo éste el de mayor porcentaje, seguido del bachillerato con un 31 % (62) (ver tabla 4).

TABLA 4: FRECUENCIA DE LA ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	4	2 %
SECUNDARIA	11	5.5 %
BACHILLERATO	62	31 %
COMERCIO	5	3 %
LICENCIATURA	99	49 %
POSGRADO	3	1.5 %
no contestó	15	7.5 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

En la variable que indica la ocupación de la muestra estudiada, se pudo observar que el mayor porcentaje de los sujetos son empleados de alguna empresa teniendo un porcentaje de 34% (68), después los profesionistas con un porcentaje de 20.5% (41) (ver tabla 5).

TABLA 5: FRECUENCIA DE LA OCUPACIÓN.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESEMPLEADO	6	3 %
HOGAR	5	2.5 %
OBRAERO	1	0.5 %
EMPLEADO	68	34 %
COMERCIANTE	21	10.5 %
PROFESIONISTA	41	20.5 %
ESTUDIANTE	29	14.5 %
PENSIONADO	8	4 %
no contestó	21	10.5 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

Respecto al número de hijos que tienen los sujetos de la muestra estudiada, el 68 % (136) no tienen hijos, el 9.5 % (19) tienen un hijo, el 7 % tienen 2 hijos, y el 7 % tienen 3 o más hijos, por tanto, la mayor parte de los sujetos no tienen hijos (ver tabla 6).

**TABLA 6:** FRECUENCIA DEL NUMERO DE HIJOS.

No. de HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin hijos	136	68 %
1 hijo	19	9.5 %
2 hijos	14	7 %
más de 3 hijos	14	7 %
no contestó	17	8.5 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

Observando el ingreso mensual de la muestra, se puede concluir que el ingreso mensual de la población estudiada es muy variable siendo el 53.5% de ésta las personas que perciben un sueldo de 1,500 en adelante y el 46.5% de personas que no perciben sueldo o perciben menos de 1,500, o se negaron a contestar (ver tabla 7).

**TABLA 7:** FRECUENCIAS EN EL INGRESO MENSUAL.

INGRESO MENSUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No percibe ingreso	29	14.5 %
menos de 1500	18	9 %
1,500 a 3,000	56	28 %
3,001 a 5, 000	30	15 %
5,000 a 6, 500	9	4.5 %
6,500 a 8,000	5	2.5 %
más de 8,000	7	3.5 %
no contestó	46	23 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

De los 200 sujetos que integraron la muestra, el 40% (80) tenía una preferencia heterosexual, el 46.5 % (93) eran homosexuales, y el 6 % (12) bisexuales (ver tabla 8).

**TABLA 8: FRECUENCIA DE LA PREFERENCIA SEXUAL.**

		SEROPOSITIVOS					SERONEGATIVOS				
		hetero	homo	bisexual	n/c	total	hetero	Homo	bisexual	n/c	total
Hombres		5	73	10	6	94	54	6	2	2	64
Mujeres		5	0	0	0	5	29	1	0	6	36
<b>Total</b>		10	73	10	6	99	83	7	2	8	100

Nota: una persona no contestó el genero al que pertenecía, ni la preferencia.

En cuanto a la muestra que esta infectada de VIH/SIDA, el año en que se les diagnosticó éste fue: 1 % (2) antes de 1985, el 9 % (18) de 1986 a 1989, el 4 % (8) de 1990 a 1991, el 7 % (14) de 1992 a 1993, el 11.5 % (25) de 1994 a 1995, el 16.5 % (33) de 1996 a 1997; y el 1% (2) en lo que va del presente año. Siendo más del 50% diagnosticadas a partir en los últimos cinco años (ver tabla 9).

**TABLA 9: FRECUENCIA EN EL AÑO DE DIAGNÓSTICO DEL VIH/SIDA.**

AÑO DE DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Antes de 1985	2	1 %
1986 - 1989	18	9 %
1990 - 1991	8	4 %
1992 - 1993	14	7 %
1994 - 1995	25	11.5 %
1996 - 1997	33	16.5 %
1998	2	1 %
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

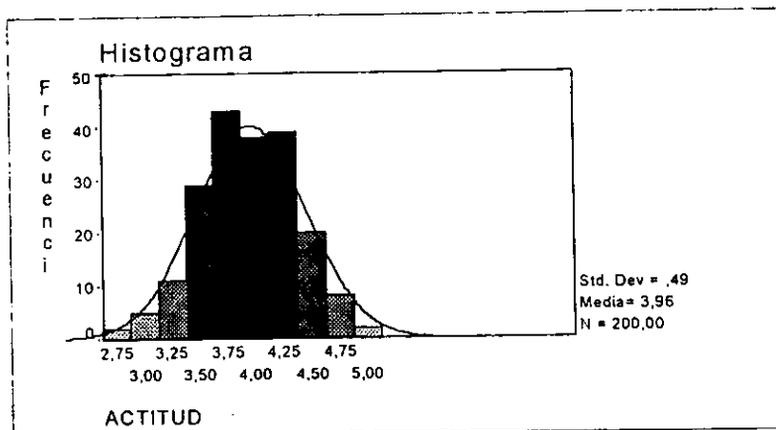
## ANÁLISIS DE VARIANZA.

En la variable actitud si hubo diferencias significativas en los grupos  $F=27.5191$ ,  $p=.0000$ , siendo el grupo portador de VIH/SIDA los que tuvieron una actitud más positiva hacia la sexualidad obteniendo una  $x=4.12786$  ( $\sigma=.50958$ ), y el grupo de no portadores de VIH una actitud, si no negativa, indecisa hacia la sexualidad obteniendo una  $x=3.78415$  ( $\sigma=.40981$ ) (ver tabla 10.)

**TABLA 10:** VARIANZA EN LA ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS PORTADORAS DE VIH/SIDA.

GRUPOS	MEDIA	$\sigma$	RAZÓN F	SIGNIFICANCIA
GRUPO PORTADOR VIH-SIDA	4.12786	0.50958	27.5191	.0000
GRUPO NO PORTADOR	3.78415	0.40981		

La actitud general de las personas que integraron la muestra fue positiva, las respuestas que tuvieron más frecuencia fueron: indeciso y de acuerdo, tomando como media 3.96 se puede decir que se esta llegando a una actitud más positiva hacia la sexualidad



A continuación se hará una descripción de los resultados obtenidos en la investigación de acuerdo a cada uno de los indicadores, aplicándose un análisis de varianza para cada uno de los factores.

#### FACTOR COITO PREMARITAL

En la muestra estudiada, no se mostró diferencia significativa entre los grupos en cuanto a su actitud hacia el coito premarital, ( $F = 0317$ ,  $p = .8588$ ). Se obtuvo una moda de 5, por lo tanto se mostraron totalmente de acuerdo en cuanto a éste (ver tabla 11).

**TABLA 11:** VARIANZA DEL FACTOR COITO PREMARITAL.

GRUPOS	MEDIA	RAZÓN F	SIGNIFICANCIA
GRUPO PORTADOR DE VIH-SIDA	4.2600	.0317	.8588
GRUPO NO PORTADOR	4.280		

## FACTOR VIRGINIDAD

En cuanto a la virginidad no existieron diferencias significativas, y se obtuvo una moda de 5, por tanto la virginidad no es importante para la mayoría de la muestra (ver tabla 12).

TABLA 12: VARIANZA DEL FACTOR VIRGINIDAD

GRUPOS	MEDIA	RAZÓN F	SIGNIFICANCIA
GRUPO PORTADOR VIH-SIDA	4.0133	1.2849	.2584
GRUPO NO PORTADOR	3.8767		

## FACTOR ABORTO

En este factor no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en su actitud. Obteniéndose una moda de 4 por tanto la mayoría de los sujetos no están de acuerdo en que se legalice el aborto (ver tabla 13).

TABLA 13: VARIANZA FACTOR ABORTO.

GRUPOS	MEDIA	RAZÓN F	SIGNIFICANCIA
GRUPO PORTADOR VIH-SIDA	3.5133	.0074	.9314
GRUPO NO PORTADOR	3.5033		

## FACTOR MASTURBACION

En lo que respecta a la masturbación, en las muestras estudiadas, se encontraron diferencias significativas en los grupos ( $F = 13.2611$ ,  $p = .0003$ ). Se observó una actitud más favorable por parte de los portadores de VIH/SIDA obteniéndose una  $x = 4.39$ . En el grupo de los no portadores presentaron una actitud menos favorable con una  $x = 3.99$ . Los datos anteriores nos indican que las personas infectadas de VIH/SIDA presentan una actitud más positiva e ideas menos deformadas en cuanto a la masturbación (ver tabla 14).

TABLA 14: VARIANZA FACTOR MASTURBACIÓN.

GRUPOS	MEDIA	RAZÓN F	SIGNIFICANCIA
GRUPO PORTADOR VIH/SIDA	4.3900	13.2611	.0003
GRUPO NO PORTADOR	3.9900		

## FACTOR SEXO ORAL

En este factor, se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos ( $F = 11.5614$ ,  $p = .0008$ ), siendo el grupo portador de VIH los que obtuvieron una actitud más positiva hacia el sexo oral ( $x = 4.0525$ ). No así el grupo de personas no portadoras ( $x = 3.6425$ ) (ver tabla 15).

TABLA 15: VARIANZA FACTOR SEXO ORAL.

GRUPOS	MEDIA	RAZÓN F	SIGNIFICANCIA
GRUPO PORTADOR VIH-SIDA	4.0525	11.5614	.0008
GRUPO NO PORTADOR	3.6425		

## FACTOR EXPRESIONES DE LA SEXUALIDAD

Por lo que respecta a la actitud hacia las diferentes expresiones de la sexualidad (fetichismo, exhibicionismo, travestismo, zoofilia), se encontró que las personas portadoras del VIH/SIDA manifestaron menos rechazo hacia éstas ( $x = 3.4540$ ). Por otro lado el grupo de no portadores manifestaron una actitud más negativas hacia éstas ( $x = 3.2280$ ). El nivel de significancia fue de  $F = 4.7744$ ,  $p = 0301$  (ver tabla 16).

TABLA 16: VARIANZA DEL FACTOR EXPRESIONES DE LA SEXUALIDAD.

GRUPOS	MEDIA	RAZÓN F	SIGNIFICANCIA
GRUPO PORTADOR VIH-SIDA	3.4540	4.7744	.0301
GRUPO NO PORTADOR	3.2280		

## FACTOR ANTICONCEPTIVOS

En este factor no se encontró diferencias significativas entre los grupo, además se obtuvo una moda de 5, es decir, la mayoría de la muestra tiene una actitud positiva hacia los anticonceptivos (ver tabla 17).

TABLA 17: VARIANZA DEL FACTOR ANTICONCEPTIVO.

GRUPOS	MEDIA	RAZÓN F	SIGNIFICANCIA
GRUPO PORTADOR VIH-SIDA	4.1200	1.8391	.1766
GRUPO NO PORTADOR	4.2767		

## FACTOR EDUCACIÓN SEXUAL

En este factor se encontraron diferencias significativas entre los grupos con una  $F = 4.6506$ ,  $p = .0322$ . Presentándose una actitud más positiva por parte de las personas portadoras del VIH/SIDA (ver tabla 18).

TABLA 18: VARIANZA DEL FACTOR EDUCACIÓN SEXUAL.

GRUPOS	MEDIA	RAZÓN F	SIGNIFICANCIA
GRUPO PORTADOR VIH-SIDA	3.8720	4.6506	.0322
GRUPO NO PORTADOR	3.7110		

## FACTOR COITO ANAL

En este factor si se encontraron diferencias significativas con una  $F = 11.8712$ ,  $p = .0007$ , por lo tanto el grupo con personas portadoras del VIH tiene una actitud más favorable (4.1900) con respecto al coito anal, que las personas no portadoras ( $x = 3.6200$ ), manteniendo una actitud de indecisión hacia ésta (ver tabla 19).

TABLA 19: VARIANZA DEL FACTOR COITO ANAL.

GRUPOS	MEDIA	RAZÓN F	SIGNIFICANCIA
GRUPO PORTADOR VIH-SIDA	4.1900	11.8712	.0007
GRUPO NO PORTADOR	3.6200		

## FACTOR HOMOSEXUALIDAD

En este factor, el grupo de portadores tuvo una actitud más positiva hacia la homosexualidad ( $x = 4.1700$ ), que las personas no portadoras ( $x = 3.6700$ ). Con un nivel de significancia de  $F = 16.2120$ ,  $p = 0001$  (ver tabla 20).

TABLA 20: VARIANZA DEL FACTOR HOMOSEXUALIDAD.

GRUPOS	MEDIA	RAZÓN F	SIGNIFICANCIA
GRUPO PORTADOR VIH-SIDA	4.1700	16.2120	.0001
GRUPO NO PORTADOR	3.6700		

## FACTOR JUEGO PREVIO

En este factor no se obtuvo diferencia significativa (ver tabla 21).

TABLA 21: VARIANZA DEL FACTOR JUEGO PREVIO AL COITO.

GRUPOS	MEDIA	RAZÓN F	SIGNIFICANCIA
GRUPO PORTADOR VIH-SIDA	4.3750	.3565	.5511
GRUPO NO PORTADOR	4.3000		

## DISCUSIÓN.

El propósito de esta investigación fue conocer si existen diferencias en las actitudes hacia la sexualidad entre las personas infectadas de VIH/SIDA y personas que no estén infectadas, e identificar cuales son esas diferencias.

En lo que se refiere a las características de la muestra se observó que las personas que la integran eran jóvenes - adulta, siendo la mayoría de éstas hombres solteros, sin hijos y tenían un nivel de escolaridad de licenciatura.

Así mismo, se encontró que la preferencia de la mayoría de la población era heterosexual, seguida de la homosexual y una minoría bisexual.

También se encontró que la mayoría de las personas infectadas de VIH/SIDA fueron diagnosticadas entre los años de 1994 a 1997, siendo el 38% de la muestra, y el 21% se diagnosticó desde antes de 1985 a 1993 y teniendo el 1% de enero a marzo del presente año; lo cual demuestra un aumento en la infección de VIH en los últimos años.

Respecto al objetivo planteado, los resultados obtenidos reflejaron que la actitud hacia la sexualidad fue significativamente diferente entre las personas infectadas de VIH y las personas no infectadas, rechazándose así la hipótesis de investigación.

Teniendo una actitud más positiva hacia la sexualidad de manera general, las personas portadoras (infectadas o seropositivas) del VIH/SIDA, y las personas no portadoras del virus tuvieron una actitud negativa o de indecisión hacia ésta. Esto se debe a la vigencia del doble estándar que existe entre lo que es permitido y no permitido en nuestra sociedad, y a los cambios que ha sufrido la sexualidad en los últimos años.

Las diferencias se manifiestan a través de los diferentes factores y de sus resultados obtenidos en la escala de actitud hacia la sexualidad.

Los hallazgos obtenidos en el factor coito premarital, virginidad, anticonceptivos aborto y juego previo al coito no indican diferencias significativas entre las muestras. Sin embargo, se muestra una actitud muy positiva hacia la mayoría de éstos.

Dentro del factor coito premarital se encontró que la mayoría de la muestra estudiada tuvo una actitud muy positiva ante éste, estableciendo que tanto hombres como mujeres tienen derecho a establecer relaciones sexuales antes de casarse. De acuerdo con Cagnon (1980), la evidencia sobre los cambios en los índices de experiencia sexual premarital, parecen indicar que una proporción relativamente grande de jóvenes, ya no son inexpertos respecto al coito y han tenido alguna experiencia con uno o varios compañeros sexuales. Las razones para tener el primer coito según McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, (1996), han cambiado en el transcurso de las décadas, y ello lleva a considerar que la presión del grupo de compañeros o vivir en pareja antes de casarse, tiene en la actualidad, una mayor importancia que en el pasado.

Alfaro (1991) y Morales (1996), encontraron que la mayoría de los adolescentes muestran una actitud favorable hacia las relaciones sexuales premaritales. Esto puede explicarse con lo que menciona Katchadourian y Lunde (1978), de que la sexualidad es un proceso evolutivo que se enriquece de la experiencia personal y de los factores ambientales que le rodea, por lo que forma parte de la expresión del comportamiento del individuo.

Camarillo y Rodríguez (1990) también mencionan que para la mitad de los pobladores del país, las relaciones sexuales prematrimoniales son naturales y para la tercera parte restante inmorales y prohibidas.

Estos mismos resultados los confirma Tovar Laurea (1991), quien demostró que la mayoría de los adolescentes de una escuela de orientación para varones mostraron actitudes liberales hacia el coito premarital.

Partiendo de estos resultados, se puede afirmar que la mayoría de las personas reflejan una actitud sexual que consiste en tener relaciones sexuales placenteras como primer contacto, antes de asumir un compromiso de pareja con fines de concepción, reflejando mayor influencia hacia las posturas sexuales liberales, excluyendo prejuicios, y adoptando de manera más consciente el papel sexual.

En el factor virginidad, se encontró que la mayoría de las personas tuvieron una actitud negativa hacia la virginidad, apoyando así las relaciones prematrimoniales. Desde el punto de vista en que no constituye un factor importante para el éxito de un matrimonio, por lo tanto carece de importancia. Tomando como base lo que menciona Laury (1990), antes, la virginidad aseguraba que la mujer no podía estar embarazada ni afectada por una enfermedad venérea, pues éstas eran más temidas, porque no había tratamientos eficaces, sin embargo, a partir de la

comercialización de la píldora anticonceptiva, la mujer tuvo la posibilidad real y práctica de escoger entre la procreación y el disfrute genital sin consecuencias.

Tovar y Mendez (1991), hallaron que la virginidad es valorada por el varón en su aspecto físico, sin embargo muestra una actitud de comprensión en relación con la mujer no virgen. Los hombres pierden la virginidad con quien se deje; las mujeres con el novio. El hombre miente más fácilmente que la mujer para satisfacer su sexualidad. Desde este punto de vista, se sigue considerando que los hombres lo hacen por primera vez por curiosos y calientes, las mujeres por amor, considerándola objeto de amor.

Otro punto de vista es el de Alfaro (1991), quien en su investigación observó que la mayoría de los adolescentes están de acuerdo en que la virginidad es un valor importante en nuestra sociedad, mostrando así una contradicción en cuanto a su actitud hacia las relaciones premaritales.

De acuerdo a lo anterior, Papalia (1985), opina que en años recientes, muchos jóvenes se sienten presionados a involucrarse y a tener una actitud favorable hacia las relaciones sexuales, ya que algunas veces, los adolescentes se preocupan por su normalidad cuando todavía son vírgenes a los 19 o 20 años, por lo que muchos de ellos se comprometen en actividades sexuales para sentirse libres de la molestia que puede implicarles la virginidad y pueden incluso verse libres de las presiones por parte de las amistades. Esto es respaldado por las investigaciones realizadas por Camarillo y Rodríguez (1990), quienes afirman que la edad de inicio de las prácticas sexuales ha disminuido, además que numerosos adolescentes hoy en día son sexualmente activos.

Actualmente un gran número de hombres y mujeres ya no quieren empezar su vida sexual como anteriormente se hacía, los hombres iniciaban las relaciones sexuales con prostitutas y las mujeres esperaban a casarse para tener su primera relación. Ahora ambos prefieren comenzar con alguien que conocen y que no implique un compromiso formal de pareja (CONAPO, 1994).

En cuanto al factor aborto se observó que la mayoría de la muestra estudiada tenía una actitud positiva hacia el aborto, es decir, no lo consideraban como una forma de control natal, sin embargo opinaban que era justificable bajo ciertas circunstancias no siendo reprochable, por lo que se debían promulgar leyes a su favor.

Apoyando esta investigación Montoya Pérez (1980) encontró que los adolescentes apoyan el aborto cuando no se desea un hijo, sin embargo rechazan que sea legalizado. Ahora bien,

Morales (1996) también descubrió que había una aceptación hacia el aborto por parte de los adolescentes, debido a que quieren reflejar una actitud de libertad sexual, lo que significa una mayor responsabilidad de su propio cuerpo en la medida en que no desean un hijo, principalmente por obstaculizar la continuidad de sus estudios

Una de las causas por las que muchos jóvenes están a favor del aborto, es por el estado civil en que se encuentran, el deseo de finalizar los estudios, y la realización profesional y social de la mujer.

Otra perspectiva es la de Alfaro (1991) que encontró que en general los adolescentes tienen una actitud desfavorable hacia el aborto, debido tal vez a principios religiosos y al tipo de sociedad al que pertenecen. Así mismo, Camarillo y Rodríguez (1990) encontró que en opinión de los pobres y los menos escolarizados del país, el aborto es prohibido o castigado en primer término, o practicado bajo control legal. Sólo uno de cada diez piensa que debe ser legalizado, teniendo los jóvenes una actitud más positiva hacia éste. Esto se debe a que actualmente el aborto provocado, cuenta con indicios partidarios para que su práctica sea legal y acérrimos contrarios a ésta posición en todas las capas de la sociedad en general por motivos éticos y religiosos.

También se observó que dentro del factor anticonceptivos, existe una mayor aceptación hacia éstos, ya que cumplen con dos funciones, evitar un embarazo y protegerse de enfermedades de transmisión sexual. Así mismo, Morales (1996) también demostró que la mayoría de los adolescentes tienen una actitud favorable hacia éstos.

Ya que éstos fueron la influencia más importante en las actitudes sexuales, en que se logró separar el propósito reproductivo de la satisfacción del placer genital, dando mayor libertad y responsabilidad sexual.

Sin embargo, Alfaro (1991) menciona que a pesar de que los adolescentes conocen los métodos anticonceptivos no quiere decir que sepan usarlos.

Tomando como base un estudio de Mancilla (1996) quien demostró que las mujeres seronegativas no usan condón en sus prácticas sexuales, por diferentes causas (solo han tenido una pareja sexual, por tanto consideran que no es apropiado, o porque el amor las protegerá), y que la mitad de los hombres seropositivos usan condón y la otra mitad no lo usa, incurriendo a relaciones de alto riesgo. Esto se apoya con una investigación realizada por Cruz, Martínez y

Pelayo (1991) quienes encontraron que un grupo de parejas homosexuales masculinos presentó más resistencia al uso de preservativos, debido a muchos mitos existentes (como el que no se siente igual con condón, le quita romanticismo al momento, etc.).

Ahora bien, en el factor juego previo al coito, se mostró una actitud positiva por la mayor parte de la muestra estudiada, ya que estas generan una mayor comunicación entre la pareja, además se toma como método sexual y de desahogo. Según McCary, Álvarez, Del Río y Suárez, (1996), la estimulación, el juego amoroso antes del coito, constituye lo más satisfactorio cuando se emplean manos y dedos de modo libre. Y aunque el manoseo es el sendero real al coito, también puede ser muy placentero por sí solo.

En el factor Masturbación, se encontraron diferencias significativas, ya que el grupo de personas seropositivas tiene una actitud más positiva hacia la masturbación, esto se debe quizá a que adquiere dos significados, por un lado, es una experiencia sexual sana, libre y placentera y por otro como medio de prevención del SIDA. La masturbación ofrece un sustituto excelente para la liberación de la tensión sexual, por ello, muchas de las personas seropositivas al no estar en condiciones de tener muchas relaciones sexuales por la culpa que les ocasionaría poner en riesgo a más personas, optan por masturbarse.

En tanto que las personas seronegativas tuvieron actitudes de indecisión hacia la masturbación. Respaldando estos resultados, Tovar y Méndez (1991) llegaron a la conclusión de que la masturbación es la práctica sexual entre los adolescentes presentando fuertes sentimientos de culpa, asociadas a la creencia de que dicha práctica puede generar daño físico y mental.

A pesar de que actualmente es una forma de conducta sexual relativamente aceptada en parte de las sociedades, quedan aún los restos de la desinformación y malinformación que se han acumulado sobre ella durante varios siglos.

Esto se puede comprobar en la investigación realizada por Mancilla, en la que pocos de los sujetos refirieron introducir los dedos en su vagina (caso de mujeres), así mismo masturbación mutua y caricias sin penetración.

Según Neira (1988), un factor importante en la masturbación es el sentimiento de culpa que infunde la cultura. Después de que el individuo se masturba puede, por razón de las creencias populares y religiosas o por tabúes sociales al respecto, sentir remordimiento: remordimiento que lo hace sentir inferior, indigno e infelices, esto a su vez lo lleva a buscar un desahogo, un

desquite, recurriendo de nuevo a la masturbación. Si un individuo se masturba la culpabilidad del acto no elimina la masturbación sino que hace menos agradable una conducta normal que de todos modos se dará.

Por otro lado, Morales (1996) observó que los adolescentes declaran una actitud liberal de la masturbación lo que significa, por un lado, que estas generaciones manifiestan una sexualidad sana, eliminando todo sentimiento de culpa o conflicto, reflejando una evolución sobre los prejuicios de una sexualidad reprimida.

Antes, cuando se tenía con quien tener relaciones sexuales se vivía entre el alivio y el placer sexual, y la culpa de la masturbación; hoy buena parte de los universitarios le han quitado drama y crisis a la masturbación, de la cual mitad de ellos la aprueban no le dan importancia o ni siquiera tienen opinión formada al respecto.

Con esta misma visión se puede sustentar los resultados de la investigación presente, tomando en cuenta que la mayoría de las personas no portadoras del VIH, toman una actitud de indecisión ante ésta, ya que aún en la actualidad persisten mitos acerca de ella, prefiriendo tomar una posición neutral ante ella.

En tanto las actitudes hacia el sexo oral, existieron diferencias significativas entre los grupos, siendo las personas seropositivas las que tienen una actitud más positiva hacia éste, aceptándolo como escape erótico, sano y normal.

Respaldando estos resultados, Tovar y Méndez (1991) encontraron que la mayoría de los adolescentes tenían una actitud liberal respecto al sexo oral.

La muestra de personas seropositivas generalmente tienen preferencias homosexuales, por ello es que el cunnilingus (sexo oral) es una de las técnicas de contacto sexual que mujeres y hombres homosexuales practican en forma específica para llegar al orgasmo incluyendo el frotamiento corporal, y la práctica activa o pasiva de la masturbación y, además dedican mayor tiempo a besarse, acariciarse en forma mutua antes del orgasmo que las parejas heterosexuales (Gotwald y Holtz, 1983).

Sin embargo, las personas seronegativas mostraron una actitud de negativa o de indecisión ante el sexo oral, declarando que no es pervertido, pero tampoco tan normal como un beso en la boca.

En cuanto a la educación sexual, si existieron diferencias, ya que el grupo de personas portadoras de VIH/SIDA, tienen una actitud más positiva hacia ella, quizás porque tras haber recibido el diagnóstico, buscan empaparse de información acerca de su enfermedad, tratando de llegar a una conclusión del porqué su infección, o tratando de tomar medidas preventivas para su avance, y evitar infectar a sus seres queridos, modificando su conducta sexual en función de un mayor control de ésta. Aprovechando la información que ha obtenido sobre el SIDA, se involucra en organizaciones que dan una nueva conciencia sobre la enfermedad a la comunidad. Adicionalmente, reevalúan su sexualidad y el rol que desempeña su personalidad en el propio estilo de vida.

Por otro lado, las personas que no son portadoras de VIH/SIDA, tienen una actitud menos positiva ante esta, tal vez porque se piensa que la educación sexual conduce a la promiscuidad.

Algunas personas piensan que recibir educación de la sexualidad, invita a tener relaciones sexuales, evitando que hombres y mujeres conozcan sus cuerpos, los riesgos de su comportamiento y persistan sus dudas y la angustia que le proporciona el no estar informado.

Además, tomando en cuenta que dentro de este factor se encuentra la actitud hacia las enfermedades de transmisión sexual, muchas de estas personas no tienen mucha información acerca de éstas, no percibiéndose en riesgo de contraer una infección, además, siguen existiendo grupos, organizaciones sociales e individuos que consideran que el SIDA es una enfermedad denigrante, producto de un comportamiento inmoral y, que por ende, los afectados merecen condiciones negativas (CONASIDA, 1993)

Hay que tomar en cuenta que esta falta de educación se debe a que todavía existen contradicciones en cuanto a la información que los medios de comunicación transmiten, preservando el cúmulo de falsedades y tabúes, así como separando la sexualidad del resto de la personalidad del individuo.

En el factor homosexualidad se encontró que las personas seropositivas tienen una mayor aceptación hacia la homosexualidad, esto se debe a que gran parte de esta población tiene preferencias homosexuales, sin embargo hay quienes a pesar de su preferencia no tiene una actitud muy positiva hacia ésta, ya que en muchos casos sufren una continuación de la marginación que han vivido a lo largo de su vida.

Según Miller, Weber y Green (1989), es frecuente que surjan conflictos no resueltos sobre la homosexualidad del paciente en particular, cuando el proceso de exteriorización se ha relacionado con un traumatismo familiar, como divorcio o falta de aceptación de los padres.

Partiendo de lo que se dijo en el marco teórico, la reacción de la familia ante la infección estará en función de su capacidad de adaptación o rechazo a la homosexualidad y/o bisexualidad del paciente, más que de la enfermedad en sí misma. Esto es frecuente en los casos en los que de alguna manera era algo desconocido para la familia y que para muchas de ellas es algo vergonzoso y vivido como una perversión lo que les impide relacionarse y apoyar al paciente. Estos pacientes manifiestan arrepentimiento y dolor por saber que la enfermedad es consecuencia de su conducta y la afección que causa en su familia (Villegas, 1992). Sin embargo, hay que considerar que la enfermedad es considerada como de transmisión sexual, por tanto, a estas personas se les juzga por su conducta sexual sin ser la causa de su infección.

Sin embargo, ante esto la comunidad homosexual comprende muchos subgrupos y si el enfermo no ha sido parte de un círculo social establecido, busca uno para sentirse apoyado y conservar su identidad sexual como homosexual.

Ahora bien, las personas seronegativas presentaron una actitud menos positiva hacia la homosexualidad. Esto se debe a que la sexualidad tradicional conservadora se manifestó en contra de los grupos sexuales en donde se manifestó la enfermedad, vinculando así la homosexualidad a enfermedad. Una investigación realizada en la Comunidad Autónoma Vasca, por Páez, Sanjuán, Vergara (1991; en Morales 1996) muestra que las personas continúan asociando el SIDA con grupos desviantes percibidos como de alto riesgo.

Esto lo refuerza la investigación hecha por Mancilla (1996), quien encontró que muchas personas han tenido relaciones con gente de su mismo sexo sin admitirlo, ya que la heterosexualidad representa lo que se espera de ellos, además viven su homosexualidad en la oscuridad, por ser padres de familia.

De esta manera muchos consideran la conducta homosexual como contranatural, ya que se manifiesta una ideología sexual caracterizada por tres elementos: sexismo, machismo y heterosexismo, debido a que se identifica a la sexualidad con reproducción.

Además, hay que recordar que las actitudes están influenciadas por los distintos medios de comunicación, éstos, frecuentemente mandan mensajes contradictorios, por ejemplo, CONASIDA

se ha empeñado en decir que la homosexualidad es una preferencia sexual, y por otro lado PROVIDA, estipula que una persona homosexual es una persona enferma, que tiene desviaciones en su sexualidad, que es una acción antinatural. Así, se entra un debate entre lo bueno y lo malo, ocasionando que las personas que tienden a expresar su sexualidad de esa forma, lo oculten y vivan entre la angustia y la culpa. Otra consecuencia social es la discriminación relacionada con la homosexualidad, justificándola siempre con el pretexto de proteger la salud pública.

En el factor coito anal, se observan diferencias entre los grupos, siendo también el grupo de personas seropositivas las que tienen una actitud más positiva ante éste, esto se debe principalmente a que este grupo está formado por personas de preferencia sexual homosexual y bisexual, tomando en cuenta que la cópula anal, es una de las técnicas de contacto sexual que usan los hombres homosexuales para alcanzar el orgasmo incluyendo la masturbación, felación (sexo oral), y frotamiento del cuerpo contra el de la pareja.

Mancilla encontró que los hombres seropositivos practican frecuentemente el coito anal sin condón, siendo éste la práctica de mayor riesgo en la transmisión del VIH.

En los hombres seropositivos el número de coito anales cuando penetra a su compañera es de cero, uno y dos coitos; siendo en los seronegativos igual.

Este mismo autor señala que las mujeres seronegativas muy pocas veces practican el coito anal.

Esto sustenta los resultados de esta investigación en los que se observa que las personas seronegativas demostraron tener una actitud menos positiva ante el coito anal.

Dentro del factor expresiones de la sexualidad también se encontraron diferencias, en los que las personas seropositivas son las que tienen una actitud más favorable ante éstas. Ya que piensan que mientras no haga daño a ninguno de los participantes se considera sana, además generalmente se preocupan por sus derechos como homosexuales, y por ello no acostumbran a estigmatizar otras expresiones.

En cuanto a las personas seronegativas la actitud se observó más negativa, ya que consideran todas esas expresiones como fenómenos aberrantes o perversos.

Son muchas personas acostumbradas a estigmatizar cualquier actividad sexual que se desvía de su propio método, de esta forma, tal fenómeno será aberrante o pervertido. La sociedad mexicana adopto como único método normal el coito pene - vagina, hombre - mujer, por ello este comportamiento sexual atípico equivale a perversión, tan sólo porque está fuera de lo ordinario para esta cultura.

Estas declaraciones se encuentran justificadas, por el hecho de que existen grados y matices de todos estos tipos de conducta. En la medida que tal vez obstaculicen su funcionamiento diario o la relación con los demás, tal vez se les clasifique como disfunciones, problemáticas o desviaciones (Gotwald y Holtz, 1983).

De acuerdo a los resultados en la investigación, se puede afirmar que la sexualidad actualmente ha sufrido un cambio radical con la aparición del SIDA, sobre todo en quienes la padecen en relación con su entorno, ya que se presenta un conflicto con respecto a su sexualidad (arrepentimiento, sentimientos de culpa y dolor por saber que la enfermedad es consecuencia de su conducta y la afección que causa en su familia).

Es un hecho ciertamente comprobado que la actitud que una persona adopta en momentos que se podrían llamar límite no siempre coincide con su actitud previa, es decir, con su forma de actuar y pensar cotidiana. Ser seropositivo (portador del VIH) implicará cargas o problemas aparte de los emocionales, que pueden tener un efecto importante en la forma en que vive la persona, a pesar de que se encuentran en buenas condiciones casi todo el tiempo (Miller, 1989). Por ello se puede decir que las personas seropositivas tienen una actitud más positiva hacia la sexualidad ya que se están enfrentando a la realidad de la pandemia SIDA. Dejando atrás prejuicios, tabúes, errores, enfrentándose a una nueva responsabilidad, que quizás no asumieron antes, su salud y la de los demás.

Por otra parte, las personas que no son portadoras de VIH/SIDA muestran una actitud de indecisión o indiferencia ante la sexualidad, para ello hay que tener en cuenta, que las investigaciones anteriores a ésta generalmente encuentran actitudes más positivas hacia ésta debido a que su estudio se ha centrado principalmente en los adolescentes, en cambio, en el presente estudio, la mayoría de las personas tienen una edad de entre 25 y 35 años, por tanto difiere de las investigaciones hechas.

En tanto los adolescentes tienen una actitud más positiva, ya que en esta etapa generalmente los jóvenes buscan una mayor libertad en todos los sentidos, con el propósito de

probar o mostrar madurez e independencia, principalmente en lo sexual. Empieza a recibir una fuerte influencia de los amigos, la televisión, la moda, el cine, etc. Y las relaciones familiares o con cualquier persona que represente autoridad, están llenas de fricciones. En cambio, las personas adultas empiezan a reevaluar sus comportamientos, se empieza a comprender que la sexualidad del adulto no sólo es tener relaciones sexuales, sino también tener emociones, sentimientos y afecto, además una responsabilidad consigo mismo y con la pareja (CONAPO, 1994).

Se puede decir que esa indecisión puede representar el mostrarse tolerantes y respetuosos con la libertad individual, si bien mantienen algunas creencias abiertas con respecto al comportamiento sexual, procreación, defensa de todas las opciones sexuales, pero con los límites que impone la no coerción física ni psíquica, además se rigen por sus valores y creencias en su comportamiento.

Actualmente, existen muchas conductas de alto riesgo que la población no se ha atrevido cambiar, además resulta difícil hablar de las necesidades y deseos sexuales, buscando expresiones que sean igualmente placenteras, legítimas y mucho más seguras. Ante esto, sólo se observa una gran indiferencia respecto a estos temas, creándose una resistencia al cambio en la educación de la gente, así mismo identificando equivocadamente estos cambios, como una completa libertad sexual y con la ausencia total de regulación. Viviendo entre la confusión del comercio sexual, dejando a un lado el significado del amor y teniendo como único principio el placer.

El SIDA ha venido a cuestionar a la sexualidad, ha abierto nuevos caminos, y ha cerrado muchos, porque el descubrirnos como seres humanos es lo que nos puede ayudar a controlar esta enfermedad, hay que dejar hablar a ellos, hay que dejar que nos enseñen y que compartan sus experiencia, a ellos que viven y luchan por un nuevo día feliz.

Así, la información juega un papel importante, porque ello implica tener opciones, y al tener opciones se está obligado a decidir, a vivir con dignidad y calidad, atentos a las necesidades de ese ser integral, o permanecer sordos e inmóviles esperando a que el virus llegue a cada uno, devaste el organismo y haya más muertes.

*"Nunca somos tan conscientes de nuestro cuerpo como cuando nos anuncian la posibilidad de una enfermedad mortal. Ante la inminencia de la última batalla obligamos al mundo a que se encarne en nosotros. Para ser más exactos: el mundo es únicamente nuestra carne y en ella se va a dilucidar su historia y su destino"*

Rafael Argullol.

## CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos, se puede observar que las personas portadoras del VIH/SIDA tienen una actitud más positiva hacia la sexualidad que las personas no portadoras.

Por un lado las personas portadoras del VIH/SIDA tuvieron una actitud de aceptación hacia cualquier conducta sexual, mostrando una actitud favorable hacia la libertad sexual evitando someter a juicio conductas sexuales que realizan grupos minoritarios como la zoofilia, fetichismo, travestismo, exhibicionismo, etc. Mientras las personas seronegativas evitan cualquier tipo de conducta sexual que no sea el común (pene-vagina).

Hay que tener en cuenta, que muchas de las actitudes expresadas por las personas seropositivas, se deben principalmente a la situación en que se encuentran (física, social y emocionalmente por la enfermedad), además de que la mayoría de ellas son varones homosexuales, ya que es la población que más acudía a los grupos de autoayuda en los cuales se aplicó el instrumento.

Esta población acude a los grupos de autoayuda debido a que en su círculo familiar y de amigos no reciben el apoyo moral, por lo que estos grupos constituyen para ellos un nuevo medio para sentirse apoyados, establecer nuevas relaciones y para algunos hablar sobre su enfermedad ya que es el único lugar donde lo pueden hacer debido a que la gente cercana a ellos no saben de su seropositividad, esto es consecuencia de la discriminación a la que están expuestos ya que se les priva de apoyo económico, afectivo, laboral y algunas veces médico, esto debido a que se sigue vinculando a la enfermedad con la homosexualidad o viceversa.

Por tanto, la persona seropositiva prefiere formar o buscar un círculo social en el que sea aceptado además de conservar su identidad homosexual.

La prevalencia del género masculino en la población homosexual, es a causa, de que generalmente las mujeres homosexuales (lesbianas) tienen prácticas sexuales que se basan en la estimulación manual mutua (masturbación mutua), por tanto es una práctica que no pone en riesgo su salud, sin embargo hay que tomar en cuenta que no están exentas de peligro de contraer el virus, ya que hay que recordar que una vía de transmisión importante es el sexo oral, que puede ser una de las técnicas utilizadas por ellas. Así mismo, existe una menor participación de la mujer en estos grupos debido a diversas situaciones: a) la mayoría son madres que trabajan y no tienen tiempo suficiente para participar en dichos grupos, b) porque se intimidan ante los participantes de

los grupos, ya que la mayoría son hombres con preferencia homosexual, y c) tratan de conservar su anonimato.

Las personas seropositivas homosexuales mantienen una actitud favorable hacia conductas sexuales tales como sexo oral, sexo anal y masturbación, debido a que son conductas que practican principalmente los homosexuales como técnicas para llegar al orgasmo.

Declaraciones de las personas portadoras del VIH indican que tras la notificación de su diagnóstico positivo cambian hacia una actitud más favorable respecto a su sexualidad, esto se debe a que tras saber su seropositividad pasan por una etapa de negación, en la que se muestra una actitud de indiferencia hacia la misma; después reemplazan la negación por ira, culpa, ansiedad y autorreproche. Esta etapa puede agravar la situación de la persona seropositiva si existe un rechazo por parte de las personas que le rodean. Posteriormente sobreviene una fase de aceptación en el que la persona acepta las limitaciones y se da cuenta que aún tiene el control de su vida, responsabilizándose más por su salud, tratando de disfrutar cada día como si fuera el último de su vida.

Esto es apoyado por Whittaker (1987) quien afirma que un cambio en los componentes de una actitud (afectivo, cognitivo y comportamental), es probable que produzca cambios en los otros. Así mismo Rodrigues apoya esta declaración asegurando que después de esta alteración de cualesquiera de los componentes se empieza a restaurar dicha incongruencia, la cual lleva a la persona a una reorganización actitudinal (cambio de actitud).

De esta manera se explica el porqué estén a favor de una educación de la sexualidad, ya que después de saber su diagnóstico, buscan información acerca de su enfermedad y de aspectos que se refieren a su situación actual, lamentándose por no haberla tenido antes.

Además mantienen una actitud positiva hacia los anticonceptivos ya que entre éstos se contempla el preservativo, siendo éste un método de protección contra el contagio de cualquier enfermedad de transmisión sexual o de una reinfección, además de que apoyan que se promueva éste, ya que les preocupa que se eleven las cifras de personas infectadas de VIH.

Por otro parte, las personas que no son portadoras del VIH mantienen una actitud menos positiva hacia la sexualidad, ya que estas personas no se ven en riesgo de contraer el virus, negando tener conductas que lo lleven a su contagio.

Así mismo, prevalecieron actitudes machistas, principalmente entre los hombres, ya que a pesar de que apoyaban las relaciones prematrimoniales, comentarios de los participantes en la investigación (hombres) denotaron cierto favoritismo hacia la virginidad, ya que manifestaban que sí era importante que su futura esposa fuera virgen. De igual modo, rechazan la masturbación, ya que para ellos es mejor liberar esa tensión sexual en relaciones sexuales ya sean con su pareja estable o con una ocasional, visto desde este punto de vista las relaciones coitales se han convertido en una conducta que busca la liberación de tensión sexual y de satisfacción física, demostrando así su hombría en el caso de los hombres. Esto confirma la postura que mantienen hacia la homosexualidad, en el que el homosexual es el que mantiene un papel pasivo dentro de la relación, así como al que se le penetra el pene, y el que ocupa un papel activo, el que penetra al otro, no pierde su hombría.

Por su parte las mujeres seronegativas, frecuentemente se negaban a contestar la escala, además, no hacían ningún comentario al contestarla, de esta forma, se puede ver que la mujer aún sigue manteniéndose reservada ante dichos temas, tomando una postura pasiva. De esta manera se puede ver que a la mujer todavía no expresa su sexualidad abiertamente.

Además se observó que la mayoría de las personas seropositivas fueron diagnosticadas en los últimos cuatro años, lo que deja ver que a pesar de proporcionarse información sobre SIDA y crear campañas de prevención, existe un incremento de la infección.

Se puede concluir que las campañas de prevención, no están cumpliendo su cometido, pues se enfocan en proporcionar información, y están dejando a un lado, alternativas que se dirijan al cambio de actitudes.

Por ejemplo, actualmente se incrementa la información preventiva en aspectos como planificación familiar, sexo seguro y el sida en los distintos medios de comunicación (prensa, televisión, medios de transporte colectivo, televisión, radio, etc), sin embargo también se han incrementado programas de televisión de cultura norteamericana que invitan a las relaciones sexuales ocasionales, además de que hay un manejo de información sexual subliminal en los anuncios con el fin de comercializar diferentes productos, de igual forma, vendiéndoles estereotipos que se alejan de la realidad social. Por otro lado, la actitud que mantienen hacia la sexualidad los padres, los maestros, y otras instituciones tales como la iglesia, no es muy positiva, o prefieren no hablar del tema.

Sin embargo, hay que considerar que los resultados obtenidos dentro de la investigación, se deben en gran medida a las características de la población, de esta manera, podría cambiar las estadísticas si se le aplicara a un grupo en donde la mayoría de las personas fueran mujeres, o personas con preferencia heterosexual, de estado civil casados y con hijos.

## LIMITACIONES:

A través de la realización del presente trabajo, se encontraron las siguientes limitaciones:

- No existió apoyo por parte de las diferentes instituciones o centros de ayuda para personas infectadas de VIH/SIDA, declarando que las personas que acudían estaban cansadas de contestar tanto cuestionario para diferentes investigaciones. Teniendo en cuenta que de las diez instituciones a las que se acudieron, sólo 2 proporcionaron el apoyo Albergues de México y el grupo de autoayuda del Hospital Gabriel Mancera.
- Existió muy poca cooperación por parte de las personas infectadas, ya que muchas veces ponían pretextos para no contestar, sólo contestaban algunas preguntas (por lo que fueron invalidados) o lo entregaban en blanco.
- No había cooperación por parte de las personas no portadoras del virus, ya que muchas veces se negaban poniendo pretextos como el tener prisa, estaban esperando a alguien, o decían no saber, además de que muchos de los cuestionarios fueron entregados en blanco o con todas las preguntas contestadas en la alternativa de indecisión por tanto se tenían que invalidar.
- La aplicación del instrumento requirió de la integración del investigador en los grupos de autoayuda, por tanto, el tiempo en la aplicación del instrumento se prolongó.
- El lugar donde se aplicó el instrumento muchas veces no era cómodo, ya que se realizaba en los salones donde se llevaban a cabo las sesiones, en la calle, o en la farmacia del hospital donde acudían, etc.
- No hay investigaciones que estudien las actitudes hacia la sexualidad en el adulto, para apoyar los resultados de la presente investigación.

## SUGERENCIAS:

A través de los resultados y de los alcances obtenidos en la presente investigación se desprenden las siguientes sugerencias:

- Es necesario que en futuras investigaciones se consideren otras variables, tales como conocimientos sobre sexualidad, creencias, patrones sexuales, religión, etc.
- Es conveniente aumentar el número de reactivos considerando las variables antes mencionadas.
- En lo que respecta a la muestra, es importante que este tipo de investigaciones se haga extensivo a grupos con características distintas de la muestra involucrada en la presente. (mujeres, personas casadas, con hijos, con preferencia heterosexual, etc).

## BBLIOGRAFÍA.

- Albergues de México I.A.P. (1997, Diciembre). La ballena de Jónas (No. 14). México: Nueva Época.
- Alfaro M. (1991). **Sexualidad y sida en el adolescente**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Alfaro, M., Rivera, S., y Díaz Loving (1991). **Actitudes y conocimientos hacia el SIDA en adolescentes**. Revista Internacional de Psicología y Educación\_4 (2), pp. 151-153.
- Álvarez, Gayou (1986). **Sexoterapia Integral**. México: Manual Moderno.
- Álvarez, Gayou (1996). **Sexualidad en la pareja**. México: Manual Moderno.
- Antoine, Spairani, Bastide, Beirmaert, Chauvin, Claireul, Dragonetti y cols. (1967). **Estudio sobre sexualidad humana**.
- Arjonilla, E. y Acevedo, M. (1991). **Crecer en tiempos del SIDA**. Consejo Nacional para la prevención y control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida CONASIDA. México.
- Asch S. (1969). **Psicología social**. Buenos Aires: EUDEBA.
- Austin C. y Short R (1987). **Sexualidad humana**. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Cagnon J. (1980). **Sexualidad y cultura**. México: Galve.
- Camarillo, R. C. y Rodrigues S. (1990). **Estudio Comparativo: información sexual, actitudes hacia la sexualidad y conducta sexual entre estudiantes de las carreras de Medicina y Psicología de la UNAM de la generación 1985 - 1989**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Cassuto, Pesce y Quaranta (1987). **SIDA. Cómo se manifiesta, cómo prevenirlo, cómo tratarlo**. México: Paidós.
- Consejo de información y educación sexual de los Estados Unidos (SIECUS) (1977). **Guía sexual Moderna**. España: Granica.
- Consejo Nacional de Población (1986) **Sociedad y Sexualidad**. (2ª. ed. Vol. 1). México: CONAPO.
- Consejo Nacional de Población (1994) **Sexualidad Adolescente**. México: CONAPO
- Consejo Nacional para la prevención y control del SIDA (1991). **Situación del SIDA en México**. México: CONASIDA.
- Consejo Nacional para la prevención y control del SIDA (1993). **Guía de orientación para informadores VIH/SIDA**. México: CONASIDA.
- Correa, G. y Vera, R. (1996). **Dramáticas carencias en hospitales del sector salud; los enfermos de SIDA sin recursos, prácticamente abandonados**. Revista: Proceso 1028. México: 14 de julio, pp. 26-29.

- Cruz, L. (1994). **Alteraciones sistémicas orgánicas neurológicas o psicológicas en pacientes con infección por VIH/SIDA**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Cruz, P., Martínez, L., y Pelayo, N. (1991). **Actitud sexual ante el SIDA**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Daniels, V. (1988). **SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida**. México: Manual Moderno.
- Dawes R. (1983). **Fundamentos y técnicas de medición de actitudes**. México: Limusa.
- Echebarria E. (1991). **Psicología social sociocognitiva**. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Enciclopedia de la Sexualidad (1997) España. Vol 1-4.
- Eysenck y Wilson (1981). **Psicología del sexo**. Barcelona: Herder.
- Fast, J. (1972). **La nueva educación sexual**. España: Kairós.
- Ferrando, Carmen (1984). **Sexualidad: Formación e información**. España: Narcea (Pp. 11).
- Godínez, Y. (1994). **El proceso de duelo y su relación con el VIH/SIDA (revisión documental, propuesta y elaboración de un instrumento)**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Gotwald W. Y Holtz G. (1983) **Sexualidad: la experiencia humana**. México: Manual Moderno.
- Guerrero, L. (1997). **Conozca a un enemigo mortal. Más amor que sexo**. Revista: Enfoque de Nuestro tiempo (pp. 2-6). México.
- Hein, K. (1991). **SIDA: Verdades en lugar de miedo**. Una guía para jóvenes. México: PROMEXA.
- Hernández, S. R., Fernández B. y Lucio C. (1995). **Metodología de la investigación**, México: Mc. Graw Hill.
- Hite, S. (1976). **El informe Hite: Estudio de sexualidad femenina**. Barcelona; Plaza y Janes.
- Hollander E. (1978). **Principios y métodos de psicología social**. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jeffrey, W. (1995). **Valores sexuales en la era del SIDA**. Revista: Debate feminista, 11 (11). Pp. 175-179.
- Kahn, N y Tordjman G. (1978). **Sobre la sexualidad**. Barcelona: Lara.
- Katchadourian H. y Lunde D. (1985). **Bases de la sexualidad humana**. México: Continental.
- Kerlinger, F. N. (1987). **Investigación del comportamiento**. (2ª. ed.) México: Nueva editorial Interamericana.
- Klineberg O. (1975). **Psicología social**. México: Fondo de cultura económica.
- Kübler Ross (1987). **AIDS. The ultimate challenge**. New York: Macmillan
- Kübler Ross (1989). **Sobre la muerte y los moribundos**. Barcelona: Grijalbo.

- Lambert W. (1979). **Psicología social**. México: Unión tipográfica.
- Laury, Gabriel (1990). **Como vivir su sexualidad**. México: Gedisa.
- Lindgren H. (1982). **Introducción a la psicología social**. México: Trillas.
- López, I. L. (1981). **Sexo, sexualidad y educación sexual**. México: CONAPO.
- Lozoya, T. R. (1991). **Elaboración y aplicación de un cuestionario de conocimientos y actitudes acerca de la sexualidad humana en el maestro**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Lutte, G. (1991). **Liberar la adolescencia**. Barcelona: Herder
- Mancilla, L. M. (1996). **La ansiedad de pacientes con SIDA y su percepción en la pareja**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Mann L. (1993). **Elementos de psicología social**. México: Limusa.
- Masters, W. y Johnson (1991). **La sexualidad humana (Vol. 2)**. México: Grijalbo.
- McCary J., Alvarez G., del Río C. y Suárez J. (1996). **Sexualidad humana de McCary**. México: Manual Moderno
- Méndez, Avila, López, Caso, Hernández, Uribe, Gortmaker, Sepúlveda (1990). Perfil psicológico en una población que acude a un centro de asesoramiento y detección del VIH en la cd de México. Boletín mensual SIDA/ETS 4(7) p. 907.
- Miller, D. (1989). **Viviendo con SIDA y VIH**. México: Manual Moderno.
- Miller, D., Weber, J. y Green, J. (1989). **Atención de pacientes de SIDA**. México: Manual Moderno.
- Monroy, Anameli (1990). **Salud, Sexualidad y Adolescencia**. México: Centro de orientación para adolescentes (CORA).
- Morales, C. (1996). **Actitudes de estudiantes de bachillerato hacia la sexualidad y el SIDA**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Munne (1986). **Psicología social**. España: . CEAC.
- Myers, D. (1995). **Psicología social (4ª. ed.)**. México: Mc Graw Hill.
- Neira, Giraldo (1988). **Explorando las sexualidades humanas**. México: Trillas
- Nie, H. (1986). **Statistical Package of the Social Sciencies**. Mc. Graw Hill. New York.
- Paz, Octavio (1998). **El laberinto de la soledad, Postdata, Vuelta a el laberinto de la soledad**. México: Fondo de Cultura Económica.
- Perlman D. y Cozby (1992). **Psicología social**. México: McGraw-Hill.
- Ponce, Solorzano y Alonso, (1990). **El nuevo arte de amar: usos y costumbres sexuales en México**. México: Cal y arena.

- Ramírez, S. (1972). **Psicología del mexicano y sus motivaciones**. México.
- Reich, B. y Adcock, C. (1980). **Valores, actitudes y cambio de conducta**. México: Continental.
- Reich, Wilhelm (1983). **La función del orgasmo. El descubrimiento del Orgon**. México: Paidós.
- Ríos, L. (1991). **Elementos psicosociales en las actitudes hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida**. Tesis de Maestría en Psicología social, U.N.A.M.
- Robert J. (1991). **Para jóvenes enamorados. Por una sexualidad responsable**. Buenos Aires: Nuevavisión.
- Rodríguez A. (1980). **Psicología social**. México: Trillas.
- Roitstein, F y Jaimes, R. (sin año). **¿Qué sabes sobre el SIDA?**. Asociación de Planificación Familiar PROFAMILIA: República Dominicana.
- Semmens J. Y Krantz K. (1980). **El mundo del adolescente**. México: Continental.
- Sepulveda, Bionfman, Ruiz, Stanislawsky y Valdespino (1989). **SIDA, ciencia y sociedad en México**. México: Fondo de cultura económica.
- Sprott (1968). **Introducción a la psicología social**. Buenos Aires: Paidós.
- Summers G. (1976). **Medición de actitudes**. México: Trillas.
- Tovar L. y Mendez. **Detección de conocimientos y actitudes en sexualidad en los adolescentes de la escuela de orientación para varones**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Treviño, S. (1997) Como ataca el VIH al sistema de defensa. Letra S. **LA JORNADA** (Núm. 12). 3 de julio de 1997. (pp. 12).
- Vander Z. (1986). **Manual de psicología social**. Buenos Aires: Paidós.
- Vázquez, M. M. (1997). **Estudio de actitudes hacia la sexualidad en adolescentes y factores que intervienen en su formación**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- Vera, R. (1996). El SIDA, pretexto en México para violar derechos humanos y laborales. Revista: Proceso (Núm. 1002) 15 de enero, pp. 22-23. México.
- Villegas, A. (1992). Estilo de respuesta de nuestras familias ante el SIDA. Revista: Psicoterapia y familia. 5 (1).
- Whittaker J. (1987). **La psicología social en el mundo de hoy**. México: Trillas.
- Young K. Y Flügel J. (1967). **Psicología de las actitudes**. Buenos Aires: Paidós.

ANEXOS

## ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: (M) (F) EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_  
 ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_  
 No. DE HIJOS: \_\_\_\_\_ INGRESO MENSUAL: \_\_\_\_\_  
 AÑO EN QUE SE DIAGNOSTICÓ VIH: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentará una serie de afirmaciones, después de cada afirmación se presentan 5 alternativas de respuestas posibles, marque con una "X", la que considere en la escala correspondiente; marque sólo una respuesta por reactivo.

Totalmente de acuerdo = TA  
 De acuerdo = A  
 Indeciso = I  
 En desacuerdo = D  
 Totalmente en desacuerdo = TD

	TA	A	I	D	TD
1. Las relaciones sexuales prematrimoniales en la mujer la prostituyen.	( )	( )	( )	( )	( )
2. La masturbación constituye un acto perfectamente sano y normal.	( )	( )	( )	( )	( )
3. El orgasmo simultáneo es signo de madurez en la pareja.	( )	( )	( )	( )	( )
4. El educador sexual es una persona sin escrúpulos.	( )	( )	( )	( )	( )
5. El aborto es una forma de control natal.	( )	( )	( )	( )	( )
6. Son innecesarias las caricias y los besos antes del acto sexual.	( )	( )	( )	( )	( )
7. La homosexualidad es repugnante.	( )	( )	( )	( )	( )
8. Hay que difundir el uso de anticonceptivos.	( )	( )	( )	( )	( )
9. El acto bucogenital es aceptado en forma amplia como escape erótico, sano y normal.	( )	( )	( )	( )	( )
10. El fetichismo es una enfermedad.	( )	( )	( )	( )	( )
11. La virginidad constituye un factor importante en el éxito del matrimonio.	( )	( )	( )	( )	( )
12. Para que una mujer sea una "auténtica mujer" necesita experimentar orgasmos.	( )	( )	( )	( )	( )
13. El único método normal de tener relaciones sexuales es el contacto pene-vagina.	( )	( )	( )	( )	( )
14. El sexo bucogenital es perverso.	( )	( )	( )	( )	( )
15. El homosexualismo es una posibilidad más de expresión sexual.	( )	( )	( )	( )	( )
16. Tanto los hombres como las mujeres tienen derecho a establecer relaciones sexuales antes de casarse.	( )	( )	( )	( )	( )
17. Es abortar justificable, por lo que hay que promulgar leyes a su favor.	( )	( )	( )	( )	( )
18. Los actos homosexuales realizados en privado no son condenables.	( )	( )	( )	( )	( )

	TA	A	I	D	TD
19. El travestismo es un trastorno.	( )	( )	( )	( )	( )
20. Sólo los individuos inmaduros se masturban.	( )	( )	( )	( )	( )
21. La virginidad de mi futura (o) esposa (o) carece de importancia.	( )	( )	( )	( )	( )
22. La educación sexual conduce a la promiscuidad.	( )	( )	( )	( )	( )
23. Las caricias bucogenitales son tan normales como los besos en la boca.	( )	( )	( )	( )	( )
24. Las enfermedades venéreas se adquieren casi siempre por contacto sexual directo.	( )	( )	( )	( )	( )
25. Los anticonceptivos permiten a la mujer vivir más plenamente su sexualidad.	( )	( )	( )	( )	( )
26. Las caricias previas al acto sexual generan mayor comunicación entre la pareja.	( )	( )	( )	( )	( )
27. El comportamiento sexual puede considerarse aceptable si no es dañino para ninguno de los participantes.	( )	( )	( )	( )	( )
28. Es aceptable la pérdida de la virginidad.	( )	( )	( )	( )	( )
29. Las personas que tienen un fuerte impulso sexual son las propensas a contraer una enfermedad sexual.	( )	( )	( )	( )	( )
30. Las prácticas, éticas y comportamiento sexuales varían ampliamente de una cultura a otra.	( )	( )	( )	( )	( )
31. La masturbación la practican comúnmente la mayoría de hombres y mujeres, tanto solteros como casados.	( )	( )	( )	( )	( )
32. La zoofilia es repulsiva y enferma.	( )	( )	( )	( )	( )
33. Los anticonceptivos sólo son para personas casadas.	( )	( )	( )	( )	( )
34. El sexo oral es una variante en las relaciones sexuales.	( )	( )	( )	( )	( )
35. Los seres humanos deben aprender todos los aspectos de la sexualidad.	( )	( )	( )	( )	( )
36. El aborto es reprobable bajo cualquier circunstancia.	( )	( )	( )	( )	( )
37. Las personas que padecen alguna enfermedad venérea son sucias y promiscuas.	( )	( )	( )	( )	( )
38. El sexo anal es pervertido.	( )	( )	( )	( )	( )
39. El exhibicionismo es repugnante.	( )	( )	( )	( )	( )
40. Sólo los hombres tienen derecho a tener relaciones sexuales antes de casarse.	( )	( )	( )	( )	( )
41. Mantiene relaciones sexuales con:	Hombre	Mujer	Ambos		

"GRACIAS"

**GLOSARIO:**

**BUCOGENITAL:** Caricias con la boca y lengua en los genitales.

**FETICHISMO:** Cuando el placer sexual se logra mediante algún objeto, como una prenda de vestir, que tiene simbolismo sexual para el individuo.

**ORGASMO:** Máximo o clímax de la excitación durante la actividad sexual.

**TRAVESTISMO:** Usa prendas del sexo opuesto para obtener placer sexual.

**PROMISCUIDAD:** Cuando la persona se ocupa de tener relaciones sexuales con muchas personas o en relaciones casuales.

**ZOOFILIA:** Cuando la persona mantiene relaciones sexuales con animales.

**EXHIBICIONISMO:** Placer sexual al exponer sus órganos genitales públicamente.

**INSTITUCIONES DE AUTOAPOYO A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA**

- VALSIDA:** Palma Norte 505, Despacho 506, Colonia Centro México, D.F. Tel/fax: 510 18 63
- CAPPSIDA:** Miravalle No.715, Colonia Portales Oriente, C.P. 03570 Delegación Benito Juárez, México D.F. Tel/fax: 672 46 42
- CASA DE LA SAL:** Córdoba # 76 Colonia Roma Sur, C.P. 06700 México D.F. Tels. 514 06 28 y 207 80 42
- CONASIDA:** Comercio y Administración # 35 Colonia Copilco Universidad, C.P. 04360, Tels. 554 93 33, 554 49 96 y 658 41 76.
- Calzada de Tlalpan # 3585 2do. Piso Col. Torriello Guerra Tel. 207 40 77
- FREMPAVIH** Calle 19 No. 75 Colonia San Pedro de los Pinos. Tel. 515 79 13
- AMSAVIH** Cuahutemoc 91 Interior 3, Colonia Roma Tel. 525 74 17
- ALBERGUES NEZA** Cerezos 118 Colonia La Perla, Tel. 765 01 81

## ALBERGUES DE MÉXICO:

Albergues de México se encarga de trabajar por la calidad de vida de los enfermos a través de la realización de obras que sean el cauce de la sociedad para satisfacer la necesidad del que sufre, en especial, los enfermos de menos recursos económicos y familiares.

Cuenta con los siguientes servicios:

- Albergue de corta estancia para personas que conviven con el VIH/SIDA.
- Centro de apoyo a personas que viven con el VIH/SIDA y sus familiares.
- Asistencia domiciliaria a enfermos.
- Despensas básicas alimenticias.
- Banco de medicamentos.
- Centro humanístico.

Su objetivo es: Recibir y atender a personas en fase terminal de VIH/SIDA más necesitadas y dar apoyo psicológico, emocional y espiritual a personas portadoras de VIH, así como a sus familiares y amigos.

Grupos de Autoapoyo:

Lunes 18:00 a 20:00 hrs.	Serapio Rendón 57-B Colonia San Rafael, Metro San Cosme.
Miércoles 19:00 a 20:30 hrs.	Serapio Rendón 57-B Colonia San Rafael, Metro San Cosme.
18:00 a 20:00 hrs.	Av. Circunvalación Poniente 124-A Colonia La Brisa, Naucalpan de Juárez, Edo. de México.
Viernes 18:00 a 20:00 hrs.	Héroes del 47 No. 15 Colonia Churubusco, Iglesia de San Mateo.
19:00 a 21:00 hrs	Trípoli No. 1021 casi esq. Popocatepetl (eje 8 sur) Colonia Portales, Parroquia de Ntra, Sra de la Esperanza.
Sabados 11:00 a 13:00 hrs	Trípoli No. 1021 casi esq. Popocatepetl (eje 8 sur) Colonia Portales, Parroquia de Ntra, Sra de la Esperanza