

01070
8

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE PEDAGOGÍA



EL IMPACTO DE LA ASIGNATURA "ASPECTOS MÉDICOS DE LA
SEXUALIDAD HUMANA" EN LAS ACTITUDES DE LOS ALUMNOS DE
PRIMER AÑO DE MEDICINA DE LA U.N.A.M.

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL
GRADO DE MAESTRA EN PEDAGOGÍA
PRESENTA:

282405

MARÍA EUGENIA MÜGGENBURG RODRÍGUEZ-VIGIL



ASESOR: DR. ENRIQUE MORENO Y DE LOS ARCOS

MÉXICO, D. F.
Agosto del 2000



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.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES Y MARCO CONTEXTUAL	5
1.1 De la medicina humanística a la psicología médica	7
1.2 El campo de la psicología médica	8
1.3 El curso de Aspectos médicos de la sexualidad humana	10
1.4 El plan de estudios de la carrera de médico cirujano 1993	13
1.5 Datos relevantes del perfil del alumno de primer año de medicina de la UNAM	15
CAPÍTULO 2. LA INVESTIGACIÓN	17
2.1 Planteamiento del problema	18
2.2 Antecedentes de la investigación	23
2.3 Justificación	24
2.4 Los referentes teóricos	28
2.4.1 El aprendizaje de las actitudes de acuerdo con Robert Gagné	32
2.4.2 La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura	36
2.4.3 El estudio de las actitudes desde la perspectiva teórica de Martin Fishbein	40
2.4.4 Técnicas de medición de actitudes	51
2.5 Hipótesis	65
CAPÍTULO 3. LA METODOLOGÍA	66
3.1 Diseño de la investigación	67
3.2 Muestra	67
3.3 Instrumentación	68
3.4 Procedimiento	71
CAPÍTULO 4. DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	73
4.1 Análisis descriptivo	74
4.2 Análisis inferencial	75
4.3 Prueba de hipótesis	84
CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN	85
OBRAS CONSULTADAS	87

APÉNDICES	97
Apéndice 1. Programa del curso Aspectos médicos de la sexualidad humana	98
Apéndice 2. Programa del curso Psicología médica	104
Apéndice 3. Plan de estudios de la carrera de médico cirujano	123
Apéndice 4. Instrumento de actitudes hacia la sexualidad	127
Apéndice 5. Cinco entrevistas a expertos en enseñanza de la sexualidad	134
Apéndice 6. Tablas y gráficas de los datos estadísticos	161
Apéndice 7. Cuestionamiento a la escala	179

INTRODUCCIÓN

Desde 1974 el gobierno de México reconoció la importancia de desarrollar programas de educación sobre sexualidad humana y ubicó en el Consejo Nacional de Población la responsabilidad de llevar a cabo múltiples proyectos y actividades en ese campo, en el marco de la política de población.

La experiencia acumulada durante estos veinticinco años en materia de educación sexual, ha puesto de manifiesto la falta de información persistente en este rubro en diversos sectores de la población. La necesidad consecuente de incrementar la labor educativa y de posibilitar la actualización de los contenidos sobre educación sexual, ha dado lugar a la proliferación de programas diversos en la materia. Esta urgencia también ha sido digna de tomarse en cuenta dentro del proceso de formación de los estudiantes de medicina de la UNAM.

En 1984, los hallazgos de un estudio exploratorio sobre la *Caracterización de las opiniones y experiencias sexuales de los alumnos de primer ingreso a la carrera de médico cirujano* (Rubio y cols. 1988, p. 25-34), mostraron la necesidad de atender ciertas actitudes hacia la sexualidad en el proceso de formación del médico. En 1993, cuando se reformó el *Plan de estudios de la carrera de médico cirujano*, se incluyó, como asignatura de libre elección, el curso *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, mismo que se empezó a impartir desde 1996. Paralelamente se introdujeron algunas modificaciones dentro del programa de la asignatura obligatoria *Psicología médica*, con el propósito de actualizar los conocimientos y revisar las actitudes de los alumnos sobre los tópicos más relevantes del estudio de la sexualidad.

Es precisamente la asignatura de reciente creación, *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, sobre la que me interesó realizar la presente investigación, centrando mi atención en el impacto que parece provoca en las *actitudes* hacia la sexualidad de los estudiantes que la cursan cuando recién ingresan a la Universidad. El objetivo consistió en valorar si la aplicación de este nuevo programa académico de educación sexual modifica las actitudes de los estudiantes que lo cursan.

En el primer apartado de este trabajo describo los antecedentes y el marco contextual de las asignaturas *Psicología médica* y *Aspectos médicos de la sexualidad humana*. Fueron tres los motivos que me llevaron a abundar en este rubro: primero, comprender el entorno histórico y académico en el que se han desarrollado las asignaturas bajo estudio; segundo, que sirva de apoyo documental a otras investigaciones que se prevé realizar sobre este mismo programa de sexualidad humana en el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina -lugar en donde laboro desde hace más de diez años- y, tercero, lograr un mayor acercamiento al contexto en el que se ubica el fenómeno de estudio.

La variedad de acepciones que encontré para definir el concepto *actitud*, ha conducido, quizá, a que algunos investigadores hayan propuesto abolir este concepto, señalando la

falta de aproximaciones sistematizadas y los errores que ocasiona en el campo del conocimiento. No obstante ello, esta confusión no ha impedido que el término siga apareciendo con mucha frecuencia en la literatura experimental. Al abocarme al estudio empírico de esa temática caí en la cuenta de que estaba investigando sobre un campo difícil de poner a prueba, ya que desde en la concepción del término, hasta en la teoría psicológica que lo respalda, persisten múltiples incógnitas.

Consciente de que trabajaría en un terreno patinoso, me mantuve en mi propósito a sabiendas de que al realizar este trabajo corría el riesgo de no lograr abarcarlo en su totalidad y tal vez quedarme nadando en un mar de confusiones. Esta misma situación resultó ser muy motivante para realizar un nuevo intento por poner a prueba mi capacidad de investigación pedagógica al tratar de medir, con rigor científico, ese constructo que los especialistas han llamado actitud.

Mucho fue el material bibliográfico que analicé para lograr construir un marco teórico y conceptual con el cual respaldar mi indagación. En una primera etapa procuré configurarlo manejando prioritariamente la información reportada por autores que trabajaran las actitudes explícitamente dentro de un contexto escolar. La mayoría del material consultado en relación con las actitudes y su posibilidad de cambio dentro del medio escolar resultó vago y superficial y sólo consideré rescatables algunos de los conceptos mencionados por Gagné, quien incluye a las actitudes como una clase específica de resultado del aprendizaje. Este autor, a su vez, me remitió a tomar en cuenta la *Teoría del aprendizaje social* de Bandura.

El recorrido bibliográfico que hice de los autores mencionados, si bien me brindó algunos elementos para sustentar la noción de que las actitudes son *aprendidas* y por consiguiente susceptibles de ser modificadas a través de programas escolares, no resultaba tener un sustento teórico suficiente para considerarlo válido para mi trabajo. Fue necesario hacer un alto en el camino y, en ese ínterin, analicé entre otros aspectos la relación que guardan las actitudes y los valores. Aunque en este trabajo esta relación quedó apenas esbozada, consideré relevante dejarla planteada ya que preveo que analizar las actitudes sin su arraigo en los valores, es un problema no resuelto, que requiere de mayor atención.

El análisis obligado me condujo tiempo después a los supuestos teóricos y conceptuales de Fishbein y sus colaboradores, en quienes encontré elementos suficientes y válidos para respaldar teóricamente mi trabajo. A pesar de lo convincente y exhaustivo que resulta el planteamiento de Fishbein con respecto al estudio de las actitudes, varios puntos que considero de suma importancia para lograr modificar actitudes no son trabajados a profundidad por él.

Sin duda un trabajo como el aquí pretendido puede ser respaldado metodológicamente desde distintas aproximaciones filosóficas y epistemológicas; sin embargo, las aproximaciones teóricas por las que opté me acercaron más hacia una investigación de carácter causal; en tal sentido, con el propósito de valorar si los estudiantes de medicina que recién ingresan a la UNAM, modifican significativamente sus actitudes hacia la sexualidad como consecuencia del impacto que en ellos provoca el curso de *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, me serví del diseño cuasiexperimental de grupo control con pre-prueba y post-prueba de Capmbell y Stanley, consolidado desde 1963. Si bien en este diseño el control experimental no es completo, me apegué a él porque me permitía medir la acción del curso de *Aspectos médicos de la sexualidad humana* sobre la variable: *actitudes hacia la sexualidad*, tomando las condiciones tal y como se encuentran en la situación que ocurre naturalmente.

La información que habría de arrojarle dicha investigación no ofrecía, sin embargo, aquella otra referida a los propósitos iniciales que tuvieron quienes en el año de 1993, incluyeron el contenido programático del curso que hoy centra mi atención en el plan de estudios de la carrera médico cirujano. Con base en ello me aboqué a realizar una serie de entrevistas semiestructuradas, con el fin de obtener información, de primera mano, de aquellas personas que han hecho posible tanto la creación como ejecución de la asignatura *Aspectos médicos de la sexualidad humana*. Dichas entrevistas abarcaron al total de profesores que, hasta el momento, han impartido la nueva asignatura; a quienes han trabajado desde hace varios años en la elaboración del programa académico de la asignatura y también a la persona responsable de llevar el control escolar de la misma. Mientras llevaba a cabo esta investigación, se presentó la oportunidad de entrevistar al Presidente de la Asociación Mundial de Sexología, el Dr. Eli Coleman, quien indirectamente también ha ejercido influencia sobre el programa educativo bajo estudio, por su estrecha relación profesional con el Dr. Eusebio Rubio, fundador de la Asociación Mexicana para la Salud Sexual y principal promotor del curso de sexualidad humana como una asignatura independiente a ser impartida dentro de la carrera de medicina en la UNAM.

Las entrevistas resultaron de gran utilidad para conocer a fondo el origen, el desarrollo y el sentido que se dio y se da a esta asignatura de sexualidad humana en el contexto del plan de estudios vigente de la carrera de médico cirujano. Gracias a ellas pude suplir la carencia de información documental sobre el punto; y advertir nuevos cuestionamientos sobre los alcances que este programa tiene en la práctica cotidiana, sobre todo si tomamos en cuenta que se trata de un programa innovador, con apenas tres años puesto en marcha. En dichas entrevistas quedaron registrados los comentarios expresados por los profesores en relación con el cambio de actitud de los alumnos a medida que va transcurriendo el semestre.

En mi afán por medir con la mayor objetividad posible la variable *actitudes hacia la sexualidad*, me aboqué a estudiar, de entre las escalas existentes, si había alguna que se adecuara al propósito de mi investigación. Estaba en este proceso cuando me enteré de la reconocida trayectoria de Susan Pick y Rolando Díaz-Loving como pioneros prolíficos de estudios psicosociales en la investigación de la sexualidad en México. Solicité cita con la Dra. Pick, directora del Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población (IMIFAP), de quien recibí la escala de actitudes que utilicé como único instrumento de medición en mi estudio.

El *Instrumento de actitudes hacia la sexualidad*, elaborado en 1997 por Marcela López Domínguez, profesora de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México y Susan Pick, profesora de la Facultad de Psicología de la UNAM, representó, para los fines de mi investigación, varias ventajas, entre ellas: a) que fue construido *exprofeso* para medir actitudes hacia la sexualidad en estudiantes mexicanos de preparatoria y primer año de universidad con un rango de 16 a 20 años de edad, características coincidentes con el tipo de población que yo quería investigar; b) que estaba siendo validado y utilizado en otras investigaciones en el interior del país; c) que la escala contenía una descripción detallada del rigor metodológico que se siguió en las diversas fases de su construcción, así como las puntuaciones con las que se obtuvo el coeficiente alpha de Cronbach para establecer la confiabilidad de los reactivos y; d) que la temática de los reactivos coincidía, en gran medida, con los temas señalados en el programa académico de la asignatura *Aspectos médicos de la sexualidad humana*.

Una vez aplicado el Instrumento a los sujetos de la muestra, se procedió a la captura de los datos y al análisis estadístico de los mismos utilizando el paquete SPSS/PC versión 8 para *windows*. Se tabularon las respuestas de los sujetos por cada reactivo y se agruparon en los ocho factores preestablecidos por las autoras del Instrumento mediante análisis factorial.

A través de la *prueba t* que utilicé para hacer el contraste de los resultados obtenidos en las dos muestras relacionadas, *antes y después* de la aplicación del programa *Aspectos médicos de la sexualidad humana* a los alumnos del grupo experimental, pude comprobar que en ninguno de los ocho factores contemplados en la escala de actitudes, los resultados fueron estadísticamente significativos. Por lo tanto, no se pudo probar la hipótesis de trabajo, y la hipótesis nula fue aceptada, a saber: *No habrá diferencias significativas en las actitudes hacia la sexualidad entre las medias del grupo experimental que será sometido al programa de "Aspectos médicos de la sexualidad humana" y las del grupo control que no será sometido a dicho programa.*

Al no encontrar diferencias significativas en las actitudes hacia la sexualidad como resultado de la aplicación del *pretest* y el *postest*, tanto en el caso del grupo experimental como en el de control, procedí a detectar, por medio de un análisis de varianza, posibles diferencias significativas en las actitudes que dependieran de las variables *edad* y *sexo* de los alumnos de la muestra. Con el propósito de agrupar a la población bajo estudio según la edad se aplicó el siguiente criterio: tener entre 16 y 18 años de edad para los llamados *menores*, y de 19 a 21 años para los *mayores*. Tampoco mediante este análisis se obtuvieron diferencias significativas entre las medias de los grupos en cuestión. Por lo que respecta a la variable *sexo* se detectó una tendencia de mayor favorabilidad hacia la sexualidad por parte de las mujeres en comparación con los hombres, con un nivel de significancia marginal de .057 el cual, aunque dista de ser probabilístico, llama la atención al confrontarlo con resultados opuestos obtenidos por Rubio (1988, p. 25-34) en una encuesta de opinión sobre sexualidad aplicada también a estudiantes de primer año de medicina de la UNAM, hace quince años.

En el apartado previo a las conclusiones presento inicialmente la descripción, el análisis e interpretación de los datos obtenidos como resultado de la aplicación del instrumento. Tales datos fueron sometidos a diversos análisis estadísticos, tanto de carácter descriptivo como inferencial. Posteriormente hago una interpretación de los resultados en función del marco teórico. Por último, arribo a las conclusiones de la investigación, en donde presento, sucintamente, los objetivos y resultados aplicados al análisis del fenómeno educativo y también, enfatizo la necesidad de continuar trabajando sobre el tema. Muchas son las incógnitas que surgieron al no presentarse los resultados que se esperaban, mismas a las que hago alusión en la última sección dedicada a exponer las conclusiones de mi trabajo.

Esta investigación será presentada y discutida, tanto con los coordinadores y profesores de la asignatura optativa *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, como con los de la materia obligatoria *Psicología médica*, con el propósito de hacer la revisión de la orientación general de dichos cursos y del lugar que en ellos se da al estudio de la sexualidad, tomando también en consideración el perfil educativo y profesional contemplado en el plan de estudios de la carrera médico cirujano 1993 y, de resultar necesario, planear -con base en la experiencia registrada- la reformulación del enfoque, así como de los objetivos, el contenido temático, las actividades de enseñanza-aprendizaje, así como de las actitudes y habilidades que se pretenden alcanzar en el área de la sexualidad humana una vez que los alumnos finalicen dichos programas.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES Y MARCO CONTEXTUAL

1. Antecedentes y marco contextual

La asignatura de libre elección *Aspectos médicos de la sexualidad humana* se creó para atender la carencia que en esa área se detectó en los alumnos de la carrera de medicina ya que al parecer los cuatro temas sobre sexualidad incluidos en la Unidad temática IX: "Problemas de salud mental" dentro del programa académico de la asignatura *Psicología médica* no habían cumplido su cometido satisfactoriamente. En la orientación general del curso de esta materia obligatoria se explicita que:

Tomando en cuenta los aspectos formativos del curso el programa incluye el estudio de la **sexualidad**, el alcoholismo y el abuso de fármacos en sus aspectos relevantes (UNAM. Programa académico de psicología médica, 1999, p. 7).

En una investigación realizada en 1984 con estudiantes de primer año de medicina de la UNAM, se identificaron áreas de trabajo educativo-actitudinal que necesitan tenerse presentes tanto en el momento de la elaboración de programas como del currículum, así como en el momento mismo de la interacción educativa. A través de las opiniones investigadas por Rubio y colaboradores, sobre una amplia muestra (521 alumnos de primer ingreso), se identificó un subgrupo de participantes con prejuicios y actitudes muy desfavorables hacia la sexualidad, especialmente en las áreas de homosexualidad, masturbación y roles sexuales estereotipados que, de no ser modificadas, dificultarán su ejercicio profesional futuro.

Para comprender mejor el sistema de enseñanza dentro del que se imparten las asignaturas bajo estudio, y además proponer alternativas que redunden en beneficio de los alumnos que se forman en la Facultad de Medicina, es importante conocer el entorno histórico y académico en el que se han desarrollado estas asignaturas, por lo cual me detendré a revisar brevemente el contexto en que se han desarrollado para llegar a lo que ahora son.

El doctor Alfonso Millán describió en los siguientes términos el panorama de la enseñanza de la medicina en la UNAM hace treinta años:

En los últimos años se ha reformado a fondo la enseñanza de la Medicina en la Universidad Nacional. El cambio en los métodos y en las condiciones de adiestramiento de los futuros médicos requirió de la revisión de conceptos tradicionales profundamente arraigados. Un resultado tangible es que actualmente se enseña una medicina no sólo más científica, sino también más comprensiva e integral. Se pretende que el alumno aprenda a valorar junto con los aspectos biológicos de las enfermedades, otros dependientes de la satisfacción o frustración de necesidades específicamente humanas; es decir, que en los afectos, las angustias y el carácter de cada uno de los pacientes, vea no sólo un objeto conveniente, sino obligado, de la exploración clínica (Alfonso Millán, 1959, p. 7).

Este panorama era, a su vez, reflejo de un cambio que se imponía ya en la enseñanza de la medicina a nivel mundial. Como describe el doctor Ramón de la Fuente (1994, pp. 7-10), hacia la década de los años cuarenta del siglo XX, primero en Europa y luego en Estados Unidos, cobró gran importancia la fuerza de opinión en la medicina que ponía énfasis en los aspectos psicológicos en el inicio, curso y desenlace de las enfermedades y en los factores terapéuticos implicados en la relación del médico con sus enfermos.

La nueva corriente expresaba la creciente advertencia entre los médicos de un lado oscuro en la medicina el cual no se había desarrollado al igual que la tecnología y era la pérdida de la dimensión humana en el cuidado de los enfermos:

Si bien la medicina era técnicamente cada vez más rica, también era cada vez más pobre desde el punto de vista humano, es decir, no respondía a las necesidades de los enfermos" (Ramón de la Fuente, 1994, p. 7).

Fue hacia 1954, cuando en México algunos profesores de psiquiatría, entre ellos Alfonso Millán y Ramón de la Fuente, propusieron que se diera un lugar a la psicología en el curriculum de la carrera de medicina. Aunado a este interés, se dio la oportunidad de humanizar la enseñanza de la medicina cuando asume la dirección de la Facultad de Medicina el doctor Raoul Fournier, época en la que se establece que "desde el primer año, se estudiará, al lado de la biología del enfermo, su psicología, programa que continúa vigente a la fecha" (Salvador Millán y Sonia Gojman, 1981, p. 33). Quedó plasmada así la influencia de Erich Fromm en la necesidad de humanización de la medicina, en su estancia de 25 años en México. Este sociólogo y psicoanalista de origen judío alemán, define la idea de *humanismo* como sigue:

El humanismo se caracteriza por la fe en el hombre, en la unidad en la raza humana, en la fe en la razón y en el amor como fuerza que permite al hombre convertirse en lo que él puede llegar a ser. El psicoanálisis es un método para la realización *concreta* de la idea humanista. El convertir lo inconsciente en consciente transforma la idea teórica humanista de la universalidad. Es la vivencia de la humanidad dentro del individuo mismo. El tener vivencia de mi inconsciente significa que me conozco como ser humano, que yo sé que llevo dentro de mí mismo todo lo que es humano; que nada de lo que sea humano me es ajeno; que conozco y amo al extraño porque ha dejado de ser un extraño para mí mismo (Fromm, 1993, p. 38).

Inicialmente a los cursos de psicología médica se les denominó: medicina humanística, por la influencia de las enseñanzas de Fromm, quien, invitado por la UNAM, llegó a México en 1950, precedido de fama internacional por ser líder de la corriente humanista en el campo del psicoanálisis. Posteriormente Fromm desarrolló, en conexión con la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina a cargo del Dr. José Zozaya, cursos de adiestramiento en psicoanálisis para médicos (Ramón de la Fuente y Carlos Campillo Serrano, 1976, p. 428).

1.1 De la medicina humanística a la psicología médica

El término medicina humanística, aceptado para designar el curso inicial fue, desde el principio, algo problemático. Algunos pensaban que era redundante. ¿No acaso la medicina había sido siempre humanista? Confundían el humanitarismo, cualidad muy apreciable en el médico, con el "humanismo" como *marco de orientación filosófica y científica*. Lentamente se comprendió que el término se refería a un *marco de referencia biopsicosocial*, como alternativa a la orientación biomédica mecanicista. Se abrió paso la idea de que la práctica de una medicina humanista requiere poner al hombre en el centro de la medicina, en la enseñanza, en el trabajo institucional y privado del médico y en la investigación; que el humanismo en la medicina no era el cultivo de las humanidades por los médicos. Tampoco era una materia, como por ejemplo la bioquímica, sino era un

marco de orientación general para la medicina que pone el acento en los aspectos específicamente humanos. Como expresa Ramón de la Fuente:

Para nosotros fue claro que si se pone mayor peso en lo que es propio del hombre: su mente y su sociedad, su capacidad de aprender, su razón, simbolización, imaginación, autodeterminación, plasticidad y perfectibilidad, sus pasiones y sus aspiraciones, lo que cambia no es sólo el rostro de la medicina que se practica, sino su espíritu (Ramón de la Fuente 1994, p. 9).

1.2 El campo de la psicología médica

La psicología médica se asentó en los conceptos básicos de Kurt Goldstein quien, entre otros, había demostrado en la clínica que la enfermedad pone de relieve el carácter del organismo como *totalidad*, y el biólogo Ludwing von Bertalanffy, quien propuso la *teoría general de sistemas*, la que concibe a los seres vivos como sistemas en continua interacción con otros sistemas. Por ejemplo, si tomamos la posición de que el individuo, la familia y la comunidad son sistemas que tienen entre sí interacciones recíprocas complejas y que ninguno de ellos tiene mayor realidad ni prioridad que el otro, sustituimos el concepto lineal de causalidad por un concepto circular (Bertalanffy, 1976, p. 34).

Así, la concepción sistémica permite transitar conceptualmente en una u otra dirección, de un sistema biológico a uno psicológico y a uno social y:

(...) permite englobar a teorías parciales específicas: el cuerpo, la personalidad, el grupo, la sociedad y la cultura son vistos como sistemas abiertos en interacciones recíprocas continuas (Ramón de la Fuente 1980, p. 2).

La psicología médica recibió también aportaciones de la fenomenología y del psicoanálisis, que operan en el plano de la experiencia interna, subjetiva. Una corriente más es la psicología social. El foco de interés de la psicología fenomenológica está puesto en las funciones mentales y los estados de la conciencia, en tanto el psicoanálisis aborda los problemas en términos de relaciones significativas, motivos y conflictos, vistos como eslabones en la cadena etiopatogénica. La psicología social por su parte, aporta datos relativos a los grupos humanos: la familia, la sociedad y sus influencias en el individuo.

En síntesis, se puede decir, junto con el doctor Ramón de la Fuente que "... no hay una teoría general de la psicología médica, como no hay una teoría general de la medicina. Lo que se tiene es más bien un marco conceptual general" (Ramón de la Fuente, 1980, p. 2). Por lo tanto, la psicología médica es un campo de la psicología aplicada que reúne conocimientos y provee conceptos explicativos, criterios clínicos y técnicas en relación con el manejo de los aspectos psicológicos de los problemas médicos y del trabajo médico. Sirve de puente entre las ciencias médicas y las ciencias sociomédicas. En lo que corresponde a las primeras, relaciona la personalidad, las funciones mentales y sus desórdenes con su sustrato orgánico: neural y endócrino. Por lo que respecta a las segundas, estudia la relación entre los hechos psicológicos y sus determinantes y consecuencias familiares y sociales.

En los inicios de la enseñanza de la psicología médica en la Facultad de Medicina de la UNAM, muchos profesores, psiquiatras clínicos, sin mucha experiencia en otros campos

de la medicina, centraban su enseñanza en el ámbito teórico. Por ejemplo, algunos ponían excesivo peso en las hipótesis especulativas y explicaban con gran detalle las controversias. Es dudoso que estas enseñanzas preliminares dejaran a los estudiantes una base de conocimientos y destrezas realmente útiles para su futuro trabajo profesional. También ocurría que algunos profesores seguían pensando que la psicología médica era en último término "... asunto de sentido común como lo había sido siempre" (Ramón de la Fuente, 1994, p. 8). No fue sino hasta 1965, con el establecimiento de los cursos de formación de profesores de psicología médica que esta asignatura adquirió unidad y una clara orientación clínica. De ese año a la fecha se han impartido siete cursos con un total de 137 egresados, de los cuales 27 han sido profesores titulares, hasta hoy (Müggenburg, 1993, p. 19).

En los años ochenta del siglo XX, conforme creció en México la convicción de que el país necesitaba más médicos generales capaces de resolver los problemas habituales de los enfermos y promover la preservación de la salud, la importancia de la psicología médica en la formación del médico tuvo cada vez mayor reconocimiento.

En los años transcurridos, la enseñanza de la psicología médica se ha depurado; el campo está mejor definido y hay mayor claridad en los conceptos. "... Las ventajas didácticas de separar el estudio de los problemas psicológicos engranados en la práctica de la medicina del estudio de las enfermedades mentales que caen de lleno en el campo de la psiquiatría como especialidad son claras" (Ramón de la Fuente, 1994, p. 9).

Según describe Oulès (1974, p. 8): La psicología médica estudia el funcionamiento 'normal' del psiquismo, la psicopatología tiene por objeto el funcionamiento 'anormal' y la psiquiatría trata de describir y curar las enfermedades mentales, por ello, cita:

La psicología médica se deriva fundamentalmente de la psicología pura o 'general'. Hemos de subrayar que esto ha sido posible porque la ciencia psicológica se ha independizado no ha mucho, como tal ciencia, de los estudios literarios y filosóficos con los que hasta ahora se estudiaba (...) y si la salud es un estado de bienestar *físico, mental y social*, se comprenderá fácilmente la importancia que encierra el conocer a fondo lo normal en estos tres ámbitos antes de afrontar lo patológico (Oulès, 1974, p. 9).

1.3 El curso *Aspectos médicos de la sexualidad humana* en la carrera de medicina

Al no encontrar información documental relacionada con la introducción de un curso de educación sexual dentro del nuevo plan de estudios de la carrera de médico cirujano 1993, tuve que ir preguntando por aquí y por allá, primero en forma casual y desorganizada, y después a través de la realización de entrevistas. Fue a raíz de las demostraciones de interés por parte de los involucrados en la realización de programas de educación sexual en el Departamento de Psiquiatría de la UNAM, que me dediqué, con mayor esmero y formalidad, a rehacer la historia del origen de esta innovación educativa.

Abocarme a la realización de la tarea de entrevistar a los programadores, coordinadores administrativos y a todos los profesores que, a la fecha, han intervenido en la realización de la asignatura de *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, resultó ser una experiencia sumamente enriquecedora ya que a través de la información oral que dichas personas proporcionaron, pude llenar los vacíos existentes con respecto a cuál fue el origen, cuáles son sus motivos y cómo se está llevando a la práctica este nuevo programa académico. Finalmente, los constructores de la historia de la educación están obligados a:

(...) Volver sobre las vivencias, producto de la relación hombre-mundo, mundo-hombre, y traducirlas en palabras, (ello) posibilita la reflexión, la estructuración de lo vivido y su resignificación a la distancia. Se gana en conciencia histórica. "Con la ayuda de la memoria los individuos son capaces no sólo de evocar su pasado sino también de definirse a sí mismos y de desarrollar, comunicar, comprender, intervenir, registrar y reproducir ideas, imágenes y experiencias; en otras palabras, de participar en el proceso social" (El texto entre comillas es de Boutzouvi, 1994, p. 40, citado por Aguirre Lora, 1998, p. 17).

Como el propósito original de la presente investigación consiste en medir el impacto del programa bajo estudio en las actitudes de los alumnos dejaré, para otra ocasión, el análisis a fondo del material obtenido a través de las entrevistas. De este material sólo rescataré, por ahora, la información que ayuda a ubicar el contexto en el que se originó la creación de la nueva asignatura de libre elección.

De acuerdo con maestros entrevistados la asignatura de *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, al igual que el resto de las denominadas de "libre elección" en el nuevo plan de estudios de la carrera de médico cirujano de 1993, se empezó a enseñar en el semestre 1996-1, aunque se había planeado impartirla tres años antes. En tan sólo tres años de que se ha puesto en práctica se ha detectado una demanda creciente por parte los estudiantes de nuevo ingreso por inscribirse a ella, motivo por el cual se optó por abrir dos grupos simultáneos en lugar de uno como estaba originalmente previsto. El interés de los alumnos de medicina por los cursos de sexualidad ha sido descrito en los siguientes términos:

Se trata de una asignatura que podríamos llamar *taquillera*, o sea una materia que llama mucho la atención de los jóvenes, que está atendiendo a inquietudes o temas con los que ellos se sienten identificados, se interesan por ver o descubrir por sí mismos, el manejo de su propia sexualidad. Los profesores que imparten esta materia no han puesto ningún obstáculo en recibir a más alumnos de lo que estaba programado, ya que ellos mismos valoran la importancia de que el alumno de medicina tenga este tipo de formación (Apéndice 5. Entrevista Dra. Petra. Marzo 12, 1999).

Cuando solicité a la doctora Ileana Petra, coordinadora de enseñanza, el programa académico de la nueva asignatura de sexualidad, me remitió a consultarlo directamente con los profesores que la estaban impartiendo, ya que ella sólo tenía registro del número de alumnos inscritos por grupo, así como de los lugares y horarios de clase y fechas de evaluación final del curso.

Acudí a entrevistar a la doctora Claudia Fouilloux -médico, psiquiatra con especialidad en terapia sexual y profesora de la asignatura- quien me proporcionó el contenido temático de la materia, asimismo me remitió a consultar sobre el origen del mismo con el doctor Eusebio Rubio. Fue difícil localizar al doctor Rubio debido a que cuando yo realizaba esta investigación, él gozaba de licencia como profesor de la Facultad de Medicina por estar desempeñando el cargo de Presidente de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología, aún así, me concedió una entrevista en su consultorio particular, en la cual me confirmó que él, junto con el doctor Guillermo González Méndez, elaboraron el programa vigente del curso de sexualidad. Explicó que dicho programa se creó para atender la necesidad de educación sexual de los estudiantes de primer años de medicina detectada a través de una investigación realizada en la propia Facultad de Medicina en 1984 (Rubio, 1988, p. 31).

El programa académico que actualmente sirve como guía a los profesores que imparten la materia de sexualidad es la adaptación de un proyecto preliminar presentado para que se introdujeran temas de sexualidad en la asignatura obligatoria psicología médica. Sólo una pequeña parte del proyecto original se incorporó a dicha asignatura, debido a la gran variedad de tópicos que deben estudiarse en dicho curso como se puede constatar al analizar el programa completo en el Apéndice 2 de este trabajo (Ver páginas 104-122), pero por la importancia que se reconoce actualmente a la educación sexual para el médico fue que se conformó un programa específico para su enseñanza. El diseño del programa de sexualidad humana, expresó el doctor Rubio:

(...) es una conjunción entre la intención de tener un abordaje educativo en donde el problema tuviera que ser resuelto finalmente por el alumno, darles mucha oportunidad de participar, construir y reflexionar a los alumnos, y por nuestra parte (como profesores), centrar nuestro interés en hacer un curso lo más *formativo* que se pudiera. Esos fueron los criterios básicos sobre los cuáles tomamos la decisión de qué temas incluir, cómo abordarlos y de la metodología a seguir. Todo esto se tradujo en el marco de conceptos y de temática que está planteado a partir de los holones del enfoque sistémico. Seleccionamos aquellas cosas que más cercanamente estén al momento de la vida de los muchachos que llevan el nuevo curso, entonces revisamos: qué temáticas de placer, de erotismo, qué de reproducción sexual, qué de vínculo afectivo y, qué de género, con la idea de que el abordaje de esas temáticas nos permitiera un acercamiento más directo a la parte afectiva, de actitudes, de reflexión, de discusión de cuestionamiento. En síntesis esto fue una Guía que debe darse con la estrategia de que el curso represente una experiencia de investigación, de descubrimiento por parte de los propios alumnos. Por eso el programa tiene una estructura muy recargada en el trabajo por parte de los alumnos, que para nuestra grata sorpresa sí ha funcionado, cuando menos eso es lo que indica su comportamiento: ¡Van, investigan, presentan cosas muy creativas, se ven muy contentos! (Apéndice 5. Entrevista Dr. Rubio. Marzo 23, 1999).

El entusiasmo manifestado por el doctor Rubio con respecto a los buenos resultados que se están observando en la puesta en práctica del nuevo programa, fue compartido por el resto de los profesores que lo han puesto en práctica. Este tipo de respuestas fortaleció

mi interés por aplicar en la presente investigación el rigor característico de la metodología cuantitativa, con el fin de valorar si con la aplicación de este nuevo programa se logran también cambios significativos en interior de los alumnos -concretamente en sus actitudes- y así constatar si los datos obtenidos a través de la aplicación de técnicas estadísticas, respaldan las apreciaciones, tan elogiosas y optimistas, hechas por los profesores sobre el buen funcionamiento del programa y sobre las repercusiones que tiene en el comportamiento de los alumnos.

¿Cómo saber si por el *hecho* de que los estudiantes adquieran nueva información sobre sexualidad -aunado a que investiguen por su cuenta y presenten diversos temas sobre sexualidad en forma abierta, creativa y divertida- va aparejado con cambios profundos dentro de ellos mismos? El hecho de que estén mejor *informados* ¿provoca algún impacto en las *actitudes* hacia la sexualidad?

Antes de adentrarme de lleno en la investigación y en la metodología a seguir para intentar responder a esos cuestionamientos me referiré, a continuación, al plan de estudios en el que se enmarca la asignatura bajo estudio.

1.4 El plan de estudios de la carrera médico cirujano 1993

Entre las iniciativas desarrolladas por la Facultad de Medicina para vincular dentro de la educación médica el logro de la excelencia académica con la formación de profesionales capaces de responder satisfactoriamente a las necesidades sociales en materia de salud, destacan los ensayos de modalidades docentes de carácter innovador. Como parte de estos esfuerzos en 1974 se puso en marcha *El plan de estudios experimental de medicina general integral* (Plan A-36), que por sus propias características de prueba piloto no sustituyó al plan entonces vigente, aprobado en el año de 1967 (Plan 67).

En el año de 1985 se puso en operación un nuevo plan de estudios (Plan 1985), que sustituyó al de 1967 y se aplicó paralelamente con el plan A-36. Si bien la aplicación simultánea de estos planes permitió desarrollar experiencias educativas valiosas, su persistencia simultánea prolongada también trajo consigo dificultades diversas para la administración escolar y para el propio desarrollo académico. En virtud de lo cual el cuerpo directivo y el Consejo Técnico de la Facultad de Medicina, resolvieron realizar un proyecto de fusión de ambos planes de estudios, dando como resultado un plan único de estudios de la carrera de médico cirujano (Plan 1993), el cual fue aprobado por el H. Consejo Técnico en su sesión del 21 de mayo de 1993.

Los componentes metodológicos utilizados para diseñar el plan de estudios vigente son: 1. Marco de referencia, 2. Los ejes del plan de estudios, y 3. Los lineamientos o pautas para seleccionar y organizar las asignaturas y sus contenidos.

El marco de referencia permite definir el tipo de contenidos docentes; es decir las asignaturas que integran el mapa curricular, la orientación de sus contenidos, los métodos docentes y las políticas de evaluación. Este marco de referencia está constituido por: a) la misión de la Facultad de Medicina, b) el perfil profesional del egresado, y c) la metodología educativa, la cual a su vez se organiza en tres partes: los criterios educacionales, las áreas de énfasis y las estrategias educativas.

a) La misión de la Facultad de Medicina consiste en:

Formar a los líderes de las próximas generaciones de médicos mexicanos y contribuir a establecer un sistema de salud capaz de preservar y desarrollar las capacidades físicas y mentales de nuestra población, y colaborar en la preparación de investigadores en el campo de las ciencias médicas.

Para ello, será necesario fortalecer el compromiso social de sus estudiantes y su vocación humanística, para tener a la vida humana y a la dignidad del hombre como valores supremos, por lo que será necesario que éstos, adquieran los conocimientos científicos más avanzados para responder cabalmente a las necesidades de salud de la sociedad mexicana (UNAM. Plan de estudios de la carrera de médico cirujano 1993, p. 9).

De acuerdo con su misión, la Facultad de Medicina deberá caracterizarse por su calidad académica, su vitalidad, su compromiso decidido con la investigación original y los principios humanísticos de la profesión. Cabe resaltar la importancia que, en el plan de estudios, se asigna a favorecer la formación de una actitud humanística en los estudiantes, a saber:

Porque el fin último del médico es el hombre mismo, para ello [el alumno] habrá de desarrollar una sensibilidad singular ante el dolor y la angustia de los enfermos; ante su ignorancia y sus problemas, para que pueda ayudarles a superarlos. Para poder servir a la sociedad y a los individuos con plena conciencia de sus valores y potencialidades, habrá que inducir en nuestros estudiantes una actitud humanística (UNAM, *op. cit.*, p. 11).

b) El perfil profesional del egresado de la carrera de médico cirujano, que se incluye completo en el Apéndice 3 de este trabajo (Ver página 126), señala que, entre otras destrezas, el médico debe: "... Examinar y atender los aspectos afectivos, emocionales y conductuales de los pacientes bajo su cuidado" en virtud de lo cual es indispensable el estudio de la sexualidad humana (UNAM. Plan de estudios de la carrera de médico cirujano 1993, p. 13).

c) Los criterios educacionales son los principios conforme a los cuales los departamentos académicos de la Facultad y en particular el personal docente deben organizar la enseñanza de las asignaturas. De entre los doce criterios establecidos en el plan de estudios, para los fines de esta investigación, cabe resaltar los tres siguientes:

- Estimular el desarrollo de las habilidades para comunicarse y colaborar con otros profesionales de la salud.
- Enfatizar la adquisición de habilidades, valores y actitudes de igual manera como se enfatiza la adquisición de conocimientos.
- Prestar mayor dedicación al estudio individual, al trabajo en equipo y al desarrollo de proyectos, que a la enseñanza en el salón de clases (*Ibid.*, p. 15).

Una de las innovaciones que presenta la estructura del plan de estudios 1993, es la presencia de materias optativas. De esta manera el alumno puede acreditar una fracción de los créditos totales del curriculum con asignaturas del amplio campo de la medicina de acuerdo a su preferencia. Las asignaturas de libre elección no tienen seriación, pudiendo inscribirse el alumno a éstas en el año de la carrera que le convenga.

La asignatura de *Aspectos médicos de la sexualidad humana* -la cual es el centro de atención de esta investigación- es precisamente una de las materias optativas, y junto con las asignaturas: *Alcoholismo* y *Manejo médico de los trastornos psiquiátricos en el anciano*, se imparte en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad dentro del área de tópicos selectos en sociomedicina; tiene una duración total de 80 horas, distribuidas en 2 horas semana/semestre y le corresponden 8 créditos. El contenido temático de este curso se presenta en el Apéndice 1 de este trabajo (Ver páginas 98-103).

Por lo que respecta a la materia de *psicología médica* la cual, como ya se mencionó anteriormente, guarda estrecha relación con la asignatura de sexualidad humana recién citada, es de carácter obligatorio, se imparte también en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad, pertenece al Área Psicológica, tiene una duración total de 160 horas, distribuidas en 4 horas semana/semestre y le corresponden 14 créditos. La información completa sobre esta asignatura se incluye en el Apéndice 2 (Ver páginas 104-122).

Para brindar una visión más completa de la estructura del plan de estudios de la carrera de médico cirujano 1993, así como de las características generales del mismo, en el Apéndice 3 (Ver páginas 123-126) se incluye, en forma detallada, mayor información sobre estos rubros.

1.5 Datos relevantes del perfil del alumno de primer año de medicina de la UNAM

De entre las publicaciones localizadas sobre el perfil del alumno de primer año de medicina de la UNAM, así como de estudios realizados sobre actitudes hacia la sexualidad con estudiantes de esta misma profesión, tres de ellas aportan información relevante para comprender mejor el contexto en que se realiza la presente investigación. Dos se refieren específicamente al perfil (Esteban, 1984; Fernández Alonso y cols., 1986) y, la tercera, muestra los resultados obtenidos a través de una encuesta de opinión sobre sexualidad aplicada en 1984 con alumnos de primer ingreso a la carrera de médico cirujano (Rubio y cols., 1988).

Exponer con detalle el perfil del alumno de medicina de la UNAM resultaría excesivo para los fines de esta investigación, por ello me limitaré a mencionar sólo algunos datos que resultan de interés para observar la variación en el promedio de edad de ingreso de la población y las tendencias registradas en los últimos quince años en cuanto al sexo de los alumnos inscritos.

En 1984, el promedio de edad de ingreso a la carrera de medicina fue de 19.7 años (Esteban, 1984, p. 23), dicho dato coincide con los datos del estudio de Rubio (1988, p. 27) realizado durante 1984. Dos años después, según consta en el perfil publicado por Fernández Alonso (1986, p. 14) la media de edad bajó levemente a 19.6 años, mientras que la media de edad de la generación 1999- 2005 fue tan solo 18.8 años (UNAM, Gaceta Facultad de Medicina, 1998, p. 2).

Resulta interesante observar la distribución por sexo de esta misma población. Mientras que en 1984 correspondió: 54% a hombres y 46% a mujeres (Esteban, 1984, p. 22), tan sólo dos años después la población femenina aumentó a 49.5% (Fernández Alonso, 1986, p. 8). En esta última publicación también se menciona que, según el departamento de estadística de la UNAM, en 1979 la población femenina alcanzaba sólo el 38 % de la población total que accedía a la carrera de medicina. Es de llamar la atención que de ese 38% reportado en 1979, en veinte años la población femenina de primer ingreso a la carrera de medicina aumentó en un 24%, esto de acuerdo al dato más reciente de la matrícula de medicina que señala que el 62% de los lugares lo ocupa la población femenina (UNAM, Gaceta Facultad de Medicina, 1998, p. 2).

Sin intentar adelantar conclusiones sobre los contrastes que se presentan entre las medias de edad y la diferencia porcentual en cuanto al sexo de la población de primer ingreso a medicina de 1984 a 1999, posiblemente el decremento observado en la media de edad se deba en parte a que los requisitos para acceder a la carrera de medicina de la UNAM fueron aumentando. Así, para los alumnos de la generación 1999-2005 - población de la que habría de extraerse la muestra para esta investigación- estos requisitos nuevos se pueden resumir con la siguiente nota:

(...) solamente se aceptaron los alumnos con 8.8 de promedio y tres años de preparatoria, y, aquellos que lograron en el examen de selección el número más alto de aciertos de todas las escuelas, de 99 a 120 (UNAM, *op. cit.* p. 2).

Ante la situación tan crítica que atraviesa la UNAM a raíz del paro estudiantil que se prolongó por casi diez meses, del 21 abril de 1999 al 10 febrero del 2000, no es posible aventurar si el perfil presentado en 1999 se mantenga en los mismos

parámetros, sobre todo por lo que corresponde a la selección de estudiantes con buen rendimiento académico. Tampoco es posible determinar si este decremento en la edad y la tendencia registrada en los últimos veinte años en cuanto al sexo de los alumnos inscritos -es fácil apreciar que la población masculina ha disminuido y, por el contrario, la femenina ha ido en aumento- influya en las actitudes hacia la sexualidad.

De la investigación de Rubio y colaboradores publicada bajo el título *Caracterización de las opiniones y experiencias sexuales de los alumnos de primer ingreso a la carrera de médico cirujano* (1988, pp. 25-35), es interesante citar algunos de los resultados que guardan relación con esta investigación, pero, aclaro: no es mi intención hacer un estudio comparativo entre aquella muestra -de 521 alumnos a quienes se encuestó en 1984- y los 130 que conformaron la del presente trabajo; primero, porque un estudio de tal naturaleza excede al propósito de mi investigación y, segundo, porque la realización de tal estudio comparativo se dificulta, debido a que los instrumentos utilizados para obtener la información son diferentes. No obstante ello, y de manera muy general, cabe mencionar que las cinco áreas de la sexualidad que fueron analizadas por Rubio por medio de una adaptación del *Sex Knowledge Attitude Test "SKAT"* (Leif, 1972), son similares a los ocho factores del instrumento seleccionado para esta investigación. Ya para finalizar este capítulo sobre el marco contextual de mi investigación citaré algunos de los datos relevantes reportados por Rubio:

- a) En relación con la *masturbación* (equivalente al Factor No. 2 en la escala de López y Pick, 1997), se encontró una tendencia de tipo liberal en las afirmaciones que reprueban la práctica masturbatoria (49.5 % en desacuerdo), aunque en las que se refieren a la masturbación como actividad que se justifica por sí misma, la tendencia liberal no fue tan clara (68.2 % en desacuerdo).
- b) En cuanto a las *relaciones sexuales premaritales* (equivalente al Factor No. 1, en el instrumento que yo utilicé), se observó una tendencia hacia la aceptación con un 59.60%, no obstante ello, esta tendencia disminuyó cuando la pregunta se refirió directamente a un valor socio-cultural, como lo es el de la virginidad.
- c) En los reactivos sobre *relaciones sexuales extramaritales* (equivalente al Factor No. 5 del presente estudio), no se identificó una tendencia definida.
- d) En cuanto a la *diferencia entre las conductas masculinas y femeninas* (no se puede hacer una comparación cercana con los factores contemplados en mi investigación), Rubio encontró una tendencia "conservadora", en lo que se refiere a la opinión de los trabajos que sólo deben desempeñar los hombres, así como a exigir mayor fidelidad marital a las mujeres que a los hombres. En este mismo aspecto, el 17% de la población estudiada en 1984, pensaba que la mujer es naturalmente pasiva en la relación sexual.
- e) En relación con la *homosexualidad* (contemplada, aunque en forma diferente, en los Factores Nos. 3 y 4 de la escala de López y Pick), el 58.7% de la población estudiada por Rubio, no estuvo de acuerdo en que se tomaran medidas legales contra los homosexuales; pero el 40.3 % estuvo de acuerdo en que la homosexualidad es un "degeneración" (Rubio y cols., 1988, pp. 27-31).

CAPÍTULO 2

LA INVESTIGACIÓN

2.1 Planteamiento del problema

En todas las épocas de nuestra historia se puede observar el interés que ha despertado hablar de sexualidad. Sin embargo, la reflexión sistemática, científica, sobre la sexualidad sólo es posible referirla a tiempos modernos, al igual que la conciencia sobre su importancia como factor de transformación social y, por lo tanto, como objeto de atención de la educación (Urbina Fuentes, 1994, pp. i-iv).

A pesar que desde 1974 el gobierno de México reconoció la importancia de desarrollar programas de educación de la sexualidad -contemplada, en ese entonces, desde la óptica de la educación en población con el objetivo de que los logros educativos favoreciera la solución de los problemas de sobrepoblación- veinticinco años después, la falta de información y de educación sexual persiste en diversos sectores de la población.

A la fecha, hablar de educación sexual representa un problema muy discutido. Las divergencias en el campo de la educación sexual son inevitables por el pluralismo de valores. A esta dificultad hay que añadir la carencia de información confiable sobre los efectos que provocan los diversos programas de educación sexual que se imparten en el país. Generalmente se pone mucho entusiasmo en la planeación de los mismos, ya sea por parte de "expertos" o de personas improvisadas, igualmente se establecen y ponen en marcha las políticas para su aplicación, pero la mayoría de las veces no se realiza investigación sistemática sobre los programas de educación sexual, ni se hace una evaluación a fondo sobre el impacto que estos programas provocan en la población a la cual van dirigidos.

A México ha llegado mucha información de investigaciones realizadas en otros países que comprueban las bondades de diversos proyectos de educación sexual. Algunos autores mencionan que mediante ellos se contribuye a reducir la incidencia de embarazos no deseados y de las enfermedades de transmisión sexual (Coleman, 1994, pp. 315-317; Kirby, 1993, pp. 19-25), otros señalan que los infractores sexuales adolescentes son especialmente desconocedores de la sexualidad (Kaplan, 1991, pp. 217-225).

También en México se están realizando proyectos de investigación sexual interesantes, la mayoría de éstos bajo los auspicios de organizaciones no gubernamentales, entre las que sobresale la labor del Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población (IMIFAP), en donde la investigación se aboca a analizar los conocimientos, actitudes, y patrones de conducta relacionados con el ejercicio de la sexualidad, así como la influencia de contextos sociales, familiares e individuales al respecto (Pick, Givaudan, Díaz-Loving, 1994, p. 121).

Algunos de los resultados arrojados por las investigaciones realizadas en población mexicana resultan sorprendentes, como por ejemplo el estudio realizado por Pick, Andrade y Townsend (1990, pp. 86-95) en el que se registra la prevalencia de diversos mitos y prejuicios sobre el significado que de las relaciones sexuales tienen ciertos hombres y mujeres, como es la creencia de que la mujer se desahoga sexualmente con la menstruación, mientras que el hombre lo hace con las relaciones sexuales. En otro estudio, realizado también por Pick (1987, p. 155), se reporta que el 58 por ciento de un grupo de adolescentes entrevistadas consideraron que los anticonceptivos causan enfermedades y el 36.3 por ciento contestaron que las pastillas anticonceptivas producen esterilidad. Asimismo el 31.7 por ciento de las adolescentes de dicho estudio manifestaron que una mujer puede quedar embarazada al ir a un baño público.

Si el registro de diversos mitos y prejuicios que sostienen diversos sectores de la población mexicana provoca sorpresa, esta sorpresa se transforma en una seria preocupación cuando mitos y prejuicios similares a los anteriores, así como actitudes muy desfavorables hacia la sexualidad, se han detectado entre estudiantes que en un futuro muy próximo estarán ejerciendo como médicos.

Las investigaciones sobre actitudes hacia la sexualidad de los estudiantes de medicina son muy escasas a pesar de las recomendaciones hechas por los expertos en el área tanto a nivel nacional como internacional, de atender especialmente a este sector profesional, por las repercusiones que su quehacer tiene en el resto de la población.

Tal vez es el sexólogo mexicano Eusebio Rubio, quien más énfasis ha puesto en investigar sobre las actitudes hacia la sexualidad en el contexto de la enseñanza médica en México. Él y sus colaboradores lograron presentar un panorama descriptivo de las opiniones y experiencias sexuales de los alumnos de primer ingreso a la carrera de medicina de la UNAM, a partir de los datos obtenidos en una encuesta aplicada a 521 alumnos de primer ingreso a la Facultad de Medicina en 1984. Los hallazgos de este estudio exploratorio alertaron sobre la urgente necesidad de trabajar para cambiar ciertas actitudes muy desfavorables hacia diversos aspectos de la sexualidad sostenidas por un porcentaje elevado de los alumnos encuestados, y a decir del experto, de no modificarse estas actitudes en los estudiantes, cuando en un futuro próximo ejerzan como médicos, no estarán suficientemente preparados para tratar con eficacia los problemas relacionados con la sexualidad de sus pacientes. En el estudio de Rubio y colaboradores se menciona, por citar sólo algunos ejemplos, que el 40.3 por ciento de los alumnos opina que la homosexualidad es una degeneración; el 28.6 por ciento considera que la masturbación en los jóvenes es una práctica dañina y, el 18 por ciento piensa que es natural en la mujer ser pasiva en la relación sexual (Rubio, 1988, p. 11).

No encontré registro de algún otro estudio con respecto a las actitudes hacia la sexualidad en estudiantes de medicina en México. Ya pasaron quince años de aquel estudio piloto de Rubio y, aunque no mucho, algo se ha avanzado en materia de educación sexual en la Facultad de Medicina de la UNAM, concretamente con la introducción del curso de libre elección *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, el cual se empezó a impartir apenas en 1996. Este curso, por su modalidad y contenido temático innovador, me motivó a realizar la presente investigación. Otros factores que consideré relevantes para realizar este trabajo fueron: a) que a la fecha no se han realizado trabajos de investigación sobre el impacto que esta nueva asignatura tiene en las actitudes de los estudiantes que la cursan, b) que existe un gran vacío de información documental en área y, c) la repercusión que las actitudes hacia la sexualidad de estos jóvenes puede tener en la relación con sus pacientes.

La importancia por perfeccionar la formación profesional del estudiante de medicina en el área de la sexualidad humana también ha sido señalada por la Organización Mundial de la Salud. Desde 1975, dicho organismo ha recomendado atender tres áreas básicas en la formación sexual del médico: las actitudes, los conocimientos y las habilidades clínicas (World Health Organization, 1975, p. 12). Por la trascendencia que tiene la primera de estas áreas, la referida a las actitudes, en la forma en que el médico establece una adecuada relación con su paciente en su práctica profesional, en la presente investigación me abocaré a hacer un análisis minucioso de las actitudes hacia la sexualidad en estudiantes de primer año de medicina de la UNAM. Se sabe que según las actitudes que el joven estudiante tenga y mantenga, habrá repercusiones trascendentales, tanto para la adquisición del conocimiento como para el desarrollo de las habilidades clínicas. Actitudes condenatorias o desfavorables, hacia algunas de las

expresiones de la sexualidad, pueden evitar que un conocimiento se adquiriera o que el profesional desarrolle la habilidad clínica necesaria para ayudar efectivamente al paciente (Leif, 1979 p. 28; Rubio, 1988, p. 27).

Al realizar la presente investigación me propuse contribuir, con datos precisos basados en la experiencia de un curso semestral, al estudio de un área considerada como prioritaria por expertos en la formación de médicos de pregrado: la enseñanza de las actitudes propias de la disciplina. Como afirma el Dr. José Narro: *No basta con tener el resultado de un examen de conocimientos. Se requiere también y de manera fundamental, contar con un perfil de las actitudes y las aptitudes del estudiante* (Narro, 1990, p. 185). Sin embargo, la investigación sobre las actitudes dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje frecuentemente es evitada por la dificultad que implica su medición, y más complicado se torna el problema cuando se pretende comprobar si ciertas actitudes se modifican por el impacto que determinado programa escolar tiene sobre los estudiantes que lo cursan.

Algunas investigaciones evaluativas de programas innovadores de educación sexual realizadas con niños y adolescentes mexicanos, reportan excelentes resultados. Por ejemplo, al comparar el programa "Planeando tu vida" con un grupo control, se vio que no tenía efecto en la incidencia de relaciones sexuales, aunque aumentaba el nivel de conocimientos y que, si se daba antes de que los adolescentes tuvieran relaciones sexuales aumentaba de manera estadísticamente significativa la probabilidad de que las tuvieran de manera protegida (Pick, Andrade y Townsend, 1990, pp. 86-95). La mayoría de estos programas en el campo de educación para la salud en México se han desarrollado con base en investigaciones psicosociales que toman como referencia el modelo de acción razonada de Fishbein y Ajzen (Pick, Díaz-Loving, 1994, p. 85).

El estudio de la sexualidad, al igual que cualquier área de la conducta humana, se ve afectado por múltiples variables que van desde la personalidad del estudiante, hasta factores de tipo social, económico, religioso, ético y cultural, lo cual complica su análisis. A pesar de estas dificultades, es necesario insistir en su estudio hasta descubrir fórmulas adecuadas para poder evaluar el impacto de los programas de educación sexual en estudiantes mexicanos. Es inminente pues, realizar trabajos sistemáticos de investigación sobre la sexualidad en nuestro país, que abarquen los diversos niveles educativos -no sólo en con niños y adolescentes que es el grupo de población que más se ha explorado- en lugar de continuar reportando datos de experiencias ajenas.

Realizar investigación sobre sexualidad trae aparejados otros problemas, desde el cuestionamiento mismo de la sexología como ciencia, hasta considerar sospechosa la reputación de quienes nos atrevemos a indagar sobre un tema que para muchos sigue siendo tabú; tal afirmación puede refrendarse a través de las palabras de Jeffrey Weeks, historiador, filósofo y sociólogo de fama internacional:

Es peligroso escribir sobre sexualidad, lo hace a uno "moralmente sospechoso". Hasta no hace mucho, al menos en los círculos académicos, abordar el tema significaba situarse al margen de las principales preocupaciones intelectuales [...]. Afortunadamente algunas cosas han cambiado. Desde principios de los años setenta, se han ampliado en forma considerable los estudios sobre sexualidad (Weeks, 1994, pp. 179-180).

Durante las cuatro últimas décadas la comunidad médica internacional ha prestado una creciente atención sobre la sexualidad como objeto de estudio científico (Glenn, 1979, p. 108; Levitt, 1974, p. 20; Reiss, 1967, p. 25), pero como señala Rubio (1994, p. 17) persisten dos problemas fundamentales para que este intento científico fructifique: uno debido a la naturaleza misma de la sexualidad y, el otro, consecuencia de la naturaleza

de la ciencia. En cuanto al primero, la mera definición de sexualidad, objeto de estudio científico que pretende explicarla, o por lo menos parte de sus manifestaciones, expresiones y condicionantes, es algo que ha demostrado ser complicado. La razón de esta dificultad se encuentra en una de las características fundamentales de la sexualidad: *la sexualidad es ante todo una abstracción*, una manera de conceptualizar, es decir, de realizar formulaciones mentales ante realidades percibidas de nuestra existencia que intentan ser capturadas por nuestro entendimiento.

El segundo problema en el estudio científico de la sexualidad humana, es resultado de que la ciencia ha desarrollado múltiples estrategias para asegurarse, hasta donde esto es posible, de que sus conclusiones no son producto de la apreciación individual (subjetiva) del estudioso, sino producto de la realidad que se intenta estudiar (objetividad). Para ello se buscan maneras de medir lo que se estudia. La medición científica, herramienta fundamental en las acciones de describir, comparar y comprobar, se convierte, entonces, en una de las características fundamentales del actuar científico; ocurre, sin embargo, pero ocurre que las técnicas de medición científica requieren, para ser usadas, de una delimitación precisa de lo que se va a medir y, para ello, los científicos escogen fenómenos que pueden medirse a determinado nivel, por ejemplo, la vigencia de determinadas ideas en un grupo de alumnos, pero como la sexualidad se manifiesta en todos los niveles de la existencia humana, su estudio se complica, ya que distintos científicos aparentemente estudian la misma cosa, la sexualidad, con metodologías de medición muy diferentes. Esto ha llevado a lo que Rubio llama *atomización del conocimiento* (Rubio, 1994, p. 19). Ello representa un problema aún sin resolver:

La sexualidad se manifiesta en todos los niveles de la existencia humana, pero su estudio científico requiere de la elección de un nivel determinado de medición; la ciencia sexual se encuentra buscando el camino de la integración del conocimiento ante la sexualidad que en la actualidad, es producto de la participación de muchas disciplinas científicas. La formulación integral de la sexualidad humana, es aún un deseo de la ciencia que aún no se ha visto satisfecho (Rubio, 1994, p. 20).

Sobre este mismo problema en torno a la dificultad de consolidar la ciencia de la sexualidad, Ira L. Reiss, considera que la sobrevivencia de la sexología depende de que la sociedad, y las personas que tienen el poder, compartan ciertas presuposiciones básicas que apoyan el valor de la investigación sexológica. Para este sociólogo postpositivista, estas presuposiciones de valores serían:

- a) Apoyar una sociedad libre y democrática que le permita a la gente el derecho de expresar opiniones diversas;
- b) apoyar la importancia de la libertad para estudiar el comportamiento y las actitudes de la gente;
- c) aceptar el derecho de investigar incluso las zonas más íntimas de la vida, y
- d) la legitimación de una visión plural de valores morales que acepte que puede haber más de una moral de comportamiento (Reiss, 1993, p. 8).

De acuerdo con el planteamiento de Reiss, quien realiza investigación sexológica tiene la tarea de aceptar que las presuposiciones de valores son inevitables, por lo que: *Lo que necesitamos cultivar no es la meta imposible de no tener valores, sino la meta alcanzable de estar conscientes de los valores* (Reiss 1993, p. 11). De esta manera se puede reducir la probabilidad de que los prejuicios afecten el trabajo del investigador, ya que al hacer conscientes estos valores se puede evitar que influyan tendenciosamente en el manejo de las interpretaciones que se hagan de los datos.

Tomar en cuenta los planteamientos hechos por Ira L. Reiss, resultan de vital importancia para evitar que el desarrollo de la investigación sexológica en nuestro país siga detenido, debido a que en la sociedad mexicana existen poderosas fuerzas políticas y religiosas que cuestionan estas presuposiciones esenciales de valores. Tal vez este es uno de los motivos por el que tanto en México, como en Latinoamérica en general -en contraste con los países más desarrollados- exista muy poca información confiable acerca de las causas, consecuencias e interrelaciones que se asocian con las actitudes y patrones de comportamiento sexual de la población.

La presente investigación pretende coadyuvar en la actualización de datos confiables sobre actitudes hacia la sexualidad que sostienen estudiantes de medicina a su ingreso a la Universidad. Asimismo aporta información sobre el nivel de impacto que probabilísticamente tuvo la asignatura bajo estudio en las actitudes de los estudiantes que la cursaron en el semestre escolar 1999-1. A pesar de que la población que se estudió fue pequeña -equivalente al 12 por ciento del total de alumnos de primer ingreso a la carrera de medicina de la UNAM en ese año lectivo- es importante tomar en consideración que, en lo referente a las actitudes hacia la sexualidad de estudiantes de medicina de la UNAM, sólo hay otro estudio empírico documentado: el realizado por de Rubio y colaboradores hace quince años, al cual me he referido como antecedente de este trabajo de investigación.

2.2 Antecedentes de la investigación

El presente trabajo fue precedido de la investigación *El uso de películas comerciales como recurso didáctico para la enseñanza de la psicología médica*, producto de la cual expuse una ponencia en el Séptimo Congreso Nacional de Pedagogía celebrado en 1998. A raíz del análisis de los resultados estadísticos obtenidos (no significativos) y de las aportaciones que recibí de mi director de tesis y de colegas pedagogos en dicho Congreso, opté por realizar un nuevo estudio exploratorio de las actitudes hacia la sexualidad en estudiantes de primer año de medicina de la UNAM, esta vez, corrigiendo errores detectados en el proyecto anterior. La nueva investigación que aquí me propuse responde tanto a un interés institucional, como es la realización de evaluaciones sistemáticas al nuevo *plan estudios de la carrera médico cirujano de 1993* como personal, en el sentido de averiguar si a través de acciones educativas concretas se pueden alcanzar cambios tangibles en las actitudes de los estudiantes de medicina.

Después de diez años de trabajar como pedagoga en el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, he llegado a valorar cada vez más la importancia de fortalecer el humanismo y la calidad ética del ejercicio del médico. Creo que uno de los medios concretos para alcanzar este propósito es a través de la enseñanza de la asignatura psicología médica que se imparte a los alumnos que recién ingresan a la carrera. Desafortunadamente, no hemos encontrado todavía la forma de *medir* si este propósito se logra. Es difícil evaluar un objetivo tan general y elevado como el citado. En diversas ocasiones se han intentado llevar a cabo proyectos para comprobar el impacto que la enseñanza de la psicología médica causa en los estudiantes; ninguno de estos proyectos ha llegado a feliz término y, por ello, los obvio. Parte de la dificultad para realizar investigación en dicho campo creo que ha sido la amplitud y la ambigüedad de lo que se pretende medir, es por ello que me propuse delimitar el campo e intentar una nueva vía de acceso para la comprobación de lo que, en materia de cambio de actitudes, estamos obteniendo como producto de la aplicación de ciertos programas educativos en la Facultad de Medicina de la UNAM.

Al no haber podido comprobar que la aplicación del programa de discusión de películas comerciales, dentro del curso de psicología médica, puede ser considerado un recurso didáctico idóneo para cuestionar y modificar actitudes hacia la sexualidad, tal cual fue el propósito de mi primer proyecto de tesis, realicé este segundo intento de medición de cambio de actitudes, esta vez tomando, no ya un programa experimental y ocasional - como fue mi iniciativa con el primer proyecto del uso de películas- sino ahora, reuniendo esfuerzos e intereses en común con los profesores de una nueva asignatura del plan de estudios de medicina que se aboca específicamente a brindar educación sexual a los alumnos de primer año de la carrera de médico cirujano.

2.3 Justificación

Por la importancia que tiene que los estudiantes de medicina reconozcan sus actitudes hacia la sexualidad, en la más reciente modificación al plan de estudios de la carrera de médico cirujano (1993), se incluyó la asignatura de libre elección *Aspectos médicos de la sexualidad humana*. A tres años de que se ha estado impartiendo dicha asignatura aún no se han realizado investigaciones para conocer el impacto que tiene en las actitudes de los alumnos que la cursan.

Además de la conveniencia de realizar más investigación sobre sexualidad en México para ampliar la información que se posee en esta área y así evitar que se continúen fundamentando los proyectos de educación sexual en datos encontrados de experiencias realizadas en otros países, la investigación sobre los efectos de programas dirigidos específicamente a médicos cobra aún mayor importancia, ya en:

(...) nuestra cultura los médicos son los clínicos, los curadores de males, su formación científica les autoriza para identificar y corregir los desvíos del cuerpo y su comportamiento. Estos profesionales generalmente toman un modelo directivo, se ubican en la sabiduría, son peritos en cuestiones de salud y especialistas en impartir autorizaciones y dictar vetos (Aguilar Gil y Mayén Hernández, 1994, p. 804).

Los médicos, para la mayoría de los pacientes, representan una figura de autoridad, por este mismo hecho pueden constituirse en agentes de cambio social, pero para que este cambio se dé, es necesario, primero, que sean conscientes del papel que la sociedad les ha asignado y, segundo, aceptar su falta de información sexual y la necesidad de clarificar sus propios valores, actitudes, pautas de comportamiento y motivaciones, con el fin de comprender los alcances y limitaciones en su labor como educadores sexuales.

Un factor de gran relevancia para la realización de este proyecto, es el hecho de que va dirigido a la educación de futuros médicos, ya que si es grave que exista la falta de información sexual adecuada en cualquier individuo, es peor aún en aquellos que serán los que nos atiendan cuando nuestra naturaleza falle, y aunque no falle, es importante educar dentro del marco de la prevención, con cursos que fomenten la salud sexual y reproductiva. ¿Qué mejor forma de prevenir que a través de la educación? La educación siempre ha sido factor fundamental de cualquier programa destinado a promover la salud.

2.3.1 Importancia de la educación de la sexualidad

La educación de la sexualidad ha sido definida como el proceso de socialización (interacción con otros seres humanos) en el que el individuo adquiere los elementos necesarios para conformar los componentes mentales de la sexualidad (Urbina Fuentes y Pérez Fernández, 1994, p. 886).

En materia de educación sexual, no sólo hay que investigar con respecto a la reproducción, es hora de enfocar programas en el contexto escolar, partiendo de que la escuela no puede desinteresarse de los valores y las actitudes, incluidas las sexuales. Se requiere de una intervención que comprenda tanto el aspecto cognoscitivo de la comprensión de los hechos y de los valores, como el afectivo, del aprecio de su realidad

sexual, y el operativo que exige del estudiante un compromiso personal en su actuar (Bosello, 1998, p. 141).

En México, a pesar de que se empieza a impartir educación sexual dentro de la escuela, esto no se hace de una manera integral. Al carecer de la preparación adecuada para impartir educación sexual, por regla general, los maestros se sienten incómodos y temerosos al enseñar esta materia. Los alumnos, y los pacientes, necesitan percibir que sus profesores, y sus médicos, abordan los diversos temas de la sexualidad con bases firmes y sin prejuicios. La sexualidad es una asignatura difícil de trabajarse en el ámbito escolar debido a que sigue representando un tema tabú. Por este mismo hecho, la mayoría de las personas prefieren evitar cuestionarse acerca de sus actitudes hacia la sexualidad y aceptan lo que en su medio es considerado correcto como un dogma por el miedo a romper las reglas y tradiciones ancestrales de la familia y la religión, aunque muchas de ellas se enfoquen más en guardar las apariencias, que en principios y valores asumidos con responsabilidad.

Negar la sexualidad es renunciar a nuestra esencia humana, ya que desde la concepción somos seres sexuados y conforme vamos creciendo esta disposición también se va desarrollando tanto biológica como psicológica y socialmente. La formación de las actitudes hacia la sexualidad generalmente se da en forma inconsciente, pocas veces se asumen dentro de un proceso educativo programado para tal fin. Para que la educación sexual sea eficiente se pretende trascender el nivel del mero conocimiento y llegar a lograr cambios en las actitudes, para que a su vez estas influyan en el comportamiento.

El programa educativo que persigue el cambio de actitudes, debe incluir el cuestionamiento de los prejuicios, los estereotipos, las ideas erróneas, fundamentar las creencias, clarificar ideas y valores, tanto individuales, como sociales. El objetivo de aumentar los conocimientos del estudiante de medicina sobre sexualidad es incidir en la formación de actitudes asumidas con mayor conciencia y responsabilidad, de manera tal, que su futuro ejercicio profesional respete las diferencias individuales y reconozca la variedad de ideologías que sustentan la vivencia de la sexualidad de cada uno de sus pacientes. Por lo tanto, brindar educación sexual a los médicos en formación, es una prioridad, ya que ellos serán proveedores no sólo de servicios de salud, sino que también representan una autoridad frente a sus pacientes, ya que con sus ideas y toma de decisiones, influyen a su vez en el comportamiento social. Así como es necesario impartir nuevos cursos de educación sexual, es igual de importante, poner en competencia este nuevo programa, frente a la educación tradicional, esto nos dará la posibilidad de comparar resultados para fundamentar nuevos proyectos y corregir los vigentes.

2.3.2 Importancia de la educación sexual para el médico

Una de las características de la medicina es el afán por conocer la mente y cuerpo de la persona dentro de un pensamiento racional desvinculado de la causalidad sobrenatural. Esta tendencia en la disciplina médica se inició con los antiguos griegos y aún se desarrolla. Hipócrates, considerado el padre de la medicina, fue el primero en prescindir de explicaciones religiosas y sobrenaturales para entender la enfermedad; el contenido racional de su pensamiento representó un avance trascendental. Otra característica de la medicina es su vinculación con la ética y la filosofía y ante las transformaciones

inminentes que se dan en las instituciones familiares, religiosas y sociales, es importante valorar que la disciplina médica tiene la capacidad de asumir una importante protección de los valores humanos. El médico está obligado, por lo tanto, a reflexionar en los problemas éticos que le plantea el ejercicio de su profesión: "*se requiere de un nuevo tipo de médico que lleve el cambio como actitud permanente, que lleve el futuro en la médula de los huesos*" (Ortiz Quesada, 1997, p. 54).

Una de las motivaciones para realizar esta investigación fue tratar de comprobar la suposición del doctor Eli Coleman, presidente de la Asociación Mundial de Sexología, en el sentido de que los estudiantes que se inscriben libremente al curso de *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, tienen, aún antes de llevar el curso, actitudes muy favorables hacia la sexualidad: "Si se trata sólo de un curso *free choice* (refiriéndose a que este curso es *optativo*), quiere decir que esos alumnos ya tienen buenas actitudes y que no le temen a hablar de la sexualidad; ellos no son homofóbicos. Los que tienen actitudes homofóbicas, a los que les da miedo hablar de la sexualidad y sus problemas, ellos son los que tienen que llevar este curso para quitarse sus temores". Cuando le pedí su opinión sobre si un curso de tan sólo un semestre de duración sería suficiente para cambiar actitudes hacia la sexualidad en alumnos de medicina añadió enfáticamente:

Sí, sí, estos cursos son muy importantes para cambiar las actitudes, especialmente porque los médicos tiene el ... "*power*", *how you say?*... Poder. Sí, sí, el poder, la influencia, la autoridad que les da la sociedad. Los médicos generalmente son el primer punto de contacto con el individuo que tiene problemas con su sexualidad, por ejemplo de orientación sexual. No son los psiquiatras o los psicólogos como se cree, a los que llegan este tipo de pacientes, sino los médicos generales y, si ellos han desarrollado actitudes favorables, pueden canalizar al paciente que presenta un problema con su sexualidad. Pero si el médico general tiene, por ejemplo, actitudes homofóbicas, aunque no lo diga verbalmente, su cuerpo, su lenguaje de su cuerpo... mmm... *¿Con su lenguaje corporal?* Sí, sí, ese lenguaje corporal lo percibe el paciente y se siente estigmatizado, rechazado y ya no hablará de ese problema y se van formando muchos problemas psicológicos en ese paciente por que se siente diferente y no lo acepta y no puede hablarlo tampoco con el médico (Apéndice 5. Entrevista Dr. Coleman. Marzo 3, 1999).

El doctor Coleman comentó que en la Escuela Superior de Medicina de la Universidad de Minnesota, donde es profesor asociado del Programa de Sexualidad Humana en el Departamento de Práctica Familiar y Salud Comunitaria, llevar el curso de *Sexualidad humana*, es obligatorio para todos los estudiantes de medicina: "Y es un curso muy importante" añadió. Él considera que al igual que en su país, en la Facultad de Medicina de la UNAM también debería ser un curso obligatorio, ya que este tipo de cursos contribuirán a que los futuros médicos no rechacen a sus pacientes con problemas sexuales, los cuales, a nivel de población mundial, son muchos. Coincidió con él en que en los cursos de sexualidad es prioritario trabajar con las actitudes de los alumnos, tal como él lo expresó:

En mi escuela, los dos primeros días no damos nada de información ni teoría a los alumnos, no hablamos nada de cómo funciona la sexualidad, ni de anatomía, los dos primeros días *se examinan actitudes sobre sexualidad*, nada más de eso, se habla abiertamente sobre la sexualidad, es divertido, encontrarás personas con muchas experiencias sexuales y si se puede hablar así después se podrá aceptar las diferencias, hay que aclarar a los estudiantes de medicina: *Tu responsabilidad no es ser un cura o un moralista, ¡No!, tenemos que enseñarles a no juzgar* (Apéndice 5. Entrevista Dr. Coleman. Marzo 3, 1999).

Consideré importante tomar en cuenta las opiniones del doctor Eli Coleman no sólo porque es reconocido a nivel internacional como experto en materia de educación sexual sino porque por su labor educativa en el área de la sexualidad humana a nivel universitario también es ampliamente valorado tanto por sus investigaciones sobre métodos de prevención y tratamiento de conductas sexuales socialmente inaceptables, como por sus estudios sobre homosexualidad y bisexualidad (V. Coleman en la sección de *Obras consultadas para mayor información*).

La investigación en torno a las actitudes hacia la sexualidad de los médicos está plenamente justificada si tomamos en consideración que intervienen directamente en el área de la conducta sexual de sus pacientes, que es un foco notorio de ansiedades humanas conscientes e inconscientes que la propia cultura ha fomentado. Muchas personas acuden al médico no sólo por preservar su salud física, sino inconscientemente buscando consuelo, autorización, certidumbre y tranquilidad. Pero como los médicos, al fin y al cabo, son mujeres y hombres que reflejan las actitudes predominantes de la época y que, por lo mismo, fueron educados con los mismos aciertos y errores que cualquier ser humano, responden a las dudas de sus pacientes sin tener las suficientes bases para hacerlo bien.

Muchas generaciones de médicos han vendido a sus pacientes un cúmulo abrumador de informaciones erróneas vinculadas con la sexualidad la mayoría de las cuales tenían intención y contenido moralista. Sus consejos en esos temas no siempre son atinados, van cargados de sus propios valores acerca de la sexualidad y los pacientes que reciben estos consejos lo saben, pero los aceptan porque su ansiedad los impulsa a ello y por la necesidad de pagar sus culpas (Aguilar Gil y Mayén Hernández, 1994, p. 804).

Ante declaraciones como las recién citadas, es evidente que los médicos necesitan aceptar su falta de información sexual y su inexperiencia, pero más que eso, necesitan mostrar actitudes más abiertas para poder respetar la sexualidad de sus pacientes y ser sensibles a las ansiedades que ellos les manifiesten, ya que se ha comprobado que muchos de los síntomas son una forma frustrada de comunicación y quienes los padecen no se atreven a reconocer sus problemas sexuales. De acuerdo con el doctor Alejandro Díaz Martínez:

Sólo cambiando las actitudes de los profesionistas a nivel primario podremos llegar al gran grupo de pacientes que necesitan ayuda; en vez de la pequeña minoría que se arriesga a pedir asesoría e información sexual (Díaz Martínez, 1994, p. 619. Las cursivas son mías).

Como se puede apreciar, diversos son los argumentos que justifican la realización de una investigación en relación con las actitudes hacia la sexualidad de los estudiantes de medicina. Concretamente, este trabajo cobra importancia porque permite conocer, a partir de un estudio empírico, cuáles son las actitudes del alumno de primer ingreso a la carrera de medicina. Los datos que mediante este estudio se obtengan se convertirán en una de las fuentes imprescindibles de información en el diseño curricular, en cualquiera de sus niveles; ya sea para revisar el currículum general o para replantearse los contenidos temáticos y las estrategias de aprendizaje de la sexualidad, tanto en la asignatura optativa de *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, como en el curso obligatorio de *Psicología médica*.

2.4 Los referentes teóricos

Si existe una habilidad que nos diferencia esencialmente de los demás animales, ésta es nuestra capacidad de pensar, de reflexionar sobre nosotros mismos y sobre nuestras acciones y sus repercusiones. Como pedagoga, considero que el objetivo principal de la pedagogía es hacer una reflexión sobre la educación en general y sobre las repercusiones que tiene en los alumnos el ejercicio de la práctica docente, en particular. Y si además de reflexionar sobre esta práctica, pretendo contribuir al avance teórico de la pedagogía se hace necesario investigar sistemáticamente el fenómeno educativo. Estoy de acuerdo con Mialaret, en cuanto a que hay que:

[...] tratar de precisar, de poner en cifras, cuando esto es posible, lo que suponemos por "sentido común" que estamos obteniendo como resultado de poner en práctica ciertos programas educativos. Una reflexión pedagógica no puede hacerse actualmente sin un contacto mínimo con la práctica escolar (Mialaret, 1964, p. 16).

Pero antes de adentrarme más en el porqué y el cómo de la investigación pedagógica, antes de hablar de cifras y resultados precisos, creo pertinente empezar por precisar lo que es la pedagogía. Definir la pedagogía no es tarea fácil, ya que además de ser una ciencia, es un arte, pero afirmar esto último, no quiere decir que se haga a un lado la técnica y la metodología científicas, ya que es gracias a ellas por lo que hemos avanzado tanto en esta disciplina eminentemente social. Creo que la siguiente descripción de Larroyo, hace justicia a esta triple función de la pedagogía, como arte, ciencia y técnica de la educación. Cito:

Por mucho tiempo, la pedagogía discurrió entre una confusa corriente de opiniones, reglas y caprichosas modalidades. En la actualidad se perfila como una ciencia auténtica, con territorio propio, objeto preciso y métodos particulares, bien que manteniendo vínculos con otras ciencias cuyos progresos repercuten en el sistema pedagógico [...] *La teoría pedagógica describe el hecho educativo, busca sus relaciones con otros fenómenos, lo ordena y clasifica, indaga los factores que lo determinan, las leyes a que se halla sometido y los fines que persigue.* El arte educativo, por su parte, determina las técnicas más apropiadas para obtener el mejor rendimiento pedagógico: es una aplicación metódica de la ciencia de la educación [...] Educar equivale a cultivarse, a adaptarse a cierto tipo de vida social. La comunidad social trata de educar a las generaciones jóvenes conforme a cierto modelo de vida. De hecho en toda educación intencionada, dirigida conscientemente con arreglo a un plan, se piensa en una meta adonde llegar, en una serie de fines por realizar. (Larroyo, 1963, pp. 45-47. Las cursivas son mías).

Es importante hacer notar que por la cercanía que hay entre la pedagogía y la psicología, en ocasiones se presentan confusiones en torno a su relación. En 1899, William James (citado por Anthony, 1972, p. 98) afirmó: "La psicología es una ciencia y la enseñanza es un arte". Parece mentira, pero cien años después hay quienes siguen considerando que esta afirmación es exacta, yo no la considero acertada porque pareciera que está poniendo en competencia a la psicología *versus* la pedagogía, a la ciencia *versus* el arte, cuando en lugar de contraponerse creo que pueden complementarse y apoyarse mutuamente, tal como lo intentaré hacer a lo largo de este trabajo.

Investigar si es posible influir en la modificación de las actitudes en alumnos universitarios con la aplicación de un programa académico específico no es una tarea

sencilla. Las actitudes, al ser objetivos educativos del área afectiva, son resultados muy difíciles de valorar. De hecho, en el programa *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, no se contempla explícitamente que el profesor asuma la responsabilidad de evaluar si se da o no el cambio de actitudes en sus alumnos, no obstante ello, se espera que promueva el ambiente adecuado dentro del aula, para que este cambio, deseable, se realice a lo largo del semestre.

En el curso de *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, el método al cual recurre el profesor para propiciar la modificación de actitudes consiste en supervisar que la información sobre tópicos diversos de la sexualidad que los alumnos presenten frente al grupo -resultado ésta de una búsqueda independiente- sea científica y actualizada. Posteriormente, con base en esa información promueve -a través de diversas dinámicas grupales- el cuestionamiento en torno a las creencias, actitudes, sentimientos y valores relacionados con los temas presentados. De esta manera, el profesor, al proporcionar información veraz y al promover el cuestionamiento de las creencias del alumno, previsiblemente está propiciando la modificación de actitudes. Este proceso de cambio interno en los alumnos es bastante complicado y, en ocasiones ambivalente, como lo muestra el caso siguiente citado por Myers (1979, pp. 520-521), quien cuenta acerca de un grupo de alumnos en el que todos obtuvieron excelentes calificaciones finales en el curso de Historia de los Estados Unidos, pero que en una demostración dramática de su actitud hacia la historia de su país, hicieron pedazos los libros de historia y arrojaron los pedazos de papel por las ventanas de la escuela. Myers considera que cuando se obtienen altas calificaciones mediante una motivación que produce actitudes antagónicas, las propias calificaciones pueden tener poca importancia. Un caso similar lo podemos observar en la UNAM con la "quema de batas y apuntes" que organizan año con año los estudiantes de la Facultad de Química. No estoy del todo de acuerdo con Myers, de que el hecho en sí implique necesariamente un rechazo hacia la historia, pues este comportamiento rebelde podría ser considerado más bien una desaprobación al profesor, a su sistema de enseñanza, o hacia la institución educativa. Con la sola observación del comportamiento no es posible inferir las actitudes tan fácilmente.

Fue necesario hacer un análisis profundo para decidir en qué forma podría valorar, para propósito del presente estudio, si la apreciación subjetiva de los profesores del curso de sexualidad humana en el sentido de que la mayoría de los alumnos que terminan este curso adquieren actitudes más favorables hacia la sexualidad, tiene visos de aproximación a la verdad. Para dar una idea más clara de este asunto considero relevante reproducir, a continuación, las palabras textuales de uno de los profesores entrevistados:

¿Cómo notas que hay cambio en las actitudes de los alumnos?

Bueno, admito que eso de que se dé el cambio de actitudes es sólo una creencia, porque nuestra pretensión no es medirlos en eso, no forma parte de la calificación. No se trata de que los que cambien su forma de pensar tengan mejor calificación. Yo creo que una actitud debe ser libremente asumida. Nada de que el profesor me va a poner "10" si le digo que ahora pienso que "todos los homosexuales son re bonitos" ... [se ríe].

¿Pero entonces como sabes, o porqué supones que hay cambio de actitudes?

Los registros que tenemos del proceso académico [de aprendizaje] no miden las actitudes, ¡No!, sino nada más la pura sensación de que, bueno, uno como maestro se percata de que hay grupitos de muchachos y muchachas que al principio del curso estuvieron

muy callados y que luego ya a mediados o al final del semestre, están más participativos, más abiertos a tratar los temas sexuales.

¿Has llegado a tener algún temor de que algunos alumnos se queden muy confundidos o descontrolados al cuestionar sus creencias o sus actitudes hacia la sexualidad?

No, no, en absoluto. Fíjate que hay algo muy interesante que te puedo platicar de mi propia experiencia con estos muchachos que tu estás investigando [los que eligen la asignatura de sexualidad], que bueno, yo creo que la situación no puede generalizarse a todos los alumnos de medicina por ejemplo los que ven los temas de sexualidad dentro del curso de psicología médica, yo, lo que te quiero decir, es que: **¡Me he sorprendido de la facilidad con que de pronto deciden ellos usar materiales audiovisuales explícitos!** ... aunque bueno, también he tenido alumnos que si se nota que al principio les ha costado trabajo, pero luego son ¡verdaderamente espectaculares!, de esos que dices: **¡qué bárbaros! ¿qué les pasó?** [se ríe]. Van, solicitan los materiales, los pasan en clase y ¡los cometan frente a los demás sin ninguna dificultad!, entonces me digo: **¿qué está pasando aquí?!** ...Entonces, cuando se logra generar esa dinámica de participación suceden cosas muy interesantes. Ahora, ¿quién sabe qué tanto esto es producto de que ellos eligen la materia, eh? Déjame decirte que aquí yo creo que hay un factor que no necesariamente es producto del diseño del programa o de la metodología propuesta, sino que puede influir que los alumnos mismos ya vienen con el interés [o ¿con la actitud favorable?], ¿no? No hay manera de saberlo. Por cierto, una cosa muy interesante sería hacer el perfil de los alumnos que eligen esta materia y compararlo con otros que no la eligen, ¡Deben ser diferentes!

¿Notas entonces que, al menos en algunos alumnos, sí hay cambio en las actitudes?

Por lo menos en la interacción que manifiestan dentro de las clases sí... pero...no hemos medido impacto en actitudes, como tampoco hemos medido impacto en su propia conducta sexual por ejemplo. Pero de hecho hay ya investigación al respecto. Susan Pick tiene algo ya investigado al respecto.

¿Si algún alumno manifiesta actitudes muy desfavorables en este curso qué haces?

Bueno, como verás, no está programada una línea directiva de actitudes a asumir, sino más bien a propiciar la reflexión [...] aunque bueno, hay ciertas cosas que son muy indeseables que se sigan manteniendo, como los prejuicios por falta de información adecuada y actualizada. El programa sigue una estrategia que promueve que los alumnos tengan una experiencia de investigación, de descubrimiento **¡de los alumnos!** Esto es con la idea de que el abordaje de esta temática (sexualidad humana) permita un acercamiento más directo a la parte afectiva de los alumnos, a sus actitudes, para poder hacer **¡con ellos!** la discusión, la reflexión y el **autocuestionamiento** respectivo. (Apéndice 5. Entrevista Dr. Rubio. Marzo 23, 1999).

A través del diálogo anterior se puede percibir la dificultad que tanto el profesor -y programador- del curso, al igual que yo como investigadora del mismo, enfrentamos para poder valorar el cambio de actitudes. El propio doctor Rubio cuestiona la eficacia del curso de sexualidad para provocar el cambio de actitudes en los alumnos y adelanta que los cambios favorables observados por él a lo largo del semestre sobre el comportamiento de los alumnos en clase, posiblemente se deban, en mayor grado, al hecho de que se trate de un curso de libre elección. Esta misma suposición fue manifestada por el doctor Coleman en la entrevista que tuve con él unas semanas antes, lo cual atrajo mi atención y me llevó a tomar en consideración también, dentro de la investigación, esta otra variable.

Con base en lo anterior, dos preguntas surgieron de manera natural: Los alumnos que eligen el curso de sexualidad ¿poseen aún *antes* de cursarlo, actitudes más favorables hacia la sexualidad que aquellos que no la eligen? y: ¿Cómo valorar el cambio de actitudes que posiblemente se está dando en los alumnos que cursan la materia optativa de sexualidad humana? Ello se convirtió en el eje del presente trabajo.

Tenia pues dos interrogantes complejas a responder en relación con el posible cambio de actitudes como consecuencia del impacto de un programa académico. Una en cuanto a si proporcionar información veraz y propiciar el cuestionamiento de prejuicios y creencias sobre tópicos polémicos de la sexualidad, repercute en el hecho de que los alumnos adquieran actitudes más favorables hacia la sexualidad y, la otra, si las actitudes que los profesores reportan como más favorables en los alumnos que eligen el curso de sexualidad en comparación con aquellos que no lo eligen, se debe a ello y no tanto a la estructura del curso.

En medio de estas indagaciones encontré problemas previos que debía resolver: ¿Son las actitudes resultado del aprendizaje?, ¿es posible modificar actitudes a través de un curso escolar? De ser las actitudes producto del aprendizaje, ¿pertenece su formación al ámbito de la escuela o al del hogar?

Diversos son los autores que mencionan el tema de las actitudes con relación al aprendizaje, aunque pocos los que las analizan a fondo. Fue dentro del campo de la psicología social donde encontré que se han hecho investigaciones serias para explicar y comprender las actitudes; es por ello que para acercarme con paso firme al objeto de estudio de la presente investigación, recurrí a analizar a algunos de los autores que abordan el asunto con rigor científico y que además hacen alusión directa al aprendizaje de actitudes en el ámbito escolar.

Las aportaciones de la psicología social que a continuación expondré, creo, ayudan a comprender mejor la formación y cambio de actitudes como un objetivo educativo y, junto con ello, a reflexionar con claridad sobre el éxito relativo de las actividades docentes y a emitir un juicio sobre esas actividades, con la precisión y el rigor metodológico propio de los investigadores sobre la conducta humana.

Parto de la premisa de que cuanto más rigurosamente se pueda valorar lo que los alumnos han aprendido -y dentro del aprendizaje incluyo la formación y modificación de actitudes- con mayor exactitud y acierto se pueden plantear propuestas para mejorar los programas académicos. Sólo cuando es posible evaluar los resultados provocados por la enseñanza, se puede considerar, con cierto grado de objetividad, si la acción del docente, al desarrollar el programa bajo estudio, ha sido efectiva para los alumnos. Este énfasis en evaluar lo más objetivamente posible los resultados, *los hechos*, producto de nuestras acciones, es una aportación que los teóricos de la psicología conductista han remarcado. La única manera de alcanzar *claridad* suficiente para evaluar lo acertado, o no, de plantear ciertos objetivos educativos, es analizar los resultados obtenidos con métodos y técnicas confiables.

Con la intención de partir de un sustento teórico firme para la realización de esta investigación, a continuación analizaré algunas de las aportaciones hechas al estudio de las actitudes, de entre las que destacar las de por Robert Gagné, Albert Bandura y Martin Fishbein y colaboradores.

2.4.1 El aprendizaje de las actitudes de acuerdo con Robert Gagné

Según Robert Gagné, reconocido teórico del desarrollo cognitivo, las actitudes constituyen una de las cinco categorías fundamentales de las capacidades humanas como resultado del aprendizaje. Estas cinco categorías son: información verbal, habilidades intelectuales, estrategias cognoscitivas, *actitudes* y habilidades motrices. Estas categorías representan *aquello que se ha aprendido* (Gagné, 1975, p. 79).

Al considerar que las actitudes son resultado del aprendizaje, Gagné considera que muchos tipos de actitudes se pueden identificar como objetivos educacionales convenientes. Por ejemplo, se espera que los niños adquieran actitudes que afecten sus interacciones sociales, tales como la amabilidad hacia los otros; la tolerancia ante las diferencias raciales y étnicas. Dentro de este último rubro, creo cabría añadir -de acuerdo al objeto de estudio de esta investigación- el respeto y la tolerancia hacia las preferencias sexuales de los demás. Resalto este aspecto porque dentro del programa académico bajo estudio, así como en la mayoría de los cursos y talleres de educación sexual, se establece como uno de los objetivos básicos a alcanzar. Retomando a Gagné, este autor considera que todas las actitudes de esta clase pueden adquirirse inicialmente en el hogar o en diversas situaciones sociales en las que los niños participen. Una segunda clase de actitudes, que menciona Gagné, consiste en referencias positivas hacia cierta clase de actividades, como la de escuchar música, leer, utilizar las matemáticas, practicar ejercicio físico, o aún una más global, como la afición por el aprendizaje en sí. Una tercera clase general de actitudes pertenece al civismo: amor a la patria; interés por las necesidades y objetivos de la sociedad y buena voluntad para aceptar las responsabilidades cívicas. Estas tres clases fundamentales de actitudes son descritas por Gagné como su idea básica de las actitudes convenientes y, aclara, que se agota con ello, todas las posibilidades. Él considera que las actitudes, como capacidades aprendidas, en ocasiones se asocian en el pensamiento con *valores*. Estos últimos, dice: "frecuentemente se consideran como más generales, en tanto que las actitudes están orientadas más específicamente hacia las preferencias particulares" (*Ibid.*, p. 77).

Gagné hace referencia a las actitudes como pertenecientes al *dominio afectivo*, una frase que hace resaltar su contenido emocional, pero que, aclara, le parece injustamente restrictivo pensar que el aprendizaje de actitudes es un asunto de "entrenar emociones". Gagné considera dudoso que se deba resaltar tanto el carácter emotivo de las actitudes al grado de que en ocasiones hasta se les excluye de sus aspectos cognoscitivos y los relacionados con el comportamiento. Para Gagné, las actitudes, como capacidades aprendidas, tienen un énfasis que se centra en el comportamiento, en el sentido de que las actitudes afectan las actuaciones humanas. En la definición que hace de la actitud, no resalta el afecto como parte esencial del concepto. Para él, "una actitud constituye un estado adquirido que ejerce influencia sobre la *elección de la acción personal*" (Gagné, 1975, p. 77). Por ejemplo, una actitud hacia el aprendizaje de la ciencia, va a ejercer una influencia sobre las elecciones que la persona haga, por extensión, de programas de televisión, libros por comprar o pedir prestados, etcétera. Gagné considera obvio que las actitudes varíen en su fuerza, intensidad y también en su dirección y pone el ejemplo de la lectura de ficción, actividad hacia la cual la persona puede tener una actitud positiva o una negativa. Aunque la educación escolar se concentra principalmente en el establecimiento de actitudes positivas, también debe prestar atención a ciertas actitudes

negativas, con le fin de estar en condición de prevenir ciertas enfermedades o el abuso de drogas, por citar dos casos concretos.

Algo que me sorprendió al estudiar una de las obras principales de Gagné (1975, p. 81), fue observar que, a pesar de que cita a Fishbein en las referencias bibliográficas de su apartado sobre actitudes, en ningún momento hace la más mínima alusión concreta a las ideas de este último dentro del texto. Fue hasta una obra posterior de Gagné que menciona efectivamente a Fishbein al referirse a la evaluación de las actitudes:

Frecuentemente se miden las actitudes obteniendo "informes personales" de la probabilidad de las acciones, en contraposición con las observaciones directas de dichas acciones. Como es bien sabido, la limitación más grave que tiene el uso de los cuestionarios empleados con estos fines es la posibilidad de predisposición de los intentos que hacen los estudiantes por responder a las preguntas de manera que obtengan aprobación, en lugar de reflejar con exactitud sus elecciones. Parece no haber solución sencilla al problema de obtener información realmente fidedigna a partir de los informes personales, aunque se han realizado muchas investigaciones encaminadas a resolver el problema (véase Fishbein, 1967). Parecen obtenerse mejores resultados cuando primeramente se les advierte a los estudiantes que la evaluación no tendrá consecuencias adversas para ellos; es decir, cuando se les alivia de la ansiedad por informar únicamente aquello que (según ellos piensan) les reportará aprobación social (Gagné y Briggs, 1999, p. 193. El subrayado es mio).

Como podemos ver, Gagné concede gran importancia al aprendizaje de actitudes en el ámbito escolar, aunque no lo hace con el mismo grado de profundidad y detenimiento como con los *procesos cognitivos*. Estos últimos, constituyen el centro de toda su obra, tal como lo podemos ver en su primer libro: *The Conditions of Learning*, publicado en 1965, el que en castellano se llamó: *Las condiciones del aprendizaje* (1970). En esta obra Gagné describe ocho tipos de aprendizaje y de condiciones necesarias para el aprendizaje, desde la aparición del aprendizaje de señales (tipo 1), hasta la solución de problemas (tipo 8). La tesis de Gagné cobró relevancia en los Estados Unidos y de ahí en Latinoamérica, ya que logró fusionar las primeras ideas sobre aprendizaje estímulo-respuesta con aspectos más avanzados y complejos del aprendizaje escolar. En septiembre de 1973, publica, junto con Leslie Briggs, *Principles of Instructional Design*, con quince reimpressiones de su edición en español bajo el título: *La planificación de la enseñanza. Sus principios*. Posteriormente, en 1974, publicó: *Essentials of Learning for Instruction*, el cual fue traducido al español en 1975 bajo el título: *Principios básicos del aprendizaje para la instrucción*. Es en éstas dos últimas obras donde hace referencia a las actitudes dentro del proceso de aprendizaje.

Según Gagné, "(...) las actitudes son *estados complejos* del organismo humano que afectan la conducta del individuo hacia las personas, cosas o acontecimientos" (Gagné y Briggs, 1999, p. 77). Enseguida de dar esta definición, cita a Fishbein (1965) diciendo que éste autor considera a las actitudes como un *sistema de creencias*. Punto que no es desarrollado mayormente, pero que en mi afán por acercarme con mejores sustentos teóricos de los que hasta aquí había encontrado, me llevaron a estudiar después la obra de Fishbein.

Gagné también toma en cuenta a Festinger (1957), quien considera que la actitud es un estado que surge de un conflicto de disparidad de creencias. Si bien, como ya señalé al inicio de este apartado, Gagné se centra en los aspectos *cognoscitivos* del aprendizaje,

al tratar sobre las actitudes sí reconoce que las actitudes son un complejo de creencias que están acompañadas y *fortalecidas* por la emoción. Como sucede con la mayoría de los investigadores de la conducta humana, Gagné también insiste en el aspecto de que las actitudes se relacionan con la acción. Y lanza la pregunta: ¿a qué acción apoyan?, y responde que:

Una actitud influye en que un individuo haga la elección de una acción. Así pues, la actitud se define como el estado interno que afecta la elección que el individuo hace de cierto objeto, persona o acontecimiento (Gagné y Briggs, 1999, p. 78).

Tocante al aprendizaje escolar, Gagné enfatiza que ese determinado *estado interno*, que constituye la actitud, lleva a la *acción personal*, y menciona que, como maestros, podemos interesarnos en la actitud del estudiante hacia *leer* libros, *hacer* experimentos científicos, *escribir* cuentos, *crear* un objeto artístico. O también observando el número de veces que un alumno *ayuda* en lugar de obstaculizar a sus compañeros. La definición de Gagné implica pues, que las actitudes deben medirse en función de las elecciones de acción personal hechas por el individuo, lo cual, encierra grandes problemas para su medición. Como aclara Gagné:

(...) los indicadores directos de elección no siempre pueden obtenerse; el maestro tendría graves problemas para obtener, por ejemplo, medidas conductuales de "la actitud hacia escuchar música clásica" o de "la actitud hacia leer novelas", dado que muchas de estas elecciones se hacen fuera del ambiente escolar. Por tanto las medidas de actitud frecuentemente se basan en "información verbal" de elecciones, en situaciones que se describen en cuestionarios (Gagné y Briggs, 1999, p. 79).

En otro sentido, Gagné enfatiza el hecho de que el aprendizaje de actitudes y las formas de cambiarlas son asuntos más bien complejos, respecto de lo cual todavía queda mucho por descubrir. Este autor considera que los métodos de enseñanza que han de emplearse para establecer las actitudes deseadas, difieren considerablemente de los aplicables al aprendizaje de habilidades intelectuales y de información (Gagné, 1972, p. 1-8).

En este renglón habla de métodos directos e indirectos para establecer y cambiar actitudes; desde su primera obra didáctica publicada en 1965: *Las condiciones del aprendizaje* (1979, p. 94-100), Gagné habla de la respuesta condicionada de tipo clásico como un *método directo* para establecer una actitud de aproximación o evitación hacia cierta clase de objetos, acontecimientos o personas. Basándose en la demostración que hicieron J. B. Watson y R. Rayner: "Conditioned Emotional Reactions", publicada en el *Journal of Abnormal and Social Psychology* (1920, No. 3, pp. 1-14), quienes condicionaron a un niño para que le tuviera miedo a un conejo que anteriormente era su propia mascota, Gagné toma en cuenta que las actitudes de evitación o "tenerle miedo" a algo o a alguien, ocurren algunas veces de manera natural y sin previo aviso, o también provocadas deliberadamente aún sin la conciencia del sujeto que la padece. Gagné advierte que gran parte de las actitudes que el alumno trae cuando ingresa a la escuela pueden depender de una experiencia de condicionamiento anterior. Según él: "(...) Teóricamente, casi cualquier actitud puede quedar establecida de esta forma" (Gagné, 1999, p. 80).

Otro método directo para el aprendizaje de actitudes descrito por Gagné se basa en la idea de disponer *contingencias de reforzamiento* basándose, a su vez, en las explicadas

contingencias de reforzamiento expresadas por Skinner en su obra: *The Technology of Teaching* (1968):

(...) Si se hace que a una nueva habilidad o elemento de conocimiento que haya de aprenderse le suceda alguna actividad preferida o recompensante, de manera que ésta sea contingente respecto de la terminación de la primera, dicha situación general, define, según Skinner, el prototipo de aprendizaje. Además, el estudiante que comienza con un "agrado" por la segunda actividad (llamada "reforzador"), adquirirá, durante ese acto, un gusto por la primera tarea (Gagné, 1999, p. 80).

Siguiendo pues el principio de Skinner del aprendizaje basado en contingencias de reforzamiento, Gagné hace la generalización de que el éxito de cierto aprendizaje probablemente produzca una *actitud positiva* hacia dicha actividad. Por ejemplo, cuando un alumno recibe felicitaciones (las cuales actúan como *reforzamiento*) por haber realizado una buena actuación en una obra de teatro de aficionados, es muy probable que adquiera una actitud positiva hacia la actuación como actividad personal. O si el estudiante ha experimentado el triunfo en el campo de la pintura, su actitud hacia esta actividad puede ser lo suficientemente favorecida como para elegirla como pasatiempo. Más tarde, por generalización, su actitud al observar la obra de otros pintores también podrá verse afectada. En coincidencia con Mager, quien trabaja más exhaustivamente este aspecto de la adquisición de actitudes en su obra *Developing attitudes toward learning* (1968), traducido al castellano como *Creación de actitudes y aprendizaje* (1973), Gagné también considera que la preferencia del estudiante por el estudio de cualquier materia se ve afectada por el fortalecimiento que recibe de una realización exitosa en dicha materia.

Por lo que concierne a los métodos indirectos para establecer y cambiar actitudes, Gagné se apoya en la obra de Bandura: *Principles of Behavior Modification* (1969), en donde se alude al *modelamiento humano* como el tipo de aprendizaje social por el excelencia para el establecimiento de actitudes. Al *modelamiento humano* se le califica como método indirecto porque la cadena de acontecimientos que constituye el procedimiento de aprendizaje es más extensa que la que se necesita, generalmente, en los métodos directos. Además, como su nombre lo indica, este método funciona por intermedio de alguna persona, real o imaginaria. Según este método indirecto, la etapa de adquisición del aprendizaje deberá estar precedida por medidas para garantizar que el estudiante respete o "se identifique con" el modelo humano, que puede ser un maestro, el padre, la madre, o un héroe. Una vez que se ha elegido el modelo, los pasos a seguir para el aprendizaje de la actitud serían, de acuerdo con este autor:

1. El alumno observa al modelo humano mientras hace la elección conveniente para la acción personal. Por ejemplo, cuando se observa al maestro, mientras ayuda a un compañero, o al padre pidiendo en tono autoritario que la madre le sirva de comer, o a un deportista famoso que rechaza drogas para mejorar su rendimiento como atleta.
2. Se observa que el modelo humano siente el placer de la acción o alcanza el éxito en ella. Por ejemplo, tal vez observa que el deportista tiene gran agilidad y que es campeón de goleo, o que su padre disfruta cómodamente la comida mientras es atendido por la esposa.
3. Al observar dichas demostraciones, el estudiante recibe un fortalecimiento "indirecto". Esto aumenta la posibilidad de que haga elecciones de acción personal similares a aquellas que realizó el modelo humano que él ha observado (Gagné, 1975, p. 101).

Como se puede observar a través de la descripción anterior, los procesos que implican modificación de actitudes están intensamente influidos por *eventos externos* que se dan espontáneamente en el medio ambiente del alumno. Es por esto, y porque la cadena de acontecimientos que constituye el procedimiento de aprendizaje es más extensa que la que se necesita generalmente en los métodos "directos", por lo que Gagné clasifica a este tipo de aprendizaje, o *modelamiento humano*, como un método "indirecto". Además, como su nombre lo indica, este método funciona por intermedio de alguna otra persona, real o imaginaria.

Consideré importante hacer esta amplia mención de los conceptos de Gagné, porque es de los pocos autores que incluyen las actitudes como una clase específica de resultado del aprendizaje. Sin embargo, al dar prioridad a lo largo de su obra a los procesos de aprendizaje cognitivo, descuida en cierto modo, creo yo, las áreas del aprendizaje afectivo y psicomotor. Por ejemplo, cuando se refiere a la planeación de un programa de enseñanza para el aprendizaje de una actitud, recomienda que éste se inicie con el aprendizaje de *habilidades intelectuales e información* relativa a dicha actitud, y que para ello hay que tener sumo cuidado utilizar el verbo adecuado, lo cual, como se puede apreciar a través de sus propias palabras, resulta muy sencillo:

(...) una actitud es una capacidad humana que influye en que el individuo elija cierta acción personal. Así pues, el verbo principal para enunciar un objetivo de actitudes no es difícil de encontrar; es el verbo *elegir* (Gagné y Briggs, 1999, p. 103).

2.4.2 La teoría del aprendizaje social de Bandura

El modelamiento humano trabajado experimentalmente por Albert Bandura en *Psychological Modeling* (1971) y posteriormente ampliado en su obra *Social Learning Theory* (1977), constituye una aportación muy importante para la comprensión del fenómeno de la adquisición de actitudes. El problema para aplicar los descubrimientos y técnicas de Bandura al aprendizaje en el aula, estriba en que gran parte de esta teoría y las experiencias en que se fundamenta, no están tomadas del contexto escolar cotidiano, sino que pertenecen al ámbito de la terapia conductual. Aplicaciones exitosas del procedimiento de modelación se han reportado en la enseñanza en niños pequeños; niños autistas; técnicas de entrenamiento cuando existe retardo mental; eliminación de fobias; así como también terapias en adultos, como es el caso - interesante de comentar por relacionarse con nuestro tema de investigación - de tratamiento a mujeres que padecían de una ansiedad sexual, mediante técnicas de relajación seguidas por la visión de películas que representan conductas sexuales graduadas (Swenson, 1984, pp. 316-317).

Para los fines de esta investigación, considero de gran importancia enfatizar los descubrimientos hechos por Bandura, ya que su punto de vista me ayudó a contrarrestar el entusiasmo, tal vez desmedido, de pretender cambiar actitudes de los alumnos dentro del aula como si se tratara de un proceso sencillo. Gracias a las investigaciones realizadas por Bandura y colaboradores, es inevitable dejar de tener en cuenta que los estudiantes pueden observar y aprender actitudes de muy diversos tipos, de personas que funcionan como modelos, particularmente en la infancia y en la juventud. Parece ser que sobre todo las figura del padre y de la madre, ya sea una o ambas, así como los hermanos mayores, sirven de modelo para acciones que podrían calificarse como demostraciones de justicia, amabilidad, honestidad, etcétera. Otras figuras que

funcionan como modelos, y que por lo tanto pueden influir en la adquisición de actitudes por medio de la imitación son los maestros, las personalidades públicas, los deportistas famosos, los científicos y los artistas destacados (Gagné y Briggs, 1999, p. 81).

Por la influencia que posiblemente ejercen en la formación de actitudes hacia la sexualidad, el contexto sociocultural así como la influencia de las opiniones de figuras eclesiásticas, además de los modelos ya citados, yo agregaría, específicamente, el de las personalidades del ámbito religioso abarcando aquí desde autoridades eclesiásticas, con "el Papa" como cabeza, hasta sacerdotes y monjas; y también las figuras de la Virgen, los santos, etcétera, que, con frecuencia, se mencionan como ejemplos a imitar, a través de la educación religiosa, ya sea que ésta se dé directamente (es decir, en forma intencionada, en la escuela, la iglesia o el hogar), o indirectamente, absorbiéndola del medio socio-cultural que nos circunda, tan impregnado de normas morales y religiosas provenientes de la tradición judeo-cristiana.

Uno de los postulados básicos de Bandura establece que el modo primordial de aprendizaje en los organismos superiores, es la *imitación* de otros organismos que pertenecen al mismo ambiente y poseen ciertas características tales como el control de los futuros refuerzos del que aprende por imitación o modelación.

Para que se realice el aprendizaje por imitación, no es indispensable ver o conocer directamente a las personas que funcionan como modelos; éstas pueden ser vistas a través de diversos medios, como la televisión, el cine, o escuchadas en la radio, o de una simple lectura de libros o reseñas que presenten modelos. Valga recordar la enorme influencia que tiene la literatura como determinante de las actitudes y los valores del individuo (Bandura 1974, p. 81). A la que yo añadiría, la enorme influencia que parecen ejercer los medios de comunicación y propaganda audiovisual.

A pesar de que el propio Bandura se reconoce a sí mismo como neoskinneriano, yo creo que él trasciende esta corriente y logra, además, una interesante síntesis de conceptos derivados de las corrientes psicológicas *conexionista* y *cognitivista*. Por ejemplo, ha adoptado la posición de que el efecto del refuerzo sobre el desempeño no es un factor que imparte forma automáticamente a la conducta humana, sino que considera que los seres humanos utilizamos información acerca de las contingencias del refuerzo con el fin de regular nuestra conducta. Evidentemente, en este proceso, la conciencia desempeña un papel decisivo. Si bien cierto, también acepta que los seres humanos podemos aprender mediante procedimientos directos de refuerzo y moldeamiento, considera que una manera más eficiente de aprender consiste en la *observación*, punto de partida para que se pueda dar la *imitación*. Bandura divide el aprendizaje imitativo en cuatro procesos. A grandes rasgos éstos son:

Procesos de atención. Antes de que alguien o algo pueda ser modelo, el sujeto debe advertirlo. Entre las características de los modelos que atraen la atención Bandura (1969) ha registrado: aquellos modelos que demuestran alta competencia, que son "especialistas valiosos" o celebridades, o que poseen símbolos que otorgan estatus. Según él, estos modelos tienen más probabilidades de atraer la atención que los que están carentes de estos atributos. Otras variables que influyen en la captación de la atención son: *atracción, identificación, étnica, sexo y edad*. Algunas de estas variables pueden interactuar en formas complejas. En relación con nuestro tema, actitudes hacia la sexualidad, es interesante la siguiente observación citada por Swenson:

Aunque la mayoría de los estudios sobre niños en los grados superiores de la primaria han demostrado que los alumnos tienden a reproducir con más exactitud a modelos del propio sexo, Bartlett (1977) comprobó que todos los niños de primer y segundo grados imitaban con más precisión a modelos femeninos (adultos). Los varones que tienen modelos masculinos abstraídos del cinematógrafo no se desempeñaron con la misma eficacia al reproducir una pirámide de bloques de madera (Swenson 1984, p. 314).

Procesos de retención. Estos son los procesos en virtud de los cuales la conducta modelada es codificada bajo forma de memoria por el observador. Con respecto a la frecuencia con que se practican o "ensayan" las respuestas modeladas asociadas con consecuencias recompensatorias, Bandura considera que el ensayo detallado no se limita a "estampar" las respuestas modeladas, sino que el ensayo ayuda a reforzar las respuestas modeladas por obra de procesos activos y no exclusivamente por mera repetición.

Procesos por reproducción motórica. Este componente supone la traducción de las representaciones simbólicas (cognitivas) de los estímulos modelados a actos motóricos manifiestos, o sea que se refiere a desempeñar realmente la conducta modelada. Obviamente la representación motórica puede verse inhibida por las diferencias físicas entre el modelo y la persona que imita.

Procesos de incentivación y motivación. Las funciones del *refuerzo*, según Bandura, son mucho más complejas que como se las expone en la teoría original de Skinner. Aunque Bandura no considera el refuerzo como una variable directa del aprendizaje, estima que la simple expectativa de recompensa (o de evitación de consecuencias adversas) es necesaria para la emisión de una conducta; hacen falta incentivos positivos para que se continúe emitiendo una conducta manifiesta que compense el estímulo. En consecuencia, el refuerzo posee importantes propiedades "de información" para el aprendizaje y efectos directos sobre el desempeño.

Apoyándose en los descubrimientos de Bandura, Gagné resalta la importancia de los incentivos y más concretamente, de la *motivación* cuando define las características del aprendizaje de actitudes: "(...) En el aprendizaje de una actitud, la *motivación*, considerada como el establecimiento de una expectativa, constituye una característica particularmente crítica" (Gagné, 1975, p. 40). Si el alumno ha experimentado el triunfo después de una elección personal, un recordatorio puede bastar para activar la expectativa. Cuando un modelo humano forma parte de una situación de motivación, el modelo debe ser una persona admirada y respetada, alguien con quien el alumno que "se ha identificado". En este caso, se supone que la expectativa es la de "volverse igual" a la persona admirada. La esperanza que se activa durante la etapa de motivación debe de ser *realimentada* con objeto de completar el acto de aprendizaje. Esta fase que Gagné llama también *realimentación informativa* es, a su vez, la esencia del proceso denominado *fortalecimiento*. Este proceso de fortalecimiento funciona en el caso del aprendizaje humano, debido a que la expectativa establecida durante la fase de motivación del aprendizaje se vuelve a confirmar durante la etapa de realimentación. Bandura explica que presumiblemente el proceso de fortalecimiento trabaja en el ser humano, no porque se proporcione en realidad una recompensa sino porque se confirma la anticipación de la recompensa. La importancia de la etapa de motivación para el acto

del aprendizaje se vuelve a destacar mediante el proceso de fortalecimiento. Por ejemplo:

El "circuito de aprendizaje" se cierra por medio del fortalecimiento. El estado de expectativa establecido durante la etapa de motivación resulta en la realimentación que constata esta expectativa. La etapa de realimentación del aprendizaje puede obviamente verse influida por eventos ajenos al alumno. En algunas ocasiones la realimentación se aporta "naturalmente" por la actuación misma del estudiante, por ejemplo el hecho de que una pelota de basquetbol entre en la canasta. En otras ocasiones, el estudiante debe dar una respuesta ratificadora para obtener una realimentación apropiada, como sucede cuando se le confirma el "equilibrio" de una ecuación química o algebraica. Con frecuencia se puede obtener también la realimentación informativa mediante la comparación con un modelo. El niño puede comparar la letra H que escribió con un modelo en su libro de muestras (...) La naturaleza *informativa* de la realimentación parece constituir la característica primordial, en lo que concierne a su apoyo al aprendizaje (Estes, 1972, citado por Gagné, 1975, p. 54).

Creo que el aparente descuido de tomar en cuenta el aprendizaje afectivo como diferente del meramente intelectual, y sólo tomarlo en cuenta presuponiendo que el estudiante puede *elegir*, implica un análisis más profundo que puede llevarnos al extremo de plantearnos: ¿podemos hacer una *elección* basándonos exclusivamente en nuestra capacidad de razonamiento? Ésta, y otras preguntas que debía resolver, me condujeron al análisis obligado de la Teoría de la acción razonada planteada por Fishbein, así como a realizar un estudio minucioso de sus investigaciones, por lo cual, en la siguiente y última sección de este capítulo, trabajaré la forma en que este psicólogo social resuelve algunas de las incógnitas del proceso de formación de las actitudes.

2.4.3 El estudio de las actitudes desde la perspectiva teórica de Martin Fishbein

Aunque Fishbein no hace un estudio del cambio de actitudes dentro del ámbito escolar específicamente, como es el caso del presente trabajo, en los supuestos teóricos y conceptuales que él y sus colaboradores exponen, encontré elementos suficientemente válidos para respaldar trabajo.

Antes de iniciar el estudio de las actitudes a la luz de las investigaciones de Fishbein, creo necesario advertir que el acceso a su marco conceptual no es nada sencillo. Tuve que destinar mucho tiempo y esfuerzo al análisis de sus publicaciones. Creo que su enfoque realmente me permitió comprender lo complejo que resulta pretender modificar actitudes. Esto contrasta enormemente con la simplicidad con la que se plantea la formación de diversas actitudes como objetivos educativos a lograr dentro de los planes y programas de estudio.

Proponernos, como docentes, lograr cambios en las actitudes de los alumnos no es tarea fácil, y creo que después de revisar la aproximación de Fishbein a este propósito, se comprenderá mejor porqué es ésta una tarea tan complicada y, por lo mismo, difícil de lograr.

Fishbein no trabaja las actitudes como un factor aislado; él considera que sólo se puede comprender e inducir el cambio de actitudes, cuando se toma en consideración la interrelación entre las actitudes y otras variables, entre las cuales la noción de *creencia* ocupa un papel central. Él asume que las personas son capaces de utilizar la información a su alcance para llegar a decisiones, y que la información nueva puede conducir a la formación de nuevas creencias. Consecuentemente, el conjunto de creencias puede ser visto como subyacente a la formación y cambio de actitudes. Para aclarar este principio básico en la teoría de Fishbein, y su adecuación a la presente investigación, plantearé un ejemplo; pongamos por caso un posible tema que se analiza en el curso de sexualidad humana: "las relaciones sexuales premaritales". Un alumno tendrá, antes de entrar al curso, algunas creencias sobresalientes sobre "ese" objeto y también asociará ciertos atributos con él, como considerar que las relaciones sexuales premaritales son placenteras, o que son peligrosas, o que son pecado, o que pueden provocar enfermedades. A través de este ejemplo, se puede advertir que la mayoría de las personas pueden tener creencias positivas y negativas acerca de un objeto. Más aún tratándose de la sexualidad, área en la que pocas veces tenemos creencias desligadas de una carga afectiva, si bien, por lo general, se desconoce cómo se llegó a cargar de afecto, positivo o negativo, cada una de las creencias que se sostienen.

En el ámbito escolar, rara vez se promueve un cuestionamiento a fondo de las creencias y actitudes que se sostienen; consecuentemente, no se aprende a reconocer y manejar los estados afectivos propios ni a tomar en cuenta los ajenos. Con frecuencia se presentan posturas de cerrazón frente a nueva información, lo cual puede afectar el proceso de aprendizaje. Para analizar a fondo cómo se forman las actitudes presentaré a continuación el análisis minucioso que Fishbein hace de estos procesos. Parto de uno de los postulados iniciales de Fishbein (1975, p. 14), que dice que *una actitud es vista como correspondiendo al total de afecto asociado al sistema de las creencias de una persona.*

Aunque el concepto de actitud es difícil de operacionalizar, se utiliza frecuentemente, por ejemplo, en planes y programas de estudio, en los cuales se menciona que además del aprendizaje de contenidos cognoscitivos es importante la formación de ciertas actitudes. Citando como ejemplo concreto de este fenómeno las asignaturas que analizo en la presente investigación, en el programa académico de la materia *Psicología médica* dice:

Es fundamental la *formación de actitudes* que permitan al alumno percibir al hombre en su totalidad (...) Tomando en cuenta los *aspectos formativos* del curso el programa incluye el estudio de la sexualidad... (UNAM, 1999, p. 8).

Actitudes y habilidades:

Son aquellas que se desea que el alumno alcance al finalizar el curso de acuerdo a lo establecido en el plan único de estudios de la carrera de médico cirujano.

Humanísticas:

- Advertir las *actitudes* que dificultan y utilizar las *actitudes* que facilitan el examen médico psicológico y su relación con los pacientes (...)
- Saber distinguir el efecto de las propias *actitudes*, palabras y actos en los pacientes (...)
- Analizar las *actitudes* de la familia hacia el paciente y del paciente hacia su familia.

Éticas y legales:

- Aceptar y considerar la personalidad de cada individuo.
- Otorgar la importancia que merece la relación médico paciente.
- Conocer las indicaciones del aborto terapéutico (UNAM, 1999, p. 17).

Aunque en el programa académico de *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, no se mencionan las actitudes generales que se pretenden formar por medio de éste, se puede advertir en el Apéndice 1 de este trabajo, como de los 45 objetivos propuestos, catorce plantean "Analizar las actitudes..." o "Analizar las distintas actitudes socio-culturales hacia..." Por otro lado, en la entrevista que me concedió el profesor titular de esta materia, me comentó que una función primordial de esta asignatura optativa es:

(...) quitar **prejuicios** muy indeseables que se siguen manteniendo por falta de una información adecuada y actualizada (Apéndice 5. Entrevista Dr. Rubio. Marzo 23, 1999).

En las dos asignaturas citadas es evidente el interés que el educador tiene en la formación de actitudes, pero no se dice cómo se va a alcanzar este objetivo, ni tampoco cómo se evaluarán los resultados obtenidos en este tipo de aprendizaje propuesto.

Para poder evaluar si es posible formar actitudes en los alumnos, es indispensable esclarecer, primero, qué entendemos por actitud, así como su interrelación con las creencias e intenciones y su influencia en el comportamiento, sólo así se podrá, finalmente, valorar el posible impacto de determinado programa académico en la modificación de las actitudes del alumno.

La actitud es un término que se ha utilizado desde hace más de 60 años en investigaciones experimentales y, muy especialmente, en el área de la psicología social norteamericana contemporánea, el cual, a su vez, ha tenido grandes repercusiones en el ámbito educativo mexicano. A pesar del enorme desarrollo de la investigación en el campo del cambio de actitudes y de su difusión desde la psicología a todas las ciencias sociales, lo cierto es que el concepto de actitud y su uso por parte de muchos investigadores, ha padecido casi siempre de ambigüedad y confusión teórica, por ello, en muchas ocasiones, en lugar de despejar incógnitas ha aumentado las dudas y eso ha dificultado su utilización en la investigación educativa.

La variedad de las acepciones que encontré para definir el concepto actitud, ha conducido, quizá, a que algunos investigadores hayan propuesto abolir este concepto, señalando la falta de aproximaciones sistematizadas y los errores que ocasiona en el campo del conocimiento. No obstante ello, esta confusión no ha impedido que el término siga apareciendo con mucha frecuencia en la literatura experimental.

Algunos autores sostienen la conveniencia de trabajar con una visión unidimensional de actitud frente a las visiones multidimensionales, es decir, aquellas en las que no se considera necesario tratar por separado los "componentes" de la actitud. Krech, Crutchfield y Ballachey (1962, p. 146), consideran que la actitud es "un sistema permanente de tres componentes centrados sobre un objeto singular: las creencias sobre el objeto (el componente cognitivo); el afecto conectado con el objeto (el componente afectivo); y la disposición a actuar respecto del objeto (el componente de tendencia a la acción)". En esta misma línea, McGuire (1968, p. 155) distingue también tres componentes en la actitud: un componente cognitivo (la creencia), uno afectivo-valorativo y un tercero conativo (intenciones, propósitos). El propio McGuire admite la dificultad de distinguir entre los componentes de la actitud y hasta cuestiona la necesidad teórica de intentar hacer esa distinción:

(...) Nuestra sensación es que, dado el estado, alejado de ser perfecto, de nuestros procedimientos de medición, los tres componentes han demostrado estar tan estrechamente correlacionados que los teóricos que insisten en distinguirlos deberían cargar con el peso de probar que la distinción vale la pena (McGuire, 1968, p. 157)

No obstante la afirmación anterior, el propio McGuire acepta que se haga esta distinción al abordar el cambio de actitudes en el contexto de la psicología de la educación y en el de la psicología de la comunicación, sobre todo cuando se requiere diferenciar entre cambios de actitud producidos por "propaganda" o "persuasión" y otros producidos por "educación" o "instrucción"; según este autor, en los primeros desempeña un papel predominante el contenido afectivo de la actitud y en los segundos las creencias (McGuire 1968, pp. 148-150).

Martin Fishbein, por ejemplo, aborda la actitud desde una perspectiva unidimensional por su utilidad para poder explicar el comportamiento, por lo cual pone énfasis en distinguir entre *creencias*, *actitudes afectivo valorativas* e *intenciones*. Varios autores demuestran, y entre ellos Fishbein desde 1962, que dos personas pueden expresar la misma actitud valorativa ante un objeto y tener diferentes comportamientos porque no comparten la misma creencia sobre ese objeto, o también se puede dar el caso de que dos personas compartan la misma creencia pero que difieran en su actitud afectiva, lo cual puede ocasionar que su comportamiento sea diferente a pesar de la similitud de su creencia. Ante este problema Fishbein propone basarnos en la definición de Thurstone (1932), quien definía la actitud como: La carga de afecto a favor o en contra de un objeto psicológico (Fishbein, 1975, p. 9).

Siguiendo el criterio de Fishbein, en lo sucesivo consideraré a la actitud como una **disposición afectiva y valorativa** que, en sí misma, no incluye necesariamente la creencia y la intención o propósito. No obstante ello, reconozco que en la práctica la separación entre creencias y actitudes es muy difícil de determinar con exactitud. Ante este dilema, más bien de carácter filosófico diría yo, recurrí a Villoro quien, en su análisis

para distinguir creencia de actitud, discurre que si es posible distinguir por un lado las creencias (considerar un objeto, o situación objetiva, como existente con mayor o menor probabilidad, tenerlo por parte de la realidad) y, por otro lado, las "creencias que se acompañan de una evaluación afectiva", o sea las que en mi investigación consideraré concretamente como "actitudes". Como aclara Villoro:

La actitud se distingue de la creencia en que las mismas disposiciones a actuar están 'sobredeterminadas' por una dirección afectiva hacia el objeto (Villoro, 1982, p. 52).

Villoro también estima que los estudios de Fishbein y sus colaboradores ponen de manifiesto la conveniencia teórica de reducir el concepto de actitud a una dimensión afectiva y evaluativa de la disposición y de distinguirlo del de creencia, pero repara en que esa distinción no puede provenir del examen de las conductas, ya que tanto actitud, como creencia e intención se refieren a estados internos del sujeto, por lo tanto un enfoque conductista es incapaz de suministrar un concepto definido de creencia, pero que si le agregamos el componente afectivo a este estado interno del sujeto sí se puede. El mismo filósofo reflexiona en torno a que después de detallados estudios a lo mas que llegó Fishbein en su intento por diferenciar creencia de actitud, fue a una comprensión vaga y de sentido común al considerar que había una distinción entre la "dimensión de probabilidad" (creencia) y la "dimensión evaluativa" (actitud) de un concepto, y que estas dos dimensiones son previas al examen de las respuestas conductuales. De hecho, el propio Fishbein admitió que no se puede llegar a la distinción entre este tipo de variables mediante el simple examen del comportamiento:

Cuando la mayoría de los investigadores de actitudes fracasan en encontrar una relación entre actitud y comportamiento, suelen sugerir que si tomáramos en cuenta otra u otras variables, podríamos predecir el comportamiento. Esto es razonable si nuestro objetivo primario es predecir el *comportamiento* -y creo que ese es nuestro objetivo primario- pero es desafortunado que dos de las variables que se sugieren más comúnmente (esto es creencia e intención) se alcanzan por una consideración de quien hace la predicción, no por una consideración del comportamiento mismo (Fishbein, 1966, p. 215).

De lo anterior tendríamos que admitir que la "definición operacional" de "creencia", "actitud" e "intención", supone una distinción conceptual anterior que no proviene, a su vez, del comportamiento mismo, sino sólo del uso común de los términos en el lenguaje ordinario.

De esta manera aunque existe un problema real para distinguir entre creencia y actitud a partir del simple examen de la conducta, el método seguido por Fishbein permite tratar con independencia palabras que se refieren a creencias y palabras que se refieren a actitudes.

Fishbein y Raven (1962, pp. 35-44) utilizaron una forma modificada de la técnica del diferencial semántico ideada por Osgood (1957, Capítulo 5), quien junto con sus colaboradores diseñaron una escala para medir la dimensión afectivo-evaluativa de la actitud, la cual corresponde a la noción de actitud adoptada por Thurstone (1931). La técnica consistió en medir en una escala multigrada, respuestas a parejas de adjetivos con connotaciones evaluativas, como "bueno-malo", "limpio-sucio", etc. Partiendo de esta técnica, Fishbein y Raven seleccionaron, por un lado, una serie de parejas de palabras cuyo significado implica grados de creencia en la existencia de un

objeto, tales como "verdadero-falso", "posible-imposible", y por otro lado eligieron parejas de adjetivos que denotan actitudes favorables o desfavorables ante un objeto, tales como "bueno-malo", "benéfico-dañino". Para determinar las parejas de adjetivos que se utilizarían en las encuestas como términos de creencia o términos de actitud, se siguió el criterio de varios grupos de personas que actuaban como árbitros. Se tomó como objeto a valorar la "percepción extrasensorial" y se pidió a cuatro grupos de personas que utilizaran las parejas de adjetivos para aplicarlas a ese objeto. Al primer grupo se le indicó que aplicara los adjetivos como si fueran personas creyentes en la existencia de la experiencia extrasensorial y por lo tanto la valorara favorablemente; al segundo grupo se le pidió que aplicara los adjetivos como ellos pensaban que respondería alguien que no creyera en la existencia de la experiencia extrasensorial y tuviera una actitud favorable hacia ella; al tercer grupo, como si tuvieran una creencia positiva y una actitud negativa, y al último grupo se le instruyó para que contestara como si tuviera una creencia negativa y una actitud también negativa. Se obtuvieron así cuatro grupos que otorgan en la escala graduada un valor máximo o mínimo a los mismos adjetivos, siguiendo un criterio variable de creencia y actitud, de acuerdo con la siguiente tabla :

1. creencia positiva - actitud positiva
2. creencia negativa - actitud positiva
3. creencia positiva - actitud negativa
4. creencia negativa - actitud negativa

Se obtuvieron así parejas de adjetivos en las que todas las personas coincidieron al conceder un determinado valor como expresión de creencia (positiva o negativa) y otras en que coincidieron en conceder un valor como expresión de actitud (positiva o negativa); se descartaron los pares de adjetivos que a juicio de los árbitros, no se pudieron distinguir claramente entre creencia y actitud. Hubo términos en los que todos coincidieron en que eran una expresión de creencia, como: "posible-imposible", "verdadero-falso", "existente-inexistente", y por otro lado otros pares de términos, que a juicio de los árbitros, eran expresión de actitud, por ejemplo: "benéfico-dañino", "limpio-sucio", "sano-enfermo", etcétera. Con esta información se hicieron escalas graduadas y se pudieron aplicar las pruebas a otros sujetos.

Por el simple hecho de que fue posible hacer una medición diferente de creencias y actitudes, se pudo concluir que son variables realmente distintas del sujeto y, por lo tanto, es posible distinguir las conceptualmente. Me parece importante considerar el análisis que hace Villoro del estudio de Fishbein y Raven, mediante el que lograron demostrar la distinción empírica entre creencia y actitud:

La importancia teórica de estos trabajos es considerable: por primera vez se logra demostrar empíricamente la distinción entre creencia y actitud (...) Con todo debemos preguntarnos cuál es el alcance de la distinción entre estos dos conceptos lograda por Fishbein. Habría primero que señalar algunas de sus limitaciones. Se podría observar que la separación entre enunciados de creencia y enunciados de actitud está limitada a ciertas parejas de términos y que no puede hacerse con la misma claridad en la mayoría de los vocablos. Pero ésta no sería una objeción de peso; basta con que la distinción pueda hacerse y medirse en algunos casos para que estemos obligados a distinguir entre los dos conceptos (Villoro, 1982, p. 51).

Villoro también alude a algunas dificultades que sobrepasan la posibilidad para determinar por separado las creencias y las actitudes, a pesar de ello considera que las dificultades no disminuyen la importancia de los resultados obtenidos por Fishbein y

Raven, ya que a final de cuentas, ellos mismos terminan por aceptar que las actitudes deben entenderse como estados afectivo-evaluativos que suponen sus propias creencias. Fishbein (1975, p. 29) mismo enfatiza el hecho de que la actitud de una persona hacia un objeto es el producto de sus creencias sobre el objeto y de sus evaluaciones positivas o negativas sobre ese objeto.

Dentro del marco de referencia planteado por Fishbein, resulta de primordial importancia distinguir no sólo entre creencias y actitudes, sino también entre estas últimas, las intenciones y el comportamiento. Ya que la utilización indiscriminada de estas cuatro variables en la mayoría de las investigaciones en el área de las actitudes, ha conducido a resultados confusos en el pasado. La diferenciación entre *creencias*, *actitudes*, *intenciones* y *comportamiento*, no sólo permite clarificar previamente a la investigación como categorías independientes, sino que también sirve para eliminar muchas de las aparentes inconsistencias en el área. Así mismo es necesario enfatizar que existen diferentes tipos de relaciones entre estas cuatro variables.

Fishbein asume que hay una cadena causal de creencias formadas sobre las bases de la información al alcance, y que dicha cadena liga creencias con actitudes y las actitudes con las intenciones, y las intenciones con el comportamiento. De este modo la persona asume cierto comportamiento hasta que nuevas informaciones a su alcance, y su procesamiento, provoquen una nueva influencia en las creencias de esa persona y así la cadena de causas se inicia de nuevo. No sólo los cuatro conceptos mencionados anteriormente, se han incorporado a la etiqueta general de "actitud", también muchos otros tales como: opinión, prejuicio, impulso, valor, sentimiento, conocimiento, hábito, motivación, etc. Lo cual ha convertido a la actitud en un concepto muy ambiguo y por lo mismo difícil de medir con precisión. La mayoría de las operaciones designadas como *medición de actitudes* se infirieren de la observación de una respuesta verbal simple, generalmente a través de un cuestionario, instrumento mediante el cual un sujeto se le interroga acerca de su juicio respecto de sí mismo o alguna otra persona, objeto o evento.

El marco conceptual que propone Martin Fishbein en el ámbito de las actitudes, es una descripción de conceptos que está fundamentada en experiencias empíricas y, más aún, en un análisis detallado de la ambigüedad de otras aproximaciones. Al corregir imprecisiones y confusiones acumuladas a lo largo de aproximadamente 60 años que es el tiempo que lleva explorándose y sistematizándose la información al respecto, Fishbein logra presentar una estructura sólida y clara en la cual apoyarnos para continuar investigando sobre las actitudes.

La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que la actitud puede ser descrita como una *disposición a responder en una manera consistentemente favorable o desfavorable con respecto a un objeto dado* (Fishbein, 1975, p. 6). No obstante ello, el consenso logrado en esta descripción, no logra eliminar los desacuerdos existentes entre los investigadores de actitudes ya que la descripción se presta a múltiples interpretaciones, por lo cual es necesario hacer un examen de las ambigüedades que contiene. Fishbein considera que una definición de este tipo tiene el error de dificultar distinguir la actitud de otros conceptos, tales como hábito, motivo, instinto, rasgo característico, y plantea que para disminuir este problema es importante resaltar que la noción de *respuesta favorable o desfavorable* juega un rol central en la definición de la actitud (Fishbein, *op. cit.*, p. 6). Un examen profundo de la descripción revela tres rasgos

básicos: a) la noción de que la actitud es aprendida, b) que ésta predispone a la acción y, c) que estas acciones son consistentemente favorables o desfavorables hacia el objeto.

a) La noción de que la actitud es aprendida. Los científicos sociales -y entre ellos incluyo a los pedagogos- confrontamos la difícil tarea de tratar de explicar el comportamiento de organismos de acuerdo con sus complejas e individuales experiencias pasadas. Es ampliamente aceptado que las experiencias pasadas influyen o modifican el comportamiento del individuo, pero ya que la historia completa de la persona no es accesible para el investigador, éste recurre a menudo a variables que reflejan residuos de las experiencias pasadas. Se asume generalmente que las actitudes constituyen una clase de estos residuos de experiencias pasadas, y por lo tanto se considera que las actitudes son aprendidas (Donald Campbell, 1963, citado por Fishbein, *op. cit.*, p. 10).

b) La noción de que la actitud predispone a la acción. Otro rasgo de importancia en la definición de actitud considerada, es la noción de que las actitudes son predisposiciones. La actitud es típicamente vista como una variable latente y subyacente que, se asume, influye en el comportamiento. Una implicación de este punto es que las actitudes no son idénticas como respuestas de conductas observables. En efecto, las actitudes no pueden ser observadas directamente, sino que tienen que ser inferidas de una consistencia observada en la conducta (Fishbein, 1975, p. 8).

Chave (1928), citado por Fishbein (1975, p. 9) proveyó de una detallada descripción de los factores que influyen en la predisposición: "*Una actitud es un complejo de sentimientos, deseos, miedos, convicciones, prejuicios, u otras tendencias que han dado a la persona una determinación y disponibilidad para actuar de acuerdo a variadas experiencias*". Otra descripción directa de la naturaleza de la predisposición ha sido ofrecida por Krech y Crutchfield (1948), quienes definieron la actitud como: "*Una organización duradera de procesos motivacionales, emocionales, perceptuales, y cognitivos con respecto a algún aspecto del mundo del individuo*" (Fishbein, 1975, p. 9).

c) La noción de que las acciones deben ser consistentemente favorables o desfavorables hacia el objeto es, tal vez, la principal fuente de ambigüedad en el examen de la descripción de actitud. Gran parte de la confusión que rodea al concepto actitud puede ser resultado del fracaso al explicar qué se entiende por consistencia. Se pueden distinguir, al menos, tres tipos de consistencia. En primer lugar está la *consistencia estímulo-respuesta* ante la presencia de un objeto dado (Campbell, 1963, p. 94). Un segundo tipo de consistencia es el que toma en cuenta la congruencia entre diferentes respuestas con respecto a un mismo objeto, llamada *consistencia respuesta-respuesta* (DeFleur y Westie, 1963, citados por Fishbein, 1975, p. 6) y, un tercer tipo de consistencia es aquella que se refiere a que una persona puede comportarse en forma diferente con respecto a un objeto en diferentes ocasiones, pero al analizar el comportamiento en forma global, es posible establecer una evaluación, favorable o desfavorable hacia el objeto, relativamente permanente o duradera. Cualquiera que sea la interpretación que el investigador haga de la consistencia, lo importante es que la noción de evaluación del comportamiento, favorable o desfavorable, juegue un papel central en toda definición. Así, al considerar la dimensión evaluativa o afectiva de la consistencia es posible establecer la distinción entre la actitud de otros conceptos. Es por ello que la dimensión evaluativa ha sido considerada como la característica más

distintiva de la actitud (Thurstone, 1931; Osgood, Suci y Tannenbaum, 1957, citados por Fishbein, 1967, p. 8).

De acuerdo con lo anterior cabe destacar que la principal característica que distingue a la actitud de otros conceptos, es que ésta es de naturaleza afectiva o evaluativa. De hecho, hay un acuerdo extendido en que el *afecto* es la parte esencial del concepto actitud. Por lo cual, la mayoría de los procedimientos de medición de las actitudes más comúnmente aceptados, son el resultado de la *evaluación de sentimientos favorables o desfavorables* hacia el objeto en cuestión. Fishbein hace la aclaración de que los términos *afecto* y *evaluación*, pueden ser usados como sinónimos dentro de la investigación empírica de actitudes, aunque se pueda argüir que hay diferencia entre el juicio de una persona de que un objeto la hace sentir bien y su evaluación de que el objeto es bueno, Fishbein considera que es poca la evidencia como para sugerir que pueda hacerse una distinción empírica confiable entre estas dos variables.

Fishbein (1975, p. 11) es consistente con la posición de Thurstone (1931) de que la actitud puede ser conceptualizada como **la cantidad de afecto a favor o en contra de un objeto**. De acuerdo con este concepto, Fishbein sugiere que la actitud debe ser medida por un procedimiento de experimentación que localice la dimensión evaluativa afectiva bipolar de un sujeto, cara a cara con un objeto dado. Aún cuando la definición de Thurstone no captura la complejidad total que está asociada con el concepto de actitud, parece haber un amplio acuerdo en que el afecto es la parte esencial de la actitud, aunque evidentemente la definición propuesta podría invalidar muchas mediciones realizadas en investigaciones empíricas, ya que muchas de estas mediciones resultan ambiguas cuando se les quiere ubicar en una dimensión evaluativa bipolar. Por el contrario, etiquetas tales como opinión, satisfacción, prejuicio, intención, valor, creencia, etc., han sido algunas veces aplicadas para aclarar medidas de evaluación. El resultado ha sido contraproducente porque eso ha contribuido a confundir las distinciones entre actitud y esos conceptos. Varios autores, entre los que sobresalen Osgood, Suci y Tannenbaum (1957) han sugerido la importancia de establecer distinciones entre los términos cercanos al concepto de actitud, pero los puntos de vista prevalecientes a la fecha es que estas distinciones no pueden garantizar su eficiencia en vista de que no ha sido demostrado que estas variables obedezcan a diferentes leyes científicas. Algunas distinciones no sólo son justificables, sino que son necesarias para una adecuada comprensión de las actitudes, por ejemplo, la ya repetidamente propuesta de la tradicional trilogía de *afecto*, *cognición* y *volición*, la cual analizaré a continuación.

En la clásica trilogía recién mencionada, el *afecto* se refiere a los sentimientos y evaluación de una persona hacia algún objeto, persona, cuestión o evento. La *cognición* denota los conocimientos, opiniones, creencias, y pensamientos que acerca del objeto tiene la persona, y la *volición* se refiere a la intención de comportamiento y sus acciones con respecto o en la presencia de un objeto. A partir de esta trilogía, Fishbein enfatiza que al tratar con actitudes, estamos investigando más a la predisposición de una persona a comportarse de cierta manera que tratando con el comportamiento en sí mismo, por lo que considera más deseable una clasificación de cuatro amplias categorías en lugar de las tres tradicionales, a saber:

1. *afecto* (sentimientos, evaluaciones),
2. *cognición* (opiniones, creencias),

3. *volición* (intención de comportamiento) y
4. *conducta* (actos manifiestos que pueden ser observables públicamente).

Aunque en teoría muchos de los que investigan sobre las actitudes parece que coinciden con esta clasificación, rara vez se toma en cuenta cuando se realizan investigaciones empíricas. Fishbein considera conveniente reservar el término *actitud*, sólo para la primera de estas categorías o sea la llamada *afecto*; el término *creencia* para la segunda categoría, *cognición*, y el término *intención* para la *volición*. De acuerdo con esta propuesta los tres conceptos que guardan estrecha relación con la actitud: creencia, intención y conducta se distinguen de ésta con base en las siguientes consideraciones:

Creencia. Mientras que la actitud se refiere a una evaluación favorable o desfavorable hacia un objeto, las creencias representan la información que la persona tiene acerca del objeto. Específicamente, una creencia liga un objeto con un atributo. Por ejemplo, "Usar pastillas anticonceptivas" (objeto), para "prevenir el embarazo" (atributo). Otro ejemplo, "las personas que abortan" (objeto), "se sienten culpables" (atributo), o "La iglesia católica condena el aborto" (objeto), "al considerarlo como un asesinato" (atributo). Como se puede observar en los ejemplos citados, el objeto de una creencia puede ser una persona, un grupo de personas, una institución, un comportamiento, una norma o principio, un evento, etc., y el atributo asociado a ese objeto puede ser cualquier propiedad, cualidad, resultado, consecuencia, evento, característica o rasgo.

Con respecto a cualquier asociación objeto-atributo, la gente puede diferir en la fuerza de su creencia. Es decir, una persona puede diferir en términos de la credibilidad o veracidad percibida de que el objeto esté asociado con el atributo en cuestión. Por lo tanto Fishbein recomienda que la creencia se mida dentro de una dimensión de probabilidad subjetiva, dentro de la cual el sujeto relacione al objeto con un atributo. La utilización de la probabilidad subjetiva en relación con las creencias ha aumentado gracias a que modelos recientes permiten medir el cambio en las creencias a través de la teoría de la probabilidad matemática, lo cual permite hacer predicciones subjetivas (Fishbein, 1975, p. 12).

Intención. Esta otra clase de variable se refiere al propósito de la persona para ejecutar diversos comportamientos. Al igual que en la creencia, la fuerza de una intención está indicada por la probabilidad subjetiva de una persona de que realizará el comportamiento en cuestión. Fishbein recomienda que la intención sea medida por medio de un procedimiento que coloque al sujeto dentro de una dimensión de probabilidad subjetiva que abarque una relación entre la intención y alguna acción.

Distinguiendo así los conceptos de creencia y de intención, Fishbein considera, por lo tanto, que el concepto de *actitud* debe utilizarse sólo cuando haya una clara evidencia de que la medida empleada coloca al individuo en una *dimensión bipolar afectiva*. Consecuentemente, cuando la medida coloca al individuo en una dimensión de probabilidad subjetiva *relacionando el objeto con el atributo*, el término *creencia* es el adecuado, y cuando la dimensión de probabilidad *liga a la persona con un comportamiento*, el concepto de *intención de conducta* debe ser utilizado.

Una vez definidas así estas tres categorías, muchos otros conceptos que han sido empleados en forma equívoca en ámbito de las actitudes, pueden entonces incluirse

bajo una u otra de estas tres categorías siguiendo esta lógica. Por ejemplo, conceptos como atracción, valor, sentimiento, valencia y utilidad, todos parecen implicar evaluación bipolar y pueden, por lo tanto, incluirse bajo la categoría de actitud. En forma similar, opinión, conocimiento, información, estereotipo, etc., pueden ser vistos como creencias sostenidas por un individuo. Aún a pesar de estas categorías, habrá otros términos, tales como, estigma, imagen, moral y prejuicio, que pueden relacionarse con las tres categorías ya que son de uso muy general. A esta triple clasificación, Fishbein le añade finalmente una cuarta categoría:

Conducta. Fishbein considera importante explicitar que para fines prácticos dentro de la investigación en el área de las actitudes, se utilizará el concepto de *conducta*, para referirnos a *comportamientos abiertos que son estudiados en su propio medio*. Sin embargo, Fishbein reconoce que todos los cuestionarios de respuesta verbal, que es el instrumento que se utiliza con más frecuencia para inferir creencias, actitudes e intenciones son, estrictamente hablando, también conductas manifiestas, esto es, actos observables de un sujeto, pero que aún así existe la posibilidad de distinguir entre comportamiento dado en su propio medio y aquél que es utilizado como un recurso para inferir creencias, actitudes e intenciones, y como ejemplo cita el estudio de Nemeth (1970), en el que el número de segundos empleados para hablar con otra persona fue tomado como medida de simpatía, cariño y agrado hacia ésta. Pero la misma medida puede ser utilizada como un récord de comportamiento verbal, en donde no necesariamente se puede concluir que el tiempo empleado se relacione con la simpatía hacia la otra persona en vista de que no hay una medida directa de la dimensión afectiva en este encuentro.

El espacio dedicado a distinguir entre los cuatro conceptos de *creencia*, *actitud*, *intención* y *conducta*, es pieza clave para fundamentar mi marco conceptual apegado a Fishbein. El principal interés de este marco conceptual estriba en la relación entre estas cuatro variables, en donde las creencias son el bloque constructor fundamental de la estructura conceptual, ya que sobre la base de observación directa, de nueva información adquirida de fuentes externas o de procesos diversos de inferencias, una persona aprende, o se forma, un número de creencias acerca de un objeto. Esto es, asocia el objeto con varios atributos. De esta manera una persona adquiere creencias acerca de sí misma, acerca de otras personas, acerca de instituciones, eventos, conductas, etc. Así, *la totalidad de las creencias de una persona, sirve como base informativa que en última instancia determina sus actitudes, intenciones y comportamientos* (Fishbein, 1975, p. 14).

Por los planteamientos hechos hasta el momento podemos visualizar que la aproximación de Fishbein enfoca al ser humano como un organismo esencialmente racional, que usa la información a su alcance para hacer juicios, formar evaluaciones y llegar a decisiones; con base en ello, es quizá por lo que en su teoría relaciona las cuatro variables hasta aquí analizadas de la siguiente manera.

En términos de la relación entre creencias y actitudes, Fishbein sugiere que las actitudes de una persona hacia un objeto están relacionadas con el conjunto de sus creencias acerca del objeto, pero no necesariamente con una creencia específica. De manera similar, la actitud hacia un objeto es vista en relación con las intenciones de la persona para ejecutar una variedad de comportamientos con respecto a un objeto. Sin embargo esta relación se da entre la actitud y el conjunto de intenciones como un todo, o sea que la actitud hacia el objeto no estará relacionada con una sola intención específica con

respecto al objeto. Para aclarar más como se dan las relaciones entre las cuatro variables que estamos tomando en consideración pondré un ejemplo: una persona puede tener muchas creencias acerca de los homosexuales, tales como: "los homosexuales tienen una gran sensibilidad artística", "los homosexuales son muy inteligentes", "los homosexuales son muy trabajadores", "los homosexuales no son personas enfermas". Estas creencias pueden tender a una moderada actitud favorable de aceptación de la homosexualidad, pero aún así suele suceder que la persona que tiene este sistema de creencias y esta actitud favorable, no tenga la menor intención de establecer una relación amistosa con un homosexual.

Cada intención es vista en relación con su correspondiente conducta. Fishbein considera que la mayoría del comportamiento social es volitivo, exceptuando eventos imprevistos, por lo cual una persona sería capaz de ejecutar esos comportamientos que intenta realizar. Se sigue que la actitud hacia un objeto estará de nuevo relacionada con el patrón de comportamiento total, más que con un comportamiento específico con respecto a la actitud hacia el objeto. Tomando en cuenta estas consideraciones Fishbein y sus colaboradores consideran que la actitud puede ser descrita como *una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable con respecto a un objeto dado* (*ibid.*, p. 15).

Fishbein considera la actitud como una *predisposición general*, es decir, que no inclina a la persona a un comportamiento específico, sino que conduce a un conjunto de intenciones que indica una cierta cantidad de afecto hacia el objeto en cuestión. Cada una de estas intenciones está relacionada con un comportamiento específico y por lo tanto el afecto total expresado por el patrón de las acciones de una persona con respecto al objeto también corresponde a su actitud hacia el objeto.

La descripción anterior omite lazos de retroalimentación en varios estados del proceso, y es importante aclarar, por ejemplo, que una vez establecida una actitud, puede influenciar la formación de nuevas creencias. En forma similar, la ejecución de un particular comportamiento puede conducir a nuevas creencias acerca del objeto, lo cual a su vez influye en la actitud. Estas nociones pueden ilustrarse mediante el siguiente esquema (Figura 1):

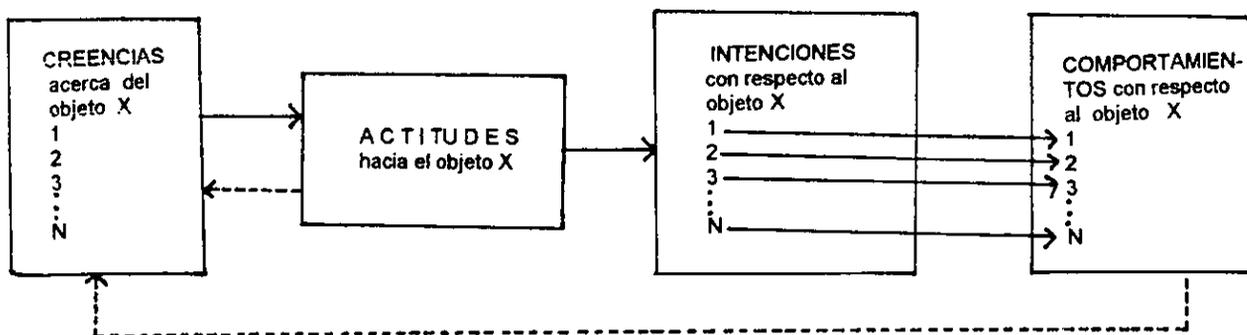


Figura 1. Presentación esquemática del marco conceptual que relaciona creencias, actitudes, intenciones y comportamientos con respecto a un objeto dado (*Idem.*).

Muchos teóricos de las actitudes asumen que la actitud de una persona hacia un objeto puede usarse para predecir su comportamiento con respecto del objeto, el marco conceptual de Fishbein, sin embargo, sugiere que la ejecución o no ejecución de un comportamiento específico con respecto a un objeto, generalmente no se puede predecir a partir del conocimiento de la actitud de una persona hacia ese objeto, ya que él considera que un comportamiento específico es determinado por la intención de la persona a ejecutar dicho comportamiento. Este planteamiento hace aflorar el cuestionamiento de cuáles son los factores que influyen en la formación de las intenciones, a lo que nuestro marco conceptual responde: las intenciones de una persona, en un análisis final, están en función de ciertas creencias, algunas de estas creencias influyen en las actitudes y, a su vez, las actitudes hacia la ejecución de un comportamiento dado están relacionadas con sus creencias de que realizando ese comportamiento le llevará ciertas consecuencias y a su evaluación de esas consecuencias. En este marco, la actitud es vista como una de las principales determinantes de la intención de la persona para ejecutar el comportamiento en cuestión. Otro aspecto relevante para una intención de comportamiento consiste en las creencias de naturaleza normativa, por ejemplo, creencias que se refieren a que la persona piensa que debe o no realizar el comportamiento en cuestión. La persona puede o no estar motivada a cumplir con un referente dado, de modo que tanto las creencias normativas como la motivación a cumplir con ellas, conducen a presiones normativas. El total de estas presiones normativas es denominada por Fishbein *norma subjetiva* (*ibid.* p. 16). Al igual que la actitud, una norma subjetiva es considerada una determinante principal de las intenciones que tiene una persona para realizar un comportamiento. Lo hasta aquí expuesto puede quedar sintetizado en el siguiente diagrama, mismo que a su vez esquematiza el referente teórico de Martin Fishbein (Figura 2):

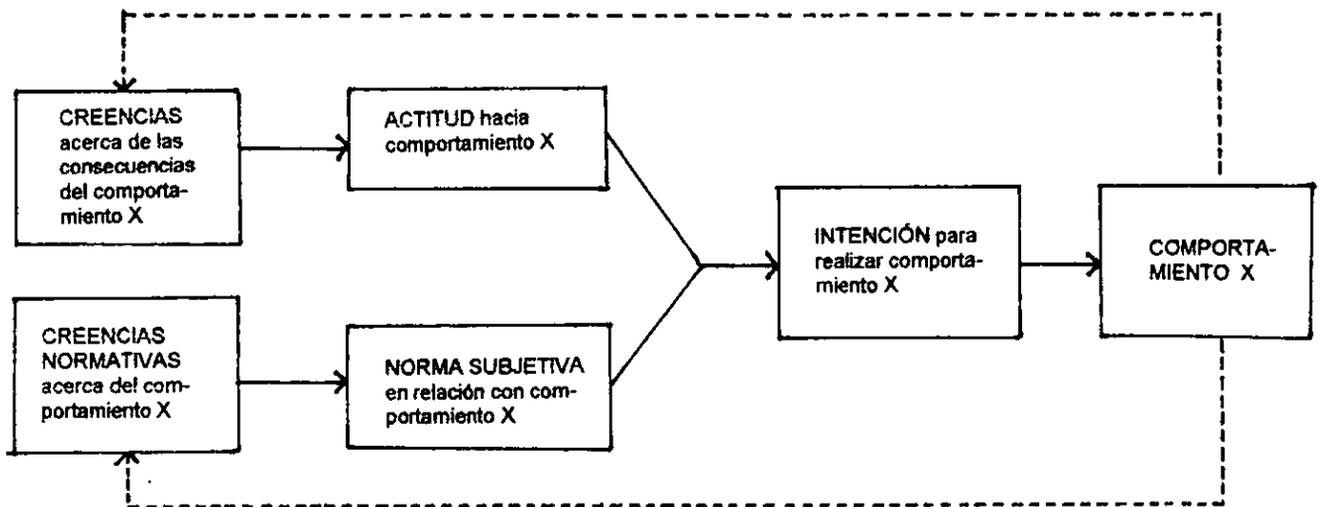


Figura 2. Presentación esquemática del marco conceptual para la predicción de intenciones y comportamientos específicos (Fishbein, 1975, p. 16).

2.4.4 Técnicas de medición de actitudes

Para obtener medidas confiables y válidas de las actitudes se requiere contar con procedimientos de medida en los que la persona asigne a algún concepto u objeto la posición de su afecto (favorable o desfavorable) en una escala de dimensión evaluativa bipolar. Fishbein se muestra sumamente estricto en este aspecto de la bipolaridad de las

escalas con las que se miden las actitudes y considera que las escalas que involucran sólo un peso de la dimensión evaluativa no deben tomarse como medidas de actitud, sino de creencia u opinión. En 1931, Thurstone consideraba que las opiniones son expresiones verbales de la actitud y que éstas pueden utilizarse como medida de la actitud (Fishbein 1975, p. 68). Sin embargo, Fishbein considera que ha medida que se ha avanzado en el estudio científico de las actitudes, lo adecuado es distinguir cuando se están midiendo creencias de cuando se están midiendo actitudes, si bien él mismo acepta que esta diferenciación es algo arbitraria, ya que "las creencias acerca de un objeto proporcionan las bases para la formación de actitudes hacia el objeto" (*Ibid.*, 131).

Aunque la importancia de las creencias dentro del estudio de las actitudes, fue contemplada por Thurstone desde 1931, sorprendentemente se ha realizado muy poca investigación en el área de las actitudes enfocada a la adquisición y cambio de creencias. Evidentemente para poder explicar la formación y cambio de actitudes, el proceso de formación de creencias debe ser revisado. De una manera general, las creencias se refieren a juicios de probabilidad subjetiva de la persona en lo que concierne a algunos aspectos discriminables de su mundo, las creencias tienen que ver con la comprensión de la persona de sí misma y de su entorno. Más específicamente, Fishbein describe la creencia como "la probabilidad subjetiva de relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, valor, concepto o atributo" (*Ibid.*, p. 131). Se puede hacer una distinción entre creencia *en la existencia de un objeto*, por ejemplo, creer en Dios, y creencia *en la existencia de una relación* que liga el objeto con algún atributo, por ejemplo: Dios es omnipotente. Lo cual implica una creencia *acerca* de Dios. No obstante ello, también la creencia *en la existencia* de un objeto puede ser vista también como creencia *acerca* del objeto, ligando el objeto con el concepto de existencia. Esta concepción implica que para que se forme una creencia se pone en juego el establecimiento de una relación o vínculo entre dos aspectos relacionados con el mundo del individuo.

Una fuente obvia de información acerca de esa relación es la *observación directa*; esto es, una persona puede percibir (por vía de cualquiera de sus sentidos) que un objeto determinado tiene ciertos atributos. Por ejemplo, puede ver o sentir que una mesa es circular, puede oler o probar que la leche está agria, o puede ver que una persona tiene arrugas o piel oscura. Estas experiencias directas con un objeto dado son consideradas por Fishbein *creencias descriptivas*. Él parte de que la validez de los sentidos rara vez es puesta en duda, por lo cual estas creencias descriptivas son, al menos inicialmente, sostenidas con un certeza máxima, claro que con el paso del tiempo el olvido puede provocar la reducción en la fuerza de una creencia. Evidentemente el individuo puede formar creencias que van más allá de las relaciones provocadas por la mera observación directa. Por ejemplo, la *interacción* con otra persona puede conducir a la formación de creencias acerca de ciertas características o disposiciones inobservables como la inteligencia, honestidad, amistad, amabilidad o la introversión que caracteriza a esa persona.

Bruner (1957), citado por Fishbein (1975, p. 134), sugirió dos caminos a través de los cuales una persona puede ir más allá de eventos observables. Uno, cuando hace uso de relaciones aprendidas previamente. Por ejemplo cuando cree que las personas obesas son alegres y bromistas, o que una persona que llora está triste. El otro camino que permite ir más allá de las observaciones implica el uso de sistemas de codificación formal. Por ejemplo, sobre la base de que Juan es más alto que Rafael, y Rafael es más

alto que Enrique, una persona puede formarse la creencia de que Juan es más alto que Enrique aún cuando no haya observado a Juan y a Enrique juntos.

Los sistemas de codificación formal se refieren a varias reglas de lógica que sigue la formación de una creencia acerca de eventos no observables. Este segundo tipo de creencias que van más allá de eventos observables directamente, son llamadas por Fishbein *creencias inferenciales*. Las creencias inferenciales, como se ve en los ejemplos anteriores, están basadas en creencias descriptivas anteriores. Entonces, la creencia descriptiva se formó al observar que "X es obesa" y se produce la inferencia de que "X es alegre". En forma similar las creencias descriptivas: "Juan es más alto que Rafael" y "Rafael es más alto que Enrique", proveen las bases para la inferencia de que "Juan es más alto que Enrique". Debe aclararse que las creencias inferenciales no siempre están basadas en creencias descriptivas, sino que pueden, a su vez, estar basadas en otras creencias inferenciales, por ejemplo, "X es alegre", puede conducir a creer que "X es feliz". Aún cuando una creencia inferencial puede estar basada en otra creencia inferencial, en un análisis más profundo puede rastrearse que la mayoría de las inferencias están basadas en creencias descriptivas. La distinción entre creencias inferenciales y descriptivas es algo arbitraria, ya que muchos de los atributos sobre un objeto que parecen observaciones directas, pueden no ser directamente percibidos. Por ejemplo, circular, obeso, alegre, oscuro, alto, etcétera, son, a su vez, conceptos que han sido adquiridos en el pasado. Según Fishbein, la formación de estos conceptos supone el condicionamiento de una respuesta común a etiquetar a un conjunto de estímulos. Una vez que estos atributos o conceptos han sido bien aprendidos, la persona tiende a percibir los atributos o conceptos directamente en lugar de percibirlos como un conjunto de estímulos abstractos. Entonces uno es capaz de percibir redondez, obscuridad, obesidad, etc., directamente. Es posible concebir las creencias como representando un continuo de descriptivo a inferencial. Este continuo puede ser visto como la puesta en juego del uso, ya sea mínimo o máximo, de residuos de experiencias.

Fishbein resalta otra clase de creencias que se originan por la exposición a información provista por fuentes externas. Estas fuentes incluyen periódicos, revistas, radio, televisión, cine, conferencias, amistades, parientes, compañeros de trabajo, etcétera. A estas creencias las denomina *creencias informativas*. Muchos son los factores que determinan el grado en el cual la información proporcionada por el exterior pueda ser aceptada por el receptor, son diversos, entre éstos cabe resaltar la confianza que se deposite en la fuente de información.

Con el propósito de comprender cómo se forman las actitudes, es conveniente asentar una distinción más entre creencias descriptivas y creencias inferenciales. Según Fishbein (*Ibid.*, p. 213), se parte del supuesto de que las creencias descriptivas, al estar formadas sobre la base de la observación directa (hechos), tienden a ser claramente veraces. Hay poca evidencia de que las características y los deseos personales tengan un efecto sistemático en la formación de las creencias descriptivas. Esta conclusión parece sostenerse tanto para afirmaciones hechas por otras personas como también acerca de atributos sobre objetos y eventos. En contraste a lo que sucede con las creencias descriptivas, factores personales juegan un rol principal en la formación de las creencias inferenciales. Sobre la base de una o más notas informativas acerca de un objeto, persona o acción, se encuentra que las personas forman creencias nuevas a través de un proceso de inferencia.

Una cuestión de considerable importancia es la detección de que las inferencias son hechas siguiendo líneas de razonamiento probabilístico, es decir, que el sujeto establece relaciones de probabilidad entre las creencias. Esta conclusión está soportada por investigaciones hechas sobre el tratamiento de la inferencias, pero también por descubrimientos en el área de la utilización de la información nueva siguiendo un razonamiento silogístico. Tal vez lo más impresionante sea, sin embargo, el hallazgo de que varios modelos de probabilidad cuantitativa, proveen descripciones de veracidad, precisión y predicción de la formación de creencias inferenciales. Parece ser, por lo tanto, que los individuos adquieren concepciones relativamente estables de relaciones probabilísticas entre conjuntos de creencias. Esta estructura probabilística sirve de base para la formación de creencias inferenciales. Un nuevo dato informativo acerca de un objeto o evento tendrá, por lo tanto, implicaciones para muchas otras creencias acerca del objeto o evento. La demostración más directa de este proceso está dado por investigación sobre teorías de la personalidad, en donde se ha detectado que aún cuando factores afectivos y emocionales pueden jugar un papel importante en las inferencias, la evidencia reportada lleva a confirmar la postura de que el proceso de inferir está basado principalmente en consistencia probabilística. Por lo tanto, Fishbein considera al ser humano como un ser por encima de todo racional, con capacidad de procesar la información a su alcance en forma lógica. Para este autor, por lo tanto, las creencias descriptivas e inferenciales no son caprichosas, tampoco son desvirtuadas sistemáticamente por influencias emocionales o motivacionales.

2.4.4.1 Aprendizaje y formación de creencias, actitudes e intenciones

Hay actividades que se pueden presentar sin ninguna duda como ejemplos de aprendizaje, como: memorizar un poema, adquirir vocabulario de palabras en un idioma extranjero, manejar una computadora, etc. Hay otras actividades no tan evidentemente aprendidas que sólo son calificadas de aprendidas cuando hacemos la reflexión en torno a ellas. Entre estas últimas figuran la adquisición de prejuicios, preferencias, actitudes e ideales sociales; estas agrupan múltiples habilidades que requieren de las relaciones sociales con otras personas.

Por último, hay cierto número de actividades cuya adquisición no se suele calificar de avance o mejoramiento, pues su utilidad, si es que existe, no puede demostrarse fácilmente, entre ellas figuran los tics, los amaneramientos, los gestos, etc. Estos ejemplos de aprendizaje los cité para ilustrar que es muy difícil redactar una definición que sea totalmente satisfactoria. Describir el aprendizaje como todo cambio que acompaña a una repetición, lo confunde con el crecimiento. Casos relativamente puros como el de la natación de los renacuajos o el vuelo de las aves, pueden atribuirse fundamentalmente a la maduración. Hay actividades que no son tan claramente definibles porque se desarrollan a través de un complejo juego de influencias recíprocas entre la maduración y el aprendizaje. Un ejemplo de ello es el desarrollo del lenguaje infantil. En consecuencia asumo por aprendizaje el:

(...) proceso, en virtud del cual una actividad se origina o se cambia a través de la reacción a una situación encontrada, con tal que las características del cambio registrado en la actividad no puedan explicarse con fundamento en las tendencias innatas de respuesta, la maduración o estados transitorios del organismo (por ejemplo la fatiga, drogas, etc.)" (Hilgard y Bower, 1976, p. 14).

Para comprender mejor la formación de creencias a la luz de la metodología científica, puede resultar útil examinar algunos de los fenómenos que han sido investigados en el área del aprendizaje verbal y la memoria. La mayoría de los investigadores en el área, véase por ejemplo a Bahrick, 1965; Postman y Jenkins, 1948, citados por Fishbein (1975, p. 135), han tendido a considerar el *reconocimiento* y el *recuerdo* como indicadores de una misma relación de aprendizaje estímulo-respuesta, no obstante ello, es posible establecer una pequeña diferenciación entre éstos, por ejemplo, después de la memorización de una lista de palabras, una persona será, generalmente, más capaz de *reconocer* la mayoría de éstas cuando son presentadas dentro de una listada de palabras, que cuando se le pide *recordar* dichas palabras libremente, es decir, sin la presencia de la lista.

Otro fenómeno de considerable interés para el tema que nos ocupa, es el *efecto de posición en la serie* (Jersild, 1929; Hovland, 1938) o el descubrimiento de que el recuerdo de un estímulo presentado dentro de un conjunto al sujeto depende, en parte, de su ubicación en la secuencia. Específicamente, el estímulo presentado al principio y al final de la lista, tiende a ser mejor recordado que los estímulos que aparecen en el medio.

La implicación de estos fenómenos para el área de las actitudes se hace aparente cuando una comunicación del estilo de mensaje persuasivo es vista como una secuencia de argumentos a los cuales un sujeto está expuesto. El efecto de posición en serie sugiere que los sujetos podrán recordar mejor lo que el comunicador dijo al principio y al final, que lo que dijo a la mitad. El efecto de posición en serie se ha encontrado consistentemente en estímulos verbales de sílabas sin sentido, así como con palabras con sentido y también con planteamientos significativos (Fishbein, 1975, p. 137).

De acuerdo con Fishbein, las creencias acerca de un objeto proporcionan las bases para la formación de actitudes hacia el objeto. Es decir, que cuando una persona forma creencias, automática y simultáneamente adquiere una actitud hacia el objeto. Cada creencia liga al objeto con algún atributo, y la actitud de la persona hacia el objeto es una función de sus evaluaciones de esos atributos.

Como ya cité con anterioridad, Fishbein considera que es adecuado emplear el término *actitud* solamente para referirnos a la localización de una persona en una evaluación bipolar o dimensión afectiva con respecto a un objeto. Por lo tanto, una actitud representa el sentimiento general de una persona, favorable o desfavorable, hacia un objeto de estímulo (Fishbein, 1975, p. 217).

Al igual que como sucede con las creencias, la distinción entre la formación de una actitud y el cambio de actitud, es algo arbitraria. Si se considera, por ejemplo, que una persona mantiene una actitud neutral hacia un extraño mientras no tiene información acerca de él, pero que en cuanto se asocia al extraño con cierta información, se formará una actitud favorable o desfavorable hacia él. Cualquier dato o información adicional puede o no producir cambios en esa actitud favorable o desfavorable preliminar.

A un nivel más general, podemos considerar que aprendemos a gustar de (o tener actitudes favorables hacia) ciertos objetos a los que asociamos con atributos positivos y así adquirimos sentimientos favorables y de aceptación hacia ese objeto. Igualmente podemos asociar cierto objeto con atributos que consideramos negativos, por lo que

surgirán sentimientos desfavorables y de rechazo hacia este objeto. Sobre la base de las vivencias cotidianas, adquirimos automáticamente una actitud hacia un objeto cuando aprendemos nuevas asociaciones con otros objetos, atributos, o cualidades hacia los cuales teníamos ya una actitud. Esta actitud (evaluación de los atributos) está en función de las creencias, a través de las cuales se liga el objeto con el atributo. Constantemente se siguen haciendo evaluaciones de los atributos ligados a un objeto, los cuales a su vez sirven de base para nuevas creencias y evaluaciones. Es posible continuar examinando este proceso indefinidamente no sólo hacia adelante, sino retrocediendo hasta sus orígenes, lo cual muy probablemente conduzca al hedonismo, en donde lo favorable y lo desfavorable lo podemos apoyar en los principios básicos del placer y el dolor u otros motivos primarios en los cuales es posible apoyar la adquisición inicial de esta carga afectiva. Fishbein pone el ejemplo del recién nacido para quien tomar leche satisface su hambre, lo cual puede verse como un placer que elimina dolor. La leche entonces toma alguna de las cualidades placenteras (positivas) asociada a la reducción del hambre. De este modo una actitud favorable hacia la leche se ha adquirido. La evaluación de la leche puede ahora explicar en parte el desarrollo de las actitudes hacia otros objetos que están asociados con la leche, como son la presencia de la madre y concretamente el pecho.

Aunque es posible seguir la pista del desarrollo de las actitudes de una persona, analizándolas desde su más temprana edad, Fishbein considera que es más práctico considerar la evaluación de los atributos asociados con el objeto de la actitud en un punto dado de la historia del sujeto sin tener que remontarnos hasta sus orígenes. De esa manera, cada individuo puede verse como portador de actitudes hacia todos los aspectos discriminables de su entorno (aún cuando en principio tenga actitudes neutrales hacia ellos), ya que cada vez que el individuo aprende que un objeto está ligado con un atributo, alguna evaluación de atributo viene a ser asociado con el objeto.

A lo largo de la vida de una persona, diferentes experiencias la conducen a la formación de muy diversas creencias acerca de varios objetos, acciones y eventos. Estas creencias pueden ser resultado de observación directa o de procesos inferenciales. Algunas de estas creencias pueden persistir a lo largo del tiempo, mientras otras pueden ser olvidadas a la vez que nuevas creencias pueden irse formando y modificando. Hay creencias relativamente estables en cada persona como tienden a ser las creencias sobre instituciones, la iglesia, la democracia, el capitalismo o también acerca de grupos raciales, grupos minoritarios o acerca de las diferentes naciones y sus habitantes. En contraste, otras creencias tienden a cambiar considerablemente, como son las creencias acerca de las consecuencias de un comportamiento o acerca de una persona determinada.

Aunque una persona puede sostener un gran número de creencias acerca de un objeto determinado, sólo un número relativamente pequeño sirve como determinante de su actitud en un momento dado.

Las investigaciones en torno a la duración de los períodos de atención, aprehensión y procesamiento de información, sugieren que un individuo es capaz de atender o procesar de cinco a nueve aspectos de información a la vez (Miller, 1956; Woodworth y Schlosberg, 1954; Mandler, 1967), citados por Fishbein (1975, p. 218). Con base en estos estudios, Fishbein considera que igualmente puede argumentarse que la actitud de una persona hacia un objeto está principalmente determinada por no más de cinco a nueve creencias, las cuales son consideradas por Fishbein como las *creencias*

sobresalientes de la persona, en un punto dado del tiempo. Es por supuesto posible que más de nueve creencias sean simultáneamente sobresalientes y que el conjunto de ellas determinen la actitud. Mientras una persona cuente con más tiempo, o tenga algún incentivo específico, puede considerar un mayor número de creencias. No obstante ello, Fishbein considera que en la mayor parte de las circunstancias un pequeño número de creencias sirve como determinante de la actitud, aunque reconoce que evidentemente estas creencias sobresalientes están también sujetas a cambios; ellas pueden reforzarse o deteriorarse o, incluso, ser sustituidas por nuevas creencias.

Al realizar un estudio de las actitudes es importante identificar cuáles son las creencias sobresalientes. La técnica más sencilla para conocer estas creencias es preguntando a la persona o pidiéndole que haga una lista de las características, cualidades y atributos de un objeto o de las consecuencias de ejecutar un comportamiento. En diversos estudios de este tipo se ha demostrado que las creencias sobresalientes surgen primero, y que cuando se obtienen más de nueve a diez creencias vinculadas a un objeto las demás probablemente no son ya sobresalientes (Fishbein 1967, Kaplan y Fishbein, 1969). Es posible, sin embargo, que sólo las dos o tres primeras creencias sean sobresalientes y que más allá de este punto no sean determinantes primarias de la actitud. A pesar de sus minuciosos estudios, Fishbein considera que es imposible determinar el punto en el cuál una persona empieza a sacar creencias que no son sobresalientes. La recomendación de tomar en cuenta de las cinco a las nueve primeras, es tan sólo una regla empírica (Fishbein, 1975, p. 218).

Otro problema detectado al hacer surgir las creencias sobresalientes, es que el procedimiento de provocación, en sí mismo, produce cambios en la jerarquía de las creencias de una persona. Esto es, creencias que fueron previamente no sobresalientes se convierten en sobresalientes al ser provocadas. Esto implica que la mera evocación de creencias puede cambiar la actitud de una persona. En otras palabras, mientras una persona enlista sus creencias acerca de un objeto, la persona puede recordar, al hacer ese ejercicio, alguna información que había olvidado o también puede hacer una inferencia en el momento sobre la base de las creencias existentes. De este modo, las que eran previamente creencias no sobresalientes, ahora se transforman en determinantes importantes de su actitud.

En conclusión, parece imposible obtener una medida precisa de las creencias que determinan la actitud, ya que el número de creencias sobresalientes puede variar de persona a persona. Sin embargo, una aproximación, *grosso modo*, puede obtenerse considerando las primeras creencias (de la quinta a la novena) como las determinantes básicas de la actitud.

No se puede establecer que la posición en la jerarquía de creencias sobresalientes sea equivalente a la fuerza con la que se sostiene la creencia. Puede ser que la fuerza de la creencia solo surja en el momento en que se solicita a la persona que manifieste su acuerdo a desacuerdo con una afirmación dada, aunque uno no puede esperar que la fuerza de la creencia esté en correlación con la posición de la creencia expresada en la jerarquía de creencias sobresalientes.

En otras palabras, la actitud puede medirse tomando en cuenta las respuestas que dé una persona a un conjunto de afirmaciones con respecto a sus creencias, aún cuando estas afirmaciones no correspondan a las creencias sobresalientes de dicha persona.

Fishbein describe la relación entre un conjunto de creencias y la actitud en término del modelo expectativa-valor. Este modelo trata de la relación entre creencias acerca de un objeto y las actitudes hacia ese objeto; este es un modelo descriptivo que puede aplicarse a cualquier conjunto de creencias ya sean sobresalientes o no, nuevas o antiguas.

De acuerdo con el modelo expectativa-valor, la evaluación de un atributo por una persona contribuye a formar su actitud en relación a la fuerza de su creencia. Hay que aclarar que esta aproximación implica una base informativa que contribuye a la formación de la actitud, en cuanto a que una persona es vista como procesadora de cierta información que le es accesible acerca de un objeto y por ese proceso de inferencia llega a ser su propia evaluación del objeto. Aún cuando se pueden sugerir otras bases para medir la formación de una actitud, Fishbein considera que la aproximación a través del modelo de expectativa-valor es la que mejor se presta para hacer esta interpretación. Este modelo nos da una descripción de la forma a través de la cual diferentes creencias y las evaluaciones de los atributos asociados al objeto de creencia, se combinan e integran para llegar a la evaluación del objeto. El proceso de integración se describe por la ecuación:

$$A = \sum_{i=1}^n b_i e_i$$

En donde A es la actitud hacia el objeto, acción, o evento; b significa las creencias acerca de los atributos del objeto o acerca de las consecuencias de una acción; y e es la evaluación de los atributos o consecuencias. De acuerdo con este modelo, la actitud de una persona hacia un objeto puede ser estimada multiplicando la evaluación de cada atributo asociado con el objeto por la probabilidad subjetiva de que el objeto tiene ese atributo y luego la suma de los productos por el total del conjunto de las creencias. En forma similar, la actitud de la persona hacia un comportamiento puede ser estimada multiplicando su evaluación de cada consecuencia del comportamiento por su probabilidad subjetiva de que al realizar el comportamiento conducirá a ciertas consecuencias; luego de la suma de los productos se multiplica por el total del conjunto de creencias. Los términos "atributo" y "consecuencias" son utilizados en un sentido muy general para referirse a cualquier aspecto de un objeto o comportamiento. Para ejemplificar este modelo citaremos un estudio realizado por Jaccard y Davison (1972), citado por Fishbein (1975, pp. 224-8) que además resulta de especial interés por estar relacionado con aspectos de la sexualidad, tema de la presente investigación. En este estudio se midieron las creencias de 22 mujeres acerca del uso de pastillas anticonceptivas. En el curso de entrevistas privadas se les pidió, a las integrantes de la muestra, que indicaran sus creencias sobre las consecuencias de tomar la píldora, y que describieran otras ventajas y desventajas asociadas a su consumo. Las 15 creencias mencionadas con mayor frecuencia se utilizaron para construir un cuestionario, el cual se aplicó a una nueva muestra de 73 mujeres y de sus respuestas se obtuvieron medidas de la fuerza de la creencia y la evaluación de las consecuencias sobre el uso de la píldora. Estas medidas se utilizaron para un estimado de actitudes hacia el uso de la píldora anticonceptiva. Como soporte del modelo, el estimado tuvo una correlación de .73 con respecto a medidas realizadas con la técnica del diferencial semántico para medir la misma actitud. Muchos otros estudios han producido resultados que soportan la validez del modelo de expectativa-valor (*Ibid.*, p. 227).

La persona puede no creer en toda la información que se le brinda y al mismo tiempo puede procesar informaciones antiguas, a través de lo cual puede formar creencias inferenciales adicionales que pueden también influir en su actitud. Por lo tanto las creencias sobresalientes pueden no corresponder directamente a la información a la que se ve expuesto. Fishbein ha encontrado, a través de estudios controlados, que el proporcionar datos de información positiva adicional sobre una persona o evento, no siempre se provoca el incremento en la actitud, ya que como resultado de la misma información también encontró que se provocaba decremento o bien no se producía ningún cambio en la actitud de la persona. En tal sentido, la afirmación de que la actitud está en función de la información provista es parcialmente cierta. Muchos factores no controlables pueden influir en la asimilación de la información, aún sobre leyes consideradas probadas por la experimentación, como sería la del efecto serial que supone que el orden en la presentación de la información ocasionará que la información provista al principio y al final será la que afecte en mayor grado a la persona, podemos rebatirlo a través del modelo de expectativa-valor, el cual sí toma en cuenta que hay creencias previas, y evaluaciones de atributos, que ya tiene la persona en relación con la información a su alcance. Para probar este efecto se necesitaría que la persona no tuviera creencia previa alguna en relación con la información que sirve de estímulo. Fishbein analiza y cuestiona muchas de las investigaciones realizadas en el área de las actitudes, en gran parte de ellas descubre que las inconsistencias, en muchos de los resultados, se deben a la ignorancia del investigador sobre las creencias previas que el sujeto de experimentación puede sostener acerca del particular objeto en cuestión. Si bien es cierto que la exposición a manipulaciones experimentales puede conducir a la formación de nuevas creencias descriptivas e inferenciales acerca del objeto, es un error suponer que con ello se provoca automáticamente un cambio de actitud. De hecho los efectos sobre las creencias dependen también del contexto en el cual se suscitan, y es imposible controlar todo un entorno a menos que sea en situaciones experimentales que por lo general aíslan artificialmente a la persona de su contexto. Fishbein reporta haber encontrado inconsistencias acumuladas en gran cantidad de investigaciones sobre actitudes, y enfatiza que muchas confusiones se podrían evitar de apegarse al modelo basado en la formulación de expectativa-valor, el cual establece que la actitud de la persona hacia un objeto está relacionada con la fuerza de sus creencias, uniendo el objeto a varios atributos, multiplicados por las evaluaciones de esos atributos. Las actitudes son predecibles sumando el resultado de estos productos ($A = \sum b e$). Ya que es posible obtener medidas de creencias y evaluaciones de atributos, es posible proporcionar una prueba directa de los efectos de cualquier manipulación sobre estas variables intermedias (Fishbein 1975, p. 287).

Aún cuando la mayoría de las teorías que tratan sobre las actitudes hacen alguna distinción conceptual entre los componentes conitivos, afectivos y volitivos del comportamiento humano, esta distinción a menudo es olvidada a la hora de realizar investigaciones empíricas. Medidas de creencias, actitudes e intenciones, han sido a menudo utilizadas en forma intercambiable, asumiendo que estas medidas sirven como indicadores de la "actitud" de la persona. De acuerdo con este punto de vista, en general se asume que si una persona gusta de algún objeto, ella también tendrá actitudes favorables hacia el objeto y deberá intentar realizar, y efectivamente ejecutar conductas favorables con respecto a es objeto. Fishbein ha demostrado que asumir una vinculación demasiado estrecha entre actitudes, creencias, intenciones y comportamientos, es sólo aceptable a un nivel muy global.

De hecho, la relación entre actitud e intención no es tan específica con respecto a un objeto determinado, por lo mismo las investigaciones tradicionales sobre actitudes no pueden proporcionar bases suficientes para predecir las intenciones. Fishbein ha demostrado que sólo determinantes intermedias de una intención de un individuo están enlazadas a un comportamiento dado. Lo más que podemos establecer con las investigaciones empíricas hechas hasta el momento es que, al igual que sucede con las actitudes, son varios los factores que influyen en las intenciones, pero la base de sus efectos no es aún bien comprendida. Con base en la teoría de Dulany (1968), Fishbein (1975, p. 289) sostiene que la intención de una persona para realizar un comportamiento dado, está en función de dos determinantes básicos: uno actitudinal y el otro normativo. El componente actitudinal se refiere a la actitud de la persona hacia la ejecución del comportamiento en cuestión; el componente normativo (*la norma subjetiva*) está relacionado con las creencias de la persona sobre referentes relevantes que le llevan a pensar que ella debe o no debe realizar ese comportamiento, así como también con su motivación para obedecer esos referentes. Por lo tanto, la formación de una intención se ve influida parcialmente por una creencia particular (*norma subjetiva*) en combinación con una actitud en particular. Este planteamiento enfatiza nuevamente la necesidad de manipular creencias, actitudes e intenciones, como conceptos diferentes, en lugar de incluir a todos bajo la etiqueta de "actitud". Un error similar se comete cuando a partir de un comportamiento externo, se infieren creencias, actitudes e intenciones.

El descuido relativo al tratar la relación entre actitudes y comportamiento se puede atribuir a la extensa aceptación de que existe una íntima correspondencia en la manera como la persona se comporta en relación a un objeto y sus creencias, sentimientos e intenciones con respecto a ese objeto.

De hecho, el término "actitud" fue introducido en la psicología social como un recurso explicativo en un intento por comprender la conducta humana. Tanto por su etimología que viene de: *acto*, y a su vez éste del latín *actus*, de *agere*; como por sus acepciones usuales:

1. Postura del cuerpo humano, especialmente cuando es determinada por los movimientos del ánimo, o expresa algo con eficacia. ACTITUD *graciosa, imponente; las ACTITUDES de un orador, de un actor.*
2. Postura de un animal cuando por algún motivo llama la atención.
3. fig. Disposición de ánimo de algún modo manifestada. ACTITUD *benévola, pacífica, amenazadora, de una persona, de un partido, de un gobierno.* (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 1970, p. 21).

Generalmente se confunde el término con comportamientos abiertos o, al menos, en el sentido tradicional se ha supuesto que al ser capaces de medir una actitud uno podría ser capaz de predecir y explicar el comportamiento. Es precisamente por la ambigüedad y confusión teórica que vale la pena dedicarle un espacio en la presente investigación para distinguirlo del concepto "comportamiento" y ubicarlo en su justa relación dentro del marco conceptual de Fishbein que es el que, a nuestro modo de ver, más ha colaborado a darle al término actitud una ubicación adecuada para el avance de nuevas investigaciones sociales.

Desde hace más de treinta años, Fishbein (1965) hizo notar que, al menos en lo relacionado con el área de las actitudes, el criterio de comportamiento ha sido rara vez, si es que lo ha sido, sujeto a la misma rigurosidad analítica a la cual se han sometido las

medidas verbales de actitud. Él considera que este análisis es esencial para una comprensión de la relación entre actitud y comportamiento. En orden a aclarar la relación entre estos dos conceptos, es interesante examinar la naturaleza de diferentes criterios del comportamiento.

Fishbein y Ajzen (1974, p. 72) identificaron tres principales criterios del comportamiento empleados en estudios que relacionan actitud-comportamiento. El primer criterio consiste en la observación individual o *acto simple*, (por ejemplo: la profesora X acudió, o no, a la reunión del Seminario de Pedagogía Universitaria). Un segundo criterio que se usa con frecuencia es un registro basado en *observaciones repetidas* (por ejemplo: la profesora X acude mensualmente a las reuniones del Seminario de Pedagogía Universitaria); y un tercer criterio, que se utiliza con menos frecuencia en investigaciones científicas, por su complejidad, consiste en un registro de observación simple o repetida de diferentes comportamientos, denominado *acto múltiple* (por ejemplo: la profesora X participa activamente en las reuniones mensuales del Seminario, asiste puntualmente, hace preguntas, entrega reportes, charla con los demás miembros del Seminario mientras bebe una taza de café, etcétera). Como podemos evidenciar, por la simple observación y registro de conductas manifiestas es muy difícil inferir cuál es la actitud de la profesora X hacia el Seminario. De hecho, estudios que han intentado establecer estas relaciones han tenido poco éxito aún cuando algunos han reportado un grado de relación significativa, aunque bajo, como son los estudios de Ostrom, 1969, y Ajzen y Fishbein, 1970, citados por Fishbein (1975, p. 360). La mayoría de los estudios de este tipo no han encontrado relación significativa entre actitud y comportamiento (Berg, 1966; Bray, 1950, Smith y Dixon, 1968; Lalof y Lott, 1962; Himmelstein y Moore, 1963, también reportados por Fishbein (*Idem.*)).

Como predictor del comportamiento, es más útil medir la intención hacia el comportamiento que intentar medir la actitud en sí misma, ya que como se ha señalado anteriormente en este apartado, las intenciones pueden ser vistas como el antecedente inmediato del correspondiente comportamiento abierto. Pero tampoco hay que dejarse engañar por esta aparente simplicidad. Ya que es casi imposible, o poco práctico, medir la intención de una persona justo antes de realizar un comportamiento, en tanto que la medida de *intención* obtenida puede no ser representativa de la intención real de la persona a la hora de que se realiza la observación del comportamiento. Diversos eventos que pueden conducir a cambiar las intenciones deberán, por lo tanto, ser tomados en cuenta.

Comprender el comportamiento de una persona, no obstante, requiere más que el mero conocimiento de sus intenciones. No es muy revelador descubrir que las personas, por lo general, hacen lo que ellas intentan hacer. Si la *predicción* del comportamiento es el objetivo primario, el camino más simple y efectivo para llevarlo a cabo es obtener una medida apropiada de la intención de la persona. Si la *comprensión* de su comportamiento es el objetivo primario, los factores que determinan su intención deben ser especificados. En el modelo teórico de Fishbein se presentan dos determinantes principales de las intenciones: *actitudes hacia el comportamiento* y *normas subjetivas*. Estos dos componentes deben medirse en el mismo nivel de especificidad que la intención. Cuando se da una alta correspondencia entre intención y comportamiento, uno puede también observar los componentes actitudinales y normativos como determinantes del comportamiento. De hecho, cuando intención y comportamiento están

altamente relacionados, no debe sorprender encontrar que la actitud hacia el comportamiento está a menudo relacionada con el desempeño del comportamiento.

En contraste, las medidas tradicionales de la actitud hacia un objeto pueden influenciar un comportamiento dado sólo indirectamente, por ello, relaciones bajas e inconsistentes entre estas actitudes y un acto simple deben esperarse.

A diferencia de las aproximaciones tradicionales al estudio de las actitudes, la aproximación de Fishbein sugiere que la actitud hacia el objeto tendrá generalmente, en el mejor de los casos, una relación baja con cualquier comportamiento dado con respecto a ese objeto. Pero cuando se identifican criterios de comportamiento en estudios que relacionan actitud-comportamiento, podría predecirse -sobre la base del análisis de los criterios propuesto por Fishbein y Ajzen- que las actitudes hacia objetos se encuentran relacionadas al criterio de acto-múltiple, el cual puede ser visto como medidas de comportamiento de las mismas actitudes. (Fishbein 1975, p. 382).

Como podemos observar a través de las investigaciones realizadas por Fishbein, el concepto de actitud, a pesar de todas las ambigüedades a que se presta, sigue desempeñando un papel central en la psicología social de las últimas décadas: "sin su ayuda no hubieran podido desarrollarse varios campos de la investigación empírica" (Villoro, 1982, p. 43), que han conducido a importantes teorías como la de Martin Fishbein.

La teoría de la acción razonada, construida y presentada inicialmente por Fishbein (1967) y nuevamente por Fishbein en colaboración con Ajzen (1988, pp. 466-487), es una teoría general de la conducta humana que la explica como resultado de la interrelación entre creencias, actitudes e intenciones.

Fishbein explica el comportamiento como una cadena en la que diferentes componentes se van enlazando, de tal manera que las creencias conductuales y las creencias normativas que una persona común posee, explican, por un lado, sus actitudes hacia la conducta y, por el otro, sus normas subjetivas; a su vez esas actitudes y las normas subjetivas explican las intenciones que tiene el individuo de realizar determinada conducta.

La teoría de la acción razonada asume que la mejor manera de predecir un comportamiento dado es la *intención* que tenga la persona de realizar o no dicho comportamiento. De esta manera, la teoría se relaciona principalmente con la predicción y el entendimiento de los factores que llevan a formar y a cambiar las intenciones de una conducta.

De acuerdo con la teoría de Fishbein, la *intención* de una persona de realizar un comportamiento específico está en función de dos factores determinantes básicos, uno de naturaleza personal y otro que es reflejo de la influencia social.

El factor personal comprende los sentidos afectivos del individuo, ya sea positivos o negativos con respecto a la ejecución de la conducta en cuestión; este factor es el que Fishbein llama *actitud*, y que en el caso de la presente investigación se refiere concretamente a las *actitudes hacia la sexualidad*. El segundo factor determinante de intenciones llamado por Fishbein *norma subjetiva*, se refiere a la percepción del sujeto

sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no determinado comportamiento. En términos normales, la persona común realiza un comportamiento cuando tiene un sentido favorable que lo impulsa a la ejecución y cuando cree que así cumple con un rol aceptado por quienes lo rodean.

Hay variación concomitante entre la importancia otorgada a estos dos factores (*actitudes y normas subjetivas*) y el comportamiento de las personas. Mientras que para unas intenciones las consideraciones actitudinales pueden ser más importantes que las normativas, para otras, las que predominan son las consideraciones normativas. Esto trae como consecuencia que el comportamiento varíe. Así, mientras que para algunas personas, la intención de realizar un comportamiento puede estar principalmente bajo control actitudinal, para otras, la intención puede estar bajo control normativo; no obstante ello, ambos aspectos son importantes e interactúan mutuamente. Esto explica por qué, personas con las mismas actitudes y normas subjetivas pueden comportarse de manera diferente, porque asignan pesos relativos diferentes a cada uno de los dos factores determinantes de la intención.

Esta teoría es importante en la investigación pedagógica en cuanto a que poco se podrá hacer por cambiar una conducta cuando el programa académico se enfoque exclusivamente a modificar actitudes si se deja de lado la influencia de las normas subjetivas, o presión social, que tienen los alumnos. De la misma manera, poco se podrá hacer por cambiar una actitud, si la intención de estudiante está mucho más cargada por la influencia de las normas subjetivas.

De acuerdo con la teoría de la acción razonada, la actitud de una persona hacia la realización de una conducta dada es resultado de las *creencias conductuales* predominantes en la persona y de los *aspectos evaluativos de estas creencias*. De esta manera, la actitud se puede ver como una función de la agradabilidad y utilidad de realizar cierto comportamiento; o sea que, cuando la persona realiza un comportamiento que en cierta manera le agrada, éste lo llevará a obtener determinados resultados. Así, en tanto más crea la persona que realizar un comportamiento éste le llevará a resultados positivos, o al menos a evitar resultados negativos, más se presenta una actitud favorable y, como contraparte, si la persona cree que la realización del comportamiento llevará consecuencias negativas, la actitud tenderá a ser desfavorable.

La teoría de la acción razonada difiere de otras teorías psicológicas que abordan el estudio de las actitudes, sobre todo por que enfatiza la importancia de identificar las creencias de las personas. Con base en ello, Fishbein establece que el primer paso que debe dar el investigador consiste en identificar las *creencias sobresalientes* de la población bajo estudio. Este primer estudio se conoce como investigación inicial y se usa para obtener pruebas preliminares de la aplicabilidad de la Teoría en el contexto a estudiar, y para identificar las escalas idóneas en la medición directa de las actitudes.

Una aplicación ejemplar de esta teoría la realizó Díaz-Loving en 1993, para evaluar el modelo de acción razonada de Fishbein como predictor del uso del condón en población de trabajadores del estado y encontró que la *actitud hacia la conducta* (favorable al uso del condón) por parte de las mujeres es más importante al referirse a sus relaciones con parejas ocasionales, mientras que la *norma subjetiva* (o presión social) se vuelve más significativa cuando se refiere al uso del condón con la pareja regular (Pick y Díaz-Loving, 1994, p. 85).

De acuerdo con la teoría de la acción razonada la *norma subjetiva* con respecto a un comportamiento dado, es vista en función de las creencias normativas predominantes en la persona, es decir, se refiere a aquello que las personas piensan que *deben* hacer a causa de la presión social percibida, lo cual motiva a la persona a desempeñar un comportamiento acorde con lo que cree que *debe* hacer.

En apego a la teoría de la acción razonada de Fishbein tenemos que, antes de elaborar un programa que lleve como propósito cambiar el comportamiento de un grupo de individuos, es esencial determinar los pesos relativos que los individuos otorgan a las *actitudes hacia el comportamiento* y a las *normas subjetivas* en relación con la *intención* que se pretende cambiar en el grupo de individuos. De donde se puede concluir que una meta primera en la realización de una investigación sobre actitudes debería consistir en identificar las creencias que potencialmente sirven como determinantes de esas actitudes.

Para concluir esta sección, creo conveniente enfatizar que conforme a los objetivos de mi investigación, la aproximación de Fishbein al estudio de las actitudes resultó ser el referente teórico idóneo para sustentarla; no obstante ello, en la realización de la investigación no me apegué estrictamente al modelo de acción razonada en tanto que la carencia de recursos me impidió llevar a cabo el estudio previo recomendado por el autor de esta teoría para determinar los pesos relativos que la población bajo estudio otorga a las creencias sobresalientes y a las normas subjetivas. Tal condición puede haber afectado los resultados globales aunque, al parecer, no en términos significativos.

2.5 Hipótesis

Con base en lo anteriormente expuesto y en el afán de estar en condiciones de aportar elementos para la reorientación del programa de *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, la presente investigación puede centrarse en indagar cuál es el impacto de dicho programa en las *actitudes* de los alumnos de primer año de medicina. *

Cabe hacer notar que en esta primera investigación que se realiza sobre el programa bajo estudio, solamente consideraré el análisis de las *actitudes*, y que quedaron pendientes de analizarse otros factores que -de acuerdo al sustento teórico que Fishbein aporta- hubiera sido necesario analizar, tales como *las creencias sobresalientes* y *las normas subjetivas*.

En atención a ello derivo las siguientes hipótesis:

Hipótesis de trabajo:

Habrá diferencias significativas en las actitudes hacia la sexualidad entre la media del grupo experimental que será sometido al programa *Aspectos médicos de la sexualidad humana* y la del control que no será sometido a dicho programa.

Hipótesis nula:

No habrá diferencias significativas en las actitudes hacia la sexualidad entre la media del grupo experimental que será sometido al programa *Aspectos médicos de la sexualidad humana* y la del grupo control que no se somete al programa.

Hipótesis alternativa:

Habrá diferencias significativas en las actitudes hacia la sexualidad entre la media del grupo experimental, aún antes de someterse al programa *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, y la del grupo control que no se somete al programa.

* Como ya se dijo en la introducción de este trabajo, los resultados de la investigación serán presentados y discutidos, tanto con los profesores de *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, como con la coordinadora de Psicología médica, con el propósito de hacer la revisión de la orientación general de dichos cursos, para que -con base en ésta y otras experiencias registradas sobre estas dos asignaturas- se evalúe la pertinencia de reformular: objetivos, contenido temático, actividades de enseñanza-aprendizaje, así como habilidades y actitudes que se pretenden alcanzar, en lo referente al área de la sexualidad, una vez que los alumnos finalizan dichos programas académicos.

CAPÍTULO 3
LA METODOLOGÍA

3. LA METODOLOGÍA

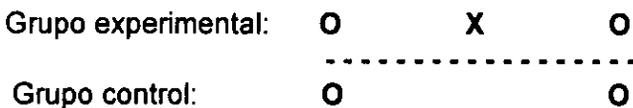
El propósito de esta investigación, según lo expresado en el capítulo anterior, me condujo básicamente a la realización de un estudio empírico con apego a una metodología cuantitativa. Con base en ello revisé diferentes opciones para tratar de encontrar aquél diseño que orientara la respuesta de las hipótesis causales expresadas.

A partir de las hipótesis planteadas me referiré en lo sucesivo a dos variables: la independiente y la dependiente. La primera, el curso de Aspectos médicos de la sexualidad humana y, la segunda, las actitudes hacia la sexualidad.

Para valorar si el programa bajo estudio ejerce alguna influencia sobre las actitudes hacia la sexualidad de los estudiantes que lo cursan, opté por apegarme al siguiente diseño:

3.1 Diseño de la investigación

El estudio se realizó de acuerdo con el diseño *cuasiexperimental* número 10 de Campbell y Stanley (1979. p. 93-99): *Diseño de grupo control no equivalente*, el cual queda expresado en el siguiente diagrama:



Como puede observarse en el diagrama anterior, en este diseño se utilizan dos grupos, uno de ellos, el experimental, recibe un tratamiento (x) mientras que el segundo grupo, el control, no recibe tratamiento alguno.

En este diseño, el grupo que es expuesto a la variable experimental (Curso de Aspectos médicos de la sexualidad humana) es comparado con un grupo control que no ha sido sometido a dicho programa educativo. Ambos grupos reciben un *pretest* y un *postest*. La diferencia entre las mediciones del *pretest* y el *postest* son comparadas para determinar si el tratamiento ha tenido algún efecto en los resultados del grupo experimental.

La utilización de un grupo control, el cual tiene las mismas experiencias que el grupo experimental, exceptuando el tratamiento, permite controlar la historia, maduración y regresión estadística.

3.2 Muestra

La muestra quedó integrada por un total de 130 sujetos, equivalente al 12 % del total de la población de alumnos regulares de la generación 1999-2003, que ingresó al primer año de la carrera de médico cirujano en la Facultad de Medicina de la UNAM en agosto de 1998.

De los 130 alumnos a quienes se les aplicó el *pretest* en agosto de 1998, se hizo una depuración de la muestra, excluyendo a aquellos que tenían más de 21 años de edad,

en vista de que el instrumento fue diseñado para ser aplicado a sujetos con un rango de edad entre 16 y 20 años, por lo cual se sacó a 4 varones y a 2 mujeres de entre 22 y 27 años de edad. Algunos de estos alumnos de mayor edad habían realizado ya otros estudios universitarios al momento de aplicar el *pretest*, por lo cual se eliminaron del estudio con la intención de que los sujetos del grupo experimental y control tuvieran afinidad en edad y grado escolar. También se detectaron 3 casos más de alumnos que habían elegido como optativa la materia de Sexualidad (tratamiento experimental) y coincidentemente se encontraban dentro del grupo control. Otros dos casos se perdieron al no estar presentes dichos alumnos en la fecha en que se aplicó el *postest*. Una vez hecha esta depuración la muestra se redujo a 119 casos, equivalente al 11.5 % de la población total que ingresó en el período 1999-1 a la carrera de medicina.

De los 119 casos que constituyeron finalmente nuestra muestra, 63 constituyeron el grupo experimental y 56 el control. No se procedió a hacer muestreo al azar, ya que nos interesaba realizar el estudio de las actitudes hacia la sexualidad del total de una población pequeña y específica: aquellos que *eligen* la materia de Sexualidad, para compararlos con aquellos que no la eligen y ver el impacto que tiene en los primeros el programa experimental de educación sexual. La conformación del grupo control se realizó por muestreo propositivo, seleccionando a los grupos naturales: 1104 y 1106 de la materia obligatoria psicología médica, ya que los profesores de estos dos grupos impartían también la asignatura optativa de sexualidad durante ese semestre. Se optó por tener a los mismos profesores para grupo experimental y control con el fin de evitar que la variante: *Formación profesional y personalidad del maestro* fuera una influencia extraña en el estudio.

La población femenina del total de la muestra fue de 76 casos (64 %), mientras que la masculina fue de 43 alumnos (36 %). Dentro del grupo experimental participaron 42 mujeres (67 %) y 21 hombres (33 %), mientras que en el grupo control la distribución por sexo fue de 34 mujeres (61 %) y 22 hombres (39 %).

3.3 Instrumentación

Cuantitativamente se evaluaron las actitudes por medio del *Instrumento de actitudes hacia la sexualidad*, diseñado por Marcela López Domínguez (Universidad Autónoma del Estado de México) y Susan Pick de Weiss (Facultad de Psicología de la UNAM), el cual se incluye en el Apéndice 4 de este trabajo.

Se trata de una escala, tipo Likert, de 34 reactivos con cuatro opciones de respuesta: muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y muy desacuerdo. Ésta fue proporcionada personalmente por una de sus autoras, quien manifestó su interés para que fuese probado en población estudiantil de primer año de medicina. Esta escala pareció ser el instrumento idóneo para obtener los datos necesarios para ser procesados en forma automatizada, así como también porque se me proporcionó información suficiente sobre el procedimiento que las autoras siguieron para constatar la validación y consistencia interna de la misma.

El instrumento pretende medir la intensidad de las actitudes hacia áreas específicas de la sexualidad y fue especialmente diseñada con el fin de medir actitudes hacia la sexualidad en estudiantes mexicanos de preparatoria y primer año de universidad con un rango de edad de 16 a 20 años.

Prueba de confiabilidad de la escala

Como puede observarse en el Apéndice 4 de este trabajo, la construcción de esta escala tuvo varias fases:

Inicialmente se trabajó con tres grupos focales conformados por 10 a 12 adolescentes en cada grupo, con la finalidad de obtener los *indicadores* con los cuales se elaboraría el instrumento. Para laborar con estos grupos se diseñó una guía de preguntas relacionadas con tópicos de sexualidad. Los sujetos respondieron a las preguntas planteadas y además aportaron nuevas preguntas y comentarios. Con estos datos se conformó la base para la siguiente etapa.

Posteriormente, se diseñaron 81 reactivos, con cuatro opciones de respuesta, los cuales constituyeron el instrumento inicial. Éste fue aplicado a 368 sujetos (207 mujeres y 161 hombres), todos ellos estudiantes de preparatoria y primer año de profesional de entre 16 a 20 años de edad. Una vez aplicado el instrumento se realizó un análisis de datos a través del paquete estadístico SPSS, mediante el cual se obtuvo:

Primero, las frecuencias para establecer los reactivos más significativos. Es decir, que sí discriminaban. Para la obtención de estos reactivos se eligió el criterio del 25% más alto y el 25% más bajo, considerando que se tenían 4 opciones de respuesta. De los 81 reactivos iniciales quedaron 52.

En segundo lugar los reactivos más significativos fueron sometidos a un *análisis factorial* mediante el cual los reactivos se agruparon en ocho áreas (factores) considerando sólo los pesos factoriales mayores de 0.30 para aceptar el reactivo dentro del factor. Depurándose de esta manera, los 52 reactivos que quedaban se redujeron a un total de 34 reactivos.

Una tercera fase del proceso de construcción del instrumento -una vez que ya que habían sido establecidos los ocho factores- consistió en obtener el coeficiente *alpha de Cronbach* para establecer la confiabilidad de los reactivos en cada factor. El criterio establecido para determinar la confiabilidad fue de puntuaciones mayores de 0.30

Puntuaciones obtenidas, por medio de análisis factorial, en cada uno de los factores:

En el Apéndice 4 se anexan las 8 tablas que contienen los factores con sus respectivos reactivos así como la puntuación obtenida en el análisis factorial por cada uno. A continuación se presenta una síntesis de los principales contenidos que abarca cada factor así como la puntuación del coeficiente alpha.

1. El **factor 1** fue denominado: Actitudes hacia la **Sexualidad femenina** y fue integrado por 10 reactivos. Los reactivos asignados a este factor abarcan actitudes hacia la virginidad; las relaciones extramaritales de mujeres; el matrimonio; el uso de anticonceptivos; los deseos sexuales de las mujeres y la satisfacción de las mujeres durante el coito. Su puntuación del coeficiente alpha fue de 0.5535

2. El **factor 2** llamado Actitudes hacia la **Masturbación** está conformado por 3 reactivos con un coeficiente alpha de 0.7997

3. El **factor 3** designado Actitudes hacia las **Preferencias sexuales** contiene 5 reactivos, los cuales están referidos a la atracción por personas del mismo sexo y a la bisexualidad y a la aceptación que estas inclinaciones de afecto tienen socialmente. Se obtuvo un coeficiente alpha de 0.6292

4. El **factor 4** nombrado **Prejuicios hacia la homosexualidad** está integrado por cuatro reactivos, con un alpha de 0.6430, que miden, como su nominación lo indica, la intensidad afectiva que se tiene hacia los homosexuales.

Cuando cuestioné a una de las investigadoras si no debía haberse constituido un mismo factor reuniendo los reactivos del factor tres y los del cuatro -ya que a mi modo de ver trabajan el mismo contenido conceptual- me respondió que para ellas fue importante trabajar estos factores por separado porque es un hecho que al mencionar la actividad homosexual -encarnada en un sujeto concreto que la practica- la respuesta afectiva de los muchachos es diferente porque dentro de nuestro contexto social y cultural promedio (muy homofóbico) el rechazo hacia las personas homosexuales y sus prácticas, se evalúa diferente a las llamadas "preferencias sexuales", término menos condenatorio que el de "homosexualidad". Así, en el factor tres se presenta la atracción hacia personas del mismo sexo como una posibilidad más de expresión sexual, que debe ser aceptada; mientras que, en el factor 4, se mide abierta y específicamente "lo que de hecho" se siente frente a un homosexual o al temor de poseer dentro de sí mismos tendencias homosexuales.

5. El **factor 5** denominado **Culpa** está integrado por 3 reactivos con un coeficiente alpha de 0.3667. Este factor mide el temor al castigo por tener relaciones sexuales y fue bautizado con este nombre, de acuerdo a ciertos fundamentos de la Teoría de Mosher y de la Teoría del cuestionamiento social de Rotter, que florecieron en Estados Unidos en la década de 1960 a 1970.

6. El **factor 6** llamado como Actitudes hacia el **Aborto**, consta de 4 reactivos con un alpha de 0.5010. Cuestiona sobre la despenalización del aborto, si corresponde sólo a la mujer la decisión de tener o no un hijo no deseado y el respeto que se debe tener hacia las personas que deciden abortar.

Debo hacer notar que este factor relacionado con el aborto, aborda un tema muy polémico dentro de la práctica profesional de la medicina. Aunque por cuestiones éticas la práctica del aborto es públicamente rechazada por la mayoría de los médicos, no obstante ello se tiene conocimiento de su práctica en la clandestinidad, la cual llega a cifras alarmantes:

El aborto representa un problema de salud pública, ya que es la cuarta causa de mortalidad materna, por lo que la sociedad debe afrontar el problema para mejorar las condiciones de salud de la mujer. "Es la sociedad quien debe decidir la conveniencia o no de un debate al respecto", reiteró Gregorio Pérez Palacios, director de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. Sin embargo estableció que "bajo ninguna circunstancia el aborto es un método de planificación familiar". Aseveró que en México ocurren alrededor de 220 mil abortos anuales, incluidos el aborto inducido y el espontáneo [...] A su vez el director del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Genaro Borrego declinó señalar si debe abrirse o no el debate en torno del aborto. "El aborto es un crimen", dijo. (Páez, *La Crónica de hoy*, 25 de julio de 1998).

Soy consciente que no es este el espacio adecuado para profundizar más en torno a la despenalización del aborto en México, por lo cual tan sólo incluiré este breve testimonio para dar una idea clara de las dimensiones que tiene su práctica en nuestro país. Al

tratarse de un problema de salud pública, tarde o temprano deberá ser confrontado por el médico, ya sea en su práctica pública o privada, por ello, dentro del curso de *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, hay dos objetivos encaminados a que el estudiante de medicina se cuestione sobre el aborto. Uno de estos objetivos implica: Definir el aborto y clasificarlo de acuerdo a criterios socialmente definidos: legal, religioso y médico; y el otro supone: Describir y analizar las consecuencias psicológicas del aborto tanto en el sujeto como en la pareja (V. Apéndice 1. *Programa académico del curso de aspectos médicos de la sexualidad humana*).

7. El **factor 7** se denominó Actitudes hacia la **Sexualidad masculina** y quedó integrado por 3 reactivos que tratan sobre el uso del condón y la satisfacción sexual del hombre, si es el hombre quien debe tomar la iniciativa para tener relaciones sexuales y si él debe excitarse más que la mujer. Se obtuvo en este factor un coeficiente alpha de 0.4148

8. El **factor 8** llamado Actitudes hacia el **Sexo oral**, conformado por tan sólo dos reactivos tuvo un coeficiente alpha de 0.5594

En síntesis, se puede considerar que la escala fue validada a través del *análisis factorial* (V. Nunnally, 1987), y la prueba de confiabilidad se realizó por medio de la *prueba alpha de Cronbach*.

Cabe aclarar que el instrumento no se apega estrictamente a la escala de Likert de cinco respuestas, sino que se redujo a sólo cuatro para tratar de evitar que las respuestas se concentraran en el punto neutro.

3.4 Procedimiento

Se obtuvo la aprobación por parte de los profesores, tanto del grupo experimental como del de control para acudir a aplicar el *pretest* en la primera sesión de clase del semestre 1999-1 (a principios del mes de agosto de 1998). Asimismo, la responsable de la investigación acudió a aplicar el *postest* al término del mismo semestre (a finales del mes de enero de 1999).

Tanto al grupo experimental como al de control se les aplicó una escala de actitudes dentro del aula, en el horario asignado para llevar los respectivos cursos de *Aspectos médicos de la sexualidad humana* en el caso del grupo experimental y de psicología médica, en el caso del grupo control. La responsable de la investigación acudió personalmente a los salones de clase establecidos en dos ocasiones, al inicio y al término del semestre, ante la presencia del profesor.

Antes de distribuir la escala de actitudes, se les explicó a los alumnos: a) que la información que proporcionarían sería recolectada anónimamente; b) que era muy importante que contestaran en forma individual marcando la respuesta que honestamente sintieran como propia; c) que la opinión que expresaran no se tomaría como correcta o incorrecta y que no afectaría en nada sus calificaciones escolares y d) que la información que proporcionarían podría ser de utilidad para orientar mejor las clases que se imparten sobre temas de sexualidad a estudiantes de la carrera de medicina.

Una vez dadas las instrucciones anteriores los alumnos procedieron a responder por escrito la escala, misma que devolvieron personalmente a la responsable de la

investigación en un tiempo aproximado de quince minutos. Ninguno de los participantes se opuso a participar en la investigación y algunos manifestaron en forma verbal y por escrito su interés por conocer los resultados del estudio.

Los datos cuantitativos del estudio se obtuvieron de las respuestas al *Instrumento de actitudes hacia la sexualidad* (López Domínguez y Pick, 1997), único instrumento que se utilizó para medir las actitudes hacia la sexualidad de la muestra. Tanto el grupo experimental como el de control contestaron la escala de actitudes en la primera etapa (*pretest*) cuando aún no habían recibido enseñanza alguna relacionada con la sexualidad como parte de su educación profesional en medicina.

Una vez aplicada la escala se procedió a la codificación, captura de datos y a la realización de diversos análisis estadísticos -mismos que se describirán con más detalle en el siguiente capítulo dedicado al Análisis e interpretación de los resultados- utilizando el paquete SPSS versión 8 para Windows.

En el manejo de la estadística automatizada se contó con el apoyo de Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población (IMIFAP). En el análisis estadístico se siguieron criterios de inclusión *paramétrica*, con el fin de dar un nivel más elevado al estudio para probar nuestra hipótesis. Se utilizó la *prueba t* para muestras relacionadas para poder comparar *pretest* y *postest*, o sea la misma muestra medida dos veces. También se realizó *Análisis de varianza* con el fin de observar los efectos en otras variables, como fueron las de *edad* y *sexo* de los alumnos.

CAPÍTULO 4

DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4. Descripción, análisis, e interpretación de los resultados

De acuerdo con lo expuesto en el capítulo anterior y con el propósito de atender a las hipótesis planteadas, procederemos, en este apartado, a describir, analizar e interpretar los resultados obtenidos de la aplicación de la escala de actitudes.

Antes de interpretar los resultados por ellos mismos, es oportuno mencionar: Primero, queda la duda de si es el programa de *Aspectos médicos de la sexualidad humana* el que no está dando resultado; segundo, cabe cuestionar la escala misma como factor determinante de los resultados obtenidos y, tercero, de si ambas condiciones y interactúan de manera significativa. Para conocer con más detalle algunos de los cuestionamientos que pueden hacerse a la escala consúltese el último apéndice de este trabajo (Ver páginas 180-184).

Para facilitar el análisis de los resultados de esta investigación, la información del caso la hemos reunido en ocho gráficas y once tablas, las cuales tienen como propósito ofrecer una visión compendiada de los datos obtenidos. El análisis y la interpretación de los resultados que presentamos en este último capítulo, se divide en tres subíndices: en el primero, exponemos, en forma sucinta, el análisis descriptivo de los datos obtenidos, en el segundo, hacemos el análisis inferencial de los resultados y, en el tercero, arribamos la prueba de hipótesis.

4.1 Análisis descriptivo

Una vez aplicado el instrumento a los sujetos de la muestra se procedió a la captura de los datos y a diversos análisis estadísticos utilizando el programa SPSS versión 8 para windows. Inicialmente, se tabularon los datos generales de los sujetos de la muestra, calculándolos por edad, sexo y grupo, ya fueran del grupo experimental o del grupo control. También se tabularon las respuestas de los sujetos por reactivo y se agruparon en los ocho factores de la escala establecidos mediante análisis factorial, tal como se puede observar en el Apéndice 4 (Ver página 129), donde se incluye el *Instrumento de actitudes hacia la sexualidad*. Ahí mismo se puede apreciar que cada uno de los 34 reactivos de la escala tiene cuatro opciones de respuesta con su correspondiente valor asignado: *muy de acuerdo*, 4; *de acuerdo*, 3; *en desacuerdo*, 2; *muy en desacuerdo* 1.

A continuación presentaremos la descripción y el análisis de la información que obtuvimos al procesar la información de nuestra investigación con el programa SPSS. Como ya se dijo, las gráficas que enseguida describiremos, pueden ser consultadas en el Apéndice 6 y tienen la función de familiarizarnos con los datos más relevantes del caso previamente al análisis inferencial que haremos de los resultados en el segundo subíndice de este mismo apartado.

En la **Gráfica No. 1** se representa la distribución de la población bajo estudio de acuerdo al sexo. Así, de los 119 sujetos que constituyeron el 100% de la muestra: 76 fueron mujeres, el 64%, y 43 hombres, el 36% (Ver página 162).

La **Gráfica No. 2** nos muestra también la distribución de la población bajo estudio de acuerdo al sexo, pero, en este caso, se representa específicamente a los 63 sujetos que conformaron el grupo experimental: 42 de los cuales fueron mujeres, el 67% y, 21 hombres, el 33%. El porcentaje de población masculina - femenina de los 56 casos que

constituyeron el grupo control se distribuyó de la siguiente manera: 34 mujeres, el 61% y, 22 hombres, el 39%. Estos datos se representan a través de la Gráfica No. 3, incluida también en el Apéndice 6 (Ver páginas 163 y 164).

Para analizar la influencia de la variable edad en las actitudes hacia la sexualidad se dividió a la población bajo estudio en dos grupos de acuerdo al siguiente criterio: tener entre 16 y 18 años de edad, a los que llamamos *menores* y, de 19 a 21 años para integrar el segundo grupo, que denominados *mayores*. Como puede verse en la Gráfica No. 4, del total de la población de la muestra, 55 sujetos, el 46%, conformaron el grupo de *menores* y, 64 sujetos, el 54%, el de los *mayores*. Aplicando este mismo criterio dentro del grupo experimental y el control, se obtuvo que, dentro del grupo experimental, 10 sujetos, el 16%, eran *menores* y, 53 alumnos, el 84%, eran *mayores*. Esta información puede apreciarse mejor en la Gráfica No. 5 en el Apéndice 6 (Ver páginas 165 y 166).

Por lo que se refiere a la variable edad de los sujetos del grupo control, tenemos que, de un total de 56 casos, 45 eran *menores*, es decir el 80% y, 11 *mayores*, el 20%, tal como puede verse en la Gráfica No. 6 (Ver página 167).

En la Gráfica No. 7 (Ver página 168) se presenta, en forma sintética, la configuración de la población total bajo estudio combinado los factores edad y sexo de los participantes. Así, puede observarse que el 35% quedó constituido por mujeres de 19 a 21 años, o *mayores* (41 casos); el 29% por mujeres *menores*, de 16 a 18 años (35 casos); el 19% por hombres *mayores*, de 19 a 21 años (23 casos) y, por último, el 17% por hombres *menores*, de entre 16 y 18 años (20 casos).

En la Gráfica No. 8 se puede apreciar la diferencia entre las puntuaciones de las medias obtenidas en el *pretest* y el *postest* en cada uno de los ocho factores que componen la escala, tanto en el caso del grupo experimental, como en el de control. En esta gráfica, cada uno de los ocho factores mencionados está representado por una barra básica, dentro de la cual se ha hecho una subdivisión en cuatro barras muy delgadas, a saber: en la primera se indica la media obtenida por el grupo control en el *pretest*, en la segunda, la media del grupo experimental también en el *pretest*, en la tercera, la media del grupo control en el *postest* y, por último, en la cuarta, la media del grupo experimental en el *postest*. Esta misma secuencia se presenta en los siete factores restantes. De esta manera pretendemos volcar la información del caso en forma por demás esquemática con el fin de brindar una visión global de las diferencias entre las medias de los grupos en cuestión. A partir de esta información general sobre el caso, presentaremos a continuación el análisis inferencial y la interpretación de los resultados de la investigación (Ver página 169).

4.2 Análisis inferencial

Una vez presentados gráficamente los resultados generales de la investigación procederemos a realizar la interpretación y el análisis inferencial de estos resultados, especificando, cuando así lo amerite el caso, el tratamiento estadístico correspondiente mediante el cual se obtuvieron los resultados.

Como ya se dijo al inicio de este último capítulo del estudio, en el Apéndice 6 se pueden consultar todas las tablas que en este subíndice se mencionan, en las cuales hemos reunido la información del caso arrojadas como resultado de la aplicación de las pruebas estadísticas pertinentes, utilizando el programa SPSS.

Según los datos registrados del total de la muestra de 119 sujetos, a través de la prueba "t", se obtuvo como media de las actitudes hacia la sexualidad una puntuación inicial de 3.00 en el *pretest*, contra una media de 2.96 en el *posttest*. Tomando en consideración que la puntuación máxima de la media puede ser de 4, que significa el grado más alto de actitud favorable, contra 1, que indica una tendencia negativa, o grado más desfavorable de actitud, podemos deducir, a primera vista, a partir de estos datos globales de la Tabla No. 1 (Ver página 170), que se presenta en el Apéndice 4 que no se mostraron cambios favorables de actitud hacia la sexualidad en el total de la población bajo estudio durante el período de evaluación de la presente investigación. La aplicación de la prueba "t" reportó un valor de significancia de .776 resultante de la medición de las diferencias *antes* y *después*, lo cual constata que no se dio cambio significativo.

En la Tabla No. 2 (Ver página 170) se presentan las puntuaciones de las medias por factores *antes* y *después* del total de la población bajo estudio (119 sujetos). El análisis de esta tabla nos permite ubicar la variabilidad entre el *pretest* y el *posttest* que se presenta en cada uno de los ocho factores contemplados en la escala, sin separar aún a los sujetos conforme su grupo de pertenencia, experimental o control, tal como se realizó posteriormente con el fin de probar las hipótesis planteadas en esta investigación. Una vez aclarado que se seguirá este orden, de lo general a lo particular, en la presentación de los resultados, podemos proceder a analizar entonces la Tabla No. 2. En esta tabla podemos apreciar, en clara coincidencia con los datos de la Tabla No. 1, que ninguno de los factores, en lo particular, mostró un nivel de significancia relevante a considerar estadísticamente. No obstante ello, es interesante resaltar aquellos factores que muestran mayor puntuación en la media, es decir, que señalan una dirección hacia lo favorable, así como aquellos factores que se ubican en lo desfavorable, con puntuaciones de media más bajas. Enlistando de mayor a menor favorabilidad los ocho factores, de acuerdo a la media, tenemos:

Antes (pretest):

- 1o. y 2o., Homosexualidad (3.66) y Culpa (3.66)
- 3o. Sexualidad masculina (3.64)
- 4o. Sexo oral (3.28)
- 5o. Sexualidad femenina (3.03)
- 6o. Aborto (2.79)
- 7o. Masturbación (2.21) y
- 8o. Preferencia sexuales (2.16).

Después (postest). Se coloca un signo + ó - según haya variado conforme al *pretest*:

- 1o. Culpa (3.69) +
- 2o. Sexualidad masculina (3.66) +
- 3o. Homosexualidad (3.62) -
- 4o. Sexualidad femenina (3.20) +
- 5o. Sexo oral (2.97) -
- 6o. Aborto (2.55) -
- 7o. Preferencias sexuales (2.04) -
- 8o. Masturbación (1.97) -

Como se puede inferir del análisis de la lista anterior, en la mayoría de los casos se reportaron cambios hacia el polo negativo y, sólo en tres, del total de ocho factores considerados, se observó un leve cambio favorable. Es decir, las actitudes hacia los aspectos de la sexualidad contemplados en la escala tendieron, en su mayoría, hacia lo desfavorable. Cabe resaltar puntos notables con respecto a algunos de estos factores en lo particular: Por ejemplo, el factor *culpa*, permaneció en la puntuación más alta, incluso aumentando tres centésimas. Dos de los factores presentaron cambios favorables, tales fueron, el de *sexualidad femenina*, que aumentó 17 décimas, y el de *sexualidad masculina*, que aumentó tan sólo dos centésimas. En contraste, los factores que corresponden a las actitudes frente al *sexo oral* y a la *homosexualidad*, tuvieron un leve retroceso; el primero descendió 31 décimas y el segundo tan sólo cuatro centésimas. Los factores que valoran las actitudes frente al *aborto* y el de *masturbación*, bajaron 24 décimas cada uno. Es, sin embargo, éste último, el de *masturbación*, el que más sorpresa nos causó, ya que estando bastante bajo desde el inicio, pasó hasta el último lugar, ubicándose así por debajo de la puntuación media, que fue de dos, con una dirección marcadamente desfavorable.

De acuerdo con el propósito de nuestra investigación, lo que más nos interesaba era detectar los cambios habidos, por mínimos que hubieran sido, en las actitudes de los alumnos que llevaron el programa de Aspectos médicos de la sexualidad humana. Para resaltar dichos cambios, se puso en competencia al grupo que cursó dicho programa de sexualidad frente a un grupo control que no lo hizo. Para inferir si los cambios habidos en las actitudes se debieron a la influencia del programa experimental, o no, se utilizó la prueba "t" para muestras relacionadas, la cual arrojó los datos que se presentan en la Tabla No. 3 del Apéndice 6 (Ver página 171).

Al hacer el análisis de los resultados del *pretest* y el *postest* del grupo experimental, en contraste con el grupo control, pocas son las diferencias que podemos observar entre ambos. Para brindar una idea más exacta de dicha similitud entre los resultados obtenidos en las puntuaciones de media de ambos grupos remito nuevamente a la Gráfica No. 8 (Ver página 169), la cual representa los datos de la Tabla No. 3 (Ver página 170). De estos datos podemos inferir que en ambos grupos se mantienen estables las actitudes hacia la sexualidad en la mayoría de los factores considerados, ya que en ninguno de los ocho factores se presentan resultados significativos. No obstante ello, cabe resaltar, por un lado, ciertos cambios favorables habidos en dos de los factores de la escala y, por otro lado, el cambio desfavorable manifiesto en uno de dichos factores. Explicaremos dichos cambios en forma detallada a continuación:

a) *Cambios favorables observados en dos factores en ambos grupos:*

Las puntuaciones de las medias arrojadas en el *pretest* en el factor de *masturbación*, fueron de 2.19 para el grupo experimental y de 2.22 para el control. En este mismo factor, según las puntuaciones de las medias en el *postest*, se registró un cambio de actitud favorable en ambos grupos, correspondiendo una puntuación de media de 3.65 para el grupo experimental y de 3.34 para el del control. Este avance marginal de 1.46 para el grupo experimental, y de 1.12 para el control, no alcanza sin embargo nivel de significancia estadística y tampoco repercute en beneficio del programa experimental, ya que habiéndose encontrado modificaciones similares en ambos grupos, los resultados arrojados por la prueba estadística no permiten considerar que dicho cambio pueda

deberse a la influencia del curso de *Aspectos médicos de la sexualidad humana*. La leve diferencia entre ambos grupos, de .34, hace patente que el cambio producido en el grupo experimental, no difiere mayormente de lo observado en el grupo control. Más adelante volveremos a mencionar este cambio positivo registrado en las actitudes hacia la masturbación en los resultados de cada uno de los dos grupos (Ver Tabla No. 3, página 171), ya que resulta aparentemente contradictorio al compararlo con el resultado negativo, obtenido también en el factor de masturbación en el *postest*, cuando se presentan los resultados globales, es decir, del total de la población bajo estudios en la Tabla No. 2 (Ver página 170). Este dato que a primera vista nos provocó gran confusión, se explicará desde otra perspectiva, cuando analicemos, más adelante, en este mismo apartado, los datos que arrojó la prueba de análisis de varianza que utilizamos para inferir la influencia de la edad y el sexo en las actitudes sostenidas por los sujetos de la muestra.

El otro factor que, al igual que le de masturbación, presentó un cambio de actitud favorable, de acuerdo a la diferencia que se observa en las puntuaciones de las medias entre los resultados del *pretest* y *postest*, es el de las *preferencias sexuales*. Este factor, aunque con menor intensidad que el de masturbación, reporta también cambio favorable en ambos grupos. Partiendo de una puntuación de la media de 2.16 en el *pretest* del grupo experimental, ésta, pasó en el *postest* a 3.53, lo que da un avance marginal de 1.37 punto. Mientras que, las puntuaciones que se obtuvieron de las medias del mismo factor, en el grupo control, fueron, de 2.14 en el *pretest* y de 3.31 en el *postest*. Es decir se registró un avance hacia lo favorable de 1.17 punto. Por lo tanto, la diferencia hacia el polo favorable entre las medias de ambos grupos, en las *preferencias sexuales*, es de tan sólo veinte décimas más en el grupo experimental con respecto del control. Dicha diferencia está lejos de ser significativa pero es importante señalarla porque la tendencia hacia el polo favorable se presentó en ambos grupos, lo cual, para los fines de las hipótesis planteadas en nuestra investigación, es conveniente no perderlo de vista.

b) *Cambio desfavorable observado en uno sólo de los factores en ambos grupos:*

Al observar las diferencias entre las puntuaciones de las medias entre el grupo experimental y control, de las actitudes expresadas *antes* y *después* del semestre, encontramos que el factor de la *sexualidad masculina*, fue el único que presentó un cambio desfavorable de actitud en ambos grupos, según podemos observar por las puntuaciones de las medias volcadas en la Tabla No. 3 (Ver página 171), en donde se registra que la media del grupo experimental pasó de 3.73 en el *pretest*, a 3.04 en el *postest*; mientras que la media del grupo control, de 3.53, bajó a 2.91. Es decir, que la puntuación de media del grupo experimental descendió .69 décimas de la puntuación inicial y la del control .62 décimas. Estos datos manifiestan, al igual que el factor analizado en el párrafo anterior, que el cambio marginal, casi idéntico, se observó en ambos grupos.

Después de hacer estas aclaraciones con respecto a las mínimas diferencias encontradas entre las medias de ambos grupos al hacer el análisis por factores, sólo nos resta reforzar este resultado, describiendo el contraste entre ambos grupos de acuerdo a la media registrada de las actitudes globales hacia la sexualidad. El grupo experimental partió de una media de 3.04 registrada en el *pretest*, la cual descendió 13 décimas al término del programa experimental, ubicándose en 2.91 (dentro de una puntuación máxima de 4, como media, que supone el grado máximo de favorabilidad) en el *postest*.

El grupo control, inició con una media de 2.96 en el *pretest*, y también presentó un cambio de actitud negativo, al descender tres centésimas, ya que se obtuvo en el *postest* de este grupo una media de tan sólo 2.93 (Ver Tabla No. 1, página 170).

Evidentemente no hubo cambios significativos en las actitudes, *antes* y *después*, en ninguno de los grupos, experimental y control, dentro del lapso contemplado de un semestre que fue el tiempo de duración del programa experimental. Lo sorprendente es que, mientras que las actitudes de los sujetos del grupo control permanecieron prácticamente idénticas -al inicio y al final del semestre- en contraste, las actitudes de los sujetos del grupo experimental cambiaron -en mayor grado que el grupo control- hacia lo desfavorable, aunque no significativamente. Así tenemos que, la media del grupo experimental *antes* del experimento, tenía ocho centésimas por encima del grupo control, y, *después* de someterse al nuevo programa de sexualidad, quedó dos céntimas por debajo de la media obtenida en el *postest* por el grupo control.

Por lo tanto, del contraste de actitudes, *antes* y *después*, entre grupo experimental y control, se desprende que: no sólo no hubo cambios favorables estadísticamente significativos en las actitudes del grupo experimental sino que, contra lo esperado, se manifestó un leve cambio hacia lo desfavorable en el grupo experimental, así como también un leve cambio negativo, en algunos de los factores contemplados, en el grupo control. Partiendo del análisis hasta aquí desarrollado, podemos aventurar, por ahora, que estos resultados obtenidos parecen dirigirse en sentido opuesto a todos los pronósticos planteados en las hipótesis de la investigación.

Prueba de análisis de varianza para inferir la influencia de la edad.

Al no presentarse diferencias significativas, en lo general, en las actitudes hacia la sexualidad ni en el grupo experimental ni en el control, procedimos a considerar, por medio de la prueba de análisis de varianza, posibles diferencias significativas en las actitudes hacia la sexualidad que se pudieran inferir por influencia de la edad de los sujetos participantes en la investigación. Este procedimiento consistió en dividir a la población en estudio de acuerdo a su edad cronológica en dos grupos: uno comprendido por aquellos que tuvieran entre 16 y 18 años de edad, al que se denominó de los *menores* y, otro, conformado por aquellos que contaran, al momento de realizar la investigación, entre 19 y 21 años. Los resultados arrojados de la aplicación de esta prueba se presentan, para facilitar su análisis, en dos tablas en el Apéndice 6. Así, en la Tabla No. 4 (Ver página 172), se puede apreciar, por un lado, cuáles fueron las puntuaciones de las medias obtenidas por los sujetos *menores* del grupo experimental y, por otro lado, las medias obtenidas, también por los *menores*, del grupo control. En otras dos columnas, se presentan, a su vez, las medias obtenidas por un lado por los *mayores* del grupo experimental y por otro, las medias del grupo control. Para conocer la influencia de la edad por factores, en la Tabla No. 5 (Ver página 173), se detalla cuáles fueron las puntuaciones de las medias obtenidas en el *pretest* y en el *postest* de los sujetos entre 16 y 18 años, tanto del grupo experimental como el control. En forma similar, en la Tabla No. 6 (Ver página 174) se presenta cuáles fueron las puntuaciones de las medias en el *pretest* y el *postest* por parte de los alumnos *mayores* en cada uno de los grupos.

Contraste por factores: Grupo experimental versus grupo control según la edad.

Al hacer el análisis de las puntuaciones de las medias por grupos de edad, presentadas en la *Tabla No. 5* (Ver página 173) ,entre el *pretest* y el *postest* de los alumnos de menor edad (población total, 119 sujetos) con los de mayor edad, se observa que tanto en los hombres, como las mujeres, entre 16 y 18 años, se da un leve cambio favorable de actitud en los ocho factores contemplados en la escala.

A continuación presentamos una lista con el orden en que estos factores se ubicaron de acuerdo al aumento positivo o negativo de actitud detectado según las puntuaciones de las medias obtenidas exclusivamente en el grupo experimental (Ver *Tabla No. 7*, página 175). El número entre paréntesis indica qué tanto se incrementó o disminuyó la media del *pretest* al *postest* y el signo a continuación del paréntesis expresa si la tendencia de cambio fue hacia el polo positivo o negativo:

Incremento en las puntuaciones de las medias de actitudes en alumnas y alumnos de 16 a 18 años de edad en el Grupo experimental:

- 1o. Masturbación (1.66) +
- 2o. Preferencias sexuales (1.34) +
- 3o. Sexualidad masculina (1.26) +
- 4o. Aborto (1.20) +
- 5o. Sexualidad femenina (1.14) +
- 6o. Culpa (1.07) +
- 7o. Homosexualidad (.90) +
- 8o. Sexo oral (.55) +

Decremento de las puntuaciones de las medias de actitudes en alumnas y alumnos de 19 a más años de edad que pertenecieron al Grupo experimental:

- 1o. Sexo oral (.71) -
- 2o. Aborto (.60) -
- 3o. Masturbación (.54) -
- 4o. Preferencias sexuales (.46) -
- 5o. Sexualidad masculina (.23) -
- 6o. Homosexualidad (.22) -
- 7o. Culpa (.15) -
- 8o. Sexualidad femenina (sin cambio).

La forma en que las actitudes contempladas en los ocho factores se modificaron en los sujetos de menor edad (tanto hombres como mujeres), en contraste con las de mayor edad, dentro del grupo experimental fue sorprendente, ya que, como se observa en el listado previo, mientras los menores mostraron un claro avance en los ocho factores; los mayores, por el contrario, presentaron actitudes más desfavorables en los mismos rubros al finalizar el experimento a excepción del factor de la *sexualidad femenina*, el cual permaneció sin cambio.

El cambio de actitudes -que se infiere de las puntuaciones obtenidas al aplicar la prueba de análisis de varianza- que se presenta en los alumnos y alumnas del grupo control (Ver *Tabla No. 8*, página 176) divididos en mayores y menores de acuerdo a sus edad, no es tan contrastante y definido en dirección y grado como el que se observa en el grupo experimental. En el grupo control no encontramos una tendencia clara de avance, sino

que, como se puede constatar en el listado que a continuación presentamos, las variaciones fueron menores y se presentaron en forma muy débil y por lo general a hacia lo desfavorable:

Cambio de actitudes en alumnos y alumnas del Grupo control, entre 16 y 18 años de edad:

- 1o. Sexualidad femenina (.16) +
- 2o. Culpa (.12) +
- 3o. Sexualidad masculina (.10) +
- 4o. Sexo oral (.04) +
- 5o. Preferencias sexuales (permaneció igual)
- 6o. Homosexualidad (.03) -
- 7o. Aborto (.12) -
- 8o. Masturbación (.24) -

Cambio de actitudes en alumnos y alumnas del Grupo control de 19 años de edad y más:

- 1o. Sexualidad femenina (.21) +
- 2o. Homosexualidad (.05) -
- 3o. Sexualidad masculina (.28) -
- 4o. Aborto (.29) -
- 5o. Preferencias sexuales (.31) -
- 6o. Culpa (.39) -
- 7o. Sexo oral (.50) -
- 8o. Masturbación (.75) -

Prueba de análisis de varianza para inferir la influencia del sexo.

De manera similar a como acabamos de hacer el contraste de las puntuaciones de las medias de las actitudes, dependiendo de la edad de los alumnos y de su pertenencia al grupo experimental o control, a continuación presentaremos los resultados que nos arrojó la aplicación de la prueba de análisis de varianza para inferir la influencia del sexo en las actitudes hacia la sexualidad. Al igual que en el caso anterior, haremos primero el análisis de las actitudes hacia la sexualidad en general, y posteriormente detallando la forma en que se observó la tendencia en cada uno de los factores contemplados en la escala.

Los resultados de la prueba de análisis de varianza para inferir la influencia del sexo se vaciaron, primero en forma sucinta, en la **Tabla No. 9** (Ver página 177), en donde se puede observar que las puntuaciones de las medias que arrojó la prueba son muy similares tanto para los *hombres* como para las *mujeres* de ambos grupos, sin encontrarse cambios significativos entre las medias del *pretest* y el *postest* del grupo experimental y el control. Lo único que llega a sobresalir, a pesar de que la variación es mínima, es que, mientras que las *mujeres* de ambos grupos, experimental y control, tendieron hacia el polo positivo de actitud, los *hombres* de ambos grupos, por el contrario, tendieron hacia el polo negativo, y lo que llama aún más nuestra atención es que fueron los alumnos del grupo experimental los que se orientaron hacia lo desfavorable en mayor grado.

El análisis de los resultados presentados en la **Tabla No. 10** (Ver página 178), en donde se volcaron los datos de las diferencias del *pretest* y del *postest* por sexo que se obtuvieron del grupo experimental nos permiten probar que no hubo cambios significativos en ninguno de los factores entre los *hombres* y las *mujeres* de dicho grupo. No obstante, es pertinente analizar en la lista que se presenta a continuación, que

mientras en el grupo de las *mujeres* se observaron cambios de tendencia favorable, en seis de los ocho factores contemplados; en el de los *hombres* esta tendencia apuntó en sentido contrario, es decir, hacia el polo negativo en todos los factores considerados a excepción de uno que permaneció igual. Veamos:

Cambios en actitudes de mujeres del Grupo experimental después del programa de sexualidad:

- 1o. Sexualidad femenina (.34) +
- 2o. Sexualidad masculina (.15) +
- 3o. Culpa (.11) +
- 4o. Masturbación (.10) +
- 5o. Preferencias sexuales (.07) +
- 6o. Homosexualidad (.03) +
- 7o. Aborto (.40) -
- 8o. Sexo oral (.49) -

Cambios en actitudes de hombres del Grupo experimental después del programa de sexualidad:

- 1o. Culpa (.00) =
- 2o. Homosexualidad (.11) -
- 3o. Aborto (.15) -
- 4o. Sexualidad femenina (.17) -
- 5o. Sexualidad masculina (.29) -
- 6o. Sexo oral (.55) -
- 7o. Preferencias sexuales (.63) -
- 8o. Masturbación (.76) -

En la **Tabla No. 10** (Ver página 178), aparece una llamada de atención respecto a las puntuaciones de las medias, en el *postest*, en dos de factores: el de *masturbación* y el de *preferencias sexuales*, ya que ambos, además de presentar una tendencia hacia el polo de actitud desfavorable, quedan muy por debajo del 4, que representa la actitud deseable, con puntuaciones de media de 1.65 y 1.67 respectivamente. No es posible precisar la causa de este fenómeno negativo, ya que los datos a nuestro alcance, meramente cuantitativos, impiden plantear, con fundamento, las causas de este decremento. Sin embargo, es importante señalar el dato y tenerlo en cuenta para futuras investigaciones, ya que actitudes tan desfavorables en estos factores, de no ser modificadas, pueden dificultar el desarrollo de las habilidades clínicas necesarias para que el médico atienda eficazmente los problemas relacionados con la sexualidad de los pacientes. Como ya se mencionó en el segundo capítulo de ese trabajo, (véanse páginas 19 y 27), resulta preocupante que estos jóvenes, estudiantes de medicina, mantengan una mentalidad tan cerrada e intolerante en materia de sexualidad y, más aún, después de haber llevado el programa de educación sexual bajo estudio. Este mismo fenómeno se presenta en los resultados del *postest* en los varones del grupo control como se puede observar en la **Tabla No. 11** (Ver página 179), la cual analizaremos a continuación.

Para analizar los datos de la **Tabla No. 11** (Ver página 179), siguiendo el mismo esquema anterior de listado, a continuación presentaremos los cambios registrado entre las puntuaciones de las medias del *pretest* y el *postest* del grupo control, tomando en cuenta las diferencias por sexo, tal como se dio en los ocho factores:

Cambios en actitudes de las mujeres del Grupo control transcurrido un semestre:

- 1o. Sexualidad femenina (.29) +
- 2o. Sexualidad masculina (.24) +
- 3o. Culpa (.09) +
- 4o. Preferencias sexuales (.07) +
- 5o. Sexo oral (.06) -
- 6o. Masturbación (.11) -
- 7o. Homosexualidad (.13) -
- 8o. Aborto (.28) -

Cambios en actitudes de los hombres del Grupo control transcurrido un semestre:

- 1o. Homosexualidad (.09) +
- 2o. Aborto (.04) +
- 3o. Sexualidad femenina (.02) -
- 4o. Culpa (.07) -
- 5o. Sexo oral (.10) -
- 6o. Preferencias sexuales (.28) -
- 7o. Sexualidad masculina (.30) -
- 8o. Masturbación (.60) -

Haber aplicado la prueba de análisis de varianza para inferir la influencia en el cambio de actitudes debida al sexo de los sujetos de la investigación, brindó la oportunidad de detectar que fueron las mujeres, en general, independientemente de su edad y pertenencia al grupo control o experimental, quienes presentaron los cambios más favorables hacia la sexualidad una vez transcurrido el primer semestre de estudios de la carrera de medicina. Sin embargo, este notable cambio detectado en el sector femenino, no alcanzó el nivel mínimo suficiente para considerarlo estadísticamente significativo.

Analizar el fenómeno descrito en el párrafo anterior, no compete a los objetivos e hipótesis de nuestra investigación, no obstante ello, por considerar que este es un hallazgo importante, optamos por subrayarlo y dejar asentados en el presente trabajo algunos de los datos relevantes al respecto, con el fin de que puedan ser trabajados en investigaciones posteriores. Así encontramos que, al comparar los subgrupos de hombres y mujeres, así como los de mayores y menores, según la edad, de acuerdo a las puntuaciones de las medias arrojadas por la prueba de análisis de varianza, estos cuatro subgrupos se distribuyeron conforme al siguiente orden:

Antes (pretest):

- 1o. Mujeres mayores (de 19 años de edad a más), con una puntuación de media de 3.12
- 2o. Hombres menores (entre 16 y 18 años de edad), media de 3.03
- 3o. Hombres mayores (de 19 años a más), media de 3.00
- 4o. Mujeres menores (de 16 a 18 años), media de 2.85

Después (postest):

- 1o. Mujeres menores (de 17 y 18 años de edad), media 3.57
- 2o. Mujeres mayores (de 19 años a más), media 3.19
- 3o. Hombres mayores (de 19 años a más), media 3.06
- 4o. Hombres menores (de 17 y 18 años), media 2.99

Conforme a los datos anteriores es evidente que el cambio más importante en dirección favorable que se dio en las actitudes de los alumnos, se localiza en las mujeres menores

de edad, ya que habiéndose ubicado inicialmente en la última posición, que representa la posición de actitudes más desfavorables hacia la sexualidad; al concluir el semestre, avanzaron por encima de los otros tres sectores hasta llegar a ocupar el primer sitio. Este grupo de mujeres más jóvenes avanzó hacia el polo positivo con 72 décimas. En contraste, el grupo de edad equivalente, pero de sexo masculino, fue el único que mostró un decremento. De una postura inicial favorable, con la media en 3.03, cambió hacia lo desfavorable, bajando en forma muy leve con tan sólo cuatro centésimas con respecto a la media del *pretest*.

Por lo que respecta a los sujetos mayores de 19 años, tenemos nuevamente un cambio más favorable en la mujeres, quienes avanzan siete centésimas, mientras que los hombres de su misma edad les siguen muy de cerca con un avance similar de seis centésimas.

Ya para cerrar este subíndice y después de haber hecho el análisis e interpretación de los resultados arrojados por los diferentes tratamientos estadísticos a que sometimos los datos obtenidos de la aplicación de la escala de actitudes hacia la sexualidad, estamos en disposición de arribar a la prueba de hipótesis

4.3 Prueba de hipótesis

Una vez analizado e interpretado en los datos relacionados con la no significatividad de los resultados obtenidos a través de la prueba "t" para dos muestras relacionadas y de la prueba de análisis de varianza, podemos arribar a la prueba de hipótesis.

Para comprobar la significatividad o no de los resultados obtenidos con la aplicación del *Instrumento de actitudes hacia la sexualidad*, nos valimos de la prueba "t" para muestras relacionadas, de donde podemos establecer que nuestra *hipótesis de trabajo*:

Habrá diferencias significativas en las actitudes hacia la sexualidad entre la media del grupo experimental que será sometido al programa experimental *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, y las del grupo control que no se somete a dicho programa.

Debe ser rechazada al no haberse obtenido cambios significativos entre las medias del grupo experimental y el control. Por lo tanto, la hipótesis nula se acepta:

No habrá diferencias significativas en las actitudes hacia la sexualidad entre la media del grupo experimental que será sometido al programa *Aspectos médicos de la sexualidad humana* y la del grupo control que no se somete al programa.

En cuanto a la *hipótesis alternativa*, debe ser rechazada en vista de que no se pudo probar que:

Habrá diferencias significativas en las actitudes hacia la sexualidad entre la media del grupo experimental, aún antes de someterse al programa *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, y la del grupo control que no se somete al programa.

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar el impacto que provoca en el cambio de actitudes hacia la sexualidad el curso *Aspectos médicos de la sexualidad humana* en los alumnos de primer año de medicina de la UNAM. Ello permitiría incidir pedagógicamente, con conocimiento convalidado, en algunos de los factores que afectan el aprendizaje de dichas actitudes dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje en el curso mencionado.

En otras palabras, con base en los resultados de nuestra investigación, cabría la posibilidad de iniciar una reflexión en torno al objetivo que persigue la modificación de ciertas actitudes dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura bajo estudio, ya que, de acuerdo con los resultados que obtuvimos al valorar dicho cambio de actitudes, este objetivo educativo, aparentemente no se logró.

Como ya se expuso a lo largo de la presente investigación, iniciar la reflexión mencionada tiene como propósito aportar fundamentos para la futura revisión de la orientación general del curso de *Aspectos médicos de la sexualidad humana* (véanse páginas 7, 65 y 75). Dicha revisión la deberá realizar una comisión interdisciplinaria de investigadores de acuerdo con los mecanismos de evaluación periódica de programas académicos establecidos en el plan de estudios vigente de la carrera de médico cirujano 1993.

Realizar la aportación arriba propuesta es posible si se destacan las principales conclusiones a las que arribamos como resultado de la investigación emprendida:

- Los estudiantes de ambos sexos, que optan por cursar la asignatura *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, no sostienen actitudes más favorables hacia la sexualidad que aquellos otros que no eligen dicho programa. Esta conclusión permite **rechazar** la hipótesis alterna que sostiene que "habrá diferencias significativas en las actitudes hacia la sexualidad entre la media del grupo experimental, aún antes de someterse al programa de *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, y la del grupo control que no se somete al programa".
- Los estudiantes de ambos sexos, que cursan la asignatura *Aspectos médicos de la sexualidad humana*, mantienen las mismas actitudes hacia la sexualidad antes y después de cursar dicho programa. Esta conclusión permite **rechazar** la hipótesis de trabajo, misma que sostiene que "habrá diferencias significativas en las actitudes hacia la sexualidad entre la media del grupo experimental que será sometido al programa *Aspectos médicos de la sexualidad humana* y la del control que no se somete al programa". Por lo tanto, la hipótesis nula deberá ser **aceptada**, y dice: "no habrá diferencias significativas en las actitudes hacia la sexualidad entre la media del grupo experimental que será sometido al programa *Aspectos médicos de la sexualidad humana* y la del grupo control que no se somete al programa".
- Haber hecho un estudio empírico con apego a una metodología cuantitativa, representa una importante contribución para la construcción de subsecuentes investigaciones pedagógicas en el área del aprendizaje de actitudes hacia la sexualidad. No obstante ello, es importante retrotraer a nuestras conclusiones la recomendación hecha al iniciar el análisis de los resultados (véase página 75) en el

sentido de que la escala utilizada deberá ser cuestionada, ya que, como todo instrumento de medición psicológica, éste, siempre será perfectible.

- La aportación más relevante de esta investigación está en la necesidad que localiza: buscar estrategias para modificar ciertas actitudes desfavorables hacia la sexualidad en el proceso de formación del médico. La introducción de un programa semestral de educación sexual no mostró ser un recurso suficiente para modificar actitudes. Algunos alumnos de la muestra, mantienen actitudes que reflejan culpa y falta de aceptación de su propia sexualidad y la de los demás, las cuales, de no ser modificadas, pueden dificultar su desarrollo como profesionales de la salud.

OBRAS CONSULTADAS

OBRAS CONSULTADAS

AGUILAR GIL, José Angel y Beatriz Mayén. "Educación de la sexualidad en la adultez: Métodos y contenidos", en Consejo Nacional de Población (ed), *Antología de la sexualidad humana*, vol. 1, pp. 797-822. México, CONAPO/Miguel Angel Porrúa, Grupo Editorial, 1994, 3 vols.

AGUIRRE LORA, María Esther. *Tramas y espejos. Los constructores de historias de la educación*. México, UNAM, Centro de Estudios sobre la Universidad/ Plaza y Valdés Editores, 1998, 182 p. (Colección Historia. Serie Mayor).

AJZEN, I. y Martin Fishbein. "Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour", en *Journal of Experimental Social Psychology*. New Jersey, Prentice-Hall, 1980, pp. 466-487.

ÁLVAREZ, Asunción, Ileana Petra, Ruy Pérez-Tamayo y Arnoldo Kraus. "Las actitudes del estudiante de medicina ante la muerte", en *Psiquiatría*. México, vol. 11, núm. 1, pp. 6-11.

ANDER-EGG, Ezequiel. *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires, El Cid Editor, 1980, xv - 462 p.

ANTHONY, W. S. "What is Psychology of Education?", en R. Woods (de). *Education and its Disciplines*. Londres, University of London Press, 1972, pp. 92-108.

ARNAU GRASS, Jaime. *Diseños experimentales en psicología y educación*. México, Trillas, 1991, 2 vols. (Biblioteca Métodos y Técnicas de Investigación Psicológica).

ARY, Donald, Charles Jacobs y Asghar Razovieh. *Introducción a la investigación pedagógica*. México, Nueva Editorial Interamericana, 1982, 410 p.

ASTIN, Alexander W. y Robert J. Panos. *La evaluación de los programas educativos*. Trad. de Diana Bessoudo Salvo y Enrique Moreno y de los Arcos. México, Facultad de Filosofía y Letras / UNAM, 1983, 56 p. (Cuadernos del Colegio de Pedagogía).

BANDURA, Albert. *Principles of Behavior Modification*. Nueva York, Holt, Rinehart & Winston, 1969, 197 p.

——— (comp). *Psychological Modeling: Conflicting Theories*. Chicago, Aldine-Atherson, 1971, 201 p.

——— *Social Learning Theory*. New Jersey, Prentice-Hall, 1977, 184 p.

——— y R. H. Walters. *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid, Alianza, 1974, 196 p.

BERTALANFFY, Ludwig von. *General System Theory. Foundations, Development, Applications*. New York, G. Braziller, 1968, 286 p.

BEST, John W. *Cómo investigar en educación*. Madrid, Ediciones Morata, 1982, 510 p. (Colección Pedagogía).

- BLAIR, G., S. Jones y R. Simpson. *Psicología educacional*. México, Fondo de Cultura Económica, 1979, 658 p.
- BOSELLO, Anselmo. *Escuela y valores. La educación moral*. Madrid, Editorial CCS, 1998, 152 p.
- CAMPBELL, Donald T. "Social Attitudes and Other Acquired Behavioral Dispositions", en S. Koch (comp), *Psychology: a study of a science*, vol. 6, pp. 94-172, Nueva York, Mac-Graw Hill, 6 vols.
- y Julián Stanley. *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires, Amorrortu, 1991, 158 p.
- CAMPO, Saustiano del. *Diccionario de las ciencias sociales*. Madrid, Instituto de Estudios Políticos bajo el patrocinio de la UNESCO, 386 p.
- COLEMAN, Eli. "Bisexual Women in Marriages", en Fritz Klein y Timothy Wolf (eds). *Bisexuality in Men and Women*. New York, Harrington Park Press, 1985, pp. 87-100.
- "Compulsive Sexual Behaviour: New Concepts and Treatments", en Eli Coleman (ed). *John Money: A Tribute*. New York Haworth Press, 1991, pp. 37-52.
- "Delincuentes sexuales: métodos de prevención y tratamiento", en Consejo Nacional de Población (ed). *Antología de la sexualidad humana*. México, CONAPO / Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial, vol. 3, pp. 315-337, 1994, 3 vols.
- y S. M. Dwyer. "Standards of Care for the Treatment of Sex Offenders", en Eli Coleman (ed) *Sex Offender Treatment: Explanations of Interpersonal Violence, Intrapsychic Conflict and Biological Dysfunction*. New York, Haworth Press, 1994, pp. 93-106.
- DÍAZ MARTÍNEZ, Alejandro. "La sexualidad en las enfermedades crónicas", en Consejo Nacional de Población (ed). *Antología de la sexualidad humana*. México, CONAPO / Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial, vol. 3, pp. 595-622, 1994, 3 vols.
- DORCH, Friedrich (ed) *Diccionario de psicología*. Barcelona, Herder, 1985, 316 p.
- DURÁN RAMOS, Teresita del Niño Jesús. *La investigación pedagógica. Búsqueda de convergencia entre enfoques metodológicos*. Tesis. Maestría en Pedagogía. México, UNAM, Facultad de Filosofía y letras. División de Estudios de Posgrado. Departamento de Pedagogía, 1998, 96 p.
- DUVERGER, Maurice. *Métodos de las ciencias sociales*. Barcelona, Editorial Ariel, 1974, 594 p.
- EDWARDS, Allen L. *Techniques of Attitudes Scale Construction*. New York, Appleton Century Crofts, Inc., 1957, 256 p.
- ESTEBAN, Ramón. "Perfil sociocultural del alumno de primer ingreso a la facultad de medicina de la UNAM", en UNAM (ed). *Memorias del Segundo Seminario Interinstitucional de Investigación en Educación Médica*. México, Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM, 1984, pp. 21-48.
- ESTES, W. K. (1976) "The Cognitive Side of Probability Learning", en *Psychological Review*, Washington, D. C., núm. 83, pp. 37-64.
- FERNÁNDEZ ALONSO, María Eugenia. "Un enfoque psicopedagógico de las actitudes y su enseñanza en el aula", en *Rev. Fac. Med. UNAM*. México, vol. XXVI, núm. 5, 1983 pp. 293-248.

——— y cols. "Perfil del alumno de primer ingreso a la facultad de medicina de la UNAM", en *Rev. Fac. Med. UNAM*. México, 1986, vol. XXIX, núm. 1, pp. 7-34.

FERNÁNDEZ RODILES, José Antonio. *Determinación de algunos factores que influyen significativamente en la intención de los estudiantes de buscar de manera independiente el conocimiento. El caso de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la UNAM*. Tesis. Maestría en Enseñanza Superior. México, UNAM, Facultad de Filosofía y Letras. División de Estudios de Posgrado. Maestría en Enseñanza Superior, 1998, 164 p.

FISHBEIN, Martin. "A Consideration of Beliefs, Attitudes and Behavior, their Relationships", en I. Steiner (comp). *Current Studies in Social Psychology*. Nueva York, Holt, Rinehart & Winston, 1965, pp. 88-121.

——— "Attitudes and the Prediction of Behaviour", en Martin Fishbein (ed). *Readings in Attitude Theory and Measurement*. New York, Academic Press, 1967, 522 p.

——— "The Relationships between Belief, Attitude and Behavior", en S. Feldman (comp). *Cognitive Consistency*. New York, Academic Press, 1966, pp. 200-226.

——— y Icek Ajzen. "Attitudes Towards Objects as Predictors of Single and Multiple Behavioral Criteria" en: *Psychological Review*. Washington D. C., vol. VIII, núm. 1, 1974, pp. 59-74.

——— y Icek Ajzen. *Belief, Attitude, Intention and Behavior*. Reading, Mass., Addison-Wesley, 1975, 588 p.

——— y Bertram Raven "The AB Scales: an Operational Definition of Belief and Attitude", en *Human Relations*. New York, 1962, núm. 15, pp. 35-44.

FREEDMAN, Jonathan. "Attitude Formation and Change. Theoretical Background", en *Social Psychology*. New Jersey, Prentice-Hall, 1970, pp. 245-417.

FREUND, Julien. "¿Educación o propaganda?", en Fernando Savater (comp). *El valor de educar*. México, Instituto de Estudios Educativos y Sindicales de América, 1997, pp. 235-237.

FROMM, Erich. *Del tener al ser. Caminos y extravíos de la conciencia. Obra póstuma 1*. Barcelona, Ediciones Paidós, 1993, 210 p.

——— *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. México, Fondo de Cultura Económica, 1985, 288 p.

——— *¿Tener o ser?* México, Fondo de Cultura Económica, 1981, 198 p.

FUENTE, Juan Ramón de la, Enrique Piña Garza y Héctor Gutiérrez Ávila. "La formación del médico del siglo XXI y el plan único de estudios de la facultad de medicina de la UNAM", en Juan Ramón de la Fuente y Rodolfo Rodríguez Carranza (comps). *Educación y salud en México*. México, Facultad de Medicina, UNAM, 1996, pp. 249-259.

FUENTE, Ramón de la. "Introducción al estudio de la psicología médica", en *Cuadernos de Psicología Médica*. México, Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM, 1980, pp. 4-58.

——— "Medicina y valores humanos", en Juan Ramón de la Fuente y Rodolfo Rodríguez Carranza (comps). *Educación médica y salud en México*. México, Facultad de Medicina, UNAM, 1996, pp. 59-69.

- *Psicología médica*. México, Fondo de Cultura Económica, 1969, 444 p.
- *Psicología médica. Nueva versión*. México, Fondo de Cultura Económica, 1994, 550 p.
- , Alejandro Díaz Martínez y Claudia Fouilloux. "El programa de salud mental en la facultad de medicina de la UNAM", en *Salud Mental*. México, vol. 10, núm. 3, 1987, pp. 3-8.
- GAGNÉ, Robert M. *Las condiciones del aprendizaje*. Madrid, Aguilar, 1970, 212 p.
- "Domains of Learning", en *Interchange*, Cincinnati, 1972, núm. 3, pp. 1-8.
- *Principios básicos del aprendizaje para la instrucción*. México, Editorial Diana, 1975, 200 p.
- y Leslie J. Briggs. *La planificación de la enseñanza. Sus principios*. México, Trillas, 1999, 288 p.
- GENOVAR, C., C. Gotzens y J. Montané. *Psicología de la educación. Una nueva perspectiva interdisciplinaria*. Barcelona, Ediciones CEAEC, 1981, 218 p.
- GLENN, N. y C. Wearer. "Attitudes Toward Premarital, Extramarital and Homosexual Relation", en *Journal of Sex Research*. Washington, D. C., núm. 25, 1979, pp. 108-118.
- GOERING, Paula N. "Reconciliable Differences: the Marriage of Qualitative and Quantitative Methods", en *Canadian Journal of Psychiatry*. Ottawa, vol. XLI, núm. 8, 1996, pp. 491-497.
- GOLDMAN, Jonathan D. "An Elective Seminar to Teach First-Year Students. The Social and Medical Aspects of AIDS", en *Journal of Medical Education*. Washington, D.C., vol. LXII, núm. 7, 1987, pp. 557-561.
- HARGRAVES, D. "Cambio de actitudes", en *Las relaciones humanas en la educación*. Madrid, Editorial Narcea, 1979, pp. 348-374.
- HIERRO, Graciela. "Ética y sexualidad", en Consejo Nacional de Población (ed). *Antología de la sexualidad humana*. México, CONAPO / Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial, vol. 1, 1994, pp. 219-234.
- "El feminismo es un humanismo", en Ricardo Guerra (dir). *Nuestro tiempo. Ensayos*. México, Centro de Investigación y Docencia en Humanidades del Estado de Morelos, 1996, pp. 1-21.
- HILGARD, Ernest R. y Gordon H. Bower. *Teorías del aprendizaje*. México, Trillas, 1976, 718 p.
- HINOJOSA, Armando y Adriana Cosío Pascal. *Análisis psicológico del estudiante universitario*. México, Prensa Médica Mexicana, 1967, 412 p.
- HONORÉ, Bernard. *Para una teoría de la formación*. Madrid, Narcea Ediciones, 1980, 176 p.
- KAPLAN, M. y cols. "Assessment of Sexual Knowledge in an Adolescent Sex Offender Population", en *Journal of Sex Education and Therapy*. Washington, D.C., vol. XVII, 1991, pp. 217-225.
- KENNETH, R. *La docencia en medicina*. Barcelona, Ediciones Doyma, 1990, 202 p.
- KERLINGER, Fred N. *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología*. México, Nueva Editorial Interamericana, 1986, xvi-774 p.

- KIRBY, D. "Sexuality Education: It Can Reduce Unprotected Intercourse", en *SIECUS Report*. Washington, D.C., vol. XXI, 1993, pp. 19-25.
- KLAUSMEIER, Herbart J. y William Goodwin. "Actitudes y valores", en *Psicología educativa. Habilidades humanas para el aprendizaje*. México, Harla, Harper & Row Latinoamericana, 1977, 528 p.
- KOLHBERG, Lawrence. "The Contributions of Developmental Psychology to Education. Examples for Moral Development", en *Educational Psychologist*, Mahwah, núm. 10, 1973, pp. 2-14.
- F. Clark Power y Ann Higgins. *La educación moral según Lawrence Kohlberg*. Barcelona, Editorial Gedisa, 1998, 356 p.
- y E. Turiel. "Moral Development and Moral Education", en G. S. Lesser (ed). *Psychology and Educational Practice*. Glenview, Scott, Foresman and Co., 1982, pp. 410-465.
- KRECH, D., R. S. Crutchfield y E. L. Ballachey. *Individual in Society*. Nueva York, Mac-Graw Hill, 1962, 218 p.
- LAPLANCHE, Jean y Jean-Bertrand Pontalis. *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona, Editorial Labor, 1993, 548 p.
- LARROYO, Francisco. *La ciencia de la educación*. México, Editorial Porrúa, 1963, 328 p.
- LEVITT, E. y A. Klassen. "Public Attitudes Toward Homosexuality: Part of the 1970 National Survey by the Institute of Sex Research", en *Journal of Homosexuality*. New York, 1974, pp. 20-43.
- LIEF, H. "Why Sex Education for Health Practitioners?", en R. Green (ed). *Human Sexuality: A Health Practitioners Text*. Baltimor, Williams and Wilkins, 1979, pp. 142-168.
- y D. Reed. *Sex Knowledge and Attitude Test (SKAT)*. Filadelfia, Center for the Study of Sex Education in Medicine, 1972, pp. 1-12.
- LINDGREN, Henry Clay. *Introducción a la psicología social*. México, Editorial Trillas, 1973, 314 p.
- MAGER, Robert F. *Actitudes positivas en la enseñanza*. México, Editorial Pax, 1977, 126 p.
- *Creación de actitudes y aprendizaje*. Madrid, Marova, 1973, 140 p.
- MAY, Rollo. "Paradoxes of Sex and Love", en: *Love and Will*. New York, W. Morton & Company, Inc., 1969, pp. 28-66.
- MATTESON, D. R. "Changes in Attitude Toward Authority Figures with the Move to College: Three Experiments", en *Developmental Psychology*. Washington, D. C., núm. 10, 1974, pp. 340-347.
- McGUIGAN, F. J. *Psicología experimental. Enfoque metodológico*. México, Trillas, 1972, 460 p. (Biblioteca Técnica de Psicología).
- McGUIRE, William, J. "Cognitive Consistency and Attitude Change", en *Journal of Abnormal Social Psychology*. Washington, D. C., núm. 60, 1960, pp. 345-353.
- "The Current Status of Cognitive Consistency Theories", en S. Feldman (comp). *Cognitive Consistency*. New York-Londres, Academic Press, pp. 2-46.

----- "The Nature of Attitudes and Attitude Change", en G. Lindzey y E. Aronson (comps). *The Handbook of Social Psychology*. Reading, Mass., Addison-Wesley, vol. 3, pp. 136-314.

MENÉNDEZ MENÉNDEZ, Libertad. *De la demostración empírica a la experimentación en pedagogía*. México, Colegio de Pedagogos de México / Seminario de Pedagogía Universitaria, UNAM, 1998, 142 p.

MIALARET, Gaston. *Nueva pedagogía científica*. Barcelona, Editorial Luis Miracle, 1964, 116 p. (Biblioteca práctica de pedagogía, psicología y psicopatología de la infancia).

MILLÁN, Alfonso. "Prólogo", en Ramón de la Fuente. *Psicología médica*. México, Fondo de Cultura Económica, 1959, pp. 7-9.

MILLÁN, Salvador y Sonia Gojman. *Erich Fromm y el psicoanálisis humanista*. México, Siglo XXI, 1981, 246 p.

MORENO Y DE LOS ARCOS, Enrique. *Los paradigmas metodológicos de la investigación pedagógica*. México, Colegio de Pedagogos de México, 1993, 20 p.

----- "Kant. La pedagogía como disciplina", en *Principios de pedagogía asistemática. Ensayos*. México, Dirección General de Publicaciones, UNAM, 1993, pp. 11-13.

MOSHER, R. L. "A Democratic School: Coming of Age", en R. Mosher (comp). *Moral education: A First Generation of Research and Development*. New York, Praeger, 1980, pp 37-52.

MÜGGENBURG, María Eugenia. "Crítica de la maternidad como única realización y valoración de la mujer", en Graciela Hierro (comp). *Filosofía de la educación y género*. México, Editorial Torres Asociados, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, 1997, pp. 253-265.

----- *Curso de formación de profesores de psicología médica 1993-1994*. México, Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, 1993, 32 p. (Documento interno de trabajo para solicitar aval universitario ante la División de Estudios de Posgrado, Subdivisión de Educación Médica Continua, Facultad de Medicina, UNAM).

NARRO ROBLES, José y Julieta Cevallos (eds). *Los desafíos de la educación médica en México*. México, UNAM, Secretaría General, 1999, 212 p.

OÑATIVIA, Oscar V. *Bases psicosociales de la educación*. Buenos Aires, Editorial Guadalupe, 1984, 494 p. (Biblioteca Pedagógica).

ORTIZ QUESADA, Federico. *El trabajo del médico*. México, Salvat Medicina, JGH Editores, 1997, 134 p. (Biblioteca Médica Mexicana).

----- "Enseñanza médica del futuro", en Juan Ramón de la Fuente y Rodolfo Rodríguez Carranza (comps). *Educación médica y salud en México*. México, Fondo de Cultura Económica, 1996, pp. 108-112.

----- "Ética y moral en medicina", en *Rev. Fac. Med. UNAM*. México, vol. 36, núm. 4, 1993, pp. 183-187.

OULÈS, Jean. *Psicología médica. Su función en la práctica hospitalaria y médico-social*. Valencia, Editorial Marfil, 1974, 112 p.

PÁEZ, Alejandro. "El aborto, cuarta causa de mortalidad materna; no es método de planificación: SSA", en *La Crónica de hoy*. México, 25 de julio, 1998, p. 11.

PASCUAL, Antonia. *Estrategias para la clarificación de valores y el desarrollo humano en la escuela*. México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias, 1985, 202 p.

PETRA MICU, Ileana y José Antonio Talayero Uriarte. "Actitudes del alumno de psicología médica ante su profesor", en UNAM. *Memorias del Tercer Seminario Interinstitucional de Investigación Educativa en Ciencias de la Salud*. México, Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM, 1986, pp. 59-82.

PICK, Susan. "Actitudes, conocimientos y conductas de planificación familiar en México. Una década de investigación psicosocial: 1975-1985", en *Revista Mexicana de Psicología*. México, vol. 3, núm. 2, 1987, pp. 155-160.

——— P. Andrade y J. Townsend. "Planeando tu vida: Desarrollo y evaluación de un programa de educación sexual y para la salud de adultos jóvenes. Reporte presentado al Population Council", en Consejo Nacional de Población (ed). *Antología de la sexualidad humana*. México, CONAPO / Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial, vol. 3, 1994, pp. 86-95.

——— y Rolando Díaz-Loving. "Metodología psicosocial en la investigación de la sexualidad", en Consejo Nacional de Población (ed). *Antología de la sexualidad humana*. México, CONAPO / Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial, vol. 3, 1994, pp. 73-96.

——— Martha Givaudan y Rolando Díaz-Loving. "Panorámica de la investigación psicosocial en sexualidad en México", en Consejo Nacional de Población (ed). *Antología de la sexualidad humana*. México, CONAPO / Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial, vol. 3, 1994, pp. 97-121.

——— y Ana Luisa López. *Cómo investigar en ciencias sociales*. México, Trillas, 1998, 160 p.

REISS, Ira L. "The Future of Sex Research and the Meaning of Science", en *Journal of Sex Research*. Mount Vernon. vol. 30, 1993, pp. 3-11.

——— *Journey into Sexuality. An Exploratory Voyage*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1967, 215 p.

——— *The Social Context of Premarital Sexual Permissiveness*. Nueva York, Holt, Rinehart and Winston, 1967, 208 pp.

———, R. Anderson y G. Sponaugle. "A Multivariate Model of the Determinants of Extramarital Permissiveness", en *Journal of Sex and Marital Therapy*. New York, núm. 5, 1980, pp. 169-224.

ROBERTS, Thomas. *Cuatro psicologías aplicadas a la educación*. Madrid, Narcea, 1970, 2 vols.

RODRÍGUEZ, Gabriela. "Conceptos y métodos en la educación de la sexualidad", en Consejo Nacional de Población (ed). *Antología de la sexualidad humana*. México, CONAPO / Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial, vol. 3, 1994, pp. 709-733.

——— "La didáctica de la sexualidad. Orientaciones pedagógicas de la sexualidad", en Eusebio Rubio y Selma González (comps). *Curso de educación sexual*. México, Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., 1983, 42 p.

——— "Sexualidad juvenil", en Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud (ed). *Jóvenes: una evaluación del conocimiento. La investigación en juventud en México 1986-1996*. México, Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud, vol. 2, 1996, pp. 91-148.

ROJAS SORIANO, Raúl. *Guía para realizar investigaciones sociales*. México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 1985, 222 p.

RUBIO, Eusebio. "Introducción al estudio de la sexualidad humana", en Consejo Nacional de Población (ed). *Antología de la sexualidad humana*. México, CONAPO / Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial, vol. 1, 1994, pp. 17-46.

——— y José Díaz Martínez. "Las disfunciones sexuales", en Consejo Nacional de Población (ed). *Antología de la sexualidad humana*. México, CONAPO / Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial, vol. 3, 1994, pp. 203-246.

——— I. Petra, M. Raffo, y A. Díaz Martínez. "Caracterización de las opiniones y experiencias sexuales de los alumnos de primer ingreso a la carrera de médico cirujano", en *Salud mental*. México, vol. XI, núm. 1, pp. 25-34.

RUGARCÍA, Armando. *Los valores y las valoraciones en la educación*. México, Trillas /Universidad Iberoamericana, 1990, 214 p.

SAVATER, Fernando (ed). *Filosofía y sexualidad*. Barcelona, Editorial Anagrama, 1993, 246 p.

——— *El valor de educar*. México, Instituto de Estudios Educativos y Sindicales de América, 1997, 212 p. (Colección Diez para los Maestros).

SELF, Donnie J. y cols. "Teaching Medical Ethics to First-Year Students by Using Film Discussion to Develop their Moral Reasoning", en *Academic Medicine*. Washington, D. C., vol. LXVIII, núm. 5, 1993, pp. 383-385.

SIEGEL, Sidney y John Castellan. *Estadística no paramétrica . Aplicada a las ciencias de la conducta*. México, Trillas, 1998, 438 p.

SUMMERS, Gene F. *Medición de actitudes*. México, Editorial Trillas, 1984, 426 p.

SWENSON, Leland C. *Teorías del aprendizaje. Perspectivas tradicionales y desarrollos contemporáneos*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1984, 542 p. (Biblioteca psicologías del siglo XX).

TALAYERO, José A., Ileana Petra y María Luisa Aguilar. "Importancia de las actitudes del profesor desde el punto de vista del alumno", en: *Revista Didac. Universidad Iberoamericana*. México, 1988, núm. 13, pp. 38-40.

URBINA FUENTES, Manuel. "Presentación", en Consejo Nacional de Población (ed). *Antología de la sexualidad humana*. México, CONAPO / Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial, vol. 1, 1994, pp. I-IV.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. *Plan de estudios de la carrera de médico cirujano 1993*. México, Facultad de Medicina, UNAM, 1993, 72 pp.

——— *Programa académico de la asignatura psicología médica I*. México, Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM, 1999, 26 p.

VALDÉS, Margarita, Alejandro Herrera, Mark Platts, Mauricio Beuchot y Graciela Hierro. *Dilemas morales de la sociedad contemporánea 2*. México, Editorial Torres Asociados, 1997, 84 p.

VILLORO, Luis. "Creencia y actitud", en Luis Villoro. *Creer, saber, conocer*. México, Siglo XXI Editores, 1982, pp. 43-58.

WEEKS, Jeffry. *Sexualidad*. México, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM / Paidós, 1998, 132 p.

WOLMAN, B. *Diccionario de las ciencias de la conducta*. México, Trillas, 1987, 398 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Education and health professionals*. Ginebra, Report of WHO Meeting, 1975, 22 p.

ZARZAR CHARUR, Carlos. *Habilidades básicas para la docencia*. México, Editorial Patria, 1993, 188 p.

APÉNDICES

APÉNDICE 1

Programa académico del curso de Aspectos médicos de la sexualidad humana

PROGRAMA ACADÉMICO DE LA ASIGNATURA ASPECTOS MÉDICOS DE LA SEXUALIDAD HUMANA

NUMERO DE HORAS TOTALES:

80.

OBJETIVOS:

SUBUNIDAD 1: ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA REPRODUCCION.

- 1.1. Analizar los cambios psicológicos en el sujeto que se originan con la presentación de los cambios puberales.
- 1.2. Analizar las actitudes psico-sociales situadas en el contexto actual frente a los hechos de la fecundidad y de la anticoncepción.
- 1.3. Analizar las actitudes del sujeto frente a su reproductividad.
- 1.4. Definir al aborto y clasificarlo de acuerdo a criterios socialmente definidos: legal, religioso, médico.
- 1.5. Describir y analizar las consecuencias psicológicas del aborto tanto en el sujeto como en la pareja.
- 1.6. Describir los cambios afectivos que ocurren durante el ciclo menstrual, el embarazo y el postparto.
- 1.7. Analizar los cambios psicológicos que implica la maternidad sana y la maternidad vivida con conflicto.
- 1.8. Analizar los cambios psicológicos que implica la paternidad sana y la paternidad vivida con conflicto.
- 1.9. Analizar los cambios psicológicos en parejas con problemas de infertilidad y esterilidad.

- 1.10. Describir los aspectos psicológicos de la adopción.

SUBUNIDAD 2: EL GENERO

- 2.1. Definir el concepto de identidad de género y los factores que determinan su formación.
- 2.2. Analizar el desarrollo de la identidad de género, puntualizando sus marcadores en la infancia y la adolescencia.
- 2.3. Enunciar el concepto de papel sexual.
- 2.4. Explicar los factores sociales que contribuyen al establecimiento y reforzamiento de los papeles sexuales.
- 2.5. Analizar las distintas actitudes socio culturales hacia la observancia de los papeles sexuales: rigidez vs. plasticidad.
- 2.6. Describir los cambios sociales ligados a la rigidez/plasticidad de los papeles sexuales estereotipados: derecho al voto sexualmente diferenciado, legislación laboral, inserción de la mujer en la fuerza de trabajo.

SUBUNIDAD 3: EL VINCULO

- 3.1. Explicar la importancia de los vínculos afectivos primarios para el desarrollo de la sexualidad.
- 3.2. Describir diferentes tipos de vínculos, especialmente los que se dan durante la crianza, la vida en grupo y la pareja.
- 3.3. Definir a la pareja como un sistema diádico.

- 3.4. Describir los factores psicológicos que intervienen en las fases de búsqueda y enamoramiento de la pareja.
- 3.5. Explicar la fase establecimiento de la pareja y sus componentes psicológicos.
- 3.6. Analizar la fase de disolución del vínculo y sus repercusiones psicológicas y sociales.
- 3.7. Describir las consecuencias en el desarrollo de una alteración severa en la capacidad vinculatoria para el funcionamiento social y la elección del objeto erótico.

SUBUNIDAD 4: EL EROTISMO

- 4.1. Describir el modelo de la respuesta sexual de Masters y Johnson.
- 4.2. Describir el modelo psicofisiológico de la respuesta sexual de tres fases de Helen Kaplan.
- 4.3. Describir el modelo biopsicosocial sistémico de la sexualidad humana.
- 4.4. Describir los cambios corporales en la respuesta sexual femenina y los elementos subjetivos que se le asocian.
- 4.5. Describir los cambios corporales en la respuesta sexual masculina y los elementos subjetivos que se le asocian.
- 4.6. Describir el deseo sexual y explicar su función vinculada a la búsqueda del placer.
- 4.7. Describir las vías de percepción e integración del estímulo placentero.
- 4.8. Diferenciar los patrones de integración cognitivo-afectiva del erotismo masculino y femenino en la cultura occidental.

- 4.9. Analizar el papel de la autoexploración corporal y la autoestimulación erótica en el desarrollo erótico.
- 4.10. Analizar la función de la culpa en el erotismo humano, integrándola al concepto de conflicto.
- 4.11. Describir la influencia de los factores sociales en el desarrollo de actitudes erotofílicas y erotofóbicas.

SUBUNIDAD 5. LA ORIENTACION SEXUAL.

- 5.1. Explicar las diferentes formas de estructuración de la orientación sexual:
 - 5.1.1. Heterosexualidad.
 - 5.1.2. Homosexualidad.
 - 5.1.3. Bisexualidad
- 5.2. Describir los principales factores determinantes de la estructuración de la orientación sexual.

SUBUNIDAD 6. LOS TRASTORNOS SEXUALES.

- 6.1. Definir las características de una disfunción sexual.
- 6.2. Describir los criterios diagnósticos actuales de las disfunciones sexuales en el varón: deseo sexual hipopactivo, disfunción eréctil, eyaculación precoz y eyaculación retardada.
- 6.3. Describir los criterios diagnósticos actuales de las disfunciones sexuales en la mujer: deseo sexual hipoactivo, fobia sexual, inhibición de la excitación femenina, inhibición del orgasmo, vaginismo y dispareunia.
- 6.4. Explicar las causas psicológicas más frecuentes de las disfunciones sexuales.

- 6.5. Mencionar las causas biológicas más frecuentes de las disfunciones sexuales.
- 6.6. Definir las características generales de una parafilia.
- 6.7. Describir los criterios diagnósticos actuales de las parafilias: Exhibicionismo, voyeurismo, fetichismo travestista, froteurismo, pedofilia, masoquismo sexual, sadismo sexual, etc.
- 6.8. Mencionar las causas psicológicas propuestas para explicar las parafilias.
- 6.9. Definir las características de un trastorno de la identidad sexual.
- 6.10. Describir los criterios diagnósticos actuales de los trastornos de la identidad sexual: transexualismo masculino y femenino.
- 6.11. Mencionar las causas psicológicas propuestas en relación con los trastornos de la identidad sexual.

CONTENIDOS

I ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA REPRODUCCION.

II EL GENERO EN SUS DIMENSIONES PSICOLOGICA Y SOCIAL

III EL VINCULO INTERPERSONAL AFECTIVO HUMANO

IV EL EROTISMO HUMANO

V LA ORIENTACION SEXUAL.

VI LOS TRASTORNOS SEXUALES Y LA PRACTICA MEDICA.

APÉNDICE 2

Programa académico del curso de Psicología médica

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMA ACADÉMICO
DE LA ASIGNATURA

PSICOLOGÍA MÉDICA I

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
MÉDICA, PSIQUETRÍA Y SALUD MENTAL

PRIMERAÑO

1999-2000

**FACULTAD DE MEDICINA
MANUALES DEPARTAMENTALES**

Obra general ISBN: 968-36-2767-6
Este volumen ISBN: 968-36-7566-2

©1999

Derechos reservados conforme a la ley.
Facultad de Medicina, UNAM.

El contenido de este *Manual* está protegido por la Ley de Derechos de Autor y no puede ser reproducido, total o parcialmente, por ningún medio mecánico, electrónico o cualquier otro, sin el permiso escrito del Comité Asesor de Publicaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Folio CAPES: 004/99

El cuidado editorial estuvo a cargo del Comité Asesor de Publicaciones de la Facultad de Medicina, UNAM.

El contenido de este *Manual* es responsabilidad de sus autores.

CONTENIDO

- Datos generales de la asignatura / 6
1. Orientación general del curso / 7
 2. Objetivos generales / 8
 3. Unidades temáticas / 9
 - I. Introducción al estudio de la psicología médica / 11
 - II. Evolución histórica de los conceptos médico-psicológicos / 11
 - III. El estudio de la personalidad / 12
 - IV. El ciclo vital / 13
 - V. La familia del enfermo / 14
 - VI. La relación médico-paciente / 14
 - VII. El médico y el enfermo ante el sufrimiento y la muerte / 15
 - VIII. El ambiente y la salud mental / 15
 - IX. Problemas de salud mental / 16
 - X. La relación mente-cuerpo / 17
 4. Actitudes y habilidades / 18
 5. Actividades de enseñanza aprendizaje / 19
 6. Evaluación del curso / 21
- Referencias / 22

**DATOS GENERALES
DE LA ASIGNATURA**

Coordinación del programa	Departamento de Psicología, Psiquiatría y Salud Mental
Tipo de asignatura	Materia teórica
Ubicación	Primer año
Duración	Anual
No. de horas	160 (4 horas semanales)
Créditos	14
Carácter	Obligatoria
Área	Psicológica
Clave	110716
Requisitos académicos	Haber cumplido satisfactoriamente los requisitos de ingreso a la Facultad

1 ORIENTACIÓN GENERAL DEL CURSO

El curso de *Psicología Médica I* comprende aspectos formativos e informativos que responden a los objetivos terminales de la carrera de médico cirujano.

Con el desarrollo de la medicina científica, especialmente en este siglo, se han enfatizado los aspectos biológicos del ser humano con descuido relativo de lo psicológico y de lo social. Al mismo tiempo el avance de las ciencias humanas, junto con la progresiva advertencia de las limitaciones del desarrollo técnico de la medicina, demostraron la necesidad de atender al ser humano como un todo. La psicología médica es el instrumento del marco de orientación humanista de la medicina que enfocando al hombre en su triple dimensión biológica, psicológica y social, responde a esa necesidad.

Este curso, ubicado dentro del área psicológica en el primer año del Plan Único de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano, se encuentra ligado en forma secuencial con otra materia: *Psicología Médica II* que se imparte en el tercer año de la carrera, y mientras esta asignatura introduce a los estudiantes al marco de referencia humanista que les permitirá orientar sus actitudes en relación al proceso de su formación y su futuro trabajo profesional, la materia *Psicología Médica II* les ayuda al desarrollo de las

actitudes y habilidades que son necesarias para el buen ejercicio de la medicina general.

Dado el esquema general de la materia, ésta se relaciona estrechamente con todas las demás que se imparten en el primer año y durante el resto de la carrera procurando dar a todas ellas el marco de referencia que provee a la unidad a aquello que la especialización ha fragmentado y convertido en ciencia y técnicas avanzadas.

Es fundamental la formación de actitudes que permitan al alumno percibir al hombre como una totalidad. El concepto de personalidad es precisamente un concepto totalizador, sus componentes biológicos, psicológicos y socio-culturales deben ser estudiados. La personalidad se examina a través de las distintas etapas del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la muerte.

Tomando en cuenta los aspectos formativos del curso el programa incluye el estudio de la sexualidad, el alcoholismo y el abuso de fármacos en sus aspectos más relevantes.

2 OBJETIVOS GENERALES

Al término del curso, el alumno:

1. Comprenderá las relaciones de la psicología y la medicina y el lugar de la primera, en el plan de estudios de la carrera de médico cirujano.
2. Analizará el enfoque humanista en la medicina en comparación con otros enfoques.
3. Describirá la evolución histórica de los conceptos médico-psicológicos.
4. Describirá a la personalidad como concepto unificador que expresa la unidad del organismo humano.
5. Comprenderá las aplicaciones del concepto dinámico de personalidad.
6. Describirá y analizará las etapas del ciclo vital.
7. Analizará los aspectos bio-psico-sociales que caracterizan a la adolescencia, la juventud, la edad madura, el climaterio y la senectud como etapas del ciclo vital.
8. Identificará la influencia de la familia en el desarrollo de la personalidad.
9. Comprenderá la importancia de la relación médico-paciente, así como los principios en que se sustenta.
10. Analizará el papel del médico y el enfermo ante el sufrimiento y la muerte.
11. Identificará los factores ambientales que influyen en la salud y enfermedad mental de los individuos.
12. Comprenderá el problema del alcoholismo, sus causas y sus consecuencias.
13. Analizará el problema de la farmacodependencia, sus causas y sus consecuencias.
14. Analizará las características del desarrollo de la sexualidad humana.
15. Describirá los correlatos anatómicos y funcionales subyacentes de las funciones mentales y la conducta.
16. Describirá los correlatos neuroquímicos y neuroendocrinos de las funciones mentales y la conducta.
17. Describirá los hechos genéticos determinantes de la conducta.

UNIDAD TEMÁTICA I

INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA PSICOLOGÍA MÉDICA

Tiempo asignado

Teoría: 10 horas
Seminario: 4 horas

Objetivos particulares

1. Introducir al alumno al campo de la psicología médica.
2. Señalar los principios humanistas aplicables a la labor del médico.

Contenido temático

1. La definición de psicología médica.
2. Las limitaciones del modelo biomédico.
3. El modelo biopsicosocial.
4. Los conceptos fundamentales de la psicología médica.
5. El papel del humanismo en la práctica médica.

UNIDAD TEMÁTICA II

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS CONCEPTOS MÉDICO-PSICOLÓGICOS

Tiempo asignado

Teoría: 10 horas
Seminario: 2 horas

Objetivos particulares

1. Señalar el desarrollo de los conceptos médico-psicológicos a través de la historia.

Contenido temático

1. Los conceptos médico-psicológicos del hombre primitivo y culturas antiguas.
2. La civilización griega y la cultura romana.
3. La Edad Media.
4. El Renacimiento.
5. Los siglos XVII, XVIII y XIX.
6. Las tendencias del siglo XX.

UNIDAD TEMÁTICA III

EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD

Tiempo asignado

Teoría: 18 horas
Seminario: 6 horas

Objetivos particulares

1. Describir los conceptos de mente, conciencia y conducta.
2. Analizar los aspectos biológicos de la personalidad, temperamento y carácter.
3. Describir los aspectos biológicos de la personalidad.
4. Explicar la teoría estructural del aparato psíquico.
5. Analizar los conceptos y las características del conflicto y la angustia.
6. Describir y ejemplificar los mecanismos mentales de defensa.
7. Señalar los tipos de desórdenes de la personalidad más frecuentemente identificables en la clínica.

Contenido temático

1. La definición de personalidad.
2. Los modelos explicativos.
3. El modelo psicodinámico.
4. La caracterología de Freud-Abraham.
5. La caracterología de Fromm.
6. La homeostasia psicológica y los mecanismos de defensa.
7. Los trastornos de la personalidad.

UNIDAD TEMÁTICA IV

EL CICLO VITAL

Tiempo asignado

Teoría: 15 horas.
Seminario: 5 horas.

Objetivos particulares

1. Describir los aspectos generales del ciclo vital.
2. Describir el desarrollo en la infancia en términos de la personalidad.
3. Señalar los aspectos bio-psico-sociales que caracterizan a la adolescencia como una etapa del ciclo vital.
4. Señalar los aspectos bio-psico-sociales que caracterizan a la edad madura y el climaterio como etapas del ciclo vital.
5. Señalar los aspectos bio-psico-sociales que caracterizan la senectud como una etapa del ciclo vital.

Contenido temático

1. El desarrollo infantil (Spitz, Mahler, Bowlby, Piaget).
2. La psicopatología infantil.
3. Los aspectos psicológicos de la adolescencia.
4. Los aspectos sociales de la adolescencia.
5. Las conductas de riesgo y delincuencia.
6. Las características psicológicas del duelo.
7. El climaterio.
8. Los cambios psicológicos durante la senectud.
9. La psicopatología de la senectud.

UNIDAD TEMÁTICA V**LA FAMILIA DEL ENFERMO***Tiempo asignado*

Teoría: 8 horas
Seminario: 4 horas

Objetivos particulares

1. Identificar a la familia como un sistema y describir las influencias familiares que ejercen su acción sobre el individuo.

Contenido temático

1. Las bases biológicas de la familia.
2. La familia y la sociedad.
3. El enfoque psicodinámico de la familia.
4. La familia como sistema.
5. La disfunción familiar.
6. La familia y la psicopatología.

UNIDAD TEMÁTICA VI**LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE***Tiempo asignado*

Teoría: 8 horas
Seminario: 4 horas

Objetivos particulares

1. Identificar en términos dinámicos la relación del médico con los pacientes.
2. Advertir las influencias que el médico ejerce sobre sus enfermos y la influencia que éstos tienen sobre él.

Contenido temático

1. La importancia de la relación médico-paciente.
2. Las formas de relación médico-paciente.
3. La personalidad del médico. La personalidad del paciente.
4. La enfermedad y el padecimiento.
5. El contexto sociocultural.
6. La ética de la relación médico-paciente.

UNIDAD TEMÁTICA VII

EL MÉDICO Y EL ENFERMO ANTE EL SUFRIMIENTO Y LA MUERTE

Tiempo asignado

Teoría: 6 horas
Seminario: 2 horas

Objetivos particulares

1. Reconocer las actitudes del médico y las del paciente ante el dolor, la angustia, la depresión y la muerte.

Contenido temático

1. El dolor y el sufrimiento.
2. Las actitudes y las reacciones ante la muerte.
3. Los aspectos psicológicos del duelo.
4. El duelo patológico.

UNIDAD TEMÁTICA VIII

EL AMBIENTE Y LA SALUD

Tiempo asignado

Teoría: 6 horas
Seminario: 2 horas

Objetivos particulares

1. Identificar los factores ambientales que influyen en la salud y la enfermedad mental de los individuos.

Contenido temático

1. El ambiente físico. Contaminación.
2. Los efectos psicológicos de la sobrepoblación.
3. La pobreza.
4. El ambiente social.

UNIDAD TEMÁTICA IX

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Tiempo asignado

Teoría: 26 horas

Seminario: 6 horas

Objetivos particulares

1. Señalar los determinantes biológicos y psicosociales de la violencia.
2. Identificar los aspectos psicológicos de las conductas homicida y suicida.
3. Conocer el problema del alcoholismo, sus causas y sus consecuencias.
4. Conocer el problema de la farmacodependencia, sus causas y consecuencias.
5. Reconocer las bases del desarrollo sexual normal.
6. Identificar las disfunciones psicosexuales, las parafilias y la homosexualidad.

Contenido temático

1. Los determinantes biológicos de la violencia.

2. Los determinantes psicosociales de la violencia.
3. Los aspectos psicológicos de las conductas homicida y suicida.
4. La violencia y la psicopatología.
5. El alcoholismo. Generalidades.
6. Los aspectos psicosociales del alcoholismo.
7. El tabaquismo.
8. Las características de otras sustancias adictivas.
9. Los aspectos psicosociales del abuso y dependencia de sustancias adictivas.
10. La determinación del género.
11. El desarrollo de la sexualidad.
12. Las disfunciones psicosexuales.
13. Las parafilias.
14. La homosexualidad en la sociedad contemporánea.

UNIDAD TEMÁTICA X**LA RELACIÓN MENTE-CUERPO*****Tiempo asignado***

Teoría: 12 horas
Seminario: 6 horas

Objetivos particulares

1. Conocer las bases biológicas de las funciones mentales.
2. Analizar el papel de las neurociencias en el estudio de las funciones mentales.

Contenido temático

1. La historia de la relación mente-cerebro.
2. El concepto de funciones mentales.
3. Las generalidades anatómo-fisiológicas de las funciones mentales.
4. Las generalidades neurobioquímicas de las funciones mentales.
5. Una introducción a la genética de las funciones mentales.
6. Los avances en las neurociencias.
7. El impacto de las neurociencias en el estudio de las funciones mentales.

4 ACTITUDES Y HABILIDADES

SON AQUELLAS QUE SE DESEA QUE EL ALUMNO ALCANCE AL FINALIZAR EL CURSO DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL PLAN ÚNICO DE ESTUDIOS.

Humanísticas

1. Analizar conjuntamente los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del paciente.
2. Advertir las actitudes que dificultan y utilizar las actitudes que facilitan el examen médico psicológico y su relación con los pacientes.
3. Percatarse de las influencias psicoterapéuticas hacia los pacientes y utilizarlas.
4. Saber distinguir el efecto de las propias actitudes, palabras y actos en los pacientes.
5. Tomar en cuenta la participación de rasgos de la personalidad y necesidades del médico y del paciente en su interrelación.
6. Analizar la perspectiva desde la cual el paciente percibe su enfermedad y el significado que da a la misma.
7. Analizar las actitudes de la familia hacia el paciente y del paciente hacia su familia.

Ética y legales

1. Aceptar y considerar la personalidad de cada individuo.
2. Mostrar interés genuino por los problemas que plantea el paciente y aplicar las medidas de apoyo para su solución integral.
3. Otorgar la importancia que merece la relación médico-paciente.
4. Conocer las indicaciones del aborto terapéutico.
5. En actividades de investigación cumplir con los requisitos de información y autorización por parte de los sujetos en estudio.

5 ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

1. Asistir por lo menos a 80% de las clases.
2. Participar activamente en las discusiones que surjan durante la exposición teórica.
3. Participar activamente en los seminarios que se organicen bajo la supervisión del profesor.
4. Preparar con antelación los temas que serán tratados durante las clases.
5. Entregar los trabajos solicitados por los profesores.
6. Contestar los exámenes departamentales y formativos.
5. Favorecer la dinámica de los grupos y el trabajo grupal.
6. Emplear diversas técnicas didácticas durante los seminarios: sociodramas, mesas redondas, Philips 66, viñetas.

Perfil de los profesores

PROFESOR TITULAR*

1. Médico cirujano.
2. Especialista en psiquiatría.
3. Tres a cinco años mínimo de experiencia docente.
4. Cursos de *Introducción a la didáctica* y de *La metodología de la evaluación*.

PROFESOR AYUDANTE*

1. Médico cirujano.
2. Especialista en psiquiatría.
3. Cursos de *Introducción a la didáctica* y de *La metodología de la evaluación*.

Funciones generales de los profesores

1. Realizar una evaluación inicial.
2. Utilizar un esquema general para las exposiciones teóricas que incluya: introducción, desarrollo y conclusiones.
3. Utilizar ejemplos basados en su propia experiencia profesional.
4. Complementar el aprendizaje con videotapes, diaporamas y material audio-visual elaborado por el Departamento.

*La mayoría han tomado el *Curso de ayudantes de profesor* organizado por el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental y han asistido a otros de posgrado.

Responsabilidades de los profesores

PROFESOR TITULAR

1. Dar a conocer a sus alumnos, el primer día de clases, el programa de la asignatura y la bibliografía correspondiente.
2. Cubrir 80% del programa de la asignatura.
3. Impartir regular y puntualmente las clases teóricas y los seminarios que corresponden a la asignatura.
3. Brindar asesoría continua a sus alumnos.
4. Aplicar los exámenes en las fechas y lugares autorizados para este propósito.
5. Llenar y entregar oportunamente las actas correspondientes.
6. Pasar lista de asistencia a los alumnos.
7. Participar en el programa de *Formación y desarrollo docente* de la Facultad de Medicina.
8. Otorgar una calificación justa y objetiva en función del aprovechamiento académico de los alumnos.

PROFESOR AYUDANTE

1. Cubrir 20% de la totalidad del programa de la asignatura.
2. Asistir a todas las clases teóricas y a los seminarios.
3. Cubrir 100% del trabajo de los seminarios.

4. Colaborar con el titular en la evaluación continua de los alumnos.
5. Brindar asesoría continua a sus alumnos.
6. Participar en el programa de *Formación y desarrollo docente* de la Facultad de Medicina.

Recursos y material de apoyo a la docencia

1. El programa por objetivos de la asignatura.
2. La bibliohemeroteca del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, en donde se pueden localizar los libros que se señalan en la bibliografía, así como revistas médicas.
3. Apoyo audiovisual. El alumno puede solicitar diaporamas y videocassettes sobre los diversos temas del programa en el mismo Departamento en horarios matutinos y vespertinos.
4. Asesorías permanentes.
5. Resolución de dudas académico-administrativas en el Departamento.
6. Programa de asesorías para alumnos irregulares.
7. Asesorías de autoenseñanza con material audiovisual para alumnos regulares.

6 EVALUACIÓN DEL CURSO

La evaluación de la asignatura *Psicología Médica I* se lleva a cabo mediante exámenes departamentales y el juicio del profesor titular. Una comisión de profesores de la materia elabora el material de examen que es aplicado simultáneamente a los alumnos de los diversos grupos. El examen de selección múltiple consta de un mínimo de 50 reactivos con cinco opciones cada uno en los exámenes parciales y de un mínimo de 70 reactivos para los exámenes finales.

Cada calificación parcial será el promedio de las calificaciones correspondientes al examen departamental y la calificación del profesor.

Requisitos para quedar exento

1. Cubrir un mínimo de 80% de asistencias al curso.
2. Obtener un promedio de las calificaciones parciales de 9 (NUEVE).
3. Haber presentado todos los exámenes parciales departamentales.

Exámenes finales ordinarios

1. Haber cubierto un mínimo de 80% de asistencias al curso.
2. Haber presentado los exámenes parciales.
3. Presentarse a cualquiera de los dos exámenes finales. Sólo podrán presentar el segundo examen aquellos alumnos que no hayan acreditado o presentado el primero.
4. La calificación del examen final será absoluta, es decir, NO SE PROMEDIARÁ CON LOS EXÁMENES PARCIALES.
5. Para aprobar la asignatura en examen final, es indispensable obtener una calificación mínima de 6 (SEIS).

REFERENCIAS

Sugerencias de libros básicos

De la Fuente R. Psicología médica. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.

Allport GA. La personalidad. Su configuración y desarrollo. Masson: Barcelona; 1977.

Erikson E. Sociedad y adolescencia. México: Siglo XXI; 1972.

Fromm E. Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. México: Fondo de Cultura Económica; 1985.

San Martín H. Salud y enfermedad. México: La Prensa Médica Mexicana; 1977.

Rappaport L. La personalidad y sus etapas. Buenos Aires: Paidó; 1977.

Unidad I. Introducción a la psicología médica

De la Fuente R. Psicología médica. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.

De la Fuente R. La perspectiva del hombre desde el punto de vista de la teoría general de los sistemas. *Psiquiatría* 1986; 7(3):20-25.

Dubos R. Hombre, medicina y ambiente. Venezuela: Monte Avila; 1969.

Gómez-Mont F. Raíces del pensamiento sistemático en la psiquiatría. *Revista Salud Mental* 1980; 3(3):6-12.

Unidad II. Evolución histórica de los conceptos médico psicológicos

De la Fuente R. *Psiquiatría médica*. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.

De la Fuente R. Historia de la psiquiatría en México. En: Marpategui J, ed. *La psiquiatría en América Latina*. Buenos Aires: Losada, 1989.

Jackson WS. Historia de la melancolía y la depresión. Madrid: Ediciones Umer; 1989.

Alexander FG, Selenick ST. Historia de la psiquiatría. Barcelona; 1970.

De la Fuente R, Viesca C, Krassoievitch M, Pérez-Rincón H. Título. *Salud Mental* 1990; 12(1): 1-18.

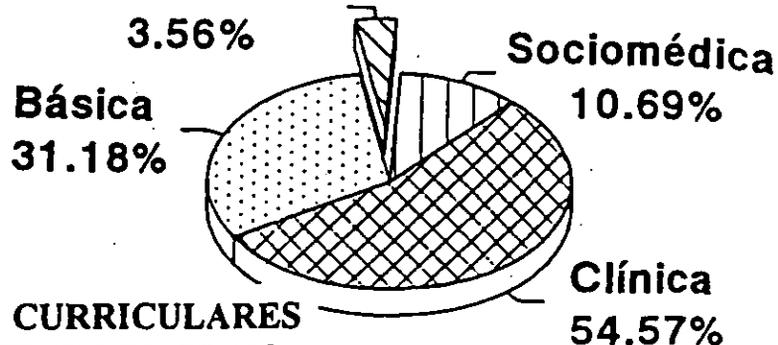
APÉNDICE 3

Plan de estudios de la carrera de médico cirujano 1993

ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIOS

S A L U D P U B L I C A		
PSICOLOGIA MEDICA --- HISTORIA Y FILOSOFIA DE LA MEDICINA		
<u>DISCIPLINAS</u>	<u>BASICAS</u>	<u>DISCIPLINAS CLINICAS</u>
	ANATOMIA	CIRUGIA I
	BIOL. DEL DESARROLLO	CIRUGIA II
	BIOL. CELULAR Y TISULAR	PATOLOGIA
	BIOQUIMICA Y BIOLOGIA MOLECULAR	PROPEDEUTICA Y FISIOPATOLOGIA
	FISIOLOGIA	MEDICINA GENERAL I
	MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MEDICINA GENERAL II
	INMUNOLOGIA	SEMINARIO CLINICO
	FARMACOLOGIA	GENETICA CLINICA
ASIGNATURAS DE LIBRE ELECCION		

Libre Elección



DISTRIBUCION DE CREDITOS CURRICULARES
SEGUN AREAS DE APRENDIZAJE EN EL PLAN

CARACTERISTICAS GENERALES

Nivel Académico:	Licenciatura
Nombre de los Estudios:	Carrera de Médico Cirujano
Título que otorga:	Médico Cirujano
Duración del Ciclo Académico:	6 años -12 Semestres
Requisito de Ingreso:	Bachillerato
Requisitos de Titulación:	<ul style="list-style-type: none"> *Haber cubierto la totalidad de los créditos de la licenciatura *Haber cumplido con el Servicio Social *Tener aprobado el examen de comprensión de lectura de inglés técnico médico *Haber aprobado el examen profesional

DISTRIBUCION DE CREDITOS:

PRIMER AÑO	84
SEGUNDO AÑO	94
TERCER AÑO	91
CUARTO AÑO	82
QUINTO AÑO	82
ASIGNATURAS DE LIBRE ELECCION	16
<hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/>	
TOTAL	<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> 449

EL PERFIL PROFESIONAL DEL EGRESADO DE LA CARRERA DE MEDICO CIRUJANO

El egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, que cumple satisfactoriamente los objetivos y adquiere los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, que integran el Plan Unico de Estudios:

Es un profesional capacitado para ofrecer servicios de medicina general de alta calidad y en su caso para referir con prontitud y acierto aquellos pacientes que requieren cuidados médicos especializados.

En la atención de los pacientes, además de efectuar las acciones curativas, aplica las medidas necesarias para el fomento a la salud y la prevención de las enfermedades, apoyándose en el análisis de los determinantes sociales y ambientales, especialmente el estilo de vida.

Se conduce según los principios éticos y humanistas, que exige el cuidado de la integridad física y mental de los pacientes.

Como parte integral de su práctica profesional examina y atiende los aspectos afectivos, emocionales y conductuales de los pacientes bajo su cuidado.

Conoce con detalle los problemas de salud de mayor importancia en nuestro país y es capaz de ofrecer tratamiento adecuado a los pacientes que los presentan.

Promueve el trabajo en equipo con otros médicos y profesionales de la salud, asumiendo la responsabilidad y el liderazgo que le corresponden, según su nivel de competencia y papel profesional.

Dispone de conocimientos sólidos acerca de las ciencias de la salud, lo que le permite utilizar la metodología científica como herramienta de su práctica clínica habitual y lo capacita para optar por estudios de posgrado, tanto en investigación como en alguna especialidad médica.

Tiene una actitud permanente de búsqueda de nuevos conocimientos, por lo que cultiva el aprendizaje independiente y autodirigido, lo que le permite actualizarse en los avances de la medicina y mejorar la calidad de la atención que otorga.

APÉNDICE 4

Instrumento de actitudes hacia la sexualidad

INSTRUMENTO DE ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD
MARCELA LOPEZ DOMINGUEZ.
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA

SUSAN PICK
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

RESUMEN.

La sexualidad es uno de los temas de mayor interés entre los seres humanos, ya que el hombre vive con ella desde su nacimiento, sin embargo, sigue representando un tema un tabú.

La finalidad de esta investigación fue construir un instrumento que midiera actitudes hacia la sexualidad, la construcción de esta instrumento tuvo varias fases, comenzando con el trabajo de 3 grupos focales conformados por adolescentes, en base a los resultados obtenidos en estos grupos se formularon 81 reactivos que constituyeron el instrumento inicial, éste fue aplicado a un total de 368 sujetos 207 mujeres y 161 hombres estudiantes de preparatoria y primer año de profesional cuya edad fluctuaba entre los 14 y 20 años, posterior a la aplicación se realizó al análisis de datos a través del paquete estadístico SPSS, donde se obtuvieron frecuencias para establecer los reactivos más significativos, un análisis factorial para agrupar los ítems obteniendo un total de 8 factores y un alpha de Cronbach para obtener la confiabilidad de los ítems, para dar como resultado un cuestionario con 34 ítems con 4 opciones de respuesta (muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo).

METODO

La construcción de este instrumento tuvo varias fases, iniciando con el trabajo de 3 grupos focales con la finalidad de obtener los indicadores con los cuales se trabajaría el instrumento, estos grupos estuvieron conformados de 10 a 12 sujetos cada uno con un rango de edad de 16 a 20 años, para trabajar con estos grupos se diseñó una guía de preguntas relacionadas con tópicos de sexualidad como fueron virginidad, relaciones sexuales premaritales, masturbación, anticonceptivos, preferencias sexuales, etc., los sujetos de cada uno de los grupos respondió a las preguntas realizadas además aportando nuevas preguntas y comentarios, y esto fue la base para la siguiente etapa de la construcción del instrumento que fue diseñar las preguntas resultando un total de 81 con 4 opciones de respuesta: muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo.

El instrumento se aplicó a 368 sujetos 207 mujeres (56.3%) y 161 hombres (43.8%), los cuales eran estudiantes de los tres grados de preparatoria y del primer grado de facultad.

Una vez aplicado el instrumento se procedió a la codificación, captura de datos y análisis estadísticos utilizando el paquete estadístico SPSS.

El primer análisis que se realizó fue la obtención de frecuencias con la finalidad de establecer los ítems más significativos, es decir, que si discriminaban, para la obtención de éstos se eligió el criterio del 25% más

alto y el 25% más bajo considerando que se tenían 4 opciones de respuesta, de los 81 reactivos iniciales quedaron 52.

Posterior a la obtención de frecuencias se obtuvo un análisis factorial con el objeto de agrupar los ítems, en este caso se utilizó el criterio de puntuaciones mayores de 0.30 para aceptar el ítem dentro del factor, se establecieron 17 factores, de los cuales sólo quedaron 8 ya que en los otros los reactivos no coincidían de acuerdo a su contenido entre sí, resultando de esta manera un total de 34 ítems; en algunos casos existieron ítems que se repetían, el criterio elegido fue en dos direcciones primero que en el factor donde tuviera más puntuación se dejara y segundo de acuerdo al contenido del reactivo.

Una vez establecido los factores se obtuvo el coeficiente alpha de Cronbach para establecer la confiabilidad de los ítems en cada factor, el criterio establecido para determinar la confiabilidad fue de puntuaciones mayores de 0.30

RESULTADOS

A continuación se presentan 9 tablas que contienen los factores con sus respectivos ítems así como la puntuación obtenida en el análisis factorial por cada uno, su puntuación del coeficiente de alpha.

El factor 1 denominado Actitudes hacia la sexualidad femenina está conformado por 7 ítems con un coeficiente de alpha de .5535 (ver tabla 1).

El factor 2 llamado actitudes hacia la masturbación está integrado por 3 reactivos con un coeficiente de alpha de 0.7997 (ver tabla 2).

El factor 3 denominado actitudes hacia las preferencias sexuales contiene 5 ítems con un coeficiente de 0.6292 (ver tabla 3).

El factor 4 nombrado prejuicios hacia la homosexualidad está integrado por 5 reactivos con un alpha de .6430 (ver tabla 4).

El factor 5 denominado culpa está integrado por 3 ítems con un coeficiente de 0.3667 (ver tabla 5).

El factor 6 llamado como actitudes hacia el aborto conformado por 4 ítems con un alpha de 0.5010 (ver tabla 6).

El factor 7 se denominó actitudes hacia la sexualidad masculina integrado por 3 ítems con un coeficiente alpha de .4148 (ver tabla 7).

Factor 8 denominado como actitudes hacia el sexo oral conformado por 2 ítems con un coeficiente alpha de -0.5594 (ver tabla 8).

Tabla 1
FACTOR 1: ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD FEMENINA

REACTIVO	X	S	ALPHA
La mujer debe llegar virgen al matrimonio			
Las adolescentes embarazadas tienen que casarse			
Una mujer virgen debe ser más respetada			
Las mujeres nunca deben tener relaciones sexuales extramaritales			
La virginidad constituye un factor muy importante en el éxito del matrimonio			
Es reprobable tener relaciones sexuales antes del matrimonio			
Durante el coito la mujer debe procurar sólo satisfacer a su pareja, no a sí misma			
Los anticonceptivos permiten a la mujer vivir más plenamente su sexualidad			
Los hombres tienen más deseo sexual que las mujeres.			
Es aceptable la pérdida de la virginidad antes del matrimonio			
			.5535

Tabla 2
FACTOR 2: ACTITUDES HACIA LA MASTURBACION.

REACTIVO	X	S	ALPHA.
Masturbarse es sano			
Es normal que la gente se quiera masturbar			
La masturbación es un acto natural			
			.7997

Tabla 3
FACTOR 3: ACTITUDES HACIA PREFERENCIAS SEXUALES.

REACTIVO	X	S	ALPHA.
Las personas con alguna preferencia sexual diferente a la mayoría deben ser aceptadas por la sociedad			
La homosexualidad es una posibilidad más de expresión sexual.			
Debemos aceptar que hay personas que se sienten atraídas por personas de ambos sexos (bisexuales)			
La homosexualidad debe ser respetada.			
La homosexualidad en hombres es más aceptable que en las mujeres			
			.6294

Tabla 4
FACTOR 4: PREJUICIOS HACIA LA HOMOSEXUALIDAD

REACTIVO	X	S	ALPHA.
Los homosexuales son personas enfermas			
La masturbación es propia de los homosexuales			
Los actos homosexuales son condenables			
La homosexualidad es repugnante.			
			.6430

Tabla 5
FACTOR 5: CULPA.

REACTIVO	X	S	ALPHA
A las personas que tienen relaciones sexuales extramatrimoniales se les debe castigar.	2.92	.80	
Las relaciones sexuales por lo general son dañinas para alguno de los miembros.	2.79	.83	
Las personas que padecen alguna enfermedad sexualmente transmisible se lo merecen	2.95	.90	
			.3667

Tabla 6
FACTOR 6: ACTITUDES HACIA EL ABORTO.

REACTIVO	X	S	ALPHA
Debe existir respeto para las personas que abortan			
Es preferible el aborto a un hijo no deseado			
Si se despenaliza el aborto se evitaría la muerte de muchas mujeres			
El aborto debe ser decisión única de la mujer.			
			0.5010

Tabla 7
FACTOR 7: ACTITUDES SOBRE LA SEXUALIDAD MASCULINA.

REACTIVO	X	S	ALPHA
En la relación sexual el hombre debe excitarse más que la mujer			
El condon resta satisfacción sexual en el hombre			
La iniciativa para tener relaciones sexuales la debe llevar el hombre			
			.4148

Tabla 8
FACTOR 8: ACTITUDES HACIA EL SEXO ORAL.

REACTIVO	X	S	ALPHA
El sexo bucogenital es pervertido			
El sexo oral es placentero para la pareja			
			-.5594

ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD*

Edad _____ Sexo _____ Promedio aprox. en el semestre anterior _____

INSTRUCCIONES

Este cuestionario tiene como objetivo obtener información sobre las actitudes de los(as) alumnos(as) hacia la sexualidad. Por favor marca con una cruz sobre la respuesta 1 a 4, de acuerdo con tu opinión. La información que nos proporciones servirá para captar cuáles son los aspectos importantes que debe considerar el (la) profesor (a) para impartir temas relacionados con la sexualidad. Este cuestionario es de carácter anónimo y se desarrolla con fines académicos y de investigación educativa, por lo que tu opinión aquí expresada no afectará en nada tus calificaciones. De hecho no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo nos interesa conocer tus puntos de vista con respecto a los 34 reactivos que a continuación se presentan.

¡ MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN !

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. La mujer debe llegar virgen al matrimonio				
2. Las adolescentes embarazadas tienen que casarse				
3. Una mujer virgen debe ser más respetada				
4. Las mujeres nunca deben tener relaciones sexuales extramaritales				
5. La virginidad constituye un factor muy importante en el éxito del matrimonio				
6. Es reprobable tener relaciones sexuales antes del matrimonio				
7. Durante el coito la mujer debe procurar sólo satisfacer a su pareja, no a sí misma				
8. Los anticonceptivos permiten a la mujer vivir más plenamente su sexualidad				
9. Los hombres tienen más deseo sexual que las mujeres				
10. Es aceptable la pérdida de la virginidad antes del matrimonio				
11. Masturbarse es sano				
12. Es normal que la gente se quiera masturbar				
13. La masturbación es un acto natural				
14. Las personas con alguna preferencia sexual diferente a la mayoría deben ser aceptadas por la sociedad				
15. La homosexualidad es una posibilidad más de expresión sexual				
16. Debemos aceptar que hay personas que se sienten atraídas por personas de ambos sexos (bisexuales)				

* Elaborada por Marcela López Domínguez (UAEM) y Susan Pick de Weiss (UNAM), 1997.

Muy de acuerdo
De acuerdo
En desacuerdo
Muy en desacuerdo

17. La homosexualidad debe ser respetada				
18. La homosexualidad en hombres es mas aceptada que en las mujeres				
19. Los homosexuales son personas enfermas				
20. La masturbación es propia de los homosexuales				
21. Los actos homosexuales son condenables				
22. La homosexualidad es repugnante				
23. A las personas que tienen relaciones sexuales extramatrimoniales se les debe castigar				
24. Las relaciones sexuales por lo general son dañinas para alguno de los miembros				
25. Las personas que padecen alguna enfermedad sexualmente transmisible se lo merecen				
26. Debe existir respeto para las personas que abortan				
27. Es preferible el aborto a un hijo no deseado				
28. Si se despenaliza el aborto se evitaría la muerte de muchas mujeres				
29. El aborto debe ser decisión única de la mujer				
30. En la relación sexual el hombre debe excitarse más que la mujer				
31. El condón resta satisfacción sexual al hombre				
32. La iniciativa para tener relaciones sexuales la debe llevar el hombre				
33. El sexo bucogenital es pervertido				
34. El sexo oral es placentero para la pareja				

Si deseas hacer algún comentario o sugerencia respecto a la realización de este cuestionario hazlo libremente a continuación:

APÉNDICE 5

Cinco entrevistas a expertos en enseñanza de la sexualidad

1. Dr. Eli Coleman
2. Dra. Ileana Petra Micu
3. Dra. Claudia Fouilloux Morales
4. Dr. Eusebio Rubio Auriol
5. Dr. Ricardo Winckelmann Stopello

DR. ELI COLEMAN

Nació en la Ciudad de Minneapolis, Minnesota, EUA, el 12 de abril de 1949.

1. *Formación profesional.* Doctorado en Psicología en la Universidad de Minnesota, EUA.

2. *Actividades profesionales.* Director y Profesor asociado del Programa de Sexualidad Humana en el Departamento de Práctica Familiar y Salud Comunitaria en la Escuela Superior de Medicina de la Universidad de Minnesota. actualmente ocupa el cargo de Presidente de la Asociación Mundial de Sexología.

3. *Publicaciones.* Es autor de múltiples artículos científicos y capítulos en libros, entre las cuales pueden mencionarse:

"Delinquentes sexuales: Métodos de prevención y tratamiento", en: Antología de la Sexualidad Humana. (1994) Vol. III: 315-337. México: CONAPO / Editorial Porrúa.

Coleman, E. S.M. Dwyer y N.J.Pallone (ed) (1993) Sex Offender Treatment: Psychological and Medical Approaches. Nueva York: The Haworth Press, Inc.

"Compulsive sexual behavior: New concepts and treatment", en: Eli Coleman (ed) (1991) John Money: A tribute. Nueva York: Haworth, pp.37-52.

"The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior". American Journal of Preventive Psychiatry and Nuerology (1990) Vol. 2 (3) pp.9-14.

ENTREVISTAS CON EL DOCTOR ELI COLEMAN (Marzo 3 de 1999, en el Auditorio "Dr. Ramón de la Fuente" del Departamento de Psiquiatría, de la Facultad de Medicina en Cd. Universitaria, D.F. y marzo 25 del mismo año, vía telefónica en casa de la Dra. Alma Aldana, donde se hospeda cuando viene a la ciudad de México, D.F.).

Doctor, ¿considera usted que un curso de libre elección sobre sexualidad humana, con duración de un semestre, y dos horas / semana de clase, pueden contribuir a que los alumnos que se inscriben en ella cambien sus actitudes hacia la sexualidad ?

Sí, sí, estos cursos son muy importantes para cambiar las actitudes, especialmente porque los médicos tienen el... el... "power", How do you say? Poder. Sí, sí, el poder, la influencia, esa autoridad que les da la sociedad. Los médicos generalmente son el primer punto de contacto con el individuo que tiene problemas con su sexualidad, por ejemplo de orientación sexual. No son los psiquiatras o los psicólogos como se cree, sino los médicos generales, si ellos han desarrollado actitudes favorables, pueden canalizar al paciente que presenta un problema con su sexualidad. Pero si el médico general tiene, por ejemplo, actitudes homofóbicas, aunque no lo diga verbalmente, su cuerpo sus lenguajes de su cuerpo... mm...¿Con su lenguaje corporal? Sí, sí, ese lenguaje corporal lo percibe el paciente y se siente estigmatizado, rechazado y ya no hablará de ese problema y se van formando muchos problemas psicológicos en ese paciente porque se siente diferente y no lo aceptan y no puede hablarlo con el médico.

Lo que me preocupa es que ese curso dice es ... ¿" free choice"...cómo dice? De libre elección, es decir, es un curso optativo de un semestre y sólo se inscriben a este nuevo programa los alumnos que están interesados en el tema.

Oh no !, son las personas que no necesitan este curso porque si es "free choice" y ellos lo desean estudiar quiere decir ya tienen buenas actitudes y que no le temen a hablar de sexualidad, ellos no son homofóbicos, los que tienen actitudes homofóbicas, a los que les

da miedo hablar de homosexuales y esos problemas son los que tienen que llevar estos cursos.

Bueno doctor, en esta primera etapa de la investigación que estoy haciendo, en la que les aplique un pretest de actitudes hacia la sexualidad elaborado por Susan Pick, profesora de la UNAM ¿la conoce?

Oh sí, sí, ella trabaja profesional, hace buenos programas con los estudiantes mexicanos, ella tiene buenos trabajos de educación sexual, sí, sí.

Pues en el pretest de "actitudes hacia la sexualidad" que la Dra. Pick elaboró muchos alumnos mostraron actitudes homofóbicas y son de éstos que le digo eligieron llevar este curso.

Muy preocupante, muy preocupante. Latinoamérica mucha homofobia, ¿por qué? Porque es la sociedad latinoamericana la que está enferma no los "gays" y las "lesbianas". Especialmente los médicos y los que son estudiantes de medicina son LOS MÁS HOMOFÓBICOS DE NUESTRO MUNDO, no nada más los estudiantes de México o de Latinoamérica, es lo mismo en el resto del mundo. por eso ES MUY IMPORTANTE TRABAJAR CON LOS ESTUDIANTES PARA CAMBIAR ACTITUDES. ¿Cuántos alumnos, pregunto, hay en su curso "free choice"?

Estoy investigando a la población total, que son en semestre de 1999-I: 104 alumnos, divididos en dos grupos de 52 estudiantes cada uno.

Pero ¿cuántos ser todos alumnos, cuántos ser alumnos de primer año que no llevan curso, la "población", cómo dice?

La población total de alumnos que se inscribieron en 1999 a la carrera de medicina es de mil estudiantes, de éstos, estudio al 10%, que es a su vez la población total que eligió llevar la asignatura sobre Aspectos médicos de la sexualidad humana.

Muy poco, muy poco. En mi Escuela es un curso obligatorio, y es un curso muy importante, los que no escogen este curso de sexualidad en tu escuela probablemente tienen muchos más problemas y son los que tienen que cambiar sus actitudes para ellos mismos, para sus amigos "gays" o "lesbianas" y para que no rechacen a sus pacientes. En mi Escuela dos días no damos nada información, nada como funciona sexualidad, nada información de su anatomía, dos primeros días SE EXAMINAN ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD, nada más, hablar abiertamente sobre la sexualidad, es divertido, encontrarás personas con muchas experiencias sexuales. y se puede hablar, se puede aceptar diferencias, no es malo; hay que decir estudiantes de medicina: TU RESPONSABILIDAD NO ES SER UN CURA O UN MORALISTA, Nooo!, tenemos que aprender a no juzgar.

De acuerdo doctor, pero la cultura mexicana esta llena de prejuicios hacia cambios y libertades sexuales, los mismos profesores que he encuestado, prefieren no hablar de temas como aborto, relaciones prematrimoniales, virginidad, y homosexualidad. Ellos mismos manifiestan prejuicios...

Sí, sí, yo lo sé, pero ya no podemos seguir ocultando lo que por tanto tiempo se ha escondido. Por ejemplo, SIDA, es una terrible enfermedad, una epidemia, la gente muere. Hay que hablar de ello y prevenir. Esta plaga ha forzado a la sociedad a reconocer que los homosexuales existen. Tenemos dos posibilidades: Una, si queremos parar el SIDA, ayudar a los grupos "gays", a que desarrollen conceptos positivos de sí mismos. Contraen SIDA, no porque no sepan usar un condón, sino porque tienen adicciones. ¿Por qué tienen adicciones? Porque tienen muchos problemas psiquiátricos, pero esos problemas no los tienen porque son homosexuales, sino porque son estigmatizados por una sociedad enferma, la homosexualidad no es una enfermedad, ellos no eligen ser homosexuales, hay que aceptarlos y ayudarles. La siguiente posibilidad es prevenir, no basta con dar terapia afirmativa a gente "gay" que ya llega al psiquiatra lleno de problemas y que pide al doctor: "por favor cambie mi orientación sexual". Eso es IMPOSIBLE, y no es ético hacer una

terapia que intente cambiar su orientación cuando hay clara evidencia que esta terapia no funciona y que está basada en IDEAS DISCRIMINATORIAS SOCIALES, y si los médicos no cambian actitudes desde que se están formando, luego ellos siguen perpetuando esta discriminación.

Científicamente se sabe que no es posible cambiar la orientación sexual. La posibilidad de prevenir implica en educar a la sociedad a aceptar que existen diferentes orientaciones sexuales. Desde niño, se nota cuando tiene manifestaciones y fantasías homosexuales y no es que digas: "Gracias, gracias Dios porque tengo un hijo o una hija homosexual", no, no es así de fácil, pero puedes ayudar a tu hijo a reafirmar su identidad, para tener una relación tu necesitas AUTOESTIMA y si rechazas a tu hijo, o hija, y si el médico rechaza a su paciente homosexual, aunque no se lo diga, pero cuando se lo dice con sus cuerpo, esta persona va a empezar a tener muchos problemas. Con estas actitudes favorables hacia las diferentes orientaciones sexuales, ya en los países de Europa del norte y en los Estados Unidos, podemos ver como está habiendo un cambio en la situación, hay gente que se desarrolla en pareja de homosexuales y se llevan bien, mejor que muchas parejas de heterosexuales, pero si siguen siendo estigmatizados seguirán aumentado los problemas.

El SIDA ha ayudado a conocer sobre la homosexualidad y la sexualidad abiertamente, esto ha sido beneficioso pero a un costo terrible. ¿Por qué, por qué seguir maltratando a nuestros niños sólo por que tienen una orientación sexual diferente?...

Si doctor entiendo muy bien su postura, pero no creo que sea tan fácil en México que se modifiquen actitudes y prejuicios tan arraigados que forman parte de una tradición y una cultura religiosa que se ha transmitido por años, creo que las creencias y las actitudes de los mexicanos son más difíciles de cambiar comparándolas con países tan desarrollados y de mentalidad más abierta, como son los países de Europa y los Estados Unidos que usted me da como el modelo a seguir, ¿no cree que estas diferencias culturales impidan ese cambio que usted sugiere?

No, no, tu también tienes prejuicios, pero te puedo decir que en tu país, en Juchitán, Oaxaca, donde acabo de estar, hay apertura, la gente no se preocupa, no se asusta de que existan los "gays". En Juchitán no hay secretos respecto al sexo. Ellos dan total libertad a sus niños de explorar sus preferencias sexuales. Ellos saben abiertamente quienes son "gays" y quienes son heterosexuales y se aceptan todos. En Juchitán los "gays" y los "travestis" no tienen discriminación. La familia no rechaza a sus propios niños. Si hay diferencia de enterarse de que el hijo escogió a otro hombre para ser su pareja. Sí, es difícil aceptar, no dicen los padres: "¡ Ah, Gracias, tengo un hijo homosexual !", no, pero no rechazan a sus propios hijos, dicen, es de nuestra familia como sea y, les dan amor. Es importante que la gente se arriesgue a decir a otro: "soy gay". La persona tiene que aprender a tomar riesgos calculados. Probablemente no sea a la mamá a la primera persona que le diga eso un "gay". No es fácil aceptarlo y decir: "Estoy feliz mi hijo es "gay"!!!!"

¿Es común la aceptación de la homosexualidad así en México, D. F.? No, yo lo sé. Si el hijo se lo dice a su mamá, en esta cultura, eso es demasiado riesgo. Pero si el médico lo escucha y lo acepta y le da confianza, el homosexual se da cuenta que se puede vivir siendo así, que no se muere ni él, ni el otro. Pero si los profesionales de la medicina no cambian de actitud hacia ellos, ellos no acceden a solicitar servicios médicos y se quedan solos con su secreto. Pero si es posible en Juchitán, ¡es posible en todo el mundo!, ¿por qué no?

Pues yo creo que porque en México, a excepción de Juchitán, que apenas ahora por usted me entero, hay costumbres y tradiciones religiosas y sociales muy arraigadas y yo por eso estoy investigando si vale la pena dar cursos de educación sexual a los alumnos de medicina, y ya en estos cursos: ¿Cómo hacer para que tantos años de tradición que hay contra los homosexuales cambie?

El primer paso de la metodología es cambiar las actitudes. El problema de la homofobia o de que la sexualidad es una enfermedad, no ayuda a poder tratar a estas personas. La medicina, y especialmente la psiquiatría, es una profesión muy homofóbica. Cuando rechazamos a nuestros niños, tienen muchos más problemas. Tienen más problemas de drogas, alcohol, violencia, delincuencia... pero si tienen amor, no tienen todos esos problemas.

Margaret Mead dijo que lo único que los padres pueden hacer es dar amor a sus hijos, como dices: "What kind of love they give"... ¿la clase o la calidad de amor que ellos dan?, Sí, ella estudió en diferentes culturas y encontró que ese amor que dan los padres es lo que luego da al hijo la capacidad de INTIMIDAD. ¿Por qué rechazar que las lesbianas y los gays pueden tener matrimonios estables?

Bueno en México porque la Iglesia lo prohíbe y la mayor parte de la población es muy católica...

Pero en Europa ya existe esta posibilidad y sabemos entonces que no hay RAZONES para no permitirlo. De entrada la gente dice: ¡NO!, pero si RAZONAMOS veremos que se debe promover la idea de los matrimonios entre lesbianas y "gays", PORQUE ESO LES DA MAS POSIBILIDADES DE BIENESTAR. Si no tienen igualdad de oportunidades sociales, de trabajo, de servicios de salud, es una DISCRIMINACIÓN hacia ellos y por eso tienen más problemas, al igual que sucede entre los solteros que no tienen una pareja, tienen más problemas.

Hay que CAMBIAR LAS ACTITUDES SOCIALES, para que tanto homosexuales, como heterosexuales, tengan las mismas oportunidades para el desarrollo de sus relaciones estables y aceptadas.

Sí, pero cómo sustituir ese arraigo hacia la religión católica y de pronto cambiar las creencias de toda una sociedad en su mayoría católica, ¿Por dónde empezar?

Con cursos como ese programa nuevo de sexualidad que tu dices, pero que debe ser obligatorio porque los médicos son muy homofóbicos y son los que tienen que cambiar sus actitudes, eso está cambiando en todo el mundo y también en México, aquí en tu país, Patricia Jiménez... ¿la conoces?...No. Ella es ya un modelo de rol social, tiene un puesto político. Ella es muy abierta sobre su sexualidad y eso es muy importante. Ya es "normal", ... que no es extraño que una lesbiana llegue a ocupar puestos importantes o roles en la sociedad.

¿Hay alguna teoría educativa para fundamentar y fomentar este cambio de actitudes sexuales?

Los elementos básicos que propone Erikson para el desarrollo siguen siendo válidos. Los elementos básico para un buen desarrollo son el Amor y la Aceptación, eso influye sobre el desarrollo de la Identidad y la Confianza en sí mismo, lo que ayudará a establecer relaciones de Intimidad con la pareja.

¡ Muchas gracias por atender a mis preguntas doctor Coleman!

A ti ¡Felicidades por este curso!, hay que hacer más cursos como éste para todos los médicos.

(Nota.- El uso de mayúsculas en la transcripción de las entrevistas que fueron grabadas en audio, lo hago para transmitir al lector el énfasis y la entonación el entrevistado expresó en esos casos).

Oficinas del Dr. Eli Coleman: PROGRAM IN HUMAN SEXUALITY
1300 South 2nd. Street
Suite 108
Minneapolis, Minnesota
55454 U. S. A.

DRA. ILEANA PETRA MICU

Nació en Cleveland, Ohio, EUA, el 20 de diciembre de 1948.

1. *Formación Profesional.* Médica Cirujana, con Especialidad en Psiquiatría. Curso de Formación de Profesores de Psicología Médica, realizó todos estos estudios en la Facultad de Medicina de la UNAM.

2. *Actividades profesionales.* Coordinadora de Enseñanza de la Psicología Médica en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UNAM desde 1986 aproximadamente y oficialmente desde 1993 a la fecha. Es miembro del Consejo Mexicano de Investigación Educativa.

3. *Publicaciones.* Ha publicado diversos artículos sobre educación médica, en su mayoría, especialmente dirigidos a aspectos de la formación de profesores.

ENTREVISTAS

Marzo 12 y 15 de 1998. en Cd. Universitaria, México, D.F.

Las entrevistas se realizaron en la Oficina de la Dra. Petra en la Coordinación de Enseñanza de Psicología Médica I.

Doctora, ¿hace cuánto tiempo se empezaron a impartir las asignaturas de libre elección?

Las asignaturas de libre elección llevan como tres años de existencia, aunque se había planteado impartirlas desde antes, pero fue necesario hacer cambios y cubrir requisitos que la Facultad había propuesto se hicieran para poder presentarlas ante Consejo Técnico, todo esto llevó varias etapas, lo cual hizo que se retrasara un poco su puesta en práctica. Los cambios al plan de estudios que incluyeron las asignaturas de libre elección datan de la época en que dirigió la Facultad de Medicina el Dr. Juan Ramón de la Fuente, quien planteó modificaciones al Plan de 1985 y al Plan A-36, que coexistían, pero entonces se acordó hacer El Plan Único de Estudios de la carrera médico cirujano 1993, donde ya se establece claramente cómo se pueden llevar las materias de libre elección.

¿Por qué se lleva en esta coordinación de Psicología médica I, el control administrativo de algunas de las materias de libre elección?

Primero, porque están dirigidas a alumnos de nuevo ingreso, es decir los que entran a primer año, antes se sugería que las cursaran hasta segundo o tercer año, y que se llevaran en las clínicas, pero el tiempo nos ha enseñado que las materias afines al área de la psicología médica, son mayormente solicitadas por los alumnos que sólo están estudiando aquí en la facultad, que todavía no van a las clínicas. Claro que también existen otras materias de libre elección que llevan los estudiantes que ya están en hospitales, pero esas son asignaturas más técnicas, en cambio, las que coordinamos aquí para los de primer año son más disciplinarias, éstas se llevan aquí mismo en la Facultad y los alumnos no tienen que ir a buscar pacientes que sean específicamente de los temas que llevan en su curso, las materias de libre elección que aquí coordinamos se llevan en forma de seminarios o en grupos de trabajo.

Concretamente, ¿cuántas y cuáles son las materias de libre elección que reciben apoyo administrativo en esta Coordinación de Psicología médica?

Pues tenemos dos de Sexualidad, que actualmente imparten dos profesores, tenemos otra de Alcoholismo, tenemos contemplado un curso más, aunque en estos momentos no se está dando, sobre Vejez, es decir, el Manejo del anciano, sobre aspectos psicológicos a tomar en cuenta en personas de la tercera edad. Por cierto, con respecto a la asignatura de alcoholismo, el programa se enfoca también al manejo del alcohólico y sus problemas en el

área de la salud mental. Y hay una materia más, también de sexualidad, que se llama: Salud reproductiva y sexual, pero actualmente no hay un grupo que la lleve.

¿Cuál es el procedimiento que el alumno de nuevo ingreso debe seguir para enterarse e inscribirse a estos cursos de libre elección?

Bueno, todos los alumnos que se inscriben a la carrera de medicina son informados de que tienen que obtener un número mínimo de créditos de materias de libre elección, entonces para poder cubrir estos créditos ellos tienen que buscar materias que les puedan llamar la atención. En Servicios escolares colocan listados con todas las asignaturas que hay de libre elección, en dónde también está indicado, cuáles son las que se pueden cursar desde primer año, o si se tienen que esperarse a ser de segundo o de tercer año, ya que hay materias de libre elección que no aceptan a alumnos que no están en clínica, dependiendo de los contenidos de cada curso. Entonces, cuando ingresan a la UNAM, los alumnos se presentan en servicios escolares y ven las listas, de ahí eligen, tanto por el interés específico que la materia le despierte, generalmente es porque les atrae el título de la asignatura y también por el horario, de tal forma que la materia de libre elección se pueda acomodar con las otras materias que llevan y que son obligatorias.

Obviamente también es importante mencionar, que escogen, a veces, por lo que escuchan de otras personas que ya pasaron por esas materias y les dicen cuáles han sido interesantes y qué es lo que les gustó de ellas.

¿Existe un número límite en los cupos de cada una de estas asignaturas de libre elección?

Sí, cada profesor determina el cupo límite, tanto el mínimo, como el máximo. Por ejemplo, casi nunca abrimos un grupo con menos de 10 personas, nunca son más de 30 por grupo, lo máximo. Preferentemente se trabaja con grupos entre 20 y 25 personas.

¿Sabe qué?, doctora Petra, en la investigación que estoy realizando con los dos grupos que se abrieron el semestre de 1999-1, me he encontrado con que hay más de 50 alumnos en cada uno de los dos grupos de Aspectos médicos de la sexualidad humana, que es la población que estoy evaluando, no me queda claro. ¿cómo es que hay estos grupos tan numerosos, en contraste con el límite máximo de 30 alumnos que usted me acaba de mencionar?, ¿hicieron alguna excepción este año o por qué hay casi el doble de alumnos por grupo de los 25 que usted me dice es lo más conveniente inscribir?

Bueno, lo que sucede a veces, es que nosotros fijamos un límite aquí en la Coordinación, no menos de 10, no más de 30. Pero cuando empiezan las inscripciones, en Servicios escolares se "sobresaturan," pero que no es una sola persona la que está recibiendo las inscripciones, sino que hay varias ventanillas en las que se atiende simultáneamente a los alumnos que se están registrando, y como la mayoría de las veces no se pueden estar comunicando, ¡se les val, y ya cuando inicia el curso se dan casos en que se registraron más de los alumnos previstos. Ahora, esto también nos hace ver, que estas asignaturas sobre sexualidad son lo que podríamos llamar "taquilleras, o sea, materias que llaman mucho la atención de estos jóvenes y, que están atendiendo a inquietudes o temas con los que ellos se sienten identificados, se interesan por ver o descubrir por sí mismos, su propio manejo de su sexualidad. Como el período de inscripciones es breve, no es fácil detectar este aspecto de sobrecupo que a veces se está presentando. A la vez no se ha llegado a considerar como un problema, ya que los profesores que imparten estas materias aceptan a esa cantidad de alumnos, es más, hasta les ha gustado el interés manifestado los alumnos por inscribirse a las materias de sexualidad y no han puesto ningún obstáculo en recibir a más alumnos, es decir, no se han quejado por el número creciente de alumnos que están solicitando entrar. Los profesores mismos valoran la importancia de que el alumno de medicina tenga este tipo de formación. Por eso, hasta el momento, no ha habido ningún problema de tipo administrativo, este aspecto, a pesar de que se está pasando la entrecomillas "cantidad", que se había considerado como máxima.

Doctora Petra, en lo personal me parece sumamente importante este asunto de "sobrepoblación" en las asignaturas que tratan sobre Sexualidad, ya que al ser de "libre elección", tal vez el interés que están expresando los alumnos que se inscriben a estas materias, está reflejando una demanda, a través de la cual los alumnos nos estén haciendo manifiesta una necesidad generalizada. De hecho para fines de mi investigación esta "sobrepoblación" me beneficia, porque así mi muestra o población en estudio es más amplia. Oiga doctora, ¿es por tanta demanda el que se hayan abierto dos grupos de la asignatura "Aspectos médicos de la sexualidad humana" en 1999, o desde que se empezó a impartir la materia se abrían ya dos grupos?

No, cuando se dio por primera vez la materia de "Aspectos médicos de la sexualidad humana", se abrió un solo grupo, y sí, efectivamente nos dimos cuenta de que el tema tenía gran demanda por parte de los alumnos, y que se quedaban fuera muchos más que querían tomarla y no podían llevarla porque no había suficiente cupo o porque se empalmaba con los horarios de las materias obligatorias de los alumnos del curso matutino. Entonces, no sólo por la demanda, sino también por ampliar la posibilidad dentro de otros horarios, fue que en 1999 se abrieron dos grupos en el mismo semestre. Nos dimos cuenta que los horarios eran importantes, porque mientras un curso de sexualidad se está dando en la mañana, esto puede permitir que los del turno vespertino la tomen como optativa, y como en el mismo semestre se imparte este curso de Sexualidad por la tarde, la pueden llevar los que tienen horario matutino en sus asignaturas obligatorias y esta última como materia de libre elección.

Ya en la práctica de la enseñanza de asignaturas de libre elección nos dimos cuenta que las asignaturas de libre elección, estaban impartándose en su mayoría por la mañana y entonces, los del turno matutino no podían llevar estas materias de libre elección y también por esa razón pasamos a poner materias de libre elección por la tarde con el fin de capturar a esa población interesada, sin que se les bloqueara el acceso por el horario que tenían en las materias obligatorias.

Doctora, ¿sabe usted si se ha hecho ya algún tipo de investigación sobre el rendimiento de los alumnos que han llevado este curso?

No, no se está haciendo ninguna investigación en particular. Lo más que se hace es checar o revisar la asistencia y el control de las calificaciones generales, pero eso se hace más bien con el fin de tener datos en el aspecto informativo y porque lo llevamos dentro del control administrativo. No se trata de ninguna manera de una investigación en forma o verdaderamente sería como para saber si hay, o no, grandes cambios o modificaciones en los alumnos que cursan esta materia. Sabemos que el alumno que la lleva está agusto, pero nada más.

Sí, yo también tengo esa misma impresión. Lo noté en la colaboración y amabilidad con la que me trataron cuando fui a aplicar los cuestionarios a estos grupos. También he notado que acuden con mucha frecuencia a la Bibliothemeroteca y al Centro de Recursos y Apoyos Audiovisuales, con el fin de obtener información y material para la presentación de sus clases. Me da la impresión que son alumnos que le echan más ganas y son más activos que los que acuden a pedir material para la materia obligatoria de Psicología Médica, y eso que la proporción de alumnos es de mil para esta última y sólo unos cien si acaso para la materia de Sexualidad, ¿a qué cree que se deba esto?

Tal vez habrá que investigar más formalmente sobre esto para saberlo, pero efectivamente así es.

¿En qué forma se selecciona a los profesores que imparten la materia de sexualidad humana?

Bueno, el primer requisito que pusimos para elegir a nuestro primer profesor de sexualidad es que fuera una persona especialista en el tema que estaba dando, ni siquiera pensar en que este profesor forzosamente tenía que ser del Departamento de psiquiatría, ya que estábamos hablando de una "nueva" materia, lo más importante era pensar en que esa persona fuera un especialista en el área, como fue el primer profesor que tuvimos, que nos

es psiquiatra, sino terapeuta sexual. El segundo profesor, que sí es psiquiatra, tiene también la especialidad en sexualidad humana. Tener esta preparación específica, hace que los profesores sean más capaces de manejar situaciones que otros profesores no podrían al no tener este tipo de formación. Por ejemplo, sino fueran especialistas en sexualidad, tal vez no sabrían contender en forma adecuada a las demandas de alumnos muy susceptibles a cambios, a ser influenciados por lo que están escuchando en la clase, etc.

¿Existe ya un programa definitivo para esta nueva asignatura de libre elección?

Sí, hay un programa definitivo que se basa fundamentalmente en: distribución de horarios, objetivos, y tipo de actividades. Esto de las actividades a realizar, es muy importante ya que ya que para las materias de libre elección se pidió desde un principio, por parte de la Dirección, que hubiera mucha actividad y participación de los alumnos en el estos cursos. Es decir, que el curso no se diera en forma "catedralicia", como se hace generalmente en asignaturas obligatorias, sino que el alumno pudiera estar haciendo cosas, porque la "autoenseñanza" era también una forma nueva que se deseaba implementar dentro de estas materias.

¿En que forma y quiénes elaborar este programa de sexualidad humana?

Se maneja de dos formas. Por una parte el profesor plantea sus objetivos y los temas a desarrollar, así como las actividades que se propone realizar con el grupo. Ésto se discute con la Coordinación del Departamento, tanto con el Jefe del Departamento, como con la Unidad de Enseñanza para ver si coincide con los lineamientos mínimos de la materia, en caso de que sea necesario se corrige y se redacta nuevamente, o se sugiere mejorar o ampliar algunos temas, o, si es necesario, se pregunta el por qué de algunos temas. Una vez que el programa fue discutido con el profesor, se manda a la Secretaría de Educación Médica y, ya en educación médica, se decide si lo envían al Consejo Técnico. El Consejo Técnico tiene un área académica, la cual, revisa el documento que les fue enviado y ahí resuelven si el programa es relevante. He de decirte que, a veces, los que plantean un Programa pueden ser profesores solos, es decir, no tienen que estar necesariamente "promulgados" por un Departamento. Cuando llega a suceder así, que de pronto un profesor dice: "A mí me gustaría dar esta materia de libre elección", su propuesta es atendida por Consejo Técnico, y ahí deciden cuál Departamento es el más *ad hoc* para revisar la propuesta y para que vean si no está ya abarcado o encimado con los contenidos de otras materias, para que no se imparta algo repetitivo o que se considere que el programa no aporte nada útil para un médico o que esté fuera del nivel del alumno de pregrado de medicina, en ese caso, se le sugiere al profesor que haga modificaciones a su propuesta o de plano se le informa que su programa se rechaza y que no se permite que se dé.

DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES

Nació en la Ciudad de México, D. F., el 11 de noviembre de 1953.

1. *Formación profesional.* Médica Cirujana, con Especialidad en Psiquiatría por la Facultad de Medicina de la UNAM. Subespecialidad en Terapia Sexual por la AMSSAC.
2. *Actividades profesionales.* Coordinadora de Enseñanza de los Cursos de Posgrado del Departamento de Psiquiatría de la UNAM.
3. *Publicaciones.* Ha realizado diversas investigaciones, y tiene ya algunos artículos publicados sobre la salud mental del estudiante de medicina.

ENTREVISTAS

Las entrevistas se realizaron en las oficinas de la Coordinación de Enseñanza del Posgrado del Departamento de Psiquiatría, los días 22 y 23 de marzo de 1999.

Claudia, ¿Cómo fue que te incorporaste a ser profesora de la asignatura de libre elección Aspectos médicos de la sexualidad humana?

Bueno, lo que pasó es que se estaba solicitando que quien impartiera esta materia fuera un médico, especialista en psiquiatría, pero que además tuviera alguna formación en los aspectos de sexualidad humana. Entonces los dos profesores inicialmente propuestos fueron el Dr. Eusebio Rubio y el Dr. José Díaz Martínez, quienes son los que tenían ya esa formación, y ya luego nos invitaron a nosotros, y digo nosotros, porque me estoy refiriendo al Dr. Winckelmann y a mí, quienes aunque no tenemos un nombramiento oficial, participamos como profesores adjuntos de esta materia optativa. Entonces Ricardo Winckelmann quedó con el grupo del Dr. Rubio y yo quedé con el grupo de José Díaz, y desde entonces nos dividimos los temas para abordar cada quien los temas que cada quien crea manejar mejor o le guste más y fue como se dio pues que yo quedé a cargo de una participación temporal del manejo de estos grupos.

¿Hace cuántos años te iniciaste como profesora de esta materia?

¡Jole, pues creo que ya son como ...¿cuatro?, o tres, no recuerdo exactamente, pero fue desde que empezó esta materia. Creo que fue a partir del segundo semestre, porque en el primero no estuve, pero sí, fue a partir del segundo semestre que me integré como profesora de esta materia.

¿Notas cambios de una generación a otra, en el sentido de que los alumnos lleguen mejor preparados sobre el conocimiento de su sexualidad, por tantas campañas que ha habido en los últimos cuatro años, tanto por radio como por televisión, años en que se ha notado que los medios de comunicación han mostrado más apertura con respecto a dar información sobre estos temas?

Bueno, lo que ha pasado con esta materia es que llegan con información muy variada. De hecho al principio se inscribían alumnos de diferentes generaciones. Primero sí existía el requisito de que hubieran cubierto todos los créditos del primer año de medicina. Entonces en un principio eran alumnos de segundo, de tercero o de cuarto año, o incluso hasta los del internado podían inscribirse, pero no creo que eso se siga dando, ahora ya está abierta la materia a los alumnos de primer año y son los que más se inscriben. Cuando había mezcla de tantas generaciones sí se notaba que los de segundo tenían menor información que los de tercero o que los de cuarto, y ya los más grandes están como más sueltos, más abiertos, etc., ahí sí notábamos cambios de que tenían más información, pero en cuanto a

que los grupos lleguen con diferencias pues yo no, francamente no he notado que lleguen mejor preparados en estos temas de sexualidad por el hecho de ser de generaciones más jóvenes.

¿Has notado que se presentes conflictos morales, que sean evidentes, por parte de los alumnos, a la hora que se tratan en forma tan abierta temas que siguen siendo un tabú en nuestra sociedad?

No, mira, yo creo que los alumnos, que no sé con qué tanta información vengan, de hecho no creo que se inscriban a esta materia porque son más abiertos y vienen mejor informados que otros de su generación, yo creo que se inscriben precisamente para conocer, yo veo que vienen con poca información, aunque eso sí, muy interesados desde luego por aprender más en el área de la sexualidad. Lo que he notado yo es que son alumnos que generalmente tienen apertura y aunque las discusiones deriven, y de hecho se cae mucho en los juicios morales, en los juicios éticos, esto sobretodo en temas como: aborto, virginidad, etc., los cuales abordamos en el curso, bueno pues sí, sí encontramos discrepancias entre lo que opinan unos y otros, pero yo nunca me he sentido incómoda, ni los he percibido a ellos incómodos, y que yo diga, bueno, están poniéndose en una situación muy conservadora, o lo que les estoy diciendo a ellos los está espantando, no, al contrario, los noto muy abiertos a aborda diversos temas, incluso el tema de la homosexualidad que a veces da un poquito de trabajo, porque ahí no es tanto de modificar valores, sino, simplemente, de tener una actitud abierta ante un cierto comportamiento del ser humano y que a veces nos encontramos con gente que sigue pensando que esto es una terrible enfermedad, y es difícil discutir en estos términos, pero aún en ese tema yo he notado a los alumnos que lo pueden tratar mas bien con esta apertura. No bien informados, al contrario vienen mal informados, pero a la hora que lo trabajamos en clase, empiezan a mostrar cierta apertura.

¿Participaste en la elaboración del Programa de esta nueva materia optativa?

No, yo no participé en su elaboración. Yo creo que quienes lo hicieron fueron el Dr. Rubio y el Dr. José Díaz, porque cuando yo llegué ya estaba hecho el programa.

¿En qué forma te fuiste interesando por especializarte como terapeuta sexual, siendo ya psiquiatra?

Bueno, la verdad es que fue muy curioso, porque a mi, en lo particular, me llamó la atención, saber más y conocer más acerca de la sexualidad, pues yo creo que por lo mismo que les llama la atención a los muchachos que se inscriben a esta materia optativa, porque tenemos desconocimiento de estas áreas y, además, porque yo noté que se me dificultaba, aún siendo psiquiatra, adentrarme en el tema, yo creo que precisamente, por ese desconocimiento, o sea que noté que tenía una actitud especial al hablar con los pacientes sobre temas sexuales, no me era fácil, yo creo que tenía algo de pena, algo de limitación para poder explorar estos temas, y bueno, yo lo he visto, que en cuanto uno conoce y se además está en este terreno de interrogar a los pacientes, como lo tuve que hacer, porque me estaba formando en la clínica, me di cuenta de que prontamente, al estar mejor preparada, entonces empecé a manejar el área de la sexualidad como cualquiera otra área de la salud, o, si es el caso, de la psiquiatría, y se vuelve tan habitual, natural y fácil el abordar estos temas con nuestros pacientes que ya pues se ha hecho parte de nosotros, pero la verdad que antes de este curso, a mi me costaba mucho trabajo tratar esta área y creo que a muchos psiquiatras ya profesionales, o en formación, les cuesta trabajo el manejo de problemas que tiene el paciente en esta área.

¿Consideras que es suficiente llevar en un semestre de todos los "Aspectos médicos de la sexualidad humana", para poder lograr cambio de actitudes sobre esta área en alumnos de ingreso reciente a la universidad y que esté bien que sea una materia optativa?

No, el que sea optativa no estoy de acuerdo; debe ser una materia obligatoria. Por otro lado, yo sí creo que un semestre es suficiente, además, porque realísticamente no nos podemos poner demasiado exigentes, ya que el alumno debe de cursar otras materias, como anatomía, bioquímica, etc., que se llevan sólo un semestre y son materias también muy importantes y con una carga académica pesada. Yo creo que con un semestre es suficiente, pero a mí, dos cosas no me parecen, una, que sea optativa, cuando obviamente debiera ser obligatoria: La sexualidad humana es un área que está muy lastimada en la población en general, la prevalencia de las disfunciones es altísima, cuando en realidad se puede hacer prevención muy fácilmente, entonces no sé por qué no se aborda en forma obligatoria durante la carrera. Por otro lado, siento que al cursar esta materia se debería hacer también un poquito de clínica, como que está muy teórica, que está muy bien porque la mayor parte del tiempo se trata de discutir, de ver que opinan los alumnos, cómo se sienten al abordar estos temas, etc. Pero creo que esta otra parte clínica en la que se le diga al alumno, bueno a ver, cómo vas a interrogar a los pacientes, cómo reaccionas cuando te contesta el paciente, cómo indagas esa problemática, etc. Eso no te lo da nada más con tener más conocimientos en el área, sino también de aprender a pararse frente al paciente y aunque no sean terapeutas sexuales deben de saber explorar esa área. A mí en un principio eso me costaba trabajo porque nunca te entrenan desde cómo preguntar al paciente, hasta conocer ciertas expresiones que utilizan, por ejemplo, los varones, a nosotras las más mujeres nos da mucha dificultad comprender de qué hablan, porque ni siquiera las conocemos, entonces, si no nos entrenamos ya dentro de la práctica médica, no sabemos ni cómo preguntarlo. Por eso, yo creo que debería de haber una parte más clínica dentro de este programa, pero desde luego que primero tendría que pasar a ser una materia no solamente optativa, porque en general esta área de las optativas, que ahora ya llevan desde primer año, pues son típicamente teóricas.

¿El propósito principal de esta materia es cambiar actitudes o su finalidad es básicamente informativa?

Mira, yo creo que dando la información se cambian actitudes, porque a medida que le gente está mejor enterada, cambia, te voy a decir algo, concretamente en relación a la homosexualidad, muchas personas desconocen que la homosexualidad también tiene bases biológicas que se han comprobado, en algunos casos, no estamos diciendo que en todos, pero de repente este aspecto a la mayoría de la gente se le barre y piensa que esto es producto de haber tenido un mal ambiente familiar, de haber tenido una mala educación, etc., y no, hay casos en los que se ve que hay una clara tendencia hereditaria, entonces simplemente con tener esta información nos hace ponernos a pensar, bueno, qué tantas de estas personas homosexuales no eligieron, como es por lo menos en la mayoría de los casos, no eligieron tener esas tendencias, ¿no?, bueno, así como este ejemplo hay otros en los que, al proporcionar la información adecuada, hace cambiar a las personas su forma de pensar con respecto a la sexualidad. Yo creo que sí, la información hace cambio de actitudes, cosa que, por ejemplo, cuando se imparte la materia de Psicología médica, también quisiéramos los profesores lograr cambios de actitudes, y yo en particular vería más coronado y con más sentido a mi trabajo como profesora, si yo viera un cambio de actitud en mis alumnos, más que si saben cuáles son las etapas por la que pasa el duelo, o mejor dicho las personas que atraviesan por un duelo. En muchos casos concretos como éste, la teoría no es tan importante, sino lo que nos importa es que después de cursar la materia el médico sepa cómo llevar una buena relación con su paciente, se preocupe por él como persona, lo contemple en el entorno de su familia, y concretamente en el área de la sexualidad, es básico que capte la necesidad de observar la importancia de las relaciones del paciente. Ya estando en una consulta frente al paciente me importaría poco, si el

alumno recuerda, o no, textualmente cuáles son las etapas del duelo. Aunque sí reconozco que quien tiene mejor información, en general, puede estar más abierto a atender todas las inquietudes y problemas de su paciente.

¿Consideras que hay algún tipo de riesgo el tratar temas de sexualidad en forma tan abierta cómo se hace éste Curso, por ejemplo, sé que algunas personas creen, que si se les da tanta información sobre sexualidad a lo 17, 18, ó 20 años de edad, como es el rango que abarca a los alumnos inscritos , esto hecho los motivara a tener relaciones sexuales a edades más tempranas?

No mira, esto es algo que ya se ha contemplado en otros casos, por ejemplo, en Farmacodependencia y Alcoholismo, se ha hablado de que darles demasiada información a los muchachos a veces es contraproducente porque cuándo se les dice: Bueno, es que con esto experimentas tal o cual sensación, y capaz que se les antoja probarlo y eso podría ser un riesgo, pero hablando de la Sexualidad, digo, a mi no me importaría que los jóvenes que llevan la materia de sexualidad de repente se decidieran a ejercer su sexualidad, yo creo que eso no es malo para nadie, al contrario, yo creo que mientras más información se les dé, yo creo que están más preparados para poder ejercerla adecuadamente. En relación a la sexualidad, yo no pienso que se deba cuestionar, como en los otros casos que te mencioné con relación a la Farmacodependencia y al Alcoholismo, por sé que estamos guiando al joven con información adecuada y qué bueno que lo lleve a ejercer su sexualidad una vez que ha tenido toda una información y vea toda la responsabilidad que está por detrás de este ejercicio y que, a tiempo, sepa cuáles son casos en los que se están exponiendo.

DR. EUSEBIO RUBIO AURIOLES

Nació en la Ciudad de México, D.F. el 19 de septiembre de 1955.

1. *Formación profesional.* Médico Cirujano por la Universidad La Salle. Doctorado en el Programa de Sexualidad Humana de la Universidad de Nueva York. Entrenamiento Postdoctoral en Terapia Sexual del Hospital Monte Sinaí de Nueva York. Formación inicial como educador sexual de la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES).

2. *Actividades profesionales.* Desde 1984, es Profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, en donde ha sido profesor de posgrado en cursos de sexología en los programas de formación en psiquiatría y, de pregrado, en la carrera de médico cirujano. También desde 1984, colaboró en el Programa Nacional de Educación Sexual de Consejo Nacional de Población (CONAPO). Fundador de la Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. (AMSSAC), de la que fue Presidente fundador y en donde es Profesor titular del "Curso de Formación de Profesionales en Terapia Sexual". Actualmente es Presidente de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología, A.C. (FEMESS). En 1998, fue el Presidente del IX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual (IX CLASES), y II Congreso Nacional de FEMESS.

3. *Publicaciones.* Ha publicado varios artículos en libros y revistas nacionales e internacionales. Fue el Coordinador Científico de la Antología de la Sexualidad Humana (1994) que consta de tres volúmenes y fue publicada por el Consejo Nacional de Población y el Grupo Editorial Porrúa.

ENTREVISTA

La entrevista se realizó en el Consultorio privado del Dr. Rubio, en la Colonia del Valle, en la Ciudad de México, D. F., el día 23 de marzo de 1999.

Eusebio, ¿Cómo nació tu interés por convertirte en terapeuta Sexual?

Mmm... fue una consecuencia de las experiencias durante mis estudios en la carrera de medicina, eso lo tengo bastante claro, te lo puedo platicar, sucedió que cuando yo estaba por ahí del sexto semestre, o séptimo, una persona que conocía yo desde hacía muchos años antes de entrar a medicina, que había sido mi profesor en primaria, me invitó a dar una plática, porque era él entonces ya profesor y director de una secundaria: Oye, ¿por qué no vienes a mi secundaria a dar una clase de educación sexual para mis alumnos?, ¡Ah sí, cómo no, si voy!, y entonces fui, pero afortunadamente una previsión que se me ocurrió tomar, fue invitar a una compañera porque dije: Bueno, así cuando menos está ahí una chava también (risas) y por ese lado no me agarran en curva. Fue bastante impactante el haber llegado ahí a dar la clase, y bueno, percatarme de que andábamos prácticamente con los conocimientos que nos había dado la vida y, no mucho, la carrera, ¿no?... Eso fue más o menos, como te digo, en sexto semestre. Eso se tradujo en una serie de pláticas entre los compañeros que nos propusimos ver qué había escrito, y entonces pues nos fuimos a buscar libros, y nos topamos con algunos de los libros que ahora son más o menos clásicos, que estaban en ese tiempo en las librerías y dijimos: ¡Jole, de esto pues los médicos no sabemos nada!, así tal cual. La siguiente cosa que pasó fue cuando hubo Jornadas de Estudiantes de Medicina, en la Escuela en dónde estudié, y entonces dije: Vamos a presentar un trabajo de sexualidad. Luego nos repartimos los temas y cada quien presentamos un trabajo y así como que: ¡Ahhh!, todo mundo se quedó impresionado de que estuviéramos hablando de esas cosas. Hasta entonces parecía un interés así como... mmm... ¿Sólo transitorio?... Pues sí, alguna cosa interesante con la que te hubieras topado de repente y ya... eeh... Cuando entré al internado de pregrado ¡Para mi sorpresa!, el día que se me ocurrió decirles: ¿No quieren que demos alguna sesión de sexualidad, de las disfunciones?, ¡Sí, Sí, cómo no!, y entonces la dimos y obviamente, nuevamente, ¡Nadie sabía nada! y ya para entonces, fue cuando empecé yo a pensar: ¡Carámbas, ésta sí es toda un área en dónde hay como una carencia grande! ¿no?. Luego vinieron una serie de cosas

más bien casuales...eeeh..., casualmente, en 1979, justo cuando acababa yo de terminar el internado de pregrado, hubo un congreso aquí, internacional, que me permitió conocer lo que ocurría en el área de sexualidad en todo el mundo y eso fue muy definitorio, me puso en contacto con los programas en el extranjero y, fue a partir de ahí, como pasé de tener una idea un tanto interesante, a la posibilidad un desarrollo profesional con una beca del Conacyt y así me fui encaminando para allá.

Ya me mencionaste anteriormente que si fuiste tú quien elaboró el Programa con el que se imparte la asignatura de libre elección Aspectos médicos de la sexualidad humana, Siii. ¿Fue por iniciativa tuya o te fue solicitado oficialmente, por alguien de la UNAM, que lo elaborarás?

Mira...¡Espérame, espérame, espérame!,... porque con esta idea ya andábamos... a ver... déjame hacer ¡La memorial de cómo estuvo: Hicimos un Programa previo, y hablo en público porque lo hicimos yo y otro que ya estaba también en el grupo que se llama Guillermo González Méndez, ¿no sé si lo recuerdes? No. Es médico psiquiatra que luego hizo el curso de sexualidad allá en la Asociación, y él estaba,... él fue quien directamente... bueno, te voy a tener que hacer entonces un poquito de historia de cómo estuvo la cosa. Si por favor, porque ya indagué en el Departamento y de esto nadie sabe informarme, todos me remiten contigo. La situación se presentó así: Cuando yo regresé de Nueva York con el estudio de posgrado, el doctorado que me fui a hacer allá, llegué a pedir posada al IMP (Instituto Mexicano de Psiquiatría) y al Departamento (Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM) y en los dos me dieron trabajo, pero luego ya me dieron más formalmente posada, profesionalmente hablando, en el Departamento. Y ahí, lo que se me encargó inicialmente, fueron los cursos de posgrado (para impartir la materia de sexología) de los residentes de segundo y tercer año de la Especialización en Psiquiatría. y, también, en ese tiempo (1984), estaban los módulos de la Residencia en Medicina Familiar. Y luego, después de seis meses ahí, entré también a trabajar en la Clínica de salud mental y pusimos un servicio de consultoría en problemas sexuales para los chavos, ahí estuvimos varios años, y después ya seguí en el Departamento con todo esto, excepto la clínica, ya que entró Guillermo González en mi lugar, y entonces se quedó él atendiendo la clínica de salud mental y ayudándome en los otros cursos, unos años...

¿Fue cuando estuvo la sexóloga Delia Sánchez también, a ella si la conocí en el Departamento?

Eso fue...¿un poco después?... ¡No, no!, ¡Delia estuvo antes!, de hecho Delia..., ¡Tienes razón, estuvo también! ... de hecho fue la que inicialmente me sustituyó, pero estuvo poco tiempo, sólo algunos meses porque luego se fue a estudiar fuera de México, y luego de ella es cuando entró ya Guillermo González que sí se quedó cosa de dos años o más... Entonces, ahorita me estás haciendo recordar que: ¡Con Memo, fue cuando hicimos nosotros una propuesta de replantear los temas que se daban de sexualidad! ... Andaban con una serie de ideas de replantear la currícula de los programas ... ya no me acuerdo si la primera propuesta que hicimos fue para la materia de Psicología médica ... para aumentar las horas de sexualidad dentro de Psicología médica, ... entonces, desarrollamos un Programa para que se impartiera ahí, y bueno, pues se propuso pero no caminó la idea mayormente y, como resultado de ese intento ... que la verdad de éste ya no me acuerdo bien cómo fue... pero como resultado quedó la inquietud: Pero bueno, ¿ahora que vamos hacer a nivel de pregrado?, porque ya tenemos en los cursos de posgrado (la asignatura de Sexología) para los psiquiatras, pero para los alumnos de pregrado no teníamos nada ... y fue entonces que se dio la coyuntura de que se abrieron las materias de libre elección...

Sí, esto fue ya con la reforma al Plan de estudios de medicina, que se hizo en 1993, cuando fue director de la Facultad el Dr. Juan Ramón de la Fuente...

Exactamente, cuando Juan Ramón estuvo en la Dirección, el Consejo aprobó el nuevo plan y entonces se abrió la posibilidad y se propuso: ¿Por qué no plantean una materia de sexualidad?, ¡Perfecto!, y entonces lo que hicimos fue adaptar ese trabajo previo que

habíamos hecho para pregrado de Psicología médica para conformar una materia con las características que nos pedían, de tal manera que el diseño final del curso fue una conjunción entre la intención de tener un abordaje educativo en donde el problema tuviera que ser resuelto finalmente por el alumno, darles mucha oportunidad de participar, construir y reflexionar y, por nuestra parte, centramos nuestro interés en darles un abordaje lo más integral que se pudiera y lo más formativo que se pudiera. Esos fueron los criterios básicos sobre los cuáles tomamos las decisiones de: qué temas incluir, cómo abordarlos, y de la metodología que se seguiría en el curso. Todo eso se tradujo en el marco de conceptos y de temática que tiene el curso. Éste, planteado a partir de los Holones del Enfoque Sistémico que ya conoces y que desde un principio habíamos planteado, nada más que para el caso de esta nueva materia, hicimos una selección más o menos consciente de adaptar la temática, es decir, el programa tiene como dos vueltas a las temáticas de Los Holones, pero seleccionando aquellas cosas que más cercanamente estén al momento de la vida de los muchachos que llevan el nuevo curso. Entonces revisamos: ¿qué temáticas de reproducción sexual?, ¿qué temáticas de placer, de erotismo?, ¿qué temáticas de género?, ¿qué temáticas de vínculo afectivo? Dentro del curso tratamos de incluir esos temas que están cercanas al momento de crecimiento de los muchachos de esa edad, con la idea de que el abordaje de esas temáticas nos permitiera un acercamiento más directo a la parte afectiva de los alumnos, a sus actitudes, para después hacer, con ellos, la reflexión, la discusión y el autocuestionamiento respectivo.

Eso fue la Guía ... y combinado con la otra estrategia -con la cual yo también estoy muy de acuerdo, pero que en este caso era ya una petición explícita- de encontrar una metodología que permitiera que este curso representara una experiencia de investigación, de descubrimiento ¡de los alumnos! Por eso el programa tiene una estructura muy recargada en el trabajo por parte de los alumnos, que para nuestra grata sorpresa, sí ha funcionado, cuando menos eso es lo que nos indica su comportamiento: ¡Van e investigan, presentan cosas muy creativas, se ven muy contentos!

Efectivamente, esa es la impresión que a mi me ha dado, y eso estando desde fuera del aula, yo he notado que los alumnos que cursan esta materia, son mucho más movidos y entusiastas en comparación, por ejemplo, con los que llevan Psicología Médica o la materia de Alcoholismo. Los que llevan Sexualidad Humana acuden con mucha frecuencia a buscar material audiovisual del CRAA, lo analizan, si no les gusta, me lo dicen y elaboran sus propios sociodramas y hacen sus propios videos, también sé que acuden con mucho más frecuencia, que los otros, en búsqueda de información bibliográfica actualizada ... Ahora: ¿Quién sabe qué tanto eso, es producto de que ellos eligen la materia, eh? Déjame decirte que ahí yo creo que hay un factor que no es necesariamente producto del diseño del programa, o de la metodología propuesta, sino que puede influir el que los alumnos mismos vienen ya con el interés, ¿no?... ¿Quién sabe?, no hay manera de saberlo, por cierto, una cosa muy interesante sería: hacer el perfil de los alumnos que eligen esta materia y compararlo con otros que no la eligen. ¡Deben ser diferentes! ... Si sería interesante, pero eso no lo puedo sacar a través de un cuestionario cerrado, que es el instrumento que yo estoy utilizando para investigarlos. Exactamente, eso no se puede saber con una cosa como la que estás haciendo, pero para después sí sería muy interesante hacerlo. Ahora, regresando a lo del curso, por eso es que tiene pocas sesiones de clases tradicionales y exposiciones dadas por los profesores al principio, para que el grupo se organice y trabajen. Y ya luego los propios alumnos dan una ¡grááán! proporción de clases. Con la propuesta específica de que ellos aborden tanto la parte cognitiva -lo cual hacen a través de sus investigaciones- como, y lo más importante, la intención es el que cada grupo que presenta, piense de qué manera puede generar discusión y participación de todos los demás, ¡Ese es el diseño! De ahí qué tanto se logre con éxito, depende de ellos sobretodo, aunque también un poco del profesor. Ya ahorita son ... mmm... uno, dos, tres ... ¡pues varios!, varios profesores que están a cargo de dar estas clases ... Bueno si quieres yo te puedo dar ese dato específico, pues mi intención es entrevistar a todos los profesores que a la fecha han participado en los cursos de sexualidad de pregrado en la UNAM ... Bueno, yo en teoría sé quienes han estado dando las clases, pero sí ... ya son varios ... es decir, ahora ya no depende nada más de la idea, de cómo se programó el curso, sino también de cómo se ejecuta esa idea. Como verás, no está programada una línea directiva de actitudes asumir, sino sobretodo, propiciar la reflexión.

¿Es decir que no hay una ideología específica detrás de la selección de estos temas?

No, no necesariamente, aunque bueno, pues hay ciertas cosas que son muy indeseables que se sigan manteniendo; prejuicios por falta de una información adecuada y actualizada.

¿Has llegado a tener algún temor respecto a que, al tratar temas de sexualidad a profundidad, algunos alumnos, que sean muy conservadores, queden más confundidos o descontrolados, en caso de que llegaras a tocar en ellos, a través de tus clases, fibras muy sensibles o creencias muy arraigadas?

No, no, en absoluto. Eso ha sido ya corroborado, o corroborante, en mi propia experiencia con los alumnos. Fíjate que hay algo muy interesante que te puedo platicar, y que ha surgido de la experiencia con los años ... que sí, yo creo que es muy ilustrativa de cómo es que tiene uno percepciones no muy precisas de lo que pasa con los alumnos ¡y más los alumnos de pregrado! ... ¿Tú conoces bien los materiales audiovisuales, esos sexualmente explícitos que tienen en el CRAA, no? Creo que sí, ¿no sé si te refieres a una película sueca sobre "Relación sexual humana", que hasta la dobló al español el Dr. Krassoievitch? Sí, exactamente, esa película sueca que se llama "Sexual intercourse", ¡Ándale es ésa!, y otras que hay de Masturbación también. Pues, ¡La primera vez usé esas películas! -antes de dejárselas ya ahí en el CRAA para que las usara como material audiovisual ¡ que quisiera verla del Departamento-, bien, pues la primera vez que las usamos, fue con los residentes de Psiquiatría de segundo año, no me acuerdo exactamente cuándo, pero fue por ahí de 1984 u 85, estaba yo ¡Nerviosísimo! -y estamos hablando de hace unos 15 años más o menos- ¡Usar materiales sexualmente explícitos en la UNAM! ... ¿Qué van a decir?... ¡Creo que el más nervioso de todos era yo! ... ¿A ver si no se arma un relajó y caminamos hacia fuera del Departamento? (se ríe). Más yo, que los alumnos, ¡¿estaba ansioso?!, ¡Sí! Pero los alumnos también estaban en esos primeros años que di la materia: ¡bastante ansiosos! ... Yo era el más ansioso y luego los alumnos. Pero en los alumnos de Psiquiatría sí hubo de repente todo un proceso, dónde de repente empezó a ya no ser tan tremenda la experiencia, y de hecho ahora ya casi ni usamos esos materiales para los psiquiatras, porque ya como que está ... Ya medio obsoleta, en comparación por lo que ya ven en cine y hasta por televisión, y de seguro ya hasta tienen su propia vivencia por la práctica ¿no?... No, ¡deja la práctica!, de hecho la intención de realizar esa experiencia en las clases con los psiquiatras era con un objetivo diferente: Era que vivieran la experiencia de acercarse a lo que se siente intruir la intimidad de los pacientes, para eso la usábamos entre los psiquiatras ... Porque evidentemente es intrusivo ¿no?, digo, estar viendo la película en público y también presentarla a los pacientes. Bueno, de cualquier forma, con estos muchachos que tu estás investigando, de éste curso de libre elección de Sexualidad -que yo creo que la situación no puede generalizarse a todos los alumnos de medicina por ejemplo que ven temas de sexualidad en la materia de Psicología médica- yo, lo que te quiero decir, es que: ¡Me he sorprendido de la facilidad con la cual DECIDEN ELLOS usar materiales estos!, ¡Van, los solicitan, los pasan en clase y, los comentan sin ninguna dificultad!, entonces me digo: ¿Qué está pasando aquí?... (se ríe)... Si yo también estoy asombrada con la natural con la que llegan estos alumnos a pedirme: "Oye, ¿No tiene en el CRAA algo de material más pornográfico?, es que ya revisamos varios videos y ninguno es pornográfico y queremos tratar de ese tema en la clase", y entonces yo les aclaro, no pues la verdad el material que tenemos aquí es educativo, yo tampoco lo encuentro pornográfico, lo único que se ocurre recomendarles es que se vayan a un puesto de periódicos y compren una de esas revistas que si tiene la intención de ser pornográfica, a ver que les parece... Tengo la impresión de que ya están menos temerosos de asomarse a todo lo que sea sexualidad, lo tratan con bastante naturalidad ...

Sí, tal vez es por esa dinámica de que se les propone que no nada más presenten información, sino que se trata de que también discutan. En algunos casos, también depende mucho del grupo, ¿no?, yo he tenido alumnos que si se nota que les ha costado trabajo, pero hay otros verdaderamente espectaculares, de esos que dices: ¡Qué bárbaros, estos sí estuvieron en la creatividad todo el tiempo!, ¿no?, ¡Desde que empezó el curso!, entonces cuando se logra generar esa dinámica de participación es muy interesante. Y yo

calificativo, que el resto de las profesiones de universitarias. ¿evaluaron ustedes diferencias por profesiones?

Este ... no sé, no sé, lo que si sé es que hace algunos años este tipo de investigaciones de conducta sexual estaba muy de moda entre los estudiantes ... sí, hubo algún estudio comparativo por carreras, pero no me acuerdo su fue en la UNAM, creo que no, más bien creo que fue en alguna otra universidad y trataban de ver si de veras estaban más liberados sexualmente dependiendo de las profesiones, pero la verdad es que me estás ahorita forzando la memoria ... esto ha de haberse hecho hace más o menos unos diez y siete años ... ¡o quince! ... ¿qué será? ... (se ríe) ... que ví esos estudios ...

Bueno, yo tengo un capítulo de una investigadora que proporciona datos muy exactos e interesantes y amplios, sobre conocimientos de jóvenes sobre el tema de sexualidad, pero si mal no recuerdo, son datos de 1986, y yo supongo que de entonces para acá ya cambió mucho el tipo de información y formación que tiene los jóvenes de hoy, ¿no crees?

¿De quién es; no te acuerdas?, ¿Cuál es?

¡ Jjole !, en este momento se me borra su nombre se que es una mujer de apellido Rodríguez, es un trabajo muy bien documentado y larguito de más de cincuenta páginas, me lo dio a mí Martha Romero, investigadora del Instituto Mexicano de Psiquiatría, ¿no la conoces a ésta doctora?

Bueno, es importante que tomes en cuenta que sí ha habido un problema en tener información confiable más reciente. Hubo una época en la que empezamos a hacer muchos estudios y muchos otros hacían estudios sobre comportamiento sexual en poblaciones determinadas y ahora ya como que nos montamos en nuestros laureles y, de ese furor, pues ya pasaron diez años o doce, ¡ o trece !, yo creo que las cosas no son necesariamente iguales.

¿Crees tantas campañas del Grupo Provida y de prohibiciones por parte de la Iglesia, que se han acentuado recientemente, estén influyendo mucho en el comportamiento de la actividad sexual en jóvenes?

No para nada, además esos ni tienen estudios. A esos los conozco yo muy bien y te puedo asegurar que no tienen estudios de este tipo, ni creo ejerzan influencia para que los comportamientos sexuales de los jóvenes se modifiquen realmente. Con respecto a la influencia que ejerce la Iglesia y el Grupo Provida en la Educación sexual, está muy complicada la pregunta que me estás haciendo porque como soy Presidente de la Federación Mexicana de Educación Sexual (FEMESS), ¡todavía!, hasta como dentro de un mes acabo la Presidencia...

... Bueno si prefieres no me contestes nada de esto grabado, pero, a mi me interesa por el tipo de población que estoy estudiando, porque al menos en la primera etapa resultó ser una población muy conservadora y apegada a lo que dice la Iglesia católica, y no sé si es por esta influencia de valores ancestrales, el que los jóvenes no vayan a cambiar ...?

¡ No, no, no !, (se ríe). Te voy a decir por qué está complicada, porque, al ser yo presidente de la Federación, (FEMESS), ésta ha sido una posición: ¡ Pública !, esto que te voy a responder, este ... de hecho en el Congreso (IX Congreso latinoamericano de Sexología y Educación Sexual, Celebrado en la Ciudad de México D.F., del 28 al 31 de octubre de 1998) hicimos un debate con Serrano Limón (Jorge Serrano Limón, Presidente del Comité Nacional Provida, México), él ahí y yo aquí, y ¡Órale!, de una hora y cuarto, más o menos, discutimos toda la cuestión de la campaña tanto de Provida, como de la Iglesia Católica ... primero, alrededor del uso del condón, luego se metieron también un poquito con cosas de Educación sexual. El año pasado (1998), sí tuve respuestas muy formales que además me tocó vociferar literalmente, es decir, ser La Voz, por mi posición en la presidencia, y más o menos podría sintetizar así: Yo creo que todo mundo tiene derecho a pensar lo que quiera y a sentir lo que quiera, desde ese punto de vista hay un inicial respeto, para las posiciones

ideológicas que, por ejemplo, promueven la castidad premarital. Es decir, alguien puede perfectamente lanzar campañas para promover la castidad premarital, y eso, pues, desde MI PUNTO DE VISTA pues es un poco irrealista y además limitante, pero bueno, no hay una condena de ese punto de vista, pero lo que me parece que es terriblemente grave y, que sucede con estos grupos es que se hace uso de LA MENTIRA para promover la IDEOLOGÍA que detentan, eso sí es terrible y eso sí es condenable y eso sí merece que se desenmascare, es decir: La mentira. Pero tampoco es un ataque a que exista un esquema ideológico más conservador, no. Yo creo que más o menos podemos convivir los seres humanos, de hecho tenemos muchas maneras de ser, pero sí, en tanto cuanto, la estrategia del uso de la mentira franca y directa en la promoción de sus puntos de vista, sea aclarada...

Sí, por que luego por el hecho de que el Cardenal Rivera lo prohíbe, los muchachos creyentes, por un lado: "religiosamente", dejan de usar el condón, pero por otro lado: "humanamente", por ahí se echan una relación ... O gente aún no creyente, mejor diría yo, ignorante... Por ejemplo, eso se ha visto con singular claridad en todo el debate que hubo el año pasado, con respecto del condón: ¡No puede ser!, es decir: ¡No es posible aceptar eso!, desde la promoción de ¡Falsedades Absolutas!, como decir que: los poros del condón son como si fueran una red y entonces todos los virus pasan. Cuando se ponen a hablar de cosas que no saben, entonces sí le mandamos decir algo ... ¿Cuándo empezó? ... Bueno, mira, hubo dos cosas con la Iglesia el año pasado (1998), o más bien de los últimos 18 meses te estoy hablando: La primera, tuvo que ver con la Educación sexual, y la segunda, con el condón. Respecto a la Educación sexual, primero la Iglesia empezó a cuestionar las intenciones de la Secretaría de Salud y de Educación Pública, de reorganizar la cuestión de la Educación sexual, que bueno, pues es un proceso que va corriendo. El planteamiento de la Iglesia era: ¡Dejen la Educación sexual a los padres de familia, y ahí hubo encuestas bastante claras en las que los mismos padres de familia, ni quieren, ni en muchos ¡Ni pueden! hacerse cargo de ésta, ¿no?, este es un poco el dato estadístico, tenemos la evidencia estadística con encuestas de representación nacional de que los padres de familia no quieren esa responsabilidad porque les parece mejor que lo tome la escuela y además muchos aunque quisieran ni pueden, por ignorancia al respecto. Ante este planteamiento de la Iglesia, nosotros (FEMESS) protestamos un poco y nos hicieron algo de caso ... y bueno, eso ahí va más o menos. Pero lo que sí estuvo caótico, y bueno, ya rayando en lo increíble, fue toda una serie de controversias que se organizaron con respecto al uso del preservativo, y, ¡ Ahí sí !, tuvimos que aclarar que parten de una premisa errónea, en el sentido de que suponen, que si tu hablas de los condones y les enseñas el uso del preservativo, como le hacemos en la materia ésta de Aspectos médicos de sexualidad humana, en algunas ocasiones, cuándo hablamos de los contraceptivos, ¡No hablamos de los contraceptivos en el sentido médico porque eso ya lo tratan en muchas otras materias!, sino de los aspectos psicológicos de la contracepción, en muchas ocasiones los mandamos a que se compren un contraceptivo, y lo que queremos es que traigan de reporte qué sintieron comprárselo, con el fin de ponerlos a reflexionar sobre el tema. A éste tipo de cosas es a lo que se refiere la Iglesia que, este tipo de acciones y discusiones, es la que trae por consecuencia que ellos lo usen, que al conocer sobre la existencia de contraceptivos hace que vayan y tengan relaciones sexuales, lo cual sabemos que no ocurre así, sino que si uno como profesional hace el abordaje y habla de las cosas por su nombre, lo que hace es darles mayores elementos de juicio y se promueve que tengan una mayor responsabilidad. Pero ellos (Grupo Provida, Iglesia católica conservadora, etc.), hacen su propia secuencia de ideas que les lleva a decir que hablar del preservativo, o de ahí sacan que el preservativo es nocivo para la salud. ¡Ahí y te tengo que platicar de la carta, la carta esa sí estuvo muy fuerte porque le decía al Señor Arzobispo que no anduviera diciendo mentiras, porque eso era criminal, o que rayaba en lo criminal, que mejor se asesorara bien y que si quería hablar públicamente de esos temas mejor primero le preguntara a quien supiera, porque sino lo estaba haciendo estaba muy mal, y bueno, el efecto de la carta ¡fue claro!, ya no volvió a decir nada, ¡se acabó! ... aunque luego sucedió que el que tomó la voz cantante, ya no fue Arzobispo, sino el Señor Barroso, de la Cruz Roja ... Bueno y quién por cierto ya perdió su puesto en la Cruz Roja ... Después de que le pescaron otras muchas cosas ... Y así como estos dos casos que hablan de un tema del que

son ignorantes, si se les hace ver públicamente y pruebas ciertas, poco a poco se van callando, y si no ayudan pues al menos que no estorben, ¿no? ... ¡ Mmmjú !, entonces como ves ya está existiendo un contrapunto muy importante, sobretodo la validez de usar argumento contra la mentira, porque esa base que usan de convencer a la gente con mentiras, ¡eso no se vale!...

¿Quiénes te consultan más por tu profesión como Terapeuta sexual, hombres o mujeres?

Hombres, y eso está bastante claro, porque ocurre aquí en la consulta privada, ocurre en la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC), es más o menos un 60, 70%, de hombres, y mujeres solas que lleguen a pedir consulta es como un 20% más o menos, y el porcentaje que sobra es de mujeres, pero no solas, sino que viene con sus maridos, mira así más o menos es: En general la consulta se da fácilmente como te digo del 60 al 70 % a hombres que vienen solos, en segundo lugar, los hombres que vienen con pareja. y ya, en tercer lugar, las mujeres que vienen solas.

Bueno aquí te va ya la última pregunta, porque sé que ya se nos acaba el tiempo, ¡Viene, viene! ... Esta pregunta más que de mi Tesis, es una curiosidad personal que se me ha acentuado ahora que estoy trabajando a fondo estos cuestionamientos sobre la sexualidad humana: ¿Tú como profesional de la sexualidad crees que es cierto eso que oigo mucho de que al hombre le es mucho más fácil separar "el sexo" de "la relación amorosa", es decir, que el hombre puede ser infiel, y no sentirse mal con respecto a su pareja, porque al fin y al cabo tener por ahí una relación sexual con otra mujer, echarse "un acostón", es "eso", sólo "sexo", y como dijo el experto en sexualidad, el Dr. Coleman, dice pues así es,- y yo así lo entiendo, porque yo también soy hombre, dijo - es la mujer, la que enseña al hombre a tener una relación amorosa, ante este planteamiento, yo como mujer digo: ¡No se vale!, porque no se me hace justo. Porque si yo le soy fiel a mi pareja, tengo la expectativa de que recíprocamente él me sea fiel. Para mi la fidelidad en el amor tiene un sentido, independientemente de si una sea mujer y el otro hombre. Yo cuando estuve casada no fui infiel y creo que mi esposo tampoco lo fue, o al menos tuvo la delicadeza de que yo no me enterara y eso me hizo sentirme segura en mi relación y más satisfecha, y en cambio me hubiera dolido mucho enterarme de que él se fuera por ahí con otra, al fin que con "esa", no me dejaba de querer, porque hubiera sido puro "sexo", no falta de amor y deseo a la propia pareja. Pero bueno, ¿Tú qué crees como profesional con respecto a esta diferencia entre hombres y mujeres?

Este ... la serie de cosas que le pegas a la pregunta, son las que la hacen muy difícil (se ríe) de responder... Este... Mira, yo cero que es cierto que en términos generales, la vivencia erótica, está mucho más llena de significados afectivos en las mujeres y mucho más llena de significados de aventura y placer en los hombres. Eso se ve en "muuuchos" niveles. Se ve en niveles de las conductas, se ve en niveles de la manera como se viven las experiencias ¡Ciertamente! ... eeh ... ¡Ninguna de estas afirmaciones es absoluta!, ¡eh! ... Por eso yo me pregunto: ¿No será puro rollo cultural? ¡Sí, por supuesto!, ¡Por supuesto que es cultural! ... ¡Ah!, Sí sí, ya me acordé se supone que la sexualidad humana es toda una construcción cultural ... De eso no nos cabe ninguna duda, de que esto es un asunto cultural ... ¡La duda nos cabe al preguntamos!: ¿qué tanto esto es un reflejo de diferencias constitucionales?, ¡Ahí está la duda, ¿sí?, y para responder esto hay planteamiento en un sentido y en otro. Hay planteamientos que dicen que hay un factor, probablemente resultado de la evolución de las especies, tanto, cuanto, las estrategias reproductivas son diferentes en los hombres y en las mujeres ... ¿Qué, por ejemplo que la mujer por cuidar a sus hijos es más hogareña, más estable, más de "estar en caSa"?... Sííí... ¡Ah!, y ¿qué por lo mismo se justifica que los machos andan por ahí fuera y se permitan toda la "caZa" que se lee antoje?... Esa es la parte romántica (se ríe), esa es la parte romántica de la situación, si quieres abundamos un poquito. Dicen los que andan en los estudios de la psicología evolutiva, la evolución de las especies y todas estas cosas, que la estrategia femenina va, mejor dicho la estrategia: ¡reproductiva! femenina, va a garantizar, el proveedor. Y la estrategia masculina va a inseminar al mayor número de hembras reproductivas. Yo no sé qué tanto eso sea cierto en términos de genes o en términos de cosas que no podemos cambiar ... es absolutamente cierto en términos culturales, porque lo que sí es un hecho es que así

funciona la sociedad occidental ... y la oriental también (se ríe). ¡Qué va!, ¡La oriental no se diga!, en muchos lugares es hasta propiciada la poligamia del hombre, allá ni siquiera se esconden, es normal tener un harem, pero, ¡ahí no hay engaño! ... ¡Ahor!, ¡Espérame!, porque eso te dije que lo que hacía difícil tu pregunta era la serie de otras implicaciones que le das, es decir, es un hecho que los hombres hablando en términos estadísticos viven más en la infidelidad, así que me tope yo con una mujer que venga y me platique que hace ya diez años que lleva de casada, y que todo va muy bien, pero que tiene alguno que otro problema de pareja, que quiere resolver con su esposo, pero que entonces de todas maneras como tuvo un Congreso, pues aprovecho la ocasión y se acostó con un fulano de tal, pero que eso no importó que lo que quiere es resolver la forma de seguir bien con su esposo, ¡eso casi no sucede! ... Pues yo si conozco alguna que otra que así lo hace... ¡Casil, dije: ¡Casil, ¡Fíjate! ... Sí, sí, ¡perdón!, además caigo en la cuenta de que el caso que yo estoy recordando, ni siquiera le interesa realmente la relación con su pareja, más bien la "soporta"... (me reí). No me entiendas mal, yo no estoy diciendo que no se acuesten (se ríe). ¡Oye bien!, la experiencia de extrapareja de las mujeres es también muy frecuente, no te puedo decir exactamente, pero estará por ahí del 40 ó 50 por ciento.

¡Pero, el significado de la experiencia ese sí, es muy diferente!, es decir: ¡Lo que viene a platicar una mujer que tuvo una experiencia extramarital, es que paso eso! y que, en el menor de los casos, está medio confundida y ya no siente igual con el esposo y entonces lo que quiere primero es: ¡Aclararse!, ¿si me explico?... Porque lo que le significa la experiencia, tiene mucho más que ver con el afecto que le tiene al uno y que le tiene al otro hombre y, además, ya lo sé que no es la regla, sí hay algunas que lo hacen y ya, es decir, no estoy negando que haya mujeres que vayan se acuesten con otros y "san se acabó". Pero, en cambio, la misma historia, si te la está platicando un hombre, es mucho más probable que así haya sucedido y que de veras ya: ¡PASÓ!, fue una aventura y ¡YAI!, no le importa, ni le significa mayor cosa ... ¡Pues no es justo! ... No, ¡No es justo!, es: ¡Masculino y Femenino! ... Ahora, te decía yo que la pregunta, me la haces muy complicada, porque muchas de las otras calificaciones que le pusiste a tu ejemplo es lo que hace que sean diferentes las cosas. Mira, un hombre enamorado, en fase intensa de enamoramiento, no lo hace, es decir, no lo puede separar, está plufff !!!, completamente ... todo el tiempo, pensado en la mujer de la que está enamorado, lo que pasa es que esa fase no dura todo el tiempo, Y las mujeres tampoco permanecen enamoradas todo el tiempo, lo que pasa es que sí les queda la exclusividad, si les queda más el compromiso, ¡muuuucho más! que a los hombres. Entonces, ¡Ese es el grandísimo problema de entender, mejor dicho de que se vuelva reparable una experiencia de infidelidad!, muchas veces es irreparable precisamente por esta imposibilidad de encontrarle sentido ¿no?, simple y sencillamente no hay dónde solucionarlo. Luego, la otra cosa que hace muy complicada la respuesta, son esos agregados que le pusiste de "compromiso" y de "valor" y de cuándo hay un "acuerdo explícito" como tú expusiste, ese es el problema de problemas: los límites en las parejas. De todas maneras, hay algo que en la clínica he visto y para hablar de este caso puede ser muy útil, es decir, las parejas que están bien sintonizadas (hace un ademán con ambas manos, entrelazando los dedos), no dejan entrar, las parejas que tienen huecos (afloja el enlace que había echo con sus manos), pues dejan entrar.

Con este último ejemplo clínico que me diste ya me va quedando algo más claro este asunto. Bueno Eusebio, pues ¡Muchas gracias por darme esta entrevista! ... ¡Muy bien!, pues nos vemos mañana en clase. ¡Está padre este curso que estas dando!, ¿eh?, ¡Te felicito!, ¡Hacia mucho que no me divertía tanto en una clase!, y la verdad, esos temas de sexualidad que estamos viendo: ¡En mi vida los había abordado!, y eso que he dado clases en todos los niveles escolares y ya estoy a punto de sacar mi grado de Maestría... No sé cómo le haces, pero siempre resulta ser una clase superdinámica, como que cada uno se mete y opina aún en cosas que antes nos daba pena hablar ... ¿Te nace ser así, verdad?... ¡Me gusta!

DR. RICARDO WINCKELMANN STOPELLO

Nació en la Ciudad de Venezuela, Venezuela, el 23 de abril de 1943.

1. *Formación profesional.* Médico cirujano, con Especialidad en Psiquiatría por la Facultad de medicina de la UNAM. Subespecialidad en Terapia Sexual por la AMSSAC.

2. *Actividades profesionales.* Terapia individual y de grupo en el Departamento de Psicología Médica de la UNAM. Profesor de las asignaturas: Psicología médica y Aspectos médicos de la sexualidad humana en la carrera de médico cirujano de la UNAM. Consulta privada.

ENTREVISTA

La entrevista se realizó el lunes 23 de marzo en la Coordinación del Centro de Recursos de Apoyo al Aprendizaje (CRAA) del Departamento de Psiquiatría de la UNAM.

Ricardo, ¿En cuántas ocasiones has impartido la asignatura Aspectos médicos de la sexualidad humana?

Llevo ya tres años impartíendola, estos es, todos los lunes de 9:00 a 11:00 horas de la mañana, y entonces ya la he impartido a seis grupos, porque esta materia es semestral, como los las asignaturas de libre elección que estamos dando.

¿Has notado que va aumentando la población que se inscribe a esta asignatura año con año, es decir, cuándo tú empezaste a dar esta materia hace tres años, había menos demanda de la que se presenta hoy, o permanece igual?

Sí, cada vez hay mayor demanda por parte de los estudiantes, pero por problemas de espacio y problemas de tipo administrativo, se impide que más alumnos que quisieran llevar esta materia puedan inscribirse y la puedan llevar cuándo ellos lo desean, los primeros 25 ó 30 alumnos que se inscriben son los que tienen preferencia. A excepción de un semestre, que creo que fue por problemas de tipo administrativo, que no se percataron de los problemas que traía el darle ingreso libre a cualquier alumno que lo así lo deseara y entonces la cosa fue tremenda, porque tuvimos un grupo de 45 ó 50 alumnos.

¿Consideras que traiga algún problema el que se permita que el grupo sea mayor al máximo de 30 alumnos fijado como tope?

Sí, porque el espacio con el que generalmente contamos es reducido y, por otro lado, está claro que mientras menos personas haya en el grupo, la comunicación es más fluida. Además, como que uno está ya familiarizado, como profesor, está uno acostumbrado a manejar y, a trabajar, grupos de 25 a 30 alumnos, que es el número de participantes promedio con los que trabajamos otras materias.

¿Participaste tú en la elaboración del programa, conforme al cuál se imparte esta materia?

No, yo fui invitado, hace tres años, para colaborar con el Dr. Rubio para impartir esta nueva materia. Tengo entendido que no tiene mucho tiempo más de impartirse, creo que el programa fue elaborado tanto por el Dr. Rubio, como por el Dr. José Díaz, quienes son los titulares de esta materia de libre elección.

¿ Crees que el actual programa, tal como está, es adecuado, en cuanto a los temas, consideras que sean los adecuados y que estén al nivel de un alumno de primer año de medicina?

Sí, es una materia muy bien redondeada, diría yo que de obligatoriedad en cuanto a la formación y conformación del profesional de medicina que nosotros queremos tener en nuestra Facultad, que, por otro lado, no son sólo agentes de cambio social, sino también es de interés para la formación personal del estudiante. La sexualidad, tratada dentro de un curso como el que nosotros llevamos, sirve mucho al joven para revisar aspectos que primero tiene él que empezar a ver en sí mismo, en forma más natural y saludable, de manera tal que después de superar sus conflictos en ésta área, pueda tener una mejor conciencia y mejor aplicación cuando vean a sus pacientes y le hablen sobre este tipo de experiencias.

El momento en que se imparte la carrera, creo que es bueno, al principio de la carrera, porque es precisamente la edad, de los 18 ó 19 años, en que se encuentran éstos jóvenes, cuando se presentan problemas por el desconocimiento de una serie de aspectos sobre la sexualidad, lo cual, se compensa por el abordaje de esos temas que se incluyen en el curso. Entonces, yo sí considero que está muy bien ubicada dentro del programa, dado a este nivel.

Otro aspecto que creo es relevante, es el que se refiere a la Metodología planteada. Los alumnos son los que presentan el tema y nosotros, como profesores, participamos redondeando, aclarando y orientado aspectos específicos del curso. Creo que esta metodología es muy buena para este tipo de curso, ya que cuando a uno en la vida le toca un tema y lo tiene que preparar para exponerlo y enseñarlo a otros, pues llega uno a hacerse, en cierto modo, especialista en el tema. Esto nos habla, además, de una participación más activa por parte del alumno. No son clases magisteriales en donde todos están sentados en forma pasiva, esperando a que lleguemos los grandes especialistas a darles los temas, ¡No!, en este curso son ellos (los alumnos), los más abocados, los más interesados en presentar los temas, por lo tanto, son los que llevan el gran peso de las clases.

Sí, yo he percibido que especialmente, estos alumnos, inscritos en el Curso de Sexualidad humana, son muy dinámicos y entusiastas, son los que vienen al CRAA con más frecuencia a buscar material audiovisual para apoyar sus temas y también los que acuden en grupos a buscar información bibliohemerográfica actualizada para presentar sus temas. De hecho, esta actitud de una búsqueda, tan activa, de información, me ha llamado mucho la atención, ahora que empecé a hacer mi investigación sobre esta asignatura, ¿Utilizas algún recurso en especial que los lleve a estar así de motivados para preparar los temas que van a presentar ante sus compañeros?

No, no hago nada especial. Sí veo que se da una participación total y completa por parte de los alumnos, eso sí, me gusta, ¡me gusta este sistema de clase!

Ellos siempre saben que después de que presentan sus puntos de vista, hay una persona que a final de cuentas los va a apoyar, una persona que debe de saber bastante más que ellos y que va a redondear los conocimientos, que para muchos, es la primer vez que los están oyendo.

Es interesante que te comente también que el apoyo que nos da el CRAA (Centro de recursos y Apoyos Audiovisuales para el Aprendizaje) en este curso es muy importante, ya que en muchas ocasiones cuando les prestan aquí (en el CRAA), el material de apoyo de la

imagen, esto da un testimonio tan esclarecedor, que con las solas palabras tardarían más tiempo en llegar a la captar el mensaje.

No sé si tuviste la oportunidad de estar en la Conferencia que recientemente dio el Dr. Coleman aquí en el Auditorio del Departamento (el 3 de marzo de 1999, de 9:00 a 11:00 horas). A una de las preguntas que le hice, él me respondió, que los alumnos que se inscriben libremente en estos cursos de sexualidad, no son los que necesitan llevar la materia, puesto que al escogerla, es evidente, que ellos ya tienen una actitud de apertura hacia este tema, por lo que él opina, que son el resto de los alumnos los que deberían llevar la materia de Sexualidad, en forma obligatoria, ¿Tú qué opinas respecto a esta propuesta?

Pienso que, tarde o temprano, vamos a llegar a esta situación, porque cualquier muchacho que venga a este tipo de curso que damos sobre sexualidad, comenta con el resto de sus compañeros lo que aquí está recibiendo y, por lo mismo, cada vez es mayor la demanda por inscribirse a este curso, ahora, también vale la pena aquí, no pasar por alto, que nosotros mismos, dentro del programa de psicología médica tenemos alrededor de cuatro o cinco clases, en donde les damos también material sobre sexualidad, les damos clases y hablamos y hacemos mesas redondas sobre aspectos importantes de la sexualidad, lo que pasa es que dentro de Psicología médica no dura seis meses, como lo es en la materia de libre elección, la cual, es de mayor amplitud y se tocan la mayor parte de los aspectos que son de interés que el joven tenga en su desarrollo, como lo es en especial, para el que sigue la carrera de medicina.

En ocasiones, no nos llegan muchachos que sean como los que describe el Dr. Coleman, sino que nos llegan jóvenes con muchas dudas y eso sí, con mucho interés por aprender cosas nuevas sobre su sexualidad, cosa que no han tenido oportunidad de conocer en su formación anterior y que aprecian mucho el descubrir lo que desconocían y habían pasado por alto, pero que al aprender algo nuevo en este curso les puede ayudar.

Algo que me ha llamado mucho la atención, es que la participación femenina es cada vez mayor, claro está que eso también va de acuerdo con la mayor proporción de muchachas inscritas a la carrera de medicina, lo cual, ha cambiado mucho en los últimos quince años. ¡Ahora la participación femenina, en medicina, es mucho más alta que antes!

Así es, por los datos estadísticos publicados por la Gaceta de la UNAM sé que para la generación 1999 - 2003, se inscribieron un 62 % de mujeres y 38 % de hombres.

Bueno, en los salones que actualmente tengo, la población femenina es aun mayor, es de 70 % de mujeres, o más, setenta y pico de mujeres inscritas tanto para Psicología médica, como para la asignatura libre de sexualidad, también en los Cursos de sexualidad que nosotros damos fuera de la universidad, cuando asistimos a Congresos, o nos invitan a lugares de provincia a dar pláticas, si encontramos que las mujeres son mucho más sensibles a apreciar este tipo de conocimientos, pero que, ¡Bueno!, probablemente sea por elementos relacionados con su propia maternidad lo que las lleva a ocuparse de algo que en su propia casa tienen que desarrollar.

Voy a cambiarle el giro a nuestra plática, para referirme ahora a tí, como profesor de la asignatura Aspectos médicos de la sexualidad humana; en una entrevista reciente que hice a la Dra. Petra, quien lleva la coordinación escolar de esta materia, me informó que uno de los requisitos más importantes para ser profesor del curso, es que sean Terapeutas sexuales o que tengan una formación profesional en esta área, ¿Tú dónde te preparaste?

En AMSSAC (Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C.). Ahí tuvimos, en los años 1994 y 1995, una especie de Maestría, no te digo que maestría en toda forma porque le falta aún el

reconocimiento universitario, pero sí es una subespecialidad muy bien llevada por los doctores Rubio y Miranda, quienes siguen impartiendo este curso allá.

¿Tú crees que la capacitación y formación que tiene un médico - psiquiatra, que imparte ya, por ejemplo, Psicología médica, es insuficiente, como para impartir también esta nueva materia de Sexualidad?

Mira, no sería tan radical como para decirte que se requiere de una especialización para dar estas clases. Lo que sí se requiere es tener para el manejo de este tipo de temas, que hasta hace pocos años, en esta misma Facultad (de Medicina) ni siquiera se abordaban, ni se investigaba, ni se preguntaba. Y éstas son de las cosas que lo impulsan a uno a tratar de mejorar, o de brindarse a los alumnos que empiezan un poquito más de información, y digo información, porque algunas de las disfunciones sexuales, ni siquiera nosotros (los médicos y psiquiatras generales) estamos capacitados para atenderlas. y, de ello resulta que, aún cuándo hay tantos jóvenes que ya llevan una vida sexual activa, pues no eran ayudados porque ni se hablaba de ello y no sabíamos como abordarlo. Yo creo que hay colegas (psiquiatras) que sí están preparados para dar cursos de sexualidad, aunque no hayan llevado un curso tan en forma, como el que nosotros llevamos en AMSSAC y que muy bien pudieran cumplir una digna participación con estos nuevos grupos de Aspectos médicos de la sexualidad humana.

Dentro de tus clases, ¿has tenido alguna vez problemas o conflictos por diferencias ideológicas de tipo moral o religioso, y que sean explícitos por tus alumnos?

Mira, en éste tipo de grupos, y me refiero a los muchachos, quienes toman la materia de Sexualidad, ¡No!, no he tenido problemas de éste tipo, tal vez porque entran ya con la motivación de profundizar en los temas y además lo hacen tanto como quieran. Creo que ya desde que el momento en que se inscriben libremente, están comprando un boleto que le permite al maestro poder abordar abiertamente todo tipo de conceptos, siempre respetando el aspecto éste: moral, y bueno, respetando también la tradición religiosa, lo cual es muy importante, ya que forma parte de la enseñanza que nos han dado también nuestros maestros de la Facultad de Medicina y que siempre tenemos en cuenta. Siempre, nosotros (como profesores) tendremos que respetar la previa conformación de una estructura ética, que uno nunca debe sobrepasar, pero, por ejemplo, ahorita estaba recordando que en los grupos de alumnos que tengo en otras clases (de Psicología médica), cuando vemos temas que se entrelazan con aspectos de tipo religioso, por ejemplo, cuando les enseñamos Respuesta Fisiológica Sexual Humana, para que aprendan esto, les pasamos primero una serie de esquemas muy concretos y muy bien realizados a través de transparencias, de esta manera el alumno empieza a ver en forma razonada cuáles son los cambios que en su organismo se producen al momento de pasar por las diferentes fases del erotismo, o sea, el deseo, la excitación y el orgasmo. Después de este ejercicio, complementamos el aprendizaje del tema con una películita, porque creo que no dura más de 12 minutos, esa que tenemos aquí en el CRAA desde hace mucho tiempo, a muchos compañeros y compañeras que no han tenido esta visualización de lo que es una relación sexual, les pega mucho. Por eso nosotros les advertimos de qué se va a tratar, a manera de que sepan que no es tan sencillo algo que han oído mucho, pero que no han visto en forma por de más clara y explícita, como lo es el coito filmado a todo color. Y, además de este ejercicio en dónde primero vienen las imágenes por medio de diapositivas, que es muy diferente a apreciarlo filmado en vivo y a todo color, entonces hay veces, sobretodo casos de muchachas que sí me han comentado que les ha resultado muy impactante porque nunca habían presenciado una relación sexual en forma tan abierta, ¡claro que con el paso del tiempo, esta sorpresa viene siendo cada vez más rara, o situaciones como la que te acabo de comentar son ahora hallazgos muy casuales, puesto que ya por cualquier medio entra al hogar por la televisión y otros medios, sin que la gente siquiera lo esté solicitando. Ya lo que nos llama la atención más bien, a nosotros (profesores de alumnos de primer año de

medicina de la UNAM), es que esto les sorprenda a muchachos y muchachas de 18 y 19 años de edad, porque bueno, ya si no lo aceptan, o se atemotizan ante esto, es que hay una cerrazón muy fuerte en ellos.

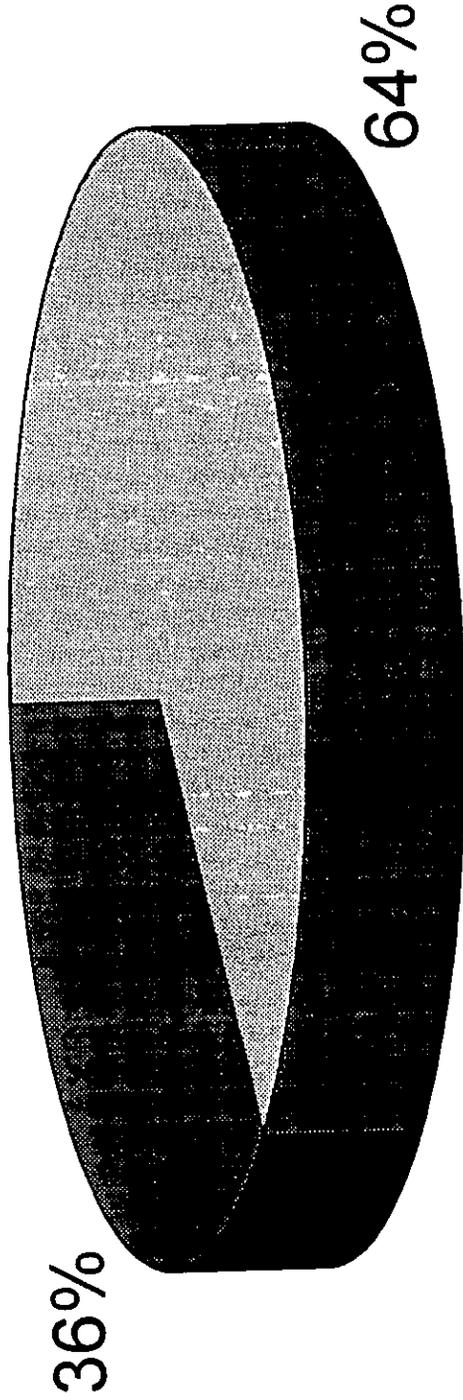
Cuándo se presentan estos casos de cerrazón o resistencia a tratar abiertamente temas de sexualidad en forma profesional, yo pienso que ha de ser importante de detectarlo por el maestro, ¿no?, digo, si caemos en la cuenta de que estos jóvenes, muy probablemente en su futuro tengan, como médicos en ejercicio, que atender a pacientes con muy variadas ideologías. Yo creo que es muy importante que se formen una mentalidad abierta para abordar también la sexualidad humana, ¿no lo crees tú así también?

Yo creo que eso es muy cierto, y se da la situación de que, en general, los médicos somos muy conservadores. No hay realmente una apertura dentro de nuestra misma profesión, apertura que es tan importante tener, porque si vamos a tener que entender y aprender a curar lo que es la patología o la enfermedad humana, pues tenemos que empezar por comprender la sexualidad humana como uno de los aspectos más importantes del área de la salud.

APÉNDICE 6

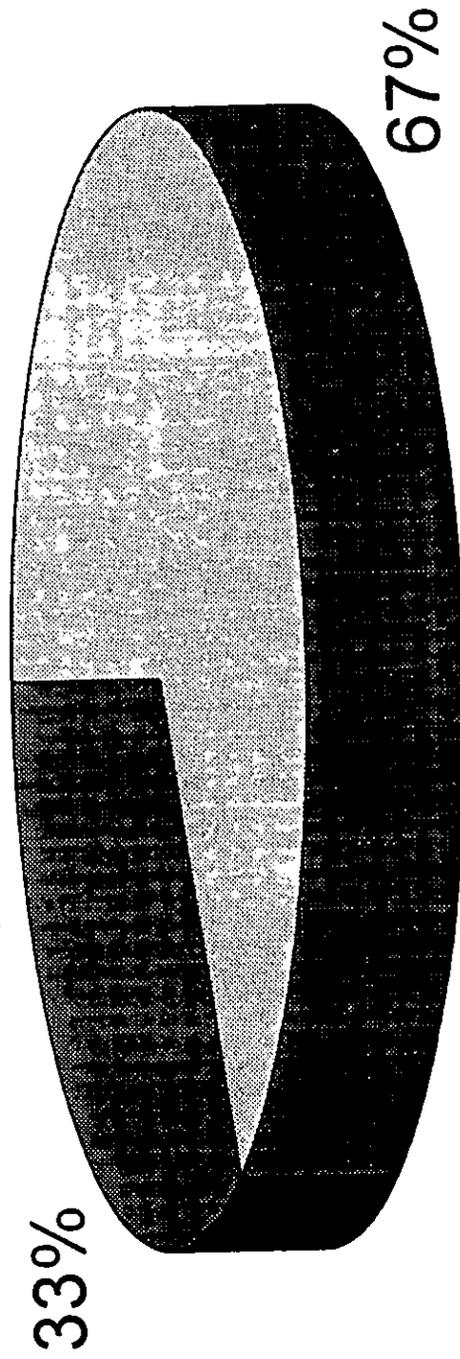
Tablas y gráficas

Distribución de la población total (119 sujetos) según su sexo.



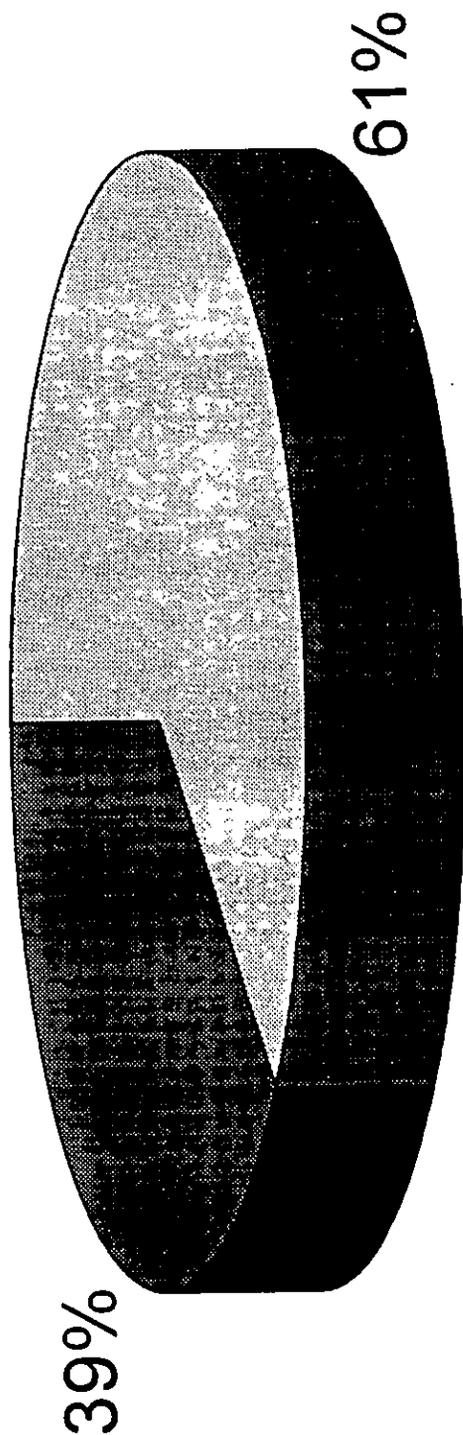
■ 74 Mujeres ■ 43 Hombres

**Distribución de la proporción de
mujeres y hombres que conformaron el
GRUPO EXPERIMENTAL.**



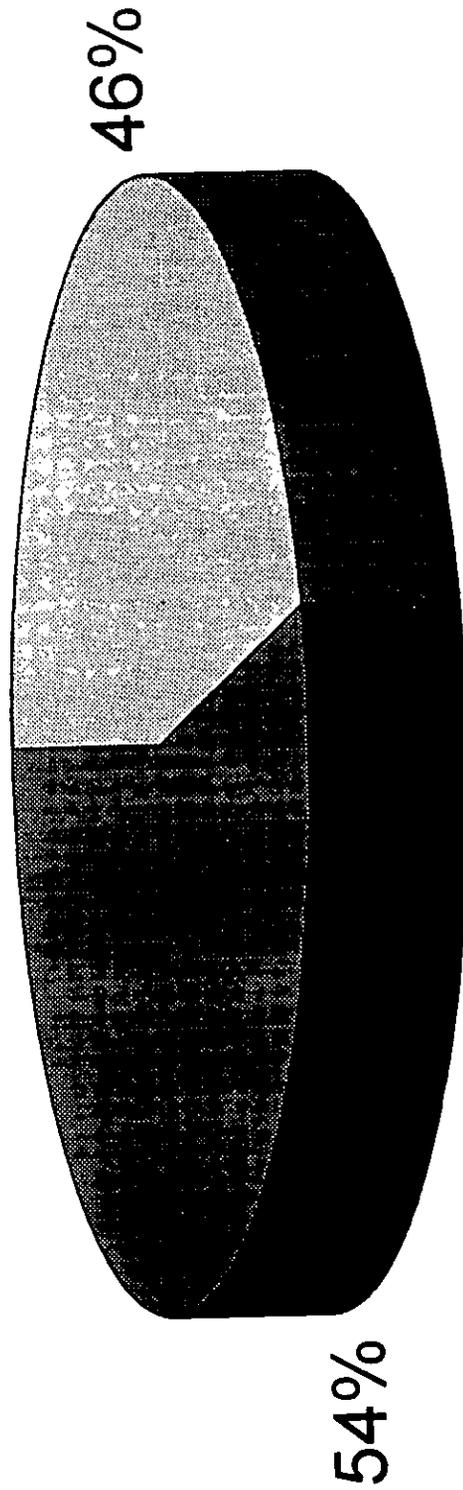
■ 40 Mujeres ■ 21 Hombres

Distribución de la proporción de mujeres y hombres que conformaron el GRUPO CONTROL.



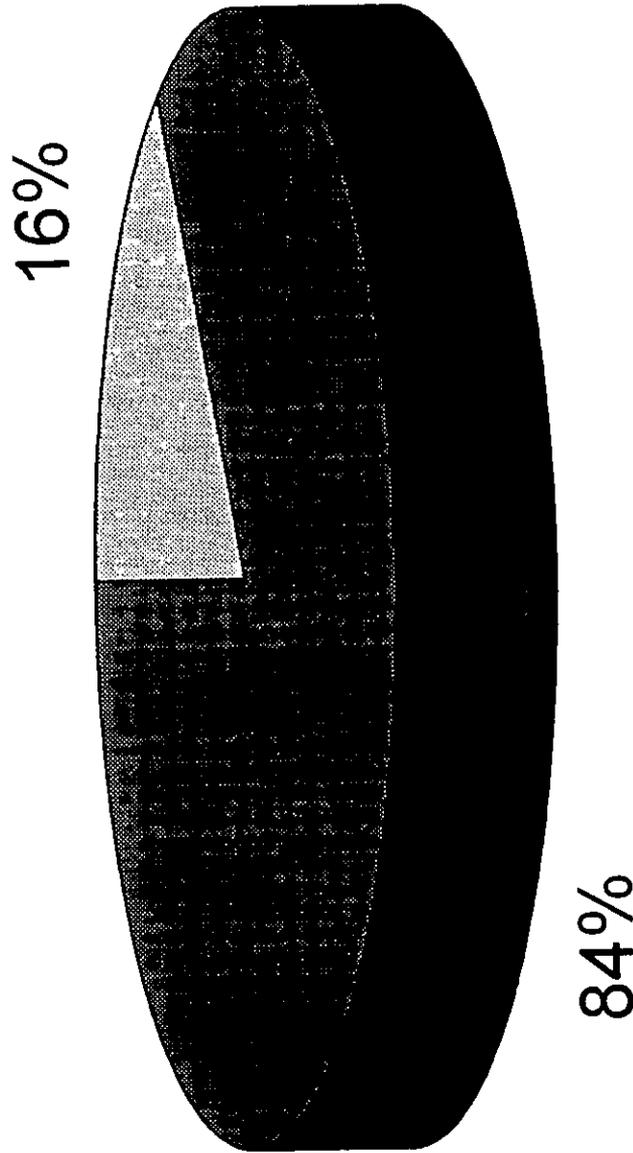
■ 34 Mujeres ■ 22 Hombres

Distribución de la población total (119 casos) por grupos de edad.



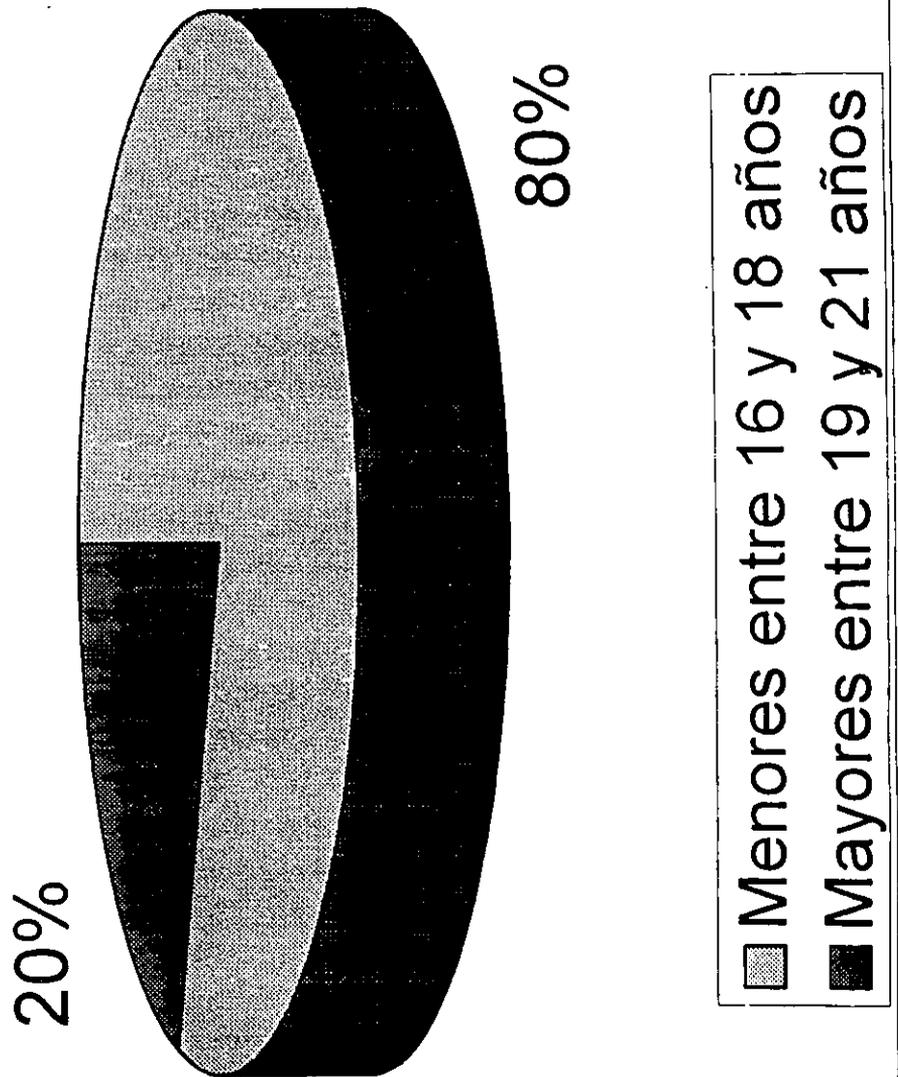
- Menores entre 16 y 18 años
- Mayores entre 19 y 21 años

Distribución de los sujetos en el GRUPO EXPERIMENTAL de acuerdo a su edad

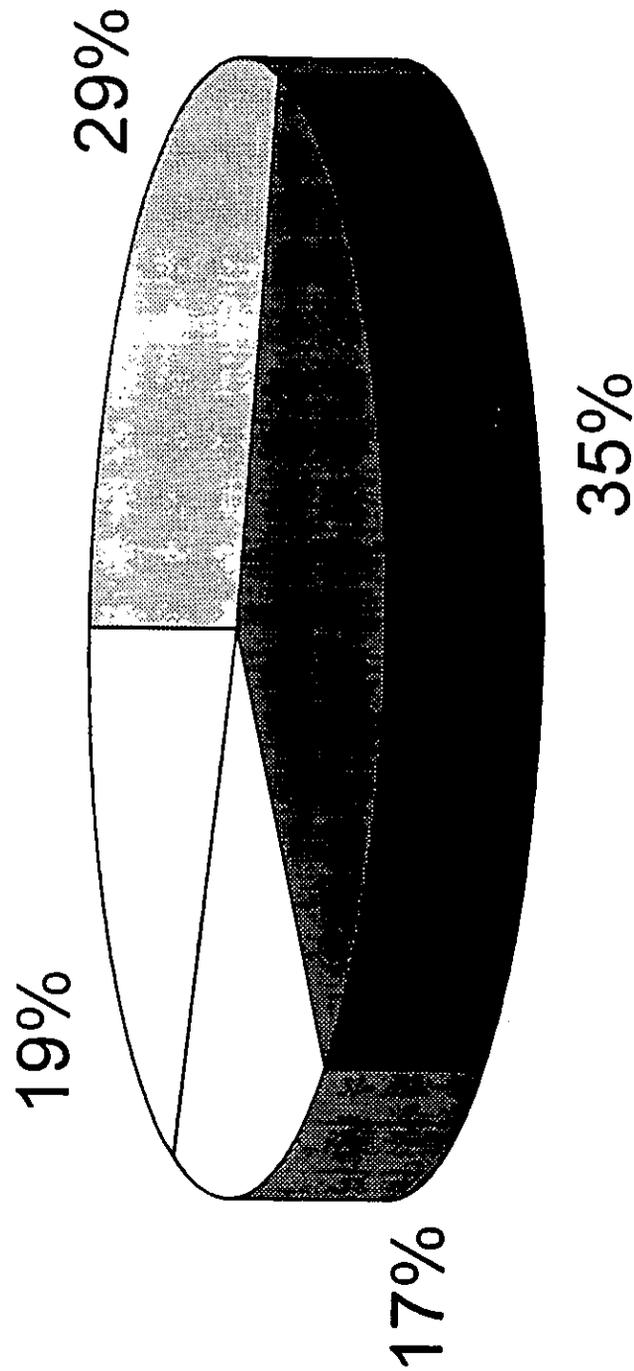


■ Menores de 16 a 18 años ■ Mayores de 19 a 21 años

Distribución de los sujetos en el GRUPO DE CONTROL de acuerdo a su edad.



Configuración de la muestra por diferencias de edad y sexo.



- Mujeres de 16 a 18 años
- Mujeres de 19 años o más
- Hombres de 16 a 18 años
- Hombres de 19 años o más

Gráfica 1: Diferencias Pretest-Postest por factores entre las medias del Grupo Experimental y el Control.

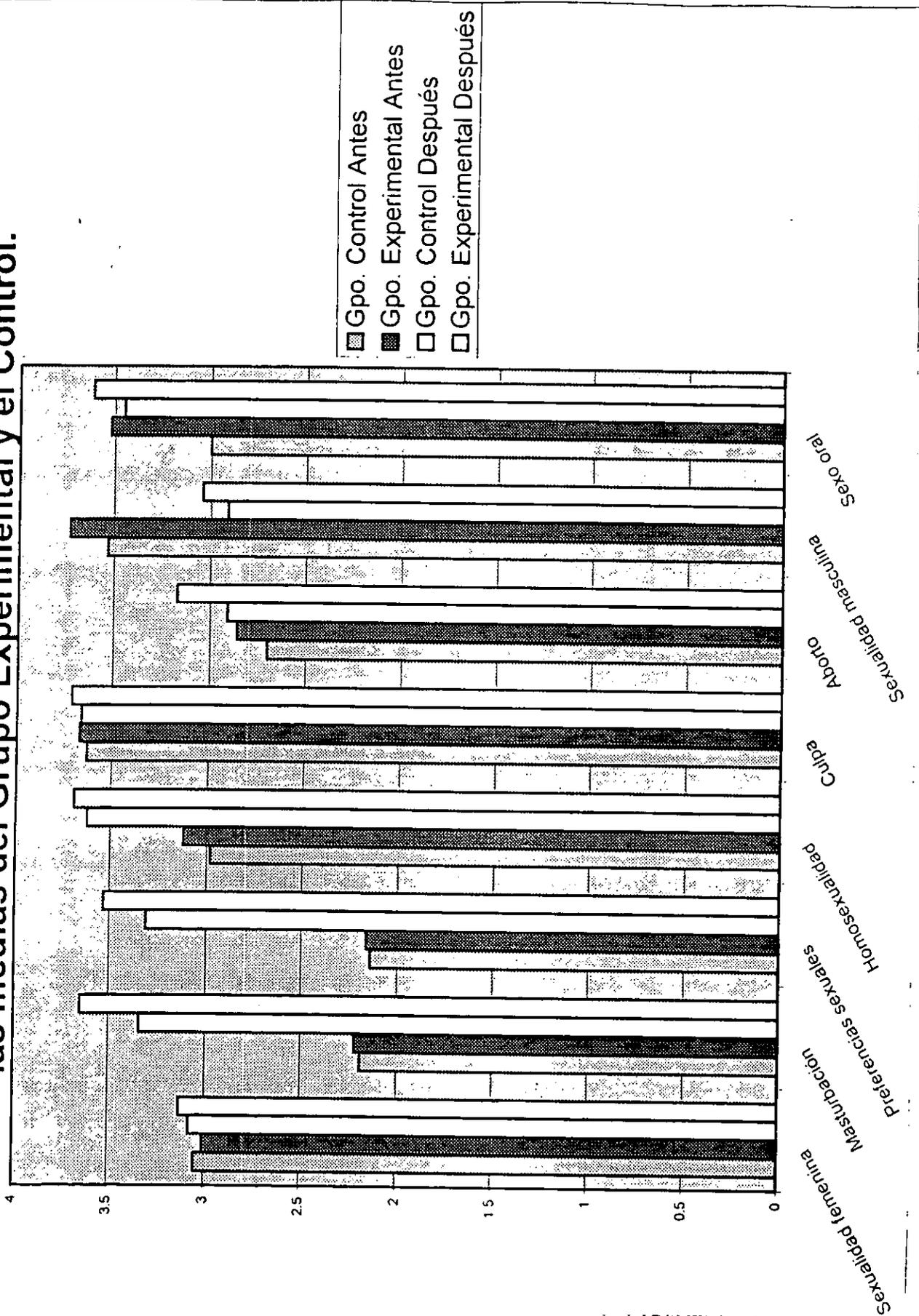


TABLA 1. Contraste ANTES (pretest) y DESPUÉS (postest) de las Actitudes hacia la sexualidad del total de la población

	ANTES	DESPUÉS	Prueba "t"	Significancia
ACTITUDES	3.00	2.96	.28	.776

TABLA 2. Contraste por Factores ANTES (pretest) y DESPUÉS (postest) del total de la población

FACTORES	ANTES	DESPUÉS	"t"	Significancia
1. Actitudes hacia la <u>sexualidad femenina.</u>	3.03	3.20	-1.26	.209
2. Actitudes hacia la <u>masturbación.</u>	2.21	1.97	1.41	.160
3. Actitudes hacia las <u>preferencias sexuales.</u>	2.16	2.04	.79	.420
4. Perjuicios hacia la <u>homosexualidad.</u>	3.66	3.62	.29	.771
5. <u>Culpa</u>	3.66	3.69	-.20	.836
6. Actitudes hacia el <u>aborto.</u>	2.79	2.55	1.14	.256
7. Actitudes hacia la <u>sexualidad masculina.</u>	3.64	3.66	-.10	.916
8. Actitudes hacia el <u>sexo oral.</u>	3.28	2.97	1.46	.146

TABLA 3. Diferencias por grupo control y experimental ANTES (pretest) y DESPUÉS (postest).

ANTES (Pretest)

FACTORES	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL	"t"	Significancia
1. Sexualidad femenina	3.05	3.01	.27	.789
2. Masturbación	2.19	2.22	-.17	.866
3. Preferencias sexuales	2.14	2.16	-.11	.911
4. Homosexualidad	2.98	3.12	-.70	.486
5. Culpa	3.63	3.67	-.15	.884
6. Aborto	2.70	2.86	-.52	.602
7. Sexualidad masculina	3.53	3.73	-.85	.400
8. Sexo oral	3.00	3.52	-1.61	.109

DESPUÉS (Postest)

FACTORES	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL	"t"	Significancia
1. Sexualidad femenina	3.08	3.13	-.22	.823
2. Masturbación	3.34	3.65	-1.44	.152
3. Preferencias sexuales	3.31	3.53	-1.04	.223
4. Homosexualidad	3.62	3.69	-.30	.766
5. Culpa	3.66	3.71	-.26	.794
6. Aborto	2.91	3.17	-1.15	.252
7. Sexualidad masculina	2.91	3.04	-.59	.556
8. Sexo oral	3.45	3.61	-.67	.501

TABLA 4. Contraste por grupos de edad población total, ANTES Y DESPUÉS.

Alumnos/as menores: entre 16 y 18 años de edad.

ACTITUDES	MENORES GRUPO CONTROL	MENORES GRUPO EXPERIMENTAL
ANTES (Pretest)	2.94	2.81
DESPUÉS (Postest)	3.06	3.97

Alumnos/as mayores: de 19 a 21 años de edad.

ACTITUDES	MENORES GRUPO CONTROL	MENORES GRUPO EXPERIMENTAL
ANTES (Pretest)	2.96	3.08
DESPUÉS (Postest)	2.91	2.79

TABLA 5. Contraste por grupos de edad por factores Grupo experimental *versus* Grupo control. ANTES Y DESPUÉS

ANTES (Pretest)	GRUPO EXPERIMENTAL Menores (16 a 18 años)	GRUPO CONTROL Menores (16 a 18 años)
1. Sexualidad femenina	2.87	3.06
2. Masturbación	1.77	2.23
3. Preferencias sexuales	1.76	2.12
4. Homosexualidad	3.40	3.58
5. Culpa	3.43	3.55
6. Aborto	2.63	2.67
7. Sexualidad masculina	3.57	3.49
8. Sexo oral	3.75	2.93

DESPUÉS (Postest)	GRUPO EXPERIMENTAL Menores (16 a 18 años)	GRUPO CONTROL Menores (16 a 18 años)
1. Sexualidad femenina	4.00	3.22
2. Masturbación	3.43	1.99
3. Preferencias sexuales	3.10	2.12
4. Homosexualidad	4.00	3.53
5. Culpa	4.00	3.67
6. Aborto	3.83	2.55
7. Sexualidad masculina	4.00	3.59
8. Sexo oral	4.00	2.97

TABLA 6. Contraste por grupos de edad por factores Grupo experimental *versus* Grupo Control. ANTES Y DESPUÉS.

ANTES (Pretest)	GRUPO EXPERIMENTAL Mayores (19 a 21 años)	GRUPO CONTROL Mayores (19 a 21 años)
1. Sexualidad femenina	3.04	3.05
2. Masturbación	2.31	2.03
3. Preferencias sexuales	2.28	2.24
4. Homosexualidad	3.75	3.82
5. Culpa	3.72	4.00
6. Aborto	2.91	2.86
7. Sexualidad masculina	3.75	3.73
8. Sexo oral	3.48	3.27

DESPUÉS (Postest)	GRUPO EXPERIMENTAL Mayores (19 a 21 años)	GRUPO CONTROL Mayores (19 a 21 años)
1. Sexualidad femenina	3.03	3.26
2. Masturbación	1.77	1.48
3. Preferencias sexuales	1.77	1.93
4. Homosexualidad	3.53	3.77
5. Culpa	3.57	3.61
6. Aborto	2.31	2.57
7. Sexualidad masculina	3.53	3.45
8. Sexo oral	2.77	2.77

TABLA 7. GRUPO EXPERIMENTAL. Diferencias por grupos según la edad.**ANTES (Pretest). Diferencias por grupos de edad.**

FACTORES	MENORES	MAYORES	"t"	Significancia
1. Sexualidad femenina	2.87	3.04	-.58	.562
2. Masturbación	1.77	2.31	-1.50	.138
3. Preferencias sexuales	1.76	2.25	-1.57	.120
4. Homosexualidad	3.40	3.75	-.77	.441
5. Culpa	3.43	3.72	-.61	.542
6. Aborto	2.63	2.91	-.50	.613
7. Sexualidad masculina	3.57	3.76	-.43	.666
8. Sexo oral	3.75	3.48	.37	.707

DESPUÉS (Postest). Diferencias por grupos de edad.

FACTORES	MENORES	MAYORES	"t"	Significancia
1. Sexualidad femenina	4.01	3.03	2.12	.038
2. Masturbación	3.43	1.77	3.08	.003
3. Preferencias sexuales	3.10	1.79	2.74	.008
4. Homosexualidad	4.00	3.53	2.08	.041
5. Culpa	4.50	3.57	2.32	.024
6. Aborto	3.83	2.31	3.18	.002
7. Sexualidad masculina	4.00	3.53	3.65	.001
8. Sexo oral	4.00	2.77	3.63	.001

TABLA 8. GRUPO CONTROL. Diferencias por grupos según la edad.**ANTES (Pretest). Diferencias por grupos de edad.**

FACTORES	MENORES	MAYORES	"t"	Significancia
1. Sexualidad femenina	3.06	3.05	.04	.962
2. Masturbación	2.23	2.03	.44	.655
3. Preferencias sexuales	2.12	2.24	-.27	.785
4. Homosexualidad	3.58	3.82	-.52	.603
5. Culpa	3.55	4.00	-1.05	.298
6. Aborto	2.67	2.86	-.34	.735
7. Sexualidad masculina	3.49	3.73	-.58	.562
8. Sexo oral	2.93	3.27	-.72	.471

DESPUÉS (Postest). Diferencias por grupos de edad.

FACTORES	MENORES	MAYORES	"t"	Significancia
1. Sexualidad femenina	3.22	3.26	-.16	.870
2. Masturbación	1.99	1.48	1.38	.173
3. Preferencias sexuales	2.12	1.93	.70	.484
4. Homosexualidad	3.53	3.77	-.76	.447
5. Culpa	3.67	3.61	.20	.841
6. Aborto	2.55	2.57	-.04	.968
7. Sexualidad masculina	3.59	3.45	.33	.740
8. Sexo oral	2.97	2.77	.41	.678

TABLA 9. Contraste entre sujetos del mismo sexo. Grupo experimental *versus* Grupo control.

ACTITUDES	MUJERES GRUPO CONTROL	MUJERES GRUPO EXPERIMENTAL
ANTES (Pretest)	2.96	3.02
DESPUES (Postest)	3.02	3.09

ACTITUDES	HOMBRES GRUPO CONTROL	HOMBRES GRUPO EXPERIMENTAL
ANTES (Pretest)	2.97	3.06
DESPUES (Postest)	2.85	2.74

TABLA 10. Diferencias de las puntuaciones de las medias, por factores. Grupo Experimental.

ANTES (Pretest). Diferencias por sexos en los factores

FACTORES	MUJERES	HOMBRES	"t"	Significancia
1. Sexualidad femenina	2.99	3.06	-.31	.755
2. Masturbación	2.13	2.41	-.97	.335
3. Preferencias sexuales	2.10	2.30	-.84	.401
4. Homosexualidad	3.77	3.56	.58	.560
5. Culpa	3.68	3.65	.08	.930
6. Aborto	2.85	2.90	-.13	.892
7. Sexualidad masculina	3.75	3.70	.13	.892
8. Sexo oral	3.63	3.31	.58	.561

DESPUÉS (Postest). Diferencias por sexos en los factores.

FACTORES	MUJERES	HOMBRES	"t"	Significancia
1. Sexualidad femenina	3.33	2.89	1.20	.232
2. Masturbación	2.23	1.65	1.31	.195
3. Preferencias sexuales	2.17	1.67	1.29	.200
4. Homosexualidad	3.80	3.35	1.57	.120
5. Culpa	3.79	3.56	.73	.465
6. Aborto	2.45	2.75	-.76	.448
7. Sexualidad masculina	3.90	2.41	1.61	.111
8. Sexo oral	3.14	2.76	1.07	.288

TABLA 11. Diferencias de las puntuaciones de las medias. Grupo Control.

ANTES (Pretest). Diferencias por sexos en los factores

FACTORES	MUJERES	HOMBRES	"t"	Significancia
1. Sexualidad femenina	2.96	3.20	-.96	.338
2. Masturbación	2.16	2.24	-.23	.814
3. Preferencias sexuales	2.02	2.35	-.99	.324
4. Homosexualidad	3.78	3.39	1.06	.294
5. Culpa	3.65	3.62	.07	.942
6. Aborto	2.80	2.56	.52	.605
7. Sexualidad masculina	3.59	3.45	.40	.690
8. Sexo oral	3.13	2.80	.88	.379

DESPUÉS (Postest). Diferencias por sexos en los factores.

FACTORES	MUJERES	HOMBRES	"t"	Significancia
1. Sexualidad femenina	3.25	3.18	.29	.766
2. Masturbación	2.05	1.64	1.40	.167
3. Preferencias sexuales	2.09	2.07	.09	.926
4. Homosexualidad	3.65	3.48	.66	.508
5. Culpa	3.74	3.55	.69	.490
6. Aborto	2.52	2.60	-.22	.826
7. Sexualidad masculina	3.83	3.15	2.10	.040
8. Sexo oral	3.07	2.70	.98	.329

APÉNDICE 7

CUESTIONAMIENTO A LA ESCALA

Cuestionamiento a la escala

En mi afán por valorar, con la mayor objetividad posible, el cambio de actitudes hacia la sexualidad en los alumnos de medicina de la UNAM, me aboqué con esmero a conseguir una escala de actitudes que hubiera sido elaborada y probada con estudiantes mexicanos. Obtuve dicha escala, junto con la autorización para utilizarla en mi proyecto de tesis, de propia mano de una de las autoras, la doctora Susan Pick, quien me manifestó su interés por que lo aplicara en población estudiantil de la carrera de medicina de la UNAM y le informara de los resultados. Conociendo la trayectoria académica y varios de los más de 50 artículos científicos publicados por ella, así como su obtención, en 1991, del premio *Distinción Universidad Nacional para Jóvenes Académicos* en investigación en Ciencias Sociales, no puse en duda en ningún momento la confiabilidad y validez del *Instrumento de actitudes hacia la sexualidad* (Ver Apéndice 4, páginas 127-133). Fue hasta que daba por concluida la investigación y gracias a las reconsideraciones hechas, tanto por mi director de tesis, el Dr. Enrique Moreno y de los Arcos, como por los propios alumnos que fueron sujetos de investigación, que caí en la cuenta de que algunos de los reactivos resultaban confusos o incomprensibles para los encuestados y, también, que algunos de éstos enunciados les causaron molestia que se les preguntaran al tocar aspectos íntimos relacionados con su propia sexualidad. Si bien la mayoría de la población bajo estudio manifestó por escrito comentarios positivos con respecto a la escala, hubo casos en que los propios estudiantes expresaron dificultades para poder responder a la misma. Como toda escala de actitudes es perfectible, haré a continuación un listado de ciertos cuestionamientos que surgieron al analizar detenidamente algunos de los 34 reactivos de que consta la escala.

Por el reconocimiento que tiene la obra de Edwards (1957) *Techniques of Attitude Scale Construction*, misma a la que la propia doctora Susan Pick hace alusión en los siguientes términos: "... Esta es la obra más completa que existe acerca de la construcción de escalas de actitudes" (Pick y López, 1998, p. 83), partiré de los criterios informales sugeridos por autores reconocidos como pioneros de la investigación científica en el área de actitudes, tales como, Wang (1932), Thurstone y Chave (1929), Likert (1932), Edwards y Kilpatrick (1948) y Bird (1940), citados por el propio Edwards (1957, pp. 13-14), quien, a la vez, hace una excelente síntesis de recomendaciones a seguir al elaborar enunciados que se utilizarán en la construcción de escalas de actitudes.

En el enunciado 4, de la escala de Pick y López (Ver Apéndice 4, páginas 127-133): *Las mujeres nunca deben tener relaciones sexuales extramaritales*, no se atiende al criterio número 10: "... Enunciados que contengan términos universales tales como *todos*, *siempre*, *ninguno*, y *nunca* a menudo introducen ambigüedad y deben ser evitados" (Edwards, 1957, p. 14).

El enunciado 8: *Los anticonceptivos permiten a la mujer vivir más plenamente su sexualidad*, resulta también ambiguo, ya que *vivir más plenamente* puede interpretarse en más de un sentido. A decir de algunos alumnos, el propio enunciado da la pauta de que la respuesta obvia es "muy de acuerdo". Según esto, el enunciado, más que cuestionar el grado de favorabilidad o desfavorabilidad, inclinaría al interrogado a responder "cierto" o "falso". Cabría también tomar en cuenta, al cuestionar este reactivo, el criterio 5: "... Evitar enunciados que puedan ser avalados por casi todos o por casi

nadie" (*Ibid.* p. 15). En la misma situación, que la recientemente mencionada, habría de reconsiderarse el enunciado 12: *Es normal que la gente se quiera masturbar.*

Los enunciados, 14: *Las personas con alguna preferencia sexual diferente deben ser aceptados por la sociedad* y 16: *Debemos aceptar que hay personas que se sienten atraídas por personas de ambos sexos (bisexuales)*, parecen tener el mismo objeto psicológico bajo consideración, por lo cual, uno de ellos resultaría irrelevante de acuerdo al criterio 4 de Edwards (*Idem*).

Por lo que respecta al enunciado 7: *Durante el coito la mujer debe procurar sólo satisfacer a su pareja, no a sí misma*, también fue señalado como confuso por algunos alumnos. En este caso habría que remarcar el criterio 9 de Edwards: "... Cada enunciado debe contener sólo un pensamiento completo" (*Idem*), el cual, en palabras de la propia doctora Pick, se parafrasea como:

(...) Cada frase deberá contener únicamente una idea. Si hay más de una idea, ésta dará lugar a ambigüedades, puesto que la persona podrá estar de acuerdo con una de las ideas presentes en la frase, pero no con la otra; entonces no sabrá cómo responder (Pick y López, 1998, p. 74).

Los enunciados, 33: *El sexo bucogenital es pervertido*, y 34: *El sexo oral es placentero para la pareja*, se refieren al mismo objeto psicológico, cambiando casi exclusivamente el vocablo: *bucogenital* por *sexo oral*. Evidentemente la desfavorabilidad en el enunciado 33, implica la favorabilidad en el 34 y viceversa. Por cierto, fueron estos dos últimos enunciados ante los cuales varios alumnos titubearon al responder y, en lugar de marcar alguna de las cuatro opciones posibles de la escala, escribieron a continuación del reactivo la leyenda: "no sé". Este fenómeno se presentó, también, en el enunciado 31: *El condón resta satisfacción sexual en el hombre*. La dificultad para responder a este reactivo, en forma cerrada, fue señalada, principalmente, por estudiantes del sexo femenino, aunque se también se dio el caso de un varón que marcó su respuesta con "no sé".

El hecho de que no todos los alumnos de la muestra hayan podido responder con facilidad a los enunciados de la escala, no implica, necesariamente, que sea el instrumento el que falle, pero sí nos alerta, como responsables de la educación sexual de futuros médicos, a detectar áreas concretas del conocimiento en las que el propio alumno reconoce su ignorancia. La respuesta: "no sé", puede ser de gran utilidad para profesores de la asignatura *Aspectos médicos de la sexualidad humana* al permitir ubicar ciertos tópicos de la salud sexual en los cuales los alumnos no cuentan con la información necesaria y menos aún con una actitud definida. Esta dificultad fue expresada por varios de los alumnos de la muestra, en forma frecuente, en dos de los reactivos, por un lado, en el que se cuestiona sobre el uso del condón y, por otro, en materia de relaciones sexuales extramaritales.

Las observaciones hechas anteriormente, no pretenden desacreditar la escala utilizada, sino sólo señalar que existen algunos reactivos confusos que no funcionaron del todo bien en la aplicación individual y grupal en población estudiantil de primer año de medicina de la UNAM.

Como contraparte a los puntos cuestionables en relación con la redacción de ciertos reactivos -que recomendamos tomar en consideración para una nueva versión de la escala- es importante resaltar que las fases para construir la escala, así como la prueba para establecer la confiabilidad de la misma, se llevaron a cabo con el rigor requerido en la elaboración de una escala intervalar, como fue el caso. Basta remitirse al Apéndice 4 (Ver páginas 127-133) para comprobar que el procedimiento que se siguió en la construcción de esta escala. Cabe aquí recordar que una *escala intervalar* se llama así, cuando:

(...) tiene todas las características de una escala ordinal y cuando además tienen sentido las *distancias* o *diferencias* entre cualesquiera de los números de la escala, se ha logrado, así, una medición más fuerte que la ordinal. Esto es, si nuestro mapeo de varias clases de objetos es tan preciso que conocemos cuán grandes son los intervalos (distancias) entre todos los objetos de la escala, y estos intervalos tienen significado sustantivo, entonces hemos logrado una medida de intervalo. Una escala de intervalo está caracterizada por una unidad común y constante de medida que asigna un número a todos los pares de objetos en el orden establecido. En esta clase de medición, la razón de cualesquiera dos intervalos es independientemente de la unidad de medida y del punto cero. En la escala de intervalo, el punto cero y la unidad de medida son arbitrarios (Siegel y Castellan, 1998, p. 49).

Por otro lado, considero importante enfatizar que cuando se elabora una escala de medición se requiere que la generalización de los hallazgos, ya sea en relación con los sujetos o sobre el contenido (confiabilidad de los reactivos de la prueba), sea investigada en estudios posteriores. En el caso del presente estudio, fue después de la aplicación del *Instrumento para medir actitudes hacia la sexualidad* (Pick y López, 1997), como ya se dijo, que detectamos varios puntos a reconsiderar para su perfeccionamiento. De esta manera, al señalar cuáles fueron algunas de las dificultades que se encontraron en la elaboración de la escala y, al enunciarlas, aportamos elementos concretos para el avance de la ciencia psicométrica, la cual, debe buscar siempre la corrección de errores detectados al aplicar en instrumento original en situaciones nuevas y con poblaciones diferentes, es decir, ajenas al grupo de personas con las que se trabajó en su etapa de elaboración.

A pesar de que las consideraciones que a continuación enunciaré, podrían obviarse, preferí dejarlas asentadas en este apartado con el propósito de abundar en los riesgos inherentes al uso de escalas de actitudes cuando, éstas, son utilizadas como único recurso para obtener información de la población bajo estudio. Así, algunos autores consideran que el uso de escalas de actitudes puede convertirse en un recurso metodológicamente lamentable, como lo podemos deducir de las siguientes palabras de Summers, quien dice que:

(...) definir una actitud social exclusivamente por las respuestas a una lista de reactivos de un cuestionario es completamente legítimo, pero sólo el ingenuo creará que dos "completamente de acuerdo" y un "en desacuerdo" y un "no sé" forman una actitud. Realmente, casi todo lo que sabemos sobre las actitudes es sospechoso porque los hallazgos están expuestos a los peligros inherentes a la información sobre sí mismo (Summers, 1984, p. 389).

Otro punto cuestionable, cuando se selecciona exclusivamente una escala para obtener los información sobre las actitudes de los alumnos, consiste en sopesar el riesgo de caer en el llamado *efecto reactivo de medición*, es decir, contemplar la posibilidad de que la

escala se convierta en un elemento extraño a la situación social que debería describir; pues si bien puede medir actitudes, por otro lado, también puede originarlas y, más aún, puede provocar respuestas atípicas. En este rubro hay que considerar, además, que el simple hecho del conocimiento del individuo de que está siendo examinado puede provocar un cambio.

Una dificultad más, que se presenta al utilizar una escala de medición de actitudes, consiste en que las personas no siempre piensan en función de las categorías que una escala de actitudes exige y, como consecuencia, puede estarse forzando a que la persona dé una respuesta que el sujeto ni siquiera comprende suficientemente. Este problema fue mencionado por varios de los sujetos de nuestra muestra, quienes se declararon incapaces de clasificar sus respuestas en la forma detallada que les exigía la escala. Tal parece que aunque el investigador se esmere y someta los reactivos de la escala a pruebas rigurosas para analizar la validez y la consistencia interna del constructo, no siempre se logra que el significado de los reactivos sea claro y unívoco para todos los alumnos. La distinta acepción que cada estudiante da a los términos puede ocasionar que el reactivo sea entendido erróneamente.

Por lo dicho hasta aquí, podemos advertir algunas de las dificultades que se presentan al utilizar escalas de medición y, a continuación, veremos como estas dificultades se acentúan cuando lo que se pretende valorar son las actitudes. A este respecto Nunnally menciona que:

(...) como no hay una escala física para medir los sentimientos, no es posible comparar una escala de sentimientos con la "realidad". Entonces lo que se hace es explorar nuevos modelos de medición escalares con datos relativos a juicios, y si aparentemente allí funcionan bien, se extienden los estudios a los sentimientos (...) Para *medir actitudes* y personalidad se pueden necesitar tanto juicios como expresiones de sentimientos, y con este tipo de medidas la distinción frecuentemente resulta confusa (...) Las personas en realidad no están acostumbradas a emitir juicios sobre su vida diaria y menos aún, juicios absolutos (Nunnally, 1987, pp. 58-59).

La anterior es una de las razones por lo que es difícil desarrollar inventarios válidos para la medición de las actitudes, en concreto y, también de la personalidad, en general, lo cual, ya ha sido abordado en el capítulo dos de la presente investigación (Véase "El estudio de las actitudes desde la perspectiva de Martin Fishbein", páginas 44-65).

Otro aspecto que provoca controversia en relación con el uso de la escala para valorar actitudes, se suscita al considerar el llamado *efecto de maduración*, el cual, si bien no se refiere, estrictamente hablando, a la escala en sí misma, sí puede transformarse en un factor que afecte a los resultados. Como sería el caso de la presente investigación, sobretodo, si consideramos el tipo de diseño que se siguió, a saber, diseño de grupo control preprueba-posprueba (Véase capítulo dos, página 67).

El efecto de maduración se refiere al proceso de cambio que ocurre en aquellas personas que están participando en un experimento. Por ello, hay que tenerlo en cuenta en los experimentos que se extienden por largos períodos de tiempo, en vista de que podría suceder que los cambios observados sean confundidos con procesos no controlados que ocurren paralelamente, tales como, los procesos naturales de desarrollo de los sujetos. Ya que es conocido que la gente cambia como resultado del desarrollo normal, puede ser que este tipo de cambio -y no el tratamiento experimental- sea el que

ocasiona, en gran parte, el resultado final. También es cierto que el uso de un grupo control, compuesto por personas comparables de quienes se espera tengan las mismas, o similares, experiencias de maduración y desarrollo, permita atenuar este factor. No obstante ello, bien vale la pena considerar, como un punto debatible dentro de esta investigación el citado efecto de maduración, en vista de que, fueron los alumnos de menor edad -y dentro de este mismo grupo, las mujeres- quienes manifestaron una mayor tendencia de cambio de actitud favorable (Véase Tabla No. 4, página 172), lo cual, aunque dista de ser probabilístico, llama nuestra atención. En relación con este rubro, hay estudios que reportan que en la etapa escolar de nivel universitario se operan grandes cambios en las actitudes y en los valores de los estudiantes debido, entre otros factores, a que aumenta la receptividad para las nuevas ideas y, por ello, la mayoría de los estudiantes universitarios se vuelven menos dogmáticos y también menos inclinados a creer en estereotipos (Klausmeier, 1977, p. 347).

Ya para concluir este apartado, dedicado a mencionar algunos de los aspectos polémicos en el uso de la escala de actitudes, valga hacer referencia al llamado *efecto de regresión estadística*, expresión con la cual se designa a la tendencia de las puntuaciones extremas a retroceder, o desplazarse hacia la media común, en mediciones subsecuentes. La regresión ocurre inevitablemente cuando la correlación entre dos factores no es perfecta. Ary hace referencia a este aspecto a través del adagio que dice: "Todo lo que sube baja" (Ary, 1982, p. 250).