

272  
2el.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ACTTUD SEXUAL ANTE EL SIDA  
EN LA RELACION DE PAREJA

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A :  
**SANDRA TORRES LAYRISSE**

DIRECTOR DE TESIS: LIC. RAUL TENORIO RAMIREZ



MEXICO, D. F.

1997

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

# I N D I C E

## INTRODUCCIÓN

## JUSTIFICACIÓN

### I. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DEL SIDA .....	1
1.2 AGENTE CAUSAL DEL SIDA (VIH).....	3
1.3 MECANISMOS DE TRANSMISIÓN.....	7
1.4 PREVENCIÓN.....	10
1.5 SITUACIÓN ACTUAL DEL SIDA EN MÉXICO.....	16

### II. SEXUALIDAD

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SEXUALIDAD.....	22
2.2 DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD.....	28
2.3 CONCEPTO DE PAREJA.....	38
2.4 SEXUALIDAD EN LA PAREJA.....	40

### III. ACTITUDES

3.1 HISTORIA DE LAS ACTITUDES.....	51
3.2 CONCEPTO DE ACTITUD.....	53
3.3 COMPONENTES DE LA ACTITUD.....	57
3.4 FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES.....	58
3.5 MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES.....	61
3.6 ACTITUDES, OPINIONES, CREENCIAS, PREJUICIOS E INTENCIONALES CONDUCTAS.....	65

IV. MÉTODO	
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	67
4.2 HIPÓTESIS	68
4.3 VARIABLES	69
4.4 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES	70
4.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	70
4.6 MUESTRA	70
4.7 TIPO DE ESTUDIO	71
4.8 DISEÑO	71
4.9 INSTRUMENTO	72
4.10 PROCEDIMIENTO	73
V. RESULTADOS	74
VI. CONCLUSIONES	83
VII. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	86, 87
BIBLIOGRAFÍA	88
APÉNDICE	

*Quiero dedicar este trabajo a todas las personas que viven con VIH/SIDA; a los que han dedicado su vida y esfuerzo para detener esta enfermedad, a los que han sufrido de estigmatización y rechazo por padecerla y a todas aquellas personas involucradas en la problemática del SIDA.*

*DEDICATORIA*

*Al Honorable Jurado*

*Lic. Raúl Tenorio Ramírez*

*Lic. Leticia Bustos de la Tijera*

*Lic. Martha Cuevas Abad*

*Lic. Guadalupe Santaella Hidalgo*

*Lic. Ma. Martina Jurado Baizabal*

*Por el especial cuidado de la revisión del presente  
trabajo y las valiosas observaciones que ayudaron  
para enriquecerlo.*

*A mi Abuefito Luis*

*Porque aunque tú no estes en cuerpo estas en mi alma.*

*A mis Padres:*

*Guillermo.*

*Que con tu cariño, apoyo y aliento lograste hacer de  
mi una profesionista, por todo eso y mas, gracias.*

*Esperanza.*

*Por tú comprensión, apoyo, por darme la vida, y por  
hacerme mujer.*

*A mis Hermanos:  
Memo y Alex,  
Por el gran cariño que nos une.*

*Ya todos aquellos que me apoyaron durante la  
realización de este trabajo. (SIA)*

*Sandra.*



## INTRODUCCIÓN

*El SIDA es una enfermedad producida por un virus nuevo y mortal, el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), capaz de instalarse en las células y permanecer ahí por años antes de manifestarse. Durante este periodo, el individuo infectado es capaz de transmitir la infección a otras personas sin que él se de cuenta de ello.*

*El SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es decir, el cuerpo es capaz de combatir ciertas infecciones, que desembocan en una serie de enfermedades y síntomas diversos que suelen ser fatales.*

*A diferencia de la mayoría de las enfermedades infecciosas en las que la enfermedad aparece días o semanas después del contagio, el SIDA puede presentarse años después de la infección inicial. Este hecho es muy importante, ya que debido a ello, el mayor peligro yace, no en los casos de enfermedad declarada (que puede ser rápidamente reconocida), sino en los portadores del VIH que no presentan síntomas, y cuyo aspecto es totalmente normal.*

*El SIDA se adquiere a través de contagio, no se hereda de los padres genéticamente. El primer caso de SIDA fue diagnosticado el 5 de junio de 1981; sin embargo, fue hasta 1982 que se aisló el nuevo virus y se le denominó "Virus de la Inmunodeficiencia Humana", o VIH. En 1984, se desarrolló una prueba para detectar este virus en la sangre de los seres humanos. De ahí en adelante se ha estudiado ampliamente este virus y sus consecuencias, y en muchos países del mundo se han intentado grandes cantidades de dinero en la investigación, en la búsqueda de una vacuna, en el desarrollo de métodos de detección del VIH y en el tratamiento tanto para la gente infectada como para la que ya desarrolló el SIDA.*

*El SIDA es una enfermedad que ha tenido muchas repercusiones tanto psicológicas como sociales en los diferentes sectores de la población. Los grupos más afectados son aquellos que presentan conductas de alto riesgo: homosexuales, hemofílicos, drogadictos intravenosos y personas promiscuas.*

*En la actualidad existen varias investigaciones e instrumentos que intentan medir los conocimientos y la actitud de diferentes grupos hacia los aspectos relacionados con el SIDA. En un estudio realizado en México (Sepúlveda, 1989), a una población de entre 17 y 60 años de diferentes áreas urbanas, se encontró que el 78% de los entrevistados se pronunció a favor de aislar a los individuos*

con SIDA, evidenciando un rechazo social hacia ellos, el 60% conceptualizó al SIDA como una enfermedad de homosexuales considerando a las prostitutas y homosexuales como los subgrupos con conductas de más alto riesgo de contraer la enfermedad. Respecto a la utilidad del condón, el 40% de los entrevistados señalaron que era útil para prevenir enfermedades sexuales transmisibles, pero solo el 2% de ellos especificó su utilidad para prevenir el SIDA. En otro estudio realizado en México en adolescentes de 15 a 20 años, se encontró que existían diferencias significativas en la interacción de sexo y edad; las mujeres de 18 a 20 años y los hombres de 15 a 17 años y los hombres de 18 a 20 años; las mujeres y aquellos (as) que ya habían tenido relaciones sexuales tuvieron una actitud más favorable para apoyar a los enfermos de SIDA a diferencia de los hombres y aquellos (as) que no habían tenido relaciones sexuales. (Martínez y Aragón en Alfaro, Rivera y Díaz, 1991).

En otras partes del mundo también se han realizado numerosos estudios acerca de la magnitud de diferentes grupos hacia el SIDA, como es el caso de Allen y Miller (1989) quienes midieron la actitud de un grupo de universitarios hacia mujeres heterosexuales con SIDA. Encontraron que la actitud era más favorable si la enfermedad no había sido contraída por medio de un comportamiento riesgoso.

Estos son únicamente algunos ejemplos de las muchas investigaciones realizadas tanto en México como en el mundo.

El presente estudio tuvo como objetivo medir la actitud de un grupo de novios y uno de matrimonios (ambos subdivididos en hombres y mujeres) hacia el SIDA; así como, también saber en cuál de los dos grupos existe una actitud más favorable o desfavorable.

Para abordar este tema se describieron, en primer lugar, los aspectos tanto históricos como epidemiológicos a cerca del SIDA, así como también la situación actual del SIDA en México. Se prosiguió a una revisión sobre sexualidad, sus antecedentes históricos y definición, y sexualidad que existe en la pareja. En el tercer capítulo se revisó el tema de actitudes ya que estas ocupan una parte importante en el instrumento y objetivos de esta investigación, y aunque el término actitud es usado comúnmente en la vida diaria, a veces es usado indiscriminadamente e incluso es confundido con otros términos como el de opinión o el de creencia.

*Se escogió este tema debido a su gran importancia en la actualidad; ya que actualmente es un problema social que a todos nos atañe y es necesario e importante que tengamos conocimiento acerca de los principales mecanismos de transmisión, esto es, para poder prevenir el posible contagio.*

*La población que se estudió en esta tesis, fue población de servidores públicos (Delegación Benito Juárez); debido a que esta ocupación tiene la tasa más alta de casos de SIDA; (Capítulo 3), y muchos de los entrevistados al ver que estaba haciendo un trabajo sobre SIDA; ellos mismos quisieron contestar el cuestionario. (en cuenta criterios de inclusión) (Capítulo 4).*

## JUSTIFICACIÓN

*Las actividades son relativamente permanentes; esto es, que los sentimientos de la gente hacia objetos y personas son probablemente muy estables. Aunque las actitudes pueden cambiar, y así pasa, esto no ocurre al azar: algo sucede que ocasiona el cambio. Si las actitudes fluctuaran substancialmente en un período muy corto, tendrían poco valor como factores de predicción de la conducta futura. Debido a que son relativamente permanentes, pueden ser estudiadas, medidas y empleadas para predecir acciones. Las actitudes son aprendidas, el proceso de formación y cambio de ellas puede ser estudiado y es posible desarrollar programas que animen la deseabilidad social de las actitudes. Así mismo, es importante considerar que las actitudes influyen en la conducta siendo esto, un motivo más por lo cual se deben investigar y atender las actitudes. Actualmente el estudio de las actitudes cobra mucha importancia en lo que al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida se refiere ya que su aparición cambió profundamente las costumbres de gran parte de la población y provocando diversas reacciones y actitudes en los diferentes sectores de la población que varían desde el rechazo, la incompreensión y la irresponsabilidad hasta la comprensión, la ayuda y la irresponsabilidad en cuanto a conductas de riesgo estas son, las actitudes que se observan con más frecuencia.*

*La Desinformación o la mala información acerca del SIDA provoca actitudes desfavorables hacia las personas infectadas y hacia ciertos sectores como son los homosexuales masculinos ya que una gran parte de las personas asocian al SIDA con la homosexualidad masculina.*

*El desconocimiento de los medios de transmisión del VIH y de las formas de prevención es peligroso; ya que en ocasiones es la causa de conductas riesgosas por parte de aquellos que no se consideran en peligro de infectarse o infectar a los demás, en otras ocasiones es la actitud de venganza y enojo lo que ocasiona que personas infectadas no tomen medidas preventivas.*

*Tomando en cuenta esto, y que las actitudes son aprendidas y sujetadas a modificación, es importante el estudio de las mismas así como de los conocimientos hacia el fenómeno del SIDA de las parejas tanto de novios como matrimonios heterosexuales, para que a partir de los datos que se obtengan, se puedan elaborar programas educacionales que proporcionen el conocimiento necesario y lograr así, que se cambien las actitudes desfavorables.*

*Ultimamente se ha observado un rápido aumento en la población heterosexual contagiada por VIH y un decrecimiento en la población homosexual lo cual habla de la necesidad de una toma de conciencia por parte de la comunidad heterosexual.*

*Es por todo esto que se considera de suma importancia que a nivel psicológico se realicen investigaciones relacionadas tanto a los pacientes VIH positivos como a los que ya desarrollaron el SIDA y a la población en general, ya que las personas no infectadas juegan un papel primordial en la salud física y mental de los infectados.*

## *CAPITULO I*

## I. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

### 1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DEL SIDA

En los años 60's los médicos constataron que los tratamientos inmunodepresores utilizados contra los cánceres y en casos de trasplantes renales, dejaban a los enfermos vulnerables a la *Pneumocystis Carinii*, la cual se ha presentado ya con anterioridad en niños con desnutrición, en recién nacidos prematuros y en enfermos inmunodeprimidos. Muchos enfermos son *Comunosuprimidos*, como consecuencia del empleo cada vez mayor de nuevos regímenes terapéuticos, de la enfermedad subyacente, de la desnutrición y de los defectos en las barreras anatómicas como mucosa y piel.

Ya en 1921 se describen 3 tipos de lesiones que produjeron autosensibilización en la piel, los términos autosensibilización, autoalergia y automunidad se usaron a menudo indistintamente. La insuficiencia inmunológica ocasiona gran incidencia de tumores malignos y la producción de autoanticuerpos debida a la acción de los microorganismos ambientales sobre el inmunodeficiente.

Hay libros completos que tratan sobre las inmunodeficiencias, su diagnóstico y tratamiento, así como, una extensa bibliografía de los 60's y 70's, con reportes sobre neumonía por *Pneumocystis Carinii* (NPC), infecciones por Epstein Barr virus, herpes, leucemia, virus en sistema tumore, inmunodeficiencias, mal nutrición como determinante, disfunciones inmunológicas en drogadictos etc.

Relacionados directamente con el SIDA, existen muchos mas antecedentes de lo que se cree, dos reportes, uno de ellos en 1959, y otro en 1968 descrito en detalles en 1973. (Eflin-Lewis et. al, 1973) (Williams, Stretton y Leonard, 1983).

A finales de la década de los 70's se maneja la inmunodeficiencia adquirida como si fuese una enfermedad nueva, desconocida y terrible, de la cual nadie se salva, satanizándose a las minorías como causantes del mal y nuevamente se les ataca, ahora bajo pretexto de estar envenenando a la nación (E.U.A.) con una nueva epidemia ocasionada por sus excesos y su "estilo de vida", explotándose las características que socialmente son rechazadas y hacia las cuales hay prejuicios como sería la drogadicción, la promiscuidad, la inmigración, el racismo y la homosexualidad.

*Supuestamente, los primeros casos de SIDA, oficialmente se remontan a 1978 y 1979 y las primeras notificaciones a 1981 por el Center For Disease Control (CDC) - Centro de Control de Enfermedades - Organismo de salud pública responsable de la investigación de epidemias e informes de enfermedades nuevas y raras, en Atlanta, Georgia E. U. A. (Daniels, 1986, Rozenbaum et., al 1985).*

*Se notificara un número inesperado de casos de Neumonía por Pneumocystis Carinii (PNC) e infecciones por patógenos oportunistas, casos de Sarcoma de Kaposi y Linfomas en grupos de homosexuales jóvenes debidas a disfunción inmune.*

*Si cualquiera de estas infecciones individuales era controlada temporalmente, se repetían o una diferente enfermedad se desarrollaba sino es que varías a la vez. Como no todos lo que están expuestos al agente causal desarrollaba la enfermedad se cree que puede ser determinado genéticamente y se especula sobre un nuevo virus surgido de una mutación, un virus de otras especies que se halla adaptado y propagado entre los humanos o un virus que existió largamente en una población humana circunscrita, donde no había atención médica.*

*Un factor aparentemente común era que todos eran homosexuales, por lo que esta enfermedad recibió inicialmente el nombre de "Sarcoma de Kaposi" e infecciones oportunistas del homosexual o "Gay Syndrome" posteriormente gay relate Immuno Deficiency - Grud (Inmunodeficiencia relativa a la homosexualidad o déficit inmunitario ligado a la homosexualidad), y finalmente en 1983, "AIDS" (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) y que en español es SIDA, (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) término que surgió a raíz de que se dieron cuenta que la enfermedad abarcaba realmente a toda la población: hombres y mujeres heterosexuales, drogadictos, nmios, inmigrantes, hemofílicos, personas que han recibido transfusiones sanguíneas, homosexuales, bisexuales africanos de uno y otro sexo.*

*A pesar de que abarcó a todos sectores poblacionales, la gente ha preferido seguirlo manejando como prívativo de los homosexuales.*

*Supuestos sobre el origen del SIDA.*

*A pesar de investigaciones previas, poco se sabe de los supuestos orígenes del SIDA.*



*Existen algunas hipótesis acerca de los orígenes del SIDA, estas son:*

**1) El Origen del Mono.**

*Esta hipótesis surgió en E. U. A. al notar que algunos macacos de cría (cautiverio) presentaban síntomas similares a los del SIDA y morían de alguna enfermedad oportunista.*

*Siguiendo la investigación con monos africanos que se encontró que, los monos verdes, en condiciones óptimas de salud, tenían en la sangre un virus similar al VIH y que algunos nativos de África portaban. El Dr. Max Essex (citado por del Río, 1988), concluyó que este virus (SIVLIII), se puede transmitir al hombre a través de una mordida o arañazo.*

*En este el virus sufría un proceso de mutación, hasta convertirse en el VIH.*

**2) El Origen Africano del SIDA.**

*Esta teoría sostiene la creencia que desde África se propagó al resto del mundo la epidemia. Algunos datos que la apoyan son que en algunas ciudades importantes de África Central del 5% al 10% de la población son portadores del virus. La cadena de transmisión sería: África - Caribe - E. U. A. o África - Europa.*

*En la actualidad no es posible sostener de manera contundente algunos de los supuestos mencionados. Esto significa que se sigue desconociendo el origen del SIDA. Por ello, prosiguen las investigaciones encaminadas al origen de la enfermedad.*

**1.2 AGENTE CAUSAL DEL SIDA (VIH)**

*Durante el verano de 1981, el Doctor A. Gottlieb, de los Centros de Control de Enfermedades de E. U. (CDC), le dio la señal de alerta respecto a una nueva enfermedad capaz de aniquilar el mecanismo de defensa de individuos homosexuales, previamente sanos y de iniciar el desarrollo de infecciones secundarias y cáncer, que los llevaban a la muerte.*

*El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad infecciosa, nueva, contagiosa, incurable y mortal, que afecta a las defensas del organismo. Inicialmente se pensó que el SIDA podría deberse al efecto tóxico de ciertas drogas estimulantes, "poppers", utilizadas por los homosexuales, a la acción de algún factor presente en el esperma, etc. Sin embargo, no fue hasta el otoño de 1983, cuando el Doctor Robert C. Gallo, del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, señaló que el SIDA podía deberse a un agente infeccioso relacionado con los HTLV; recientemente descubiertos por él (Nombre original del virus causante del SIDA. Las siglas corresponden al nombre en Inglés, de virus Linfotrópico Humano).*

*Basó su hipótesis en la información que hasta ese momento se tenía: la causa del SIDA era un agente infeccioso que podía suceder a través de la sangre. Debido a que esto podía suceder por filtrados de sangre, como los utilizados en el tratamiento de los individuos con hemofilia, el Doctor Gallo dedujo que tal vez se trataba de un "agente filtrable". Pensó que el sitio de ataque de dicho virus debía ser una variedad de glóbulos blancos conocidos como linfocitos T colaboradores o células CD4, ya que un número se encontraba notablemente reducido en los pacientes con SIDA. Como los únicos agentes infecciosos hasta ese momento conocidos capaces de atacar a esas células eran los retrovirus (HTLV), el Doctor Gallo afirmó que el virus del SIDA debía de estar emparentado con estos. Asimismo, al descubrirse que otro retrovirus, el virus de la leucemia felina (FELV), era capaz de atacar a los linfocitos T colaboradores del gato y provocar leucemia e inmunodeficiencia, concluyó que el virus del SIDA debía de pertenecer a la subfamilia HTLV.*

*A partir de ese momento, se inició la cacería del microbio que era capaz de infectar a los linfocitos T colaboradores y provocar SIDA. En 1983, el Doctor Luc Montagnier y sus colaboradores del Instituto Pasteur de París, publicaron un trabajo en el que señalaban haber identificado, con la ayuda del microscopio electrónico, un retrovirus en el ganglio de un paciente en riesgo de desarrollar SIDA, al cual denominaron virus asociado a linfadenopatía (LAV), sin embargo, no pudieron establecer su relación con el agente causal del SIDA. Mientras tanto, un grupo de investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, encabezado por Estanislao C. Stannislawski (1989), identificó por medio del microscopio electrónico la presencia de un retrovirus en los ganglios linfáticos de un paciente con SIDA, sugiriendo su posible relación con la enfermedad.*

*En 1984, el Doctor Gallo y colaboradores publicaron varios trabajos en los cuales afirmaban que el HTLV - III, descubierto por ellos, era la causa del SIDA. Esto lo lograron gracias a que pudieron desarrollar una línea de células capaz de ser infectada sin ser destruida y de producir grandes cantidades del VIH durante mucho tiempo*

*Esta línea celular, conocida como H-9, fue descubierta de manera fortuita por un miembro del laboratorio del Doctor Gallo. Este hallazgo permitió obtener grandes cantidades de virus, que han permitido su estudio y la creación de una prueba de laboratorio, utilizada para detectar a los individuos infectados por el virus.*

*A fines de 1984, Levy y colaboradores aislaron en San Francisco el virus de pacientes con SIDA, nombrándolo virus asociados al SIDA (ARV)*

#### *Lugar y fecha de nacimientos de VIH*

*El tiempo 'real' de evolución de cualquier virus puede medirse con relativa exactitud calculando el índice de cambios hereditarios en las diferentes especies*

*En vista de que los retrovirus poseen un índice de evolución un millón de veces más rápido que el de los organismos constituidos a base de ADN, es relativamente confiable medir su tiempo real de evolución calculando las diferencias hereditarias de los virus aislados a través del tiempo, en diversas regiones del mundo. Para ello, se ha tomado como base al VIH - 1 más antiguo que hasta hoy se haya encontrado. Esto se logró estudiando en forma retrospectiva los sueros almacenados en diversos países. El suero con virus más antiguo se encontró en Zaire, y era de 1959.*

*Los siguientes aislamientos del VIH - 1 ocurrieron a mediados de los años setenta, en el África Central y en los E.U. (a excepción de un joven de 16 años que murió de SIDA en este último país, en el año de 1969) y a principios de los ochenta, en América Latina.*

*El VIH - 2 fue identificado en 1986, originario en el Continente Africano hace 40 años, a partir de un antepasado común aún no identificado.*

*Posiblemente el VIH pasó de dicho continente a los E.U. y a la región del Caribe transportado por algunos de los soldados pertenecientes a las tropas del Ejército de las Naciones Unidas, cuando entraron a poner orden después de haber finalizado la Segunda Guerra Mundial*

*El VIH puede vivir dentro de las células por muchos años, sin embargo, fuera de ellas su vida se reduce notablemente. Por esta razón, la sangre y los líquidos que posee glóbulos blancos, tales como el espermatozoides y las secreciones vaginales son excelentes vectores del virus.*

*En los líquidos corporales como lágrimas, saliva, sudor y orina se encuentran fundamentalmente libre, fuera de las células, siendo por ello poco infectante. Al igual fuera del organismo, en superficies inertes, tales como objetos de uso común, su vida se reduce más.*

*De acuerdo con lo señalado por el Doctor Montagner y colaboradores (1983), las principales características morfológicas del VIH son:*

- 1) Su estructura es esférica y tiene de 90 a 120 nanómetros de diámetro. Sus componentes son una envoltura externa, una capa proteica interna y un nucleocápside, también conocido como nucleóide central.*
- 2) La envoltura externa está formada en un 5 a 10% por componentes propios del virus (proteínas ricas en azúcares, conocidas como glicoproteínas), y el 90 o 95% son componentes de origen no viral.*
- 3) La capa proteica interna tiene forma icosaédrica, se localizan inmediatamente por debajo de la envoltura, a muy corta distancia de ella, forma parte del nucleocápside, y se desconoce su función.*
- 4) El nucleocápside está formado por tres tipos de subunidades proteicas diferentes, tiene una forma que asemeja una estructura tubular hueca, y en su interior se encuentran dos copias idénticas de ARN.*

*Este formidable virus, al igual que el legendario Aquiles, tiene un talón frágil, y es el hecho de que posee una envoltura sumamente rica en lípidos (grasas) que puede ser fácilmente degradable por diversos procedimientos de limpieza utilizados en forma rutinaria, como el agua y el jabón, los blanqueadores*

domésticos, el alcohol y el calor. Estos procedimientos para inactivar al virus son útiles cuando se aplican a superficies inertes, pero desafortunadamente esto no sucede cuando el virus se encuentra dentro del organismo.

Por ello, cuando el virus se encuentra dentro del organismo ataca al sistema inmunológico de la persona, erradicándose en todo el organismo es por lo cual que aún no se puede encontrar una vacuna o una cura para el SIDA.

Se estima que pasaran muchos años para que se logren ambas cosas (cura y vacuna), por lo tanto, con lo único que se cuenta en este momento, es con información y la educación sexual a toda la población.

### 1.3 MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Hasta el momento se reconocen tres mecanismos de transmisión del virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

- ⇒ Sexual
- ⇒ Sangüneo
- ⇒ Perinatal

El sexual es de hombre a mujer o mujer a hombre y de hombre a hombre. Con lo que respecta al ámbito mundial, la transmisión sexual es la vía más importante de propagación del VIH. Al principio de la epidemia, se manejó la idea de que sólo los homosexuales estaban expuestos a contraer la enfermedad.

Durante el contacto sexual puede ocurrir intercambios de fluidos corporales y transferencias de microorganismos, ya que pueden haber exoriaciones microscópicas que permiten el contacto del semen con la sangre del receptor.

Dependiendo del tipo de contacto de que se trate los fluidos transferidos pueden ser: vaginales, orina, semen, moco rectal, heces fecales o sangre.

*La vía de salida son las diferentes secreciones de donde ha sido aislado el VIH; esto es la sangre, semen, secreciones vaginales, leche materna, orina.*

*El VIH solo puede transmitirse por contacto directo de persona a persona o por contacto con sangre infectada por lo tanto al ponerse en contacto directo con el medio ambiente se inactiva (una de las características de este virus es su labilidad).*

*La concentración del virus en los distintos fluidos corporales y el volumen que se intercambia, influyen en la eficacia de la transmisión. El semen y la sangre son los dos productos corporales con mayor número de partículas virales por su alto contenido de linfocitos y por ello son los más efectivos en la transmisión.*

*Se desconoce el número exacto de exposiciones necesarias para una transmisión por vía sexual, para adquirir el VIH, pero se han documentado casos atribuibles a un solo contacto y se sabe que el riesgo aumenta de manera directamente proporcional al número de relaciones sexuales con una o varias personas infectadas.*

#### *Transmisión Sanguínea.*

*Algunas sustancias químicas como las drogas intravenosas parecen facilitar la infección por el VIH, aunque en general, quienes la consumen presentarán patrones conductuales que llevan a una mayor exposición al riesgo de infección, por lo que es difícil estudiarlas como factores de riesgo independientes (Valdéspino, J.L. et al. 1987).*

*El riesgo más elevado para el contagio del VIH, es para aquellos que comparten las agujas y jeringas para inyectarse, tal es el caso de las personas que usan drogas intravenosas, ya que la cantidad de sangre que queda en la aguja es suficiente para transmitir el virus (Olías, G. op. cit. pp 34 - 48).*

*Los casos asociados a transfusiones han proporcionado importantes conocimientos sobre la transmisión de esta enfermedad porque tienen la ventaja de que se conoce el momento preciso en que la transmisión ocurrió.*

*Esto permite conocer: cuando empieza a manifestarse la enfermedad.*

⇒ *Periodo de Incubación*

⇒ *Cuáles son las Condiciones del Donador*

*La transmisión del VIH por vía sanguínea ocurre en las siguientes condiciones:*

- 1.- Recepción de sangre y sus productos.*
- 2.- Utilización de jeringas y agujas no esterilizadas y compradas (drogadicción intravenosa).*
- 3.- Función Ocupacional. (Olas, G. 1988); Los componentes sanguíneos implicados en este tipo de transmisión son la sangre total, paquetes celulares (eritrocitos, plaquetas, leucocitos), el plasma y los factores de coagulación.*

*Los componentes sanguíneos implicados en este tipo de transmisión son la sangre: paquetes celulares, eritrocitos, plaquetas, leucocitos, el plasma y los factores de coagulación.*

*Uno de los grupos más expuestos dentro de este medio de transmisión es el de los hemofílicos, en especial las personas que recibieron múltiples transfusiones antes de que existiera la prueba para detectar estos anticuerpos.*

*Transmisión Perinatal.*

*Una gran cantidad de niños con SIDA son hijos de mujeres que han sido infectadas antes de dar a luz, o en el momento de ser amamantados.*

*Se acepta que la transmisión del VIH de madre a hijo puede ocurrir por tres momentos:*

- 1.- Se sospecha de la vía de transmisión transplacentaria desde que comenzaron a aparecer los primeros casos de lactantes, debidos al periodo relativamente corto en que algunos desarrollaban el SIDA y al reporte de niños infectados que presentaban una apariencia dismórfica característica, que hacía sospechar la transmisión temprana IN UTERO.*
- 2.- Durante el parto, al existir contacto de sangre materna infectada con la del niño, además el virus ha sido aislado de las secreciones cervicales y vaginales, por lo que se plantea la posibilidad de que la*

*transmisión ocurra durante el parto. En este mecanismo es difícil de comprobar ya que la transmisión pudo haber ocurrido con anterioridad a través del paciente.*

- 3.- *Por lo que se refiere a la transmisión post-parto, el primer informe que publicó la hipótesis de transmisión por leche materna data de 1985. Desde entonces han seguido apareciendo informes que documentan esta vía de transmisión. El virus se ha aislado de la fracción celular de la leche en portadoras sanas, sin embargo, el riesgo de transmisión por la lactancia parece ser muy bajo en comparación con los anteriores (Sepúlveda J. e t. 1989).*

*Recientemente se propuso cambiar el término de transmisión perinatal, por el de transmisión vertical debido a que el primero se refiere a un corto periodo antes y después del parto y no existe evidencia que sugiera que sólo en este breve lapso ocurra dicha transmisión. (Sepúlveda J. e t. 1989).*

*En cambio el término "Vertical" abarca la transmisión que ocurra en cualquier momento del embarazo, el parto o después del nacimiento.*

*Se han reportado casos de madres infectadas que dan a luz niños sanos, así como de madres positivas en prueba de detección de anticuerpos (prueba de Elisa); pero negativas al cultivo, que dan a luz a niños infectados que desarrollan la enfermedad.*

*Existen gran inquietud por conocer las características particulares que presentan los niños que desarrollan SIDA para poder predecir su evolución.*

#### *1.4 PREVENCIÓN.*

*Medidas preventivas para evitar la transmisión de la infección por VIDA.*

*La prevención es, en la actualidad, la única vía para detener la propagación de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana. Si bien las investigaciones orientadas a la producción de vacunas y de medicamentos se encuentran en desarrollo, se calcula, como ya se mencionó anteriormente, que tendrá que transcurrir por lo menos una de cada antes de que puedan utilizarse a nivel masivo.*



*Las actividades preventivas representan acciones en dos sentidos:*

*El control sanitario y la educación. El primero se refiere a garantizar la seguridad de los productos sanguíneos que se utilizan con fines terapéuticos a fin de que su suministro esté libre de infección. Con el segundo, se busca la modificación de conductas que conlleven algún riesgo de adquirir la infección por VIH.*

*Las actividades educativas se dirigen, en primer lugar, a aquellas personas con prácticas o conductas que las ponen en riesgo de adquirir la infección. Un segundo público lo constituyen aquellos que, sin haber sido identificados con problemas de infección por VIH, tienen hábitos, edad u otras características que los ponen en riesgo de exponerse a la misma. Otro grupo al que deben orientarse las campañas educativas lo constituyen aquellos que pudieran tener influencia sobre los anteriores (los compañeros de los sujetos con prácticas riesgosas o bien tratándose de los adolescentes, los maestros o padres de familia).*

*En una investigación realizada por Gordon y Richardson (1991), en la Universidad de California del Sur se encontró que existe una alarmante falta de conciencia entre muchas personas pertenecientes a los medios masivos de comunicación. Estas personas no se dan cuenta que ellas podrían contribuir a la prevención del SIDA si dejaran de dar noticias amarillistas y se dedicaran a persuadir a la gente de la importancia de tomar precauciones y de que todo el mundo tiene la misma posibilidad de contagiarse de SIDA, no sólo los homosexuales.*

*Con esto se observa que es necesario educar a la gente, sobre todo a aquellos que tiene influencia sobre los demás para que se siga difundiendo información errónea sobre el SIDA.*

*Medidas preventivas de acuerdo con el tipo de transmisión:*

*A) Transmisión Sexual.-*

*‘Dado que educar no sólo se refiere al hecho de informar, sino, además, de inducir cambios cuando existen prácticas que entrañan riesgo de contraer la infección, las campañas educativas deben elaborarse en forma cuidadosa, respetando los diferentes patrones culturales de los grupos a los que van dirigidos. El contenido de los mensajes educativos tendrá a su vez que adecuarse a cada uno de estos grupos.*

*La prevención se facilita en la medida en que el sujeto esté en posibilidad de seleccionar sus prácticas sexuales. La educación sobre la transmisión sexual de la infección busca informar al individuo sobre el riesgo que existen en las diferentes prácticas sexuales y cuáles son las diferentes opciones preventivas.*

*Las tres medidas que se recomiendan para evitar o disminuir el riesgo de exposición al VIH son:*

- 1). Abstinencia sexual.*
- 2). Relación mutuamente monógama con una pareja sana.*
- 3). Utilización de preservativo o condón*

*Utilización del preservativo o condón:*

*Si bien el uso del condón no garantiza totalmente que no ocurra la transmisión del virus, usarlo en forma adecuada es el método más eficaz con que se cuenta para prevenir la transmisión del VIH por vía sexual.*

*Cuando se usan correctamente, los condones crean una fuerte barrera de protección contra muchas enfermedades de transmisión sexual. En el comienzo de la epidemia, los científicos teorizaban que los condones iban a prevenir el SIDA porque el virus que causa esta enfermedad es casi del tamaño del virus del herpes y otros virus que son incapaces de penetrar el látex; es más, el agua y el aire, cuyas moléculas son mil veces más pequeñas que las de los referidos virus son incapaces de traspasar el condón. Además, rigurosos estudios de laboratorio han demostrado que el virus del SIDA no traspasa el condón (Gatván, 1988).*

*Ciertamente estas noticias son alentadoras, pero el entusiasmo por el uso de los condones debe mantenerse en perspectiva ya que los condones se rompen ocasionalmente por lo que es importante que la gente aprenda a utilizarlos correctamente. Algunas veces los condones son fabricados pobremente; más a menudo se perforan o se rompen porque son viejos, han sido expuestos a la luz fuerte del sol, al calor o al frío extremo. Pero las causas más comunes son el tratamiento brusco y el uso de lubricantes de base aceitosos (ya que provocan que los condones adquieran una consistencia gomosa, que se debiliten o que se disuelvan rápidamente).*

*En estudios de laboratorio se ha demostrado que el nonoxonol-9 destruye el virus del SIDA. Algunos condones vienen lubricados con esta sustancia por lo que pueden proveer protección local contra el SIDA en caso de que el condón se rompa, perforo o se rama. Sin embargo, los condones lubricados con nonoxonol-9 solamente han sido probados para coito vaginal.*

*Además, algunas personas encuentran el nonoxonol-9 levemente irritante por lo que estos productos deben ser probados inicialmente en actividades de bajo riesgo antes de correr el riesgo de lesionarse y crear una ruta posible para infecciones.*

*Por otra parte, muchas personas, tanto hombres como mujeres, consideran que el condón disminuye el placer durante la relación sexual. Muchas mujeres encuentran que el uso del preservativo disminuye los fluidos vaginales haciendo molesto, e incluso doloroso el coito. Sin embargo, existen condones lubricados que producen una sensación sexual húmeda en la piel, a diferencia de los condones secos o empotrados. Es importante distinguir entre los condones que vienen lubricados con una sustancia con base acuosa de aquellos lubricados a base de silicona. Mientras que los primeros pueden causar la ruptura del condón, en los segundos la capa de silicona se vuelve menos pegajosa cuando la envoltura se abre, y la humedad que cubre todo el condón indica que estos tienen menos probabilidad de romperse y más probabilidad de ayudar a que el coito resulte placentero. Además, existen lubricantes que se pueden obtener por separado para usar en la medida que sea necesario (Galtán, 1988).*

*Los terapeutas sexuales a menudo sugieren la alternativa del preservativo a los hombres que tienen problemas en mantener la erección durante el acto sexual, ya que al quedar ajustados construyen ligeramente las venas superficiales del pene haciendo las erecciones más duras y los orgasmos intensos (McCarthy, 1983).*

*La mayor causa de que los condones fallen en prevenir enfermedades es que las personas los usan sólo parte del tiempo.*

*Los investigadores han establecido que las causas más comunes para que la gente no use condones son (Galtán, 1988):*

- a) Creer que la pareja no está infectada.
- b) No creen que los condones realmente funcionen.
- c) Se les olvida llevarlos
- d) Están demasiado avergonzados para hablar del asunto, que tienen miedo de que la pareja se ofenda.
- e) Están demasiado borrachos o afectados por drogas para recordar, querer, o hasta poder ponerse el condón.

Cuando no se llevan a cabo ninguna de estas medidas preventivas (abstinencia, monogamia, uso del condón), deberán realizarse aquellas que se conocen como "sexo seguro": este término se refiere a las prácticas sexuales que disminuyen la posibilidad de intercambio de secreciones (sangre, semen y fluidos vaginales) entre la pareja como son besos secos, caricias, abrazos y masturbación mutua.

#### **8) Transmisión Sanguínea.-**

- 1) *Transfusiones.-* La prevención de este tipo de transmisión implica detectar infección por VIH en todos los donadores de sangre y eliminar los productos que se encuentran contaminados
- 2) *Uso de agujas, jeringas y otros instrumentos punzocortantes.-* Otra forma de transmisión sanguínea es la que puede ocurrir durante la aplicación de medicamentos por vía intramuscular o intravenosa con agujas o jeringas no esterilizadas adecuadamente. También existe riesgo de transmisión en el caso de acupunturistas, tatuajistas, pedicuros y similares si emplean instrumentos punzocortantes tampoco esterilizados como es debido
- 3) *Drogadicción intravenosa.-* Evitar la transmisión en los usuarios de drogas intravenosas es difícil, puesto que son grupos que se encuentran fuera del alcance de los mensajes educativos habituales.
- 4) *Transmisión perinatal.-* Dada la efectividad que tiene la transmisión de la infección por VIH de la mujer embarazada infectada a su hijo, es importante, aunque compleja, su prevención. La

*prevención de la transmisión perinatal se fundamenta principalmente en la difusión de medidas educativas que promuevan evitar el embarazo en personas infectadas o en posibilidad de estarlo.*

*La prueba de Detección en la prevención de la transmisión:*

*Tanto el resultado positivo como el negativo implican la necesidad de que la persona lleve a cabo medidas de prevención.*

*En caso del seropositivo, es con el objeto de evitar la transmisión a otras personas; si se trata de una prueba negativa, para que la persona evite contraer la infección.*

*El éxito de la estrategia de suministro de detección a la población depende de que garantice la confidencialidad del resultado, esto es, proporcionar el resultado al interesado exclusivamente para evitar que se haga uso inadecuado de la información.*

*El resultado positivo permite la identificación de contactos. Al saber una persona que se encuentra infectada, puede informar a aquellas con las que ha tenido relaciones sexuales, o ha compartido jeringas o agujas, sobre la conveniencia de que se realicen la prueba y conozcan su estado serológico. Estos permite informales sobre los mecanismos de transmisión de la enfermedad y la necesidad de medidas preventivas.*

*Para Ardila (1989), la prevención del SIDA puede darse a nivel primario, secundario o terciario:*

- 1.- Prevención Primaria.- Es mejor impedir que se presente la enfermedad que llevar a cabo programas remediales. Es preciso aumentar el número de investigadores en los problemas del SIDA lo cual implica mayor presupuesto, así como llevar a cabo programas masivos de información sobre la enfermedad, sus manifestaciones, su curso probable de evolución y la forma de evitarlo.*
- 2) Prevención Secundaria.- Cuando se presente la infección, es preciso insistirles a los sujetos seropositivos que consulten al médico y al psicólogo en forma regular. Deben evitar el estrés, en la medida de lo posible; no alterar el Sistema Nervioso, el Sistema Inmunológico ni el Sistema Endocrino, aumentar la inmunocompetencia; es muy importante tratar de no contagiar a otros; usar*

condones al tener relaciones sexuales; incluso se recomienda enseñarle al paciente las ventajas de la masturbación (solitaria o con otra persona) para evitar riesgos.

- 3) **Prevención Terciaria.** - La persona infectada de SIDA, cuya enfermedad se encuentra en estado avanzado, necesita tratamiento psicológico para enfrentar los últimos periodos de la enfermedad. Es importante que el terapeuta conozca que el SIDA afecta al Sistema Nervioso y que se puede presentar la denominada demencia asociada con el SIDA. Se recomienda usar terapia del comportamiento en sus diversas modalidades: relajación, reestructuración cognoscitiva, terapia conductual cognoscitiva de la depresión y otras.

Como se observó en este capítulo, la vía de transmisión más frecuente del VIH es la sexual. Cierta tipo de conductas, como la de tener varias parejas sexuales sea cual sea su preferencia sexual o la de practicar la bisexualidad o la homosexualidad sin tomar medidas de protección, aumentan el riesgo de contagiarse con el VIH. La forma de actuar de los individuos en todos los ámbitos, incluido el sexual, está determinada en gran medida por las experiencias que afrontó durante su desarrollo psicosexual.

La actitud que un sujeto presenta hacia personas con SIDA y hacia la posibilidad de estar bien informado acerca de medidas que pueden procurarse una vida sana (que lo proteja de contraer el VIH y otras enfermedades), dependerá de las características psicodinámicas que ha adquirido desde su nacimiento hasta el momento actual.

### 1.5 SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO.

#### *Tendencias en México.*

*La historia del SIDA en México se puede resumir de la siguiente manera:*

*Los primeros casos de SIDA fueron diagnosticados en 1983 en extranjeros residentes en nuestro país. En 1980 se inicia en los bancos de sangre la utilización de pruebas serológicas en donadores, lo que permitió determinar la magnitud de la infección.*

*En México de 1986 se publicó la Ley que establece la obligación de practicar pruebas en todos los donadores de sangre. El Consejo de Salubridad General establece entonces que el SIDA es una*

*enfermedad objeto de vigilancia epidemiológica y que debió ser notificada en forma inmediata y obligatoria.*

*Entonces se hicieron modificaciones a la Ley General de Salud. Fundamentalmente se ratificó la obligación de notificar de inmediato los casos de SIDA y seropositivos y se prohibió la comercialización de la sangre (Valdéspero, J.L.; García M. L., Izazola J.A., citado en Sepúlveda J. 1989)*

*Los primeros casos notificados en 1983, correspondieron a hombres homosexuales. Este grupo desempeñó un papel importante en la transmisión a hombres bisexuales que representa el segundo grupo en frecuencia; dichos casos representa un puente para la transmisión entre los hombres homosexuales y la transmisión heterosexual hacia las mujeres (Ibid. p. 270).*

*Podemos decir, en términos generales, que la epidemia de SIDA en México presenta un patrón cada vez más heterosexual, más rural y que la transmisión sanguínea se encuentra bajo control. Así, pasó de ser una epidemia de hombres homosexuales y mujeres transfundidas, a ser cada vez más un padecimiento de transmisión heterosexual.*

*De hecho, en mujeres adultas la transmisión heterosexual corresponde actualmente a la mitad de todos los casos acumulados (52.5%), pero si consideramos los casos notificados durante los terceros trimestres de 1991 y 1995, vemos que el porcentaje aumentó de 42.5% a 80.7% en esta categoría, siendo de 78.4% en el tercer trimestre del presente año.*

*La transmisión sexual en hombres aún es predominante homo/bisexual, pero la transmisión heterosexual también muestra una tendencia al aumento, pues ha pasado de 21.8% en el tercer trimestre de 1991 a 26.3 en ese trimestre de 1995 y a 30.7% en el de 1996.*

*La mortalidad por SIDA en hombres entre 25 y 34 años es ya motivo de seria preocupación pues se ha desplazado rápidamente a los primeros lugares. En 1992 fue la sexta causa de muerte en este grupo a nivel nacional y la cuarta en el Distrito Federal y en la actualidad ha alcanzado ya el tercer lugar como causa de muerte en este grupo de edad.*

*Hasta el 11 de octubre de 1996, el Registro Nacional de Casos de SIDA cuenta con 29,195 casos. En los casos notificados durante el presente año se continúa observando retraso en la notificación.*

*La estimación del número real de casos de SIDA en México es de 41,718 al corregir por subnotificación y retraso en la notificación.*

#### *Edad y Sexo.*

*Durante los terceros trimestres de 1991, 1995 y 1996 la mayor parte de los casos notificados ocurrió en los grupos de 20 a 49 años. En esos grupos, entre el 74.8% y el 77.8 de los casos correspondió a hombres.*

*Del total de casos acumulados hasta 1996, tanto en hombres como en mujeres, el 80% pertenece a estos grupos de edad, correspondiendo el 31.5% al grupo de 20 a 29 años, al de 30 a 39 años el 37.8% y al 40 a 49 años el 18.0%.*

*Los resultados del análisis por tasa indican que los hombres están seis veces más afectados que las mujeres. Uno de cada 556 hombres del grupo de edad de 30 a 34 años se ha visto afectado por la enfermedad, en comparación con una de cada 3,952 mujeres de este mismo grupo; en el grupo de 35 a 39 años uno de cada 603 hombres se ha visto afectado, en comparación con una de cada 4,032 mujeres.*

*La razón hombre/mujer es diferente según los grupos de edad. Para los grupos más afectados (25 a 39) esta razón varía entre 6 y 8 hombres por cada mujer afectada, mientras que es de 2.1 en el grupo de menores de 10 años.*

#### *Distribución Geográfica.*

*Al comparar los casos acumulados para este trimestre entre 1991 y 1995, se aprecia que en 19 entidades federativas el número de casos notificados en 1995 fue mayor, sólo en 11 fue menor y dos permanecieron sin cambio. En contraste, la comparación entre 1995 y 1996 muestra que en 18 estados se notificaron más casos de SIDA; 13 reportaron menos, y uno permaneció igual.*

*Del total acumulado de casos, 16,170 (55.4%) se encuentra en el Distrito Federal (84.4); Baja California (67.6); Jalisco (64.1) y Morelos (51.7).*



*Las entidades con menor frecuencia incidencia son: Guanajuato (10.9), Chiapas (11.1), y Durango (11.5).*

*Las entidades con mayor razón de casos por habitante son: El Distrito Federal, en donde uno de cada 1,185 habitantes tiene SIDA o ha fallecido por este padecimiento; el estado de Baja California con uno de cada 1,479, y el estado de Jalisco con uno de cada 1,560 habitantes.*

#### *Categorías de Transmisión en Adultos*

*El análisis de las tendencias por factor de riesgo en adultos, indica un importante descenso en la transmisión sanguínea, que representó el 19.4% de los casos acumulados hasta el tercer trimestre de 1991 y descendió a 8.4% en los casos acumulados hasta ese trimestre de 1995.*

*Para el tercer trimestre de 1996 el 6.3% de los casos en adultos, cuyo mecanismo de transmisión se conoce, adquirió la infección por esta vía.*

*La proporción de casos atribuibles a transmisión heterosexual en cambio, aumentó de 24.4% de los casos acumulados hasta el tercer trimestre de 1991 a 33.0% en 1995. Para el tercer trimestre de 1996 fue de 36.8%.*

*Si tomamos en cuenta la transmisión sexual en su conjunto, las cifras son de 79.3%, 91.2% y 93.6 y de 95.3% respectivamente.*

*Una de las cifras que más ha cambiado es la de los casos en donde el factor de riesgo no fue documentado, que fue de 16.0% en 1991 y de 42.4 en 1995; para 1996 fue de 33.3%.*

*En el total de casos acumulados hasta el 1° de octubre, el porcentaje de casos no documentados es de 28.3%. Esta cifra se debe fundamentalmente a que ahora una proporción de casos cada vez mayor, es captada mediante certificado de defunción y dicho documento no consigna variables específicas sobre vigilancia epidemiológica de SIDA.*

### **Hombres.**

*En los casos acumulados de SIDA en hombres adultos hasta el 1.º de octubre de 1991, 1995 y 1996, en los que se conoce el factor de riesgo, se observa una tendencia al aumento de los casos adquiridos por vía sexual, que fue de 86.3%, de 93.6% y de 95.3% respectivamente.*

*En cambio, los casos por transmisión sanguínea disminuyeron de 12.1% en 1991 a 5.8% para 1995 y a 4.5 para 1996.*

*Hasta el 1.º de octubre de 1996 se han notificado un total de 24,635 casos en hombres adultos; 6,813 (38.5%) son homosexuales; 4,771 (27.0%) bisexuales y 4,387 (24.8%) heterosexuales.*

*En total para la categoría de transmisión sexual se han reportado 15,971 casos (90.3%).*

### **Mujeres.**

*Los casos acumulados en 1991, 1995, 1996, hasta el 1.º de octubre respectivamente muestran que la proporción de casos atribuibles a transmisión sanguínea ha tenido una tendencia a disminuir, pues fue de 59.7% en 1991, de 28.0% en 1995 y de 22.9% en 1996. En casos atribuibles a transmisión heterosexual hubo un incremento entre 1991 y 1995 de 40.3% a 72.0%. Para el mismo período de 1996 aumentó a 76.6%.*

*En el total de casos acumulados hasta este trimestre de 1996 se han notificado 3,796 casos de mujeres adultas; 52.5% se atribuyen a transmisión heterosexual y 47.5% a transmisión sanguínea. Dentro de esta última categoría el 1.8% son exdamadoras remuneradas de productos sanguíneos y 0.8% adquirió la enfermedad por otras vías de transmisión.*

### **Categoría de Transmisión por Edad y Sexo.**

*La mayor proporción de casos atribuibles a transmisión sexual en hombres se presenta en los grupos de edad de 20 a 44 años, son los de mayor actividad sexual, para esta misma categoría de transmisión, pero en mujeres, los grupos de edad más afectados también están entre los 20 y los 40 años. En las mujeres el*

*grupo de 15 a 19 años es el que presenta mayor proporción de casos de transmisión sexual, ya que la mitad (51.9%) de los casos que se notificaron en esta edad, corresponden a esta categoría.*

*Los casos en hemofílicos se encuentran mayoritariamente entre escolares y adolescentes. En cuanto a los casos en drogadictos intravenosos, existen 19.8 casos en hombres por cada caso en mujeres, tomando en cuenta las categorías de homosexuales y drogadictos intravenosos.*

*En los casos perinatales no se observan diferencias importantes por sexo y la mayor proporción de casos se encuentran en los lactantes y preescolares.*

#### **Ocupación.**

*De acuerdo con la distribución por rama de ocupación y sexo, la tasa más alta por millón de habitantes se presenta en los trabajadores de servicios públicos con 2,397. Para este rubro de ocupación existen 18 casos de SIDA en hombres por cada caso en mujeres; la segunda tasa de incidencia corresponde a los trabajadores del arte y los espectáculos con 2,349 casos por millón de habitantes, con una razón hombre mujer de 37:1, los profesionales ocupan el tercer lugar con 2,119 casos por millón de habitantes, en este grupo la relación por sexo es de una mujer afectada por cada cincuenta y cuatro hombres.*

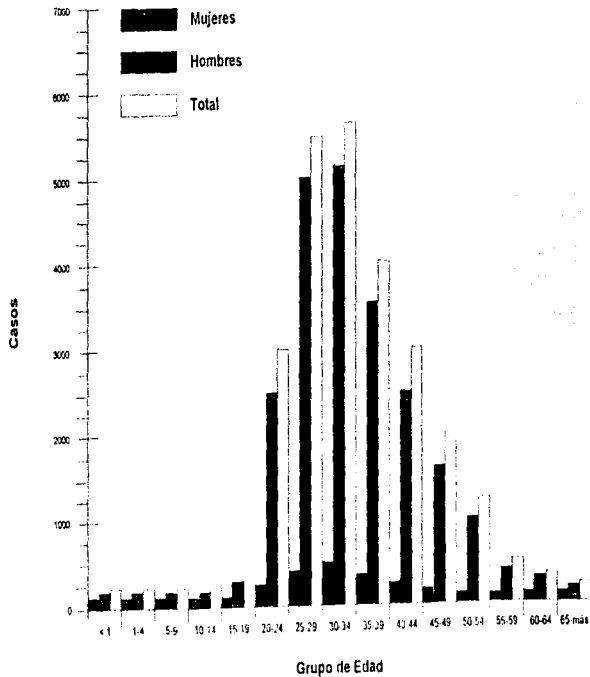
#### **Instituciones Notificadoras.**

*La institución que acumula la mayor proporción de casos registrados es la S.S.A. con 14,165 casos (48.5%) el I.M.S.S. ha notificado 9,601 casos (32.9%) y 3,434 casos (11.8%) han sido notificados por otras instituciones y el INSSTE ha notificado 1,995 casos (6.8%).*

#### **Evolución de los Casos.**

*Del total de casos, 16,332 han fallecido y corresponden al 53.9%, continúan vivos 10,763 (36.9%) y se desconoce la evolución de 2,100 (7.2%).*

## Casos Acumulados de SIDA por Edad y Sexo México, 1º de Octubre de 1996



## *CAPITULO II*

## II. SEXUALIDAD

### 2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

*Los antecedentes históricos sobre la sexualidad humana, han sido concebidos desde diferentes momentos y contextos, por ello es necesario tomar en cuenta como se han engendrado y contemplado desde diferentes perspectivas.*

*En la Cultura Griega que es otra de las influencias en la conformación del concepto de sexualidad humana en occidente, antes de Cristo, consideraban al sexo como una filosofía naturalista; como un placer que debía gozarse, la mujer y el varón tenían los mismos derechos. MacCay (1990), menciona que cuando Esparta conquistó Atenas, la filosofía espartana autodisciplina rigida que incluye la extinción del placer y del lujo, casi destruyen al naturalismo.*

*Fernández (1987), menciona que cuando se conforma el estado cambian las condiciones que modifican la igualdad y el comportamiento sexual, se aprueba el matrimonio consanguíneo para proteger legalmente la propiedad, con la derrota de Atenas aumento la homosexualidad, la prostitución y la pederasta, provocando el caos, por lo que Sócrates, Platón y Aristoteles postularon que se debía cultivar la virtud y la sabiduría, así como evitar las pasiones violentas en las cuales estaba incluida la sexualidad.*

*Los griegos se guiaron por el ascetismo en donde el cuerpo era considerado la base de pasiones irracionales, la sexualidad era indigna, baja y avergonzante.*

*A partir de Cristo el concepto de sexualidad ha tenido una evolución histórica que se vio reflejada en otros pensadores como los Teólogos San Pablo (2-67), San Agustín (354-430) y Santo Tomás de Aquino (1225-1274).*

*La tradición cristiana tuvo diferentes interpretaciones de acuerdo a estos padres de la Iglesia.*

*San Pablo (citado por Fernández, 1987), se opuso a toda expresión sexual fuera del matrimonio y dijo muchas cosas contra la inmoralidad. A partir de este teólogo, existió, el prejuicio hacia la sexualidad, como "pecados de la carne", por lo que se buscaba sólo la procreación de los hijos y se establece una doble*

*norma de moralidad, la de los aspirantes a la vida superior y la de los débiles. El matrimonio era para ellos honorable, pero la virginidad era un estado superior.*

*San Agustín (354 - 430 D.C.) fundamenta su posición en Platón (la razón como bien supremo); la procreación era considerada buena, el placer estaba vinculado al pecado original, ya que identificó esta como consecuencia de la caída del hombre, y considera la actividad sexual una enfermedad que se transmite de una generación a otra. Asimismo, por su parte McCarty (1991) menciona que según San Agustín, rechazo todos los placeres de la vida y las mujeres, sólo podían esperar su máxima gloria a través de la virginidad permanente.*

*INAH\* (1987), señala que la ideología cristiana se basaba en el nuevo testamento y en la ideología de Santo Tomás de Aquino, así como anteriormente San Agustín había intentado hacer una síntesis del pensamiento cristiano, ya que había crecido en orden temático. Pero no fue sino hasta el siglo XII que dicho discurso se logra sistematizar, a través de las sumas o tratados, fue Santo Tomás de Aquino quien hizo una revisión crítica y una selección cuidadosa del pensamiento cristiano que estaba sin orden temático, su obra es ecléctica, su síntesis incluye elementos cristianos y no cristianos, es influido por la filosofía aristotélica, pensadores griegos, judíos, latinos y musulmanes.*

*En el siglo XVII, el estado controla a los individuos y su sexualidad, con la posición de que el sexo perverso y corrompe por lo tanto se tenía que reprimir.*

*Los papales sexuales estrictamente diferenciados, las posturas en el coito interpretación moral, servían a una estructura social agraria patriarcal, en donde las mujeres eran sexuales sólo para la reproducción y asexuales en cuanto al placer, así como fúels al marido para que no se dudara de la paternidad de los hijos, o de la masculinidad de los hombres, al dominar a la mujer y someterla.*

*Foucault (1991), dice que hasta fines del siglo XVIII, existen tres grandes códigos explícitos, fuera de las regulaciones consuetudinarias y de las coacciones sobre la opinión, regían las prácticas sexuales:*

\* Instituto Nacional de Historia.

- ⇒ *El Derecho Canónico.*
- ⇒ *El Código Pastoral Cristiano.*
- ⇒ *La Ley Civil.*

*Cada uno de ellos fijaron la manera, la línea divisora del comportamiento, entre lo ficto e ífctico. Pero todos estaban centrados en las relaciones matrimoniales, el deber conyugal, la capacidad para cumplirlo y la manera de observarlo.*

*También señala que en el siglo XIX, el sexo fue definido de tres maneras.*

- 1.- *Como lo que es comun al hombre y a la mujer,*
- 2.- *Como lo que pertenece por excelencia al hombre y falta por lo tanto, a la mujer, pero también,*
- 3.- *Lo que constituye por sí solo el cuerpo de la mujer orientándolo por entero a las funciones de reproducción.*

*Con la teoría de la evolución, la sexualidad fue denominada buena o mala en términos biológicos, uno de los aspectos más peligrosos desde el punto de vista biológico evolucionistas, es que a menudo, son utilizados para justificar las diferencias de los roles sexuales entre los hombres y las mujeres.*

*En la época Victoriana desde el punto de vista cristiano, el esquema que regia la sexualidad es que los varones eran los seres sexuales, y a las mujeres eran seres puros, asexuales. Esta creencia se impuso de formas distintas, como cubrir el cuerpo de la mujer, posturas para el coito y supresión de normas alternativas. En este régimen, la sexualidad es cuidadosamente encerrada, la Ley dicta a la pareja legítima y procreadora dentro del matrimonio. Lo que no apunta a la generación o está transfigurado por ella, ya no tiene sitio ni ley, se encuentra tal vez impuesto, negado y reducido al silencio. El puritanismo había impuesto decreto de prohibición, inexistencia y mutismo. El sexo pues ha sido prohibido, tachado, enmascarado, ignorado, censurado, negado y silenciado.*

*Por su parte, la biología Médica ante el incremento de enfermedades venéreas, se aventuró al estudio de la sexualidad, a pesar de existir el temor a la censura eclesástica y civil, descubriendo la causa de la gonorrea, la sífilis, la penicilina resultó ser eficaz contra esta última y algunos médicos se resistieron a su*



uso, argumentado que el miedo a la enfermedad era una forma de mantener la moral sexual de las personas y que las enfermedades eran un castigo para quienes violaban las reglas.

*Según Giraldo (1988): los avances del conocimiento científico en el comportamiento sexual, fueron mediante el Psicoanálisis de Freud, quien considero la neurosis como resultado de la moral sexual cultural, que esta enfermedad es el producto de la exagerada represión sexual. Con el psicoanálisis se pretendía atacar las bases de la represión sexual y contribuir a crear conciencia con respecto a este problema. Las aportaciones de Freud han sido las siguientes:*

- 1.- Reconocimiento de que todos los seres humanos en todas las edades son seres sexuales, además de sexuados
- 2.- La sexualidad humana puede y debe ser objeto de investigación y análisis científico.

*Azcárraga (1986): indica que a principios del siglo XX, la fisiología y la experimentación científica se revolucionaron con Henry Havelock Ellis, quien introdujo la actitud de ver la sexualidad humana como un instituto normal que no puede reprimirse y que debía ser estudiado, propuso la educación de la sexualidad, dignifico el derecho de que el hombre y la mujer tienen que disfrutar el placer sexual, asimismo, suprimo el caracter delictivo que se daba a las desviaciones sexuales y de morbosa a la masturbación. Giraldo (1988), menciona que Havelock Ellis previo, desde Inglaterra, la explotación y el estudio de lo que la conducta realmente es, investigando lo que la gente normal hace en su vida erótica.*

*McClary (1991): dice que Albert Ellis estudio el sexo, amor, matrimonio y las relaciones familiares en E. U. de America, examino las actitudes que sutilmente se expresa en anuncios, libros, revistas y películas. Concluyo que nuestra inadecuada educación ha ocasionado represión neurotica e inhibición de la expresión sexual normal, afectando gravemente nuestras vidas y comportamientos.*

*Gagnon (1980): refiere que en los últimos 20 años, se desarrolló lo que parece ser una amplia variedad de terapias sexuales. A partir de los trabajos de Masters y Johnson de los años 60's, ha habido una ruptura en las técnicas de tratamiento, de los problemas sexuales típicos que habían prevalecido hasta el último siglo, ya que durante casi 40 años, los problemas sexuales fueron definidos y tratados mediante una combinación de la Ley y la psiquiatría y no muy eficaz por el psicoanálisis.*

*Masters y Johnson (1960), realizaron estudios de anatomía y fisiología en laboratorios para investigar la respuesta sexual fisiológica, sus resultados obtenidos destruyeron muchos mitos que giraban alrededor de la sexualidad. Propusieron procedimientos terapéuticos para las disfunciones sexuales, marcando nuevas bases y una nueva era para la Sexología.*

*La terapia de Masters y Johnson, que desarrolló a finales de 1960 y es conocido como Terapia Sexual Directa, esta asociada a la rama de la terapia psicológica de la modificación del comportamiento.*

*En la investigación sexual, hubo muchos pioneros como Henry Havelock Ellis, Freud, Kinsey, Masters y Johnson, preguntándose porque las personas deseaban la relación sexual, de donde proviene el deseo y como pueden satisfacerse*

*Gracias a las aportaciones de los antes mencionados, surgen centros de estudios de terapia sexual, la sexología como ciencia surge con una fuerza destructora, que derraban creencias falsas sobre la sexualidad humana.*

*Los efectos que han tenido las diferentes perspectivas: griegas, romana, judío - cristiana, en la representación cognoscitiva del concepto de sexualidad humana, se manifiesta en las posturas que adquiere el occidente, se refleja en que aun es contemplada para la reproducción, dentro del matrimonio, en forma heterossexual, y sobre todo, las pautas de conducta que la moral ha indicado como algo sucio y avergonzante son aún vigentes. En estas nuevas generaciones, la mujer no esta en la misma posición que la del hombre, a pesar de que se ha integrado a la producción, si bien es cierto, que por ahora estan abriéndose camino, los roles asignados socialmente se siguen reproduciendo y es contemplada aun como mas pasiva y al hombre como más activo en todos los ambitos, por lo que no tendría que ser distinto en lo sexual.*

*SCIENTIA SEXUALIS (o cómo aproximarnos al objeto del deseo humano).*

*Existen dos tendencias que aproximan al objeto del deseo humano. La que hace referencia a la sexualidad y a su ejercicio como el moral clandestino de la conducta humana (Foucault, M., 1987). Otra, aquella que ha sido aceptado como una función inherente al desarrollo humano, la que va más allá de la función*

reproductora; reconociendo la capacidad erótico - orgásmica, así como el derecho - y responsabilidad - a la autosatisfacción y la satisfacción de la pareja (Masters, AV y Johnson, V., 1979 y, 1983; y Kaplan, H., 1982).

#### *La Acción Oculta del Sexo.*

Michel Foucault (1987); Paul Veyne (1987); y otros, señalan que la historia de la sexualidad tal como la conocemos, tuvo un impulso en la Edad Media. Se afianzó durante la época victoriana y, se resienten sus efectos a finales del siglo XX.

A esta aproximación le subyace un discurso biológico y uno teológico y, requiere de la participación de dos actores y un método: el ciudadano común, el sacerdote (después el científico) y la confesión (posteriormente, el método científico).

Durante el renacer de la ciencia tienen auge las ciencias naturales. El modelo médico, con su enfoque dicotómico, influye en los estudios sobre la sexualidad. En consecuencia hay sexo normal o sexo anormal; y, se le puede concebir de dos maneras: como un campo de acción patológico (Foucault, M., 1987) o, como una etología específica que subyace a la conducta humana (Freud, S., 1979).

Las características que adquieren la nueva ciencia son las siguientes:

- ⇒ Una codificación técnica del hacer hablar. Esto quiere decir que hay que traducir el discurso en términos entendibles y aceptables.
- ⇒ Contiene un postulado de una causalidad general y difusa. Se habla de una etología sexual de la conducta humana.
- ⇒ Contiene un principio de "latencia intrínseca" de la sexualidad. Esta se encuentra "ahí", dentro del ser humano, en algún lugar, ejerciendo efectos, landestimos sobre el desarrollo de la personalidad.
- ⇒ Contiene un patrón de interpretación. El sujeto al hablar dice su verdad del lado oculto de su existencia y, requiere de alguien que, desde afuera, le señale cual es el contenido sexual latente en su discurso. Esto pasa a constituirse como la nueva verdad.

⇒ *Se caracteriza por la medicalización de los efectos de la confesión.*

*Cabe destacar la importancia de la internalización, porque permite llegar al punto donde se encuentran lo social y lo individual. Michel Foucault (1987), menciona que, lo que en principio fue norma impuesta, se convirtió en necesidad sentida por el sujeto, que se encuentra dispuesto a satisfacerla. Entonces, lo que era un deber se torna deseo, necesidad individual de sacar fuera 'algo' de adentro que lucha por hacer pública su aparición.*

*A este señalamiento del autor francés agregaríamos que, no solo se internaliza el deber - deseo de confesión, sino también el discurso científico que gira en torno a aquello que debe ser expresado. Discurso que casi en su totalidad hace referencia a los elementos morbidos de la sexualidad.*

*Asimismo, se internaliza el "deber sentir culpa" ante la perspectiva del ejercicio sexual.*

*Más Allá de la Función Reproductora*

*Ante esta postura hacemos las siguientes reflexiones:*

*Se pretende dar un giro de 360 grados en la concepción y práctica de la sexualidad y, se inscribe en la tentativa de resolver la contradicción creada por ambos discursos. Por un lado siguen imperando valores, creencias y actitudes engendradas en el pasado y por otro, hace su aparición un discurso de mayor libertad.*

## 2.2 DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD

*El concepto de sexualidad plantea un gran número de preguntas porque en general se tiende a confundirlo con la definición de sexo, y en el mejor de los casos, a explicarlo de acuerdo a un rol sexual-cultural del individuo o como resultado de una serie de respuestas fisiológicas a unos estímulos corporales.*

*En una enciclopedia se define a la sexualidad como:*

*"Conjunto de comportamientos relativos al instinto sexual y a su satisfacción". En la misma, se describe "instinto" como: Disposición psicofísica hereditaria, común a todos los individuos de una misma especie y*

*causa de las conductas peculiares de cada una de ellos. (Enciclopedia Salvat (Diccionario, (De. Salvat Mexicano, S.A. de C.V. México, 1983.)*

*Otra definición de sexualidad sería: Son las características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o mujeres. 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 autómagen, 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, R. 1977)*

*La identidad sexual es el aspecto psicológico de la sexualidad y comprende tres elementos indivisibles: la identidad de género, el rol de género y la orientación sexual. (Money J., 1965).*

*Así, la identidad de género, que es el aspecto psicológico de la sexualidad, es el sentirse hombre o mujer y manifestarlo externamente a través del rol de género, que es todo lo que una persona hace o dice para indicar a otros y o así mismo, el grado en el que se es hombre, mujer o inclusive ambivalente. (Money, J., 1965). La orientación sexual se refiere a la atracción, gusto o preferencia de la persona para elegir un compañero sexual.*

*Se debe tener presente que el ser humano es un ser social pues se concibe asociado con otros formando grupo donde cada quien satisface sus necesidades físicas, afectivas y sociales.*

*La cultura (valores, normas, creencias, etc.) moldea el comportamiento de los miembros de la sociedad con el fin de lograr la coherencia social. Este moldeamiento incluye los patrones de la conducta sexual, pues es necesario para la interacción social. En cada persona, dependiendo de su historia psicológica, el contexto tiene diferentes efectos y ésta, a su vez, se ha formado internamente en un interjuego con el exterior.*

*La sexualidad recibe influencias sociales, económicas y culturales, mismas que moldean la manifestación del sexo biológico en la conducta de relación con el medio ambiente y con nosotros mismos; esto nos hace*

*pensar en la gran importancia de los factores externos que influyen en la formación de la sexualidad, como son:*

- a) Los estereotipos culturales. Son el grupo de acuerdos implícitos que permiten a un grupo de personas cooperar y funcionar. Estos no son estáticos, la sociedad los transforma a través del tiempo según las condiciones económicas, políticas, etc.*
- b) Los estereotipos de género. Son los acuerdos sociales generales sobre los roles que se asigna tanto a hombres como a mujeres. Tanto los estereotipos culturales como los de género, deben ser lo suficientemente rígidos como para permitir el orden, así como flexibles para dejar que el cambio se lleve a cabo.*
- c) Los esquemas de género. Es la percepción que adquiere el individuo de lo que la sociedad espera de él, como hombre o como mujer y que se transmite a través de la familia que le da el individuo un sentido de identidad.*

*En cuanto al concepto de sexo, se describe de esta manera:*

*"Condición orgánica que distingue en una especie dos tipos de individuos que desempeñan distinto papel en la reproducción. El sexo es un carácter hereditario transmitido por los heterocromosomas."*

*Si se consideran estas definiciones como las que cotidianamente maneja la gente, se puede observar, por un lado, que se trata a la sexualidad y al sexo como parte fisiológica del individuo, heredado, y cuyo fin es la reproducción, por otro, que la educación aparentemente no debiera influir pues ya nos viene indicando lo que seremos: hombres o mujeres, según la morfología genital; si acaso, el rol vendría determinado por la sociedad en que nacemos pero nunca nuestras pertenencias sexuales o de objeto.*

*Se perfila claramente, que los individuos que piensen de forma "biologicista" serán otras formas de relación sexual (como la homosexualidad o la bisexualidad) como enfermedades, desviaciones de la "normalidad" o peor aún: como vicios. También es obvio, que pensando así, cualquier relación que no sea conital no busca el "fin" propio de la sexualidad que sería la reproducción, y volveremos al pasado (quizá*

*sea el presente) que negaba la satisfacción o placer al acto sexual por se y que, en ocasiones, llena a los individuos de culpas por sentirlo*

*Se ha discutido la sexualidad ampliamente, si es una característica del adulto o si todo individuo posee una sexualidad desde el momento del nacimiento, de hecho, desde que nace y dado que presenta genitales, el individuo es reconocido como sexuado y ya se le ubica socialmente en una de dos categorías, hombre o mujer, un sexo asignado, basado en un criterio puramente morfológico: la sexualidad es un tema polémico y según el enfoque, corresponde a un asunto diferente.*

*Desde el punto de vista biológico, la sexualidad sería "un proceso fisiológico natural, comparable a otras funciones naturales como puede ser la respiratoria, la intestinal o la urinaria", en el que el sexo es la base biológica y está definido como... el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que en la especie humana diferencian al varón de la mujer y que, al complementarse tiene en sí la potencialidad de la reproducción.*

*Como se observa, la concepción del diccionario coincide en gran medida con esta definición, por lo que podríamos decir que estamos regidos por una visión biológica del asunto.*

*Masters y Johnson (1970), también aceptan un aspecto cultural en la sexualidad que, a partir del sexo biológico, surge un rol sexual para el hombre diferente del de la mujer.*

*Desde el punto de vista cultural, la agresión sexual se ha aceptado como un modo de expresión del hombre, una parte integrante de la investidura de su papel dominante. Por lo común, el erotismo se ha hecho sinónimo de masculinidad y se ha transformado en algo sumamente ansuado. La aceptación del erotismo femenino es tan variable como las culturas de nuestra sociedad.*

*Como dato informativo, en la cultura occidental no se ha aceptado del todo un papel sexual para la mujer en el cual participa libremente.*

*Por tanto, lo normal en la sexualidad desde el punto de vista sería:*

*1.- La relación heterosexual, es decir entre un hombre y una mujer.*

- 2.- *Que se realice esencialmente con fines reproductivos.*
- 3.- *Que los roles queden claramente definidos entre un activo que "penetra"; que es el hombre y un pasivo que "recibe" que es la mujer.*

*Desde el punto de vista de cierta orientación de la Psicología social, defendida por Alvarez Goyou, la sexualidad es el punto donde se reúnen el sexo biológico, el sexo de asignación y la identidad de género.*

*Se llama sexo biológico a las características físicas determinadas genéticamente, el sexo de asignación es el sexo que le confiere al infante las actitudes y conductas que lo rodean condicionando a su vez en él, actitudes y conductas esperadas y por último; la identidad de género que es la vivencia psíquica y emocional, obtenida mediante el proceso de identificación, esto es, de pertenecer al sexo masculino o femenino.*

*Por tanto, hablar de sexualidad es hablar del ser humano integral y en su totalidad, es hablar del ser biológico, del ser psicológico y del ser social*

*Con lo que se refiere a lo social, la sexualidad se ubica en la familia, y es por esto que para lograr un verdadero cambio de actitudes en la sexualidad, el CONEPAO \* pinta que es necesario actuar directamente sobre ella, como uno de los factores que influyen en la conducta sexual.*

*El control social actúa en cinco formas sobre la conducta sexual:*

- 1.- *El matrimonio, que no solo libera a los conyuges de la competencia en cuanto al cortejo y les brinda seguridad sino que les permite dedicar mas tiempo y energía a otras actividades.*
- 2.- *El control de las relaciones sexuales forzadas para evitar tras, homicidios y otras manifestaciones de violencia.*
- 3.- *El control sobre la elección del compañero o esposa, fomentando el prototipo o la pareja "ideal".*
- 4.- *El divorcio, como sistema que permite una excepción a las restricciones sexuales prevalentes.*

*\* Consejo Nacional de Población.*



5.- *El control interiorizado, que actúa en forma de tabúes, mitos, creencias: "Los mitos convierten la realidad social en algo aceptable y natural". Los tabúes condenan o prohíben conductas que pondrían en peligro alguna institución social". Muchos de estos mitos, tabúes y creencias proporcionan la aparición de prejuicios.*

*El enfoque del CONAPO, en definitiva, adopta la conceptualización de la sexualidad como la integración de los tres factores: biológico (anatómicos), cultural (rol sexual), y psicológicos (identidad sexual), adicionalmente, le da importancia a la sociología al hacer hincapié en la familia como la estructura que transmite valores, normas, ideas*

*En resumen: La sexualidad es educada, orientada y dirigida tanto en su forma como en su contenido, de acuerdo a las necesidades de una sociedad mas no a las necesidades de los individuos que la forman.*

*El término sexualidad significa muchas cosas para personas diferentes. La palabra sexo, por otra parte, tiene aún otro significado, y una connotación diferente que la palabra sexualidad. La mayor parte de las personas, al reaccionar a la palabra sexualidad, usan términos que conectan sentimientos entre personas, con amor, comunicación, unión, compartir, tocar, cuidar, sensualidad y erótico*

*Al definir la palabra sexo, se relaciona con cópula, orgasmo, vagina, pene, genitales, y "hacer el amor". El desempeño y los sentimientos, al incluir partes del cuerpo, son parte del terreno de la sexualidad. Es obvio que no existen una definición única.*

*Debemos considerar la palabra sexual en su sentido más amplio. Esto nos permite explorar muchas facetas de la experiencia sexual humana.*

*Existen varios continúos sexuales, que contribuyen a la definición global de la sexualidad.*

*Desde el punto de vista biológico, nos desarrollamos cuando así lo ordenan partículas minúsculas de moléculas que se llaman genes.*

### *Modelos de la Sexualidad Humana.*

*A continuación se mencionarán los principales modelos de pensamiento que se han derivado de conceptos de sexualidad.*

#### *Modelo psicoanalítico de la sexualidad humana.*

*El representante más conocido del primer polo del continuo, el que adscribe a la sexualidad un carácter biológico e innato, es la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud.*

*Freud siempre consideró los orígenes de los fenómenos sexuales en la vida como las manifestaciones de energía que llamó libidinal y que tenía como fuente la matriz biológica del sujeto. 'El pensar que Freud explicaba todo con la sexualidad y confundir su instancia en reconocer la importancia de la vida sexual en la conformación psicológica del individuo con una explicación simplista que nunca le caracterizó es ignorar su pensamiento.*

*Freud postuló la existencia de pulsiones: la pulsión libidinal primero, luego la pulsión agresiva. Pulsiones en contraposición con la idea generalmente transmitida de instintos. La idea de pulsión está mejor identificada con la idea de fuerza, de impulso que se presenta dinámicamente para lograr su objetivo. En la dinámica de manifestación aparecen, según la óptica de Freud, los problemas que la manifestación no resuelta de las pulsiones representan: Freud es un teórico del conflicto.*

*Primero el conflicto entre la manifestación libidinal (placentera) y la imposibilidad dictada por la realidad (vivencia placentera continua) implicada la necesidad de supervivencia del individuo y la especie (tanto el individuo como la especie necesitan hacer más que dedicarse a experimentar placer para sobrevivir); más tarde en el niño este conflicto se manifiesta con el surgimiento de sus impulsos placenteros y sexuales a los que se opone la sociedad por medio de sus representantes (Padre y Madre); en el adulto el Padre y la Madre son sustituidos por los principios, valores y normas que, adquiridos (introyectados), por el individuo conforman el super - yo. Posteriormente se agregó al pensamiento Freudiano la idea de conflicto en las pulsiones: la pulsión libidinal (eros y/o pulsión de muerte). Para Freud y muchos de sus seguidores, la satisfacción de la pulsión libidinal, puede darse en formas que a la simple observación*

*parecen no tener relación alguna con su objeto original (el encuentro genital generador de vida); hay tres maneras en las que esto puede suceder y reciben los nombres de perversión, sublimación y neurosis.*

*La primera forma establece cuando el objeto de gratificación permanece siendo alguno de los que tuvieron importancia fundamental en la infancia y la gratificación adulta se encuentra dificultada por algún evento en el desarrollo que hace que el individuo viva la realización adulta de la sexualidad como peligroso o difícil dando como resultado una perversión. En la segunda, el objeto es sustituido en forma de gratificación original de la pulsión sexual, algunas de las más sofisticadas y admiradas expresiones artísticas y culturales son vistas por el psicoanálisis como el resultado de este proceso que se denomina sublimación. En la tercera forma las vicisitudes del desarrollo de la pulsión sexual pueden dar por postulado que ninguno de los dos procesos anteriores se estructure, pero que la gratificación de la pulsión, aunque con una gran cantidad de represión, siga siendo buscada con la participación de muchos mecanismos de defensa, ante la culpa y la ansiedad que generan su gratificación y el resultado es llamado proceso neurótico. La normalidad se adquiere, según la perspectiva psicoanalítica, cuando los conflictos propios del desarrollo se resuelven satisfactoriamente y es posible la búsqueda de gratificación libidinal en la vida adulta de manera menos rebuscada.*

*Las implicaciones sociales del pensamiento de Freud han sido traducidas a la idea de que una sociedad libre de represión sexual será una sociedad con mayor bienestar. Sobresalen, entre quienes tienen este abordaje más social en el esquema psicoanalítico, Wilhelm Reich (1977), y Helbert Marcuse (1966), quienes han subrayado la importancia de liberar al placer de la represión para favorecer una sociedad mejor.*

*Los modelos empíricos - positivistas de la sexualidad.*

*Paralelamente, los científicos de orientación empírico - positivistas, han desarrollado enfoques y modelos que es conveniente resumir.*

*El empirismo científico busca reducir la realidad percibida y aislar las variables que permiten la predicción de los fenómenos estudiados.*

*Debido a este parecer, el enfoque se caracteriza por la búsqueda de definiciones que puedan ser aplicables por diversos estudiosos de manera inequívoca es decir, se busca la operación de los conceptos de las variables estudiadas, en contraste con el enfoque psicoanalítico anteriormente resumido.*

*Un buen ejemplo es la definición de conducta sexual que Beach y Ford (1972), ofrecen: las actividades que suponen excitación y estimulación de los órganos genitales. Definiciones así son muy precisas y de posible verificación empírica pero dejan sin considerar la experiencia interna del individuo, que es mucho más difícil comprobar. Tratando de resolver este problema, los autores que trabajan desde la psicología experimental han desarrollado una multitud de conceptos que, gracias a las técnicas psicométricas, pueden ser medibles y objeto de verificación independiente.*

*Este punto de vista ha podido desarrollar modelos que explican con mayor amplitud, las determinantes de la conducta sexual, misma que se sigue conceptualizando como aquella en la que se observe respuesta fisiológica de excitación genital. Existen dos modelos empíricos - positivistas: El modelo de la Secuencia de la Conducta Sexual de Byrne (1986); y el Modelo Sociológico de Reiss (1986).*

#### *El modelo de la Secuencia de la Conducta Sexual.*

*Los representantes de la teoría del aprendizaje han desarrollado varios modelos para entender la conducta sexual humana. Los proponentes originales llegaron a un nivel de simplificación notable en el que la conducta observada (i.e., la conducta sexual definida como la búsqueda y consecución de orgasmos) era vista como el resultante de estímulos específicos y sus resultados, en un esquema que clásicamente se ha conocido como el del condicionamiento operante (Skinner, 1953); sin embargo, este enfoque ha dejado de tener vigencia ante la aceptación muy generalizada entre los representantes de esta escuela de la importancia de los procesos internos, es decir, lo que ocurre dentro del individuo. La variedad de procesos internos considerados es grande, pero los que más han llamado la atención de los investigadores, son los procesos cognitivos. El más acabado de los modelos derivados de esta escuela es el modelo de la Secuencia de la Conducta Sexual que a continuación se explica:*

*El modelo de la Secuencia de la Conducta Sexual fue propuesto por Donn Byrne (1986). Este modelo tiene tres niveles de observación: los estímulos externos, los procesos internos y la conducta manifiesta.*

*Los estímulos externos pueden ser de naturaleza no aprendida o aprendida (estímulos a los que se les atribuye calidad erótica). Los procesos internos son de varios tipos: efectivos, actitudinales, informativos, de expectativas, imaginarios y fisiológicos.*

*La conducta manifiesta tiene como variables observables: los actos instrumentales (los actos conducentes a hacer factible la actividad sexual), las respuestas meta (interacción sexual conducente a ejecución y/o orgasmo), y el o los resultados a corto plazo y largo plazo, que a su vez tiene relevancia para la modulación de los procesos internos.*

#### *El Modelo Sociológico de Ira Reiss.*

*Reiss (1986), toma el concepto de guión sexual propuesto por Simon y Gagnon (1984), extendiéndolo a nivel cultural. El concepto de guión cultural se refiere de hecho a un "modelo de interacción" conformado por papeles o roles sociales. El guión es una especie de código compartido por los miembros de un grupo que entiende qué se debe hacer sexualmente (o mejor dicho, qué espera el grupo), con quién, cómo, para qué y por qué. Propone entender la sexualidad como "el conjunto de guiones culturales compartidos acerca de las conductas de excitación erótica que se supone inducen a la excitación erótica y a las respuestas genitales".*

*Reiss documenta que la conducta erótica tiene dos consecuencias universales (i.e. observadas en todas las culturas de las que se tienen datos científicos): a) está revestida de importancia cultural y b) la conducta sexual conlleva a la formación de vínculos entre los participantes, ya que: 1. Es indispensable que los mismos muestren sus partes ocultas (tanto literalmente con la desnudez física como en términos más psicológicos con el desarrollo de intimidad), y 2. Generalmente hay una calidad placentera en la experiencia.*

*Reiss documenta como la sexualidad, así entendida, que se relaciona directamente con tres instituciones sociales: A) Los roles genéricos a través de su función como filtros de poder; B) La estructura de celos que en cada sociedad regula con precisión quienes y con quién se tienen "acceso" a la actividad erótica y que se traduce en la estructuración social de parentescos y C) Las conceptualizaciones sociales de normatividad sexual, de su importancia y de las vinculaciones sexuales.*

### 2.3 CONCEPTO DE PAREJA

*Es difícil disociar el concepto de pareja del de familia, ya que los dos están íntimamente interrelacionados. Jean - Louis Flandrin (1979) en sus "Orígenes de la Familia Moderna", nos indica que en siglos pasados términos como parentesco, linaje, raza, casa y hasta familia se tomaban como sinónimos muchas veces aunque posteriormente fueron delimitados. Existen pues diferencias estructurales y jerárquicas que es importante delimitar. (p. 19). Existen pues diferencias estructurales y jerárquicas que es importante delimitar.*

*En cuanto a la definición de familia, Flandrin apunta que en la actualidad el término significa en un sentido amplio "el conjunto de personas mutuamente unidas por el matrimonio o la filiación, o aún la sucesión de individuos que descienden unos de otros" (p. 11).*

*De acuerdo a la definición que encontramos en el diccionario ideológico de Julio Casares (1981), pareja es "el conjunto de dos personas o cosas que guardan entre sí alguna relación". curiosamente no se encuentra una definición en los diccionarios psicológicos pero sí en el de vocabulario de terapia familiar. Simon et., al (1984) donde bajo el rubro de Terapia de Parejas se la define como sigue: "desde el punto de vista de la terapia familiar, una pareja es un sistema; desde la perspectiva de una terapia basada en el individuo, se considera a la pareja como una red interaccional de dos individuos cuyas necesidades armonizan o se contraponen". (p. 371).*

*En la Biblia tenemos la referencia en el libro del Génesis en el sexto día de la creación de la aparición del nombre sobre la tierra "Y creó Dios al hombre a su imagen, a imagen de Dios lo creó, varón y hembra a las creó" y la autora (Marina Bueno-Bellochi, 1985) haciendo un estudio de las relaciones de pareja menciona que de acuerdo a la antropología se habla de estructuras de parentesco mientras que en la sociología se consideran unidades de personalidad que interactúan (p 24) teniendo en ambas como criterios los roles. Dentro del campo de la psicología y particularmente de la psicoterapia familiar se considera a las relaciones de pareja como aquellas relaciones profundas que se dan libremente entre un hombre y una mujer, basadas en un sentimiento amoroso, siempre que tengan intención de durar (Bueno Bellochi 1985- p 26) Espejel, A. (1987), citando a (Minuchin sitúa a la pareja como un subsistema de la familia, como una*

*de las posibles diadas que pueden definirse ya sea por generación, sexo, interés o función (en este caso la diada marido-mujer, o pareja conyugal p.26).*

*Konig (1961), propone que existe una contraposición entre familia y matrimonio, haciendo una distinción entre los derechos individuales y los colectivos y dice: para nosotros el matrimonio es esencialmente una unión altamente individual entre dos personas independientes, esposo y esposa, por el contrario, la familia es un grupo social que en determinadas circunstancias comprende a mas personas que la pareja conyugal (pp. 53-54) poniendo como requisito para la unión tanto el consentimiento como el amor de los cónyuges, siendo estas tres instancias: amor, matrimonio y familia independientes entre si. En un intento de dar una definición sobre el matrimonio se hace una jerarquización entre la relación sexual, el matrimonio y la familia marcando que para construirse en matrimonio la unión sexual debe legitimarse y tener una conducción de perdurable, la ceremonia se considera como un aspecto secundario y se incluye la disolución por divorcio. Se propone el "affectio maritalis" como requisito indispensable. En cuanto al ciclo vital de la familia en donde se muerta, se indica que la familia comienza con el matrimonio de la pareja y termina cuando los hijos alcanzan la mayoría de edad, abandonan el hogar y forman la propia familia, es decir que la pareja conyugal vuelve a estar sola, estimando que el ciclo comprende alrededor de 25 años. A partir de entonces la pareja continua sola. pp. 56-70). Ayr ultimo atribuye a la pareja un significado estructural, es decir designa aquella parte de la familia que determina su duración" (p.70). La separación entre matrimonio y familia a nuestro juicio es importante sobre todo en los casos en que la pareja conyugal se separa pues en ese momento las obligaciones hacia la pareja desaparecen (año acuerdos específicos) pero no así los deberes y derechos en relación con los hijos, y el tener mayor conciencia de este hecho ayudaría a solucionar no pocos problemas en terapia familiar*

*Jean-G. Lemaire (1982) hace desde la teoría psicoanalítica una distinción entre los lazos amorosos de corta y larga duración, en donde el lazo conyugal se caracteriza por una cierta intención latente, algunas veces poco consciente y otras aún negada, de durar por lo que lo define como un lazo amoroso marcado por una intención manifiesta o no de duración (p.31).*

## 2.4 SEXUALIDAD EN LA PAREJA

*Cuando una pareja es sexualmente madura, goza de su actividad sexual y no siente por ella vergüenza, culpa, ni ansiedad. La sexualidad se convierte en un placer. El adulto maduro tiene confianza en su capacidad para actuar sexualmente, para gozar y para dar placer a su pareja. Una persona que ha alcanzado la madurez mantiene una actitud relajada ante la sexualidad, no necesita "demostrarse" nada. Se ha hecho responsable de su vida incluyendo su vida sexual. La sexualidad pasa a ser un aspecto más de la vida, un aspecto natural y agradable. La persona madura tiene una buena imagen sexual de sí misma. La madurez significa librarse de las inseguridades y llegar a una visión realista de uno mismo como persona sexualmente capaz. La persona madura prefiere tener una pareja a estar sola, y la madurez supone la capacidad de desarrollar una relación estable y emocionalmente satisfactoria con otra persona, con la que se comparten muchas cosas de una manera abierta, humana, entre ellas la sexualidad.*

*Otro aspecto de la sexualidad en la madurez, en su sentido amplio, es la paternidad. Aunque algunas personas deciden no tener hijos, para la inmensa mayoría la experiencia de tener hijos y de educarlos constituye uno de los aspectos más gratificantes de la vida.*

*La sexualidad en la edad madura no la inventaron los sexólogos fanáticos. Existe de un modo u otro en todos los individuos. Esto significa que se expresa indudablemente en la capacidad para copular. En algunos casos se expresa en la necesidad de mantener el afecto y la intimidad, en un interés intelectual por el erotismo, o en la necesidad de conservar para la vida en calidad romántica.*

*Cuando Freud presentó por primera vez sus descubrimientos sobre la sexualidad infantil ante una legión de médicos incrédulos y un público atónito, estos conceptos tropezaron con una resistencia colosal antes de integrarse a la teoría consagrada. Los descubrimientos sobre la sexualidad en la edad madura también tropiezan hoy con una considerable resistencia emocional. Esta renuencia puede echar sus raíces en la tendencia del niño a reprimir todo conocimiento sobre la sexualidad de los padres, pero está igualmente apuntalada por los tabúes e inhibiciones de índole sexual que aún ejercen una poderosa influencia sobre el conjunto de la sociedad.*



*Con lo que respeta a la sexualidad en la pareja; si los cónyuges son felices, como dice Tolstói se parecen todos (mientras los esposos desgraciados sufren cada uno de acuerdo con su modo específico), aceptan el hecho de ser distintos*

*Se dan perfectamente cuenta de que no tienen ni la misma pulsión sexual, ni el mismo estilo erótico. Conscientes de sus afinidades, que actúan en otros campos, se esfuerzan por consumir esta autonomía en el plano sexual en el fuego lento de su amor. En el matrimonio, la falta de aptitud para amar constituye una verdadera impotencia psicológica, más peligrosa, sin duda, para el vínculo conyugal que la impotencia sexual.*

*En efecto, la sexualidad constituye en cierto modo la firma del contrato conyugal. La sexualidad representa, como comportamiento, la forma más acabada de expresar la voluntad de la intimidad de la pareja y su deseo de aislarse del mundo. En la intimidad sexual, los miembros de la pareja reviven recuerdos comunes, horas de inefable felicidad, evocan sus mayores aspiraciones, sus triunfos o sus penas.*

*La sexualidad suele enfrentarse con el desgaste de lo cotidiano y la rutina que acecha a la pareja alineada por las preocupaciones y el cansancio inherente a la vida moderna. El propio acto sexual corre el riesgo de caer en la rutina. En embargo, la relación sexual se presenta cada vez como una invitación que interroga el deseo del otro, exalta su imagen, despierta los sabores nostálgicos de los primeros encuentros y reanuda la alegría y la espontaneidad de esos perfumes frescos como carnes de niños. (Gagnon B., 1985).*

*La sexualidad desempeña también un papel catalizador en la resolución de los conflictos y de las disputas hasta el punto de que algunas parejas justifican sus incesantes por las delicias de la reconciliación. La sexualidad es un factor de madurez, pues fuerza a cada uno a encontrar en el otro deseos, emociones, necesidades o humores que hay que negociar. Esta confrontación personalizada nada tiene en común con la relación anónima y no comprometida que el hombre maduro establece con la prostituta.*

*En el acto sexual, la pareja decía Albert Ellis hace la experiencia de las más altas actividades humanas, mezclando el alma y el cuerpo.*

⇒ *La sexualidad prematrimonial se equipara con el coito prematrimonial.*

*Sin embargo, el individuo puede ser sexualmente activo antes de casarse sin necesidad de pasar con la necesidad de pasar por la experiencia del coito. Otro uso de la expresión "sexualidad prematrimonial" es que aparece presuponer que el matrimonio es el objetivo último de todas las personas que forman una colectividad.*

*En 1953, Kinsey y colaboradores conmocionaron a la nación norteamericana con la constatación de que la mitad de las mujeres estudiadas habían tenido relaciones íntimas antes del matrimonio.*

*Muchos adolescentes y adultos jóvenes, el coito prematrimonial debe limitarse a los noviazgos formales o una relación presidida por la solicitud y el afecto mutuo (Hunt, 1975, Reiss 1980). Mucho menos es la sexualidad ocasional o fortuita, en cuanto opuesta a la sexualidad comprometida. El hecho de que una mayoría de adultos jóvenes justifique el coito en un contexto de afecto y relación estable, y menos en otros casos cuando se trata de un vínculo casual y sin otra cosa que la sensualidad de por medio, pone de relieve que los valores culturales del pasado no han sido arrumbados, sino que han experimentado una transformación.*

*D'Augelli y D'Augelli (1977), concibieron un marco adecuado para el análisis de los puntos de vista sexuales de los individuos no casados.*

*Según estos autores, los individuos vírgenes sin experiencia son sujetos que han sabido poco con chicos o chicas hasta la universidad y que por lo general no han concebido gran importancia a la sexualidad; los vírgenes inquebrantables creen firmemente que el coito prematrimonial es reprochable; los individuos no vírgenes en potencia, todavía no han encontrado la pareja adecuada o la situación idónea para la sexualidad conital y parecen tener mucho miedo al embarazo; siguen los no vírgenes comprometidos, es decir, aquellos cuya experiencia conital suele reducirse a la relación con solo un compañero o compañera y siempre en el contexto de una relación en la que priva el compromiso serio, los no vírgenes liberados son individuos que tienen ideas más tolerantes acerca del coito prematrimonial y que aprecian el goce físico que procura el coito, sin que necesiten el justificante del amor, los no vírgenes confusos, es decir, los individuos que entablaban relaciones sexuales sin comprender bien sus motivaciones, el puesto que la sexualidad ocupa en su vida ni la repercusión que pueda tener en ella. (D'Augelli y D'Augelli 1977).*

*Con lo que respeta a la sexualidad en el matrimonio en los Estados Unidos, más del 90/100 de la población ha contraído matrimonio antes de los 35 años. Entre los 45 y 54 años, sólo el 4/100 de las mujeres y el 6/100 de los hombres no se han casado nunca.*

*En promedio, la pareja norteamericana tiene relaciones sexuales íntimas dos o tres veces por semana cuando sus miembros se hallan entre los 20 y los 35 años aproximadamente, y a partir de este momento la frecuencia experimenta una paulatina disminución. Después de los 50 años, la frecuencia del coito arroja un promedio de una vez por semana o menos.*

*Existen parejas de jóvenes casados sin actividad coital, en tanto que otras parejas hacen el amor varias veces al día. Si bien cabe afirmar que, por lo general, la frecuencia coital disminuye según los años de duración del matrimonio, en ocasiones se da el caso contrario, es decir, que la relación sexual de la pareja mejora con el tiempo, hasta el extremo de que hay casos en que sus miembros se muestran más activos 15 o 20 años después de casados que en los primeros años de su unión.*

*Se observan marcadas diferencias de la sexualidad matrimonial y de las actividades que las personas casadas incluyen en su interacción sexual. Desde los días de Kinsey parece que se ha producido un incremento de la cantidad de tiempo que la pareja dedica a los estacocs no coitales, y de la duración del coito en el seno del matrimonio.*

*La intimidad sexual forma parte inherente de cualquier relación de pareja firme y seria, basada en el interés especial y penurable por el compañero del sexo opuesto. La actividad sexual se considera actualmente como una parte gozosa y enriquecedora de la relación humana, dejando con ello atrás la actitud pudorosa al respecto que en el pasado experimentaban los conyuges. Esto no quiere decir que de inmediato se adapten sexualmente los conyuges; todos los recién casados necesitan aprender a adaptarse el uno al otro.*

*Necesitan descubrir los gustos y aversiones mutuas, el ritmo de cada uno de sus cuerpos y la forma en que se acomodan entre sí. Necesitan conocerse y tener en cuenta que al experimentar por primera vez contacto sexual juntos muy probablemente tendrán una serie de inseguridades (Baruch, 1984).*

*El autor antes mencionado, encontró que cuando en el matrimonio existe un interés mutuo por parte de los cónyuges, el sexo es satisfactorio en mucho mayor grado. Por su parte Klermer (1987), opina que para que la relación sexual sea satisfactoria depende de gran medida del ajuste sexual que obtengan los esposos entre sí. El ajuste implica progreso hacia algún nivel de interacción nueva mejor para cada uno de los cónyuges y para la relación total. Pero como el ajuste sexual requiere comprensión mutua, es igualmente importante para el hombre entender las actitudes y expectativas condicionadas en la mujer, así como para ella entender las de él.*

*Algunos expertos insisten que sólo cuando la pareja ha llegado a un patrón de invariable orgasmo simultáneo durante las relaciones sexuales frecuentes, cuando ha experimentado con toda clase de actividad sexual concebible y se ha deshecho de cualquier pensamiento de restricción sexual, habrá logrado un buen ajuste.*

*A Klermer le parece razonable seguir un mejor criterio para el buen ajuste sexual, el cual sería: "una combinación de expectativas de ambos cónyuges en un solo patrón de sexualidad que fuera aceptable para ambos, independientemente de que alguien piense que es un buen patrón o no".*

*Cuando se logra un tipo de patrón satisfactorio para ambos cónyuges, entonces y sólo entonces, la pareja dirige poco a poco hacia un nivel de sexualidad completa más rico y más puro.*

*Algunas parejas cuyas expectativas y actitudes no se sincronizan fácilmente y que entienden y aceptan no del todo los sentimientos del otro, necesitan muchas semanas o meses para lograr un ajuste sexual, siempre y cuando lo quieran. El paso inicial hacia el ajuste sexual en cualquier relación de pareja es una mayor comprensión y aceptación de las expectativas y actitudes de cada cónyuge para con el otro, es decir, entender que por correcto o equivocado que parezcan los sentimientos de su compañero, son sus sentimientos; y en segundo lugar hay que explorar los sentimientos mutuos conversando (Klermer, 1987).*

*La comunicación sexual es fundamental para una relación satisfactoria dentro de la relación de pareja, al convivir, con gran frecuencia los esposos y novios (que tengan relaciones sexuales), poco a poco dejan de comentar entre sí aspectos de sexo y amor. Las palabras del cónyuge apoyadas por sentimientos sinceros despiertan la sensación de seguridad que se busca.*

*El comunicarse sexualmente puede y debe usarse para algo más que problemas, pues algunas parejas aumentan su incompatibilidad sexual hablando del sexo solo como problema, sin saber que esta comunicación es una fuente profunda de enriquecimiento. A medida que los esposos exploran sus sentimientos y fantasías pueden llegar a tener una profundidad de comprensión que les hace parecer como si sus dos seres fueran uno mismo. Hablar de sexo puede ser tan estimulante como una caricia. Sólo por medio de la comunicación puede uno de la pareja aprender lo que el otro en realidad desea.*

*Baruch (1984), reafirma que el tener la libertad de hablar antes, después y entre, en ocasiones, acerca del acto puede contribuir a la intimidad. Conviene que la pareja hable acerca de las ideas que tenían del sexo cuando eran jóvenes, nada es demasiado tonto o demasiado simple. Sacarlo a la luz sirve para disipar las ideas y actitudes que la pareja deposita en su relación la mayoría de veces negativamente.*

*Sin embargo, Klemm de igual manera aclara que el ser un experto para hablar sobre sexo no es suficiente para asegurar un buen ajuste. Ya que hay que estar dispuesto a hacer algo para alcanzar dicho ajuste.*

*Dentro de la relación sexual las parejas proporcionan una verdadera seguridad emocional, por esto actualmente se promueve el hecho de que la pareja debe ajustarse mutuamente para lograr satisfacción. La conducta sexual es y debe ser la expresión de las personalidades individuales de los compañeros sexuales. La aceptación mutua es factor significativo para el ajuste, la satisfacción de ambas personas va más allá del logro del orgasmo.*

*Por último, no existe una relación sencilla y única entre una placentera vida sexual y la felicidad matrimonial, pero si es cierto que las uniones en la que reina un buen entendimiento sexual suelen durar más y dar pie a menos aventuras y amores por una relación sexual insatisfactoria. todo parece indicar que la comunicación entre los miembros de la pareja repercute directamente en la "calidad" de su relación sexual.*

#### *NER/HOMBRE - NER/MUJER (papeles sexuales)*

*La mayor parte de las diferencias actitudinales y conductuales entre hombres y mujeres no están determinadas por factores biológicos sino, por el aprendizaje, por el modelamiento social.*

*Durante largo tiempo se ha considerado que el pertenecer a un género o a otro entraña una posición diametralmente opuesta y no pocas veces antagonica, con elementos discriminatorios hacia el sexo contrario.*

*Money (1972), sugiere que los factores genericos no únicamente determinan el nacer hombre o mujer, determinan también el actuar de manera diferenciada como "masculino" o "femenino" sin embargo, el mismo autor acepta que los factores ambientales juegan una influencia profunda en el actuar "masculino" o "femenino" y que la conducta relacionada al género no esta determinada únicamente por factores biológicos (Money, 1972 en Worthel y Goethls, 1985:*

*Los papeles sociales en la conducta del adulto le llevan a consolidar y realizar, como marco normativo, lo que considera como adecuado para cada género.*

*La influencia de dichos papeles de género, en la conducta sexual será determinante en las decisiones: soltería, divorcio, responsabilidad en el uso de anticonceptivos, responsabilidad y conducta durante el coito, fidelidad, infidelidad, violencia sexual, manifestaciones de la afectividad, comunicación y actitudes frente a la doble moral sexual.*

*Hite (1981), apunta en cuanto a los resultados de su investigación sobre la sexualidad masculina, que la mayoría de los hombres fueron educados desde niños para "ser o parecer" autónomos, dominar con éxito cualquier situación sin ayuda y sin externar emociones; asimismo expresaron los encuestados que ser "masculino" no es comportarse "femeninamente"; el ser descripto por otro con algunos rasgos "femeninos" lo consideraban como humillantes e insultados. Sin embargo, muchos hombres no pudieron definir lo "masculino" y algunos de ellos estaban estereotipados tradicionalmente (Hite 1981):*

*Hermie Zilbergeld (1978), señala al final de su obra dedicada a la sexualidad masculina, que todos los problemas abordados en ella, trastornos de la erección, de la eyaculación, de la relación con la mujer y la expresión afectiva, se le pueden atribuir en gran proporción a los papeles sexuales tradicionales. La imposición de enterrar su ternura y de restringirse afectivamente de una manera rígida y estereotipada, los aleja de tener plenitud sexual con una mujer real. Propone un movimiento de la liberación sexual masculina a fin de poner un alto a los problemas de expresar la afectividad y para relacionarse con los*

*demás. Al admirar los varones, en las mujeres la audacia para perseguir sus metas y cambiar sus vidas, el enfrentar problemas que a ellos les atemorizan, y al evidenciar la intimidad que se da entre mujeres, los hombres se empiezan a cuestionar el orden establecido y las expectativas irreales que la sociedad les impone en todos los órdenes, particularmente en el orden de su sexualidad (Zilbergeld, 1978).*

*En la edad adulta la conducta sexual se ve afectada por los estereotipos de rol de género, que pretenden que el hombre sea experto en sexualidad, y la mujer permanezca a la expectativa de las manifestaciones de la conducta sexual masculina.*

*Los estudios en el campo de la psicología acerca de las diferencias entre los dos sexos indican que son más las similitudes que las diferencias (Masters, Johnson y Kolodny, 1987)*

*Héctor Anaya (1987) reflexiona al respecto, de que las mujeres pueden albergar una visión romántica y heroica del varón. Los hombres deben también, con seguridad, albergar una visión sumisa y pasiva de la mujer de sus sueños.*

*Octavio Giraldo (1983), plantea el machismo con una conducta de género característica de los latinoamericanos, y en particular de los mexicanos. Señala que el macho se relaciona con la mujer en la dualidad de "dueño y protector, acompañada de una superioridad no sentimental". Es claro que este patrón no es privativo de una conducta regional. La agresión sexual a las mujeres es la expresión extrema de este poder "machista". La violación es un problema universal, no limitado a ciertas culturas o regiones geográficas. Asimismo la ideología machista es compartida y llevada a las actitudes por el género femenino. La contraparte a la frialdad y la agresión del macho, expresada en la sumisión y el anhelo amoroso, es parte de la educación sentimental del género femenino.*

*Es curioso que tanto Giraldo (1983) como Zilbergeld (1978), al analizar la conducta sexual masculina, destaquen el que, para el género masculino su autoimagen este centrada en su poder físico. El primero de los autores se refiere a la cultura latinoamericana, y el segundo a la cultura norteamericana.*

*En el Istmo de Tehuantepec, México, cuando se celebra un casamiento, la noche de bodas, los hombres que participan del convite se emborrachan afuera de la habitación nupcial, animado al novio para que*

*realice la desfloración de la novia; una vez que ésta se consuma, él sale triunfante mostrando a la concurrencia el paño manchado de sangre, lo cual asegura su cabal honor. Dicho paño se lleva en procesión a la casa de la madre de la novia, para felicitarla por "lo bien educada que está su hija". Las jóvenes del pueblo lucen una flor roja en el cabello, al día siguiente, para manifestar públicamente la virginidad de la desposada. En caso de no obtener la precitada mancha de sangre, se coloca un plato con un agujero en el dintel de la casa de la novia, y está es devuelta a casa de sus padres y ellos deben devolver los regalos recibidos y resarcir económicamente al defraudado novio (Covarrubias, 1980), igual que cuando no exige el importe de una mercancía dañada.*

*El hombre ve en el matrimonio una pérdida de su "libertad" y es una propuesta que él solicita y concede, la mujer por su lado ve el matrimonio como una posibilidad de realización y felicidad, y se siente honrada al recibir tal proposición. Sin embargo, los hombres casados tienen una mejor salud física y mental que los solteros, en tanto que las mujeres casadas presentan un mayor índice de problemas orgánicos y psíquicos que las mujeres solteras (Masters y Johnson, 1987). A pesar de esta realidad y por la deformación que de la misma hacen los roles de género, seguimos respondiendo al matrimonio de acuerdo con las pautas culturales.*

*La evolución en cuanto a la actividad económica femenina en México ha variado del 7.4% en 1940 al 24.5% en 1979 (Dirección General de estadística VI, VII, VIII, y IX, Censos de Población México D. T. en (Boletín Demográfico de la mujer, CONAPO).*

*La tasa de actividad se ve modificada por el estado civil y la presencia de los hijos. La tasa de actividad aumenta en las viudas, divorciadas y separadas con hijos, así como en las solteras con hijos, por lo tanto, la mujer tiene que sobrecargar su actividad en el rol tradicional en el núcleo de la familia junto con el desempeño adicional de trabajadora, lo cual aumenta su estrés.*

*Suzanne Horer (1980), señala en su encuesta realizada a mujeres francesas que el 60% de las encuestadas no hacían el amor con la frecuencia que lo deseaban, atribuyendo esta pérdida a la falta de tiempo, la presencia de los hijos, una vida profesional agobiante y a las actividades domésticas demasiado cansadas.*



*A pesar de lo anterior, la mujer tiende, con el paso de los años y al desarrollar un autoconcepto sexual más desligado de los factores culturales que lo influyen, un incremento en sus deseos sexuales y una mayor intensidad en el placer sexual. Han aprendido a discutir de manera más abierta sus necesidades e inconformidades al respecto del coito. Sin embargo, aún una mayoría tiene relaciones sexuales para complacer a su compañero y consideran que negarse a hacer el amor con su compañero resulta difícil (Horer, 1980).*

*Las mujeres consideran que deben parar el "dar en abundancia" a los hombres, asimismo plantean que en la relación con el hombre ambos deben ser sensibles, apoyarse y compartir sentimientos, no desean ser como los hombres, en cuanto a la agresión, el uso del poder y el egocentrismo. Lo que desean es mantener su propia identidad femenina lejos del condicionamiento infantil hacia la pasividad; lejos de tener que considerar como núcleo primario de su vida el ámbito doméstico y como algo secundario sus propias metas de desarrollo (Gite, 1987).*

*La guerra de los sexos nos ha llevado a considerar lo masculino y lo femenino no como de dos mundos diferentes sino como dos galaxias en combate. Esta guerra está perdida para ambas partes, no hay vencedor, cada rol en un género tiene una contraparte en el otro género.*

*El tiempo brinda la oportunidad para lograr la libertad y armonía sexuales. Con el paso del tiempo la pareja tiene la ocasión de verse en la desnudez del sexo, escucharse entre sí en un lenguaje hablado y silencioso, participar en las alegrías y gozos mutuos y aceptarse el uno al otro cuando no todo va bien. Cuando la adaptación sexual se hace como debiera, compartir el aspecto sexual aporta a la relación una sensación de renovación, esto es, la vida en común se crea y renueva a cada instante. A esto Baruch y colaboradores, lo identifican como una relación sexual creadora y recreativa.*

*Las caricias previas al coito son importantes no sólo para la mujer, dichos tocamientos sensibilizan a la pareja y facilitan la obtención de placer. De la misma manera se recomienda la experimentación en cuanto a la posición durante el coito, si es que se llega a sentir que el sexo es rutinario. Lo ideal es que el coito debe durar lo suficiente para que alcancen satisfacción cada uno de los participantes, y de ser posible, un orgasmo gozoso.*

*El hacer el amor trae deseos y tensiones distintas, por ejemplo, aquellas que resultan del deseo mayor de satisfacer a la otra persona, así como la tensión que trae el temor de no lograr lo que se busca, poco a poco estos sentimientos deben ir desapareciendo para bien de la pareja.*

*Klemer (1987), sostiene que el cumplimiento de las expectativas y deseos sexuales están siempre en constante estado de cambio a lo largo de la vida en pareja y que igual requieren de ajuste. También hace hincapié en que mientras más significativa se vuelva la relación emocional, entre tanto los esposos y novios, en toda actividad humana, más aumentará el amor en la relación sexual, este a su vez, enriquecerá la vida no sexual.*

*Para Masters y Johnson (1983) existen tres elementos que contribuyen al funcionamiento sexual en la pareja, que son: el conocimiento, la comodidad y la elección; estos tres elementos se entrelazan y se refuerzan mutuamente. Saber es una cosa, estar cómodo con lo que uno sabe, es otra, elegir lo que es adecuado para uno, otra diferente. Para que el funcionamiento sexual sea efectivo ambos individuos deben disfrutarlo juntos. La relación sexual de ambos individuos es un espejo de su relación personal, en la que cada uno de ellos está atento a los deseos del otro, cada uno encuentra placer en agradecer al otro uno aprecia el hecho de contar con el respecto del otro.*

*Los investigadores Masters y Johnson (1983) enfatizan la importancia de estar sensualmente cerca, tocarse, olerse, acariciarse suavemente, mirarse, explorarse con los ojos y las manos desde la cabeza a los pies, sin exigir nada, solo placer mutuo; todo lo anterior es básico para una vida sexual satisfactoria.*

### *CAPITULO III*

### III. ACTITUDES

#### 3.1 HISTORIA DE LAS ACTITUDES

*Desde finales del siglo pasado la psicología utilizó conceptos afines al de actitud. Todos se referían a la "preparación del organismo a la acción" (Germani, G., 1977, p.11). Este autor refiere que Kulpe y sus colaboradores, de la Escuela de Würzburgo, estudiaron los procesos implícitos en la acción voluntaria (p.11). Con estos estudios pioneros se ponían de relieve una especie de preparación del individuo, previa a la manifestación conductual.*

*El sociólogo A. Múxweiser (citado por Germani, G., 1977) desarrolló un concepto que tiene gran similitud con la connotación de actitud. Se refiere a la noción de "aptitud": "esta designación se aplicara tanto a las disposiciones psíquicas como a las percepciones nacidas de impresiones interindividuales... toda reacción individual que no se exterioriza será llamada una "aptitud social"; ya sea real reacción o permanezca almacenada en el cerebro bajo la forma de representación..."*

*Para Gino Germani (1977) la aptitud social es referida a cierto tipo de trabajo cognitivo que lleva a cabo el individuo y que se evidencia a través de la manifestación de la conducta.*

*En 1918 W. I. Thomas y F. Znaniecky introdujeron el concepto de actitud a la sociología norteamericana, a través de su investigación sobre "El campesino polaco en Europa y América". Fue tal el impacto, que los mismos autores llegaron a declarar que la psicología social se definía como el estudio científico de las actitudes (Rodríguez, A., 1984, p.333).*

*Dicen Thomas y Znaniecky: "... por actitud entendemos como un proceso de la conciencia individual que determina una actividad real o posible, por parte del individuo en el mundo social..." (Germani, G., 1977, p.19).*

*Esto presupone la sociogénesis de las actitudes y un proceso cognitivo de recepción, procesamiento y creación de información.*

*Wiese por su parte desarrolló las nociones de deseo, actitud y situación. Para este autor, la actitud es uno de los factores importantes de los procesos sociales; con ello, la dinámica social puede ser de dos tipos: de alejamiento y de acercamiento: "... toda interacción humana consiste, en definitiva, en modificaciones de distancia social (Germani, G., 1977, p.21).*

*Nos dice Germani (1977) que la noción de actitud implica relación y que, todo pensamiento relacional tiende a encuadrarse en categorías de índole especial. Esto es posible constatarlo en la definición misma del concepto que, implica una posición favorable o contraria a algo.*

*Involucra pues, distancia y espacio social, considerando que el objeto es un valor social. Esta cualidad de especialidad - dice el autor -, es la que explica en gran medida, la tendencia cuantitativa de la mayoría de las investigaciones sobre actitudes.*

*Gino Germani (1977), considera que el valor metodológico de la actitud es inestimable, al permitirnos estudiar individuo - sociedad, pues delimita hechos que pueden ser empíricamente tratados, ya sea en función de variables sociales o individuales (por ejemplo, se relaciona la actitud hacia algo, con variables como clase social, características demográficas, o bien, con sexo, edad, experiencia, educación, y otros).*

*(Newcomb (Salazar, M., 1984 y, Rodríguez B., 1984). Considero a la actitud como una variable interviniente. En este sentido representaría el proceso cognitivo individual a través del cual se manejan influencias sociales, culturales y biológicas, que se traducirán en conducta manifiesta.*

*Sheriff y Cantril (Ansko y Shlopler, 1981), se ubican dentro de la misma tendencia al opinar que el concepto de actitud define una preparación a la acción, lo que supone una relación "más o menos directa y estable" entre el sujeto*

*Y el objeto (Germani, G., 1977, p.29). Lo que se apoyó en la consideración de que la actitud es adquirida y, por tanto, requiere que el sujeto entre en contacto con un objeto y una situación de percepción.*

### 3.2 CONCEPTO DE ACTITUD

*El concepto de actitud se ha constituido con una parte fundamental de los estudios de la psicología. Sin embargo, no es esta la única área que ha hecho uso de este concepto, de él se han ocupado la sociología, las ciencias de la comunicación y otras disciplinas. El hecho de que se le de tanta importancia se debe primordialmente a los nexos que se supone existen entre actitudes y comportamientos.*

*La conducta del ser humano es uno de los objetivos de conocimiento de la psicología y se ha pretendido, por medio del estudio de las actitudes comprenderlo, predecirlo, cambiarlo e incluso controlarlo. Ejemplos de estos intentos de predicción y control se pueden observar en la gran cantidad en campañas publicitarias y propagandas a cargo de compañías comerciales, instituciones gubernamentales, de salud, etc; cuyo objeto es incidir sobre las actitudes y el comportamiento.*

*Durante algún tiempo se supuso que el hombre solamente necesitaba del conocimiento para modificar su conducta. Se pensaba que el ser humano era tan racional que bastaba que supiera que algo era peligroso para evitarlo o beneficioso para adoptarlo, si esto fuera cierto solamente fumarían los suicidas, la realidad es mucho más compleja y se han propuesto diversos modelos para explicar la manera como las personas adoptan o rechazan determinadas conductas.*

*Desde luego que todos comienzan por la información, ya que el primer paso para lograr el cambio de alguna conducta es el conocimiento de la realidad, pero se deben tomar en cuenta las actitudes que ha sido objeto de especial atención dentro de la Psicología, en virtud de estas constituyen una herramienta de la medición indispensable que permite la predicción de conductas emitidas por los individuos dentro de un contexto social. La conducta del ser humano es el objeto de estudio de la Psicología, se ha pretendido por medio del estudio de las actitudes comprenderlo, predecirlo, cambiarlo e incluso controlarlo.*

*Existen diversas definiciones de actitud, Gene Summers (1984), recopila las siguientes tres:*

- 1.- *Las actitudes "son una disposición fundamental que interviene junto con otras influencias en determinación de una diversidad de conductas hacia un objeto o clase de objetos, las cuales incluyen declaraciones de creencias y sentimientos acerca del objeto y acciones de aproximación - evitación con respecto a él." (Cook y Sellitz 1964)*
- 2.- *Las actitudes son "estructuras mentales que organizan y evalúan la información" (Ross, sin fecha)*
- 3.- *El concepto de actitud "denota la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distracciones, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones acerca de un asunto determinado". (Thurstone, 1928)*

*Además de estos conceptos existen diversidad de enfoques con respecto a la actitud, sin embargo la concepción más popular de ésta, es la propuesta por Katz y Stotland (1959), Trench y Col (1962), quienes sostienen que una actitud consiste en tres componentes:*

- a.- *Cognoscitivo. Que lo integra las creencias que tiene una persona acerca de un objeto.*
- b.- *Afectivo. Se refiere a los sentimientos ligados al objeto*
- c.- *Tendencia a la Acción. Incorpora la disposición conductual del individuo a responder al objeto.*

*Entre la gran diversidad de definiciones de actitud, la diferenciación de estos tres componentes no deja de ser literaria, ya que en la práctica no es posible medir independientemente cada uno de ellos.*

*Lo importante de las actitudes es comprender que existen predisposiciones a emitir juicios valorativos acerca de casi todas las cosas, que hacen que perciban como favorable o desfavorable, aprobarlas o desaprobadas en diversos grados y posteriormente, actuar en consecuencia. Las actitudes pueden manifestarse y orientar la conducta en un sentido determinado. Las actitudes se forman debido a la influencia de padres, maestros, medios de comunicación y experiencias personales.*

*En general, existen criterios que varios autores consideran, básicos de las actitudes (Hoyland, French, Sheriff, Comb y Cantrill, citados en Varela 1980):*

- a.- *Las actitudes no son innatas, sino que son el resultado del aprendizaje através de la vida del individuo.*
- b.- *Las actitudes son relativamente estables.*
- c.- *Las actitudes son el resultado de la relación entre la persona y los objetos, tomando como objeto a las personas, cosas, grupos, valores e ideologías que son aprendidas en forma directa o indirecta con otras personas*
- d.- *Las actitudes están basadas en conceptos evaluativos que aumentan o disminuyen la motivación a actuar.*
- e.- *Las actitudes varían en cantidad e intensidad sobre un continuo que puede ser positivo, neutral o negativo*

*Adentrarse en el campo tan complejo y con una variedad de enfoques tan rico como son las actitudes, impone la necesidad de considerar una definición que fundamenta la presente investigación. La definición en este caso es la siguiente: La actitud es un marco de referencia que predispone a opinar favorable o desfavorable frente a un estímulo, siendo una preparación o disponibilidad para la respuesta". Arias Galicia, 1980)*

*Es importante distinguir el concepto de actitud de otros como los de opiniones y creencias ya que en ocasiones se han confundido o incluso se han llegado a usar indistintamente; tal es el caso de Campbell (1963, citado en Lindgren, 1988) quien enumera 77 vocablos cuyos significados se traslapan.*



*Entre éstos destacan: "actitud", "creencia", "valor", "idea", "impulso adquirido", "marco de referencia", "serie". Cada uno de estos términos describe un aspecto diferente de la predisposición del individuo a conducirse de un modo u otro, pero todos resultan afectados por el aprendizaje social o derivan del mismo.*

*Característico, por lo común, positiva o negativamente (a favor o en contra) o con referencia a un valor, idea, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas..." (p.9)*

*Por su parte Cook y Sellitz (1964), consideran que la actitud es una disposición fundamental, junto con otras influencias, en la determinación de una diversidad de conductas hacia un objeto o clase de objetos, los cuales incluyen declaraciones de creencias y sentimientos acerca del objeto y acciones de aproximación - evitación respecto a él.*

*Ross (1971), la define como una estructura mental que organiza y evalúa la información.*

*Para Thurstone (Rodríguez, A. 1984), el concepto de actitud se usará para denotar la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones; nociones preconcebidas, ideas, temores o convicciones acerca de un asunto tratado.*

*Insko y Shopler (1981), simplemente la definen como disposición para valorar favorable o desfavorablemente los objetos.*

*Arnoldo Rodríguez (1985), las concibe como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente en las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto.*

*Entre éstas y otras definiciones Gene Summers (1976), encuentra cuatro coincidencias básicas:*

- ◆ *Que una actitud es una predisposición a responder ante un objeto.*
- ◆ *Que una actitud es persistente mas no inmutable.*

- ◆ *Que una actitud produce consistencia en las manifestaciones conductuales*
- ◆ *La actitud tiene una cualidad direccional (posee una característica motivacional). Es acuerdo general que una actitud connota preferencias con respecto a resultados que involucren al objeto. La actitud denota afecto.*

*Este autor señala que las dos manifestaciones principales de la actitud son: expresión de sentimientos y verbalización hacia el objeto.*

### 3.3 COMPONENTES DE LA ACTITUD

*Arnoldo Rodríguez (1985) dice que para que exista una actitud relacionada a un objeto se hace necesario que el sujeto tenga alguna representación cognoscitiva de dicho objeto. Este es el componente cognoscitivo.*

*Este incluye las creencias que se tengan del objeto, como aceptación de la existencia de un objeto (Insko y Shopler, 1971). Las creencias evaluadas son las más importantes para la actitud como concepto de disposición. También las creencias acerca de como debe tratarse al objeto, son elementos importantes de este componente.*

*Otro es el afectivo. Es conocido como el componente sentimental. Se refiere a las emociones o sentimientos ligados al objeto de actitud. Es importante que recordemos que cuando un individuo verbaliza, esto no es solo un sentimiento, son cogniciones, pero diferentes a las anteriores ya que no se refieren al objeto, sino a quien conoce.*

*Para Fishbein y Ravisel (citados por Insko y Shopler, 1971 y Rodríguez, A., 1985), el componente afectivo que se define como el sentimiento en favor o en contra de un determinado objeto social, es lo único realmente característico de las actitudes.*

*Arnoldo Rodríguez (1985, p.332) señala que es precisamente en el componente afectivo donde las actitudes van a encontrar el elemento diferenciador con respecto a las creencias y opiniones, aún y cuando se integran a ellas provocando un efecto positivo o negativo con respecto al objeto y, creando una preparación a la acción. Esta postura es apoyada por Germani (1977) quien escribe:*

*"... Una creencia es una organización durable de las percepciones y de los conocimientos relativos a ciertos aspectos del mundo de un individuo, mientras que una actitud es, una organización durable de los procesos emocionales, motivacionales, perceptivos y cognoscitivos referentes a ciertos aspectos del mundo de un individuo. O sea, que toda actitud supone un elemento cognoscitivo, la creencia. En realidad la actitud es una creencia adicional de carga afectiva y volitiva, mientras la creencia es emocionalmente neutra..." (p.30).*

*La incorporación de la disposición conductual, nos habla del tercer componente de la actitud: la tendencia a la acción.*

### **3.4 FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES**

*Leo Kanner (1967), señala cuatro aspectos que deben tenerse presentes al estudiar los factores determinantes de la actitud, a saber:*

*"... Todas las actitudes se expresan como relaciones afectivas provocadas por las personas y las situaciones, y así es como las ve el observador..."*

*"... El significado que tiene una situación para el individuo, depende menos de factores reales "objetivos" que, de la forma en que aparecen el y, de la impresión que le produce, o sea, de la actitud que el individuo asume ante la situación..."*

... Las actitudes se desarrollan. Unas veces el origen se ve claramente, pero otras, está incrustado tan profundamente en relaciones anteriores, que se requiere un gran esfuerzo y mucha habilidad para comprender el "tema" total. ...

Las actitudes son creadas por las actitudes de los demás, que influyen en ellas y pueden modificarlas, favorable o desfavorablemente; estas son, por consiguiente, determinantes esenciales del desarrollo de la personalidad y de la conducta. ...

Esta cita está a propósito del título de esta sección, a través de los cuatro puntos señalados, podemos darnos cuenta que las actitudes se generan en la experiencia cotidiana.

Diversas posturas psicológicas aportan información, acerca de los elementos (motivacionales) individuales que propician la creación de una actitud; estas son: la escuela funcionalista; la cognoscitiva y, la conductual.

La primera está representada - entre otros - por Kelman (1961) y Smith; y, Brunes y White (1956). Para el primero, las actitudes se conforman dado un proceso de influencia social, que se puede ejercer por:

- ◆ La aceptación de la influencia que se recibe de otra persona o grupo con la finalidad de ser aceptado.
- ◆ Un proceso de identificación, que ocurre cuando las conductas, actitudes, creencias y valores de otras personas, son asociadas, favorablemente, a las propias.
- ◆ La internalización, que está presente, al ser aceptada la influencia, por ser congruente con nuestro sistema de valores (Rodríguez, A., 1985, p. 345-6).

Para Smith, Brunes y White, las actitudes se forman para atender las siguientes funciones:

- ◆ Evaluación del objeto. Es el establecimiento de reacciones frente al objeto.
- ◆ Ajuste Social. Permite facilitar, concluir o conservar de manera armoniosa las relaciones sociales.

- ◆ **Exteriorización.** Permite manifestar de manera clara e indiscutible la posición personal (Rodríguez, A., 1985, p.342-a)

*Lo común de los autores de la escuela de la Congruencia Cognoscitiva, es que apoyan una posición que sostiene que hay una fuerza hacia la congruencia entre las actitudes y los componentes de las mismas. Por tanto, las actitudes que llevan a un estado de armonía se forman con más facilidad (Rodríguez, A., 1985, p.346-7).*

*Rosenberg por su parte, afirma que existe una estrecha vinculación entre un objeto y el afecto que se le da, de tal manera que cuando hay coherencia entre los componentes afectivos y cognoscitivos, las actitudes pueden formarse de manera estable y duradera (Rodríguez, A., 1985, pp.348-9).*

*En la posición conductual destacan Hovland y Kelley (1953), quienes sostienen que si se proporciona un refuerzo inmediato, después de emitida la conducta, tiende a consolidarse; así como la actitud que le subyace (Rodríguez, A., 1985, pp.350-1).*

#### **Importancia de las Actitudes.**

*Quarman y Cozby (1985), atribuyen la importancia de las actitudes a lo siguiente:*

*En general se considera que las actitudes son relativamente permanentes; esto es, que los sentimientos de la gente hacia objetos y personas son probablemente estables. Aunque las actitudes pueden cambiar, y así pasa, esto no ocurre al azar; algo sucede que ocasiona el cambio. Y, debido a que son relativamente permanentes pueden ser estudiadas, medidas y empleadas para predecir acciones.*

*Las actitudes son aprendidas. El proceso de formación y cambio de actitudes puede ser estudiado, y es posible desarrollar programas que animen el cambio de las actitudes (de acuerdo a los objetivos planeados en cada sociedad).*

### 3.5 MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES

*Lindgren (1988)*, menciona que no es posible observar directamente las actitudes sino que se deben inferir de la conducta, bien sea al observar las respuestas de un individuo a los objetos, personas y otros acontecimientos o por sus apreciaciones y otras expresiones verbales. Es difícil observar de un modo directo y sistemático los actos de un individuo, aunque algunas veces, esta es la única manera de determinar la importancia que una actitud tiene para una persona. Por lo general, es más fácil y también más eficaz, basar estos juicios en las declaraciones verbales (escritas u orales) del individuo.

Esto puede llevarse a cabo por medio de entrevistas aunque es más eficaz y se obtiene mayor precisión utilizando de escalas y cuestionarios escritos. El método que se vale del papel y del lápiz ofrece ciertos inconvenientes, pero debido a que permite reunir mucha información en poco tiempo y a que los instrumentos pueden ser muy perfeccionados y elaborados, los psicólogos sociales lo utilizan más que otros. Los resultados obtenidos con el método de anotación escrita tienen, además la ventaja de que se analizan más fácilmente por medio de la estadística.

Las respuestas se califican de acuerdo con la importancia que los evaluadores dan a cada tema. Con la escala de tipo Likert, los individuos que responden al cuestionario indican su grado de acuerdo o desacuerdo con la serie de declaraciones que han sido analizadas previamente para asegurar su consistencia interna. Entre los diversos métodos para evaluar las actitudes el que se vale de modo característico de las respuestas libres tiene la ventaja de que excluye muchos perjuicios pero dificulta la calificación.

La medición de las actitudes, aunque no puede mostrar de una manera exacta la actitud que una persona tiene ante un fenómeno específico en el momento que se le presenta en la vida cotidiana, de alguna manera puede proporcionar un panorama general acerca de la forma de reacción de los grupos investigados ante diversos objetos psicológicos. Al conocer esto, aparte de desentrañar los motivos que impulsan a los individuos a actuar de determinada manera, se abre la posibilidad de implementar métodos, técnicas y programas para influir en las actitudes de las personas a nivel individual o grupal; ya

*sea para buscar el cambio de las actitudes que ocasionan conductas conflictivas o destructivas para el individuo, su comunidad o ambos, o para implementar o reforzar aquellas que son favorables para el desarrollo integral de la persona y su sociedad.*

*Actualmente es de suma importancia hacer investigación en cuanto a las actitudes de los individuos y grupos en los aspectos relacionados al SIDA y su prevención. Aunque es poco lo que se ha realizado en México, autores como Sepúlveda Amor (1989) y Díaz - Loving (1992) han dado ya los primeros pasos.*

*Para realizar investigaciones se debe tomar en cuenta un factor importante, esto en estudios psicológicos relacionados al SIDA, es el prejuicio. El SIDA ha sido asociado a ciertos grupos desde un punto de vista moral, es decir, con un orden en el cual los buenos son premiados y los malos castigados. Dichas creencias están muy relacionadas con la hipótesis del mundo justo de Lerner (1980) (citado en Díaz - Loving, Martínez, Ramos y Saldivar, 1992) según la cual, las personas tienden a atribuir cualidades morales a aquellos que han experimentado eventos deseables o indeseables.*

*En un trabajo realizado recientemente (Díaz - Loving, Martínez, Ramos y Saldivar 1992) se estudió a universitarios mexicanos en cuanto a su vida sexual, creencias acerca del origen del SIDA y conocimientos y actitud hacia el uso del condón y hacia el SIDA. Los resultados mostraron que las creencias con mayor aceptación por parte de los estudiantes fueron explicaciones tales como que el SIDA es resultado de la pérdida de valores y la irresponsabilidad, seguidas por aquellas relacionadas con la falta de higiene, la vida inmoral, las relaciones sexuales con prostitutas, el no controlar la ansiedad sexual y tener relaciones sexuales con personas de ambos sexos lo cual indica el alto grado de prejuicio que persisten en relación a esta enfermedad.*

*En lo referente a conocimiento y actitudes, se encontró que los estudiantes que tendían a dar explicaciones morales sobre el origen del SIDA también creían que el tener sexo oral con un desconocido es una conducta riesgosa para contagiarse de SIDA, así mismo, los estudiantes que consideraron que el condón es apropiado para usarse con las esposas, obtuvieron una media mayor en moralidad en comparación con los que no lo creían, y en forma marginal, los estudiantes que creían que el condón no era*

*apropiado para usarse con parejas ocasionales, presentaron un puntaje mayor en moralidad que los que no lo creían.*

*Es interesante que conductas empíricamente relacionadas con el SIDA como el tener relaciones sexuales con muchas personas y no usar preservativos, no fueron consideradas como altamente riesgosas por la mayoría de los estudiantes, y conductas más generales como la pérdida de valores y la irresponsabilidad, fueron caracterizadas como claros orígenes del SIDA y por lo tanto, consideradas como precursoras del riesgo de contagio por el VIH.*

*Varios sujetos indicaron que se sentían seguros de no estar contagiados, porque aunque habían tenido varias parejas a través de su vida, cuando salían con una persona solamente mantenían relaciones sexuales con ella, es decir, que una monogamia sería les daba la impresión de seguridad y baja promiscuidad. El patrón de resultados sugirió que la manera en que los estudiantes están enfrentando el SIDA es a un nivel abstracto, general y alejado de las conductas necesarias para resolver el problema.*

*Esta orientación los protege psicológicamente ya que la pérdida de valores y la irresponsabilidad es algo que se puede atribuir a la sociedad y no a ellos mismos, pero esta protección psicológica se convierte en riesgo biológico, ya que no se realizan las prácticas específicas de prevención por no percibirse como el grupo amorfa que si se puede contagiar.*

*Otro dato importante que se debe mencionar es que algunas otras investigaciones han demostrado que aunque los sujetos muestran actitudes de solidaridad y preocupación para con los enfermos de SIDA, altos porcentajes de personas se pronuncian por su aislamiento, siendo también de interés que aún en los grupos más informados sobre las vías de transmisión del VIH, siguen persutiendo creencias erróneas como los son el contagio en albercas públicas, por contacto diario en la escuela y/o trabajo o por piquetes de mosco (Izazola, Valdespino, Juárez, Mondragón y Sepúlveda, 1989 citados en Díaz - Lovmg, Martínez, Ramos y Saldívar, 1992).*



*El tipo de creencias en relación a los medios de transmisión del VIH así como la autopercepción, ya sea en forma consciente o inconsciente, en cuanto a pertenecer o no a un grupo riesgoso de contraer el VIH, determinan el grado de preocupación que las personas tengan de enfermarse de SIDA. Izazola, Valdespino, Juárez, Mondragón y Sepúlveda, (1989) (citados en Díaz - Loving y Rivera, 1992) reportan que en una muestra de la población general mexicana, 41% de los entrevistados no sentía temor de enfermarse de SIDA, mientras que los estudiantes universitarios mencionaron tener mucho/moderado de enfermedades del SIDA en un 47%, solo 23% tenían poco miedo, el 30% restante no tenía miedo alguno. También Sunkys y Earlie (1984) (citados en Díaz - Loving y Rivera 1992) reportan en estudiantes universitarios poca preocupación acerca del SIDA.*

*Struvin y Hinson (1987) (citados en Díaz - Loving y Rivera, 1992) en un estudio sobre adolescentes mostraron que un 54% de estos, no se hallaban preocupados de contraer la enfermedad.*

*Por su parte, Díaz - Loving y Rivera (1992) realizaron un estudio en donde encontraron que la autopercepción de riesgo en los estudiantes universitarios fue baja, el riesgo que percibían en las demás personas tanto grupos de homosexuales como heterosexuales, siempre fue mayor que la suya propia, lo cual indica nuevamente que los universitarios se consideraron a sí mismo como inmunes al contagio del SIDA.*

*De este modo, se pone de manifiesto como las actitudes hacia ciertas personas y situaciones llegan a conformar creencias que en muchas ocasiones se convierten en las regentes de la conducta, y a veces están cargadas de prejuicios; tal es el caso de las creencias acerca de grupos minoritarios como homosexuales, prostitutas y portadores de VIH o enfermos de SIDA. Los psicólogos sociales tienen hoy en día una importante tarea para deconstruir las actitudes originales que formaron la base de las creencias tan arraigadas acerca de los homosexuales y en lo que el SIDA y a sus víctimas se refiere, ya que al origen de las actitudes, se podrán establecer métodos efectivos para un cambio real en la conducta de cada uno de los miembros de la sociedad, que permita poner un alto a la infección por VIH y lograr un trato más humanitario hacia los ya contagiados.*

### 3.6 ACTITUDES, OPINIONES, CREENCIAS, PREJUICIOS E INTENCIONALES CONDUCTUALES

*"La actitud, cuando es expresada verbalmente, constituye una opinión. Las opiniones habitualmente son expresadas sin tener una certeza completa acerca de si sus contenidos son verdaderos o falsos. La opinión es aquello que suponemos cierto aunque no tengamos absoluta certeza de ello"*

*En 1975, Túlheim y Ajzen (citados por Perلمان y Cozby, 1983) explican esta distinción mencionando que mientras la actitud se refiere a una evaluación favorable o desfavorable de la persona hacia un objeto, las creencias representan la información que esta persona tiene acerca del objeto. Específicamente, una creencia une el objeto con algún atributo.*

*Para Arias (Gatica (1980), una creencia es aquello que se acepta como cierto acerca de un objeto psicológico sin preocuparse por su veracidad.*

*Perلمان y Cozby (1983) hacen notar que se pueden tener actitudes y creencias virtualmente acerca de todo (gente, grupos, objetos, problemas, etc) y los atributos o características que pueden estar vinculados al objeto son casi ilimitados. Las creencias forman la base de la actitud.*

#### *Prejuicio.*

*Castro Pérez (1967) (citado en Diaz - Loving, Martínez, Ramos y Saldívar 1992) define al prejuicio como una actitud hostil hacia una persona que pertenece a un grupo generada simplemente por su sola pertenencia a éste, pues se presume que comparte ciertas cualidades objetables. Consta de dos elementos básicos: una actitud negativa hacia alguien, y una creencia sobregeneralizada a propósito de ese alguien o del grupo al que pertenece. El autor señala que el prejuicio tiene una condición refractaria a evidencias contrarias, por lo que por lo general, son las creencias las que se adaptan y amoldan a la actitud negativa.*

### *Actitudes e Intenciones Conductuales*

*Otro concepto importante para Perلمان y Cozby (1985) es el de las intenciones conductuales, que son las intenciones de una persona a desarrollar conductas específicas. Mientras que las actitudes, creencias e intenciones conductuales son internas y no directamente observables (y por lo tanto, deberán ser inferidas de respuestas de los sujetos a preguntas específicas), la conducta puede ser directamente observada.*

*Ajzen y Fishbein (1975 citados en Perلمان y Cozby, 1985) sugieren que las creencias de una persona influyen en las actitudes de que desarrollo hacia el objeto, que las actitudes influyen en cómo la persona pretende actuar hacia un objeto y que las intenciones conductuales influyen (pero no determinan completamente) en cómo una persona realmente se conduce hacia un objeto. Así, aunque estos son conceptos aparte, están relacionados entre sí de manera importante.*

*Perلمان y Cozby (1985) menciona que una opinión común de las actitudes en el pasado era que tenían tres componentes: uno cognoscitivo, consistente en las creencias de la persona hacia un objeto, otro afectivo consistente en los sentimientos de la persona hacia el objeto; y el conductual, consistente en las tendencias de la persona (o intenciones) para actuar en formas particulares hacia el objeto. Este punto de vista es ahora menos aceptado debido a que confunde algunas distinciones importantes entre estos conceptos*

## *CAPITULO IV*

## IV. MÉTODO

### 4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

*A lo largo de la historia de la humanidad, las enfermedades han tenido un papel especial en el desarrollo de las sociedades. La manera de entender y afrontar el riesgo de enfermar, ya sea en lo individual o en lo colectivo, es decir, la enfermedad como suceso personal, como fenómeno biológico, como asunto social, ha caracterizado las distintas épocas de los grupos humanos desde sus primeras congregaciones tribales, hasta la compleja red de interrelaciones que caracteriza al mundo moderno.*

*Algunas epidemias han sido superadas por el avance en el conocimiento y por la disposición de técnicas para prevenirlas o combatirlas (la viruela es un ejemplo al respecto); otras persisten después de siglos (la lepra, la tuberculosis) y unas cuantas emergen como condiciones nuevas, para las que aún no se está lo suficientemente preparado.*

*El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), además de ser una enfermedad mortal, va acompañada de una serie de prejuicios, de actitudes sociales de estigmatización del enfermo, de una visión cultural del mal, que dificultan su tratamiento y eventual cura; pero a diferencia de ellas, el SIDA aparece en un contexto en el que conocimientos científicos y la tecnología han alcanzado un alto grado de desarrollo. Esto necesariamente determina una distinta manera de enfrentar el problema sanitario.*

*Al principio de la epidemia se creía que el SIDA era enfermedad únicamente de homosexuales, pero actualmente afecta en gran medida a la población heterosexual. Por consiguiente, en todas las parejas independientemente de sus preferencias sexuales, su relación de pareja se ha visto afectada por este problema, dando como resultado: temores, miedos, prejuicios, angustias, mitos ante la idea de saberse infectados, ya sea por sus prácticas sexuales actuales o anteriores o simplemente por otras causas. Esto da origen a presentar diversas actitudes que de alguna manera han repercutido en su vida, esto ya sea con la pareja, en sus relaciones interpersonales o en su trabajo incluso.*

*Por tal motivo, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo conocer si el problema del SIDA ha afectado la actitud sexual en dos grupos, uno de parejas de novios, y otro grupo de matrimonios; así como de conocer si existen diferencias en la actitud por sexo.*

#### *4.2 HIPÓTESIS*

##### *Hipótesis de Trabajo*

*A raíz del problema del SIDA se han dado cambios en la actitud sexual en las parejas de novios y matrimonios.*

##### *1.- Hipótesis Nula $H_0_1$*

*No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud sexual ante el problema del SIDA en un grupo de parejas de novios y otro grupo de matrimonios.*

##### *2.- Hipótesis Alternativa $H_1$*

*Si existen diferencias estadísticas significativas en la actitud sexual ante el problema del SIDA en un grupo de parejas de novios y otro grupo de matrimonios*

##### *3.- Hipótesis Nula $H_0_2$*

*No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud sexual ante el problema del SIDA entre hombres y mujeres en dos grupos, uno de parejas de novios y otro de matrimonios.*

#### 4.- Hipótesis Alternativa H<sub>2</sub>

*Si existen diferencias estadísticas significativas en la actitud sexual ante el problema del SIDA entre los hombres y las mujeres en la relación de pareja, en los dos grupos estudiados.*

#### 4.3 VARIABLES

*Variable Dependiente.* Actitud sexual ante el SIDA.

*Variable Independiente.* Sexo, Estado civil.

#### 4.4 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

*Actitud.* "Dispositivo ó preparación, más o menos estable, de opinión, interés, o propósito que implica expectativas por un cierto tipo de experiencia y preparación de una respuesta apropiada. (Drever 1975)

Para Kimball Young (1967), las actitudes tienen tres componentes:

- a.- Componentes cognitiva; consiste en la creencia de un individuo acerca de un objeto.
- b.- Componente conductual; consiste en una disposición a responder una tendencia a la acción ya sea alejamiento o acercamiento con respecto a un objeto.
- c.- Componente afectivo; consiste en los sentimientos o emociones ligados al objeto de actitud.

*Sexualidad.* Conjunto de comportamientos relativos al instinto sexual y a sus satisfacción. (Enciclopedia Salvat (Diccionario). E. d. Salvat México, 1983)

**Sida.** *Enfermedad infectocontagiosa, debida a un retrovirus conocido como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cual ataca y deprime al sistema inmunológico, por lo cual el individuo se vuelve presa fácil de infecciones secundarias (infecciones oportunistas) y cáncer, que conducen finalmente a la muerte. (Sepúlveda 1989)*

**Sexo.** *Condición orgánica que distingue entre el macho y la hembra. (Dorsfi 1985)*

**Estado Civil.** *Situación civil de una persona en cada uno de los diferentes estados: casado, soltero, viudo, divorciado, y unión libre. (Pequeño Larousse Ilustrado 1985)*

#### 4.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

**Actitud Sexual.** *Será considerada la calificación obtenida por las parejas en la escala tipo Liekert. (Cruz-Paez Ma. Guadalupe. Tesis UNAM 1991)*

**Sida.** *Es una enfermedad mortal infecciosa y contagiosa, que se puede transmitir por tres vías de contagio: 1. Por transmisión sanguínea, 2. por uso de agujas y jeringas contaminadas y 3. por transmisión sexual (aquí se incluye por transmisión perinatal).*

**Sexo.** *Femenino y Masculino.*

**Estado Civil.** *Soltero y Casado.*

#### 4.6 MUESTRA

*Participaron para esta investigación 50 parejas, 25 parejas de novios y 25 matrimonio, todos ellos trabajadores de la Delegación Benito Juárez. Con rango de edad entre 22 a 50 años. Todas las parejas con un mínimo de 6 meses en su relación de pareja.*



*El tipo de muestreo que se utilizó para esta investigación fue de tipo no probabilístico intencional. No probabilístico porque no todo el personal que labora en la Delegación tuvo la probabilidad de formar parte de esta investigación, y fue intencional ya que se buscaron a los individuos que reunieran las características necesarias.*

*Los criterios de inclusión, para ambos sexos son:*

*Edad, estado civil, y que su relación tuviera un mínimo de 6 meses de duración.*

#### **4.7 TIPO DE ESTUDIO**

*Fue un estudio descriptivo de campo, ya que los estudios de campo son investigaciones encaminadas a descubrir las relaciones o interacciones entre variables sociológicas, psicológicas y educacionales en estructuras sociales, generalmente el investigador en este tipo de estudio valora las consecuencias de una intervención o tratamiento que ocurre en el momento en que se realiza su estudio, pero que no ha sido introducido por él, y en otras ocasiones le interesa conocer el estado actual de un fenómeno sin interesarse sus causas. (Campbell, 1980)*

*El fenómeno que se estudió (problema del SIDA), es algo ya dado y que actualmente sigue su curso independientemente de alguna manipulación directamente por parte de los investigadores.*

*Otro hecho importante para este tipo de estudio, es que la muestra que se estudió fue tomada en sus ambientes naturales (centro de trabajo), no prefabricada por los investigadores.*

#### **4.8 TIPO DE DISEÑO**

*Se utilizó un diseño Ex-post-facto, casi experimental.*

#### 4.9 INSTRUMENTO

*El instrumento que se utilizó en esta tesis se tomo de la Tesis:*

*Actitud Sexual Ante el SIDA; de Cruz Paez Ma. Guadalupe.*

*Este instrumento consta de 51 reactivos que evaluaron la actitud en las parejas, desde completamente de acuerdo (OD) hasta completamente desacuerdo (OD), pasando por indeciso (I) (Escala tipo Likert) también llamada de rasgos sumarizados; la cual esta constituida por los siguientes indicadores:*

- 1.- *Sensualidad. Sensaciones visuales, auditivas, olfativas, gustativas y del tacto que resultan placenteras*

*Los reactivos que pertenecen a esta área son: 13, 28, 46, 51, 40.*

- 2.- *Mitos y Creencias. Ideas deformadas, carente de realidad, cerradas al mundo científico.*

*Los reactivos de esta área son: 1, 4, 7, 10, 15, 21, 26, 30, 32, 34, 43.*

- 3.- *Fidelidad. Dentro de la pareja es el afecto constante y reciproco entre dos personas exclusivamente que mantienen relaciones sexuales.*

*Los reactivos de esta área son. 3, 12, 23, 36, 39, 45, 48*

- 4.- *Hábitos Sexuales. Conductas constantes y/o repetitivas.*

*Los reactivos de esta área son: 9, 17, 19, 20, 24, 31, 37.*

- 5.- *Temores. Manifestación de rechazo y recelo hacia situaciones sexuales.*

## *CAPITULO V*

*Los reactivos de esta área son: 5, 6, 14, 18, 22, 29, 35, 38, 41, 44, 49, 50.*

**6.- Agresión.** *Acciones que intenten atacar o destruir a personas que están o podrían estar infectadas por el virus del SIDA.*

*Los reactivos de esta área son: 2, 8, 11, 16, 25, 27, 33, 42, 47.*

#### **4.10 PROCEDIMIENTO**

*La investigación se llevó a cabo en las instalaciones de la Delegación Benito Juárez y en escenarios naturales (Casas de los trabajadores de la Delegación Benito Juárez).*

*En la Delegación Benito Juárez se aplicó el cuestionario a 10 parejas y a 10 parejas en su casa-habitación, esto se llevó a cabo aproximadamente en 1 mes.*

*Al establecer el reporte con las parejas, se les comentó que era pasante de psicología egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México y estaba llevando a cabo una investigación sobre Actitud Sexual en la relación de pareja a partir del problema del SIDA. Solicite su amable cooperación para que de ser posible contesten este cuestionario con la mayor honestidad el cuál es totalmente confidencial y anónimo, marcando con una "X" cualquiera de las cinco opciones que considere más apropiada a su criterio.*

*Algunas de las parejas que se entrevistaron en la Delegación Benito Juárez se negaron a participar, argumentando que no eran sujetos de investigación, lo cual obstaculizó dicha investigación, por lo que el tiempo de aplicación del instrumento se alargó.*

## RESULTADOS

### ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

Para llevar a cabo la interpretación de los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, se realizó un análisis descriptivo; el cual consiste en formular reglas y procedimientos para la presentación de los datos de forma útil y significativa, en donde lo estadístico establece reglas de las cuáles los datos puedan representarse gráficamente.

La muestra estudiada estuvo compuesta por un total de 100 sujetos, de los cuáles el 50% (25 parejas) son solteros y el 50% (25 parejas) son casados. (Ver Tabla N° 1).

TABLA N° 1

VARIABLE ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Soltero	50	50
Casado	50	50
Total	100	100

La muestra que se estudio quedo constituida por 100 sujeto. 50 sujetos del sexo masculino y 50 sujetos del sexo femenino. (Ver Cuadro N° 2).

TABLA N° 2

VARIABLE SEXO	FRECUENCIA	%
Masculino	50	50
Femenino	50	50
Total	100	100

En la tabla (3) se observa la edad de la muestra estudiada la cual tiene una media de 29.8, así como también, se observa una desviacion estandar de 6.6.

TABLA N° 3

VARIABLE	ME DIA	D. ESTANDAR
Edad	29.870	6.656

En la tabla (4) observamos la edad de los sujetos por sexo y estado civil

TABLA N° 4

ESTADO CIVIL	EDAD	D. ESTANDAR
Hombres Solteros	26.038	3.400
Hombres Casados	32.125	5.756

En lo que se refiere a la edad de las mujeres, se contempla que en las mujeres solteras, la media es de 23 años y en las casadas de 32 años

TABLA N° 5

ESTADO CIVIL	EDAD	D. ESTANDAR
Mujeres Solteras	23.375	3.437
Mujeres Casadas	32.846	7.215

Por lo que respecta a las actitudes asumidas por los sujetos encontramos que el instrumento aplicado consta de seis factores a saber: Sensualidad, Temor, Agresión, Mitos y Creencias, Fidelidad y Hábitos Sexuales, y las respuestas dadas a dicha escala en términos de la media son las que se muestran en la tabla (6).

Respuestas a la escala de actitudes por factor en función del sexo

TABLA N° 6

FACTOR	MEDIA		DESV. ESTANDAR	
	H	M	H	M
Sensualidad	13.50	13.97	4.21	4.43
Mitos	43.96	43.12	6.85	5.20
Fidelidad	21.42	20.54	3.88	4.06
Hábitos Sexuales	22.87	22.34	4.73	4.39
Temor	42.54	41.33	5.84	5.17
Agresión	36.40	35.74	6.46	3.66

Respuestas a la escala de actitudes por factor en función del Estado Civil

TABLA N° 7

FACTOR	MEDIA		DESV. ESTANDAR	
	S	C	S	C
Sensualidad	13.65	13.82	4.26	4.43
Mitos	44.50	42.58	5.74	6.28
Fidelidad	21.26	20.69	1.00	3.98
Hábitos Sexuales	22.62	22.57	4.42	4.70
Temor	42.96	40.87	5.30	5.63
Agresión	35.74	36.34	5.31	5.19

Respuestas a la escala de actitudes por factor en función del sexo y estado civil (mujeres solteras vs mujeres casadas)

TABLA N° 8

FACTOR	MEDIA		DESV. ESTANDAR	
	Mujeres		Mujeres	
	S	C	S	C
Sensualidad	13.87	14.08	4.45	4.40
Mitos	44.37	41.96	4.44	5.56
Fidelidad	20.58	20.50	3.97	4.22
Hábito Sexuales	22.10	22.50	4.05	4.76
Temor	42.87	39.69	4.59	5.33
Agresión	35.58	35.88	2.62	4.47

Respuestas a la escala de actitudes (hombres solteros vs hombres casados)

TABLA N° 9

FACTOR	MEDIA		DESV. ESTANDAR	
	Hombres		Hombres	
	S	C	S	C
Sensualidad	13.44	13.56	4.04	4.55
Mitos	44.61	43.25	6.81	6.96
Fidelidad	21.88	20.91	4.00	3.72
Hábito Sexuales	23.03	22.65	4.80	4.75
Temor	43.03	42.00	5.97	5.78
Agresión	35.88	36.83	7.00	5.93

Al observar las comparaciones realizadas en esta investigación encontramos que al contrastar la muestra por sexo (hombre, mujeres), vemos que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los 6 factores del instrumento (Cuadro N°. 10)

CUADRO N°. 10

FACTOR	VALOR $f$	EL PROB.
Sensualidad	-.54	.590
Mitos	.69	.492
Fidelidad	1.11	.269
Hábitos Sexuales	.57	.568
Temor	1.09	.278
Agresión	.57	.570

Al considerar la muestra en función del estado civil (solteros vs casados), encontramos que tampoco existen diferencias estadísticamente significativas en los 6 factores de la escala que se aplicó para el fin, esto lo podemos observar en el cuadro N°. 11, sin embargo vemos que en el factor temor la significancia es de .064 que no es estadísticamente significativa pero en un sentido quizá menos científico pero no así, importante veremos que en este factor tal vez si existen diferencias entre solteros y casados.

CUADRO N°. 11

FACTOR	VALOR $f$	EL PROB.
Sensualidad	-.20	.843
Mitos	1.39	.114
Fidelidad	.71	.482
Hábitos Sexuales	.06	.954
Temor	1.88	.064 *
Agresión	-.57	.570

Como apreciamos en el siguiente cuadro (12) la muestra en función del sexo y estado civil (mujeres solteras vs mujeres casadas) encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas. Como podemos observar en el factor temor el alfa es de .034, que siendo significativa habría que considerar dicha diferencia.



CUADRO N° 12

FACTOR	VALOR t	S. PROB.
Sensualidad	- .16	.873
Mitos	1.68	.099
Fidelidad	.07	.943
Hábitos Sexuales	- .27	.970
Temor	2.19	.034 *
Agresión	- .29	.771

En el cuadro (13) veremos los diferentes factores de la escala de actitudes hacia el SIDA por sexo y estado civil.

CUADRO N° 13

FACTOR	VALOR t	S. PROB.
Sensualidad	- .10	.920
Mitos	.70	.487
Fidelidad	.87	.387
Hábitos Sexuales	.31	.759
Temor	.62	.536
Agresión	- .52	.607

## DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se hará una descripción de los resultados obtenidos en la presente investigación de acuerdo a cada uno de los factores que formaran el instrumento.

### 1. Factor Sensualidad.

En las muestras estudiadas, el grupo de mujeres fueron las que presentan una actitud más favorable hacia la sensualidad ( $\bar{x}=13.97$ ), en oposición a los hombres ( $\bar{x}=13.50$ ) quienes presentan una actitud menos favorable. Lo anterior indica que las mujeres demuestran más abiertamente sus emociones a través de los sentidos, caricias, ternura, amor o dulzura.

Al comparar los grupos por estado civil, encontramos que los solteros presentan una actitud menos favorable ( $\bar{x}=13.65$ ) en relación a los casados ( $\bar{x}=13.82$ ) esto se podría explicar debido a que en los casados la relación con su pareja es más estable que en los solteros.

En lo que respecta a las mujeres, se encontró que las solteras se muestran menos favorables hacia la sensualidad ( $\bar{x}=13.87$ ), que las casadas ( $\bar{x}=14.08$ ).

No existen diferencias estadísticamente significativas, como se puede observar en el cuadro N° 12; esta misma comparación por estado civil se muestra en el cuadro 13.

### 2. Factor Mitos y Creencias.

En cuanto al factor de mitos y creencias, en las muestras que se estudiaron, vemos que el grupo de hombres fueron quienes presentan una actitud más favorable hacia este factor ( $\bar{x}=43.96$ ), en cambio las mujeres se mostraron menos favorables ( $\bar{x}=43.12$ ). Esto nos indica que los hombres presentan más ideas deformadas ante la información del SIDA. Las mujeres presentaron menos ideas deformadas ó creencias falsas con respecto a la concepción del SIDA, lo que respecta al estado civil, los solteros ( $\bar{x}=44.50$ ).

*presentaron una actitud más favorable hacia este factor, no así los casados ( $\chi=42.58$ ) quienes a su actitud fue menos favorable.*

*Las mujeres solteras ( $\chi=44.37$ ), su actitud fue más favorable que en las mujeres casadas ( $\chi=41.96$ ), esto se refiere que en las solteras sus mitos ó creencias en cuanto al SIDA aún esta muy primitivo, las casadas tienen un panorama ó visión más amplia hacia lo que es el SIDA.*

*En el cuadro 10 se muestran las comparaciones entre hombres y mujeres, para observar la comparación entre mujeres solteras y mujeres casadas en el cuadro 12, y cuadro 13 entre hombres solteras y hombres casados. Observándose que no existen diferencias significativas*

### *3. Factor Fidelidad.*

*Para las muestras de hombres y mujeres; el grupo de hombres son los que mostraron la actitud más favorable hacia la fidelidad ( $\chi=21.42$ ), no así las mujeres ( $\chi=20.24$ ), esto se explica en el capítulo de conclusiones*

*Al comparar los grupos en cuanto al estado civil, los hombres solteros ( $\chi=21.88$ ) fueron los que se mostraron más favorables hacia el factor de fidelidad, los hombres casados ( $\chi=20.50$ ), mostraron su actitud menos favorable a la fidelidad.*

*Las mujeres solteras ( $\chi=20.58$ ) su actitud fue más favorable hacia la fidelidad, las casadas ( $\chi=20.50$ ), no fue así*

*Lo anterior se explica que los solteros como solteras están más a favor o están más "convencidos" hacia la fidelidad, ya que ellos llevan su relación excluyendo a terceras personas. En este factor no existe diferencias significativas, esto se puede ver en los cuadros 12 y 13.*

#### **4. Factor Hábitos Sexuales.**

*Al analizar este factor, el grupo de los hombres mostraron una actitud más favorable hacia este factor ( $\chi=22.87$ ), las mujeres ( $\chi=22.34$ ) en cambio su actitud fue menos favorable en el grupo de solteros ( $\chi=22.63$ ) su actitud es más favorable hacia este factor, no así, en el grupo de casados ( $\chi=22.57$ ), en las mujeres solteras ( $\chi=22.16$ ) su actitud es menos favorable que en las mujeres casadas ( $\chi=22.50$ ).*

*Las mujeres para este factor, se muestran menos favorables, esto significa que en sus prácticas sexuales no son tan rígidas, y que en cierto momento estarían dispuestas a modificar esas prácticas usuales o rutinarias.*

*Para este factor, tampoco existen diferencias significativas (hombres vs mujeres  $t = .57$   $\alpha L = .568$ ), (solteros vs casadas  $t = -.06$  con un  $\alpha L = .954$ ), (mujeres solteras vs casadas  $t = -.27$  con un  $\alpha L = .790$ ) y (hombres solteros vs casados  $t = .31$  con un  $\alpha L = .753$ ).*

#### **5. Factor Temor.**

*Por lo que respecta a la actitud hacia el factor temor, los hombres ( $\chi=42.54$ ), mostraron más temor hacia el problema del SIDA, las mujeres ( $\chi=41.31$ ) se mostraron con menos temores ante este problema.*

*Los solteros ( $\chi=42.96$ ) mostraron una actitud más favorable ante este factor, no así los casados ( $\chi=40.87$ ).*

*Las mujeres solteras ( $\chi=42.87$ ), su actitud fue más favorable que en el grupo de mujeres casadas ( $\chi=39.69$ ).*

*Los hombres solteros ( $\chi=43.03$ ) también su actitud fue más favorable, no así en los casados ( $\chi=42.00$ ).*

*En conclusión los grupos que manifestaron más favorables hacia el factor temor, manifiesta menos signos de rechazo hacia situaciones de tipo sexual que de una manera u otra están relacionadas con el SIDA.*

#### **6. Factor Agresión.**

*Para este factor los hombres ( $\chi=36.40$ ) mostraron más agresión psicológica hacia su pareja; las mujeres ( $\chi=35.74$ ), se mostraron menos agresivas. El grupo de solteras ( $\chi=35.74$ ) su actitud fue menos favorable hacia la agresión, no siendo así, los casados ( $\chi=36.34$ ), que mostraron más agresividad.*

*Para el grupo tanto de mujeres casadas ( $\chi=35.88$ ), como de hombres casados ( $\chi=36.83$ ), su actitud fue más favorable hacia la agresión el grupo de solteros (as), su actitud fue menos favorable. Tal vez los solteros (as) no muestran agresión, debido a que el noviazgo es una etapa de conquista, de romanticismo o de falta de sinceridad hacia la pareja, ya que en el noviazgo, ambas personas, demuestran sólo su lado positivo.*

*No existen diferencias significativas, se observan en los cuadros 12 y 13.*

## *CAPITULO VI*

## CONCLUSIONES

*Al comenzar este apartado diremos que el objetivo de la presente investigación fue determinar la actitud de un grupo de sujetos (empleados de la Delegación Benito Juárez) hacia el SIDA encontrándose que en general los hombres adoptan una actitud más positiva ante el SIDA. Sin embargo, al analizar los resultados y confrontarlos con la cultura en la que vivimos diríamos que lo que vemos no es posible porque precisamente nuestra "mecanidad" nos dice que los hombres tienen mayores libertades y en esto la incluimos la esfera sexual, área que estamos tocando de una manera directa y creemos que lo que a continuación se describe sea un "fue" reflejo del acontecer cotidiano. Sin embargo, también sabemos que los instrumentos con los que medimos lo que pretendemos están plagados de errores y no imputables al instrumento mismo, sino a otros factores que podrían considerarse desconocidos o que de alguna puede ser manipulados por los sujetos de estudio.*

*Por lo que respecta al factor (sensualidad) las mujeres sobresalen, al hacer un desglose de esto encontramos que el grupo de mujeres presentó una actitud más favorable hacia la sensualidad. Esto es que aquellas demuestran más abiertamente su ternura, amor, dulzura y cariño hacia su pareja, en cambio los hombres no demuestran ese sentimiento debido a que les cuesta trabajo hacerlo, ya que en nuestra sociedad el hombre debe o se supone ser el "macho" el que "no debe llorar porque el hombre", que no debe mostrar sus emociones porque esto solo lo puede hacer una mujer.*

*El grupo de hombres su actitud fue menos favorable hacia ese mismo factor, tal vez su sensualidad no la exprese como algo físico, sino más bien, como por medio de sensaciones tanto auditivas, visuales, olfativas, gustativas y del tacto que resultan ser placenteras para ellos, las mujeres expresan su sensualidad no tanto por medio de sanciones ni visuales ni del tacto, sino de sensaciones más de sentimientos y emociones.*

*En cuanto a mitos y creencias, se encontró que el grupo de hombres presentan una actitud más favorable, esto quiere decir, que la información acerca del SIDA que han recibido o escuchado la han distorsionado, en cambio el grupo de mujeres, la información no la han distorsionado, esto se podría expresar en que la mujer actualmente tiene menos prejuicios o tabúes acerca de su sexualidad. Al observar estos resultados se*

*debe preguntar a que se debe este fenómeno, tal vez será que las campañas que se han difundido no han sido lo bastante claras y explícitas o será que la población heterosexual utilizan mecanismos de defensa como la negación que de alguna manera, la información que han recibido o escuchado no ha sido todavía asimilada.*

*Por lo que respecta al factor fidelidad se muestra que el grupo de hombres mostró una actitud más favorable hacia la fidelidad.*

*Las mujeres mostraron una actitud menos favorable hacia este factor, esto se debería a que actualmente la mujer ya tiene o se cree que tiene la misma "libertad sexual", pero en nuestra sociedad nos han educado más estrictamente en cuanto a nuestra sexualidad, ya que sería muy mal visto que la mujer sea infiel o tenga varias parejas sexuales.*

*Los datos obtenidos por los hombres, se cabría preguntar si los resultados se deban a que no contestaron el instrumento sinceramente.*

*Analizando este punto podemos decir que a la luz de la "realidad cotidiana" esto resulta lógico, ya que en la vida diaria el hombre resulta ser más infiel que la mujer y esto en términos de nuestra cultura, el hombre tiene más libertad sexual incluyendo a los casados.*

*Al analizar el factor hábitos sexuales entre los hombres y mujeres se encontró que los hombres presentan una actitud más favorable hacia este factor, ya que al realizar sus prácticas sexuales rutinarias, son factores de riesgo para contraer el SIDA. Las mujeres han modificado sus hábitos sexuales tal vez porque su información acerca del SIDA, no está tan deformada, con esto no se quiere decir que la mujer no se cuida, sino simplemente que por algunos mitos o creencias han modificado sus hábitos sexuales.*

*Respecto al factor temor el grupo de los hombres presentaron una actitud más favorable, no así, el grupo de mujeres quienes mostraron más temor ante el SIDA, tiene menos temor a infectarse. Esto se puede deber a que antes de la aparición del SIDA casi toda la población heterosexual, no se preocupaba de llevar*



*una vida sexual monógama, y no les importaba si era o no necesario el uso del condón, pero a raíz del aumento de casos de SIDA en heterosexuales, se ha llevado a implantar medidas preventivas para frenar dicha enfermedad.*

*En cuanto al estado civil, los casados muestran una actitud menos favorable hacia este factor, esto explicaría que aún siguen teniendo relaciones extramatrimoniales, y no tiene temor a infectarse, no así en el grupo de solteros.*

*Referente al factor agresión, se encontró que en los hombres hay mayor agresión hacia su pareja, aún sabiéndola infectada.*

*Las mujeres tanto casadas como solteras muestran una actitud menos agresiva hacia su pareja.*

*En conclusión los hombres independientemente del estado civil, son quienes presentan una actitud más positiva ante el problema del SIDA, sin embargo se podría inferir que las mujeres son quienes tienen más "conciencia" del problema y por lo tanto podrían restringir sus prácticas sexuales o hacerlas con más responsabilidad, ó sea, utilizando la mayoría de los requerimientos precautorios, que en cierto sentido es acorde con nuestra cultura, no así el hombre que sigue pensando en una satisfacción personal únicamente sin medir consecuencias futuras, lo que se podrá traducirse en una falta de "conciencia" ante el problema del SIDA. llevándonos todo esto al rechazo de las hipótesis alternas, por lo que se concluye que no hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres y entre solteros y casados ante la problemática del SIDA.*

## *CAPITULO VII*

## SUGERENCIAS

*Con respecto a las sugerencias para la realización de futuros estudios relacionados con el tema, es conveniente ampliar el tamaño de la muestra y las variables a estudiar, con la finalidad de poder generalizar los resultados.*

*Aportaría datos relevantes a este estudio, el conocimiento de otras características de la muestra por ejemplo: nivel socioeconómico, religión, lugar de residencia (urbano, rural) etc. Si bien este estudio se enfocó a medir la actitud sexual hacia el SIDA en la relación de pareja, seguramente brindaría elementos importantes el estudio de la actitud en las personas que no tienen un compañero sexual.*

*También considero necesario que las campañas sobre el SIDA, que realizan algunas instituciones como el CONASIDA, ISSSTE, IMSS, SALUBRIDAD, etc. se dirijan a todo tipo de grupos independientemente de la preferencia sexual, y al impartir estas campañas utilizan un lenguaje claro y sencillo para que la población entienda, comprenda y asimile mejor.*

*Otra sugerencia que propongo es que tanto en Escuelas y/o trabajo, tanto en zonas urbanas como rurales, vayan especialistas en el tema para dar información sobre las principales vías de transmisión y prevención de este mal (SIDA), para que ello contribuya a una mejor educación sexual, y evite que la epidemia del SIDA continúe ascendiendo en forma rápida y que posteriormente ya no exista control alguno.*

*Sería importante realizar un estudio comparativo entre diferentes ocupaciones para conocer si existe alguna diferencia.*

*Es indiscutible que el número de personas infectadas por VIH está y seguirá en constante aumento, en consecuencia es necesario realizar un mayor número de investigaciones acerca de este tema, ya que en México no se cuenta con la información necesaria, asimismo, tener en cuenta tanto las limitaciones como sugerencias hechas, para evitar obstáculos que puedan impedir el desarrollo de futuras investigaciones.*

## LIMITACIONES

Como todo estudio efectuado en cualquier campo del conocimiento éste no estuvo exento de limitaciones que si se toman en cuenta para investigaciones posteriores podrían hacerse mayores aportaciones al campo del conocimiento.

Con respecto al instrumento aplicado, algunas personas se negaron a contestar el cuestionario, argumentando que no "eran sujetos de investigación".

Así como, que eran preguntas de tipo sexual y eso es algo íntimo y personal, (aun haciendo hincapié que el cuestionario era totalmente anónimo y confidencial).

También existieron algunas protestas por el número de preguntas de la escala de actitudes.

Otra limitación se encuentra en la estructura de las preguntas de la escala:

" Si estuviera infectado eyacularia dentro de mi pareja (ano, vagina y boca).

" Me es placentero eyacular sobre el cuerpo de mi pareja.

" Se que aunque estuviera infectado sentiria placentero eyacular sobre el cuerpo de mi pareja.

Debido a que dichos reactivos son únicamente para contestación del hombre y no de la mujer, originando que las mujeres contestaron de diferente manera o no contestaron.

Lo conveniente es este caso, hubiera sido adoptar o cambiar la pregunta para que ellas contestaran adecuadamente.

Otra limitación fue el criterio de inclusion (6 meses de duración en la relación de pareja), algunas parejas de novatos tenían poco tiempo de haber comenzado su relación, por ello se alargó más el tiempo de aplicación del instrumento.

Por último, otra limitación de este estudio se encontró en la representatividad en la muestra ya que en un muestreo no probabilístico, se impide generalizar los resultados.

## BIBLIOGRAFIA

- Acevedo E. L.  
*Información sobre el SIDA.*  
Tesis UNAM, Facultad de Psicología 1993.
- Álvarez G.  
*Elementos de Sexología.*  
Ed. Interamericana, Méx, 1987.
- Arias Galicia T.  
*Actitudes, Opiniones y Creencias.*  
Ed. Trillas, Méx, 1980.
- Azcárraga G.  
*Sexología Básica.*  
Ediciones Científicas.  
Ed. Prensa Médica Mexicana, S.A. 1986.
- Boletín Mensual SIDA/ETS (Enero 1992. N° 1) México.*  
Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.
- Boletín Mensual SIDA/ETS (Abril 1993. N° 4) México.*  
Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.
- Boletín Mensual SIDA/ETS (Junio 1993. N° 6) México.*  
Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.
- Boletín Mensual SIDA/ETS (Marzo 1995. N° 3) México.*  
Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.
- Campell  
*Métodos Experimentales y Cuasiexperimentales.*  
Ed. Barcelona, Méx, 1980.
- Conde Reyes Ma. de la Paz.  
*Expectativas Matrimoniales y Satisfacción Conyugal.*  
Tesis UNAM, Facultad de Psicología 1991.
- Cuevas Abad M.  
*Técnicas de Medición.*  
Tesis UNAM, Facultad de Psicología 1981.

*Cruz Paz Ma. G. Pelayo, Benjamin.*  
*Actitud Sexual ante el SIDA.*  
*Tesis UNAM, Facultad de Psicología 1991.*

*Daniels Victor G.*  
*Sida Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.*  
*Ed. El Manual Moderno, Edición 2ª, Méx. 1989.*

*Díaz - Lovíng, R.*  
*Personalidad, Valores y Patrones Sexuales.*  
*Revista de Psicología Social y Personalidad Vol. 7, Nº. 2, 1992.*

*Díaz - Lovíng, R. Martínez y, Ramos.*  
*Creencias sobre el Origen del SIDA.*  
*Revista de Salud Mental Vol. 15, Nº. 3, 1992.*

*Espinoza, C. Arista S.*  
*Del SIDA no Sabemos Nada, Sólo que te Mata.*  
*Los Futuros del Porvenir Tiempo Libre Vol. 12, Nº. 626, Méx. Unomex 1992.*

*Gagnon, A.*  
*Sexualidad y Cultura.*  
*Ed. Pax: Méx., Méx. 1985.*

*Gálván Izquierdo Mónica.*  
*Actitud hacia el SIDA en Heterosexuales y Homosexuales.*  
*Tesis Universidad Intercontinental 1992.*

*Gálván, T.*  
*El SIDA en México, los Efectos Sociales.*  
*México Ed. Tipografía, Diseño e Impresión, S.A. de C.V. 1988.*

*Gene, F. S.*  
*Medición de Actitudes*  
*Ed. Trillas, Méx. 1976.*

*Gotwald, W.*  
*Sexualidad.*  
*Ed. Manual Moderno, Méx. 1981.*

*Gustari M.*  
*La Estabilidad en la Pareja.*  
*Tesis UNAM, Facultad de Psicología 1991.*

Helm, K. y Digeronima, T.  
*STDA, Verdades en Lugar de Miedo.*  
México, Ed. Promexa 1991.

Jene M. R. Remish.  
*Nuevo Informe Kinsey sobre Sexo.*  
Ed. Paidós, Méx. 1992.

Kahn, N. J.  
*Sobre la Sexualidad*  
Ed. Laia Barcelona 1978.

Kaplan H.  
*El Sentido del Sexo.*  
Ed. Grijalbo, Méx. 1981.

Kerfinger, T.  
*Investigación del Comportamiento.*  
Ed. Interamericana, Méx. 1987.

Laplanche, J. y Pontalis, J.  
*Diccionario de Psicoanálisis.*  
Barcelona Labor 1987.

Levin Jack,  
*Fundamentos de Estadística en la Investigación Social.*  
Ed. Harla 1979

Lindgren, H.  
*Introducción a la Psicología Social.*  
Ed. Trillas, Méx. 1988.

Masters H. W.  
*La Sexualidad Humana.*  
Ed. Grijalbo Barcelona 1987.

McCary J.  
*Sexualidad Humana.*  
Ed. El Manual Moderno, Méx. 1983.

McCuan F.  
*Psicología Experimental*  
Ed. Trillas, Méx. 1980.

*Padua.*

*Los Métodos de Investigación en Ciencias Sociales.*  
*Fondo de Cultura Económica, Méx. 1979.*

*Richardson, D.*

*La Mujer y el SIDA*  
*México Ed. Manual Moderno 1990.*

*Sánchez Ocaña Ramón.*

*Ante el SIDA*  
*Ed. Maneta, 1ª Edición, Méx. 1988.*

*Sepúlveda A. J. y Col.*

*SIDA, Ciencia y Sociedad en México.*  
*Ed. Fondo de Cultura Económica, Méx. 1989.*

*Sidney S.*

*Estadística no Paramétrica aplicada a las Ciencias de la Conducta.*  
*Ed. Trillas, Méx. 1976.*

*Rossi L.*

*Prácticas Sexuales en Pacientes Infeccionados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.*  
*Tesis de Doctorado UNAM, Facultad de Psicología 1992.*

*Tordjman G.*

*La Pareja*  
*Ed. Grijalbo, Méx. 1988.*



APENDICE

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MÉXICO

Edad .....

Sexo ( ) ( )

Edo. Civil .....

*El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer cual es su actitud ante el problema del SIDA, por lo cual se le pide que conteste de la manera mas honesta a estas preguntas.*

*Sus respuestas serán totalmente confidenciales y conservadas en el anonimato.*

*Por su colaboración  
Muchas Gracias.*

*Instrucciones:*

*A continuación se presenta una serie de cuestionamientos con respecto a la actitud que se tiene, a cerca del problema del SIDA. Por lo cual se le pide que conteste una sola vez por cada oración, marcando con una "X" la opción que se acerque más a sus parecer.*

*Las respuestas se harán con base a las siguientes opciones:*

<i>Completamente de Acuerdo</i>	<i>CA</i>
<i>De Acuerdo</i>	<i>A</i>
<i>Indeciso</i>	<i>I</i>
<i>En Desacuerdo</i>	<i>D</i>
<i>Completamente en Desacuerdo</i>	<i>CD</i>

## I N S T R U M E N T O

- 1) EL CONDON EVITA LA SATISFACCION SEXUAL.  

CA	A	I	D	CD
----	---	---	---	----
  
- 2) SI ME SUPIERA INFECTADO DEL VIRUS DEL SIDA TRANSMITIRIA LA ENFERMEDAD A TODOS LOS QUE PUDIERA.  

CA	A	I	D	CD
----	---	---	---	----
  
- 3) SI TENGO UNA RELACION ESTABLE Y LLEVARA A CABO UNA RELACION SEXUAL OCASIONAL Y QUEDARA INFECTADO SE LO CONFESARIA A MI PAREJA.  

CA	A	I	D	CD
----	---	---	---	----
  
- 4) A TRAVES DE LAS ACARICIAS SE PUEDE ADQUIRIR EL SIDA.  

CA	A	I	D	CD
----	---	---	---	----
  
- 5) MI PAREJA HA DESCARLADO LA ESTIMULACION MUCOGENTIL.  

CA	A	I	D	CD
----	---	---	---	----
  
- 6) ME PREOCUPA EL SABER QUE ALGUNA DE MIS EX-PAREJAS ESTE INFECTADA.  

CA	A	I	D	CD
----	---	---	---	----
  
- 7) LOS HOMOSEXUALES SON CAUSANTES DE QUE HAYA SIDA.  

CA	A	I	D	CD
----	---	---	---	----
  
- 8) ME SENTIRIA CONTENTO SI SUPIERA QUE MI PAREJA ESTE CONTAGIADA.  

CA	A	I	D	CD
----	---	---	---	----
  
- 9) EL QUE YO TENGA VARIAS PAREJAS NO ES RIESGO PARA ADQUIRIR EL SIDA.  

CA	A	I	D	CD
----	---	---	---	----
  
- 10) UN HETEROSEXUAL NO PUEDE CONTRAER EL SIDA.

- |   | CA | A | I | D | CD |
|---|----|---|---|---|----|
| 11) ABANDONARLA A MI PAREJA SI LA SUPIERA INFECTADA.  |    |   |   |   |    |
|   | CA | A | I | D | CD |
| 12) RECHUZARIA UNA RELACION CASUAL, POR CUIDAR MI SALUD Y LA DE MI PAREJA.                    |    |   |   |   |    |
|   | CA | A | I | D | CD |
| 13) MANTENDRIA AMBIVAMENTE MI TIERNURA, CARINO Y AMOR, A MI PAREJA A UN SABIENTOLA INFECTADA. |    |   |   |   |    |
|   | CA | A | I | D | CD |
| 14) DEBO SUSPENDER MIS RELACIONES SEXUALES CON MI PAREJA, A RAIZ DE LA APARICION DEL SIDA.    |    |   |   |   |    |
|   | CA | A | I | D | CD |
| 15) LAS PERSONAS INFECTADAS DEBEN SUSPENDER SU ACTIVIDAD SEXUAL.                              |    |   |   |   |    |
|   | CA | A | I | D | CD |
| 16) SI ME INFECTARA POR CULPA DE MI PAREJA JAMAS SE LO PERDONARIA.                            |    |   |   |   |    |
|   | CA | A | I | D | CD |
| 17) ES RESPONSABILIDAD DE MI PAREJA Y MIA EL QUE NOS CONTAGIEMOS DE SIDA.                     |    |   |   |   |    |
|   | CA | A | I | D | CD |
| 18) HE DEJADO DE ACARICIARLA A MI PAREJA.   |    |   |   |   |    |
|   | CA | A | I | D | CD |
| 19) HE DEJADO DE TRAGAR SEMEN DE COMPAÑERO O COMPAÑERA.                                       |    |   |   |   |    |
|   | CA | A | I | D | CD |
| 20) NO ME ATREVERIA A TENER RELACIONES SEXUALES CON ALGUIEN QUE NO CONOZCO.                   |    |   |   |   |    |
|   | CA | A | I | D | CD |

- 21) EL SIDA ES UNA ENFERMEDAD EXCLUSIVA DEL HOMOSEXUAL.
- CA                    A                    I                    D                    CD
- 22) ME DARIA VERGUEZA COMENTARLE A MIS AMIGOS QUE MI PAREJA ESTA INFECTADA.
- CA                    A                    I                    D                    CD
- 23) SI MI PAREJA ME CONFESARA QUE ESTANDO CONMIGO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON OTRAS PERSONAS, ME DEPRIMIRIA.
- CA                    A                    I                    D                    CD
- 24) MIS PRACTICAS SEXUALES SON DISMINUIDO A PARTIR DE LA INFORMACION OBTENIDA SOBRE EL SIDA.
- CA                    A                    I                    D                    CD
- 25) SI ME ENTERARA QUE UNO DE MIS AMIGOS ESTA INFECTADO ME ALEJARIA DE EL.
- CA                    A                    I                    D                    CD
- 26) AL SALUDAR A UNA PERSONA INFECTADA CORRERIA EL RIESGO DE INFECTARME.
- CA                    A                    I                    D                    CD
- 27) SI MI PAREJA ESTUVIERA INFECTADA ESTARIA DE ACUERDO EN QUE SE LE APLICARA LA EUDANANIA.
- CA                    A                    I                    D                    CD
- 28) SE DISFRUTA LA RELACION SEXUAL CON CONDON.
- CA                    A                    I                    D                    CD
- 29) DESPUES QUE SUPE DEL SIDA EN LOS MESES CON MI PAREJA YA NO HAY INTERCAMBIO DE SALIVA.
- CA                    A                    I                    D                    CD
- 30) EL SIDA SE PUEDE CONTRAER POR USAR LOS MISMOS UTENSILIOS DE COCINA DE UNA PERSONA INFECTADA.
- CA                    A                    I                    D                    CD

31) POR NINGUN MOTIVO LE PERMITIRIA EYACULAR DENTRO DE MI CUERPO A MI PAREJA.

CA A I D CD

32) EL INTERCAMBIO DE ROPA SUDADA DE UNA PERSONA INFECTADA ME TRANSMITIRIA EL VIRUS.

CA A I D CD

33) SI ESTUVIERA INFECTADO EYACULARIA DENTRO DE MI PAREJA (ANO, VAGINA O BOCA)

CA A I D CD

34) LA PICADURA DEL MOSQUITO PUEDE TRANSMITIR EL VIRUS DEL SIDA.

CA A I D CD

35) SI DUDARA DE LA SALUD DE MI PAREJA, LA OBLIGARIA A HACERSE LA PRUEBA DEL SIDA.

CA A I D CD

36) EL COYTEAR A OTRAS PERSONAS SIN LLEVAR A CABO LA RELACION SEXUAL NO LO CONSIDERO COMO TRACION A MI PAREJA.

CA A I D CD

37) EL LLEVAR A CABO PRACTICAS SEXUALES ORALES, NO IMPLICA POSIBILIDAD DE CONTRAER EL SIDA.

CA A I D CD

38) AL BESAR EN LA BOCA A UNA PERSONA INFECTADA, ADQUIRIRIA EL VIRUS.

CA A I D CD

39) LA INFORMACION QUE TENGO SOBRE EL SIDA ME HA LLEVADO A PENSAR QUE MI PAREJA ME ENGAÑA.

CA A I D CD

40) ME ES PLACENTERO EYACULAR SOBRE EL CUERPO DE MI PAREJA.

- |  | CA | A | I | D | CD |
|--|----|---|---|---|----|
| 41) SI MI PAREJA ME PROPUSIERA QUE NOS HICIERAMOS LA PRUEBA DEL SIDA, PENSARIA QUE ME ENGAÑA.              |    |   |   |   |    |
| 42) AUNQUE ME SUPERA INFECTADO ME SENTIRIA PLEACENTERO ESPECIALMENTE SOBRE EL CUERPO DE MI PAREJA.         |    |   |   |   |    |
| 43) A TRAVES DE LA ORINA DE UNA PERSONA INFECTADA SE PUEDE ADQUIRIR EL VIRUS DEL SIDA.                     |    |   |   |   |    |
| 44) NUESTRAS RELACIONES SEXUALES IRAN DISMINUYENDO A PARTIR DE LA APARICION DEL SIDA.                      |    |   |   |   |    |
| 45) SI LE ENCONTRARA PRESERVATIVOS A MI PAREJA SERIA UN INDICIO DE QUE ME ENGAÑA.                          |    |   |   |   |    |
| 46) EL QUE MI PAREJA Y YO ESTUVIESEMOS INFECTADOS NO SERIA MOTIVO PARA DEJAR DE EXPRESAR NUESTRAS AFECTOS. |    |   |   |   |    |
| 47) SI ME INFECTARA SERIA POR CULPA DE MI PAREJA.  |    |   |   |   |    |
| 48) AUN SABIENDO DEL SIDA NO ME PREOCUPA SERE FIEL A MI PAREJA.  |    |   |   |   |    |
| 49) LO PEOR QUE ME PODRIA PASAR, ES SABERME INFECTADO.   |    |   |   |   |    |
| 50) ME ME PREOCUPADO TANTO POR EL SIDA QUE ME DECIDI DO DEJAR DE RELACIONARME SEXUALMENTE CON MI PAREJA.   |    |   |   |   |    |

CA

A

I

D

CD

51) ALGUNAS DE LAS POSICIONES MAS ESTIMULANTES SON PENETRACION  
POR ADELANTE, MUJER DE RODILLAS Y PENETRACION POR DETRAS.

CA

A

I

D

CD