

67



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

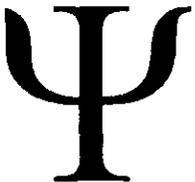
EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD Y CAMBIO DE
ACTITUDES EN ENCARGADAS DE UNA
CASA HOGAR.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTAN

EMMELHAINZ MENDIZÁBAL JESSIKA
PADILLA GALLARDO LAURA HELENA

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. FAYNE ESQUIVEL



MÉXICO, D.F.

2001

294253



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD Y CAMBIO DE ACTITUDES EN ENCARGADAS DE UNA CASA HOGAR.

Padilla Gallardo Laura Helena
Emmelhainz Mendizábal Jessika

Directora de Tesis: Mtra. Fayne Esquivel

Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

El presente estudio tuvo como propósito central explorar si hubo cambios en las actitudes y los conocimientos de las encargadas/auxiliares de la Casa Hogar para Niñas del DIF, después de haberles impartido un Taller de Educación de la Sexualidad con duración de dieciséis horas, dividido en ocho sesiones de dos horas cada una. La muestra estuvo constituida por 8 mujeres adultas entre 29 y 63 años de edad. Se construyeron una Escala de Actitudes hacia la Sexualidad y una Prueba de Conocimientos sobre Sexualidad específicas para esta ocasión. Se realizó una comparación antes-después aplicando una prueba de Wilcoxon. Los resultados mostraron un cambio positivo en las actitudes hacia tres factores de la sexualidad: *Métodos Anticonceptivos*, *Concepto de Normalidad en Sexualidad* y *Abuso Sexual y Violación*, así como un incremento significativo en la Prueba de Conocimientos sobre Sexualidad. Las explicaciones para estos cambios se basan en las particularidades de la muestra con la cual se trabajó.

AGRADECIMIENTOS

A mis papás por ser los mejores, por su dedicación y amor, por su interés en ser más allá de buenos padres y ser excelentes amigos también. Gracias por todas las oportunidades que me han brindado para ser quien soy y gracias por siempre confiar en mí. ¡Ustedes me han hecho así de linda! Los quiero mucho.

A Georgina por ser la mejor hermana del mundo y una amiga única y especial. Por todos esos momentos en que me ha hecho reír y por esos otros en donde nos hemos apoyado y ayudado para sentirnos mejor.

A mi esposito, Alejandro, por ser el mejor amigo, compañero y apoyo. Por todo su amor y comprensión. Por la fortuna de poder compartir nuestros éxitos y nuestras vidas.

A mi familia, a la Abuela, a mis tías, tíos, primas y primos a quienes quiero tanto. Gracias por siempre confiar en mí.

A Nahanny por ser de esas personas especiales con quien uno puede contar toda la vida.

A Aline por todo lo que hemos compartido, por permitirme entrar en su mundo y por el placer de compartirle el mío. Por todo lo que hemos crecido juntas.

A las "Friends", a Sara, Claudia, Marianne y Dalila por ser las amigas que han sido.

A Tonatiuh, por todos los momentos compartidos durante nuestros estudios, y por toda la ayuda y paciencia que siempre ha tenido conmigo.

A Rosis, por permitirme compartir su proyecto y por abrirme las puertas al mundo de la vida profesional.

A Rosalía, por ayudarme a descubrir quien soy y permitirme crecer, además de siempre estar ahí para mí.

A las niñas de la Casa Hogar, en especial a las niñas del Edificio Paloma quienes me permitieron trabajar con ellas y aprender más de lo que se imaginan.

A Fayne por permitirme acercarme a ella y aprender un poco de todo eso que ella sabe y por haber dirigido esta tesis. ¡Gracias por tanta paciencia!

A Ofelia por sus conocimientos y su orientación.

A Jessica por haber compartido este proyecto en el cual aprendimos tantas cosas. Has sido una gran amiga y compañera.

A Dios por estar siempre conmigo.

Lau

A Kalli, por su amor incondicional e impulso a mi desarrollo personal.

A mi mamá, por siempre estar cerca ofreciéndome su apoyo y cariño.

A mi abi Gladys, por brindarme su afecto y ayuda cada vez que lo he necesitado.

A Ilona, Chuy y Walti, por darme la bienvenida a su casa-familia y tratarme con tanto cariño.

A mis hermanos, por recorrer conmigo el camino de la vida.

A todos mis familiares que han estado cerca, con los que comparto las ocasiones más especiales de mi vida.

A mis amigos, porque me dan la fuerza y alegría para seguir luchando siempre, porque con ellos puedo compartir todo mi mundo. Gracias Areli, gracias Pablo, gracias Ale.

A Fayne Esquivel, Ofelia Reyes, Patricia de Buen, Cristina Heredia y Marcia Morales por todo su trabajo, guía, apoyo y apertura.

A Tonatiuh, por su tiempo y dedicación al ayudarnos a hacer la estadística.

A Lau por compartir este proyecto de principio a fin.

A Casa Hogar, por permitirnos entrar y trabajar con su gente y en sus instalaciones.

Jessika

Índice

Introducción	2
Capítulo 1: EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD	11
1.1 Definición de Sexualidad	11
1.2 Educación de la Sexualidad	14
1.3 Educación de la Sexualidad en Nuestros Tiempos.....	16
1.4 Metodología Psicosocial en la Investigación de la Sexualidad.....	19
Capítulo 2: ACTITUDES.....	21
2.1 Definición de Actitud.....	21
2.2 Cambio de Actitudes.....	23
2.3 Actitudes y Comportamiento.....	30
2.4 Medición de Actitudes.....	32
Capítulo 3: ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD.....	33
3.1 Actitudes hacia la Virgindad y las Relaciones Sexuales.....	35
3.2 Actitudes hacia el Abuso Sexual y la Violación.....	37
3.3 Actitudes en Relación a los Roles de Género.....	40
3.4 Actitudes en Relación al Desarrollo de la Sexualidad.....	45
3.5 Actitudes en Relación al Concepto de Normalidad.....	46
3.6 Actitudes hacia el Uso de Métodos Anticonceptivos y el Embarazo.....	50
3.7 Actitudes hacia las Infecciones de Transmisión Sexual.....	53
Capítulo 4: CASA HOGAR PARA NIÑAS DIF.....	56
4.1 Origen y Fundación.....	56
4.2 Objetivo.....	56
4.3 Población.....	57
4.4 Instalaciones.....	57
4.5 Objetivos de Cada Uno de los Servicios.....	58
4.6 Funcionamiento de la Institución.....	59
Metodología.....	62
Resultados.....	74
Discusión.....	82
Conclusiones y Sugerencias.....	88
Anexos.....	93
Referencias.....	112

Introducción

La sexualidad es un tema que día a día ha ido adquiriendo fuerza en nuestro país. Es un proceso fundamental en la formación de todo ser humano, el cual comienza desde el nacimiento y está presente a lo largo de toda la vida; de ahí la importancia de la educación de la sexualidad.

La Casa Hogar para Niñas del DIF tiene una población promedio de 400 menores del sexo femenino de edades entre 6 y 18 años. Estas menores se encuentran ahí por diversos motivos, como son: orfandad, abandono de persona, abuso sexual, violación y maltrato físico y/o psicológico. Las niñas cuentan con un programa de sexualidad que es evaluado y modificado cada año. Sin embargo, debido a las características de la población y de la institución, siempre existe una distorsión en la información que manejan las menores. Ansuini, Fiddler-Woite y Woite (1996) realizaron una investigación en la cual encontraron que una información sexual inadecuada produce un efecto negativo en el bienestar físico y emocional de las personas, causando culpas, ansiedad y vergüenza. Debido a esto, parece ser de suma importancia impartir un taller de educación de la sexualidad a las encargadas y auxiliares que trabajan y conviven con estas niñas diariamente. Ellas fungen el rol de madres ("mamis") y se encargan de la formación de las niñas: las educan, les aconsejan, las corrigen, etc. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo fue desarrollar un taller de educación de la sexualidad dirigido a las encargadas y auxiliares que laboran dentro de la Casa Hogar para Niñas del DIF, con el fin de brindar información eficaz para el buen manejo de las menores residentes y buscar un cambio positivo en sus actitudes hacia la sexualidad.

Diversos autores han estudiado la forma en que ocurre el cambio de actitudes hacia la sexualidad. En su tesis de licenciatura en psicología, Vázquez (1997) encontró que en la formación de actitudes hacia la sexualidad influyen una gran

cantidad de factores socioculturales entre los que están la moral, la religión, la familia, la escuela, los compañeros y amigos y los medios de comunicación. Esto habla de la dificultad que conlleva modificar las actitudes de las personas, pues estas han sido adquiridas a lo largo del tiempo y probablemente están fuertemente arraigadas.

En 1992, Sneddon y Kremer realizaron un estudio sobre comportamientos y actitudes sexuales en Irlanda del Norte. Su idea surgió a raíz de que, en este lugar, hasta enero de 1990 sólo se reportaron 14 casos de SIDA en 1.5 millones de habitantes, siendo ésta una cifra muy reducida. Encontraron una alta correlación entre la religiosidad y las actitudes y el comportamiento sexual. El estudio muestra que la religión y el hecho de asistir semanalmente a la iglesia son factores que influyen en las conductas y los valores, produciendo niveles bajos de actividad sexual y actitudes menos liberales, al igual que un menor número de parejas sexuales. Con esto se corrobora que las actitudes son influenciadas por muchos factores que no son fáciles de modificar.

Sin embargo, Belmont, Reyes y Villarreal (1991) encontraron un cambio de actitudes positivo en padres y escolares que cursaban el 5º grado de instrucción primaria, tras haber recibido respectivamente un curso de educación sexual de tres sesiones con una duración de tres horas cada una.

Así mismo, Patton y Mannison (1993) realizaron un estudio para averiguar si al cursar la clase de *Sexualidad Humana* durante un semestre completo se producían cambios en las actitudes de los estudiantes. El curso duró catorce semanas, con sesiones una vez por semana de tres horas cada una. Los investigadores tuvieron conocimiento de que muchos alumnos comentaban que el curso les había cambiado la vida. Al hacer la evaluación final, se encontró una modificación significativa de actitudes; sin embargo, dichos cambios fueron identificados

inmediatamente al finalizar el curso pero no se corroboró si permanecieron a lo largo del tiempo.

El estudio de Kaplan, Becker y Tenke (1991) es de suma importancia, pues muestra un cambio de actitudes en una población muy problemática. Ellos trabajaron con agresores sexuales, impartiendo un curso de educación sexual de cuatro sesiones y posteriormente evaluando actitudes y conocimientos. Encontraron que, en este tipo de población, las actitudes fueron mas influenciables que el conocimiento, lo cual podría estar determinado por el nivel educativo de los sujetos y por el hecho de que el curso sólo constaba de una sesión sobre conocimientos; el resto de las sesiones estaban enfocadas principalmente al cambio de actitudes mediante el manejo de sentimientos, apoyándose para esto en ejercicios de *role playing*. Es importante resaltar que, en tan sólo cuatro sesiones, se lograron cambios significativos en las actitudes de los sujetos.

Caceres et al. (1992), en su estudio sobre las necesidades educativas en relación con la sexualidad humana y el SIDA entre estudiantes y profesores de escuela secundaria en Lima, Perú, encontraron que los adolescentes presentaron niveles medio-bajos de conocimientos sobre sexualidad humana y SIDA, obteniendo promedios especialmente bajos en lo referente a comportamientos preventivos de embarazos no deseados, de infecciones de transmisión sexual y de SIDA. Se observó que los niveles altos de erotofilia (actitud positiva y abierta hacia la sexualidad humana) y apertura al uso de anticonceptivos se asociaron a mayores niveles de conocimientos sobre sexualidad humana y SIDA y fueron más frecuentes en varones. Los autores concluyen que los individuos erotofílicos tienen una mayor capacidad para recibir, procesar y recordar información sobre sexualidad y consideran que posiblemente la relación entre la erotofilia y la capacidad para adquirir información sobre la sexualidad es bidireccional, lo cual significaría que el proceso mismo de la adquisición de información sobre la sexualidad aumenta los niveles de erotofilia. En este mismo estudio, los niveles

altos de machismo se asociaron a menores niveles de conocimiento en sexualidad humana, lo cual sugiere que el machismo es un rasgo cultural que se debilita con información sobre la sexualidad. Es importante recalcar que no se observaron diferencias en los niveles de machismo entre los hombres y las mujeres. Esto habla de que en las sociedades latinoamericanas, el rol educativo de las mujeres (como madres y maestras) es una de las fuentes más importantes de transmisión del mensaje ideológico machista a los jóvenes.

Martins (1989), en su propuesta de formación de orientadores en sexualidad en facultades de psicología, en Sao Paulo, Brasil, realizó una propuesta de orientación sexual que busca la modificación de actitudes y no sólo la adquisición de datos y hechos cognitivos, para lo cual recalcó la importancia de las vivencias emocionales provocadas por la dinámica del grupo. El autor enfatiza que cualquier propuesta de orientación en sexualidad debe contener la modificación de actitudes y comportamientos o estará condenada al fracaso, como la mayoría de las presentadas en las décadas de los setentas y ochentas (Ginsburg y Hanson, 1988, en Martins 1989) y aquellas de las clases de biología en las escuelas donde los alumnos "piensan" que ya "saben", pero no vivenciaron el aprendizaje emocional de los conceptos sexuales. Para lograr la modificación de actitudes, la orientación se debe brindar a lo largo del tiempo a través de encuentros semanales, pues esta modificación es difícil de lograr en clases o conferencias esporádicas. Los encuentros semanales proporcionan un intercambio afectivo directo y posibilitan la discusión de aspectos de importancia personal y dudas que no se exponen usualmente por la vergüenza y el miedo a ser ridiculizado por los demás. Se destaca la importancia de que los cursos tengan un cupo máximo de 15 personas, pues la interiorización y el aprovechamiento es más elevado y de mejor calidad cuando se dispone de más tiempo para el trabajo personalizado. En este estudio, se realizaron de 6 a 7 encuentros de tres horas cada uno. Se hizo un contrato en el grupo, en el cual cada persona se comprometió a respetar a los otros participantes y sus verbalizaciones y a mostrar sus experiencias personales en el campo, con el

propósito de facilitar los cambios de actitudes negativas hacia la sexualidad y de crear un clima permisivo a la expansión y al desarrollo de la flexibilidad de los integrantes del grupo. Se estimuló a los orientadores a usar ejemplos personales y a verbalizar estas experiencias en la primera persona del singular, demostrando su compromiso con lo que verbalizaban. Los jóvenes participantes en los grupos de orientación sexual mostraron una reestructuración cognitiva y de actitudes, la cual se observó a través de la verbalización y expresión sobre la propia sexualidad.

Por otra parte, se han realizado varios estudios con relación al tipo de comunicación y transmisión de conocimientos sobre la sexualidad. Muñoz (1988), en la implementación de su programa de educación sexual en una comunidad de bajo nivel socioeconómico y de baja escolaridad, con un rango de edad de entre 13 y 52 años, en Colombia, encontró que al impartir información mediante charlas y material audiovisual acerca de temas sexuales de orden fisiológico, psicológico y sociocultural, en un ambiente de confianza en el que los participantes podían compartir sus experiencias, creencias, dudas y temores sobre sexualidad, se logró una desmitificación de la sexualidad, aceptación de la sexualidad como algo natural y positivo en la vida del ser humano y mayor profundización en los conocimientos teóricos. Concluyó que las creencias populares, producto de la educación sexual recibida, tienen como elementos constitutivos la mentira, la represión y el silencio, y que el incremento en los conocimientos científicos permitió una mayor apertura y mejoramiento en la comunicación sobre sexualidad.

Baumeister, Flores y Marin (1995) realizaron un estudio en el que exploraron la percepción que tenía un grupo de adolescentes latinas con respecto a la cantidad de información sobre la sexualidad que habían recibido por parte de sus padres, debido a que esto está relacionado con su comportamiento sexual. Se entrevistaron dos grupos de jóvenes latinas: 40 de ellas nunca se habían embarazado y 43 estaban embarazadas o ya eran madres. Las entrevistas se llevaron a cabo vía telefónica y trataban sobre la comunicación que tenían con sus

padres en cuanto a la sexualidad. Las adolescentes que reportaron haber recibido más información por parte de sus padres tenían menos probabilidades de quedar embarazadas. Otros predictores del no embarazo fueron: tener una familia completa y unida, ser más joven y tener una actitud positiva hacia la escuela.

Padilla y Baird (1991) realizaron un estudio exploratorio con el propósito de examinar conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales en adolescentes chicanos. Encontraron que contaban con un bajo nivel de información y que sus actitudes eran tradicionales y conservadoras. Posteriormente, en 1993, Baird realizó un estudio en adolescentes mexicanos para examinar sus actitudes y nivel de conocimientos, y encontró que el 85% de ellos habían recibido educación sexual en la escuela y pensaban que esa información era importante. Las adolescentes opinaron que el principal proveedor de la información sexual debía ser la madre en primer lugar, el padre en segundo y un doctor o un maestro en tercero. El 70% de las mujeres dijeron que la persona con la que más hablaban de sexualidad era su madre. También se encontró que los adolescentes piensan que los padres deben estar involucrados en la educación sexual de sus hijos, mostrando una predilección por el progenitor del mismo sexo para lograr este fin.

Huston, Martin y Foulds (1990) impartieron información sobre sexualidad y ejercicios para mejorar la comunicación a padres de estudiantes de enseñanza media (sexto y octavo grado) durante 4 sesiones de 2 horas cada una. Los padres reportaron el número de veces que hablaban con sus hijos adolescentes sobre 11 temas referentes a la sexualidad. Los cuestionarios fueron contestados por veinticuatro grupos experimentales y ocho grupos control. Se encontró un incremento significativo en la comunicación del grupo experimental.

Restrepo et al. (1988) estudió las actitudes de los adolescentes hacia cuatro concepciones o formas de pensar y abordar la sexualidad que reflejan la ideología que se tiene sobre la misma. Los autores sostienen que al ofrecer información

sobre sexualidad se refleja una posición sobre el tema, la cual conlleva afecto, experiencias y la propia concepción con respecto a la sexualidad. Los autores describen cuatro concepciones diferentes: la *concepción moralista* o *religiosa tradicional* que considera la sexualidad como algo prohibido, pecaminoso y vergonzoso; la *concepción biologicista*, que se centra en las diferencias anatómicas y funcionales de los órganos sexuales y considera el placer como algo secundario a la función procreadora; la *concepción naturalista*, que ve la sexualidad como una función natural del sujeto que no necesita ser explicada ni requiere de una educación especial; la *concepción integral* ve a la sexualidad como parte de los comportamientos del hombre y de la mujer, en las diferencias físicas, las relaciones de amor, las relaciones interpersonales, las costumbres culturales y religiosas y considera necesario su desarrollo y educación para la formación de la persona, la autorrealización y el goce sexual como un bien. Según Carrasco (1978, en Restrepo et al., 1988), la sexualidad representa una forma de comunicación, de participación en el derecho de la vida... la capacidad del individuo para experimentar sensaciones y emociones sexuales y comportarse de acuerdo a actitudes y normas de conducta con respecto al sexo. Restrepo et al. encontraron que las madres de adolescentes escolarizados mostraron una marcada predilección por la concepción integral. El grado de escolaridad de las madres determina su concepción acerca de la sexualidad. Esto se debe a los factores implícitos de la educación: interés por la lectura y la apertura hacia el conocimiento, lo cual influye en dicha concepción. El método más utilizado por las madres para brindar educación sexual fue el *informativo-suficiente*, el cual consiste en ofrecer, dentro de un clima de confianza, información directa, específica y completa acerca de sexualidad a cada individuo de acuerdo a sus inquietudes, edad y capacidad de entendimiento, sin ir más allá de lo que el individuo es capaz de asimilar; en contraste con el método *informativo-insuficiente*, el *no-informativo* (castigar temas y actos sexuales o ignorar y evitar el tema de la sexualidad) y el *delegatorio* (responsabilizar a las instituciones educativas o a terceros de la educación sexual de los hijos). La actitud más favorable de los adolescentes, definiendo la actitud

como la posición mental o emocional que se tiene a favor o en contra de un objeto social (Giraldo, 1983, en Restrepo et al., 1988), fue hacia el método *informativo-suficiente* en el cual se asume la sexualidad como una parte integral del individuo.

Pick-de-Weiss, Givaudan y Givaudan (1993) realizaron un estudio diagnóstico en adolescentes recurriendo al programa sobre sexualidad y planificación familiar *Planeando tu vida*. Condujeron dos estudios sobre educación sexual y encontraron que el curso más efectivo, el cual motivaba a los jóvenes a utilizar métodos anticonceptivos, abarcaba la vida en familia y educación de la salud, incluyendo temas como: comunicación entre los adolescentes y sus padres, autoestima, planes a futuro, asertividad y efectos de sustancias psicoactivas. También encontraron que los cursos deben ser impartidos a los adolescentes antes de que se vuelvan sexualmente activos para así lograr incrementar la probabilidad de que utilicen métodos anticonceptivos.

Fundamentándonos en los hallazgos anteriores, el presente trabajo tuvo el propósito de impartir un Taller de Educación de la Sexualidad adaptado a las necesidades de las encargadas y auxiliares que trabajan en la Casa Hogar del DIF. El objetivo de dicho Taller fue transmitir y trabajar con información verdadera y eficaz en un clima de apertura y respeto, el cual propicie la libre expresión y el involucramiento emocional de las participantes. Se brindó información para conseguir dos objetivos principales:

1. Erradicar mitos y tabúes a través de brindar información verdadera y eficaz y lograr una profundización en los conocimientos teóricos. El reto fue cambiar ciertas actitudes negativas que muchas veces se basan en la desinformación o en mitos que se han transmitido de generación en generación.
2. Lograr un cambio positivo de actitudes hacia la sexualidad con una visión de la sexualidad como algo natural que forma parte integral de la vida de un ser

humano, para así propiciar un incremento y una mejoría en la calidad de la comunicación con respecto a la sexualidad entre las encargadas y auxiliares y las menores residentes de la Casa Hogar.

La finalidad última de impartir este Taller fue que las encargadas y auxiliares comprendieran el desarrollo psicosexual de las menores y pudieran transmitirles conocimientos adecuados, ayudándolas a crecer y madurar con actitudes positivas, sin falsos prejuicios y haciéndolas responsables de su vida y su sexualidad.

En el Capítulo 1, se revisa la definición de sexualidad y lo que implica la educación de la misma.

Posteriormente, en el Capítulo 2, se abordan las diversas definiciones de lo que es una actitud y las teorías con relación al proceso de cambio de actitudes, así como el vínculo entre las actitudes y las manifestaciones conductuales.

En el Capítulo 3 se hace una revisión de la integración de los temas tratados en los primeros capítulos, es decir, las actitudes hacia los diferentes aspectos de la sexualidad tales como la virginidad, las relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos, las infecciones de transmisión sexual, etc.

A continuación, en el Capítulo 4, se hace una descripción de la Casa Hogar para Niñas del DIF, incluyendo su origen, objetivos y funcionamiento.

Después de esta revisión teórica, se expone el método utilizado, los resultados obtenidos, la discusión que suscitaron y sus relaciones con el marco teórico.

Finalmente, se exponen las conclusiones y se ofrecen algunas sugerencias para futuras investigaciones.

EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

1.1 Definición de Sexualidad

La sexualidad es parte de la vida de todos los seres humanos. No se puede comprender la sexualidad humana sin reconocer de antemano su índole pluridimensional. Por lo tanto, no es una tarea sencilla dar una definición de la sexualidad. A continuación revisaremos una serie de definiciones de la sexualidad presentadas por diversos autores:

“La sexualidad es el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o mujeres.” (Monroy, 1990)

“La sexualidad es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo; es un elemento básico de la femineidad o masculinidad, de la autoimagen, de la autoconciencia, del desarrollo personal. Es parte del deseo para la satisfacción personal. Estimula las necesidades de establecer relaciones interpersonales significativas con otros.” (Wilson, 1977, en Monroy, 1990)

“La sexualidad es una construcción social basada en un potencial biológico que actúa como vínculo para las relaciones sociales.” (Corona, 1991)

“La sexualidad es el conjunto de lo que creemos, pensamos, sentimos, actuamos y vivenciamos en cuanto personas.” (Lerer, 1995)

“La sexualidad es el conjunto de sensaciones corporales, aportación biológica, sentimientos, y la relación que se establece con el mundo externo. Así, no designa solamente las actividades y el placer dependientes del funcionamiento genital, sino toda una serie de excitaciones y actividades, existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental.” (Laplanche y Pontalis, 1971, en Lerer, 1995)

A partir de lo anterior, se considerará la sexualidad como el conjunto de condiciones biológicas, psicosociales y conductuales que caracterizan a cada género, tanto a la mujer como al hombre.

Por regla general, la palabra “sexualidad” se emplea con un significado más amplio que el vocablo “sexo”, pues la primera pretende abarcar todos los planos del ser sexual. Al hablar de la sexualidad nos referimos a una dimensión de la personalidad, y no exclusivamente a la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

La sexualidad está constituida por diferentes dimensiones que interactúan en todos los planos de nuestra vida:

Dimensión biológica: La base biológica de la sexualidad es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que nos diferencian a los seres vivos en femenino y masculino para propiciar la reproducción (Monroy, 1990). Los factores biológicos controlan en gran medida el desarrollo sexual desde la concepción hasta el nacimiento, así como nuestra aptitud para procrear después de la pubertad. El plano biológico de la sexualidad afecta también el deseo sexual, nuestra disposición sexual e, indirectamente, la satisfacción derivada de la relación amorosa. Por otra parte, la excitación sexual, cualquiera que sea el estímulo, produce una serie de efectos biológicos concretos: aceleración del pulso, respuesta

de los órganos sexuales y sensación de calor y hormigueo en todo el cuerpo (Masters et al., 1987).

Dimensión psicosocial: La sexualidad recibe influencias sociales y culturales, mismas que moldean la manifestación del sexo biológico. Esta dimensión conjuga factores psicológicos (pensamientos, emociones y personalidades) con elementos sociales (*cómo las personas se influyen recíprocamente*) (Masters et al., 1987). La cultura moldea el comportamiento de los miembros de la sociedad con el fin de lograr la convivencia social. En cada persona, dependiendo de su historia psicológica, el contexto tiene diferentes efectos, y el equipo psicológico con el que cada quien cuenta, a su vez, se ha formado internamente en un interjuego con el exterior (Monroy, 1990). Desde la infancia, la identidad sexual o de género de un individuo (la convicción íntima del sujeto de sentirse hombre o mujer) está configurada principalmente por fuerzas psicosociales. Así mismo, nuestras primeras actitudes hacia el sexo se basan en gran medida en lo que nos dicen o muestran nuestros padres, compañeros y maestros acerca del sentido y los objetivos del sexo. La colectividad regula la sexualidad a través de normas, valores y presiones sociales para así encauzar nuestra conducta sexual por una senda determinada (Masters et al., 1987).

Dimensión conductual: Esta dimensión se refiere a todo el comportamiento relacionado con ser hombre o ser mujer que presenta el ser humano. Es cualquier manifestación externa de la sexualidad y abarca tanto la conducta de tipo femenino o masculino como las diferentes manifestaciones eróticas. Ambas son el producto de las fuerzas biológicas y psicosociales. Aquí se incluyen los roles de género, que son la manifestación externa de la identidad sexual, es decir, todo lo que una persona hace o dice para indicar a los otros y/o a sí mismo que es hombre, mujer (o inclusive ambivalente) (Masters et al., 1987; Money, 1965, en Monroy, 1990). El estudio comparativo de diversas culturas revela que la conducta sexual varía en menor o mayor grado de una cultura a otra y que los roles de

género están condicionados por la concepción particular que cada sociedad tenga de ellos. Por ejemplo, en ciertas comunidades las obligaciones de un hombre para con sus huéspedes o amigos se saldan invitándolos a tener relaciones sexuales con su esposa (Voget, 1961, en Masters et al., 1987).

Ningún comportamiento se puede explicar satisfactoriamente si se intenta hacerlo desde la perspectiva de uno de sus componentes. La sexualidad debe entenderse y explicarse en su dimensión biopsicosocial.

El comportamiento de hombre o mujer depende de la conceptualización que la cultura tenga de la sexualidad, por tanto, los roles sexuales se presentan en forma muy diversa en cada sociedad y grupo humano. La sexualidad es un producto cultural, evoluciona con el ser humano, y ha reflejado la ideología predominante de los diversos momentos históricos por los que ha pasado la humanidad (Funke et. al., 1982).

La sexualidad se va moldeando por factores externos tales como los estereotipos culturales y de género, que son los acuerdos sociales implícitos y explícitos sobre los roles que se asignan tanto a hombres como a mujeres. Por lo tanto, podemos influir sobre algunos de los factores que modifican la sexualidad para que ésta pueda ser vivida con más naturalidad.

1.2 Educación de la Sexualidad

El ser humano tiene la posibilidad de la educación, la cual es una fuerza poderosa que lo forma y conforma, que estimula su poder y lo lleva en determinado sentido. Al educar, es importante considerar la medida y la forma en que se puede influir en la vida de otros seres humanos. Es necesario que la educación sea siempre una educación de la libertad, que el individuo sea capaz de decidir de forma libre y responsable sus propias acciones.

La educación es un proceso que ocurre tanto dentro como fuera de la escuela durante toda la vida del ser humano, el cual se ve influido por su medio ambiente. Sin embargo, este proceso no ha sido ensamblado adecuadamente con lo que es la sexualidad. Cuando se habla de sexualidad, la gente habla de lo puramente biológico, de la relación sexual como tal, como forma de reproducción humana. Esta es la concepción que invade a jóvenes y adultos al escuchar la palabra sexualidad; es muy común que la reacción sea de rechazo, de negación y de evasión. Todas estas reacciones y concepciones sobre la sexualidad no son más que el resultado de la época que vive la sociedad y la familia.

En los cincuenta hubo un primer intento por dar una educación sobre sexualidad e higiene, lo cual provocó una protesta masiva de las madres de familia. Nuevamente en los setentas hubo otro intento, pero quedó corto, y así ha seguido la información sexual en el país, como algo incompleto, temas que se ocultan, se niegan o se ignoran.

La sexualidad humana, como proceso formativo, se inicia junto con la vida y termina con la muerte. Desde que nacemos somos poseedores de un sexo, órganos genitales y el potencial para desarrollarnos y aprender a manejarlos. La sexualidad de un individuo se da en todo momento, le da sentido, unidad e integración (López, 1982).

El desarrollo sexual está implicado en el desarrollo general de un individuo y cada elemento de la educación y de las influencias socioculturales tendrá consecuencias tanto en el desarrollo general como en el sexual. Cuando hay una buena integración de la sexualidad en el desarrollo general de un individuo, éste tendrá una vida más completa, digna y satisfactoria. Cuando por el contrario, no ha habido una buena integración de su sexualidad, se produce una personalidad en conflicto interno con dificultades de adaptación sexual. Por esto es importante un cambio en la forma de difundir información, conocimientos y pautas en el

comportamiento sexual, a fin de que las nuevas generaciones tengan acceso a una vida más plena.

1.3 Educación de la Sexualidad en Nuestros Tiempos

Para hacer una revisión de la educación de la sexualidad en México durante la época actual se tomarán en cuenta los diversos sectores de población, educación y salud.

No existe la menor duda del papel que juega la educación de la sexualidad en los fenómenos poblacionales, ni de la necesidad de institucionalizarla. Actualmente, la educación de la sexualidad es un componente importante del Programa de Educación en Población. Cabe mencionar que existen actitudes de crítica hacia la educación de la sexualidad por parte de aquellos sectores que no están de acuerdo con las metas del Programa Nacional de Población; algunos sectores de la Iglesia, por ejemplo, no se oponen a la educación de la sexualidad en sí, sino a la metodología utilizada para impartirla y a algunos de sus contenidos, como los que se refieren a la anticoncepción (Corona Vargas, 1994).

Hasta muy recientemente, el sistema de educación formal en México no tenía ninguna política específica respecto a la educación de la sexualidad. Esta situación se ha modificado a partir de una reunión nacional del CONAPO y como parte del proceso de modernización educativa. En 1989 se propusieron varios contenidos de educación de la sexualidad en los programas de nivel básico y medio, tales como las nociones de pubertad y reproducción humana, así como temas de relaciones interpersonales y desarrollo afectivo. A partir del sexto grado se ha incluido información sobre la prevención del SIDA. Así mismo, en el segundo año de secundaria se propuso una nueva asignatura obligatoria llamada "*Adolescencia y Desarrollo*" (en un principio se llamó "*Sexualidad y Adolescencia*", pero al parecer las autoridades aún consideran muy arriesgado el término sexualidad). Según Rodríguez et al. (1994) sus contenidos van más allá de los biológicos para abordar

el desarrollo psicológico, las relaciones familiares, la prevención de infecciones de transmisión sexual y el abuso sexual y la violación. Su objetivo es lograr un mejor manejo afectivo y autocontrol, fortalecer la asertividad, aclarar los valores personales, reforzar el proceso de toma de decisiones y la planeación del futuro (en Corona Vargas, 1994). En la investigación realizada por el Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población (IMIFAP), se observó que el 96% de los padres de familia está a favor de que la asignatura se imparta.

Cualquier iniciativa de incluir la educación de la sexualidad dentro del sistema formal debe considerar la capacitación de los maestros como algo fundamental. Aún hoy en día no existe una capacitación sistemática al nivel de escuelas normales o en servicio. Sin embargo, muchos organismos no gubernamentales están involucrados en tareas de capacitación.

1.3.1 Planificación Familiar

Es cada día más evidente que para que la decisión respecto al número y espaciamiento de los hijos sea libre y responsable no basta con informar sobre la metodología anticonceptiva y que es necesario que ésta forme parte de un proceso más amplio. Investigaciones como las de Corona (1987) y Morris Núñez et al. (1988) han mostrado que muchas jóvenes se embarazan aun cuando conocen anticonceptivos seguros y eficaces; su embarazo con frecuencia está relacionado con una baja autoestima, necesidad de confirmar su identidad, necesidad de afecto y otros factores que requieren de enfoques educativos diferentes a los clásicos cursos de información sexual limitados a los aspectos biológicos. En este sentido, los organismos no gubernamentales han mostrado gran creatividad en el diseño de modelos educativos que trascienden la mera información (en Corona Vargas, 1994).

Gente Joven es un programa de educación de la sexualidad de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM). Su posición ética es la de

educadores críticos, para hacer análisis constructivos, diálogos y reflexiones concientizadoras. Se reconoce la diversidad de normas y principios, la aceptación de lo distinto y de lo plural, así como los derechos humanos a la libertad de expresión, a la información y a la libre decisión sobre su vida sexual y reproductiva. Además de este programa encontramos el modelo *Planeando Tu Vida*, elaborado en conjunto con el Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población (IMIFAP) (Rodríguez, 1994).

1.3.2 Educación de la Sexualidad en Instituciones de Salud

En el actual proyecto de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, publicada el 22 de noviembre de 1993, se ubica a ésta dentro del marco de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de la ocurrencia de riesgos para la salud de las mujeres y los niños (Rodríguez, 1994).

En 1992 la Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil del IMSS, presentó un programa sobre *Salud Reproductiva y Sexualidad en los Adolescentes*. Éste abarca una amplia gama de temas referentes a los problemas sociales, al desarrollo biológico y psíquico así como a la toma de decisiones (Rodríguez, 1994).

El programa *Desarrollo Integral del Adolescente*, desarrollado por el DIF, está dirigido a jóvenes de 17 a 19 años y su objetivo principal es promover la unidad de paternidad para jóvenes, analizar la idea y los sentimientos de tener hijos y descubrir las consecuencias que acarrea ser padre en la adolescencia. La posición ética del DIF es explícita en favor de la familia estable y monógama (Rodríguez, 1994).

1.3.3 Infecciones de Transmisión Sexual

Probablemente sea la aparición del SIDA lo que más ha contribuido en años recientes a activar la discusión sobre la educación de la sexualidad. Por primera

vez hubo la necesidad de estudiar los hábitos sexuales de la población mexicana y de establecer programas de educación de la sexualidad a gran escala. Palabras como "condór", "homosexualidad", "prostitución", etc., se han convertido en parte habitual del vocabulario de las personas, incluyendo los niños. Sin embargo, esta asociación con el SIDA también ha causado el efecto negativo de otorgarle a la sexualidad un matiz estigmático asociado con la enfermedad y con la muerte, y ha provocado que ciertos sectores conservadores de la sociedad se aferren aún más a actitudes sexofóbicas que poco contribuyen a la búsqueda de una solución al problema real que representa la presencia y propagación de este padecimiento (Corona Vargas, 1994).

Sin embargo, han aparecido organismos destinados a prevenir y tratar las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el SIDA. En 1986 se creó el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). Casi al mismo tiempo se crearon organismos no gubernamentales para enfrentar la problemática del SIDA; algunos de los grupos más innovadores están ligados a movimientos homosexuales, demandando el respeto a los derechos humanos independientemente de la orientación sexual (Corona Vargas, 1994).

1.4 Metodología Psicosocial en la Investigación de la Sexualidad

El objetivo primordial de la investigación en sexualidad es tener información acerca de las causas, consecuencias e interrelaciones que se asocian con una serie de decisiones y acciones (Pick y Díaz Loving, 1994).

Los estudios pueden ser de diferentes tipos. El estudio *exploratorio*, simplemente intenta definir a una cierta población y observar sus conductas con el fin de planear algún programa. Este tipo de estudio sólo permite determinar las características de un grupo o población con el que posteriormente se puede trabajar. Su principal aportación es que permite entender fenómenos de manera más profunda (Pick y Díaz Loving, 1994).

Otro tipo de investigación es la *descriptiva y epidemiológica*, cuyo objetivo es informar las características generales e incidencia de un fenómeno en cuestión. Este tipo de estudio no trata de explicar las causas ni cómo suceden las cosas, simplemente indica la frecuencia con que ocurre o se presenta cierto fenómeno en una población (Pick y Díaz Loving,1994).

Un tercer tipo de investigación es la *correlacional*, en donde se busca la relación existente entre dos variables, lo cual no implica que una sea causa de la otra, sino simplemente que se encuentran relacionadas e indica en qué grado (Pick y Díaz Loving,1994).

Otro tipo de investigación, la *diagnóstica*, tiene el fin de predecir los determinantes o antecedentes de una conducta, un conocimiento o una actitud (Pick y Díaz Loving,1994).

Por último, la investigación *evaluativa*, como su nombre lo indica, evalúa un programa de servicios o educación, para lo cual se requieren ciertos instrumentos. La evaluación se puede hacer en la población total o en una muestra de la misma. Los resultados, tanto cuantitativos como cualitativos, serán indispensables para determinar qué acciones tomar en el campo de la sexualidad. En este tipo de estudios usualmente se utiliza un grupo al que no se le aplica el tratamiento, cuyos resultados se comparan con los del grupo que si lo recibió, y se establecen diferencias. Otro aspecto importante es que se toman medidas del grupo que recibirá el programa o tratamiento antes y después del mismo para determinar la cantidad de cambio producida por el programa.

Los instrumentos de recolección de datos parecen presentar el problema de que no son desarrollados basándose en las necesidades de la población y rara vez son validados y confiabilizados con miembros de la población en que se van a utilizar.

ACTITUDES

2.1 Definición de Actitud

Una definición común de actitud es la desarrollada por Allport (1935, en Taylor, Peplau y Sears, 1994), quien propuso que *"una actitud es un estado mental y neurológico de disposición, organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los cuales está relacionada"*.

Thurstone (1928, en Rodrigues, 1991) definió la actitud como *"la intensidad de afecto en favor o en contra de un objeto psicológico"*.

Murphy, Murphy y Newcomb (1935, en Rodrigues, 1991) consideran la actitud como *"una respuesta afectiva, relativamente estable, en relación con un objeto"*.

En su primer manual de psicología social, Krech y Crutchfield (1948, en Rodrigues, 1991) definieron la actitud como *"una organización duradera de procesos motivadores, emocionales, perceptivos y cognoscitivos, en relación con el mundo en que se mueve la persona"*. En 1962, estos mismos autores brindaron otra definición: *"Un sistema duradero de evaluaciones positivas y negativas, sentimientos emocionales y tendencias a favor o en contra en relación con un objeto social"* (Krech, Crutchfield y Ballache, 1962, en Rodrigues, 1991).

A pesar de la aparente utilidad de las definiciones anteriores, en ellas se dan por hecho algunos supuestos sobre las actitudes que no son del todo exactos, como la suposición de que las actitudes son duraderas, o que las actitudes ejercen siempre una influencia directa o dinámica sobre el comportamiento. De los manuales de

psicología surgidos en los últimos años, destacan las siguientes definiciones de actitud:

"Ciertas regularidades en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones del individuo para actuar en relación con algún aspecto de su ambiente" (Secord y Backman, 1964 en Rodrigues, 1991).

"Las posiciones que la persona adopta y aprueba acerca de objetos, controversias, personas, grupos o instituciones" (Sheriff y Sheriff, 1965 en Rodrigues, 1991).

"Una predisposición aprendida a responder de manera consistentemente favorable o desfavorable con respecto a un objeto dado" (Fishbein y Ajzen, 1975, en Rodrigues, 1991).

"Una colección de cogniciones, creencias, opiniones y conocimientos, incluyendo las evaluaciones (sentimientos) positivas y negativas, todos relacionándose y describiendo a un tema u objeto central" (Freedman, Carlsmith y Sears, 1979 en Rodrigues, 1991).

"Es una idea cargada de emoción que predispone un conjunto de acciones a un conjunto particular de situaciones sociales" (Triandis, 1971 en Rodrigues, 1991).

Después de esta revisión de las distintas definiciones de actitudes, se puede concluir que **las actitudes son una serie de ideas y creencias acompañadas por sentimientos que pueden ser positivos o negativos, es decir, a favor o en contra de un cierto objeto, tema o situación y que predisponen al individuo a presentar un cierto comportamiento.**

Como se observa, las primeras definiciones de actitud incluían tan sólo el componente afectivo, el cual concibe a las actitudes como disposiciones para

evaluar un objeto de forma favorable o desfavorable. Actualmente, los psicólogos han acordado que las actitudes implican la categorización de un estímulo a lo largo de una dimensión de evaluación basada en información cognitiva, afectiva y conductual. El *componente cognitivo* consiste en los pensamientos que la persona tiene con respecto al objeto particular de la actitud, incluyendo conocimientos y creencias. El *componente afectivo* incluye todas las emociones y afectos de la persona hacia dicho objeto, especialmente las evaluaciones positivas y negativas del mismo. El *componente conductual* se refiere a la tendencia hacia la acción de la persona en relación al objeto (Krech y Crutchfield, 1948; Edwards, 1957; McGuire, 1969; Bem, 1970; Azjen y Fishbein, 1980, en Díaz Guerrero y Díaz Loving, 1996).

Las actitudes tienen una *complejidad cognitiva*, lo cual significa que para muchos objetos de actitud se tienen una gran cantidad de pensamientos y creencias que quizá se contradigan entre sí. A pesar de esta complejidad cognitiva, las actitudes suelen ser simples a nivel afectivo (Taylor et al., 1994).

Las actitudes hacen posible tener un rápido acceso a información relevante y actitudes relacionadas, pues proveen lazos importantes entre la información almacenada en la memoria (Judd, Drake, Downing y Krosnick, 1991, en Taylor et al., 1994). Le permiten a las personas tomar decisiones con suma rapidez, pues proveen información para hacer elecciones (Sanbonmatsu y Fazio, 1990, en Taylor et al., 1994). Sin embargo, las conexiones de las actitudes con la conducta son más tenues.

2.2 Cambio de Actitudes

Según Triandis (1973), el cambio de actitudes ocurre cuando desarrollamos nuevas creencias y cambiamos las viejas acerca del objeto y/o cuando nuevos afectos vienen a ser condicionados al objeto.

La *teoría del aprendizaje* se refiere a las actitudes como hábitos que son aprendidos por asociación, reforzamiento e imitación. Se adquiere información y sentimientos por el proceso de *asociación*. Los sentimientos que se asocian con los diferentes objetos de actitud dependen de las experiencias previas que se hayan tenido en relación a ellos. Esta teoría sugiere que las personas son persuadidas cuando transfieren un afecto de un objeto a otro que está asociado a él. Por ejemplo, los comerciales de televisión intentan asociar el producto publicitado con otros elementos positivos, como personas atractivas, para así incrementar los sentimientos positivos hacia el producto (Cacioppo, Marshall-Goodell, Tassinary y Petty, 1992, en Taylor et al., 1994).

El aprendizaje de actitudes puede ocurrir también a través del *reforzamiento* y el *castigo*, así como de la *imitación*. Las personas imitan a otras, especialmente si aquellas otras son personas fuertes e importantes. Por esto, una enorme fuente de actitudes políticas y sociales en etapas tempranas de la vida es la familia. Los niños suelen imitar las actitudes de sus padres, y durante la adolescencia prefieren copiar las actitudes de sus compañeros (Taylor et al., 1994).

La aproximación de la *consistencia cognitiva* afirma que buscamos consistencia entre nuestras actitudes, y entre los componentes afectivos, cognitivos y conductuales de una actitud particular. Sostiene que las personas que tienen diferentes creencias o valores que son incongruentes entre sí, se esfuerzan por hacerlos consistentes. De la misma forma, si sus cogniciones ya son consistentes y se enfrentan con una nueva cognición que produciría inconsistencia, luchan por disminuir la incongruencia (Taylor et al., 1994).

La teoría de la consistencia cognitiva que más influencia ha tenido ha sido la *teoría de la disonancia cognitiva*, propuesta por Leon Festinger (1957, en Díaz Guerrero y Díaz Loving, 1996). Esta teoría se enfoca principalmente en las inconsistencias entre nuestras actitudes y nuestro comportamiento. La *disonancia* se define como

un estado motivacional aversivo que resulta cuando una conducta en la que nos involucramos no es consistente con nuestras actitudes. La disonancia crea una tensión psicológica, y las personas se sienten presionadas a reducirla o eliminarla. La principal forma de reducirla, en el caso de no poder modificar la conducta, es cambiando de actitud.

La disonancia que ocurre después de realizar alguna acción que discrepa de las propias actitudes depende de los incentivos que se tengan para realizar dicha acción, tales como las amenazas o promesas de recompensa. La mayor disonancia, y por lo tanto el mayor cambio de actitud, ocurre cuando hay un mínimo incentivo para actuar en contra de las propias actitudes.

Una situación que suele despertar disonancia es el hecho de tomar una decisión. Cuando se debe elegir entre dos o más alternativas, la elección final casi siempre es inconsistente con al menos algunas de las propias creencias. La disonancia puede reducirse a través de aumentar la valoración del objeto elegido y de disminuir la evaluación de las alternativas rechazadas. Así, cuando se toma una decisión, hay una tendencia a incrementar el agrado por lo elegido y a disminuir el gusto por lo que no se eligió. Varios estudios han demostrado esto empíricamente (Brehm, 1956; Festinger, Riecken y Schachter, 1956, en Taylor et al., 1994).

Las personas no sólo tratan de hacer sus cogniciones consistentes con su conducta, sino que también tratan de hacer consistentes sus cogniciones y sus afectos. Las creencias se determinan en parte por las preferencias afectivas y viceversa. Las personas alterarán sus creencias para que concuerden con su evaluación afectiva y preferencias, aunque no tengan ninguna nueva información que justifique esto (Rosenberg, 1960, en Taylor et al., 1994). Este proceso es de importancia porque muchas actitudes se adquieren como fuertes afectos sin que existan muchas cogniciones que los apoyen.

Durante muchos años la teoría de la disonancia cognitiva proporcionó la única explicación teórica para los efectos de la conducta sobre el cambio de actitud. En 1967, Bem ofreció otra interpretación: *la teoría de la autopercepción*. Él argumentó que muchas veces no sabemos realmente cuáles son nuestras actitudes y que simplemente las inferimos de nuestro propio comportamiento y las circunstancias en las que éste ocurre (en Taylor et al., 1994).

La visión tradicional de las actitudes que refleja la teoría de la disonancia, es que son predisposiciones fuertes y perdurables; por lo tanto, cuando las personas se involucran en comportamientos contraactitudinales, sufren de tensiones desagradables que sólo pueden ser disminuidas a través de renunciar a estas apreciadas actitudes. En cambio, la teoría de la autopercepción de Bem, sugiere que nuestras expresiones de actitudes son enunciados verbales más bien casuales; no estamos tan comprometidos con nuestras actitudes. Actualmente, los psicólogos sociales aceptan que ambos procesos ocurren en algunas ocasiones.

El proceso de autopercepción ocurre con más frecuencia cuando las actitudes son vagas y ambiguas (Taylor, 1975, en Taylor et al., 1994). Por otro lado, cuando las personas tienen actitudes previas bien definidas, se puede esperar que actúe el proceso de la disonancia más que el de autopercepción, pues en este caso no necesitan basarse en la observación de su propio comportamiento para determinar sus actitudes (Tybout y Scott, 1983; Wood, 1982, en Taylor et al., 1994).

Las teorías *motivacionales* indican que las personas suelen responder a la comunicación persuasiva en términos de incentivos, es decir, de los costos o beneficios asociados con una posición actitudinal particular. De acuerdo a esta teoría, la formación y el cambio de actitudes es un proceso de consideración de los pros y los contras de las diferentes actitudes posibles sobre un tema y después adoptar la mejor alternativa (Edwards, 1954, en Taylor et al., 1994). Las personas

adoptan posiciones que con mayor probabilidad conducirán a efectos positivos y rechazan posiciones que probablemente conducirán a efectos negativos.

La *teoría de la respuesta cognitiva* (Greenwald, 1968; Petty, Ostrom y Brock, 1981, en Taylor et al., 1994) intenta comprender las actitudes y los procesos de cambio de actitud mediante entender los pensamientos que las personas generan en respuesta a comunicaciones persuasivas. Las personas pueden responder ante una comunicación de una forma reflexiva, considerando los pros y los contras de un argumento, o pueden responder de una forma automática, más emocional, derivando conclusiones de claves periféricas asociadas con la comunicación pero irrelevantes en cuanto a los méritos de los argumentos, como por ejemplo, lo atractivo o el prestigio de la fuente o lo agradable del contexto.

Un modelo muy útil al respecto del cambio de actitudes, clasifica las posibles influencias en el sujeto receptor del mensaje en términos de la fuente del mismo, el mensaje en sí, la situación o contexto y el mismo sujeto receptor. Uno de los descubrimientos más confiables en la investigación de las actitudes es que entre más favorablemente las personas evalúen al comunicador, más probablemente evaluarán el mensaje de manera positiva y modificarán sus actitudes en la dirección del mismo.

Las personas son más influenciadas por comunicadores con una alta credibilidad (Hovland and Weiss, 1952 en Taylor et al., 1994), o percibidos como expertos (Aronson, Turner y Carlsmith, 1963, en Taylor et al., 1994). También es importante que un comunicador sea percibido como objetivo y digno de confianza (Walster, Aronson, Abrahams y Rottman, 1966, en Taylor et al., 1994).

Como intentamos hacer que nuestras cogniciones sean congruentes con nuestros afectos, cambiaremos nuestras actitudes para que vayan de acuerdo con aquellas de las personas que nos agradan (Roskos-Ewoldsen y Fazio, 1992; Chaiken, 1979,

en Taylor et al., 1994). Tendemos a ser más influenciados por aquellos que son similares a nosotros que por aquellos que son diferentes (Brock, 1965; Wood y Kallgren, en Taylor et al., 1994).

En pocas palabras, la naturaleza de la fuente de procedencia del mensaje es de suma importancia en términos de cómo es evaluado éste. Los individuos atractivos, agradables, confiables y expertos son más persuasivos que aquellos que carecen de estos atributos.

Cabe mencionar que las características del comunicador tienen mayor importancia en los mensajes audiovisuales que en los escritos, en los cuales la calidad de los argumentos es la que hace la diferencia (Chaiken y Eagly, 1983, en Taylor et al., 1994).

El contenido del mensaje tiene una clara influencia en si las personas lo aceptarán o no. Un factor básico que influye en qué tanto seremos persuadidos por un mensaje, es qué tan discrepante es el mismo de nuestra propia posición: entre mayor sea la discrepancia, hay mayor presión hacia el cambio (Hovland y Pritzker, 1957, en Taylor et al., 1994). Sin embargo, enunciados en extremo discrepantes, nos hacen dudar de la credibilidad de la fuente, más que cambiar nuestras actitudes (Freedman, 1964; Eagly y Telaak, 1972, en Taylor et al., 1994). Cuando alguien se enfrenta a un mensaje que es inconsistente con sus actitudes, puede reducir esta inconsistencia a través de desacreditar a la fuente de la comunicación, restándole peso al resto de sus mensajes.

Cuando se tiene poca motivación para pensar sobre los argumentos de un mensaje, como cuando el tema tiene poca importancia personal, o cuando se es incapaz de procesar adecuadamente los argumentos, como cuando se está poco informado sobre el tema o distraído, las claves periféricas cobran mucha importancia en determinar el cambio de actitud. Presentar más argumentos en un

mensaje (una clave periférica) incrementa el cambio de actitud cuando el tema no es muy relevante para la persona, y por ello propicia poca motivación para pensar sobre el mismo (Cacioppo y Petty, 1985). Entre las personas mejor informadas, la fuerza de los argumentos es un factor más importante, pues ellas están más motivadas a prestar atención a la naturaleza de los mismos (Wood, Kallgren y Priesler, 1985).

La evidencia indica que incrementar moderadamente el miedo, suele elevar la efectividad de un mensaje persuasivo; pero cuando se despierta demasiado miedo, los efectos pueden ser perturbadores y contraproducentes, provocando que las personas se asusten demasiado como para actuar, o conduciéndolas a ignorar o rechazar el mensaje (Janis, 1967). Otras perspectivas indican que el miedo aumenta el cambio de actitud cuando una persona se siente vulnerable al objeto temido y si se recomiendan medidas efectivas, pero no si la persona se siente invulnerable o si hay poco o ningún remedio (Leventhal, 1970; Rogers y Mewborn, 1976).

La resistencia a un mensaje persuasivo depende en gran parte de la fuerza de nuestro compromiso con nuestra actitud inicial sobre algún tema (Chaiken y Stangor, 1987). El compromiso puede derivarse de diversas fuentes, como por ejemplo, del involucrarse en actividades en base a nuestra actitud, o del tomar una posición públicamente (Hovland, Campbell y Brock, 1957) cuando elegimos dicha posición libremente (Freedman y Steinbrunner, 1964), o cuando se tiene experiencia directa con el objeto de actitud (Wu y Shaffer, 1987). Entre mayor sea el compromiso con la actitud original, menor es la discrepancia en la cual el rechazo de la fuente comienza a sustituir el cambio de actitud (Freedman, 1964; Rhine y Severance, 1970). En general, el compromiso reduce la cantidad del cambio de actitud producido por un mensaje persuasivo discrepante. El compromiso o involucramiento personal produce una presión a defender la posición, por lo cual la exposición a una comunicación discrepante suele producir

respuestas distintas al cambio de actitud, como discriminar a la fuente o malinterpretar el contenido.

La disminución en la persuasividad de un mensaje después de cierto tiempo de emitido se denomina *el efecto de adormecimiento*. Un factor importante de la persistencia del cambio de actitud a través del tiempo es si el receptor es posteriormente recordado de claves importantes diferentes de los argumentos en sí, tales como la credibilidad de la fuente (Taylor et al., 1994).

2.3 Actitudes y Comportamiento

Originalmente se asumía que las actitudes de las personas determinaban su comportamiento. Sin embargo, se conocen muchas circunstancias en las cuales la conducta no se deriva de las actitudes. Existe un grado sustancial de variación entre las diferentes situaciones en cuanto al grado de consistencia entre actitudes y comportamiento.

Una importante condición para que exista una alta consistencia entre actitud y comportamiento es que la actitud sea fuerte y clara. Las inconsistencias generalmente involucran actitudes débiles y ambivalentes (Kelley y Mirer, 1974, en Taylor et al., 1994). De igual forma, la consistencia entre comportamiento y actitud puede no ocurrir cuando los componentes afectivos y cognitivos de la actitud están en conflicto (Norman, 1975; Millar y Tesser, 1989, en Taylor et al., 1994). Así, cualquier factor que contribuya a fortalecer la actitud, como la cantidad de información que se tenga sobre el objeto de actitud, aumentará la consistencia actitud-comportamiento (Kallgren y Wood, 1986, en Taylor et al., 1994). Otro factor que fortalece las actitudes es reflexionar sobre ellas y practicarlas, es decir, pensar sobre ellas y expresarlas (Fazio, Chen, McDonel y Sherman, 1982, en Taylor et al., 1994). También el tener experiencia directa con el objeto de actitud la fortalece y así mismo a su vínculo con el comportamiento (Fazio y Zanna, 1981, en Taylor et al., 1994).

Cuando una persona realiza un acto, puede estar influenciada tanto por sus actitudes como por la situación. Cuando las presiones situacionales son fuertes, las actitudes no determinarán el comportamiento con tanta fuerza como cuando dichas presiones son relativamente débiles.

El *modelo de la acción razonada* es un intento de especificar los factores que determinan la consistencia actitud-comportamiento (Fishbein y Ajzen, 1975, en Taylor et al., 1994). Comienza con la suposición de que las personas se comportan de acuerdo a sus intenciones conscientes, las cuales se basan en sus predicciones racionales sobre los efectos potenciales de su comportamiento y sobre cómo otras personas se sentirán sobre su conducta. El punto central de esta teoría es que la conducta de una persona puede ser predicha por sus *intenciones conductuales*. Las intenciones conductuales, a su vez, pueden predecirse a partir de dos variables: la actitud de la persona hacia el comportamiento y las normas sociales subjetivas (su percepción de lo que otros piensan que debe hacer). Sin embargo, las buenas intenciones no son siempre suficientes; a veces no se tiene la habilidad o los recursos para hacer algo que se pretende. Por esto, se ha sugerido que una variable adicional, el control percibido sobre los resultados, sea añadida al modelo (Ajzen y Madden, 1986; Madden, Ellen y Ajzen, 1992, en Taylor et al., 1994).

Sin embargo, factores no incluidos en el modelo, tales como impedimentos externos o las oportunidades, así como el miedo y la susceptibilidad percibida, pueden tener importancia. Boyd y Wandersman (1991, en Taylor et al., 1994) entrevistaron a 190 estudiantes de licenciatura al respecto de su intención de usar condón durante el coito. Tres meses después de contestar el cuestionario inicial, los sujetos fueron recontactados por teléfono para registrar la frecuencia del uso del condón durante este período. A pesar de que la intención hacia la conducta era un fuerte predictor del uso de condón reportado, la susceptibilidad percibida y el miedo al SIDA también predijeron significativamente el uso del condón. Es posible

también que el acceso a condones y la voluntad de comprarlos contribuya al comportamiento. Así, se puede tener la intención de usar condón, más no tener acceso al mismo cuando se necesita; o se puede no tener la intención, y terminar por usarlo si está a la mano o la pareja insiste en ello.

2.4 Medición de Actitudes

Para Triandis (1973), las actitudes son internas y no observables, por lo tanto, los investigadores deben inferir las actitudes individuales hacia los objetos desde una conducta evidente, como las respuestas a un cuestionario o actos en una situación estructurada. Así, las mediciones de las actitudes siempre son indirectas, asumiendo que reflejan los sentimientos evaluativos de la gente.

Los métodos más comunes para medir las actitudes utilizan el formato de autorreporte con papel y lápiz, en el cual los interrogados deben contestar uno o más puntos en un cuestionario o escala de actitudes. Se puede presumir que sus actitudes hacia un problema influyen en cómo responden a las preguntas. Una escala de actitudes, que consta de un conjunto de afirmaciones positivas y negativas respecto a un área de interés, puede elaborarse por medio de varios procedimientos (Aiken, 1996).

Entre los métodos de medición de actitud se encuentra la técnica de Likert (1932), la cual se ha mantenido como uno de los métodos más aceptados. El *método de rangos sumarios* de Rensis Likert comienza con la recopilación de una gran cantidad de afirmaciones que expresan una variedad de actitudes positivas y negativas. Estas escalas miden indirectamente las actitudes al calcular el alcance en el cual alguien sostiene creencias positivas o negativas acerca del objeto de una actitud.

ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD

Kilander (1973) menciona que *“la actitud hacia la sexualidad se refiere a la predisposición del individuo hacia un objeto sexual que lo hace reaccionar en sentido positivo o negativo.”*

La investigación sobre sexualidad analiza 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.

Fraizer (1947) menciona que la formación de actitudes hacia la sexualidad en las personas está influenciada por:

- 1) La familia como transmisora del prototipo de la cultura.
- 2) La cultura del grupo.
- 3) La posición social de la familia.
- 4) El grado de participación del individuo en el grupo, lo cual determina la influencia que éste ejerce sobre sus actitudes.
- 5) Los medios de comunicación.

La actitud de los padres hacia la educación de la sexualidad y el tipo de mensajes, tanto verbales como no verbales, que se le transmiten a los niños de forma cotidiana, así como el hecho de responder o no a las preguntas que los niños plantean, representan para el pequeño un aprendizaje sobre su sexualidad (Givaudan y Pick, 1994, en Pick, Givaudan y Díaz Loving, 1994).

En un estudio realizado por Givaudan et al. (1993, en Pick et al., 1994), se encontró que tanto hijos como hijas se comunican con mayor frecuencia con su

madre que con su padre en todos los aspectos, incluyendo los relacionados con su vida afectiva y con su sexualidad. Los padres y madres dicen tener mayor comunicación con sus hijos que la que éstos perciben. La calidad de esta comunicación sobre sexualidad con el padre es percibida como mala por la mayoría de las hijas y por el 50% de los hijos; sin embargo, la mayoría de los padres la consideraron buena. En general, se encontró que los temas relacionados con sexualidad son poco abordados dentro de la familia, reportándose obstáculos en la comunicación, tales como falta de confianza y dificultad para iniciar una conversación. Sin embargo, tanto los padres como los adolescentes manifestaron interés por hablar sobre sexualidad dentro de la familia.

En este estudio se destaca el papel de la familia como uno de los medios para realizar intervenciones preventivas de embarazo e infecciones de transmisión sexual, por lo cual es necesario crear estrategias con el fin de mejorar la comunicación intergeneracional, enfatizando el aspecto de placer y sentido de la vida que puede proporcionar el ejercicio sano y responsable de la sexualidad.

Sauceda de Flores (1975) realizó un estudio en escuelas oficiales de la delegación de Coyoacán, en México D.F., con el objeto de evaluar las actitudes sobre el comportamiento sexual en adolescentes. De las 300 encuestas respondidas, se derivaron los siguientes datos:

- 1) Las actitudes hacia la sexualidad de los adolescentes varones resultan de las actitudes de los padres y del medio social en el que se desenvuelven.
- 2) La práctica de la masturbación conlleva grandes sentimientos de culpa por creer que produce tanto daños físicos como mentales.
- 3) Consideran la homosexualidad como una enfermedad tanto de origen físico como psicológico.
- 4) Los adolescentes poseen conocimientos muy limitados sobre anatomía genital femenina.

5) Los adolescentes prefieren hablar sobre temas sexuales con compañeros de su misma edad y sexo.

3.1 Actitudes hacia la Virginidad y las Relaciones Sexuales

En la investigación realizada por Alfaro (1991), se observó que la mayoría de los adolescentes piensan que la virginidad es un valor muy importante en nuestra sociedad, debido probablemente a que continúan teniendo peso los valores inculcados por la familia.

Los hombres presentaron una actitud más favorable hacia la libertad en las relaciones sexuales. En cambio, las mujeres mostraron una actitud más tradicional, aquella en la cual se le otorga al hombre más libertad en las relaciones sexuales que a la mujer. También se encontró que los jóvenes de mayor edad (18 a 20 años), tienen una actitud más favorable hacia la libertad en las relaciones sexuales que los jóvenes de menor edad (15 a 17 años). Los adolescentes que no han tenido aún relaciones sexuales, presentan una actitud menos favorable hacia la libertad en dichas relaciones.

En las investigaciones realizadas por Schofield (1972), se encontró que el 45% de los adolescentes varones aceptaban el coito prematrimonial, aunque una mayoría, correspondiente al 64%, deseaba casarse con mujeres vírgenes. Tan sólo el 25% de los adolescentes varones afirmaron que no les era de importancia la virginidad en la mujer, y uno de cada diez dijo que decididamente no deseaba que su futura esposa lo fuera. Respecto a las adolescentes mujeres, el 85% reportaron que deseaban casarse siendo vírgenes. Ellas creen que sus novios desean que sus futuras esposas sean vírgenes, y presentan con frecuencia la idea de que una adolescente adquiere "mala reputación" si tiene relaciones sexuales antes del matrimonio. Sin embargo, muchas refirieron que no les importaba que su compañero sostuviera relaciones sexuales prematrimoniales.

Montoya (1980) realizó una investigación con estudiantes de preparatoria y encontró que los hombres tendían a aceptar las relaciones sexuales prematrimoniales más para sí mismos que para las mujeres. El 13% de las mujeres y el 56% de los hombres habían tenido relaciones sexuales, pero aunque la mayoría de las mujeres las sostenían con sus novios, la mayor parte de los hombres las tenían con parejas ocasionales.

En general, hay una tendencia a concebir de forma muy diferente la expresión de la sexualidad en los hombres que en las mujeres. A los hombres se les permite una mayor libertad sexual, tanto en la frecuencia como en la posibilidad de elección de la pareja sexual. A las mujeres, en cambio, se les desaprueba y estigmatiza si se permiten expresar su sexualidad y mantener relaciones sexuales sin reservas.

Datos provenientes de la Encuesta sobre Determinantes de la Práctica Anticonceptiva en México (Edepam, 1988, en Pick et al., 1994) muestran que, a medida que aumenta la escolaridad, se incrementa el número de mujeres que considera que la decisión de cuándo tener relaciones sexuales debe corresponder a la pareja, y disminuye el porcentaje de las que opinan que dicha decisión pertenece únicamente al hombre. Así mismo, a mayor escolaridad en la mujer, aumenta la consideración de que las relaciones sexuales son igual de importantes para ambos miembros de la pareja, mientras que a menor escolaridad, las mujeres piensan que las relaciones sexuales son más importantes para el hombre que para la mujer. En grupos de mujeres con menor escolaridad, no usuarias de anticonceptivos y con menor conocimiento sobre reproducción, se asocian las relaciones sexuales con el embarazo con mayor frecuencia, lo cual corrobora aspectos de la visión de sexualidad de la mujer dentro de la cultura mexicana, tan ligada a la función materna (Díaz Guerrero, 1982, en Pick et al., 1994).

Respecto a la importancia que le dan las mujeres a las relaciones sexuales, se encontró lo siguiente: el 65% de las mujeres entre 15 y 24 años y de las mujeres

con mayor escolaridad, consideran que las relaciones sexuales son muy importantes, debido a la mayor comunicación con la pareja, la necesidad fisiológica y el desahogo corporal; en cambio, las mujeres con cinco o más hijos, con menor escolaridad y las del grupo de 35 años o mayores, opinan que las relaciones sexuales no son importantes.

También se encontró que las mujeres de mayor escolaridad, pertenecientes a zonas urbanas y usuarias de métodos anticonceptivos, asocian un mayor valor afectivo a las relaciones sexuales (Figueroa y Rivera, 1993, en Pick et al., 1994). Ellas coinciden en que las relaciones sexuales son más necesarias para el hombre dada su naturaleza y temperamento.

3.2 Actitudes hacia el Abuso Sexual y la Violación

La agresión sexual es un delito de violencia en el que el agresor utiliza el acto sexual para dominar, controlar, degradar o humillar a la víctima (Dunn y Gilchrist, 1993). Es una agresión en la cual el sexo se utiliza como un arma (Gise y Paddison, 1988, en Dunn y Gilchrist, 1993). Esto significa que la motivación principal de la agresión sexual no es el deseo sexual, sino el deseo de expresar ira y de ejercer poder sobre la víctima y de esto deriva su principal gratificación. Lamentablemente, la gran mayoría de las personas se resisten a creer que la violación y el abuso sexual son crímenes de violencia y no de pasión.

La mayor parte de las víctimas de agresión sexual son mujeres y la mayor parte de los agresores son hombres (Dunn y Gilchrist, 1993). En las revisiones estadísticas realizadas por el Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (P.A.I.V.S.A.S.) de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., se encontró que alrededor del 96% de los agresores sexuales son hombres (González y Rosas, 1997). Se estima que sólo el 10% de las víctimas adultas de violación son hombres (King, 1990, en Dunn y Gilchrist, 1993). En los casos de abuso sexual al menor, la víctima es casi siempre una niña (77-85%), aunque se cree que los

casos de abuso sexual a niños no son reportados con frecuencia, probablemente porque a los niños se les presiona socialmente a no mostrarse vulnerables, porque a los hombres se les enseña que la sexualidad temprana es normal y por el miedo a que los crean homosexuales por haber sido agredidos por un varón (Wurtele y Miller-Perrin, 1992).

La agresión sexual es un fenómeno que ocurre como resultado del tipo de socialización masculina. La victimización sexual es una manera en que los hombres ejercen el control sobre la mujer y las(os) niñas(os); esto se basa en las raíces históricas de la dominación del hombre, puesto que culturalmente se promueve que el hombre tenga rasgos de personalidad de dominio sobre la mujer. Los hombres se sienten presionados a demostrar su masculinidad ejerciendo su poder y violencia sobre las mujeres y las(os) niñas(os), y creen que tienen derecho a ser física y sexualmente agresivos por ser los líderes de la sociedad y dueños de todo (Koss, Goodman, Browne, Fitzgerald, Puryear y Felipe, 1994).

Los mitos y creencias sociales erróneas sobre la violencia hacia la mujer provocan que ésta continúe ocurriendo. La agresión sexual no se detendrá hasta que los mitos que existen relacionados a ésta se reconozcan como tales y hasta que se acepten los verdaderos motivos para cometer una agresión sexual.

Entre los mitos que propician que ocurra la agresión sexual, encontramos los siguientes: que sólo le ocurre a cierto tipo de mujeres o en cierta clase de familias, como por ejemplo a las mujeres y/o niñas de clase social baja, pobres, mujeres que toman riesgos, o mujeres que han sido abusadas con anterioridad; que las mujeres y/o niñas la provocan de alguna forma, quizá por rehusarse a tener sexo o a obedecer. Que las mujeres y/o niñas inventan haber sido agredidas para vengarse del hombre, del padre o de algún familiar o para proteger su propia reputación. Que las mujeres y/o niñas tienen la capacidad y la responsabilidad de detener y prevenir una agresión sexual, y que si no lo hacen, es porque en

realidad deseaban la agresión. En general se tiende a minimizar las acciones del hombre, argumentando que ella ya no era virgen, que no la penetró o que no le quedaron heridas corporales (Koss et al., 1994).

En el extremo, se llega a culpar a la mujer por la agresión sexual cometida por el violador (Metzger, 1976, en Masters y Johnson, 1995). De acuerdo a este punto de vista, la mujer desea "secretamente" ser violada y goza del acto cuando se produce. En relación a este mito existen otras creencias erróneas, como que las fantasías de una mujer sobre la violación demuestran un deseo de que el acto ocurriera. Así mismo, suele pensarse que la mujer se viste y comporta provocativamente para "excitar" a los hombres, los cuales son víctimas impotentes de las reacciones que desencadena la provocación de las mujeres. Con estas actitudes se le atribuye erróneamente la responsabilidad a la víctima, en vez de al agresor.

También existe la creencia de que si la mujer se resiste, no puede ser violada (Warshaw, 1994). Esta idea ignora por completo el temor que invade a la mujer agredida: el temor a sufrir daño físico, a ser mutilada, a que su vida queda de pronto en manos del violador y puede llegar a morir. Ante una violación, muchas mujeres simulan cooperar con el asaltante en un intento de evitar lesiones físicas y acabar cuanto antes (Burgess y Holmstrom, 1976).

Casi todos los estudios realizados muestran que los violadores buscan blancos que les parecen vulnerables, más que mujeres vestidas de una forma determinada o que tienen un aspecto concreto (Grossman y Sutherland, 1982, en Masters y Johnson, 1995).

El hecho de que en ocasiones la agresión sexual esté dirigida a niños tan pequeños que están muy lejos de empezar a desarrollar los caracteres sexuales secundarios, es una de las tantas muestras de que el abuso sexual no está originado por una

atracción sexual, sino por un deseo de ejercer violencia y poder (utilizando el sexo como instrumento) por parte del perpetrador. Esto hace que la creencia en la "provocación" de la víctima pierda toda credibilidad (David y Brody, 1979, en Masters y Johnson, 1995).

Muchas víctimas de abuso sexual se culpan a sí mismas por el abuso, ya sea porque sintieron placer, porque les gustaba la atención que se les prestaba o porque no fueron capaces de detener al perpetrador. Es importante que un(a) niña(o) o mujer(hombre) sepa que en ningún caso es culpable de lo ocurrido, sin importar qué tipo de conductas presentó durante el abuso (Walker, 1994).

3.3 Actitudes en Relación a los Roles de Género

El rol de género es la manifestación externa de la identidad sexual, es decir, la forma en que un individuo expresa su masculinidad o feminidad en un contexto social (Money y Ehrhardt, 1972, en Masters et al., 1987). Las investigaciones que se han llevado a cabo reconocen que el género, o lo que se asigna como conducta adecuada femenina o masculina, es una construcción social originada en el hecho biológico de nacer con órganos sexuales femeninos o masculinos (Pick et al., 1995).

Los estereotipos de género son las creencias sobre los atributos personales de las mujeres y los hombres. Son ideas preconcebidas y se refieren a la imagen que se tiene de un miembro típico de una categoría social en particular (Taylor, Peplau y Sears, 1994).

Sin embargo, los estereotipos tienen ciertos problemas inherentes. Uno de los problemas de los estereotipos es que siempre simplifican demasiado y a veces no se ajustan en lo más mínimo a la realidad. Por ejemplo, la creencia de que el hombre es más inteligente que la mujer ha sido desacreditada por la investigación científica. Los estereotipos se han usado a lo largo de la historia para justificar el

prejuicio y la discriminación de ciertos grupos; históricamente, las creencias falsas de que las mujeres no son tan listas como los hombres y de que carecen de ambición, se han usado para negarles una educación y para mantenerlas en casa. Los estereotipos de género pueden hacer parecer que hay grandes diferencias entre hombres y mujeres, cuando en realidad las similitudes son mucho mayores que las diferencias.

Otro problema de los estereotipos es que muchas veces funcionan como profecías autocumplidas: si se espera que una mujer sea complaciente y poco directa, tal vez nos comportemos hacia ella de formas que la lleven a actuar justo como se pensó que actuaría (Taylor, Peplau y Sears, 1994).

Desde la época antigua se consideraba a la mujer como una pertenencia personal del hombre, destinada a proporcionar placer sexual y a funciones de reproducción (Bullough, 1976, en Masters et al., 1987). Se conceptuaba a las mujeres y a las muchachas como sexualmente pasivas y como criaturas insensibles, en tanto que el varón pasaba por ser un viril agresor sexual. En consonancia con este criterio, era el hombre quien debía mostrar sus facultades amorosas y tomar la iniciativa de la actividad sexual, pero si la mujer abandonaba la sumisión y se complacía demasiado en el sexo, se le veía con malos ojos (Masters et al., 1987). Ya en el siglo XX, en los años cincuentas, se conceptuaba a las mujeres como criaturas adorables pero no muy inteligentes -un poco como la Marilyn Monroe de las películas-, cuyos intereses no podían ser otros que el matrimonio y la maternidad.

A principios de los años sesentas, una serie de factores generaron el inicio de una revolución sexual. Debido al resurgimiento del movimiento feminista desde una óptica moderna y a que las mujeres podían obtener con facilidad píldoras anticonceptivas, lo cual les dio un inusitado grado de control sobre su suerte en el plano sexual, la sexualidad femenina se acepta, cada vez en mayor grado, como un hecho natural y cotidiano (Master, Johnson y Kolodny, 1987).

De acuerdo a la perspectiva de socialización, las diferencias en las experiencias de los niños y las niñas los conducen a tener distintas actitudes, intereses, habilidades y personalidades, distinciones que se prolongan hacia la adultez (Taylor, Peplau y Sears, 1994).

Observemos que mientras a la mujer se le ha asignado, condicionado y educado en un *rol pasivo* de atención a los demás, de dependencia económica y emocional, sumisión, seducción y utilización del afecto para relacionarse, al hombre se le ha asignado, condicionado y educado en un *rol activo*, de logro de metas, independencia, autoridad, capacidad de decisión, conquista y represión del afecto (Pick, Aguilar, Rodríguez, Vargas y Reyes, 1991, en Pick et al. 1995).

Muchos objetos y actividades también son definidos como masculinos o femeninos. Desde una temprana edad, las niñas y los niños aprenden que las muñecas y los utensilios de cocina son juguetes para niñas y que los carritos y las pistolas son juguetes para niños (Robinson y Morris, 1986, en Taylor, Peplau y Sears, 1994). La mayoría de los niños(as) de 4 años de edad creen que el ser médico, policía o albañil son trabajos de hombres y que el ser secretaria, maestra o enfermera son trabajos de mujeres (Gettys y Cann, 1981, en Taylor, Peplau y Sears, 1994).

El atractivo sexual del hombre parece radicar, en todas las sociedades, en una forma de comportarse indicativa de que ha triunfado socialmente, es decir, que se trata de un individuo que goza de una buena posición y puede satisfacer los gustos de la familia. El atractivo de la mujer queda realzado por una conducta acreditativa de que es una buena esposa y madre (Ortner y Whitehead, 1981, en Gebhard, en Masters et al., 1987).

El gran valor que en algunas sociedades se atribuye a la virginidad de la mujer (nunca a la del hombre) es resultado del concepto que se tiene de la mujer como

un bien privado, del deseo de que los hijos sean de uno mismo y no de otros, y del afán de evitar la relación con una mujer experimentada, que no sólo tendría expectativas sexuales, sino que podría establecer comparaciones entre sus examantes y su esposo (Gebhard, en Masters et al., 1987).

Es importante puntualizar que, si bien la mayoría de las colectividades sociales reprueban la promiscuidad femenina, algunas tribus australianas la valoran grandemente, pues estiman que es una prueba de que la mujer es más atractiva y más experta sexualmente que sus compañeras. En estas sociedades las mujeres hacen alarde del número de compañeros sexuales que han tenido (Masters et al., 1987). También en la pequeña isla polinésica de Mangaia, en el Pacífico Sur, no se ve con buenos ojos la pasividad sexual de la mujer y el contacto sexual con un hombre no exige entablar amistad y afecto previos. Las muchachas deben aprender a tener orgasmos desde muy jóvenes (Marshall, 1971, en Masters et al., 1995). Estos testimonios derrumban el mito de que "*la mujer es frígida por naturaleza*" y realzan la realidad de que todas las mujeres tienen el potencial de disfrutar la actividad sexual y de experimentar orgasmos. Interesantes observaciones y estudios realizados entre mujeres, demuestran que la falta de placer sexual se debe principalmente a carencias en el aprendizaje, a informaciones incorrectas y a la escasa formación e información. En un grado menor inciden los problemas intrapsíquicos profundos. A las mujeres les enseñaron que el sexo existía para dar placer a los varones, dueños y amos, y para tener hijos, y bajo este principio su cuerpo fue sistemáticamente enajenado y entregado. Las mujeres se dedican a calmar, escuchar, consolar, postergando sus propias necesidades, opiniones y sentimientos. Esto las ha llevado a preocuparse más por los otros que por sí mismas, llegando a olvidar sus intereses, emociones y sensaciones y a no atender el lenguaje de su propio cuerpo. Está comprobado que renunciar a la propia satisfacción sexual a favor de la del otro tiene, tarde o temprano, efectos negativos en la relación de pareja y en la psicología individual. La mujer que se ocupa de lograr placer alcanza un espacio psíquico y emocional

propio desde el cual se valora y se respeta, e incita a los demás a valorarla y a respetarla (Lerer, 1995).

Se han realizado estudios sobre cómo afecta la masculinidad y feminidad psicológica en el bienestar de las personas. La teoría tradicional era que los hombres deberían tener rasgos considerados típicamente "masculinos" y las mujeres rasgos típicamente "femeninos" para lograr así la salud mental (atributos, intereses, preferencias y habilidades que la sociedad asocia típicamente con la feminidad o la masculinidad) (Taylor, Peplau y Sears, 1994). También se pensaba que la masculinidad y la feminidad eran rasgos que se excluían mutuamente. Ahora la visión es distinta: la "masculinidad" y la "feminidad" se consideran rasgos distintos, pero que coexisten en todos los individuos en mayor o menor grado (Bem, 1972, en Masters et al., 1995). Algunos estudios llevados a cabo en México y en otros países latinoamericanos muestran mejor salud mental y adaptación en individuos que tienen un balance entre características supuestamente "femeninas" y "masculinas", lo cual va en contra de la visión tradicional (Pick et al., 1991, en Pick et al., 1995). A las personas que se perciben como poseedoras de atributos tanto "femeninos" como "masculinos", Bem (1975, en Taylor, Peplau y Sears, 1994) las llamó *andróginas*, tomando los términos griegos para hombre (*andro*) y para mujer (*gyne*). Sin embargo, muchas feministas rechazan esta postura, puesto que aún enfatiza la noción de que hay cualidades femeninas y masculinas: los atributos personales y las preferencias no deberían asociarse con ningún género en particular (Taylor, Peplau y Sears, 1994).

Aunque han habido cambios en la división de labores por género, sigue siendo la mujer la que se encarga de alrededor del 80% de las labores del hogar y del cuidado de los hijos, independientemente de si ella tiene un trabajo fuera del hogar o no (Coltrane y Ishii-Kuntz, 1992; Peterson y Gerson, 1992, en Taylor, Peplau y Sears, 1994). Por lo tanto, el trabajar fuera del hogar sólo implica, en

muchos casos, más responsabilidades y presiones para las mujeres, y no una liberación, como se ha querido hacer ver.

Medina Mora et al. (1992, en Pick et al., 1995) reportan cifras del 17% de mujeres adultas con depresión severa, en comparación con el 8.5% en hombres. Los médicos generales reportan a su vez que las mujeres tienen más trastornos emocionales relacionados con depresión, mientras que los hombres tienden más frecuentemente a la ansiedad.

Es de suma importancia resaltar que la inequidad de género puede propiciar violencia de los hombres hacia las mujeres. Si se ven la masculinidad y la femineidad como elementos antagónicos, los hombres temen que si muestran rasgos "femeninos" van a ser considerados "poco hombres", "afeminados" u homosexuales, y en una cultura como la nuestra en la que se devalúa al género femenino, esto se considera un grave insulto. Por lo tanto, los hombres se sienten presionados y obligados a demostrar lo "machos" que son para así evitar que se dude de su masculinidad. Para esto, los varones adoptan los rasgos considerados típicamente masculinos, mostrándose fuertes, poderosos y agresivos, dominando y sometiendo a las mujeres, valiéndose para esto de la violencia verbal, física, emocional y sexual.

La mujer es vista como un objeto, haciendo énfasis en su atractivo físico y en su habilidad para estimular y satisfacer los deseos del hombre. En muchas ocasiones las mujeres y los hijos tienen la función de ser los receptores en quienes los varones descargan su ira y sus frustraciones.

3.4 Actitudes en Relación al Desarrollo de la Sexualidad

El desarrollo de la sexualidad es un proceso complejo que inicia con la concepción y termina hasta la muerte del individuo. Antes del nacimiento el desarrollo sexual depende principalmente de factores biológicos. A partir del nacimiento, la

evolución sexual del individuo está fuertemente influida por factores psicosociales, por lo cual el aprendizaje tiene un papel más importante que los factores biológicos en la configuración de la sexualidad.

Money (1976, en Masters y Johnson, 1995) señaló que la niñez es "el último reducto de la investigación sexual", puesto que existen pocos datos confiables sobre la conducta sexual en estos años de formación.

Freud fue uno de los primeros teóricos que reconoció la existencia de la sexualidad durante todo el ciclo vital. Antes de la obra de Freud y de los primeros sexólogos de comienzos de siglo, se pensaba que la sexualidad infantil no existía, o era un tema prohibido por los supuestos peligros que conllevaba y su índole pecaminosa (Sulloway, 1979, en Masters y Johnson, 1992). Estas opiniones aún existen en algunas personas, pero afortunadamente se han reducido. Actualmente, muchos padres están mejor informados y se muestran más tolerantes, viendo la sexualidad de sus hijos como algo natural. En cambio, otros aún no aceptan que sus hijos manifiesten cualquier tipo de interés o de comportamiento sexual.

El conocimiento de las pautas habituales del desarrollo de la sexualidad en los niños permitirá que los padres ayuden a sus hijos a aceptar la sexualidad sin que se produzcan limitaciones traumáticas ni precipitaciones.

3.5 Actitudes en Relación al Concepto de Normalidad

La mayoría de la gente cree que sabe distinguir intuitivamente cuando una conducta sexual es normal o anormal. Sin embargo, el intento de definir lo que es sexualmente normal y lo que no lo es, constituye uno de los principales dilemas de la sexología actual. Surgen varias complicaciones a la hora de establecer lo que debe entenderse por "normal".

La mayor parte de las definiciones que proporcionan los diccionarios acerca del vocablo "normal" indican que es normal todo lo que se adecúa a un patrón usual o típico. Pero lo insólito y lo atípico no sólo cambia según las culturas, sino que varía con el paso del tiempo. Desde una perspectiva sociológica, la conducta que va más allá de los límites de los hábitos aceptados y de las reglas de una colectividad determinada se considera "pervertida". Desde una óptica biológica, la normalidad presupone limitarse a lo natural y saludable. Desde el punto de vista psicológico, es anormal lo que genera una sensación personal y subjetiva de congoja, aflicción o angustia –como la inquietud, la depresión o la culpa-, o lo que impide que una persona se comporte adecuadamente en situaciones sociales ordinarias y en contextos ocupacionales comunes. Desde el punto de vista estadístico, la normalidad se reduce a un problema de cuantificación numérica: lo que es frecuente o común es normal y lo que es raro o excepcional no lo es (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

Definir la normalidad no es tan sencillo como parece a primera vista. La distinción entre lo normal y lo anormal es un tanto arbitraria ya que, por lo general, presupone juicios de valor de uno u otro género. Por consiguiente, es importante dejar constancia de que en muchos casos no existe una separación tajante entre lo normal y lo anormal. De la misma forma que resulta sencillo afirmar que una persona que se masturba dos veces a la semana no da muestras de una conducta sexual anómala, y que un individuo que se masturba compulsivamente doce veces al día exhibe un comportamiento irregular, ¿en qué punto hay que trazar la línea divisoria? (Masters et al., 1995).

La apreciación occidental con respecto a lo que se supone "normal" o no en sexualidad, se basa en códigos judeo-cristianos, que a su vez tienen su origen en las primitivas culturas del occidente asiático, teniendo un sólo propósito para la actividad sexual: la procreación (Masters et al., 1995).

Es importante aclarar que el ser humano *no* tiene un *instinto sexual*; los instintos, propios de los animales no humanos, son conductas complejas o sofisticadas compartidas por una misma especie que se transmiten de una generación a otra de forma invariable; es decir, son rituales que no varían dentro de una misma especie y que se relacionan con la supervivencia de la misma. El ser humano tiene infinitos modos de realizar un cortejo, y estas formas dependen de su elección.

La conducta sexual de los humanos se manifiesta dentro de una gama muy amplia de formas de expresión, siendo unas más frecuentes o comunes que otras, presentándose en diferentes grados, de forma constante o pasajera. Una de las principales características de la expresión sexual de las personas es que puede manifestarse de diferentes maneras a lo largo de la vida.

Antiguamente, algunas de las formas de conducta sexual recibían el nombre de "desviaciones", "perversiones" o "aberraciones". Estas etiquetas se aplicaban de forma un tanto arbitraria, sustentándose en la conformidad cultural y en los valores que regían en esa época y contexto específico (Tallent, 1977, en Masters et al., 1995). Para evitar estos problemas en la medida de lo posible, brindaremos una definición de la normalidad en sexualidad libre de prejuicios personales, que no hace referencia a la propia escala de valores, o a los valores y normas de nuestra sociedad en esta época en particular.

Según las palabras de Albert Ellis: *"Hablando en forma general, si el comportamiento sexual no es nocivo para los participantes o para quienes lo rodean, si es llevado a cabo por adultos que asumen toda la responsabilidad por sus actos, sin ninguna clase de coerción y si está fuera del alcance de la visión y de la audición de observadores casuales, deberá considerarse este comportamiento como aceptable."*

Por lo tanto, la normalidad en sexualidad se refiere a:

1. Actos en los cuales participan *adultos*,
2. que *están de acuerdo* y participan *voluntariamente* (*no hay coerción* física ni psicológica),
3. que *no son nocivos para la salud* (no van en contra de la integridad física de los participantes),
4. que se realizan en la *intimidad*
5. y que *no involucran ni afectan* a terceros.

De acuerdo a esta definición, podríamos considerar que la masturbación realizada en la intimidad es un fenómeno normal dentro de la sexualidad. Sin embargo, Fisher (1981, en Vázquez, 1985) menciona que con frecuencia la práctica de ésta genera una intensa culpa, probablemente por el hecho de ser una actividad desaprobada por la mayoría de los padres, vinculada desde muy temprana edad con la idea de pecado.

Montoya (1980) encontró que los hombres adolescentes tienen una mayor aceptación de la masturbación que las mujeres adolescentes. Magaña (1983) menciona que en la encuesta llevada a cabo por Velóz con alumnos de ambos sexos que asistían al centro médico de la U.N.A.M., se encontró que un 40% de las mujeres y un 96% de los varones practicaban la masturbación.

La homosexualidad es otro tipo de manifestación de la sexualidad que, de acuerdo a la definición anterior, se incluye dentro del rubro de la normalidad. La homosexualidad ha existido siempre en el curso de la historia, y en muchas sociedades ciertas formas de homosexualidad son aceptadas e incluso aplaudidas (Ford y Beach, 1951; Carrier, 1980, en Masters y Johnson, 1995). Sin embargo, en la sociedad occidental muchas personas reaccionan con repudio y rechazo hacia las personas y conducta homosexual, considerándolas "repugnantes", "inmorales", "indecentes", "antinaturales", "perversas", "pecaminosas", etc. Inclusive se pueden hallar afirmaciones como que la homosexualidad es "repulsiva y abominable",

“degradante” y “asquerosa, indecente, lasciva y obscena” en las sentencias judiciales de procesos estadounidenses ocurridos durante la década de 1970 (Knutson, 1970/1980, en Masters y Johnson, 1995). Un psiquiatra autor de un artículo en el *Journal of the American Medical Association* se refería a la homosexualidad como “una gravísima disfunción de naturaleza perniciosa, que ha cobrado visos de epidemia” (Socarides, 1970, en Masters y Johnson, 1995).

Recientemente, el miedo y la abominación hacia los homosexuales se han favorecido por la aparición del SIDA. Inclusive se ha creído que la epidemia del SIDA es la forma en que Dios castiga la inmoralidad de los actos homosexuales.

A pesar de estas actitudes profundamente negativas hacia la homosexualidad, durante la última década han proliferado una serie de hechos que han logrado neutralizar las anteriores evaluaciones. Por ejemplo, en 1974 la Asociación Estadounidense de Psiquiatría informó oficialmente que la homosexualidad no era una enfermedad. Se ha procurado respetar cada día más los derechos civiles de los homosexuales, considerando que la discriminación de las personas debida a sus preferencias sexuales es contraria a la ley (Vetri, 1979/1980; Slovenko, 1980, Altman, 1982, en Masters y Johnson, 1995). Muchos homosexuales han divulgado su orientación sexual para elevar el grado de conciencia del país y luchar contra los prejuicios y estereotipos.

A pesar de los estereotipos, no existen pruebas de que la mayoría de los homosexuales sean individuos emocionalmente inadaptados. Tampoco se puede afirmar que exista un sólo estilo de vida o comportamiento homosexual (Masters y Johnson, 1995).

3.6 Actitudes hacia el Uso de Métodos Anticonceptivos y el Embarazo

De acuerdo con Fishbein y Ajzen (1985, en Pick et al., 1994), los conocimientos determinan las actitudes y éstas, a su vez, influyen en las intenciones y en la

conducta, de manera que la difusión de ideas erróneas acerca de la sexualidad continúa siendo un factor importante en la conducta sexual de las personas.

Se ha reportado que muchos adolescentes aún carecen de información sobre aspectos básicos de anatomía y fisiología reproductiva, y que no saben a dónde acudir para obtenerla (*Population Council*, 1986, en Pick et al., 1994). Cuando se exploran los conocimientos de los adolescentes, se encuentra siempre una serie de mitos populares respecto a la sexualidad, tal como el que una chica no se puede embarazar si es muy joven o si tiene relaciones sexuales por primera vez. Las ideas erróneas sobre maneras de prevenir un embarazo se asocian con actitudes de rechazo hacia los anticonceptivos. En un estudio realizado por Pick de Weiss (1988a, en Pick et al., 1994), se reporta que el 58% de un grupo de adolescentes mujeres consideran que los anticonceptivos causan enfermedades en las mujeres, y 36.3% piensan que las pastillas anticonceptivas causan esterilidad.

De acuerdo a las investigaciones realizadas, se ha observado que algunas de las razones por las cuáles los adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos son las siguientes:

- 1) Creer que es imposible que ocurra un embarazo, en ocasiones por la baja frecuencia de las relaciones sexuales.
- 2) El no haber previsto tener relaciones sexuales.
- 3) Pensar que el uso de métodos anticonceptivos le resta romanticismo a la relación sexual.
- 4) Pensar que usar métodos anticonceptivos implica que otras personas puedan saber que están siendo sexualmente activos.
- 5) Ideas y temores acerca de los efectos colaterales y el daño a la salud que creen poder presentar al utilizar métodos anticonceptivos (Reyes, 1993).

Las actitudes hacia la sexualidad en los adolescentes varían en diferentes regiones, principalmente en lo que se refiere a las actitudes hacia la maternidad. Sin

embargo, las consecuencias psicosociales para las madres adolescentes por lo general no son favorables, puesto que se asocian a la interrupción de relaciones sociales, pérdida de autonomía o estancamiento del desarrollo personal (Suárez Ojeda et al., 1985, en Pick et al., 1994).

El contexto sociocultural tiene una gran influencia sobre las actitudes de los jóvenes hacia la prevención del embarazo. En culturas donde se le da importancia a la virginidad, no es esperado que las adolescentes utilicen anticonceptivos ni que planeen con anticipación su actividad sexual. En un estudio realizado con estudiantes de educación media en la ciudad de México, se observó que los jóvenes percibían que su identidad masculina o femenina se veía afectada de manera negativa si accedían a usar alguna protección durante la relación sexual. Las mujeres reportaban que se sentirían rechazadas si previnieran la reproducción o si experimentaran placer derivado de la actividad sexual. Los varones mostraron una negación del placer sexual femenino, atribuyéndoles a las mujeres sólo funciones de tipo reproductivo (Rodríguez et al., 1992, en Pick et al., 1994).

En las investigaciones realizadas por Schofield (1972), se encontró que, en los adolescentes con experiencia en el coito, casi la mitad de los varones no se habían preocupado por la posibilidad de un embarazo; el 8% dijeron que jamás lo habían pensado, y el 41% jamás habían creído que a su pareja sexual pudiera sucederle tal cosa. El 51%, en cambio, afirmaron haber estado asustados por ello en una o más ocasiones. La actitud de las adolescentes es bastante distinta. Sólo el 12% respondieron que nunca lo habían pensado, y el 18% dijeron que jamás les había preocupado. Así, el 70% de las adolescentes habían temido quedar embarazadas.

Figuroa y Rivera (1993, en Pick et al., 1994), en una encuesta realizada a 1487 mujeres en edad fértil, refieren que, a mayor conocimiento sobre su propio cuerpo y sobre reproducción, la mujer se involucra más en las decisiones al respecto de su sexualidad, tales como el uso de anticonceptivos. Se menciona que, al tener

conocimientos y control sobre la posibilidad de embarazarse, aumenta la probabilidad de decidir cuándo tener relaciones sexuales.

En un estudio realizado en México, en el que se utilizó el modelo de Azjen y Fishbein, Pick de Weiss (1979, en Díaz Guerrero y Díaz Loving, 1996) encontró que la conducta anticonceptiva en las mujeres casadas dependía, en parte, de sus propias actitudes hacia el usar ellas métodos anticonceptivos, pero también eran fuertemente influidas por la actitud que percibían en sus esposos. Pick De Weiss señala que la conducta anticonceptiva se encontraba sólo cuando la actitud de la mujer y de su esposo concordaban en lo deseable que resultaba realizar dicho comportamiento.

3.7 Actitudes hacia las Infecciones de Transmisión Sexual

Para muchas personas las ITS son de alguna manera diferentes de las demás infecciones, debido a que son transmitidas por contacto sexual y generalmente afectan a los órganos sexuales. Esto hace que se estigmatice a las personas que padecen infecciones de transmisión sexual.

A partir de la propagación de noticias en relación al SIDA, en la década de los ochentas, ha existido un clima de miedo en torno a la propagación de esta enfermedad, el cual ha aumentado a medida que ha quedado definido que el SIDA puede transmitirse a través de las relaciones heterosexuales (Masters y Johnson, 1992).

Debido a que el SIDA se observó al principio en grupos ya estigmatizados, como homosexuales y drogadictos, la respuesta de la sociedad ha estado condicionada a los prejuicios hacia este tipo de poblaciones, así como la atribución de culpa y la indiferencia hacia las necesidades de los afectados por la epidemia. También se generalizaron ciertos mitos durante las primeras fases de la epidemia, como el que es posible contagiarse a partir del contacto social cotidiano, lo cual propició

muchas formas de reacciones discriminatorias y de rechazo hacia las personas con SIDA o infectados por el VIH (Masters y Johnson, 1992). En la actualidad se ha avanzado en la superación de estas prácticas discriminatorias. Probablemente hará falta una creciente concientización de que la infección del VIH afecta a las personas de todas las clases sociales y costumbres, y no sólo a homosexuales, bisexuales y consumidores de drogas por vía intravenosa, para así lograr un cambio en las actitudes hacia la epidemia, y lograr que las personas infectadas por el VIH no sean consideradas diferentes de los enfermos de cáncer, enfermedades cardiacas, etc. (Masters y Jonnson, 1992).

Al descubrir que presenta síntomas que podrían indicar que se padece una infección de transmisión sexual, la mayoría de la gente siente temor. Este miedo lleva a muchas personas a aplazar la consulta al médico. Ocurre una negación de la situación, como si al pretender que la infección no existe se pudiera hacer que desapareciera. Este es un ejemplo del uso del mecanismo de defensa de negación, mediante el cual la persona se niega a reconocer la realidad de una situación estresante o peligrosa (Masters y Johnson, 1992). En el caso de las ITS, la negación suele verse reforzada por el hecho de que la mayoría de los síntomas desaparecen a las pocas semanas, aunque la persona continúa estando infectada y puede transmitir la infección.

En un estudio realizado con las cien primeras consultas consecutivas a una clínica de sanidad para estudiantes universitarios destinada a la detección de ITS, sólo una quinta parte de los estudiantes habían pedido cita dentro de los tres primeros días de la aparición de los síntomas. Más de la mitad de los estudiantes habían esperado al menos dos semanas antes de solicitar la atención médica. Dado que alrededor de un tercio de la totalidad de la muestra no presentó ninguna ITS, dichos estudiantes pasaron por fuertes preocupaciones antes de que se les realizaran las pruebas y se les tranquilizara respecto a su salud. El 40% de los estudiantes que esperaron más de dos semanas antes de hacerse las pruebas, no

sólo se preocuparon por su situación durante este tiempo sino que contribuyeron a poner en riesgo su propia salud y la salud de sus compañeros sexuales, a causa de su prolongada negación o evasión (Kolodny, 1990, en Masters y Johnson, 1992).

Algunas personas también evitan acudir al médico cuando tienen síntomas de una posible ITS porque les preocupa ser juzgados y criticados o les inquieta el grado de confidencialidad que se les otorgará.

Frecuentemente, las personas que contraen una ITS se sienten culpables e incómodos por lo que les ha ocurrido. A veces piensan que la infección es la forma en que Dios les castiga o advierte por sus transgresiones de los principios morales; esto puede llevar a una asociación entre el sexo y el pecado, por lo cual dichas personas probablemente desarrollen una subsecuente inhibición sexual (Masters y Johnson, 1992).

A raíz de la epidemia del VIH muchas personas la han utilizado como justificación de sus prejuicios contra los homosexuales, particularmente entre los desinformados que creen que darle la mano a un homosexual puede transmitir la infección. Otras personas se muestran indiferentes hacia esta crisis de salud pública, pues erróneamente ven el SIDA como un problema exclusivo de los homosexuales, bisexuales y drogadictos, más que como un problema de la sociedad en general (Masters y Johnson, 1992).

El reconocimiento de la realidad de la transmisión sexual del VIH ha propiciado un amplio cambio en la conducta sexual del grupo de los homosexuales; muchos evitan ahora asistir a las casas de baños y se limitan a tener contacto sexual con un reducido número de amigos a los que conocen bien (The New York Times, 13 octubre de 1985, p. 141; Riesenber, 1986; Winkelstein et al., 1987, en Masters y Johnson, 1992).

CASA HOGAR PARA NIÑAS DIF

4.1 Origen y Fundación

La idea de fundar la Casa Hogar para Niñas surge en 1969 con el fin de brindar a las menores desprotegidas las mejores opciones de educación y formación. En su planeación se consideró un análisis de la población total en México en el cual se encontró que el 46% eran menores de 14 años y que de ellos 50% eran mujeres y gran parte de ellas se encontraban expuestas a los peligros de la comunidad carente de educación. Además, por el hecho de ser mujeres, sufren una cierta devaluación, en la cual sus aspiraciones sólo pueden ser servir a un hombre, criar hijos y en muchos casos prostituirse para sobrevivir.

Además de esto se hizo un análisis de evaluaciones hechas a sujetos egresados de otros internados aquí en México y en el extranjero, aunado a estudios sobre el desarrollo psicosocial del niño y del adolescente y de la necesidad de dar protección integral a la niñez abandonada, hasta el logro de su capacitación para ser autosuficientes. Estos son algunos de los factores que permitieron constituir los objetivos y bases de Casa Hogar para Niñas.

Así, el 7 de octubre de 1970 fue inaugurada la Casa Hogar para Niñas a cargo de la Sra. Zubirán.

4.2 Objetivo

"Que el menor se capacite técnicamente y adquiera las habilidades, conocimientos y experiencias de la vida diaria que le permitan lograr su autosuficiencia económica, social, psicológica y moral al momento de su egreso."

4.3 Población

Para lograr el propósito de Casa Hogar, se partió del manejo de una población relativamente homogénea en características sociales y en posibilidades de aprendizaje y se establecieron los siguientes requisitos de ingreso:

Que la menor:

- Tenga inteligencia dentro de los límites normales.
- Sea normal físicamente.
- Sea mayor de 5 años.
- Sea menor de 14 años.
- Sea huérfana o abandonada total.
- Sea huérfana o abandonada parcial en caso de incapacidad física o mental del responsable.
- Sea víctima de un medio negativo para su desarrollo.
- Sea canalizada de Casa Cuna.

Es importante mencionar que se consideró el no fomentar la irresponsabilidad por parte de los padres hacia sus hijos, orientándoles en caso de que estuvieran dispuestos a asumir sus responsabilidades parentales y ayudándoles a encontrar soluciones a sus problemas.

Actualmente la Casa Hogar para Niñas del DIF cuenta con una población de 380 menores aproximadamente, entre 5 y 18 años.

4.4 Instalaciones

Casa Hogar ocupa una superficie de 43,000 metros cuadrados, cuenta con 12 edificios, 3 de los cuales están ocupados por oficinas administrativas, el servicio de psicopedagogía y las aulas en donde se imparten distintos talleres, además de un refuerzo académico diario. Los otros 9 edificios están destinados para la residencia de las menores. En cada edificio pueden vivir hasta 72 menores y están divididos

en 6 departamentos. En estos departamentos pueden vivir 12 niñas; hay dos habitaciones con seis camas cada una, un baño, una estancia, comedor y cocina. La planta baja del edificio tiene una sala muy amplia donde las niñas conviven, hacen su tarea y ven la televisión a las horas determinadas. También hay un pequeño departamento que consta de un cuarto, un baño y una cocineta para la persona que es la encargada del edificio ("la mami"). En uno de estos edificios viven las jóvenes que ya fueron egresadas, pero que no tienen un lugar a donde ir a vivir, por lo cual se les renta por una módica cantidad a fin de que puedan seguir trabajando y si quieren estudiando, para más tarde buscar un lugar propio donde vivir.

Además de estas instalaciones, también cuentan con jardines, alberca, un auditorio al aire libre, un comedor general y canchas para jugar.

4.5 Objetivos de Cada Uno de los Servicios

Servicio de Formación y Salud. Promover la formación social de las menores, de forma tal que adquieran un repertorio de hábitos que facilite su convivencia en Casa Hogar y su posterior integración a su grupo social, así como la detección y canalización de los casos que ameriten atención médica especializada.

Servicio de Psicopedagogía. Contribuir al logro de la autosuficiencia de las residentes, mediante programas psicopedagógicos que cubren aspectos tanto de formación de su personalidad como su capacitación técnica.

Servicio de Trabajo Social. Realizar evaluaciones de las menores que ingresan y egresan de Casa Hogar, de manera que se asegure la atención de los casos que requieren asistencia social, así como mantener y ampliar los conductos de comunicación con el medio familiar y social.

Servicio de Alimentación y Dietética. Seleccionar, elaborar y proporcionar la alimentación suficiente y adecuada al personal y menores residentes de Casa Hogar.

Servicio Administrativo. Procurar la adecuada utilización de los recursos humanos, materiales y financieros, así como facilitar los servicios necesarios para la realización de acciones de Casa Hogar.

4.6 Funcionamiento de la Institución

Al ingresar, la niña permanece por un lapso aproximado de tres semanas en el Servicio Médico, en donde se le hacen exámenes de laboratorio y gabinete, así como los tratamientos indicados. Al mismo tiempo se inicia una "Programa de Adaptación" que incluye apoyo en la adquisición de hábitos de higiene y autocuidado; se enseña a las menores las normas y el sistema de vida que se maneja en la institución y se da atención psicológica para favorecer la adaptación integral a la comunidad.

Posteriormente la niña se integra a un edificio donde vivirá con otras 11 menores de distintas edades. Ahí se le asignan responsabilidades domésticas para su departamento además de las que son para todo el edificio y se le indican sus horarios de actividades educativas, deportivas y culturales.

Las niñas estudian en escuelas públicas fuera de la institución donde conviven con niños y niñas del medio externo y tienen la oportunidad de estudiar en diferentes escuelas de acuerdo con sus intereses.

Durante el tiempo que se encuentran las niñas dentro de la Casa Hogar, ya sea en la mañana o en la tarde, dependiendo del turno matutino o vespertino que se les haya asignado en la escuela, el Programa de Psicopedagogía se encarga de que

tengan distintas actividades y organiza talleres y grupos que tienen el objetivo de reforzar el aprendizaje impartido en las escuelas.

El Departamento de Psicología se encarga de abordar los problemas emocionales por medio de técnicas grupales o atención individual y participa elaborando e impartiendo programas de Educación Sexual en coordinación con el Departamento de Psicopedagogía.

Las menores tienen visita por parte de sus familiares o alguna otra persona que se haya propuesto como visita voluntaria a falta de familiares, cada seis semanas, en día sábado. Las visitas son recibidas en la estancia general de cada edificio y son supervisadas y organizadas por el Servicio de Trabajo Social, quien lleva el seguimiento de casos que permite mantener y ampliar los conductos de comunicación con el medio familiar y social.

Así como se considera de gran importancia lograr la adaptación e integración de la menor de nuevo ingreso a la institución, también es importante preparar a las jóvenes que están por llegar a la mayoría de edad y por lo cual deben dejar la Casa Hogar, para que elaboren la separación, así como prepararlas para su adaptación e integración a la sociedad.

Al cumplir 17 años, las adolescentes son trasladadas a un edificio en donde sólo convivirán con compañeras de su misma edad y participan en el "Programa de Preegreso". Este programa tiene por objetivo formar en la joven conciencia de la formación recibida durante su estancia, fortalecer en ella los conceptos de libertad, responsabilidad y madurez con los que debe manejar su vida, renovar los conocimientos y la formación sobre el manejo de su sexualidad, así como la concientización sobre su preparación técnico-académica, ubicándola de acuerdo a su capacitación en el nivel laboral en el que se podrá desenvolver. De esta forma,

al cumplir 18 años, la joven ya se encuentra integrada a un trabajo y con mayores elementos para lograr su independencia y autosuficiencia.

Algunas jóvenes encuentran problemas a su egreso, pues no tienen alojamiento. Para estos casos hay un edificio que sirve como casa de huéspedes en donde con sus ingresos pagan una renta simbólica, pudiendo permanecer hasta un año mientras logran establecerse en otro lugar.

(Zubirán G.,1985)

Problemas de Investigación

1. ¿Se encontrará un cambio positivo en las actitudes hacia los diversos factores que conforman el concepto de sexualidad en las encargadas y auxiliares que laboran en la Casa Hogar para Niñas del DIF después de impartirles un Taller de Educación de la Sexualidad diseñado especialmente para ellas?
2. ¿Se encontrará un aumento en el nivel de conocimientos sobre sexualidad en las encargadas y auxiliares que laboran en la Casa Hogar para Niñas del DIF después de impartirles un Taller de Educación de la Sexualidad diseñado especialmente para ellas?

Variable Independiente (VI)

Taller de Educación de la Sexualidad.

Variabes Dependientes (VD)

1. Actitudes hacia la sexualidad.

Debido a que la sexualidad no es un concepto fácil de medir, puesto que abarca diversos aspectos y su definición es extensa, se decidió considerar seis factores que están implicados en el concepto de sexualidad, los cuales fueron:

- ⇒ Actitud hacia los Métodos Anticonceptivos.
- ⇒ Actitud hacia el Concepto de Normalidad en Sexualidad.
- ⇒ Actitud hacia el Abuso Sexual y Violación.
- ⇒ Actitud hacia los Roles de Género.
- ⇒ Actitud hacia el Desarrollo de la Sexualidad en la Infancia y la Adolescencia.
- ⇒ Actitud hacia las Infecciones de Transmisión Sexual.

2. Conocimientos sobre sexualidad.

Definición Conceptual de Variables

(VI) Taller de Educación de la Sexualidad: Se creó un Taller de Educación de la Sexualidad adaptado a las necesidades de las encargadas y auxiliares que trabajan en la Casa Hogar del DIF.

(VD) Actitud hacia los Métodos Anticonceptivos: Predisposición positiva o negativa del individuo hacia el uso de los diversos métodos anticonceptivos.

(VD) Actitud hacia el Concepto de Normalidad en Sexualidad: Predisposición positiva o negativa del individuo hacia la amplia gama de formas de expresión de la conducta sexual en el ser humano, mientras la misma se mantenga dentro de los siguientes criterios: actividad sexual realizada voluntariamente por adultos, llevada a cabo en la intimidad, sin que resulte nociva para la salud.

(VD) Actitud hacia el Abuso Sexual y Violación: Predisposición positiva o negativa del individuo hacia la lucha en contra de los actos de agresión sexual y hacia el hecho de brindar apoyo a las víctimas de dichos actos.

(VD) Actitud hacia los Roles de Género: Predisposición positiva o negativa del individuo hacia la libertad en la forma en que un individuo expresa su comportamiento, independientemente de lo determinado como masculino o femenino por la construcción sociocultural.

(VD) Actitud hacia el Desarrollo de la Sexualidad en la Infancia y la Adolescencia: Predisposición positiva o negativa del individuo hacia la expresión natural y acorde al desarrollo de la sexualidad en la infancia y adolescencia.

(VD) Actitud hacia las Infecciones de Transmisión Sexual: Predisposición positiva o negativa del individuo hacia la importancia de brindar información y educación sobre la sintomatología de las ITS y la forma de prevenirlas, así como hacia la inminencia de solicitar ayuda médica en caso de sufrir un contagio.

(VD) Conocimientos sobre Sexualidad: Nivel de la información correcta recordada sobre diversos temas de sexualidad humana.

Definición Operacional de Variables

(VI) Taller de Educación de la Sexualidad: El Taller estuvo constituido por 8 sesiones, con una duración de dos horas cada una. La distribución de los temas fue de la siguiente forma:

Sesión 1

- Presentación y aplicación de Escala de Actitudes y Prueba de Conocimientos (pretest.)
- Conceptos básicos: sexo y sexualidad.

Sesión 2

- Valores. *

Sesión 3

- Roles, roles sexuales y género. *
- Aspectos biológicos de la reproducción humana. *

Sesión 4

- Desarrollo de la sexualidad en la infancia y la adolescencia.

Sesión 5

- Respuesta sexual humana.

- Infecciones sexualmente transmisibles. *

Sesión 6

- Métodos anticonceptivos. *

Sesión 7

- Concepto de normalidad. Variantes conductuales dentro de la sexualidad.
- Abuso sexual y violación.

Sesión 8

- Repaso
- Aplicación de Escala de Actitudes y Prueba de Conocimientos (postest.)
- Cierre.

* Estas sesiones estuvieron basadas en el libro "Planeando tu vida" de Pick (1995), aunque el contenido se amplió para lograr una mayor comprensión.

(VD) Actitudes hacia la Sexualidad: Esta variable se midió a través de los seis factores antes mencionados según las respuestas dadas a la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad (Anexo 2), elaborada para el presente estudio. La Escala de Actitudes es de tipo Lickert, con cinco posibilidades de respuesta en un continuo para cada reactivo (Totalmente de Acuerdo, De Acuerdo, Indecisa, En Desacuerdo, Totalmente en Desacuerdo.) Hubo un promedio de nueve reactivos positivos y nueve negativos para medir cada factor, sumando un total de 85 reactivos.

(VD) Conocimientos sobre Sexualidad: La Prueba de Conocimientos fue de opción múltiple y constó de 29 reactivos representativos de lo impartido en el Taller (Anexo 3). Cada reactivo tuvo cuatro respuestas posibles, siendo sólo una de ellas la respuesta correcta.

Hipótesis de Trabajo

Las hipótesis que se sometieron a prueba fueron las siguientes:

1. Se encontrará un cambio positivo de actitud hacia los métodos anticonceptivos en las encargadas y auxiliares que laboran en la Casa Hogar para Niñas del DIF después de impartirles un Taller de Educación de la Sexualidad diseñado especialmente para ellas.
2. Se encontrará un cambio positivo de actitud hacia el concepto de normalidad en sexualidad en las encargadas y auxiliares que laboran en la Casa Hogar para Niñas del DIF después de impartirles un Taller de Educación de la Sexualidad diseñado especialmente para ellas.
3. Se encontrará un cambio positivo de actitud hacia el abuso sexual y violación en las encargadas y auxiliares que laboran en la Casa Hogar para Niñas del DIF después de impartirles un Taller de Educación de la Sexualidad diseñado especialmente para ellas.
4. Se encontrará un cambio positivo de actitud hacia los roles de género en las encargadas y auxiliares que laboran en la Casa Hogar para Niñas del DIF después de impartirles un Taller de Educación de la Sexualidad diseñado especialmente para ellas.
5. Se encontrará un cambio positivo de actitud hacia el desarrollo de la sexualidad en la infancia y la adolescencia en las encargadas y auxiliares que laboran en la Casa Hogar para Niñas del DIF después de impartirles un Taller de Educación de la Sexualidad diseñado especialmente para ellas.
6. Se encontrará un cambio positivo de actitud hacia las infecciones de transmisión sexual en la infancia y la adolescencia en las encargadas y auxiliares que laboran en la Casa Hogar para Niñas del DIF después de

impartirles un Taller de Educación de la Sexualidad diseñado especialmente para ellas.

7. Se encontrará un aumento en el nivel de conocimientos sobre sexualidad en las encargadas y auxiliares que laboran en la Casa Hogar para Niñas del DIF después de impartirles un Taller de Educación de la Sexualidad diseñado especialmente para ellas.

Hipótesis nula

No se encontrará un cambio positivo en las actitudes hacia los diversos factores que conforman el concepto de sexualidad, ni un aumento en los conocimientos sobre sexualidad en las encargadas y auxiliares que laboran en la Casa Hogar para Niñas del DIF, después de impartirles un Taller de Educación de la Sexualidad diseñado especialmente para ellas.

Hipótesis alterna

Se encontrará un cambio positivo en las actitudes hacia los diversos factores que conforman el concepto de sexualidad y un aumento en los conocimientos sobre sexualidad en las encargadas y auxiliares que laboran en la Casa Hogar para Niñas del DIF, después de impartirles un Taller de Educación de la Sexualidad diseñado especialmente para ellas.

Método

Diseño de investigación

Se utilizó un diseño cuasiexperimental con medida antes y después de un solo grupo. Se aplicó un pretest sobre Actitudes y Conocimientos antes de someter a las sujetos al Taller de Educación de la Sexualidad y al finalizar el Taller se aplicó un postest con el fin de comparar los resultados.

Tipo de estudio

Esta investigación es un estudio de campo, puesto que fue realizada en el medio natural de las sujetos. Así mismo, se trata de una investigación evaluativa, pues se evaluó la eficacia de un programa educativo.

Sujetos

Se trabajó con las encargadas y auxiliares que tienen el rol de madres sustitutas de las niñas en la Casa Hogar para Niñas del DIF. Esta población está conformada por mujeres de edades entre 20 y 60 años aproximadamente. Se eligió un grupo que compartía un mismo horario, conformado originalmente por 12 sujetos, de las cuales sólo 8 terminaron el Taller. Las 4 restantes no pudieron terminar debido a dificultades en sus horarios. El rango de edad de las sujetos fue desde 29 hasta 63 años, y su nivel académico iba desde primaria hasta carrera técnica.

Escenario

El Taller se llevó a cabo dentro de las instalaciones de Casa Hogar; las primeras sesiones se impartieron en el auditorio de dicha institución y las últimas en la sala de uno de los departamentos.

Material

- Taller sobre Educación de la Sexualidad Humana.
- Material de exposición: pizarrón, rotafolios, láminas y esquemas de cuerpo humano y acetatos.
- Gafetes con los nombres de las participantes.
- Cámara de video y cassettes.

Instrumentos

Se utilizaron una Escala de Actitudes y una Prueba de Conocimientos. Ambos instrumentos se realizaron basándose en el contenido del Taller de Educación de la Sexualidad "*Planeando tu Vida*" de Susan Pick y colaboradores (1993).

En cuanto a la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad, se decidió considerar seis factores que están implicados en el concepto de sexualidad humana:

- Roles de Género.
- Desarrollo de la Sexualidad en la Infancia y la Adolescencia.
- Métodos Anticonceptivos.
- Infecciones de Transmisión Sexual.
- Concepto de Normalidad en Sexualidad.
- Abuso Sexual y Violación.

Estos seis factores fueron también los principales temas a tratar en el Taller, considerando el tipo de población con la que trabajan las encargadas y auxiliares de la Casa Hogar.

La Escala de Actitudes es de tipo Lickert, con cinco posibilidades de respuesta en un continuo para cada reactivo (Totalmente de Acuerdo, De Acuerdo, Indecisa, En Desacuerdo, Totalmente en Desacuerdo.) En un principio se elaboraron entre 25 y 35 reactivos para cada factor, dividiendo estos en positivos y negativos. Después se realizó una primera eliminación de reactivos mediante un proceso de validez de constructo interjueces y de esta manera quedó un promedio de 9 reactivos positivos y 9 negativos por cada factor, sumando un total de 98 reactivos. Posteriormente se realizó una primera aplicación de la Escala de Actitudes a 110 mujeres en un rango de edad de 25-60 años, sin consideración de otras variables, con el fin de obtener la confiabilidad del instrumento. No se obtuvo la validez, pues es un instrumento elaborado específicamente para la población de esta Casa Hogar y no se pretende utilizarlo fuera de contexto. Se aplicaron dos pruebas estadísticas

a los resultados de estas aplicaciones para obtener la confiabilidad. Se aplicó la prueba t de Student comparando el grupo de puntuaciones más altas con el de puntuaciones más bajas; ésta se utilizó debido a que es la que cuenta con mayor potencia estadística para establecer las diferencias entre las medias de los dos grupos y asegura de esta forma que los reactivos que conformaron la Escala de Actitudes realmente discriminaban entre actitudes positivas y actitudes negativas.

También se utilizó la prueba Alpha de Cronbach, la cual indicó la consistencia interna de la Escala de Actitudes y determinó que prácticamente todos los reactivos de cada factor estaban midiendo el mismo aspecto de la sexualidad.

Finalmente quedaron 85 reactivos con un valor alpha de .951, siendo éste un valor alto, lo cual es favorable. Así mismo, se obtuvo el valor alpha para cada uno de los factores, y se obtuvieron los siguientes datos:

Roles de Género	.81
Desarrollo de la Sexualidad	.79
Métodos Anticonceptivos	.86
Concepto de Normalidad	.85
Infecciones de Transmisión Sexual	.83
Abuso Sexual y Violación	.52

De los seis factores, sólo el de *Abuso Sexual y Violación* tiene un valor alpha bajo, por lo que su confiabilidad no es alta, probablemente debido a que en el proceso de eliminación de reactivos, todos los reactivos positivos de este factor fueron eliminados de la Escala por ser muy obvios; es decir, había una tendencia a que la mayoría de las mujeres respondieran de forma positiva. Con respecto a los reactivos negativos, sólo permanecieron cinco de ellos.

Además de esto, en la Escala de Actitudes se les solicitaron sus datos personales, tales como nombre, edad, estado civil, si tenían hijos o no y nivel académico; esto tuvo la finalidad de obtener mas elementos que describieran al grupo y así brindar una mejor explicación a los resultados.

Para la elaboración de la Prueba de Conocimientos se formularon 29 reactivos representativos de lo impartido en el Taller. Estos reactivos contaban con cuatro respuestas de opción múltiple, siendo sólo una la respuesta correcta.

Procedimiento

Esta investigación es un estudio de campo; fue realizada en el medio natural de las sujetos. Para esto fue necesaria la autorización de la Directora de la Casa Hogar para Niñas DIF, y la del Director de Rehabilitación y Asistencia Social del DIF. Dichas autorizaciones se tramitaron por medio de una carta (ver Anexo 1) en la cual se solicitaba el permiso para impartir un Taller de Educación de la Sexualidad, dividido en ocho sesiones con una duración de dos horas cada una. La propuesta fue aceptada y el Taller se impartió en el transcurso de un mes, llevándose a cabo dos sesiones por semana.

En términos generales, la dinámica de las sesiones fue la siguiente:

Las expositoras llegaban 30 minutos antes al auditorio en donde se llevaban a cabo las sesiones y preparaban el material didáctico, el cual variaba dependiendo del tema que se fuera a tratar. Dicho material constaba de rotafolio, acetatos, láminas y pizarrón.

Las sillas se distribuían formando un medio círculo de forma que las integrantes pudieran observarse entre sí.

En relación al tema que se tratara, la forma de trabajo variaba: en ocasiones se iniciaba con una exposición verbal de las expositoras para continuar con una dinámica y cerrar con las dudas que surgieran; en otras ocasiones se comenzaba con las dinámicas, las cuales llevaban a una reflexión y aprendizaje del tema a tratar, y entonces se daba inicio a la exposición teórica.

Por lo regular, se terminaba minutos después de lo establecido ya que las encargadas expresaban sus dudas y deseaban compartir las experiencias suscitadas durante su trabajo con las niñas de la Casa Hogar.

El Taller estuvo constituido por 8 sesiones, con una duración de dos horas cada una. La distribución de los temas fue de la siguiente forma:

Sesión 1

- Presentación y aplicación de Escala de Actitudes y Prueba de Conocimientos (pretest).
- Conceptos básicos: sexo y sexualidad.

Sesión 2

- Valores.

Sesión 3

- Roles, roles sexuales y género.
- Aspectos biológicos de la reproducción humana.

Sesión 4

- Desarrollo de la sexualidad en la infancia y la adolescencia.

Sesión 5

- Respuesta sexual humana.

- Infecciones sexualmente transmisibles.

Sesión 6

- Métodos anticonceptivos.

Sesión 7

- Concepto de normalidad. Variantes conductuales dentro de la sexualidad.
- Abuso sexual y violación.

Sesión 8

- Repaso
- Aplicación de Escala de Actitudes y Prueba de Conocimientos (postest.)
- Cierre.

A pesar de que las sesiones se planearon de esta forma, hubo ocasiones en que el tema no se terminó de impartir por completo debido a las preguntas y comentarios de las participantes, por lo que se terminaba en la siguiente sesión y se iniciaba el siguiente tema.

Posteriormente se calificaron la Escala de Actitudes y la Prueba de Conocimientos. Para la Escala de Actitudes, que fue de tipo Lickert, se utilizaron puntuaciones del 1 al 5, representando el 1 la actitud más negativa y el 5 la actitud más positiva hacia el factor de la sexualidad en cuestión. Para la Prueba de Conocimientos, se consideró cada respuesta como correcta o incorrecta. En caso de ser correcta se tomó como un punto, siendo 29 la puntuación máxima.

Resultados

Se analizaron los resultados de la Escala de Actitudes y la Prueba de Conocimientos.

Respecto a la medición de actitudes antes y después de impartir el Taller, el objetivo primordial fue evaluar si se presentó algún cambio en cada uno de los factores, con el fin de averiguar si las actitudes eran más positivas, lo cual indicaría que el Taller de Educación de la Sexualidad había sido eficaz. Se hizo una comparación antes-después mediante una prueba de Wilcoxon (estadística no paramétrica), dado que el número de sujetos fue menor a treinta.

Respecto a la Prueba de Conocimientos, se comparó el número de reactivos contestados correctamente en la primera y en la segunda aplicación.

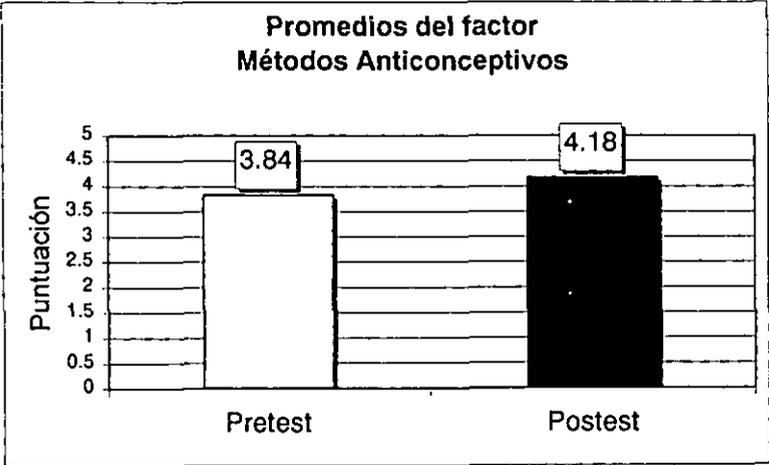
Actitudes

La Escala de Actitudes se analizó factor por factor y la comparación antes-después se hizo de la misma forma. De esta manera, se pudieron observar los cambios específicos en cada factor, aunque estos no se reflejaron en la puntuación total de la Escala.

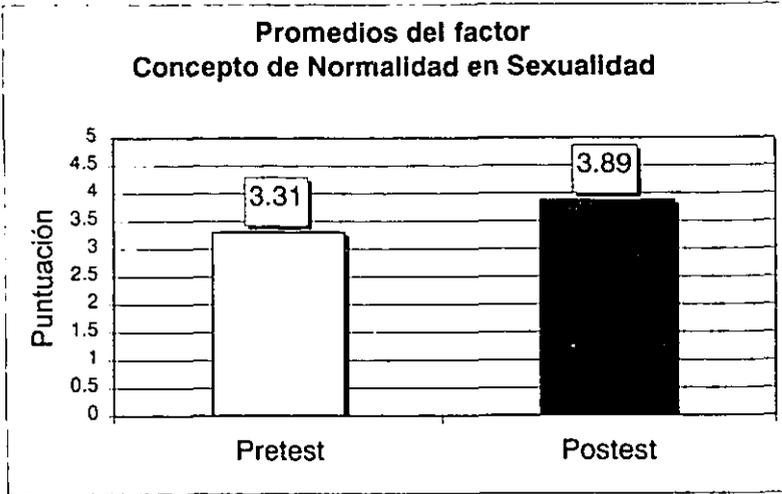
Se aplicó una prueba Wilcoxon para determinar si había diferencias significativas entre el pretest y el posttest en cada uno de los factores.

Se encontraron cambios significativos en el factor *Métodos Anticonceptivos*. Por lo tanto, se rechaza la Hipótesis Nula, se acepta la Hipótesis Alternativa y se confirma la Hipótesis de Trabajo.

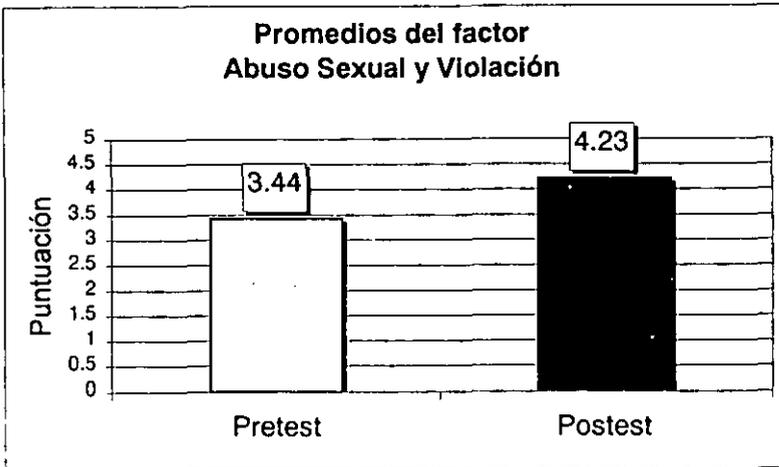
Los promedios de las puntuaciones de las respuestas del pretest y del postest presentan diferencias a un nivel de significancia del .01 ($Z = -2.36$). **Esto implica una actitud más positiva hacia los métodos anticonceptivos después de haber asistido al Taller de Educación de la Sexualidad.**



Otro factor en el que se encontraron diferencias significativas fue en *Concepto de Normalidad en Sexualidad*, con un nivel de significancia del .02 ($Z = -2.20$). Por lo tanto, se rechaza la Hipótesis Nula, se acepta la Hipótesis Alternativa y se confirma la Hipótesis de Trabajo. **Esto implica una actitud más positiva hacia el concepto de normalidad en sexualidad después de haber asistido al Taller de Educación de la Sexualidad.**



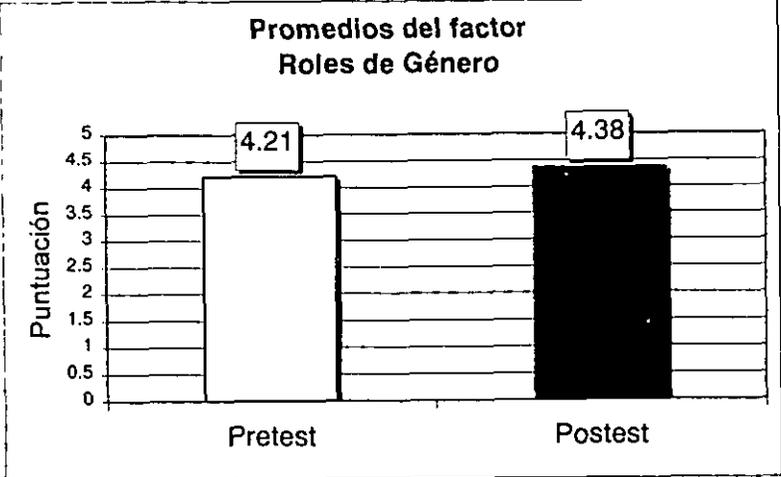
El tercer factor en el que se observaron diferencias significativas fue en *Abuso Sexual y Violación*, con un nivel de significancia del .02 ($Z=-2.20$). Por lo tanto, se rechaza la Hipótesis Nula, se acepta la Hipótesis Alternativa y se confirma la Hipótesis de Trabajo. **Esto implica una actitud más positiva hacia las nociones correctas sobre agresión sexual después de haber asistido al Taller de Educación de la Sexualidad.**



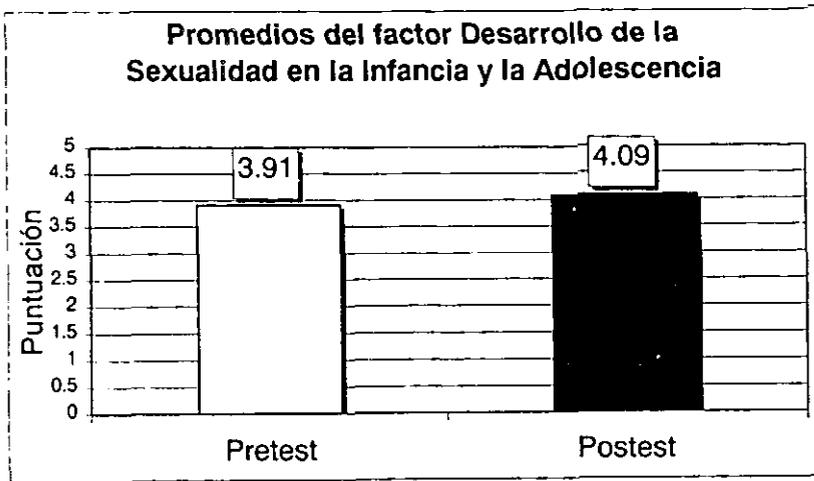
En los otros tres factores también se presentaron cambios, pero estos no fueron a un nivel significativo. Por lo tanto, se acepta la Hipótesis Nula, se rechaza la Hipótesis Alternativa y no se confirma la Hipótesis de Trabajo.

Vale la pena observar las siguientes gráficas, en las cuales se percibe un ligero cambio, aunque éste no sea tan notorio.

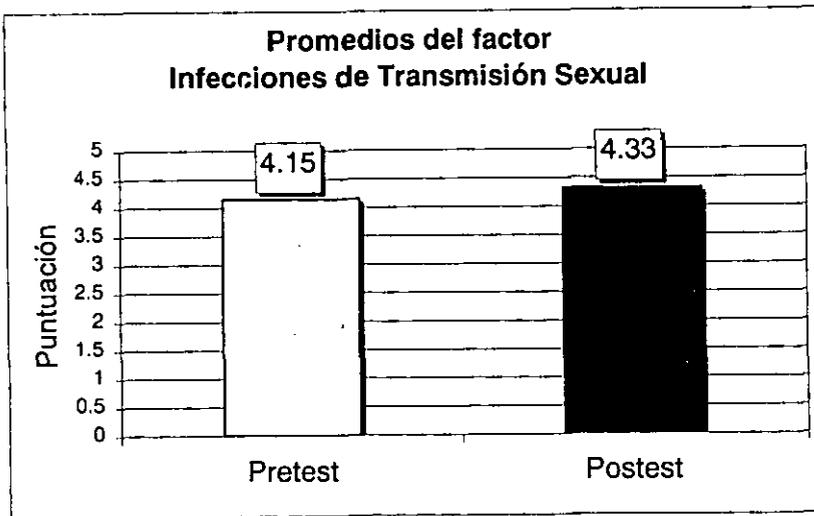
En el factor *Roles de Género*, se observa un pequeño incremento en la media del pretest y el postest, de 4.21 a 4.38, lo cual indica una actitud bastante positiva desde el inicio.



En el factor *Desarrollo de la Sexualidad en la Infancia y la Adolescencia* encontramos un cambio muy pequeño, que sólo va de 3.91 a 4.09 en promedio.



Por último, el factor *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)* presentó un cambio de 4.15 a 4.33 en el promedio de respuestas del grupo.



Como se puede observar, hubieron cambios positivos en todos los factores, en tres de ellos a un nivel estadísticamente significativo: *Métodos Anticonceptivos*, *Concepto de Normalidad en Sexualidad* y *Abuso Sexual y Violación*.

Conocimientos

Los resultados del pretest y postest de la Prueba de Conocimientos son los siguientes:

Sujeto	Edad	Nivel académico	Pretest	Postest
1	42	Primaria	18	No concluyó
2	43	Auxiliar de enfermera	17	No concluyó
3	30	Lic. en Educación Física	22	No concluyó
4	33	Técnico en Trabajo Social	20	No concluyó
5	39	Preparatoria	21	27
6	29	Preparatoria	18	23
7	58	1º de secundaria	10	12
8	44	3er año de Secretaria Ejecutiva	17	16
9	50	Secundaria	20	25
10	48	Secundaria	18	24
11	30	Técnico en Trabajo Social	21	28
12	63	Secundaria	16	19
PROMEDIOS			17.62	21.75

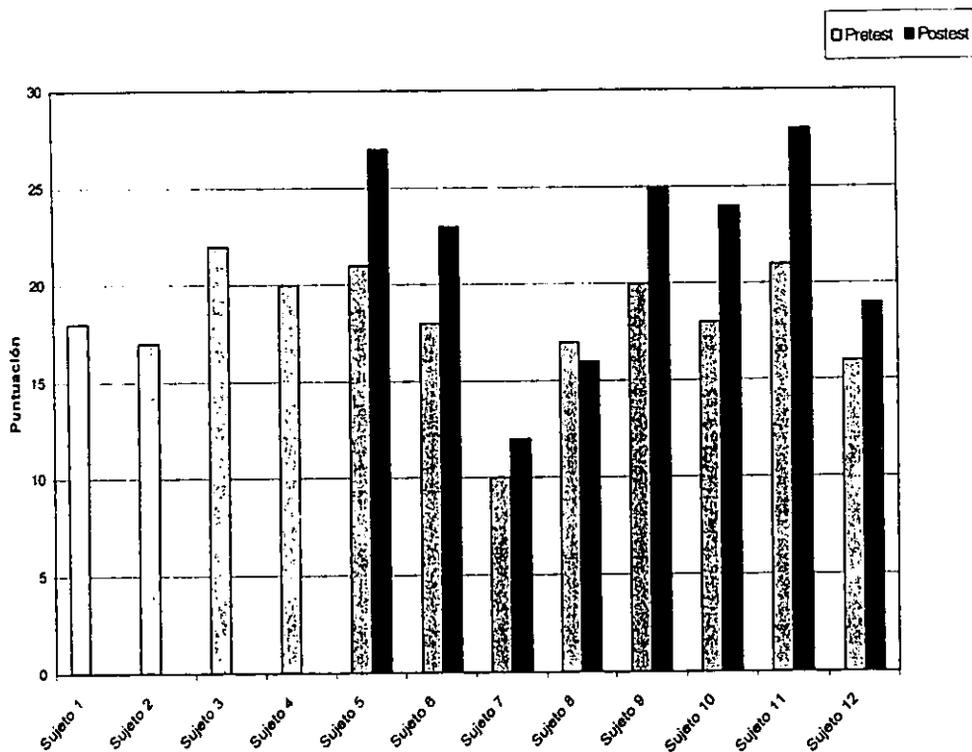
De las 12 sujetos que iniciaron el Taller, sólo 8 de ellas lo terminaron. De estas 8, **la mayoría aumentaron su nivel de conocimientos sobre sexualidad**, por lo tanto, se rechaza la Hipótesis Nula, se acepta la Hipótesis Alterna y se confirma la Hipótesis de Trabajo.

Se encontró que de las 8 sujetos que asistieron al Taller completo, 7 aumentaron su puntuación en la Prueba de Conocimientos; solamente una de ellas no presentó

ningún incremento, sino que disminuyó un punto.

Así mismo, se puede observar que las sujetos que presentaron un menor incremento de su puntuación fueron las de mayor edad (mayores de 50 años), quienes sólo aumentaron 2 ó 3 puntos. Las demás sujetos aumentaron entre 5 y 7 puntos.

Resultados de la prueba de conocimientos



Como un dato adicional se presentan algunas correlaciones entre los factores de la Escala de Actitudes y los resultados de la Prueba de Conocimientos, las cuales implican una tendencia a que al aumentar un factor, también aumentará el otro (sin que esto implique una causalidad.)

Correlaciones de la primera aplicación:

En el pretest se encontraron dos correlaciones significativas:

1. Prueba de Conocimientos y el factor *Roles de Género*.
2. El factor *Concepto de Normalidad en Sexualidad* y el factor *Métodos Anticonceptivos*. Esto implica que a mayor puntuación en el factor *Concepto de Normalidad en Sexualidad* hay una mayor puntuación en el factor *Métodos Anticonceptivos*, lo que puede indicar que quienes tienen una actitud positiva en relación al concepto de normalidad en sexualidad, también tienen una actitud positiva hacia el uso de los métodos anticonceptivos.

Correlaciones de la segunda aplicación:

En el postest se encontraron cuatro correlaciones significativas:

1. Prueba de Conocimientos y el factor *Métodos Anticonceptivos*.
2. El factor *Roles de Género* y el factor *Desarrollo de la Sexualidad en la Infancia y la Adolescencia*.
3. El factor *Roles de Género* y el factor *ITS*.
4. Se encontraron correlaciones de 1.0 entre tres factores: *Desarrollo de la Sexualidad en la Infancia y la Adolescencia*, *Métodos Anticonceptivos* y *Concepto de Normalidad en Sexualidad*. Estas correlaciones son perfectas, lo cual podría implicar que al conocer el resultado de uno de los factores se puede predecir el resultado de los otros. Sin embargo, dado que el número de sujetos es muy reducido, sólo se puede hablar de ciertas tendencias.

Conocimientos

Los resultados de la prueba de conocimientos antes y después de haber impartido el Taller de Educación de la Sexualidad muestran diferencias importantes. De las 8 sujetos que finalizaron el Taller, sólo una de ellas no aumentó su calificación en esta Prueba.

El promedio general del grupo fue más alto al terminar el Taller; esto indica que hubo cierto grado de aprendizaje en la mayoría de las sujetos. En la primera aplicación el promedio del grupo fue de 17.62 y después de impartir el Taller éste fue de 21.75. Sin embargo, se encontraron grandes diferencias entre las puntuaciones de las sujetos: de los 29 reactivos que incluyó esta Prueba, la sujeto con más baja calificación obtuvo 10 reactivos correctos en el pretest y 12 en el postest, mientras que la sujeto con la calificación más alta obtuvo 21 reactivos correctos en el pretest y 28 en el postest.

En los resultados se mencionó el hecho de que las sujetos de mayor edad no aumentaron tanto su calificación como lo hicieron las sujetos mas jóvenes. Esto permite inferir que la capacidad de aprendizaje o de adquisición de nueva información es menor o ha decrementado en las personas de mayor edad.

El nivel académico no parece ser un determinante para que ocurra un mayor o menor aprendizaje. Cabe mencionar que, al inicio del curso, se tuvo que modificar el lenguaje que se estaba utilizando, pues algunas de las sujetos no comprendían todos los términos.

Actitudes

Se encontraron diferencias significativas en tres factores de la Escala de actitudes: *Métodos Anticonceptivos*, *Concepto de Normalidad* y *Abuso Sexual y Violación*. Sin embargo, todos los factores presentaron un incremento en el promedio de puntuaciones, lo cual implica un cambio hacia una actitud más positiva.

Rosenberg (1960, en Rodrigues, 1991) mostró que los componentes afectivo y cognoscitivo de las actitudes tienden a volverse congruentes entre sí, por lo cual, si se altera cualquiera de estos componentes, ocurrirá una reorganización actitudinal a través del cambio del componente que no fue alterado en la dirección del que sí lo fue; es decir, las personas procuran que exista consistencia entre sus cogniciones y sus afectos. Así, los cambios en las actitudes de las sujetos pueden explicarse por el cambio cognitivo, el cual está sustentado en las diferencias significativas entre el pretest y postest de los resultados obtenidos en la Prueba de Conocimientos. Los tres factores que presentaron un mayor cambio, cuyas diferencias entre el pretest y el postest fueron estadísticamente significativas, fueron sobre los que se brindó una mayor cantidad de conocimientos nuevos, derrumbando mitos y tabúes. Se puede observar que estos tres factores presentaron las actitudes más negativas al inicio del Taller, lo cual puede estar relacionado con la desinformación. El hecho de que la información presentada haya sido tan discrepante de la actitud original de las sujetos, explica el cambio significativo que ocurrió en estos tres factores.

Un punto importante para avalar el cambio de actitudes desde este punto de vista, son los resultados de las correlaciones, especialmente los que se asocian con la Prueba de Conocimientos. Se encontró una relación entre una calificación elevada en la Prueba de Conocimientos y una mayor calificación promedio en algunos factores de la Escala de Actitudes. Esto se puede traducir de la siguiente manera: entre más informada esté una persona, más positiva será su actitud hacia ciertos aspectos de la sexualidad.

Respecto al factor *Métodos Anticonceptivos*, se cree que la diferencia entre el pretest y el posttest fue significativa debido a que se habló de diversos métodos novedosos. De acuerdo a los comentarios que se observaron durante la sesión, fue evidente que las sujetos no conocían algunos de los métodos descritos; así mismo, se les brindó información nueva que les amplió sus conocimientos sobre métodos que ya conocían con anterioridad, pero de los cuales no entendían con claridad el funcionamiento o la forma de utilizarlos. Es relevante comentar que casi ninguna de las sujetos mantenía vida sexual activa al momento del Taller; sólo dos de ellas habían estado casadas, una era viuda y la otra divorciada, por lo que se entiende que no estuvieran muy informadas sobre este tema (esta información se infirió de los comentarios captados por los videos de las sesiones).

El cambio significativo observado en este factor puede deberse en parte a la observación de que las sujetos tenían una gran confianza en la credibilidad y pericia de las expositoras, considerándolas dignas de confianza, por lo cual planteaban con frecuencia sus dudas y se mostraban muy interesadas. Esto es consistente con lo señalado por Hovland y Weiss (1952, en Taylor et al., 1994), con relación a que los mensajes atribuidos a fuentes con una alta credibilidad producen un mayor cambio de actitudes.

Respecto al factor *Concepto de Normalidad en Sexualidad*, en el cual también se encontraron diferencias significativas entre antes y después de impartir el Taller, lo más relevante fue el énfasis que se hizo en la definición de normalidad en sexualidad y en el hecho de no juzgar a los otros basándose en los propios valores, sino aceptar que las demás personas pueden presentar variantes conductuales que discrepen de las propias. Se señaló que aunque no se comparta la misma postura, es importante no discriminar o mostrarse despectivo ante las variantes sexuales de la gente, siempre y cuando dichas variantes cumplan con los criterios de la definición de normalidad en sexualidad.

Esta sesión fue muy significativa, pues las sujetos se percataron de que cada una de ellas estaba juzgando de acuerdo a sus valores personales. Como pudimos observar en el video, esta sesión les brindó a las sujetos ideas que discrepaban bastante de sus creencias originales. Esto puede explicar el cambio que se observó en este factor, pues de acuerdo a Hovland y Pritzker (1957, en Taylor et al., 1994), entre mayor discrepancia exista entre la posición original que se tenga y el mensaje recibido, mayor presión habrá hacia el cambio. Sin embargo, hubieron ciertos momentos durante la sesión en los que la discrepancia era tan extrema, como cuando se tocó el tema de la homosexualidad, que ocurría un intento por desacreditar a la fuente de información (las expositoras), haciendo comentarios tales como: "*¡Para los psicólogos todo es normal!*" (ver Anexo 4). Esto concuerda con lo establecido por Freedman (1964, en Taylor et al., 1994), con relación a que los enunciados en extremo discrepantes de las actitudes que la persona sostiene originalmente, la conducen a dudar de la credibilidad de la fuente.

El tercer factor en el que se observaron diferencias estadísticamente significativas fue en *Abuso Sexual y Violación*. La principal aportación durante esta sesión fue el hecho de erradicar los mitos alrededor del abuso sexual, pues con frecuencia se piensa que la víctima pudo haber tenido la culpa de lo que le sucedió, al haber provocado e incitado al agresor o al no haberse defendido, cuando esto no es así en ningún caso. Otros aspectos muy importantes que se plantearon durante esta sesión fueron: cómo reconocer si un menor ha sufrido abuso sexual y cómo manejarlo, las consecuencias que pueden presentarse a corto y largo plazo y la importancia de solicitar el apoyo de un profesional en el área.

Los cambios significativos que se presentaron en este factor pueden explicarse por la alta incidencia de abuso sexual en la población que reside en la Casa Hogar para Niñas del DIF. Las sujetos parecían sumamente interesadas en el tema y prestaron atención a la fuerza de los argumentos expuestos, los cuales estaban bien

estructurados y fundamentados. Esto se relaciona con lo reportado por Cacioppo y Petty (1985, en Taylor et al., 1994), respecto a que entre más relevancia personal tenga el tema para las personas, la fuerza de los argumentos cobrará más importancia, pues existe una mayor motivación a prestar atención a la naturaleza de los mismos.

En lo que respecta a los factores donde las diferencias no fueron significativas, pero que presentaron un ligero cambio, tales como *Roles de Género*, *Desarrollo de la Sexualidad en la Infancia y la Adolescencia* e *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)*, se pudo observar que las sujetos ya tenían cierta información y actitudes positivas aún antes de asistir al Taller. Esto probablemente se deba a que ellas trabajan con menores de 6 a 17 años, a las cuales tienen que enseñarles a salir adelante por sí mismas, lo cual les ayuda a tener ideas más equitativas sobre los roles de género. En relación con el factor *ITS*, se puede pensar que ya sabían cómo detectarlas y qué hacer en caso de presentar algunos síntomas. Esto puede deberse a que dentro de la Casa Hogar para Niñas del DIF, hay una enfermería en donde se recibe a las niñas, y las sujetos, como encargadas de las niñas, deben poder identificar alguna alteración en los genitales de las menores para que sean atendidas.

Lo anterior implica que probablemente hubo poca discrepancia entre las actitudes originales de las sujetos y la nueva información que se les proporcionó, y entre menor discrepancia exista, menor es la presión hacia el cambio de actitudes (Hovland y Pritzker, 1957, en Taylor, et al., 1994).

En el factor *ITS*, también puede pensarse que no hubo un cambio de actitud significativo debido a que las sujetos se sienten poco vulnerables a contraer una infección de este tipo, probablemente por no mantener una vida sexual activa al momento del Taller. Algunas perspectivas indican que el temor (en este caso en particular a contraer una ITS) sólo aumenta el cambio de actitud cuando una

persona se siente vulnerable al objeto temido (Leventhal, 1970; Rogers y Mewborn, 1976, en Taylor et al., 1994).

Cabe señalar que los cambios observados en las actitudes de los sujetos estaban presentes al terminar el Taller de Educación de la Sexualidad. Considerando el proceso de formación y cambio de actitudes, y la disminución de la persuasividad de un mensaje después de cierto tiempo de emitido, no se puede asegurar que estos cambios hayan permanecido a lo largo del tiempo. Se puede hablar de un cambio temporal, y la permanencia del mismo dependerá de cada sujeto, de sus valores, sus experiencias, su capacidad de cambio y su interés.

Conclusiones y Sugerencias

Tras haber llevado a cabo la presente investigación y analizado los resultados, se presentan las siguientes conclusiones: *Se encontró un cambio positivo en las actitudes hacia la sexualidad después de impartir un taller especialmente diseñado para encargadas y auxiliares dentro de la Casa Hogar para Niñas del DIF. Se presentaron cambios positivos en las actitudes en relación a tres factores: Métodos Anticonceptivos, Concepto de Normalidad en Sexualidad y Abuso Sexual y Violación.* Las explicaciones para estos cambios se basan en las particularidades de la muestra con la cual se trabajó.

Nos parece importante la observación de que mujeres entre 29 y 63 años de edad cuya labor es estar a cargo de niñas, hayan mostrado una falta de información en relación al desarrollo psicosexual de la mujer. Al parecer, la mayoría de sus conocimientos los habían ido adquiriendo a través de su experiencia con las menores y pocas o ninguna había recurrido a libros de texto para fundamentarse. Al iniciar el Taller nos percatamos de que el nivel al que les estábamos hablando no era de la total comprensión de ellas, además de estar tocando puntos que para ellas no eran importantes; esto fue muy claro al hablar de sexo cromosómico, gonadal, etc. Cuando consideramos el nivel académico y las edades de las sujetos podemos entender que la mayoría de ellas no sepan que es un cromosoma o una gónada. Finalmente se tuvo que readaptar la mayor parte del Taller a un lenguaje más coloquial y simplificar conceptos para hacerlo asequible al grupo. Creemos que no se puede responsabilizar a las sujetos de esto, puesto que son las instituciones educativas las que han mostrado sus fallas y carencias en este sentido.

Pensamos que el cambio positivo en los factores de las actitudes se vio favorecido por el ambiente que se creó durante las sesiones del Taller. Se buscó que existiera

un clima de apertura y comunicación, en el cual las mujeres pudieran expresar sus opiniones, creencias, actitudes y experiencias, lo cual facilitó la discusión de puntos controversiales y emocionalmente intensos. Es llamativo que dos de los factores en los que hubo un cambio significativo de actitudes fueron aquellos que implican temas controversiales que suelen despertar bastante debate social (*Concepto de Normalidad en Sexualidad y Abuso Sexual y Violación*). El hecho de que estos temas pudieran abordarse de esta forma, permitió que las sujetos prestaran atención a los argumentos brindados, opinaran y discutieran, logrando gradualmente un clima de respeto a los valores personales de cada una de ellas. En este sentido, fue de provecho que el grupo estuviera constituido por tan sólo ocho mujeres, pues esto propició la intimidad y apertura y facilitó que cada una de ellas pudiera expresar su punto de vista y explayarse, y nos permitió brindar una atención mucho más personalizada a sus peticiones.

Sin embargo, desde el punto de vista de las conclusiones que se puedan derivar de la presente investigación, se puede decir que los resultados no son generalizables a otras poblaciones; incluso dentro de esta misma población, se requerirían de estudios posteriores que los confirmen.

Otra observación importante es que la mayoría de las encargadas/auxiliares tenían una postura tradicional y conservadora hacia la sexualidad. A través de sus verbalizaciones se hizo evidente que la mayoría de ellas no mantenía vida sexual activa por el momento, lo cual hizo difícil su comprensión de ciertos términos y fenómenos. Por ejemplo, una de ellas no distinguía la diferencia entre el rubor sexual ocurrido durante la fase de meseta y el rubor ocasionado por la vergüenza de hablar y escuchar sobre temas sexuales. A veces daba la impresión de estar impartiendo el Taller a chicas prepúberes sin experiencia en el ámbito de la sexualidad adulta. Sólo parecían conocer los temas relacionados con su experiencia laboral con las niñas, sobre los cuales mostraban bastante pericia. Por esta razón,

en ocasiones daban explicaciones equivocadas a las menores, como que el pene es un músculo.

En un principio se observó cierta rigidez en los valores que manejaban, y en ocasiones se les dificultó mostrar respeto y aceptación por los valores ajenos. En el ámbito de la sexualidad muchas personas creen saber lo que es normal y lo que no lo es de forma universal. Con el fin de cuestionar esta visión, se les habló de las diferencias culturales en los valores y manifestaciones de la sexualidad, y poco a poco el grupo fue mostrando un mayor respeto por los valores ajenos y las variantes sexuales ubicadas dentro del rubro de normalidad en sexualidad.

En general, creemos que el Taller de sexualidad tuvo ciertos logros. Se propició un cuestionamiento de sus valores y creencias equivocadas, erradicando mitos y tabúes en diversas áreas del conocimiento de la sexualidad humana. Se les brindaron herramientas prácticas para un mejor manejo de varios problemas dentro de la sexualidad; por ejemplo: cómo responder ante las manifestaciones de sexualidad y juegos sexuales en las menores, qué hacer ante un caso de abuso sexual o violación, cómo utilizar, paso a paso, los métodos anticonceptivos, formas de prevenir una ITS, etc.

Así mismo, pensamos que el haber podido hablar con soltura durante el Taller, y el clima de naturalidad con el cual se abordó el tema de la sexualidad, les ayudará a poder hablar de estos temas con más libertad y tranquilidad con las niñas a su cargo.

Por otra parte, queremos mencionar que la realización del Taller fue una experiencia muy enriquecedora tanto para las encargadas y auxiliares como para nosotras. Tuvimos la fortuna de trabajar con este grupo de mujeres quienes nos enseñaron mucho sobre su experiencia en el manejo de este tipo de población y pudimos darles algo a cambio que fue información verdadera y eficaz para que

ellas tengan un mejor manejo y conocimiento en cuanto al desarrollo psicosexual de las menores residentes de la Casa Hogar para Niñas del DIF.

Por lo tanto podemos afirmar que el Taller fue eficaz y que se obtuvieron los resultados esperados, pero no hay que olvidar que estos cambios fueron observados al terminar de impartir el Taller y de ninguna manera se puede afirmar que estos hayan permanecido a lo largo del tiempo o que se presenten actualmente, ya que como se explicó en el capítulo referente a la formación y cambio de actitudes, sabemos que el alcance del Taller puede ser limitado en cuanto a tiempo.

Finalmente, nos parece que lo más importante es que este Taller es el inicio para buscar un cambio a largo plazo, tanto en las encargadas y auxiliares como en todas las menores que viven en la Casa Hogar. Estamos conscientes de la dificultad que hay para lograr un cambio de actitudes, pues sabemos que éste debe ser paulatino y constante y este Taller es una de esas semillitas que, si se sigue regando, puede traer grandes frutos a futuro.

Sería conveniente que la institución en la cual laboran (Casa Hogar para Niñas del DIF), les brindara a las encargadas/auxiliares un entrenamiento que las ayudara comprender el desarrollo psicosexual y las necesidades particulares de las niñas y adolescentes. Esto resultaría de gran utilidad para que las encargadas/auxiliares pudieran brindarles a las menores la mejor atención y trato posible.

Como ya se mencionó, las principales limitaciones de este estudio fueron el reducido número de sujetos con el que se trabajó y la imposibilidad de afirmar que los resultados obtenidos se hayan mantenido a largo plazo. Por esta razón, se sugiere continuar ofreciendo este tipo de talleres a las encargadas de la Casa Hogar, con el fin de afianzar el conocimiento y cambio de actitudes logrados.

Para investigaciones posteriores, sería de interés indagar sobre:

- la relación entre la edad y la capacidad para obtener nuevo conocimiento y lograr un cambio en las actitudes hacia la sexualidad,
- la relación existente entre los valores religiosos y las actitudes hacia la sexualidad,
- la relación entre el estado civil y las actitudes hacia la sexualidad.

Anexo 1

México, D. F., a 10 de julio de 1998

LIC. ADDY DEL PILAR BASTERIS CANTON
DIRECTORA DE CASA HOGAR PARA NIÑAS DIF
PRESENTE

La presente tiene la finalidad de solicitar su autorización para impartir un Taller sobre educación de la sexualidad a las encargadas y auxiliares que laboran en Casa Hogar. Somos pasantes de psicología de la Facultad de Psicología de la UNAM y deseamos realizar nuestro trabajo de tesis en esta institución.

Nuestro proyecto de tesis se titula: "Educación de la Sexualidad y Cambio de Actitudes en Encargadas de una Casa Hogar" e incluye un Taller con una duración de 16 horas en total, dividido en 8 sesiones de 12 horas cada una. Esperamos que éste pueda ser llevado a cabo durante el periodo vacacional de las menores.

Al impartir dicho Taller deseamos lograr los siguientes objetivos:

- o Que las encargadas y auxiliares manejen información adecuada sobre la sexualidad.
- o Lograr una visión de la sexualidad como algo natural y positivo.
- o Conseguir una mejoría en la calidad de la comunicación con respecto a la sexualidad entre encargadas y auxiliares y las menores residentes de Casa Hogar.
- o Como consecuencia de todo lo anterior, contribuir a mejorar el desarrollo psicosexual de las menores.

Sin más por el momento, y a la espera de su respuesta, le saludamos cordialmente.

ATENTAMENTE,

JESSIKA EMMELHAINZ M.

LAURA HELENA PADILLA G.

C. C. P. Dr. Ricardo Camacho Sanciprian – Director de Rehabilitación y Asistencia Social
Lic. Carmen Macías López – Responsable del Área de Psicología

Nombre _____
 Edad _____ Estado civil _____ Tiene hijos? Si ___ No ___
 Nivel académico _____

Instrucciones:

A continuación aparecen unas frases; queremos que las lea y nos diga si está: *totalmente de acuerdo, de acuerdo, indecisa, en desacuerdo, o totalmente en desacuerdo* con cada una de ellas. Ponga un tache (x) encima de la respuesta que indique su elección.

Por ejemplo: *Un hijo debe siempre obedecer a sus padres.*

Si usted estuviera totalmente de acuerdo con este enunciado, su respuesta sería la siguiente:

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

1. Los casados son los únicos que deben de tener relaciones sexuales.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

2. Masturbarse no causa daño al organismo.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

3. Me da temor que las chicas comiencen su vida sexual si les hablo sobre anticoncepción.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

4. Se les debe permitir a las niñas explorar su sexualidad de acuerdo a su edad y sus propias necesidades.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

5. Las lesbianas son mujeres enfermas.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

6. Me gusta informarme sobre los síntomas y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

7. Me parece bien que las niñas aprendan a valerse por sí mismas.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

8. El agresor sexual está motivado por un intenso deseo sexual.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

9. Los que adquieren una enfermedad de transmisión sexual se lo merecen por ser promiscuos.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

10. El sexo anal es una cochinateda.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

11. Me da pena hablar con las adolescentes sobre el condón y la píldora.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

12. Una niña con curiosidad sexual es una pervertida.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

13. Las mujeres coquetas provocan a los violadores.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

14. El realizar coito anal es una decisión personal.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

15. Los hombres no deben llorar.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

16. Las adolescentes que salen con hombres son unas "locas".

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

17. Acepto la masturbación como algo normal.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

18. Es natural que las niñas tengan juegos sexuales con otras niñas.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

19. Los juegos sexuales entre niños de la misma edad son un abuso sexual.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

20. Me cuesta mucho trabajo hablar con las jóvenes sobre enfermedades de transmisión sexual.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

21. Creo que las mujeres deben ser las únicas que se encarguen del cuidado de los hijos.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

22. Sólo es bueno tener relaciones sexuales cuando se desea tener hijos.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

23. Las niñas y niños pequeños tienen sensaciones sexuales.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

24. Cuando un hombre tiene relaciones sexuales con una niña es porque ella lo sedujo.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

25. Yo creo que las labores del hogar deben compartirse entre hombres y mujeres.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

26. Me desagrada que las pequeñas se toquen sus genitales.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

27. El sexo oral es antihigiénico y sucio.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

28. Me da vergüenza hablar sobre enfermedades de transmisión sexual.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

29. Es bueno que las niñas exploren sus genitales así como exploran cualquier otra parte de su cuerpo.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

30. Me da miedo usar algún método anticonceptivo.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

31. Me gustaría que las niñas vieran su sexualidad como algo natural y positivo en sus vidas.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

32. Las enfermedades de transmisión sexual son un castigo divino por tener relaciones sexuales de forma irresponsable.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

33. Me da vergüenza ir a comprar condones.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

34. Me molesta que la principal responsable del cuidado de los niños sea siempre la madre.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

35. La mejor manera de prevenir un embarazo no deseado es utilizar algún método anticonceptivo.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

36. Siento rechazo hacia las personas que padecen enfermedades de transmisión sexual.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

37. Las mujeres no deberían masturbarse.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

38. Creo que es normal que las niñas y los niños jueguen “al papá y la mamá” y “al doctor”.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

39. Es conveniente tener información sobre enfermedades de transmisión sexual.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

40. Me da temor hablar sobre las enfermedades de transmisión sexual.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

41. Tanto la mujer como el hombre participan activamente en la relación sexual.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

42. Me gustaría que las adolescentes estuvieran informadas sobre los métodos para prevenir un embarazo no deseado.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

43. Hay que castigar a las niñas que se masturban.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

44. Se debe prohibir la información de métodos anticonceptivos.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

45. Es anormal masturbarse todos los días.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

46. Me gusta hablarle a las niñas sobre los cambios que experimenta el cuerpo durante la pubertad.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

47. Si el niño realiza quehaceres domésticos se puede convertir en homosexual.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

48. Me parece bien que las chicas tengan conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

49. Nunca utilizaré métodos anticonceptivos.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

50. Las relaciones sexuales antes del matrimonio son pecado.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

51. Es bueno enseñarle a los niños a expresar sus sentimientos igual que a las niñas.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

52. Yo respeto las relaciones sexuales entre mujeres.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

53. Las niñas aprenden mejor sobre sexualidad a través de experimentar con alguien mayor.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

54. Me agradan las relaciones de pareja en las que el hombre y la mujer tienen los mismos derechos y obligaciones.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

55. Me agrada que las adolescentes me pregunten sobre métodos anticonceptivos.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

56. Creo que usar métodos anticonceptivos es un pecado.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

57. La mejor manera de prevenir las enfermedades de transmisión sexual es tener información sobre las mismas.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

58. La masturbación es normal a cualquier edad.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

59. Es bueno enseñarles a las niñas y adolescentes a usar los métodos anticonceptivos de una forma clara y directa.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

60. Para mí es importante saber qué son las enfermedades de transmisión sexual.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

61. Las niñas que tienen juegos sexuales entre ellas son lesbianas.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

62. Cualquier forma de sexualidad es apropiada mientras no perjudique a nadie.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

63. Sólo las mujeres "fáciles" contraen enfermedades de transmisión sexual.

<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO</i>	<i>INDECISA</i>	<i>EN DESACUERDO</i>	<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	---------------------------------

64. Me parece bien que la gente realice cualquier modalidad de contacto sexual siempre y cuando estén de acuerdo los participantes.

<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO</i>	<i>INDECISA</i>	<i>EN DESACUERDO</i>	<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	---------------------------------

65. Un homosexual es una persona como cualquier otra.

<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO</i>	<i>INDECISA</i>	<i>EN DESACUERDO</i>	<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	---------------------------------

66. La mujer debe ser pasiva durante la relación sexual.

<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO</i>	<i>INDECISA</i>	<i>EN DESACUERDO</i>	<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	---------------------------------

67. El hombre es quien debe llevar las riendas del hogar.

<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO</i>	<i>INDECISA</i>	<i>EN DESACUERDO</i>	<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	---------------------------------

68. Los homosexuales son pervertidos.

<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO</i>	<i>INDECISA</i>	<i>EN DESACUERDO</i>	<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	---------------------------------

69. Es aconsejable que los hijos pidan información sobre métodos anticonceptivos.

<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO</i>	<i>INDECISA</i>	<i>EN DESACUERDO</i>	<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	---------------------------------

70. Las adolescentes no deberían tener relaciones sexuales.

<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO</i>	<i>INDECISA</i>	<i>EN DESACUERDO</i>	<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	---------------------------------

71. El sexo oral es una forma más de sexualidad normal.

<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO</i>	<i>INDECISA</i>	<i>EN DESACUERDO</i>	<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	---------------------------------

72. Debemos regañar a las niñas que tienen juegos sexuales.

<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO</i>	<i>INDECISA</i>	<i>EN DESACUERDO</i>	<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	---------------------------------

73. Prevenir un embarazo es responsabilidad tanto del hombre como de la mujer.

<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO</i>	<i>INDECISA</i>	<i>EN DESACUERDO</i>	<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	---------------------------------

74. Creo que es bueno usar métodos anticonceptivos para tener sólo los hijos que deseamos.

<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO</i>	<i>INDECISA</i>	<i>EN DESACUERDO</i>	<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	---------------------------------

75. Se debe dar educación de la sexualidad así como se educa a las niñas en cualquier otro aspecto.

<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO</i>	<i>INDECISA</i>	<i>EN DESACUERDO</i>	<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	---------------------------------

76. Es de gran utilidad hablar con las adolescentes sobre las enfermedades de transmisión sexual.

<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO</i>	<i>INDECISA</i>	<i>EN DESACUERDO</i>	<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	---------------------------------

77. Me parece importante que las chicas aprendan cómo usar adecuadamente un condón.

<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO</i>	<i>INDECISA</i>	<i>EN DESACUERDO</i>	<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	---------------------------------

78. Si tuviera relaciones sexuales y no deseara tener un hijo usaría algún método anticonceptivo.

<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO</i>	<i>INDECISA</i>	<i>EN DESACUERDO</i>	<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	---------------------------------

79. Las chicas no deberían sentir vergüenza de pedir ayuda si se han contagiado de una enfermedad de transmisión sexual.

<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO</i>	<i>INDECISA</i>	<i>EN DESACUERDO</i>	<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
------------------------------	-------------------	-----------------	----------------------	---------------------------------

80. Los hombres deben ser dominantes y poderosos y las mujeres tiernas y delicadas.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

81. La educación sobre métodos anticonceptivos debe ser clara y directa para ser útil.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

82. Me sentiría avergonzada si contrajera una enfermedad de transmisión sexual.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

83. Brindar información sobre métodos anticonceptivos puede propiciar las relaciones sexuales prematuras.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

84. Creo que una mujer que trabaja fuera del hogar es una mala madre.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

85. Las adolescentes no deben tener acceso a los métodos anticonceptivos para así evitar que tengan relaciones sexuales.

TOTALMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISA EN DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO

NOMBRE _____

A continuación se le presentan una serie de preguntas, por favor marque con una "X" la respuesta correcta. Gracias.

1. Conjunto de características anatómicas y fisiológicas que diferencian a un hombre de una mujer.
 - a) Sexo
 - b) Femenino
 - c) Masculino
 - d) Erotismo

2. A la vivencia psíquica y emocional de pertenecer al género masculino o femenino se le llama:
 - a) Sexo de asignación
 - b) Identidad de género
 - c) Sexualidad
 - d) Selección natural

3. La sexualidad comienza:
 - a) Cuando se contrae matrimonio
 - b) Al tener la primera relación sexual
 - c) A los seis años de edad
 - d) Con el nacimiento

4. La salida del semen a través del pene se conoce como:
 - a) Eyaculación
 - b) Orina
 - c) Hemorragia
 - d) Flujo

5. La masturbación es considerada normal cuando:
 - a) Se hace una vez al día
 - b) Se hace tres veces al día
 - c) Se hace una vez a la semana
 - d) Ninguna de las opciones anteriores

6. Los cambios emocionales que se presentan después del parto en la mujer se deben a:
 - a) Nacimiento del bebe
 - b) Disminución del nivel hormonal

- c) Cansancio
- d) Ninguna

7. Dos de las estructuras que corresponden al aparato sexual masculino son:

- a) La próstata y el clítoris
- b) El útero y los conductos eferentes
- c) Los testículos y los conductos deferentes
- d) El monte de venus y los testículos

8. Las fases del ciclo de respuesta sexual son:

- a) Excitación, orgasmo, resolución y reposo
- b) Excitación, meseta, orgasmo y resolución
- c) Tensión, orgasmo, clímax y resolución
- d) Tensión, clímax, resolución y relajación

9. Método anticonceptivo que se coloca dentro de la matriz:

- a) Ritmo
- b) Espuma
- c) Vasectomía
- d) DIU

10. La agresión sexual está motivada por:

- a) Un intenso deseo sexual
- b) Una tristeza profunda
- c) La ira y el deseo de dominar
- d) Soledad

11. Al conjunto de manifestaciones y expresiones sexuales de tipo biopsicosocial se le llama:

- a) Sexo
- b) Sexología
- c) Sexualidad
- d) Sensualidad

12. El SIDA causa los siguientes síntomas:

- a) Diarreas, fiebres y sudoraciones excesivas
- b) Irritabilidad y falta de concentración
- c) Pérdida de la memoria y tartamudeo
- d) Esgurrimiento de pus por el pene

13. Es una respuesta fisiológica que consiste en contracciones musculares rítmicas y suele ser placentera:

- a) Orgasmo
- b) Estimulación
- c) Excitación
- d) Resolución

14. Los días más fértiles de la mujer dentro de su ciclo menstrual son:

- a) Del día 12 al 16 de su ciclo menstrual
- b) Los días que dura la menstruación
- c) Los cuatro días siguientes a la menstruación
- d) Del día 24 al 27 de su ciclo menstrual

15. La mujer dona genéticamente cromosomas:

- a) X o Y
- b) Sólo Y
- c) Sólo X
- d) Ni X ni Y

16. Los métodos anticonceptivos más eficaces y adecuados para los adolescentes que tienen relaciones sexuales de vez en cuando son:

- a) La combinación de condón y óvulo (espermicidas)
- b) Los inyectables y el dispositivo intrauterino
- c) El retiro y el control de la temperatura vaginal
- d) El ritmo y la ducha vaginal

17. La función de la bolsa escrotal es:

- a) Proteger a los testículos de los golpes
- b) Evitar a las hernias
- c) Ninguna función
- d) Mantener los testículos a una temperatura adecuada para producir espermatozoides.

18. La serie de características y conductas que la sociedad asigna como "apropiadas" para cada sexo se denominan:

- a) Rol sexual
- b) Sexo
- c) Rol de género
- d) Personalidad

19. Métodos anticonceptivos que se toman diariamente:

- a) Ovulos
- b) Inyección
- c) Píldoras
- d) Salpingoclasia

20. La masturbación:

- a) Favorece el retraso mental de quien la practica
- b) Es una actividad saludable en la vida sexual del individuo
- c) Impide el crecimiento físico del individuo
- d) Favorece la aparición de acné en los adolescentes

21. Las enfermedades sexualmente transmisibles se presentan en:

- a) Las personas que acuden frecuentemente a baños públicos
- b) Todas las personas que tengan un contacto sexual con prostitutas
- c) Cualquier persona que tenga contacto sexual con una persona infectada
- d) Las personas que tengan contacto sexual con homosexuales

22. En el ser humano, lo que determina el sexo genéticamente es:

- a) Tipo sanguíneo del padre
- b) Tipo sanguíneo de la madre
- c) Óvulo de la madre
- d) Espermatozoide del padre

23. Generalmente, la persona que abusa sexualmente de un(a) menor es:

- a) Un extraño
- b) Un enfermo mental
- c) Un conocido
- d) Una mujer

24. Fase en la que inicia la erección o la lubricación vaginal (según el sexo de la persona):

- a) Orgasmo
- b) Resolución
- c) Excitación
- d) Clímax

25. La sexualidad termina:

- a) Cuando ya no se tienen relaciones sexuales
- b) Al no haber orgasmo

- c) Con la muerte
- d) A los 60 años de edad

26. Método anticonceptivo que sólo puede emplear el hombre:

- a) Óvulos
- b) Píldoras
- c) Condón
- d) Espuma

27. Una de las formas de sexualidad anormal es:

- a) Sexo oral
- b) Sexo anal
- c) Violación
- d) Sexo en grupo

28. Dos de las principales enfermedades sexualmente transmisibles son:

- a) El acné y el SIDA
- b) La gonorrea y la sífilis
- c) La sífilis y la esterilidad
- d) La gonorrea y las paperas

29. Estructura del aparato femenino en la que se producen los óvulos:

- a) Testículos
- b) Hipófisis
- c) Ninguna
- d) Ovarios

Descripción de la Sesión 6

Tema: Concepto de Normalidad y Variantes Conductuales Dentro de la Sexualidad.

El objetivo de incluir la descripción de una sesión es mostrar el tipo de labor realizada, al igual que las reacciones y comentarios de las sujetos. Se eligió la sesión 6 en particular, debido a que el tema causó un gran impacto y controversia, además de ser uno de los factores en el que se presentaron cambios estadísticamente significativos.

Se inició la sesión con la definición de normalidad en sexualidad explicando cada uno de los requisitos que se deben de cumplir para que una variante conductual pueda ser denominada como "normal". Se aclararon cada uno de los cinco puntos que integran la definición de normalidad en sexualidad y se prosiguió explicando lo que son las parafilias y las variantes conductuales dentro de la sexualidad. Se explicó qué es el exhibicionismo y se pidió al grupo que dijeran si éste era normal o anormal. Ellas se quedaron por un momento calladas y después una respondió que anormal y se repasó junto con el grupo la definición de normalidad. Después se continuó con la misma dinámica para explicar el vouyerismo, el froterismo y la paidofilia (en este punto se observó que el grupo comenzó a interesarse más); cuando se les preguntó si ésta era normal o anormal, varias respondieron a la vez "*anormal*" y alguna de ellas dijo con firmeza "*anormalísimd*".

La expositora siguió explicando y ellas se veían muy atentas. Se explicó el masoquismo y el sadismo, el fetichismo y a partir de este momento parecieron aún más involucradas y comenzaron a hacer preguntas. Cuando se abordó el tema de la homosexualidad y se preguntó si el grupo la consideraba normal o anormal,

tardaron en contestar, se hizo un silencio y de pronto una de ellas respondió "anormal". Entonces se inició una discusión entre algunas encargadas/auxiliares y las expositoras, pues no podían aceptar la homosexualidad como una conducta "normal" a pesar de que inicialmente se hubiera entendido y aceptado la definición de normalidad dentro de la sexualidad. Hubo muchos comentarios en contra de la homosexualidad, se percibía que estaban enojadas, mostraron agresiones hacia la psicología y la modernidad, culpándolas a ambas de que hoy en día, a su parecer, todo se toma como normal. Mostraron también muchas ideas religiosas como se observa en las siguientes citas textuales:

"Hay anormalidades que son cada vez más normales, según el mundo y el hombre van evolucionando, ya todo es normal para él".

" No es que se les juzgue, sino sencillamente pues ya va siendo normal, es lo que yo me doy cuenta, todo está muy normal... pues adelante, ellos viven y uno respeta su normalidad de ellos" (al hacer este comentario, la encargada se veía irritada, irónica y agresiva hacia la expositora).

"Mira, ¿por qué le echan tanto a la religión católica? ¡Tampoco! Uno tiene sus valores, porque el Papa no va a aceptar todo eso, no puede ser, normalmente es nuestra vida, se tiene que decir que eso no es posible. Hay un hombre y una mujer, está bien, como te digo, pero es que con el progreso y todas las investigaciones y todo ya todo es normal."

Auxiliar: Aunque digan que no afectan, sí afectan.

Expositora: A ver, ¿cómo afectan?

Auxiliar: En un matrimonio, en una familia, cuando la familia conoce que su hijo es homosexual, pues sufren.

Expositora: ¿Y eso por qué? Pues por sus valores.

Auxiliar: Pero es que no es posible, a medida que vayan haciendo su progreso, pues yo los respeto... eso es normal.

Expositora: *Aquí tenemos una expresión muy clara de lo que es no estar de acuerdo en valores... Mis valores aceptan eso, los de la auxiliar no lo aceptan. Para fines de este Taller y porque vamos a ser objetivas, para nuestra definición vamos a ver que es normal. ¿Están de acuerdo que con nuestra definición es normal la homosexualidad?... Y fíjense bien cómo nos había parecido muy bien la definición de entrada, pero cuando llegamos a la homosexualidad, como ahí sí tenemos algunos prejuicios, nos cuesta más trabajo aceptarla, ¿no?*

Auxiliar 2: *No tanto como prejuicios, yo veo que la humanidad, la cristiandad, estamos hechos, el hombre para la mujer y la mujer para el hombre, están como distorsionando esto, cada quien es libre de hacer su rabo como quiera, humanamente estamos hechos el hombre para la mujer y la mujer para el hombre. (Igual que la primera auxiliar, ésta última se ve molesta de que se diga que la homosexualidad es normal y el tono de su voz aumenta al hablar; se ve enojada pero se controla).*

Auxiliar: *Eso de la religión es fe, si tú no tienes fe... eso es el hombre, el hombre puede hacer maravillas, perfecto, dentro de la humanidad, pero dentro de la vida sobrenatural, de fe, es anormal ciertas cosas de ahí, eso no puede ser.*

Expositora: *O.k., estamos hablando de dos niveles diferentes, ella está hablando de fe.*

Auxiliar: *Esos son los valores.*

Expositora: *Sí, esos son los valores.*

Auxiliar: *Eso, sí a mí si me tocas esto, para mí es un valor fundamental y digo "¡Ah, caramba!" Que ellas no tengan valores (atacando a sus compañeras) es su paquete, pero a mí sí...*

Expositora: *Yo creo que las demás tienen sus valores, pero dijimos que ahorita íbamos a hacer a un lado los valores personales para juzgar esto, porque si cada una juzgamos con nuestros valores pues van a decir: normal, anormal, anormal, normal...*

Auxiliar: *No, no, mira: eso es normal en cuestión de sexualidad, normal las lesbianas, los homosexuales, divorciarse, no atender a los hijos, todo eso es normal; dentro de la humanidad ya no hay valores.*

Auxiliar 2: *¡Para la psicología todo es normal!*

Aquí se nota a las dos mucho más enojadas, atacando a la psicología y a las expositoras.

Auxiliar 2: *Estar lo más anormal del mundo para la psicología es normal, porque es una ciencia y así lo dice* (tono fuerte, se le ve molesta).

Después de esta breve discusión sobre homosexualidad, religión y valores personales, empezó a haber una mayor participación por parte de otras encargadas/auxiliares que habían estado en silencio.

Al parecer, finalmente quedó claro que la homosexualidad es una variante conductual que se considera normal dentro de la sexualidad, pero que cada quien tiene una opinión diferente dependiendo de sus valores personales. La expositora continuó exponiendo troilismo, pluralismo, masturbación, sexo oral, sexo anal, etc.

Referencias

1. Aiken, L. (1996). Tests Psicológicos y Evaluación (8ª ed.). México: Prentice Hall.
2. Alfaro, M. (1991). Sexualidad y SIDA en el adolescente. México. Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura.
3. Ansuini, C.G., Fiddler-Woite, J. y Woite, R.S. (1996). The source, accuracy, and impact of initial sexuality information on lifetime wellness. Adolescence, 31-No.122, 283-289.
4. Baird, T. L. (1993). Mexican adolescent sexuality: Attitudes, knowledge, and sources of information. Hispanic Journal of Behavior Sciences, 15- No. 3, 402-417.
5. Baumeister, L.M., Flores, E., Marin, B.V. (1995). Sex information given to latina adolescents by parents. Health education research. 10(2), 233-239
6. Belmont, M. R., Reyes, G., Villarreal, P. A. (1991). Actitud y conocimiento sobre sexualidad en escolares de 6º grado de instrucción primaria y padres de familia. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
7. Cáceres, C. F., Rosasco, A. M., Muñoz, S., Gotuzzo, E., Mandel, J. Y Hearst, N.(1992). Necesidades educativas en relación con la sexualidad humana y el SIDA entre estudiantes y profesores de escuela secundaria en Lima. Revista Latinoamericana de Psicología, 24, 109-122.
8. Cárdenas, L. (1990). La sexualidad desde el SIDA: una aproximación. México. Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura.
9. Corona E. (1994). Resquicios en las puertas: la educación sexual en México en el siglo XX, Antología de la sexualidad humana, CONAPO, 3, 681-707.
10. Cruz, Z. (1986). El uso de anticonceptivos en relación con la influencia de las amistades y el tipo de disciplina paterna. México. Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura.
11. Dávalos, M. (1994). Familia, sexualidad y matrimonio durante la Colonia y el siglo XIX. Antología de la sexualidad humana, Vol 1, CONAPO, 153-175.
12. Díaz-Guerrero, R. y Díaz-Loving, R. (1996). Introducción a la Psicología. México: Trillas.

13. Funke A., S., Gantier G., M., y Olguin P., P. (1982). La sexualidad humana. La educación de la sexualidad humana. Sociedad y Sexualidad., Vol 1, CONAPO, 11-45.
14. Hewstone, M., Stroebe, J.P. y Stephenson, G.M. (1993). Introducción a la Psicología Social: una perspectiva Europea. Barcelona:Ariel, 149-169.
15. Huston, R. L., Martin, L. J. y Foulds, D. M. (1990). Efecto of a program to facilitate parent-child communication about sex. Clinical-Pediatrics, 29(11), 626-633.
16. Kaplan, M.S., Becker, J.V. y Tenke, C.E. (1991). Assessment of sexual knowledge and attitudes in an adolescent sex offender population. Journal of sex Education and Therapy, 17- No.3, 217-225.
17. Kilander, H. (1973). La educación sexual en la escuela primaria y la secundaria. México. Continental.
18. López I. , L. (1982). La educación de la sexualidad. La educación de la sexualidad. Educación y Sexualidad., Vol 4, CONAPO,
19. López I. , L. (1982). La pedagogía de la sexualidad. La educación de la sexualidad. Educación y Sexualidad., Vol 4, CONAPO,
20. Martins, O. (1989). Propuesta de formación de orientadores en sexualidad en facultades de psicología. Revista Latinoamericana de Sexología, IV-No. 2, 211-221.
21. Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1987). La Sexualidad Humana, Vol.1,2,3, 13ª ed. ampliada y revisada en 1995, España: Grijalbo.
22. Monroy, A. (1977). El educador y la sexualidad humana, México:Pax, 13-56.
23. Monroy, A. (1990). Salud y Sexualidad, Salud, Sexualidad y Adolescencia, México: Pax, 21-38.
24. Montoya, L. (1980). Actitudes y conducta sexual en una muestra de estudiantes de preparatoria oficial. México. Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura.
25. Muñoz, F. (1988). Efectos de la implementación de un programa de educación sexual en una comunidad de bajo nivel cultural y socioeconómico de Colombia. Revista Latinoamericana de Sexología, III-No. 1, 67-80.

26. Padilla, A. M. y Baird, T. L. (1991). Mexican-american adolescent sexuality and sexual knowledge: An exploratory study. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 13-No.1, 95-104.
27. Patton, W. y Mannison, M. (1993). Effects of a university subject on attitudes toward human sexuality. Journal of Sex Education and Therapy, 19-No. 2, 93-107.
28. Pick-de-Weiss, S., Givaudan, M., Givaudan, S. (1993). Planeando tu vida: Sex and family life education. International journal of adolescent medicine and health. 6(3-4), 211-224.
29. Pick, S. y Díaz Loving, R. (1994). Metodología psicosocial en la investigación de la sexualidad. Antología de la sexualidad humana, Vol 1, CONAPO, 73-95.
30. Pick, S., Givaudan, M. y Díaz Loving, R. (1994). Panorámica de la investigación psicosocial en México. Antología de la sexualidad humana, Vol 1, CONAPO, 97-119.
31. Pick, S. (1995). Planeando tu vida. México: Ariel Escolar.
32. Pick, S. Y López, A. (1994). Cómo investigar en ciencias sociales, 5ª ed., México:Trillas, reimp. 1998.
33. Restrepo, H. E., Awad, E. L., Correa, G. S., González, M. P., Jaramillo, M., Velázquez, B. M., Velázquez, C. I. , Vélez, G. E. (1988). Educación sexual en las familias de adolescentes escolarizados del área metropolitana del Valle de Aburra. Revista Latinoamericana de sexología, III-No.1, 25-41.
34. Reyes, S. (1993). El embarazo en adolescentes como consecuencia de la disfuncionalidad familiar. México. Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura.
35. Rodríguez, A. (1991). Psicología Social, 4ª ed. México: Trillas, (reimp. 1997)
36. Rodríguez R., G. (1982). La didáctica de la sexualidad. La educación de la sexualidad. Educación y Sexualidad., Vol 4, CONAPO,
37. Rodríguez R., G. (1994). Conceptos y métodos en la educación de la sexualidad. Antología de la sexualidad humana, Vol 3, CONAPO, 709-733.

38. Saucedo, F. (1975). Actitudes de un grupo de adolescentes urbanos de la ciudad de México frente al sexo. México. Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura.
39. Schofield, M. (1972). El comportamiento sexual de los jóvenes. España: Fontanella.
40. Sneddon, I. y Kremer, J. (1992). Sexual Behavior and attitudes of university students in Northern Ireland. Archives of sexual Behavior, 21-No.3, 295-311.
41. Taylor, S., Peplau, A. y Sears, D. (1994). Social Psychology. U.S.A.: Prentice Hall.
42. Triandis, H. (1973). Attitude and Attitude Change. E. U. Series Preface.
43. Vázquez, G. (1985). La masturbación en adolescentes de provincia. México. Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura.
44. Vázquez, M. (1997). Estudio de actitudes hacia la sexualidad en adolescentes y factores que intervienen en su formación. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
45. Zinser, O. (1992). Psicología experimental. México: McGraw Hill.