

104
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"EL MANEJO DEL PODER EN LA RELACION
DE PAREJA Y SU INFLUENCIA EN EL USO
DEL SEXO SEGURO EN LAS MUJERES"**

T E S I S
Que para obtener el título de
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
p r e s e n t a n

**Elia Isabel Galindo Becerra
Guadalupe Julián Chávez
Alicia Molina Maldonado**

**Directora de Tesis: Mtra. Selma González Serratos
Asesora en Metodología y Estadística:
Lic. Corina Cuevas Renaud**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.

Marzo de 1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES: Porque con su ejemplo me motivaron a luchar, por respetar mis decisiones, con cariño y comprensión y por darme la oportunidad de realizarme.

A MIS ABUELOS: Santiago y Candelaria †, porque sin tener obligación alguna me brindaron su apoyo y cariño.

A MIS HERMANAS: Imelda y Gude, a mis hermanos Mario y Pepe por compartir los buenos y malos momentos, por estar a mi lado y soportarme.

A PAO, DANY Y MAYITO: Porque su sola presencia es un motivo de vida, esperanza y amor.

A CONCHITA Y A SU GRUPO DE LOS VIERNES: Por el aprendizaje compartido en todo este tiempo, a través de sus experiencias.

A TI: Por estar presente en los momentos difíciles, alentarme a seguir luchando, por tu cariño, comprensión y paciencia.

GUADALUPE

A MIS PADRES: Porque con su amor, enseñanza, apoyo y paciencia a lo largo de toda mi vida me han motivado a luchar y a alcanzar mis sueños.

A MI HERMANA: Por transmitirme tu energía en los momentos de tristeza.

A MI ABUELITA ELI: Por su gran cariño y apoyo y sobre todo por su ejemplo de fortaleza.

A MIS TÍOS MARBELLA Y ARTURO: Por su amor y gran apoyo en los momentos mas difíciles de mi vida. Por su ejemplo de respeto y calidad humana.

A VERO Y CARLOS: por su insustituible amor y compañía desde 1993 hasta ahora.

A ROGER: Por su inseparable compañía y su motivación para seguir luchando.

ELIA

Dedico este trabajo:

A MIS PADRES, con todo mi amor, por haber dedicado gran parte de su vida a conformar la mía, brindándome todo su apoyo, amor y ejemplo para ser una mejor persona cada día, siendo los primeros maestros en mi vida.

A MIS HERMANAS, por su compañía y comprensión en todo momento y por esa amistad tan especial que sólo puede existir entre nosotras.

A OMAR, con todo mi corazón, porque en todo momento ha caminado a mi lado, dándome su amor incondicional, su apoyo y comprensión, que inyectan energía a mi vida.

A MIS AMIGAS, ELIA Y GUADALUPE, porque a pesar de todos los obstáculos seguimos adelante juntas, en este proyecto y en tantos otros.

A CLAUDIA, porque la amistad que nos une ha perdurado por tantos años.

A LA MEMORIA DE LOS AMIGOS que se han ido, luchando contra el VIH/SIDA: George, Gabriel, Alberto, René, Saúl, Luis, Pedro y Miguelito .

A MIS GRANDES MAESTROS: Mtra. Alma Aldana,
Sra. Eugenia Jiménez †, Lic. Rocio Chaveste, Lic. Lourdes
Moreno, Mtro. Xavier Lizarraga, Lic. Luis Armando La Madrid,
Mtro. Jesús Calzada, Sr. Fernando Reyes; quienes me
iniciaron en el estudio y comprensión de la sexualidad
humana.

Y muy especialmente, a la MEMORIA DEL DR. FRANCISCO
ESTRADA VALLE †, Paco, quien me enseñó nuevos
significados para conceptos como el amor, la vida, el respeto,
el valor y la solidaridad.

ALICIA

AGRADECIMIENTOS:

- **Agradecemos a la Mtra. Selma González Serratos la acertada dirección de esta tesis y su valiosa e incondicional asesoría y apoyo en la realización de este trabajo, desde el inicio de éste hasta su conclusión.**
- **A la Lic. Corina Cuevas Reanud por su asesoría en la metodología y estadística a lo largo de toda la investigación; así como por su amabilidad y buena disposición en todo momento.**
- **A la Mtra. Sofía Rivera Aragón por su objetividad, dedicación y por sus atinadas sugerencias y correcciones.**
- **A la Dra. Magdalena Varela Macedo y a la Lic. María de la Luz Javiedes Romero por la asesoría y revisión de esta tesis.**
- **Al Psic. Marcos Verdejo Manzano por su amistad, paciencia y apoyo en el uso de la computadora y el análisis estadístico de los datos.**
- **Al Lic. Leobardo Durón Tafoya por su valiosa colaboración en el análisis estadístico de los datos.**
- **A la Lic. Jossette Benavides Tourres por su autorización para el uso de las instalaciones de la Facultad para llevar a cabo los Talleres de Erotización del Sexo Seguro**
- **Al Sr. Felipe Briseño por la facilitación de las aulas dentro de la Facultad para la realización de los Talleres de Erotización del Sexo Seguro.**

- A Compañeros en Ayuda Voluntaria Educativa, A.C., por facilitarnos el material audiovisual necesario para la impartición de las Conferencias sobre VIH / SIDA.
- A la Sra. Elia Carranza Vda. De Colombón por su apoyo y facilitación de material audiovisual.
- A la familia Molina y a la familia Colombón por su ayuda en la inscripción por vía telefónica de las participantes a los Talleres de Erotización del Sexo Seguro.
- A la Mtra. Alma Aldana García por su amistad, asesoría , apoyo y enseñanza en nuestra formación como educadoras sexuales.
- De manera muy especial, a las mujeres que asistieron los Talleres de Erotización del Sexo Seguro y aceptaron participar en la presente investigación, compartiendo experiencias tan personales con nosotras, pues sin su colaboración no hubiera sido posible la realización de este trabajo.
- A la Universidad Nacional Autónoma de México, por habernos brindado la oportunidad de ocupar un lugar en ella y logra: nuestra formación profesional.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	3
Capítulo 1 : El Manejo del Poder en la Pareja	5
1.1 Definición de poder	5
1.2 La teoría de género	8
1.3 Los medios de control	11
1.3.1 El miedo como medio de control	11
1.3.2 El dinero como medio de control	14
1.3.3 La sexualidad como medio de control	15
1.4 Aspectos Sociales.....	16
1.4.1 Elementos de socialización.....	17
1.4.2 La cuestión legal	18
1.4.3 La influencia de la clase social	23
1.5 Aspectos Culturales	25
1.5.1 La culpa	25
1.5.2 Los mitos	26
1.5.2.1 El mito de la virginidad	26
1.5.2.2 El mito de la construcción de la pareja...	27
1.5.2.3 El mito del amor eterno	29
1.5.2.4 El mito del poder oculto	30
1.5.2.5 El mito del matriarcado	33
1.6 Aspectos Económicos	37
1.6.1 La distribución del dinero	38
1.6.2 El dinero "es" del hombre y los hijos "son" de la mujer	40
1.7 Aspectos Educativos	41
1.7.1 La influencia de los medios de comunicación	42
1.7.2 El doble código moral	43
1.7.3 La influencia familiar	44
1.7.4 La educación formal	45

Capítulo 2: Las Enfermedades de Transmisión Sexual	47
2.1 Definición de enfermedades de transmisión sexual	47
2.1.2 Agentes causales y formas de contagio	48
2.2 Principales enfermedades de transmisión sexual	49
2.2.1 Enfermedades causadas por bacterias	49
2.2.1.1 Gonorrea	49
2.2.1.2 Sifilis	50
2.2.1.3 Clamidiasis	52
2.2.1.4 Chancro Blando	52
2.2.1.5 Granuloma Inguinal	53
2.2.2 Enfermedades causadas por virus	54
2.2.2.1 Herpes genital	54
2.2.2.2 Verrugas Genitales o Condilomas	55
2.2.2.3 Hepatitis Viral	55
2.2.2.4 Molusco Contagioso	56
2.2.2.5 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ..	57
2.2.3 Enfermedades causadas por otros microorganismos. 59	
2.2.3.1 Tricomoniasis	59
2.2.3.2 Moniliasis o candidiasis	60
2.2.3.3 Pediculosis púbica	61
2.3 Mujeres en alto riesgo	62
2.4 Complicaciones de las enfermedades de transmisión sexual cuando no reciben tratamiento	62
2.5 Aumento de mujeres infectadas	64
2.6 Cambio de estrategia	65
2.6.1 ¿Cómo prevenir?	65
2.6.2 Cambio social	67

Capítulo 3 : El Sexo Seguro	68
3.1 Definición de sexo seguro	68
3.1.1 Sexo más seguro	68
3.1.2 Sexo protegido	69
3.1.3 Sexo seguro	69
3.2 Diferentes prácticas sexuales y sus riesgos	70
3.2.1 Descripción del riesgo de cada práctica sexual	70
3.2.2 Categorización de las prácticas sexuales por el riesgo que conllevan	75
3.2.3 Otros factores de riesgo en las prácticas sexuales...	76
3.3 El uso correcto del condón	80
3.3.1 Descripción del condón	80
3.3.2 Efectividad de los condones	80
3.3.3 Instrucciones de uso	81
3.3.4 Causas comunes de las fallas del condón	83
3.3.5 El condón femenino	83
3.4 Otras estrategias en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH / SIDA	87
3.5 Problemas de las mujeres ante el uso del sexo seguro	90
3.5.1 El condón, artículo de uso masculino	91
3.5.2 Dificultades en la negociación	92
3.5.3 El temor a perder el vínculo	94
3.5.4 La identidad de género	95
3.5.5 Las relaciones de poder entre los géneros	97

Capítulo 4: La Erotización del Sexo Seguro	99
4.1 Definición de Erotización	99
4.2 Antecedentes históricos	100
4.2.1 El Código de Hammurabi	101
4.2.2 El pueblo Judío	102
4.2.3 La Grecia Clásica	102
4.2.4 Roma	103
4.2.5 El Cristianismo	104
4.2.6 Época Moderna	107
4.2.7 Época Contemporánea	108
4.3 La erotización en las mujeres	110
4.4 El Taller de Erotización del Sexo Seguro	111
4.4.1 Descripción	111
4.4.2 Historia	113
4.4.3 Finalidades	114
4.4.4 Estructura	115
Capítulo 5: Metodología	117
5.1 Planteamiento y justificación del problema	117
5.2 Objetivo	118
5.3 Hipótesis	118
5.3.1 Hipótesis de trabajo	118
5.3.2 Hipótesis estadísticas	119
5.4 Variables	119
5.5 Definición de variables	120
5.5.1 Definición conceptual	120
5.5.2 Definición operacional	122
5.6 Muestra	124
5.7 Escenario	125
5.8 Tipo de estudio	125
5.9 Diseño	125

5.10 Instrumentos	126
5.10.1 Características	126
5.10.2 Indicadores	126
5.10.2.1 Manejo del Poder en la Pareja	126
5.10.2.2 Uso del Sexo Seguro en las Mujeres	127
5.10.3 Validación de los instrumentos	130
5.11 Procedimiento	136
5.12 Materiales para los talleres	138
Capítulo 6: Resultados	140
6.1 Análisis de los resultados	140
6.2 Análisis descriptivo	140
6.2.1 Población	140
6.2.2 Manejo del poder en la pareja	149
6.2.3 Uso del sexo seguro antes del taller	155
6.2.4 Uso del sexo seguro después del taller	165
6.2.5 Evaluación de los talleres	176
6.3 Análisis inferencial	184
6.3.1 Diferencias entre el Pre-test y el Post- test	184
6.3.2 Correlación entre el manejo del poder en la pareja y el uso del sexo seguro en las mujeres	185
Discusión	186
Conclusiones	191
Limitaciones y Sugerencias	194
Referencias Bibliográficas	196
Anexos	204
Anexo 1: Banco de Reactivos sobre el Manejo del Poder en la Pareja	204
Anexo 2: Banco de Reactivos sobre el Uso del Sexo Seguro	207
Anexo 3: Instrumentos Aplicados: Manejo del Poder en la Pareja y Uso del Sexo Seguro	210
Anexo 4: Instrumento Validado: El Manejo del Poder en la Pareja.....	220

Anexo 5: Instrumento Validado: El Uso del Sexo Seguro	221
Anexo 6: Cartel para la Propaganda de los Talleres de Erotización del Sexo Seguro	223
Anexo 7: Carta Descriptiva del Taller de Erotización del Sexo Seguro	224
Anexo 8: Carta Descriptiva del Taller de Gustos y Disgustos del Sexo Seguro	228
Anexo 9: Hoja de Evaluación del Taller	231

RESUMEN:

Dado el aumento de enfermedades sexualmente transmisibles entre las mujeres, incluyendo el alarmante incremento en la proporción entre hombres y mujeres con SIDA (que en 1987 era 1/23 y en 1996 es 1/5), es de gran importancia conocer los factores que influyen en la adquisición de prácticas sexuales seguras.

El objetivo de esta investigación es evaluar la efectividad de los Talleres de Erotización del Sexo Seguro, como modificadores de actitudes y conductas sexuales; así como explorar si el manejo del poder dentro de la relación de pareja tiene o no influencia en el uso del sexo seguro en las mujeres.

Para ello, se tomaron como muestra a 200 mujeres adultas, de 18 a 28 años, estudiantes a nivel licenciatura en la UNAM, que participaron en un Taller de Erotización del Sexo Seguro. El estudio fue ex-post-facto y correlacional, con un diseño cuasi experimental pre y post test de una sola muestra.

Se aplicaron dos cuestionarios tipo Lickert, uno de los cuales indaga el tipo de prácticas sexuales que realizan las mujeres con sus parejas y el segundo analiza el manejo del poder que prevalece en sus relaciones.

Ambos cuestionarios fueron aplicados como pretest; enseguida las mujeres participaron en el taller y doce meses después se aplicó el post-test para investigar qué prácticas sexuales llevaban a cabo entonces. La construcción de los instrumentos fue sometida a un Análisis Estadística, para medir su validez y confiabilidad; el Análisis Factorial fue parte de dicho análisis.

Para el análisis estadístico se analizaron las diferencias entre las medidas pre y post mediante la prueba estadística t de Student correlacionada. El grado de relación existente entre el uso del sexo seguro y la forma en que se da el manejo del poder en la relación que las mujeres establecen con sus parejas se estudió a través de la Correlación Producto Momento de Pearson.

Los resultados arrojados por el análisis estadístico muestran que si existe una diferencia significativa entre el pre-test y el post-test de prácticas sexuales ; lo que indica que los Talleres de Erotización del Sexo Seguro son efectivos en facilitar el uso del sexo seguro a las participantes, aumentando el uso de prácticas sexuales sin penetración y el uso del condón en prácticas con penetración y sexo oral.

Por otro lado, los resultados de esta investigación no permitieron comprobar una relación entre el manejo del poder en la pareja y el uso del sexo seguro en las mujeres; dado que en la muestra estudiada se observó que la mayoría de las mujeres mantiene con sus parejas un manejo de poder equitativo, tal vez debido a las características específicas de la población estudiada (mujeres jóvenes, solteras, estudiantes universitarias y que mantienen relaciones sexuales con sus parejas) lo que pudo haber facilitado la negociación del sexo seguro con sus parejas.

INTRODUCCIÓN:

A más de una década de la aparición del SIDA, se ha observado que las campañas masivas de información no han sido suficientemente efectivas para detener la pandemia, pues el cambio de actitudes y, sobre todo, el realizar cambios en la conducta sexual implica diversos factores, y no únicamente la información.

Dichos factores aún no han sido plenamente identificados; sin embargo, algunos teóricos han centrado su interés en el manejo del poder dentro de las relaciones de pareja como un factor importante que influye o no en la adquisición de prácticas sexuales seguras.

Vance (1984) y Morgan (1989) definen el poder como la habilidad para influenciar a otros para que piensen o se comporten de maneras específicas.

En términos del acceso a las fuentes del poder, consideran que en casi todas las culturas contemporáneas implican el dominio del hombre sobre la mujer; aunque también reconocen que, a pesar de esa asimetría casi universal en las relaciones de género, las experiencias de las mujeres, sus roles, estatus y accesos personales a las fuentes de poder pueden variar ampliamente a través de las culturas y aún dentro de una misma cultura.

Las dinámicas de poder se ven reflejadas en diversos aspectos de la vida de las mujeres, incluyendo el área sexual, lo que puede facilitar o dificultar la adquisición del sexo seguro en la pareja.

Es por ello que en esta investigación se pretende estudiar la relación que existe entre el manejo del poder, en la pareja y el sexo seguro; y así constatar la influencia de este factor en la prevención del VIH/SIDA y contribuir al control de la pandemia al conocerse un poco más en qué contexto puede darse la modificación de la conducta sexual.

El Taller de Erotización del Sexo Seguro es una herramienta utilizada en diversas partes del mundo para ayudar a las personas a adoptar los lineamientos para un sexo más seguro, práctica necesaria para reducir el riesgo de contraer o transmitir el virus que causa el SIDA; así como muchas otras enfermedades sexualmente transmisibles.

Al ser un taller psico- educativo, ayuda a los participantes a identificar y combatir sentimientos y respuestas negativos en relación con su sexualidad y sus vidas sexuales, minimizando cualquier desajuste en su funcionamiento psicosocial o psicosexual originado por la crisis de salud causada por el VIH/SIDA.

Otra de las finalidades de esta tesis es comprobar la eficacia de los Talleres de Erotización del Sexo Seguro en el cambio de las actitudes y conductas sexuales ; para facilitar el uso del sexo seguro en las mujeres. Lo que puede llevar a la recomendación de este tipo de talleres para la prevención masiva de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.

CAPITULO 1: EL MANEJO DEL PODER EN LA PAREJA

1.1 Definición de Poder

El poder ha sido objeto de estudio de diversas disciplinas; como la Antropología, la Sociología, el Psicoanálisis, etc., cada una de las cuales lo ha trabajado y definido de diferentes maneras. En el presente trabajo se abordará el poder desde la perspectiva de género.

Según los contractualistas el poder es producto de la sociabilidad humana. Los hombres reunidos en colectividades, más o menos grandes, se vieron en la necesidad de darse unos gobernantes para resolver así, mediante la definición de jefes y subordinados determinados problemas "técnicos" originados por la vida social. (Russell, B., citado por Torres Mejía, D., 1978).

A partir de Marx, el poder tuvo que ser visto como asunto de todas las clases y grupos que, en una sociedad dada, perseguían la realización a la que resultaba inherente el conflicto con las demás clases (Torres Mejía D., 1978).

De acuerdo con estas definiciones pudiera pensarse que el ejercicio de dicho poder se da solo en las clases estratificadas socialmente, pero si se toma en cuenta que el poder significa la posibilidad de poder imponer la propia voluntad sobre otro (s) en una relación social; dentro de estas relaciones se incluyen entre otras, las relaciones de trabajo, de educación y de pareja.

Con respecto a éstas últimas Kate Millet (1975) señala que nuestras costumbres sexuales ponen de manifiesto que éstas constituyen y han constituido en el transcurso de la historia un claro ejemplo de relaciones de dominio y subordinación, el dominio a cargo de los hombres y la subordinación a cargo de las mujeres.

La distribución del poder dentro de la relación de pareja, se proporciona en forma desigual a cada uno de los miembros debido a las expectativas e ideas sociales que marcan la superioridad e inferioridad de hombres y mujeres de una cultura determinada.

Safilios- Rotherschild define el poder en la relación de pareja como "un constructo multidimensional que es expresado por el grado en el cual uno o más miembros de la familia controlan los actos conductuales importantes que se dan en ésta. Un miembro poderoso de la familia puede efectivamente determinar la naturaleza de la estructura y dinámica familiar, tanto sus necesidades, preferencias y deseos".

Este autor incluye nueve diferentes tipos y niveles de poder: poder legítimo o de autoridad, poder de toma de decisiones, poder de influencia, poder de recursos, poder de experto, poder afectivo, poder de dominio, poder de manejo de la tensión y poder moral. Para interés del presente trabajo se tomará la definición de uno de estos niveles, el poder de toma de decisiones, el cual, señala el autor, está subdividido en poder de toma de decisiones importantes y poder de toma de decisiones cotidianas. El primer tipo afecta y determina el estilo de vida y cada hecho importante para la pareja, mientras que el segundo determina el rango de variación en el marco de la pareja establecida". (Rivera, S., 1996)

La familia moderna, dice Marx, encierra en sí, no sólo el germen de la esclavitud (servitus), sino también el de la servidumbre; es una reproducción en miniatura de todos los contrastes que se desarrollaron posteriormente, a escala más amplia y en el Estado, (citado por Millet, 1975).

Con base en esta concepción y observando que la estructura política sienta sus bases en el patriarcado, no es difícil identificar la posición jerárquica de cada uno de los miembros dentro de éste núcleo social; la clase opresora, quien maneja y administra los recursos es el padre, y la clase oprimida, los hijos y la esposa.

La causa de la opresión femenina surge con el sistema patriarcal, que sostiene sus bases en una serie de valores fijos e inmutables que anulan el criterio de aproximadamente la mitad de la población (las mujeres), y son apoyados y fundamentados por instituciones sociales como la familia, la escuela y la religión.

En nuestra sociedad, las formas de vida en el mundo masculino y femenino son radicalmente opuestas, distintas. En cuanto a estas diferencias Anne Wilson Schaeff (1981), nos dice: " cada cual tiene sus aspectos positivos y negativos, lo importante es darse cuenta que ambos son solo sistemas, pues ninguno representa la realidad universal. Al comprenderlo se cae en cuenta de que hay muchas posibilidades y tanto el poder como la sabiduría implican el conocimiento de que uno es libre de elegir ", sin embargo en las condiciones actuales predomina la forma de pensar, de sentir y de actuar de los varones, con base en sus normas se han constituido la religión, la ética, la política y la filosofía.

La " superioridad " de los hombres sobre las mujeres radica en el hecho de controlar a todas las mujeres y todos los actos de éstas. El poder, de acuerdo con Foucault (Parada L., 1993) se define como una relación y no como un rasgo individual; es decir, el poder no se detenta, no se apropia, sino que se revela en todos los niveles de la vida social, en este sentido, señala Parada, el poder es una lucha, un enfrentamiento.

Las relaciones de poder no son sólo un vínculo en el cual ejercer el mando, significa imponerse sobre las preferencias de otros respecto a cuestiones "importantes", así como determinar cuáles son esas cuestiones "importantes".

1.2 La Teoría de Género

Teresita de Barbieri (1992) considera que la categoría de género, es una propuesta de algunas militantes de los movimientos feministas, al inicio de los años setenta, que intenta explicar la desigualdad social en función del sexo.

Define al sexo como las diferencias biológicas entre hombres y mujeres; por otro lado, el género hace referencia a los modelos sociales de comportamiento, en relación con el hecho de ser hombre o mujer. Así, el sexo es un término biológico y género es un término psicológico y cultural. El género es el sexo socialmente construido.

Es decir, el sistema de géneros es un sistema de poder, en torno a ciertas capacidades y potencialidades de los cuerpos humanos: la sexualidad y la reproducción.

Como sistema de poder podría admitir tres variaciones mayores: dominación masculina, dominación femenina y equiparación entre hombres y mujeres. Sin embargo, la investigación y reflexión se han desarrollado para tratar de entender la dominación que los varones ejercen sobre las mujeres en las sociedades actuales.

El núcleo fundamental de este sistema se encuentra en el control que los hombres ejercen sobre la reproducción y la sexualidad de las mujeres, y derivado de ese control, sobre la capacidad de trabajo de las mujeres. Mediante normas sociales, valores, costumbres, etc., los hombres aseguran que el producto de la concepción sea reconocido socialmente como de un padre biológico, y de tener acceso exclusivo al cuerpo de determinada (s) mujer (es).

Así, el símbolo de poder se vuelve el falo, que justamente no es el órgano reproductivo de mayor participación en el mantenimiento de la especie. Y en nuestras sociedades, únicamente el cuerpo de la mujer se constituye como objeto erótico. Finalmente, para asegurar y cerrar más el control sobre los cuerpos femeninos, la división social del trabajo orienta a las mujeres a la realización de ciertas tareas, imprescindibles para la reproducción de la especie y la sociedad, pero socialmente devaluadas.

La única sexualidad permitida para las mujeres es dentro del matrimonio, y existen limitaciones muy fuertes para acceder a ciertas ocupaciones y al ejercicio del poder político.

Como todo sistema de poder, el género aísla y separa a los hombres de las mujeres mediante prohibiciones, normas escritas y no escritas, y múltiples mecanismos sociales. De esta manera también se separa en diferentes segmentos a la población femenina y se evitan rebeliones e insubordinaciones masivas, alianzas y constitución de frentes comunes.

Estos sistemas de control son extremadamente poderosos, puesto que se basan en la constitución de la primera identidad (ser hombre o ser mujer) y de la satisfacción de las necesidades afectivas. Es decir, están directamente implicados con la vida y la muerte y con la autoestima de las personas. Sin embargo, estos sistemas de control están permanentemente amenazados de transgredirse. Las mujeres pueden manipular los poderes de sus cuerpos, desobedecer las normas, simular obediencia, indisciplinarse, resistir a la dominación.

Al estar íntimamente ligados a la identidad primera, las diferencias de género han sido (y aún lo son hoy) interpretadas y racionalizadas como el orden de lo natural, biológico e inmutable; y no del orden social, histórico, cambiante y sujeto a la voluntad de las fuerzas políticas y sociales.

Por otro lado, pocas veces aparecen aislados. Como sistemas de poder y jerarquías sociales, están articulados con otros sistemas de distancias: generaciones, clases, etnias y razas.

Históricamente, han sido los movimientos de mujeres los que se han opuesto y han cuestionado este sistema de géneros, obviamente, por tratarse del grupo sometido; sin embargo, en los últimos años han surgido movimientos de hombres que evidencian que su género también encuentra desventajas y grandes pérdidas de su integridad humana al someterse a dicho sistema de géneros.

Una de las formas en que ello se hace evidente es al analizar la salud masculina (Keijzer, B. De, 1993). Si se toma en cuenta las principales causas de muerte en hombres jóvenes en México nos damos cuenta que la primera es los accidentes, la segunda el homicidio, la tercera el SIDA y la cuarta la cirrosis hepática.

Esto debido a la forma en que los hombres aprenden a relacionarse con la agresión, la violencia, las emociones, el alcohol, los vehículos; así como su relación con las mujeres y con otros hombres. La socialización masculina generalmente lleva a la excesiva competencia, la rigidez, a tomar riesgos innecesarios, a no mostrar las emociones, a no mostrar debilidad, es decir, a negar partes humanas de sí mismos, distanciándose y abusando de su propio cuerpo. Incluso el suicidio sucede cuatro veces más frecuentemente que en las mujeres, a pesar de que las mujeres tienen más intentos de suicidarse.

Así, el modificar los estereotipos rígidos de género redundaría en beneficios no únicamente para las mujeres, como muchos han llegado a pensar, sino en una mejoría de la salud física, emocional, social y sexual de hombres y mujeres.

1.3 Los medios de control

Si se continúa definiendo al poder como " dominación ", se puede entender la manifestación de ésta en dos rubros: el condicionamiento a determinada ideología y la imposición a través de la violencia. Es decir, los elementos de control pueden ser tan sutiles e imperceptibles como la indiferencia y la negación de un hecho o contundentes como la utilización de la fuerza física.

Definitivamente existen diferentes medios de los cuales se valen los hombres para ejercer este control, aquí se mencionaran para interés del presente trabajo, únicamente tres: el miedo, el dinero y la sexualidad.

1.3.1 El miedo como medio de control

Las mujeres tienden a sentir miedo ante el enojo, la agresión física y verbal o el abandono de sus compañeros, lo cual es empleado por estos últimos para controlarlas. En nuestra sociedad se espera que una mujer no sea agresiva, por tanto no grite, mucho menos golpee y si lo hace recibe castigos sociales como ser tratada de neurótica o de loca. Aunque es bien sabido que a tantos siglos de represión, o a varios años de agresión continua, se puede reaccionar con violencia; sin embargo, en el caso de las mujeres esto no está bien visto.

Las agresiones verbales que reciben las mujeres pueden implicar que el demandante suba el tono de la voz, o incluir insultos y ataques directos, que paralizan y bajan la moral de una persona. En ocasiones ni siquiera es necesario recurrir a lo anterior, se puede someter a alguien a base de críticas continuas y

sutiles en donde además existe una justificación: el interés del hombre por mejorar a su compañera.

Susan Forward (1993) ejemplifica esto con el testimonio de una paciente: " A él le enferma que yo ande con tejanos, aunque sea en casa. Me dice que ni siquiera sé coordinar los colores, que parezco disfrazada. Una vez me puse a llorar porque me había estado criticando toda la tarde, me preguntó qué demonios me pasaba y me dijo que, finalmente, me lo estaba diciendo por mi propio bien. "

En un principio, se puede pensar que realmente la crítica es constructiva, pero a medida que pasa el tiempo, y la mujer " no es útil para nada ", " siempre elige mal una combinación ", " la comida es un asco ", etcétera, se acumulan las fallas, hasta demeritar la confianza en si misma.

En ocasiones estas críticas son fáciles de identificar, sin embargo hay otras como la negación y la anulación o descalificación que pueden hacer dudar de la capacidad de percepción, incluso de la salud mental.

Muchos hombres recurren al pretexto del olvido de ciertos hechos que para ellos carecen de importancia y que para algunos otros ello implica que no ha sucedido, en la mujer, el que tenga la certeza de algo y el otro lo niegue, genera un sentimiento de frustración y anula la posibilidad de dar solución a un problema.

Recurriendo nuevamente a los testimonios de los pacientes de Susan Forward se cita el siguiente ejemplo: " Eso no lo recuerdo, no sé a que se refiere. Sinceramente no recuerdo esos episodios que al parecer significan más para ella que todos los momentos maravillosos que hemos pasado juntos. Fijate, es increíble la forma en que recuerda únicamente lo malo. "

Las mujeres también son consideradas seres indefensos que necesitan de cuidados y mimo; por lo que, si ese puerto de salvación se aleja, el quedar solas, pero sobre todo el que el grupo social reclame a la mujer el que no haya tenido la capacidad de retener a " su hombre ". Esto no sólo provoca en ellas miedo, sino terror, pues se les ha hecho creer que no están preparadas para enfrentar a la vida solas.

Si bien es cierto que de estos elementos también pueden hacer uso las mujeres, no se puede perder de vista que se dan en menor frecuencia unos que otros; es decir las mujeres tienden más a verbalizar sus agresiones, profiriendo insultos o amenazas, pero son pocas las veces que recurren a la violencia física.

" La coerción involucra retirar un premio o amenazar con un castigo por no complacer, es efectiva sólo si la persona que amenaza tiene el poder de cumplir la amenaza; así que es usada frecuentemente de las madres hacia sus hijos, empleadores hacia sus empleados o esposos hacia sus esposas. " (Pagelow, 1977)

Con respecto a lo anterior las posibilidades de abandono son, en la mayoría de los casos, inadaptables a la realidad económica que viven las mujeres, pues en este aspecto las condiciones son bastante desiguales a las de sus parejas. " La dependencia económica que tienen las mujeres de sus esposos, su falta de contacto con el mundo del trabajo (remunerado), su restricción al ámbito de la casa, limita en forma considerable los tipos de decisiones que las mujeres pueden demandar como parte de su dominio ". (Rivera S., 1996)

Salir del lugar conyugal es una decisión difícil de tomar, cuando no se cuenta con otro lugar de residencia, cuando hay hijos y cuando, además, no se dispone de un buen empleo.

Entre las pocas opciones de las mujeres se encuentra volver a la casa de los padres, lo cual no siempre es bien visto, por el contrario, es muy criticado. Además de que el mandato social es: "mantener la relación a cualquier precio" (Forward, S 1993), aunque ésta sea una violación de la integridad psicológica y/o física de la persona.

1.3.2 El dinero como medio de control

Legal y psicológicamente, no habría ningún impedimento para que las mujeres manejaran sus recursos económicos; sin embargo, en la actualidad esto no es real. Los sueldos que perciben las mujeres, aún en el mismo puesto que los varones, es menor; y el trabajo en el hogar no es remunerado, es un trabajo invisible.

Aunque hay quienes tienen acceso a un sueldo, generalmente es el jefe de familia quien lo administra, o en su defecto las mujeres lo emplean para otros: hijos, padres, etcétera , y no para ellas mismas.

"El que paga manda ", es un dicho muy usado en la sociedad actual, quien tiene dinero puede proporcionarlo, pero además decidir en qué se gasta, cómo se gasta y cuándo.

Susan Forward (1993) explica: " el dinero es mucho más que moneda efectiva, más que un medio de intercambio: puede erigirse en símbolo de competencia, autosuficiencia y libertad ".

Existen testimonios de mujeres que se han quejado: " Tengo abierta la posibilidad de firmar bauchers, cheques, en pago de ropa, comida, cursos, o lo que sea, pero no dispongo de efectivo ". (Taller de Antropología de la mujer, 1995).

A través de los documentos citados anteriormente se tiene el control de lo que se compró, a qué lugar se fue y el tema del curso que se tomó. De esta forma el hombre designa qué y cuánto se merece o se ha ganado la mujer. Si el comportamiento no es el adecuado, tiene la posibilidad de cerrar la cuenta bancaria y en este caso la mujer se ve obligada a aceptar que la equivocación fue generada por su necesidad.

1.3.3 La sexualidad como medio de control

Por la educación de género las mujeres están sujetas a normas que limitan su sexualidad. Una de ellas es la maternidad: para existir, las mujeres deben tener hijos; y esto constituye una limitante en el desarrollo personal, profesional, etcétera, pues no sólo se debe llevar el proceso de gestación durante los nueve meses, sino que socialmente se espera que la madre se haga cargo directamente del producto durante determinado tiempo, y que la maternidad siga siendo un compromiso es que de por vida. Lo primero sólo puede darse en el cuerpo de las mujeres, pero en lo segundo la participación del padre puede ser mayor de lo que es en la actualidad.

Es decir, se justifica la obligación social de las mujeres ante el cuidado y educación de los hijos con argumentos biologicistas, negando que son las normas sociales las que no han incluido al hombre como sujeto responsable en su reproducción ni en el cuidado y crianza de sus hijos.

En el mundo dicotómico en el que nos movemos, donde las posibilidades se reducen a "bueno - malo", "sano - enfermo", y en el caso de las mujeres a una categoría mucho más importante "decente - indecente", la manifestación de los deseos y necesidades sexuales no puede ser abierta.

Sin embargo, las mujeres deben ser deseables (segunda norma sexual) para la pareja. Si en determinado momento la pareja les hace comentarios reprobatorios acerca de su conducta sexual o existe una comparación o rechazo abierto, esta parte se desmorona y cierra la posibilidad de expresar los sentimientos al respecto.

De hecho las relaciones sexuales se dan, la mayor parte de las veces, en el momento y forma que a el hombre decide. Las complacencias para las mujeres, en éste y otros terrenos, sólo se dan al principio de la relación, pues forman parte de las reglas de la seducción enseñadas a los varones.

Algunos hombres manifiestan su hostilidad, negándose a tener la relación sexual, si es la mujer quien lo propone. Las mujeres también pueden emplear la negación a tener relaciones sexuales como una forma de control sobre el compañero; la diferencia estriba en que los hombres pueden optar por otra pareja sexual y su conducta es justificada por la sociedad; en el caso de las mujeres las limitantes en esta área son mayores.

1.4 Aspectos Sociales

La desigualdad de género se observa en todos los ámbitos: social, cultural, económico y educativo. Y durante años, psicólogos, biólogos y antropólogos han intentado demostrar que esta desigualdad social se basa en la falta de capacidad intelectual y física de las mujeres. Sin embargo, la teoría de género sostiene que son las limitantes que la propia sociedad le impone a la mujer, lo que la mantienen en una posición social desfavorable.

Los elementos ambientales de la sociedad fomentan o restringen el desarrollo de ciertos rasgos del carácter, que son los que determinan, las actitudes de los individuos hacia el poder. (Millet, 1975)

1.4.1 Elementos de socialización

De acuerdo con Kate Millet, (1975) los elementos de socialización de los sexos son: el temperamento, el papel y el status social. La psicología divide la estructura de la personalidad humana en carácter y temperamento, " éste último se desarrolla bajo ciertas normas basadas en las necesidades y valores del grupo dominante, en nuestra sociedad se le atribuye el estereotipo de pasividad a la mujer y el de actividad al varón. El simple hecho de nacer hombre garantiza un status, debido al prejuicio de superioridad masculina en todos los órdenes, lo cual es influido a través de la distribución de funciones " (Millet, 1975)

En nuestra sociedad, estas funciones son, para los varones, el desarrollo de actividades que les permita ampliar sus horizontes en términos intelectuales y económicos; para las mujeres actividades que las hagan sentirse o más bien ser útiles a los demás sin rebasar las capacidades masculinas.

Por otro lado, el papel sexual marca, para cada uno de los sexos, una serie de conductas, ademanes y actitudes altamente elaboradas. Existe una división estereotipada entre hombres y mujeres desarrollando expectativas diferentes con respecto al proceso de educación de los sexos. A los varones se les ha asignado un papel instrumental, orientado a metas, a ser independientes, a actuar y decidir; a las mujeres se les ha asignado el papel de atender a otros y de ser dependientes.

Las diferencias sexuales son un hecho biológico que interactúa con factores culturales, los cuales finalmente determinan lo que se espera de un hombre o de una mujer.

" Es indiscutible la interdependencia que existe entre estas tres categorías: el estatus es el componente político, el papel sexual, el componente sociológico y el temperamento, el componente psicológico ". (Millet K., 1975)

1.4.2 Conceptos jurídicos y diferencias sexuales

Francine Demichel (1994) menciona que el lenguaje jurídico, en su afán simplificador de los términos, excluye a las mujeres. Señala, además, que no cumple con la función de comunicar como debiera ser, siendo un administrador de las realidades sociales, y al emplear tan pocas categorías para referirse a las mujeres, pone de manifiesto su doble estructura.

Por una parte está el nivel de los principios jurídicos: el cual es ambiguo; utiliza por ejemplo de forma subjetiva las palabras de igualdad o libertad.

Un segundo nivel sería el lenguaje jurídico que puede emplear las palabras de uso común, sin embargo, el significado que se les da en el aspecto jurídico no es el mismo que en el uso cotidiano y sólo tienen acceso a él los juristas.

Demichel (1994) explica que la situación es contradictoria porque el derecho tiene una doble función; permite por un lado el acceso a la gestión, es un lenguaje técnico (inconvertible) instrumento del funcionamiento de un estado. Pero es también un lenguaje ideológico, que busca la legitimación; es decir, brinda los valores sociales, la autoridad y las reglas.

El derecho constituye la forma de entablar las relaciones sociales, apunta a organizar lo inteligible de estas relaciones, a ofrecer una imagen social estructurada, un simbolismo global. Legitima la sociedad, brinda una respetabilidad y aparece como sistema cerrado, estructurado, coherente; es presentado a diario, por la doctrina, como sistemático y racional. Poco apegado a mostrar las incoherencias y las contradicciones, las transiciones, las fallas, las reglas irracionales de la sociedad.

" La mayoría de los patriarcados han implantado la fuerza por medio de su legislación. Los patriarcados más estrictos como el islámico, condena con la pena de muerte cualquier transgresión de la mujer contra la legitimidad y la dependencia sexual. El cómplice masculino no recibe castigo alguno, sólo en las clases inferiores al relacionarse con la mujer del patrón, por violar tabúes de clase y propiedad. No así en varones pertenecientes a los estratos superiores, ellos gozaban de libertad para seducir a las mujeres de clase inferior ". (Millet K.,1975)

Francine Demichel (1994) explica que la dificultad para conocer el derecho es su aparente neutralidad, su discreción y su normalidad.

El concepto de sujeto de derecho no es posible ponerlo en duda, como no es posible poner en duda los conceptos de natural o universal. Llama hombre al ser humano y dentro de este concepto incluye a las mujeres y da por definida a la humanidad. Por ejemplo en México es hasta 1975, cuando " se intentó desaparecer todas las distinciones que propiciaban la figura de varón-jefe-de-familia ó varón-proveedor y se inició un esfuerzo por eliminar el lenguaje que esconde tras el genérico masculino a la mujer. Así, en el Código Civil para el Distrito Federal, se cambió, en casi todos sus artículos el vocablo hombre por el de persona ". (CONAPO, 1995)

El derecho desliza insensiblemente la normatividad, lo normal, hacia una ideología implícita, la de la objetividad y la de la neutralidad. La norma social dominante, se transforma en una ley (ser humano = hombre). Lo normal debe caer dentro de la legalidad. A través de conceptos tan abstractos e impersonales, estas leyes no toman en cuenta la situación femenina.

Como se mencionó anteriormente, la mujer tiene asignado su lugar (el hogar), su espacio interior, a veces una nacionalidad (la del marido), una función (que la excluyen de ciertas funciones públicas) Los ordenamientos civiles de las entidades federativas de Aguascalientes, Chiapas, Durango, Michoacán, Nuevo

León, Oaxaca, Sonora y Tabasco, declaran la igualdad entre el varón y la mujer; sin embargo, el capítulo relativo a los derechos y obligaciones de ambos cónyuges señala la obligación de la mujer de vivir al lado del marido y se le delega la dirección y cuidado de los trabajos del hogar, hace hincapié en que ésta podrá trabajar fuera del hogar sólo cuando " con ello no perjudique a la misión " que se le impone, el marido podrá oponerse a que lo ella haga, siempre que él " subvenga todas las necesidades del hogar y funde su negativa en causas graves y justificadas ". (CONAPO, 1995)

Dentro de los códigos legales el status de la mujer puede ser modificado pero en la realidad el cambio de su rol se pone en duda. Martha Lamas (1995) señala que a partir del Decenio de la Mujer, establecido por la ONU, de 1975 a 1985 , las mujeres han ganado importantes avances en igualdad jurídica; sin embargo, la realidad dista mucho de corresponder a la ley. "En México, por ejemplo, hasta 1974 era necesaria la autorización del esposo para que una mujer casada pudiera trabajar. Si bien legalmente esto ya no procede, todos sabemos que pocas mujeres se atreverían a ir en contra de los deseos u ordenes de su marido ".

En el marco jurídico vigente, encontramos este discurso jurídico- político de igualdad plasmado en el Artículo 4º Constitucional desde 1974. En él se señalan, además la igualdad entre el varón y la mujer, otros dos principios básicos que corresponden a las demandas que las mujeres han hecho a lo largo de la historia: derecho a una maternidad libre, responsable e informada y derecho a la protección de la salud. (CONAPO, 1995)

A pesar de ello, el modelo que prevalece de la imagen de la mujer es aquél que la exhibe como inferior y la excluye de su quehacer cotidiano, etiquetándola de pasiva, haciéndola pertenecer a esa esencia misteriosa que favorece la invisibilidad de su participación activa, sin referencia a su materia, a la clase social o al país. En esa dualidad cultural en que se encuentran sumergidos hombres y mujeres se dice

que éstas últimas son obras de la naturaleza y tienden a volver a ella, mientras que el hombre tiende a la cultura y al dominio de la naturaleza.

" Claude Lévi-Strauss ha señalado que las sociedades suelen establecer sus propias divisiones culturales a partir del modelo dual universal masculino-femenino. Cuando ese modelo se confronta con la oposición naturaleza- cultura, a lo femenino le corresponde la característica natural y a lo masculino la de cultural". (Lamas, M. 1995)

La mujer en el derecho fue encajonada dentro de la esfera de la reproducción y no de la producción. Es importante señalar que aunque el Artículo 123 Constitucional menciona que la mujer tiene derecho a ser contratada sin discriminación y a percibir un salario igual al del varón por trabajo igual, generalmente se prefiere contratar un varón que a una mujer, bajo el argumento de que éstos no se embarazan y por tanto no necesitan licencias por maternidad ni por cuidados maternos. Además, frecuentemente a las mujeres se les exige un certificado médico de no embarazo para que proceda su contratación.

El derecho delimita espacialmente y por tanto políticamente, los que están dentro (excluye a los enfermos, ej. SIDA) y los que están fuera de la norma social.

"El rol normal de la mujer en el derecho no es el ejercicio del poder. Dentro él, el orden político y social es masculino ". (Demichel F. ,1994) Bajo esta forma de funcionamiento sexual, la mujer participa en la sociedad en el ámbito privado y el hombre en el público, pues la mujer estaba asignada en lo privado, secreto y obscuro.

Demichel (1994) refiere que la desigualdad de los sexos en el derecho pasa por tres estados. El primero, fue el de la desigualdad, en donde la discriminación era muy marcada en derecho familiar, patrimonio, elección de residencia, educación de

los hijos y la restricción de su participación en lo político (privación del derecho al voto hasta 1944, en Francia).

Cabe aclarar que en México, "en 1923 se otorgó a la mujer el derecho a votar y ser elegida para cargos municipales en San Luis Potosí; en 1925, se le otorgó en Yucatán y, en 1926, en Chiapas. En 1946, se explicitó a nivel Constitucional Federal la participación de las mujeres, en igualdad de circunstancias que los varones, en las elecciones municipales y, con las reformas del Artículo 30 de 1953, la mujer obtiene su ciudadanía sin restricciones ". (CONAPO, 1995)

En un segundo estado, se busca la progresión de la igualdad jurídica, el acceso a funciones públicas y , aunque los casos siguen siendo limitados, se busca la no exclusión en ellas. Del mismo modo, las últimas reglas discriminatorias del derecho familiar, han sido recientemente suprimidas

Un tercer estado, hace uso de una discriminación positiva en favor de las mujeres, puede manifestarse en dos formas: discriminación protección y discriminación promoción. La primera se acercó a la intercesión de leyes antisexistas y textos contra el hostigamiento sexual y está fundada sobre la ideología del sexo débil, " ella no puede ", "es necesario protegerla", más a manera de concesión que de derecho.

Cierto tipo de disposiciones, dentro de los códigos civiles de las diferentes entidades federativas de este país, aparentemente favorables a las mujeres, en realidad permiten que se sigan manteniendo los roles y la división sexual del trabajo, a manera de ejemplo se cita el caso particular del estado de Puebla, en donde las hijas tienen derecho a recibir alimentos hasta que entablen un vínculo matrimonial, siempre y cuando vivan honestamente; en cambio, los hijos varones lo tienen sólo si son menores de edad, o siendo mayores, demostrando que están estudiando de manera regular. (CONAPO, 1995)

La segunda forma era promocionar la participación de las mujeres acercando mecanismos de igualdad compensatoria como el método de cuotas, así en 1982 el proyecto de ley sobre el reclutamiento de los consejos municipales preveía la elección sobre una lista plataforma con un 75% de candidatos del mismo sexo, disposición que fue insuficiente porque no rebasa la abstracción y continúa siendo un número de singular impersonalidad.

Como se ha observado, no basta con modificar las leyes en los códigos y textos para generar un cambio, para modificar una conducta o la actitud de la comunidad patriarcal y aún de las propias mujeres.

" Por eso, en 1980 la ONU suscribió una declaración en la que sostiene la insuficiencia de la mera prohibición de tratos discriminatorios a las mujeres, y plantea que son necesarias medidas especiales, llamadas acciones afirmativas ". Dichas acciones debían estar encaminadas a reformar la vida familiar y a establecer condiciones de ventaja para las mujeres porque " el tratamiento igualitario a desiguales no genera igualdad ". (Lamas, M., 1995).

1.4.3 La influencia de la clase social

" En una sociedad en la que el status depende de factores económicos, sociales, educacionales, puede parecer que algunas mujeres ocupan una posición superior a la de determinados varones. Sin embargo, la literatura de los últimos 30 años describe un impresionante número de situaciones en la que la casta de la masculinidad triunfa sobre el status social de la mujer adinerada, o incluso culta ". (Millet ,K., 1975)

Millet (1975) menciona el amor romántico y el amor cortés, como supuestos mermadores de la imposición del patriarcado occidental. Más adelante cita a Hugo Beigel, quien explica que tanto uno como otro constituyen "privilegios, otorgados por un varón dotado de poderes ", pues se manejan al nivel de pequeñas

concesiones, no son aceptadas como derechos de las mujeres. Beigel señala que " al atribuir a la mujer virtudes irreales, la han relegado, a una esfera de acción tan limitada como coercitiva ".

Un factor aún más importante que ha favorecido lo anterior es la división que se genera entre las mujeres producida por la clase social, la virtud, la belleza y la edad, esto pone en competencia a las mujeres, enfrascándolas en una rivalidad absurda que favorece la opresión de las mismas.

Cada vez que una mujer , en el caso de infidelidad de su pareja, agrade a " la que le ha robado el amor de su hombre ", disculpa la actitud del compañero. Cada vez que una mujer asume el status de superioridad haciendo alarde de su juventud, o su belleza, se expone a quedar "fuera del mercado", dentro de algunos años.

" Una mujer atractiva puede hacer que los hombres hagan cosas para ella; es decir, puede tener poder sobre un hombre al que atrae. Sin embargo este poder es temporal y tiene límites definidos. Por ejemplo, es efectivo sobre un sólo hombre a la vez; además de que no está disponible para todas las mujeres de todas la edades, y usualmente no dura mas allá de los 40's aun en las más bellas mujeres. " (Frieze, H, 1978)

En cuestiones de educación, cultura y nivel de conocimientos, las mujeres deben aparentar ser inocentes, pues la inocencia es considerada una virtud, que se puede perder. Esta inocencia no es más que el disfraz de la ignorancia que a través de siglos se ha impuesto a las mujeres y que ha permitido la supremacía masculina.

1.5 Aspectos Culturales

1.5.1 La culpa

Existen sin duda un sin número de aspectos culturales que influyen de manera determinante en la constitución de la ideología femenina; sin embargo existe uno cuyo peso es tan grande que ha permanecido durante siglos, colaborando en la formación ambivalente y desigual que se da en la relación entre hombres y mujeres: la culpa.

" Ese afecto que genera un círculo vicioso, en donde se entremezclan la vergüenza, el enojo y la agresión. Como se supone culturalmente que las mujeres son nobles, comprensivas e incapaces de dañar o agredir, cuando sí provocan algún daño sienten vergüenza de su maldad. Esta vergüenza baja su nivel de autoestima, al sentirse devaluadas, les invade un sentimiento de enojo, por tanto, vuelven a agredir y se genera una nueva culpa". (Lagarde M., 1995)

El poder en las mujeres produce culpa, porque las convierte en transgresoras de las normas sociales. Actualmente miles de mujeres se encuentran en situaciones en las que tienen que hacer uso del poder de decidir, tradicionalmente se supone que esto no es posible, y sin embargo, en la vida cotidiana se enfrentan con la necesidad de hacerlo. A diferencia de los hombres, a la mayoría de las mujeres les cuesta trabajo aceptar que se cuenta con esa capacidad, existe un temor inmenso a equivocarse, a la crítica, pero sobre todo a fallarles a los demás, porque viven en función de otros y para otros.

En este terreno les es menos difícil tomar decisiones prontas y asertivas, cuando no son ellas directamente quienes están expuestas, sino sus hijos, padres, pareja, etcétera.

Si la equivocación es real la culpa es doble, una por haber transgredido la norma y otra por el error.

Las mujeres tienden a sentirse culpables y con miedo de hacerse cargo de sus vidas, porque se les ha enseñado que son la pertenencia de... , y porque para ello tienen que dejar de hacerse cargo de la tarea que se les ha encomendado: cuidar a otros.

1.5.2 Los mitos

Otro aspecto importante de la cultura, en la preservación de la desigualdad de género son los mitos alrededor de la femineidad, como el mito de la virginidad, la construcción de la pareja, el amor como único, eterno y verdadero.

En este trabajo se entenderá por mito aquellas creencias, erróneas o no, que se ven arraigadas en la sociedad, que reflejan las concepciones morales, la actitud estética y en general, la concepción del mundo de cierto grupo social.

1.5.2.1 El mito de la virginidad

El mito de la virginidad implica la virtud y pureza de una mujer, demostrada a través de un residuo de membrana física, el himen. En la realidad, este himen puede o no existir, aún si la mujer no ha tenido relaciones sexuales. Pero que, en la creencia popular, asegura que el "objeto adquirido", la mujer, es de pertenencia única en cuerpo y alma, del hombre. E incluso le da a éste la posibilidad de devolución.

Tal es el caso de Juchitan, Oaxaca, en donde la noche de bodas, la sábana que recubre la cama nupcial, es adornada con un círculo de flores blancas, en donde deberá realizarse la cópula, con la finalidad de exhibir a la mañana siguiente

la mancha de sangre de la doncella. En caso de no ser de este modo, el comprador tiene el derecho de devolver su " mercancía " .

Se dice además que este acto pretende proporcionar la certeza de que tanto las propiedades como la preservación de los apellidos de los varones, quedará en manos de seres de su misma sangre. (Testimonio en Taller de Antropología de la Mujer, 1995)

1.6.2.2 El mito de la construcción de la pareja

" El mito de la pareja permite organizar partes significativas de la propia subjetividad, pero su fuerza compulsiva no se encuentra en el ámbito cultural solamente, sino que se sostiene en la norma social que lo hace ineludible ", (Lagarde M., 1994).

Es decir, que según la norma social, todo el mundo, en algún momento de su vida, debe tener una pareja, la cual debe ser única y eterna, con quien deberá procrear y compartir su vida hasta el final. En algunas regiones del mundo, desde antes de nacer ya se tiene asignada dicha pareja, tal es el caso de las Azande, mujeres pertenecientes a las sociedades sudanesas. (Pritchard,E.,1992)

Perla Ortiz Monasterio (1994), menciona cuatro mitos sobre la pareja, uno de ellos es la Supraunidad; la que describe como la creencia de que el comportamiento de quienes la integran es una unidad indivisible, un todo, lo que empobrece la vivencia de las respuestas humanas, negando la individualidad.

El segundo es el amor sexual como base de la pareja. La pareja se finca en el amor sexual y éste se funcionaliza, de él dependen la estabilidad y la permanencia de la pareja. De esta manera la sexualidad se vuelve también una función.

Esto cambia la perspectiva tradicional: sin embargo, se cae en los extremos. Anteriormente, la norma era no tener relaciones sexuales fuera del matrimonio y dentro de éste, únicamente con fines reproductivos; actualmente, la norma dicta tener relaciones sexuales para que las cosas marchen bien, no por decisión, ni por deseo, sino por obligación. Además existe la exigencia no sólo de tener la relación sexual, sino de una búsqueda de producción de orgasmos.

El tercer mito es la pareja como realización y plenitud. La visión de la vida enmarca varias metas y la mayoría de éstas pueden variar, dependiendo de la persona, el estatus socioeconómico y el género al que pertenece; pero en cuestiones de relación hombre - mujer, la sociedad cifra la realización de ambos en la fusión con otro -otra.

El cuarto y último mito es la pareja como relación de libertad. " La pareja se elige "libremente", por la sola química de la atracción y se mantiene libremente". Dentro de esta concepción, se encierra nuevamente la vinculación eterna de dos seres, que por haber decidido la unión deberán mantenerla, y no sólo eso, sino gozar, amar y disfrutar de manera única y exclusiva con quien se ha elegido.

Se escucha frecuentemente " nadie te dijo que te unieras a él-ella, tú lo decidiste", como si el paso del tiempo, de la vida misma y de las experiencias de cada uno de esos seres se detuviera en el momento del compromiso y nulificara por ende la posibilidad de variar sus emociones, sentimientos y pensamientos.

Gilbert Tordjman (1989) explica al respecto: " La pareja está sometida a exigencias a veces inconciliables; se les exige, a la vez, satisfacer el deseo sexual y el deseo de eternidad; facilitar el desarrollo personal y reforzar la cohesión de la célula conyugal; gratificar a cada uno en su ideal personal y en sus placeres inmediatos, consolidar las afinidades, la semejanza y la complementariedad; satisfacer la necesidad de seguridad, como un buen padre, y la necesidad de aventura, como un amante o una querida ".

1.5.2.3 El mito del amor eterno

" En reverencia al mito, se sueña y se fantasea con el amor, como si éste fuera el contenido total de la pareja ". (Lagarde M., 1994). Y no sólo eso, sino que además se vive como algo estático e interminable, se cae en el supuesto de que es infinito, el amor es " uno ", " único ". se escucha decir; en las canciones, la poesía y las películas, que reproducen esa forma de amar, olvidando que el amor es cíclico, que está en movimiento constante, que las vivencias pueden no ser las mismas, que aunque es cierto que cada persona mantiene una línea de vida, esto no puede ser generalizado.

De este modo los matrimonios, las parejas, los noviazgos mismos se convierten en una cuerda que se tensa probando resistencias y tratando de pasar desapercibidas las diferencias individuales, sobrellevándolas como pequeñas insignificancias de la vida cotidiana. La sociedad presiona para ello con frases como, " qué no se puede soportar cuando se ama ", "si no comprendes a tu pareja, si no eres tan receptivo-a como para dar lo que necesita en el momento oportuno, entonces no amas". "Con la magnificación del amor, se vive el amor entre desiguales, como si fueran idénticos y correspondientes ".

(Lagarde, M. . 1994)

" Los polos opuestos se atraen ", es una ley física que no corresponde con la vinculación amorosa, por lo menos no en todos los casos es funcional, los individuos pueden complementarse; sin embargo, en muchos de los casos las relaciones no son satisfactorias.

Al respecto Tordjman (1983), menciona que cada miembro de la pareja al unirse busca amar y ser amado, sin embargo a lo largo del proceso se encuentra miles de obstáculos: " En primer lugar, la ecuación personal de cada cónyuge; nos comprometemos en nuestra vida sexual y amorosa, con nuestra propia estructura

caracterial, con nuestros medios represivos y con "guiones " transmitidos por nuestros padres, a los que seguimos obedeciendo ".

En un sinnúmero de parejas, no existe tal complementariedad y pese que la realidad de sus diferencias muestre una relación en ocasiones agobiante, para ambos miembros de la pareja prevalece la fantasía; porque el aceptar que el amor se desgasta es aceptar que el tiempo invertido fue en vano y que finalmente esto no era verdadero amor.

En algunas de estas relaciones la falta de intereses comunes favorece que el amor no se viva como una relación constructiva y de bienestar mutuo, más bien es lo contrario, entre más sufrimiento exista y mayor sea el sacrificio, se cree que mayores son las muestras de amor.

" Para poder disfrutar de los buenos momentos, una mujer debe soportar también muchísimo dolor ". (Forward S., 1993) Esta situación la viven las mujeres como una norma, como un mandato, como la mejor forma de mostrar su capacidad de amar.

1.5.3.4 El mito del poder " oculto "

"Se dice que el poder de las mujeres es un poder subterráneo basado en la producción de los afectos mientras que los hombres ostentan poderes a cara descubierta que ejercen en forma directa o temeraria. Los hombres habrían heredado sus poderes de sabios y ancianos venerables; en cambio las mujeres de viejas brujas y temibles pitonisas ". (Coria C., 1980)

" En 1774 el español José Ugalde, arriero de un pueblo cercano a Querétaro, compareció ante el Santo Oficio de la Inquisición para demandar a su esposa mestiza, quien según él lo había mantenido " atontado " con brujería los diecisiete años que habían estado casados ". (Behar R., 1991)

De acuerdo con el relato de la autora el demandante había llegado a dicha conclusión después de haberse enterado de que era ella y no él quien mantuviera una relación extramatrimonial, además de que al tratar de golpearla por acto tan infame, se había encontrado imposibilitado para ello, todo esto sólo era explicable como efecto de artes maléficas (brujería), que le impedían cumplir con el derecho de castigar a su esposa.

Ruth Behar (1991) hace un análisis del poder femenino guiándose por tres aspectos:

1) Imagen del mundo al revés: la pretensión de las mujeres de controlar la voluntad de sus parejas estables o amantes, invirtiendo la subordinación ante los hombres, esto asumido por ambos.

2) Eficiencia de embrujos femeninos: dichos poderes sobrenaturales, no les son adjudicados a las mujeres por sí mismas, eran considerados inherentes a su naturaleza.

Debían además transmitir sus " remedios " unas a otras, en algunos casos el uso de infusiones elaboradas con hierbas, en otros con desechos de la sangre menstrual o el agua empleada en el lavado de genitales, se tenía la creencia de que estos brebajes o secreciones corporales podían darse en la comida como recurso de dominio o retención de la pareja o simplemente como defensa de los abusos que cometiera.

3) Papel mediador de la iglesia en asuntos familiares y sexuales: estos actos eran demandados ante el Santo Oficio, hombres y mujeres debían confesar sus pecados, y éste se encargaría de averiguar por qué misteriosamente, el jefe de familia perdía el control del hogar, garantizando de esta manera que dentro del núcleo familiar las cosas marchasen de acuerdo con los preceptos de la religión.

" El mito del poder oculto alimenta los anhelos de posesión, que hace aparecer a los afectos como vivencias indescifrables (sólo al alcance de las mujeres) y a la experiencia en el manejo de los mismos como " poder oculto ".

Este mito condiciona la reclusión y la dependencia de las mujeres, al tiempo que favorece la expansión de los hombres y del control y dominio que éstos ejercen sobre la naturaleza y la cultura.

Es "un mito que garantiza a las mujeres el monopolio de los afectos, haciéndoles pagar el precio de ser las depositarias de lo " oculto, misterioso y atemorizante ", manteniéndolas apartadas del ámbito público ". (Coria C., 1980).

Las mujeres siempre han sido etiquetadas como manipuladoras, se dice que recurren al chantaje y al manejo de los afectos para influenciar indirectamente a otros, se les culpabiliza de hacer uso de este recurso, y se dice además que esto representa una ventaja para ellas. Sin embargo Bernard (1972) menciona que este tipo de poder ejercido por las mujeres no es una elección predeterminada sino que cultural y socialmente son educadas para hacer uso de él, se les condiciona a ser débiles como parte de sus características femeninas, y se les recompensa por ello. Si actúa de manera contraria es castigada, por tanto aunque una mujer sea fuerte debe aparentar ser débil, es decir ,hacer uso del poder manipulativo.

El hacer uso de este poder señala Frieze (1978), tiene implicaciones negativas para las mujeres. Por un lado el hecho de influenciar positiva o negativamente una situación de forma no directa pone en duda la posición de poder o falta de este, la percepción de otros y de si misma.

Es decir, si una persona hace una sugerencia indirecta y ésta resulta exitosa, el reconocimiento será para quien la ejecuta, en este caso el marido, pero él no se percatará de que llegó a esa resolución a través de la sugerencia de su esposa, el crédito será sólo suyo. Además el riesgo que correrán las mujeres al hacer propuestas directas y asertivas, no utilizando la sutileza obligada, será que la perciban como presionante o agresiva.

De esta forma las mujeres pueden ser vistas como desvalidas o como presionantes, lo que provoca que ellas mismas no se perciban como seres fuertes y directos. El hacer uso del poder manipulativo, demerita la confianza y distorsiona la autoimagen femenina, pues introyectan que deben ser indirectas y manipulativas para obtener lo que deseen.

1.5.2.5 El mito del matriarcado

Un argumento más que esgrime la sociedad patriarcal para justificar la imposición de sus normas, es la aseveración de que anterior al gobierno patriarcal, imperó un matriarcado. Sin embargo, nunca ha podido comprobarse la existencia de tal período; aunque han existido sociedades matrilineales, existe una gran diferencia entre matriarcado y matrilinealidad.

Una sociedad matriarcal implicaría que el poder sobre las decisiones económicas y políticas es ejercido de acuerdo a las normas establecidas por las mujeres, en cambio, en la descendencia matrilineal tan sólo se canaliza el poder ejercido por los varones en función de la descendencia femenina, este poder es asignado a los tíos por línea materna.

Un ejemplo de matrilinealidad es la sociedad judía donde los hijos heredan a través de la madre; es decir, si una mujer judía tiene hijos con un hombre que no es judío, se respeta el linaje de la madre. No ocurre lo mismo con los hijos de un

hombre judío que optara por procrear con una mujer no judía. Sin embargo, se hereda en los hijos varones exclusivamente, de ahí que el poder económico, político y religioso queda nuevamente en manos de los hombres, la mujer solo es el medio para otorgar, no para ejercer dicho poder.

" Una primer hipótesis acerca de la existencia de dicho matriarcado, después de Morgan era aquella de una promiscuidad primitiva que no reconocía la paternidad ". (Citado por Magali I., 1993).

A raíz de dicha hipótesis se genera una discusión entre antropólogos e historiadores, sosteniendo unos la tesis de la anterioridad del patriarcado y otros la del matriarcado, ambos se sustentaban en el método del evolucionismo y la comparación. " Tenían la convicción de que la época de predominio de las mujeres perteneció de todos modos a una cultura ruda y animal, en caso de ser anterior al patriarcado y en caso de ser posterior, sería un periodo de decadencia, como lo suponía por ejemplo Adam Schmidt ". (Citado por Magali I., 1993)

Todos los especialistas de la familia se basaban en el método del evolucionismo, con él reconstruían el marco de la vida prehistórica, empleando la comparación de las poblaciones primitivas.

Dicho método permite reconstruir la historia primordial y asimilar a los hombres salvajes de la prehistoria; sin embargo, el juicio negativo sobre la organización prehistórica de la sociedad queda implícito, pues aún suponiendo que ese estado social primitivo de relaciones sexuales indiferenciadas existió realmente, fue una época tan lejana que no es posible encontrar las pruebas concretas de su existencia que permiten los fósiles sociales, en las sociedades salvajes sobrevivientes.

Todos estos argumentos no son actuales, ni verificables sobre el plano histórico, en consecuencia parecen ser más bien supuestos imaginarios soñados y proyectados por los investigadores.

" Todas las especulaciones sobre la imagen divina de la mujer, la diosa madre y de una sociedad fundada políticamente sobre la supremacía de las mujeres, se contradicen en la vida histórica en la ausencia de cualquier ejemplo concreto. Es por tanto difícil descuidarlos o eliminarlos porque ellos poseen su vida intrínseca y una fuerza mítica que no tienen necesidad de ser confrontados con la realidad " (Magali I., 1993)

Ida Magali (1993) ejemplifica con la sociedad Iroquesa, haciendo hincapié en que sus miembros se aproximan más a esta forma hipotética conocida como matriarcado. La autora identifica una primera contradicción de Morgan al respecto, el hecho de que como norma el adulterio sea castigado en las mujeres y no en los varones. " Pero el punto más importante, menciona: es aquel en el que se basa para demostrar la supremacía de las mujeres en la sociedad Iroquesa. De acuerdo con Morgan ellas gozan del derecho de designar el candidato a suceder al jefe de la tribu ", sin embargo dicho candidato debe ser del sexo masculino, de esta forma el poder no queda asumido por las mujeres, sólo tiene el prestigio y la libertad que finalmente estará controlada por un patriarca, vuelve a ser inexistente el liderazgo de las mismas.

Además de que este " poder " no es un derecho para todas las mujeres iroquesas, está limitado el acceso a algunas matronas mujeres de edad que encabezan el grupo doméstico y de trabajo. Desafortunadamente no se poseen datos acerca del funcionamiento de la elección de dichas matronas; sin embargo, señala que el hecho de que esas mujeres sean de edad, demuestra que se trata de un poder que rebasa la condición femenina, puesto que la mujer menopáusica es en sí misma minoritaria, puesta ella misma en el rango de hombre.

Al morir el jefe de la tribu las matronas hacen la propuesta de candidaturas para ocupar su lugar, el individuo (de sexo masculino) será sometido al derecho de voto por parte de los jefes del clan (todos de sexo masculino), si no estaban de acuerdo convocaban a otra asamblea de matronas y seleccionaban otro candidato.

" La transmisión de los títulos, el derecho y la propiedad estaba limitado sólo a la línea femenina; si la mujer antes o después de su marido hereda terrenos incultos o cultivables, ella podía disponer a su gusto y hasta su muerte lo que heredaba o hacia con los otros bienes de sus hijos ".

Sin embargo las mujeres iroquesas no podían tener participación activa en el consejo de ancianos, además de que se establecía la distinción entre poder formal institucional y poder implícito, informal o en otros términos entre autoridad y autoritarismo.

" Cuando se ha hecho la hipótesis de un matriarcado se supone un modelo de sociedad paralelo al patriarcado, donde el poder es incontestablemente formal, institucional y más, nunca directo y pesado ".

Pero evidentemente después de la revisión de la forma de funcionamiento de las sociedades iroquesas queda ampliamente demostrado que el poder ejercido en dicho matriarcado es falso e inexistente.

Ida Magali concluye señalando que " la reflexión sobre el proceso de formación del poder aparece a la luz de este hecho histórico indiscutible, inválido por ausencia de una base esencial, la exclusión fundamental de las mujeres. El análisis de las estructuras políticas de la sociedad debe pues volver a analizarse desde las estructuras culturales".

1.6 Aspectos Económicos

Otro instrumento del gobierno patriarcal empleado en favor de la opresión femenina, es indudablemente la utilización de su dependencia económica.

En la antigüedad el derecho a trabajar le estaba negado a las mujeres, o mejor dicho el derecho a percibir un sueldo, o poseer bienes propios, pero las condiciones han cambiado y en el mundo occidental moderno las mujeres tienen ciertos derechos económicos.

Dicho cambio es hasta cierto punto relativo, Martha Lamas(1995), hace referencia al trabajo doméstico, el cual de alguna manera sirve para ocultar el trabajo que las mujeres realizan para el esposo y los hijos mayores, seres íntegros y capaces de valerse por sí mismos.

Menciona además que fuera del hogar, casi en su totalidad estas tareas son llevadas a cabo por mujeres que perciben muy bajos salarios, además se les han asignado las labores de atención y cuidado humano (ancianos, enfermos, discapacitados), que generalmente no son consideradas como trabajo, pues forman parte de la " naturaleza " de las mujeres, por en contrario la función doméstica de las mujeres, vital para el bienestar de la sociedad, es menospreciada y no retribuida. Si el trabajo doméstico, así como la crianza de los hijos fuesen retribuidos, sus salarios representarían la mitad del ingreso nacional , fuere cual fuere el país donde ocurriera.

Estableciendo el valor financiero del trabajo doméstico, el informe de Naciones Unidas al respecto llega a lo que denomina " La triple justicia de la función doméstica " : 1) En todo el mundo las mujeres trabajan el doble de horas que los varones; 2) las mujeres no son retribuidas por este tipo de trabajo; 3) el trabajo doméstico no se considera trabajo real, precisamente porque no es pagado.

En Europa - donde un tercio de las mujeres casadas son asalariadas - poca o ninguna ayuda reciben la mayoría de ellas de sus esposos en la actividad hogareña.

Esto es peor en países de acusado subdesarrollo, donde no hay electricidad, ni agua potable a domicilio y así hay aldeas en Ruanda, donde las mujeres trabajan tres veces más que sus parejas masculinas: hacen todas las tareas domésticas, tres cuartas partes de las agrícolas y la mitad de las concernientes a la atención de animales.

En México, de 91 millones de habitantes, el 50.7% del actual padrón electoral es femenino y las condiciones de vida de las mujeres mexicanas en lo que se refiere a trabajo no difiere de lo mencionado anteriormente. Basta con observar como están repartidas las labores domésticas en las estructuras familiares del país, para percatarse que aún cuando las amas de casa, trabajan fuera del hogar, la responsabilidad de los quehaceres domésticos y de cuidado de los hijos recae casi en su totalidad en ellas. En los diferentes Estados de la República también contribuyen de manera importante en las faenas del campo y cuidado de animales.

1.6.1 La Distribución del dinero

Clara Coria (1980) menciona dos " clases " de dinero: el " dinero chico " y el " dinero grande ". El primero, señala: " es el dinero de todos los días, el del consumo cotidiano, del que hay que rendir cuentas, se usa bajo control, es el que administra el personal no jerárquico de una empresa. El segundo es el que administran los dueños o el personal jerárquico, es el dinero donde se asienta el poder ".

Ese dinero " chico " corresponde en la familia, al ingreso que se hace para el sostenimiento de la casa, el cual maneja la mujer y el cual hay que cuidar esmeradamente porque de ello depende el patrimonio familiar. La mujer no tiene derecho a decidir autónomamente sobre él, mucho menos si se trata de emplearlo en gastos personales.

El dinero " grande ", lo administran los hombres, ellos son quienes lo perciben, y socialmente se concibe que " bastante se matan trabajando como para no disfrutarlo". Este fenómeno no ocurre igual con las mujeres, pues aunque sean ellas quienes reciben el dinero por su trabajo, pocas son quienes lo ocupan en su beneficio.

" En nuestra sociedad, los hombres tienden a controlar los recursos. Por ejemplo, un pequeño número de hombres controlan la mayor parte del dinero en este país, y en el mundo, con mujeres sólo involucradas periféricamente (Domhoff, 1970). " Así si una mujer tiene recursos, se asume que no tiene control sobre ellos. Por ejemplo hay estereotipos de que ella no puede hacer el balance de su chequera, o que no es lo suficientemente realista u objetiva para las altas finanzas ". (Frieze, 1978)

La problemática de las mujeres con el dinero es el resultado de múltiples factores que interactúan entre si. Uno de ellos sería la reducción que la sociedad impone en las áreas de operación de las mujeres en función del género.

A las mujeres se les ha asignado el ámbito doméstico casi como único y exclusivo, respondiendo a los estereotipos de maternidad, cuidado, servicio y privacidad.

" El lugar que ocupan las mujeres en la sociedad lo define su papel social de género. Al ser madres y amas de casa, su lugar es el ámbito privado y así la familia se convierte en su lugar de trabajo; con una serie de tareas que se llaman

domésticas (lavar, planchar, cocinar, limpiar), que están muy lejos de las funciones " naturales " de parir y amamantar ... Esta contradicción entre ser madre o trabajadora asalariada no la viven los varones respecto a su paternidad". (Lamas, M., 1995)

En lo que se refiere al ámbito profesional, la jerarquía laboral se caracteriza, por los status de mando encabezados por los varones (médico-enfermera, ejecutivo-secretaria, etcétera), menospreciando el trabajo de las segundas, aunque casi siempre el trabajo de los primeros dependa de éstas.

Esta distribución sexista del trabajo implica no sólo la asignación social de diferentes cualidades y atributos a los hombres y a las mujeres, sino que las actividades tienen valores diferentes.

La sociedad occidental judeocristiana asigna el ámbito público a los varones y el privado a las mujeres. En el primero se administran los bienes, se toman las decisiones políticas, se controla y se regula el conocimiento científico y religioso, en éste se origina y se ejerce el poder. El segundo es un espacio limitado por el círculo familiar y los muros del hogar. Destinado para la gestación y la crianza de los hijos considerándolo como actividad esencial.

1.6.2 El dinero " es " del hombre, los hijos " son " de la mujer

De acuerdo a esta distribución Clara Coria (1980) explica esa creencia compartida de que el dinero " es " del hombre y los hijos " son " de la mujer. De acuerdo con la autora esto propicia una falsa ilusión acerca de la equidad en la distribución del poder, por las características de dichas posesiones. El dinero explica tiene la particularidad de ser poseible. En su calidad de valor de cambio representa bienes y puede ser usado bajo las necesidades de su poseedor, es un objeto sin voluntad.

Los hijos, señala, son seres humanos y por tanto no son "poseibles", independientemente de que todo individuo está sujeto a normas sociales, llegarán a tener cierta autonomía, lo que dificulta su libre manipulación y hace efímera su relativa posesión. Los hijos no son una pertenencia de la cual se pueda disponer y el dinero sí, además de ser transferible, acumulativo e ilimitado.

Un aspecto más que se debe considerar es que, aún con esta división aparentemente equitativa de poder, las decisiones de los hijos sólo son tomadas parcialmente por las mujeres; sin embargo, los hombres tienen un mayor dominio sobre las finanzas, cosas relacionadas al trabajo y a todo aquello que determina el estilo de vida de la familia. En lo que toca a las decisiones relacionadas a la familia extendida, pertenecen al dominio de la mujer; sin embargo, antes de tomar una decisión, piden consejo u opinión a sus maridos. (Rivera, S., 1996)

Uno de los roles en que la mujer tiene poder legítimo es en el rol de madre; pro aún ahí, el padre puede tener el último poder legítimo en la familia.

1.7 Aspectos Educativos

En la actualidad el acceso de las mujeres a las instituciones educativas es viable; sin embargo, dentro de las aulas, la educación se basa en normas y produce normas. A las mujeres se les interiorizan mandatos diferentes que a los varones, el control que se ejerce sobre los géneros es también diferente.

No existe una misma experiencia de vida para todos. Por tanto no es difícil entender que la percepción del mundo sea tan diferente para ambos sexos; el concepto de amor, amistad, compromiso, dinero, sexualidad, etc., tiene un significado distinto.

1.7.1 La influencia de los medios de comunicación

La educación no sólo se da en las escuelas, institutos y universidades, es bien sabido que la familia es la parte más importante en la estructuración de los seres humanos y tanto las primeras como las segundas se valen de ciertos elementos culturales como la música, la literatura, la televisión, etcétera para reproducir ciertos valores.

"García (1987) analizó tres estereotipos que se presentan constantemente en la televisión: 1) la mujer indefensa, 2) la mujer consumidora, 3) la mujer tonta y vana ". (Citado por Burgos Ortiz, N. M., 1988)

1. Aquélla que no puede hacerse cargo de si misma y necesita la protección de un hombre.
2. Aquélla que no es capaz de diferenciar lo que le es necesario para satisfacer sus necesidades y compra de manera absurda y enajenante.
3. La última es quien cifra su valor en la vanidad y atributos físicos, pero su capacidad intelectual parece no existir.

Todo esto reafirma generalmente roles activos asumidos por los varones y los pasivos asumidos por las mujeres. Un ejemplo claro son las telenovelas que, independientemente de la nacionalidad en que sean creadas, repiten de manera contundente, que el destino "ideal " de toda mujer es encontrar a su "media naranja".

La mayoría de ellas enfrascan la idea fantástica de que la superación o realización radica en convertirse en la señora de actualidad, el mayor reconocimiento que la sociedad le otorga a la mujer, es a través de su "compañero", o del hecho de ser madre. La posibilidad de desarrollo es tan limitada que prácticamente se reduce a estas dos opciones.

" El estatus de una mujer está usualmente medido por el estatus del hombre con el que se casa y no por sus propias características...en nuestra sociedad, el matrimonio ideal es el de la mujer joven y bella con el hombre rico y exitoso profesionalmente" (Rubin, 1973). "Ambos tienen el más alto estatus asociado con su propio sexo...una mujer puede usar su atractivo para tener a un hombre, pero generalmente no puede usar ese estatus como un poder directo ". (Frieze, I. H., 1978)

1.7.2 Doble código moral

Para muchos hombres y mujeres, aún prevalece el esquema de dos tipos de mujeres: la digna, pura y abnegada, cuya recompensa será la " protección " de su amado; y la indigna e impura (sensual), la bruja del cuento cuyo castigo a su rebeldía será quedarse sola.

Los hombres y las mujeres son educados bajo un doble código moral. Para los hombres está abierta la posibilidad de ejercer su sexualidad dentro o fuera del matrimonio. Inclusive es mal visto que no lo haga, porque se puede dudar de su virilidad. Es decir, esta posibilidad en algunos casos suele convertirse en una obligación. El mensaje para las mujeres es el contrario, pues la mujer tiene prohibido el uso de su cuerpo y quienes se atreven a ello cargan con una imagen negativa de sí mismas.

" La monogamia es la clave en las mujeres. Se conforma por la ocurrencia de dos normas. Una es la exclusividad en la relación y la otra es la castidad que actúa como continente del erotismo de las mujeres y tiene diversas formas: la virginidad cuando es debida, la abstinencia o el débito erótico cuando son requeridos y la fidelidad, o diversas formas de lealtad en la adhesión extrema. En cuanto a los hombres se supone que también funciona el principio de la monogamia, sin embargo esta norma existe solo en dimensiones míticas y jurídicas. De manera simultánea, socialmente se aprueban para los hombres la poligamia, la separación

del amor y del Eros en diferentes parejas. Como son sujetos, se acepta casi como irremediable su movilidad en la pareja" (Lagarde, M., 1994).

1.7.3 La influencia familiar

Hombres y mujeres aprenden a comportarse en pareja como se han comportado sus padres, replican por lo tanto los deberes y derechos del uno y de la otra. La mayoría de las veces se repite esa forma de relacionarse interiorizada desde niñas-os.

El modelo de relación hombre - mujer es heredado de tal forma que pocas veces es posible percatarse de que existen otras formas de vincularse o mantener determinada unión, que no necesariamente tienen que corresponder a las normas con las que se han regido hasta la fecha; por el contrario, la mayoría de las parejas trata de aferrarse a estas normas, aún cuando se haya fracasado rotundamente en la resolución de problemas.

La familia en América Latina continúa siendo la institución primaria en el proceso de transmisión de lo que es ser femenino y masculino; es decir, de la educación de género. En ese contexto, ha sido cómplice de la violencia contra la mujer, cuando socializa a la niña a ser obediente, pasiva, dependiente y subordinada del hombre, mientras que al niño le enseña a ser independiente, impulsivo, agresivo, fuerte y racional.

La reproducción de lo que constituye lo femenino y lo masculino es reforzada por los cuentos y los juegos infantiles. (Burgos Ortiz N., 1988) Los juguetes para niñas son muñecas y juegos de té, que favorecen el desarrollo de la actitud maternal y la responsabilidad del hogar; mientras que a los varones, se les fomenta el espíritu de aventura, fuerza, libertad y liderazgo, a través de juegos al aire libre y en los que pueden trepar, subir, escalar, pelear, etc.

Cuanto son niños y niñas, se duermen escuchando, las historias de la "Cenicienta " o la " Bella Durmiente ", en donde el honorable príncipe, rescatará a la doncella de la maldad mundana. Este tipo de historias fomentan la idea de la mujer débil y cuya máxima aspiración es el matrimonio. Dividen los atributos que deben poseer los hombres y las mujeres, haciendo parecer que las características de un sexo no puede tenerlos el otro, ya que en ninguna historia se intercambian los papeles, a los varones siempre se les otorga el papel activo de valentía y sabiduría y las mujeres el pasivo que involucra el afecto, la bondad y la espera.

1.7.4 La educación formal

El sistema educativo ha participado en la creación de los estereotipos de género y los roles femenino y masculino en la sociedad. Desde los libros de texto, hasta el lenguaje empleado por educadoras (es) dan a niños y niñas una formación diferente.

" El sistema discrimina a la mujer a través de sus contenidos y prácticas pedagógicas, reproduciendo de esta manera la ideología patriarcal dominante en la sociedad ". (Piotti, D., 1989).

Esto es perceptible a simple vista, son más los hombres titulados que las mujeres, las oportunidades de desarrollo profesional y laboral son mayores para los varones, pues aún prevalece la creencia de que son ellos los responsables directos de la economía familiar.

El lenguaje juega aquí un papel muy importante, para la mayoría de docentes es de lo más común referirse a "los alumnos", a "los niños", a "los adolescentes", el simple hecho de que un varón se encuentre en el aula, implica referirse a la población en masculino, aunque sea mayor el número de participantes de sexo femenino.

Los libros, además de la información acerca de las diferentes disciplinas que contienen (matemáticas, geografía, civismo, biología, etc.). transmiten las normas de conducta con las que se rige la sociedad, lo que adecuado e inadecuado, todo ello contribuye a la formación de identidad social e individual, y por lo tanto, refuerza la educación y desigualdad de género.

El orden público y jurídico, reproduce este orden social que no satisface actualmente las necesidades de las comunidades de este siglo, mantiene estas diferenciaciones sociales, legitimando las relaciones de la fuerza social y la práctica represiva hacia las mujeres.

CAPÍTULO 2: ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

2.1 Definición de Enfermedades de Transmisión Sexual o ETS's

Cualquier enfermedad que se transmite de una persona a otra por medio del contacto sexual, se llama Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS). Aunque algunas no producen sino una leve irritación genital, otras pueden causar serias molestias e incluso ser fatales, como el SIDA.

Si bien , nunca han desaparecido del todo, durante algunas épocas ha disminuido la prevalencia de ETS's en la población, especialmente en los países industrializados. Sin embargo, en estos momentos parecen estar nuevamente remontando con fuerza en las estadísticas de salud, contagiando a la gente sin distinción de sexo, edad o condición social. (Gómez, A., 1994)

Las ETS's pertenecen a un grupo de padecimientos contagiosos cuyo principal mecanismo de transmisión es el contacto sexual. A través de relaciones sexuales pueden ponerse en contacto múltiples áreas del cuerpo, pero en este caso, lo más importante es la yuxtaposición de las mucosas.

El pene, la vulva, la vagina y el cuello uterino son sitios muy frecuentes de infección; pero los labios, la lengua, la garganta, el ano , el recto y superficies cutáneas adyacentes cada vez se ven más afectados en este tipo de alteraciones. (Aryo, O.P., 1983)

2.1.2 Agentes causales y formas de contagio

Las enfermedades de transmisión sexual son causadas por:

- Bacterias
- Virus
- Hongos
- Protozoarios
- Insectos

Los fluidos sexuales que pueden estar contaminados son :

- Sangre
- Leche materna
- Fluidos sexuales:

Hombre:	Mujer:
• Líquido pre-eyaculatorio	• Fluidos vaginales
• Semen	• Fluidos cervicales
	• Sangre menstrual
	• Eyaculación femenina

Los lugares por los que pueden penetrar al cuerpo son:

- Piel herida, lastimada, irritada o quemada
- Mucosas (incluso cuando están sanas):
 - Ojos
 - Boca
 - Garganta
 - Genitales
 - Ano
 - Recto

Por lo tanto, las vías de transmisión son las siguientes:

- **Vía Sanguínea:**
 - Transfusiones de sangre o derivados de ella.
 - Transplante de órganos
 - Material punzo-cortante

- **Vía Perinatal:**
 - Embarazo
 - Parto
 - Lactancia

- **Vía Sexual:**
 - Penetración vaginal
 - Penetración anal
 - Estimulación buco-genital
 - Contacto con piel lastimada
 - Contacto de genitales

- **Otras:**
 - Retretes
 - Ropa Sucia (toallas, sábanas)

2.2 Principales Enfermedades de Transmisión Sexual

2.2.1 Enfermedades causadas por bacterias

2.2.1.1 GONORREA: (Bacterial) (Shibley, J., 1987)

Vías de transmisión:

- Relaciones sexuales orales, vaginales o anales.
- A través del canal de parto durante el nacimiento.

Síntomas:

- En la mujer: El 80% no presentan síntomas (Masters y Johnson, 1987), pero cuando se presentan, existe flujo vaginal espeso blanco o amarillento, irritación vaginal, ardor al orinar.
- En el hombre: El 10% son asintomáticos; Cuando hay síntomas son dolor y ardor al orinar, salida de secreción purulenta amarillenta, verdosa o sanguinolenta por la uretra. (Shibley, J., 1987)
- En infecciones no genitales: En garganta puede existir dolor e irritación, pero a menudo no se presentan síntomas. En ano, puede haber escurrimiento rectal y prurito. En ojos hinchazón, salida de pus e irritación ocular.

Consecuencias:

Enfermedades pélvicas inflamatorias, esterilidad, artritis, problemas cardíacos, del hígado y meningitis; que si no reciben tratamiento pueden ocasionar la muerte. La infección ocular puede producir ceguera. (Gómez, A., 1994)

Tratamiento: Antibióticos específicos

2.2.1.2 SÍFILIS: (Bacterial) (Pick, S., 1993)**Vías de transmisión:** (Shibley, J., 1987)

- Relaciones sexuales orales, vaginales o rectales.
- Contacto de piel herida con secreciones infectadas.
- Transfusiones sanguíneas
- Durante el embarazo o el parto

Síntomas: Existen tres estadios de la sífilis:

Fase primaria:

Se presenta una lesión ulcerosa con borde duro y levantado, con muy mal aspecto, pero indolora (chancro duro) (Masters y Johnson, 1987). Se

puede presentar en el pene o el escroto, en la vulva, la vagina o el cuello uterino. En infecciones no genitales puede aparecer en los labios, la lengua, la garganta, alrededor del ano, el recto o en cualquier parte de la piel. El chancro desaparece espontáneamente aún sin tratamiento.

Fase secundaria:

Comienza al desaparecer el chancro, cuando las bacterias entran al torrente sanguíneo y circulan por el cuerpo. Los síntomas son erupción generalizada que no duele ni da comezón, con pápulas levantadas, que al reventarse derraman un líquido altamente infeccioso; caída del pelo, dolor de cabeza, de garganta, de articulaciones, falta de apetito, pérdida de peso, náuseas, fiebre baja y persistente. Estos síntomas también tienden a desaparecer aún sin tratamiento.

Fase terciaria:

Al desaparecer los síntomas de la fase secundaria, la enfermedad entra en una etapa latente, que puede durar años y no presentar síntomas. En esta etapa deja de ser contagiosa, excepto para la vía perinatal.

Algunas personas pueden pasar en la etapa latente por el resto de su vida sin complicaciones, pero algunas entran en la etapa terciaria o sífilis tardía, que puede afectar "órganos vitales y causar daños cerebrales, parálisis, pérdida de la razón, o la muerte. (Shibley, J., 1987)

Consecuencias:

Al darse la sífilis terciaria, se pueden dar trastornos en las válvulas coronarias, daños cerebrales, deformaciones en huesos o encías; puede ocasionar la muerte. Durante el embarazo puede causar abortos o deformaciones fetales en huesos, nariz, paladar, también puede ocasionar ceguera o sordera.

Tratamiento: Antibióticos específicos.

2.2.1.3 CLAMIDIASIS: (Bacterial)

Vías de transmisión: (Pick, S., 1993)

- Relaciones sexuales orales, vaginales o anales.
- Perinatalmente, en el momento del parto.

Síntomas:

- En la mujer: Se calcula que sólo el 35% de las mujeres infectadas presentan síntomas de la enfermedad. Estos son: flujo vaginal, sangrados intermenstruales, dolor durante el coito, ardor al orinar, dolor abdominal, fiebre y, en ocasiones, enfermedad pélvica inflamatoria. (Pick, S., 1993)
- En el hombre: Dolor al orinar, secreción acuosa por el pene.

Consecuencias:

En el hombre puede producir inflamación en los testículos y conductos espermáticos, por lo que puede causar esterilidad, en la mujer la enfermedad inflamatoria pélvica también produce infertilidad y aumenta el riesgo de embarazos ectópicos. Si la madre se encuentra infectada, puede transmitir al bebé la bacteria y causarle pulmonía o infección ocular.

Tratamiento: Antibióticos específicos.

2.2.1.4 CHANCRO BLANDO: (Bacterial)

Vías de transmisión:

- Relaciones sexuales orales, vaginales o anales

Síntomas:

Aparece en la región genital o anal una zona roja e hinchada que se llena de pus en uno o dos días, formándose una úlcera parecida a la sífilítica, pero cuyo anillo circundante es blando y tiende a ser muy dolorosa. Otros síntomas que se presentan son dolor al orinar o defecar, sangrado

rectal, dolor durante el coito, flujo vaginal e inflamación de los nódulos linfáticos de la ingle.

Consecuencias:

Si no se recibe un tratamiento adecuado, se puede presentar destrucción del tejido local, úlceras persistentes y mayor probabilidad para adquirir otras enfermedades de transmisión sexual. (Attawell, K., 1991)

Tratamiento: Antibióticos específicos.

2.2.1.5 GRANULOMA INGUINAL: (Bacterial)

Vías de transmisión:

- Relaciones sexuales repetidas con una persona infectada

Síntomas:

Aparecen en los genitales pápulas de color rojo, que van en aumento y eventualmente revientan, convirtiéndose en úlceras rojas, carnosas e indoloras.

Consecuencias:

De no tratarse a tiempo, las úlceras pueden cubrir gran parte de los genitales, destruyéndolos.

Tratamiento: Antibióticos específicos

2.2.2 Enfermedades causadas por virus

2.2.2.1 HERPES GENITAL: (Viral) (Aryo, O.P., 1983)

Vías de transmisión: (Masters y Johnson, 1987)

- Relaciones sexuales orales, vaginales o anales
- Contacto de piel lastimada con ampollas o úlceras abiertas
- Perinatalmente, durante el embarazo, el parto o la lactancia.
- Beso
- Ropa o retretes infectados (menos probable)

Síntomas:

Sensación de ardor en el sitio de contagio, úlceras o vesículas llenas de líquido que al romperse se convierten en llagas húmedas muy dolorosas, (Masters y Johnson, 1987). En el hombre las ampollas aparecen en el glande, prepucio, pene, uretra o recto. (Aryo, O.P., 1983). En la mujer, aparecen en la vulva, paredes vaginales, cérvix o ano. (Gómez, A., 1994). También hay dolor al orinar, secreción en la uretra o la vagina, fiebre, dolor de cabeza e inflamación de los ganglios.

Consecuencias:

Recaidas durante varios años, meningitis, infecciones oculares, predisposición al cáncer cérvico-uterino. Si la madre está infectada, se presentan abortos espontáneos, malformaciones, lesiones oculares, cerebrales o la muerte del feto.

Tratamiento:

No existe cura para el herpes; sin embargo, se prescriben antivirales para evitar las recaídas y disminuir la gravedad de los síntomas. También se recomienda el uso de analgésicos, higiene sexual y cirugía reconstructiva en casos extremos.

2.2.2.2 VERRUGAS GENITALES O CONDILOMAS: (Viral) (Shibley, J., 1987)

Vías de transmisión: (Gómez, A., 1994)

- Relaciones sexuales orales, vaginales o rectales.

Síntomas:

Aparecen verrugas secas e indoloras en los genitales, ano o garganta, normalmente tienen color carne y aspecto parecido al de una coliflor. (Masters y Johnson, 1987)

Consecuencias:

Si no son atendidas, las verrugas pueden esparcirse lo suficiente como para obstruir los orificios vaginales, rectales e incluso la garganta (si hubo sexo oral). En la mujer, la presencia del virus del papiloma humano predispone para la aparición del cáncer cérvico-uterino, el cual puede causar la muerte. (Pick, S., 1993)

Tratamiento:

No hay cura específica para este virus. Se eliminan las verrugas por medios químicos o quirúrgicos. En ocasiones se administran antivirales para disminuir la infección.

2.2.2.3 HEPATITIS VIRAL:

Vías de transmisión:

- Relaciones sexuales orales, vaginales o anales
- Transfusiones sanguíneas y material punzocortante infectado
- Ingerir alimentos contaminados con heces fecales de una persona infectada
- Compartir platos, cubiertos, toallas y ropa contaminados con el virus
- Perinatalmente, durante el embarazo o parto

Síntomas:

Poco apetito, indigestión, diarrea, debilidad, fiebre, dolor de cabeza, piel y ojos amarillentos, vómitos, dolor abdominal y color oscuro en la orina. (Pick, S., 1993)

Consecuencias:

Es una enfermedad que puede causar la muerte, pues aumenta la probabilidad de desarrollar cáncer de hígado. La transmisión de madre a hijo puede ocasionar un infección crónica en el bebé. (García, L., et al, 1993)

Tratamiento:

Existe una vacuna para esta enfermedad, por lo que es posible prevenirla; sin embargo, una vez adquirida, no existe tratamiento para destruir al virus, por lo que únicamente se administran medicamentos para aliviar los síntomas

2.2.2.4 MOLUSCO CONTAGIOSO: (Viral)**Vías de transmisión:**

- Relaciones sexuales orales, vaginales o anales

Síntomas:

Aparecen pápulas de color carne o cerosas blancas aplanadas, su número y tamaño pueden variar, de unos cuantos del tamaño de la cabeza de un alfiler hasta varios de tamaño de 1 cm de diámetro. Estas lesiones pueden aparecer en los genitales, el abdomen, la parte interna de los muslos, las nalgas y aún en tronco y cara. (García, L., et al, 1993)

Tratamiento:

A menudo desaparece espontáneamente de 6 a 9 meses después. Las pápulas también pueden destruirse quirúrgicamente.

2.2.2.6 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA: (Viral)

Agente causal: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Vías de Transmisión:

- Relaciones sexuales orales, vaginales o anales
- Transfusiones sanguíneas y derivados de la sangre
- Donación de órganos
- A través de objetos punzo-cortantes contaminados
- A través de piel lastimada o irritada por el sol, o irritaciones en las mucosas, si entran en contacto con fluidos contaminados.
- Perinatalmente, en el embarazo, parto o a través de la leche materna

Síntomas:

La mayoría de las personas no presentan síntomas identificables en los primeros meses o años de infección (portadores asintomáticos). Los sujetos infectados con VIH son "seropositivos", puesto que presentan en su sangre anticuerpos contra el virus. Esto no significa que estén enfermos de SIDA ni que forzosamente lo estarán. Pero sí implica que pueden transmitirlo.

Una persona seropositiva puede no llegar a desarrollar SIDA nunca, mientras que otra, de ser seropositiva puede pasar a Complejo Relacionado a SIDA (CRS) y posteriormente desarrollar SIDA. (Richardson, D., 1991). Las personas seropositivas pueden no tener ningún síntoma de SIDA y pueden verse y sentirse sanos. Así que, no se puede saber a simple vista si una persona tiene o no el virus. Sólo se puede saber si se realiza una

prueba de detección de anticuerpos al VIH, o "prueba de ELISA" . (Miller, D., 1993)

De hecho, el virus que causa el SIDA puede causar una variedad de trastornos, de los cuales el SIDA es el más grave. Algunas personas pueden presentar síntomas importantes que no se consideran propios de las infecciones y cánceres oportunistas relacionados con el SIDA. Este trastorno se denomina "Complejo Relacionado al SIDA" (CRS) y no necesariamente es mortal. Las personas que tienen CRS pueden verse y sentirse enfermas. Los síntomas del CRS incluyen diarrea grave, fatiga intensa, pérdida rápida e inexplicable de peso y sudoraciones nocturnas.

Del CRS puede pasarse al desarrollo del SIDA. Una vez que el VIH ha atacado y deteriorado el sistema inmunológico, el organismo es vulnerable a infecciones y cánceres que las personas con sistemas inmunológicos intactos pueden evitar. (Richardson, D., 1991)

Cuando el SIDA se presenta, los síntomas varían, dependiendo de la infección oportunista que ataque al organismo, o los órganos que se vean afectados directamente por el VIH. Los más comunes son:

- Diarrea continua o intermitente
- Ganglios linfáticos del cuello o axilas inflamados
- Manchas blancas en la boca y garganta
- Manchas purpúreas en la piel
- Pérdida de más del 10% corporal en un mes
- Pérdida del apetito
- Sudores nocturnos
- Dificultades respiratorias, tos persistente o sensación de ahogo
- En las mujeres, infecciones vaginales recurrentes

Todos estos síntomas deben tener una duración mayor de 4 semanas y ser rebeldes a tratamiento médico para que se sospeche de la presencia del VIH. Cada uno de los síntomas puede ser causado por otras múltiples enfermedades, y no necesariamente ser síntoma de SIDA. En ocasiones se presentan síntomas neurológicos o de trastorno de la personalidad, al invadir el VIH el cerebro.

Aún cuando la persona ya presente síntomas de la enfermedad, su sobrevida aún puede ser de años, dependiendo de la atención médica que reciba y la calidad de vida que lleve.

Consecuencias:

Las consecuencias de la infección por VIH varían en alto grado de una persona a otra. Algunas personas nunca llegan a desarrollar síntomas de la enfermedad, pero en muchas ocasiones la enfermedad es mortal. (Richardson, D., 1991)

Tratamiento:

En la actualidad, el SIDA es una enfermedad para la que no existe cura ni vacuna. Sin embargo, se han desarrollado medicamentos antivirales que retrasan la aparición de los síntomas, y tratamientos para algunas de las infecciones oportunistas, por lo que la sobrevida de las personas que reciben un adecuado tratamiento médico ha aumentado considerablemente. Lamentablemente, el SIDA cobrará todavía miles de vidas humanas antes de que se encuentre una cura o vacuna efectivas.

2.2.3 Enfermedades causadas por otros microorganismos

2.2.3.1 TRICOMONIASIS: (Protozoario) (Shibley, J., 1987)

Vías de transmisión:

- Relaciones sexuales orales, vaginales y anales
- Contacto con objetos sucios como toallas, sábanas o retretes

Síntomas:

- En la mujer: Flujo vaginal amarillento o verdusco, de mal olor; ardor al orinar, inflamación de la vulva y vagina y dolor abdominal. Cuando la infección es grave aún el sentarse o caminar resulta incómodo y molesto. Muchas mujeres no presentan síntomas de la enfermedad. (Shibley, J., 1987)
- En el hombre: La mayoría de los hombres infectados no presenta síntoma alguno, cuando se presentan, los síntomas son secreción por el pene y malestar. (Pick, S., 1993)

Consecuencias:

Si alcanza el aparato urinario, la infección puede expandirse por él. Además, si no es tratada a tiempo, prolifera al tracto superior de los órganos sexuales, causando esterilidad en ambos sexos. En la mujer, si no se trata la infección, produce daños en las células del cuello uterino, haciéndolo más susceptible al cáncer. (Aryo, O.P., 1983)

Tratamiento: Antibióticos específicos, por vía oral o vaginal.

2.2.3.2 MONILIASIS O CANDIDIASIS: (Hongo)**Vías de transmisión:**

- Relaciones sexuales orales, vaginales o anales
- Contacto con ropa infectada o retretes
- Por vía perinatal, durante el parto
- La *Cándida albicans* se encuentra normalmente en las mucosas, pero puede convertirse en infección al ingerir antibióticos, anticonceptivos hormonales, durante la menstruación, el embarazo, al existir diabetes o por estrés excesivo.

Síntomas:

- En la mujer: comezón e irritación de la vulva y flujo constante con apariencia de requesón (blanquecina, espesa, inodora y muy abundante), también se puede presentar resequedad vaginal y ardor al orinar. (Pick, S., 1993)
- En el hombre: la mayoría de los hombres infectados son asintomáticos, pero se puede presentar inflamación, enrojecimiento del pene y secreción por la uretra. (Aryo, O.P., 1983)
- En infecciones no genitales: se puede presentar infección a nivel rectal, o también en la boca y la garganta (algodoncillo) tanto en niños como en adultos, sobre todo cuando se ha debilitado el aparato inmunológico.

Consecuencias:

Se pueden presentar infecciones secundarias a causa de la irritación que presentan las mucosas. En los recién nacidos se presenta el algodoncillo en el tracto digestivo, lo que impide su alimentación adecuada.

Tratamiento: Fungicidas específicos, a nivel oral o local.

2.2.3.3 PEDICULOSIS PÚBLICA: (Insecto)

Vías de transmisión: (Shibley, J., 1987)

- Relaciones sexuales vaginales o anales
- Roce entre genitales
- Sábanas, toallas o asientos de baño contaminados

Síntomas:

El síntoma principal es la comezón intensa en la región del vello púbico, también se presentan pequeñas manchas de sangre en la ropa interior. (Aryo, O. P., 1983)

Consecuencias:

Por lo general, no hay consecuencias graves, a menos que ocurra una infección secundaria como resultado del rascado. (Pick, S., 1993)

Tratamiento:

El tratamiento es a base de lociones o champús insecticidas específicos para el área. Además se deberán mantener limpias la ropa de cama y las toallas de baño.

2.3 Mujeres en alto riesgo

Las mujeres son más vulnerables que los hombres a las enfermedades de transmisión sexual; sin embargo, prevalece entre ellas la ignorancia respecto al tema que las hace correr aún mayores riesgos.

Es especialmente difícil que las mujeres busquen un diagnóstico y tratamiento precoz, debido a la estigmatización que existe hacia quienes consultan por estos cuadros.

No es raro tampoco, que muchas mujeres sientan que las molestias del aparato reproductivo sean algo propio de su condición femenina y consideran dichos padecimientos como algo normal en sus vidas. (Gómez, A., 1994)

2.4 Complicaciones de las ETS's cuando no reciben tratamiento

El impacto de las ETS's en la salud de las mujeres es extremadamente grave, y pueden producir consecuencias permanentes, entre ellas, la infertilidad y dolor pélvico crónico. Actualmente, las ETS's causan, en el mundo, la muerte de 759 mil mujeres al año. (Gómez, A., 1994)

En general, las complicaciones de las ETS's cuando no reciben tratamiento en las mujeres pueden incluir: (Gómez, A., 1994)

- *Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP)*

La infección se disemina desde la vagina hasta el útero, las trompas de Falopio y la pelvis. Entre otras cosas, da lugar a la formación de pus y abscesos, dolor en el bajo abdomen, dolores de espalda, molestias durante el coito, flujo de mal olor, disturbios menstruales, sangrado entre períodos, dolor al orinar, molestias intestinales, náuseas, vómitos, fiebre, debilidad y fatiga.

- *Infertilidad:*

A raíz de una EIP, se produce obstrucción de las trompas uterinas, lo que impide la concepción. En general, se estima que el 70% de la infertilidad de las mujeres en países en desarrollo es causada por enfermedades de transmisión sexual.

- *Embarazo ectópico:*

Las cicatrices que deja una EIP, pueden dar origen a un embarazo que se localiza en las trompas uterinas, lo que ocasiona la ruptura de las mismas y hemorragia subsecuente. Lo que incluso, puede causar la muerte de la madre.

- *Cáncer del cérvix:*

El virus del papiloma humano está relacionado con el desarrollo del cáncer del cérvix, una de las principales causas de muerte entre las mujeres del Tercer Mundo.

2.5 Aumento de mujeres infectadas

Actualmente, las mujeres constituyen un 40% a 50% del total de casos de VIH/SIDA y se calcula, que para el año 2000 su número llegará a ser igual o mayor que el de hombres infectados. Esto ha sucedido porque las mujeres son biológicamente, epidemiológicamente y socialmente más vulnerables al virus. (Gómez, A., 1994)

La Organización Mundial de la Salud ha reportado que de 12 millones de adultos que habían sido infectados con el VIH, 75% de ellos lo habían contraído por una relación heterosexual. Esto refleja el sostenido patrón de contagio heterosexual en todo el mundo, lo que significa un gran riesgo para la población femenina de todas las edades. (Gómez, A., 1994)

Otro aspecto importante es el crecimiento de la pandemia entre los y las jóvenes. La OMS informa que, por lo menos, la mitad de las infecciones en todo el mundo ocurrieron en la juventud, entre los 15 y los 25 años de edad. Y, aunque se ha enfatizado internacionalmente la urgencia de educación sexual dirigida a la juventud, donde se les informe los riesgos de contagio y las medidas de prevención, incluyendo el posponer el inicio sexual, y para aquéllos que ya se hayan iniciado, el sexo sin penetración y el uso de condones, la realidad es que en muchos países esto ha sido obstaculizado por la presión de factores culturales y religiosos. (Gómez, A., 1994)

2.6 Cambio de estrategia

2.6.1 ¿Cómo prevenir?

En general se han planteado tres estrategias para evitar el contagio de las ETS's , incluyendo el SIDA. Éstas son: 1) la reducción del número de parejas sexuales y el uso del condón , 2) la fidelidad en las relaciones de pareja y 3) la abstinencia sexual o celibato.

Sin embargo, estas estrategias no se ajustan a la realidad en que están inmersas las mujeres, sobre todo en el Tercer Mundo. La reducción del número de parejas sexuales es una medida irrelevante para la mayoría de las mujeres. Diversos estudios realizados en África indican que entre el 60% y el 80% de todas las mujeres infectadas han tenido una sola pareja sexual. Por otra parte, tampoco esta estrategia tiene cabida en la vida de las mujeres que se dedican al trabajo sexual por presiones económicas o supervivencia. (Reid, E., 1994)

En cuanto al uso del condón, aunque algunos resultados de programas con trabajadoras sexuales han demostrado que ciertas mujeres pueden negociar exitosamente el uso del condón, en general esta habilidad es rara entre las mujeres. (Reid, E., 1994)

La mayoría de los hombres no usa condones y , por lo tanto, la mayoría de las mujeres carece de la capacidad para protegerse en este sentido. Esta estrategia está diseñada para los hombres. (Reid, E., 1994)

La experiencia demuestra que las mujeres en general, incluyendo a las trabajadoras sexuales que pueden negociar exitosamente el uso del condón con sus clientes, se enfrentan con graves problemas al tratar de negociar el uso del condón con su pareja estable, ya que implica desconfianza entre los miembros de la pareja; y este concepto es compartido tanto por hombres como por mujeres.

Por otro lado, si la mujer exige el preservativo, puede arriesgarse a ser abandonada, golpeada o acusada de promiscua o infiel. En general, el uso de métodos anticonceptivos sigue siendo motivo de conflicto en muchos países latinoamericanos, donde los hombres perciben la regulación de la natalidad como una afrenta a su virilidad. (Reid, E., 1994)

En cuanto a la fidelidad, abstinencia y celibato, se estima que cada día alrededor de 1 500 mujeres fieles a sus esposos o parejas son infectadas. Se dice, incluso, que uno de los factores de riesgo para la mujer en relación al SIDA es el matrimonio. (Elias, C. y Heise, L., 1994)

"El mensaje de fidelidad puede dar una falsa seguridad a las mujeres, en el sentido que si se mantienen monógamas estarán a salvo del VIH y otras ETS's". "Las mujeres monógamas están en creciente riesgo de contagiarse con el SIDA, tanto a través del comportamiento heterosexual, como homosexual de su pareja estable". (Elias, C. y Heise, L., 1994)

Efectivamente, en general existe un doble estándar en cuanto al ejercicio de la sexualidad; de tal forma que los hombres son estimulados, e incluso presionados, para tener muchas parejas; mientras que las mujeres son muy mal vistas si tienen más de una pareja.

Diversas investigaciones demuestran que hay una mayor tasa de cambio de pareja entre hombres casados y solteros, que en mujeres; y aunque muchas esposas reconocen la infidelidad de sus esposos y su probabilidad de contagio con el VIH a raíz de este comportamiento, no tienen el poder de cambiar la situación, por temor a perder el sustento y la seguridad económica. (Elias, C. y Heise, L., 1994)

Muchas mujeres están en riesgo por el comportamiento homosexual encubierto de sus parejas, ya que en muchos países, la presión cultural por tener hijos empuja a muchos hombres homosexuales a casarse y tener descendencia, con el consiguiente riesgo de infectar a sus esposas.

Otro fenómeno que agrava la situación de las mujeres, es la imposibilidad de rechazar el sexo en determinadas situaciones; por ejemplo, en el caso de violaciones, relaciones incestuosas, intercambio de sexo por dinero, relaciones sexuales forzadas dentro del matrimonio, etc. En estos casos, la estrategia de abstinencia o celibato es incongruente. (Gómez, A., 1994)

2.6.2 Cambio social

Para favorecer un cambio en los patrones de contagio de ETS's, incluyendo el VIH / SIDA, es necesario que se dé un cambio en el desequilibrio que prevalece en las relaciones entre los sexos, superando la situación de subordinación en que han estado sometidas las mujeres.

Reid (1994) , señala la necesidad de luchar por conseguir un cambio en el comportamiento masculino, favorecer un mayor poder de decisión en las mujeres y estimular, asimismo, una acción colectiva de éstas, para protegerse contra la opresión que se ejerce sobre ellas; sobre todo en el terreno de la sexualidad.

Anke Ehrhardt (1994) propone reforzar la educación sexual y sobre el VIH / SIDA, dirigida hacia las capas adolescentes de la población. "Necesitamos llegar a los niños y adolescentes antes de su iniciación sexual", señala, " esta es un meta de salud pública realista. Sin embargo, los moralistas invariablemente impiden estos esfuerzos insistiendo en la abstinencia sexual y condenando cualquier promoción del uso del condón".

CAPITULO 3 : EL SEXO SEGURO

3.1 Definición de sexo seguro.

3.1.1 El sexo más seguro

El concepto de sexo más seguro (safer sex, en inglés), fue originado en 1983, en la ciudad de Nueva York, por el grupo Gay Men Health Crisis, como respuesta a la crisis de salud a la que se enfrentaban los hombres gay y bisexuales en esos momentos, debido a la epidemia del SIDA. (Acción en SIDA, 1991)

Su objetivo era presentar opciones sexuales que tuvieran menores riesgos de transmisión del VIH, haciendo más segura la vida sexual, tomando en cuenta la complejidad humana y brindando a los individuos la capacidad de tener el control sobre sus relaciones sexuales. Se le llamó sexo más seguro, y no seguro, pues no elimina por completo los riesgos de contagio del virus, pero los disminuye efectivamente. (Acción en SIDA, 1991)

El sexo más seguro no se limita al uso del condón, ni es únicamente un término técnico, sino que abarca un campo más amplio: la salud sexual de las personas, sus sentimientos sobre la sexualidad y las relaciones que establecen en la era del SIDA. (Acción en SIDA, 1991)

El sexo más seguro es tener relaciones sexuales disminuyendo el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA. Como se sabe que el VIH está en los fluidos sexuales y en la sangre, incluyendo la sangre menstrual, toda relación sexual en la que no se intercambien estos fluidos es sexo más seguro. (CHECCOS, 1989)

Aunque el virus puede penetrar al organismo a través de las mucosas, no puede hacerlo a través de la piel sana; así se considera seguro el contacto de estos fluidos con la piel intacta y sana. (Acción en SIDA, 1990)

El sexo más seguro incluye todas las prácticas sexuales en las que no hay penetración, como masturbación, caricias, masajes, compartir fantasías con la pareja, etc., el sexo oral usando protección (condón o cuadro de látex) ; así como las prácticas con penetración en las que se utilice preservativo.

El sexo más seguro es una invitación al amor, a la comunicación, al juego, a la tranquilidad, a un mejor conocimiento de la sexualidad con todo el cuerpo, explorando una diversidad de formas de sentir y disfrutar sin intercambiar los fluidos sexuales. (CHECCOS, 1989)

3.1.2 El sexo protegido

Se considera sexo protegido el ayudar a disminuir el riesgo en las prácticas con penetración, ya sea oral, vaginal o anal, usando barreras mecánicas, como el condón, el cuadro de látex, y el Kleen Pack; así como los guantes de látex para la introducción de los dedos en la vagina o el ano de la pareja. (Common Sense About AIDS, 1989)

3.1.3 El sexo seguro

Para algunos teóricos el sexo seguro implica únicamente las prácticas sexuales que no tienen ningún riesgo de contagio de enfermedades sexualmente transmisibles, es decir, aquellas en las que los fluidos sexuales y la sangre no tengan la posibilidad de ser intercambiadas por los miembros de la pareja.

Como el condón puede fallar, no se le considera, por estos teóricos, parte del **sexo seguro**. Únicamente lo serían las prácticas sin penetración, como caricias, masturbación, frotamientos, abrazos, uso de juguetes sexuales propios, etc. (Kaplan, H. , 1987)

Sin embargo, para otros teóricos, el concepto del sexo seguro es mucho más amplio, e incluye tanto el sexo más seguro como el sexo protegido, en el sentido que se refiere tanto a prácticas sexuales sin penetración, como a prácticas con penetración y sexo oral usando protección. (Calzada, J. , 1993)

En esta investigación se utilizará el término sexo seguro en su sentido más amplio: es decir, incluyendo tanto las prácticas con penetración y el sexo oral usando protección como las prácticas sin penetración.

3.2 Diferentes prácticas sexuales y sus riesgos

3.2.1 Descripción del riesgo de cada práctica sexual

Las relaciones sexuales no son las que causan el SIDA, sino la transmisión del VIH de una persona a otra, lo que se lleva a cabo cuando sangre, sangre menstrual, líquido pre-eyaculatorio, semen, fluidos vaginales o cervicales infectados entran al cuerpo de otra persona. (Taylor, C., 1992)

En las diferentes prácticas sexuales existe menor o mayor riesgo de que esto suceda, por lo que a continuación se analizarán los riesgos de cada una de ellas.
Penetración anal sin protección:

Muchas parejas heterosexuales practican la penetración anal como una forma más de estimulación sexual, o como una forma de anticoncepción. Se considera una práctica de alto riesgo, pues se produce daño en las mucosas rectales , permitiendo el intercambio de fluidos sexuales y sangre. (Aridjis, P., 1988)

Desde el inicio de la epidemia del SIDA, se han encontrado evidencias de que el sexo anal sin protección es una de las prácticas que conlleva el mayor riesgo de contagio, sobre todo para la persona penetrada; sin embargo, ambas partes tienen la posibilidad de contraer o transmitir el VIH por esta vía. (Taylor, C., 1992)

Penetración vaginal sin protección:

La penetración vaginal sin protección es, actualmente, la forma más común por la que se da la transmisión heterosexual del VIH. Es considerada una práctica de alto riesgo para ambas partes de la pareja. Durante esta práctica el semen y el líquido pre-eyaculatorio se depositan en la vagina y los fluidos vaginales y cervicales pueden entrar a la uretra peneana, si el VIH está presente en cualquiera de las dos personas, puede penetrar a través de estos medios. (Berer, M., 1993)

Las heridas en el pene o en la vagina hacen esta práctica más riesgosa, también aumenta el riesgo durante la menstruación, por los cambios hormonales que ocasiona en la mujer, porque hay mayor acceso al torrente sanguíneo en la mujer y más posibilidad de contacto del hombre con la sangre de ella. (Aridjis, P., 1988)

Sexo oral sin protección:

Se han reportado muy pocos casos de infección por VIH en los que la única conducta sexual de riesgo haya sido la estimulación oral, esto se debe a que en las parejas heterosexuales, es raro que se practique únicamente el sexo oral, sin penetración vaginal; ello dificulta reconocer el riesgo que conlleva esta práctica; sin embargo, se considera de mediano riesgo, pues el semen, las secreciones vaginales o rectales y la sangre menstrual infectados pueden entrar en contacto con la mucosa bucal de la pareja e ingresar al torrente sanguíneo. (Berer, M., 1993)

Esta forma de transmisión puede ocurrir cuando una mujer o un hombre estimulan los genitales o el ano de su pareja con la boca, besando, succionando o mordisqueando. El riesgo de transmisión puede incrementarse si la boca, encías o garganta están irritados, inflamados, con heridas abiertas, con lesiones, sangrando, o con alguna otra infección. (Taylor, C., 1992) También se incrementa el riesgo si el semen o la sangre menstrual se involucran frecuentemente, pero aún así, se considera una práctica mucho más segura que la penetración sin protección. (Berer, M., 1993)

Dedeo sin protección:

La introducción de los dedos a la vagina , como una forma de transmisión de VIH no ha sido suficientemente estudiada, sin embargo, se especula que si los genitales femeninos están irritados, o la pareja tiene cortadas, irritaciones o escoriaciones en las manos, o si el semen y los fluidos vaginales se mezclan, la transmisión del VIH es posible. Por ello se considera una práctica de mediano riesgo. (Taylor, C., 1992)

La introducción de los dedos al ano de la pareja tiene más riesgos que el dedeo a la vagina, pues la mucosa rectal es más delgada y se rompe más fácilmente, por lo que es más fácil que haya sangre implicada o heridas que permitan el intercambio de fluidos.

La inserción de la mano o puño al recto (fisting) ha sido asociado con la transmisión de VIH en hombres homosexuales , pero no existen estudios sobre la inserción del puño en la vagina, pues se cree que no es común, pero se considera también una práctica de alto riesgo, por el daño que produce a las mucosas. (Taylor, C., 1992)

Penetración anal usando protección:

El uso del condón impide que se intercambien fluidos sexuales, rectales y sangre durante la penetración anal. La utilización de dos condones a la vez, retirarse antes de la eyaculación y el uso de espermaticidas disminuyen aún más el riesgo de esta práctica, pero como los condones pueden, eventualmente, sufrir roturas o safaduras, se considera una práctica de mediano riesgo. (Common Sense About AIDS, 1989.)

Penetración vaginal usando protección:

En la penetración vaginal el uso de condones es aún más seguro que en el sexo anal, impidiendo el intercambio de fluidos sexuales y sangre menstrual. Se considera una práctica de mediano riesgo, por las fallas que puede tener el condón, y el riesgo se puede disminuir aún más con el uso de espermaticidas y el uso de otras barreras mecánicas como el diafragma o el capuchón cervical. El evitar la penetración durante la menstruación también disminuye el riesgo de esta práctica. (Berer, M., 1993)

Sexo oral con protección:

Cuando se usa condón al estimular el pene oralmente, o cuadros de látex o Kleen Pack para la estimulación oral de la vulva o el ano, esta práctica se considera de bajo riesgo, pues las barreras mecánicas evitan la entrada de fluidos sexuales y sangre en la boca de la pareja. (CHECCOS, 1989)

Dedeeo con proteecci3n:

El introducir los dedos a la vagina o al ano de la pareja usando guantes o dedos de l3tex, evita que los fluidos sexuales y la sangre de las posibles heridas en las manos se intercambien. Se considera una pr3ctica de bajo riesgo. (Berer, M., 1993)

Beso h3medo:

A pesar de que se han encontrado cantidades pequeas de virus en la saliva de personas infectadas con VIH, nunca se ha reportado un caso de infecci3n en el que la 3nica conducta de riesgo haya sido el beso, por lo que se considera que la baja cantidad de virus que se encuentra en la saliva, asi como, la presencia de inmunoglobulina A en la saliva, que parece neutralizar el VIH, son factores que impiden que se d3 la transmisi3n de este por el beso h3medo. Sin embargo, la falta de estudios hacen que a3n haya controversias sobre el tema y se considere el beso h3medo como una pr3ctica de bajo riesgo, en vez de una pr3ctica sin riesgo. (Taylor, C., 1992)

La presencia de heridas, irritaciones e inflamaciones en los labios, las encias y en la mucosa bucal podr3an aumentar el riesgo de esta pr3ctica, al intercambiarse no s3lo saliva, sino sangre en ella.

Pr3cticas sexuales sin penetraci3n:

Al no existir intercambio de fluidos y no ponerse en contacto mucosas entre los miembros de la pareja, se consideran pr3cticas sin riesgo. Entre ellas se incluyen: las fantasias sexuales, la masturbaci3n individual o con la pareja, los abrazos, el beso seco, masajes corporales, los aromas sexuales, el probar los fluidos sexuales propios, el contacto de los fluidos sexuales con piel sana, el exhibicionismo y voyeurismo con la pareja, el usar los propios juguetes sexuales, los videos, pel3culas, libros, revistas y cassettes er3ticos, etc. (Berer, M., 1993)

3.2.2 Categorización de las prácticas sexuales por el riesgo que conllevan. (Aridjis, P., 1988) y (Taylor, C., 1992)

PRACTICAS SEXUALES SEGURAS O SIN RIESGO:

En las que sólo existe contacto con piel sana, sin intercambio de fluidos sexuales, tienen una probabilidad de seguridad muy cercana al 100%:

- Fantasías sexuales
- Lenguaje sexual
- Abrazos
- Caricias
- Beso seco
- Masajes
- Aromas sexuales
- Probar los propios fluidos sexuales
- Exhibicionismo y voyeurismo con la pareja
- Masturbación individual
- Masturbación con la pareja
- Usar juguetes sexuales propios
- Videos, películas, libros, revistas eróticos.
- Bailes eróticos

PRACTICAS SEXUALES CON POSIBLE RIESGO:

Donde es posible, mas no probable, el intercambio de fluidos sexuales y sangre con la pareja. Probablemente no tienen un 100% de efectividad, pero se encuentran cerca:

- Beso húmedo
- Sexo oral con condón o barrera dental
- Penetración vaginal usando condón

- Penetración anal usando condón
- Dedeo al ano o la vagina usando guantes o dedal de látex

PRACTICAS SEXUALES INSEGURAS O DE ALTO RIESGO:

En las que se intercambian fluidos sexuales y sangre. Tienen un riesgo de infección del 50 al 85% :

- Penetración anal sin condón
- Penetración vaginal sin condón
- Tragar fluidos sexuales o sangre
- Sexo oral-anal sin protección
- Introducir la mano o puño a la vagina o al ano sin protección
- Intercambio de sangre menstrual
- Contacto de la orina con la boca, vagina o recto de la pareja.

3.2.3 Otros factores de riesgo en las prácticas sexuales

Los riesgos expuestos anteriormente sobre las prácticas sexuales son una guía general, pero en realidad, los factores de riesgo cambian en cada situación específica, por ejemplo: la piel lastimada o quemada por el sol puede hacer que aún las prácticas seguras se vuelvan riesgosas; que unos genitales secos o irritados incrementen riesgos en la penetración, etc. Algunos otros factores que pueden incrementar los riesgos de las prácticas sexuales son:

a) El sexo de la persona:

Algunos estudios han encontrado que el hombre con VIH tiene el doble de posibilidades de transmitir el virus a su pareja mujer que las que tiene una mujer de transmitirlo al hombre. Las razones que se han encontrado para explicarlo son: 1) que el semen tiene concentraciones mucho más altas de VIH que las secreciones vaginales en las personas infectadas; 2) que la vagina y el recto tienen mucho más

superficie de mucosa expuestas durante el coito que el pene. lo que hace que el virus pueda entrar más fácilmente en ellos; 3) el semen se encuentra más tiempo a la temperatura del cuerpo dentro de la vagina o el recto que los fluidos vaginales o rectales en el pene. por lo que hay mayor tiempo en el que la infección puede ocurrir.

Sin embargo, las diferencias del riesgo de contagio entre hombres y mujeres necesita ser más estudiado, pues se han hallado resultados contradictorios, otras investigaciones encuentran que los rangos de transmisión son muy similares de hombre a mujer como de mujer a hombre. .(Berer, M., 1993)

b) Otras enfermedades sexualmente transmisibles:

Las enfermedades de transmisión sexual involucran heridas abiertas, lesiones, úlceras, irritaciones e inflamaciones; lo que hace que el VIH pueda penetrar más fácilmente al torrente sanguíneo de la persona.

Además, las enfermedades sexualmente transmisibles producen un incremento en el funcionamiento del aparato inmunológico, en cuyas células vive y se reproduce el VIH, esto puede acelerar la replicación viral y hacer que exista un mayor número de células infectadas en los genitales e incremente el riesgo de transmitir el VIH a otra persona. (Berer, M., 1993)

c) El coito durante la menstruación:

Este incrementa el riesgo del hombre de estar en contacto con sangre infectada, y en la mujer hace más accesible al virus la entrada al torrente sanguíneo.(Berer, M., 1993)

d) Efectos del ciclo menstrual en la mujer:

La formación del tejido que protege la vagina y el cérvix de las infecciones depende de los cambios hormonales que se inician en la pubertad, por lo tanto, las niñas que no han tenido su menarca podrían ser particularmente vulnerables a la infección con VIH por vía sexual.

Aunque no ha sido comprobado, la mujer podría ser más vulnerable a la infección por VIH durante cierto período de su ciclo menstrual, como algunas mujeres con herpes genital recurrente reportan tener recaídas con su menstruación.

También la menopausia puede incrementar los riesgos al cambiar el recubrimiento de la vagina, haciéndola más seca y más fácil de irritar si no se usa lubricante. (Berer, M., 1993)

e) El uso de espermaticidas y del dispositivo intrauterino como métodos anticonceptivos:

A pesar de que los espermaticidas, en especial el nonoxinol 9 han probado destruir el VIH in vitro, no hay estudios suficientes que demuestren que sea efectivo para prevenir la transmisión de VIH en situaciones de alto riesgo. Además, existe riesgo de irritación oral y genital por el uso frecuente de los espermaticidas, lo que aumenta el riesgo de transmisión del VIH.

El uso del dispositivo intrauterino puede causar irritación e inflamación en el útero y el cérvix, creando condiciones que facilitan la entrada del VIH al torrente sanguíneo. Los hilos del DIU, que quedan en la vagina suelen irritar el pene durante la penetración, lo que también aumenta el riesgo de infección. (Berer, M., 1993)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

f) Complicaciones del embarazo, parto o abortos:

Las mujeres pueden sufrir daños en los tejidos por complicaciones del embarazo, el parto o abortos inseguros. Las heridas en los tejidos internos y externos de los genitales pueden no cerrar adecuadamente, aún si son reparadas, y re-abrirse durante la penetración y ser un factor de riesgo más para la infección con VIH. (Berer, M., 1993)

g) Agentes vaginales:

Muchas preparaciones químicas y herbales son utilizadas por las mujeres e insertadas en su vagina con propósitos sexuales, medicinales, contraceptivos y de limpieza. Algunos de ellos pueden irritar los tejidos e incrementar el riesgo de la infección con VIH. (Berer, M., 1993)

h) El uso de drogas o alcohol durante las relaciones sexuales:

Es una práctica común, en nuestra cultura, que las personas ingieran bebidas alcohólicas antes o durante la relación sexual, lo que puede interferir en la capacidad de juicio de las personas y entorpecer el uso del sexo seguro. El uso de drogas intravenosas entraña un riesgo más, que es el de compartir las agujas y jeringuillas con la pareja, lo que conlleva un intercambio sanguíneo, que se considera de alto riesgo para la infección con VIH. (Aridjis, P., 1988)

3.3 El uso correcto del condón

3.3.1 Descripción del condón

El condón o preservativo es una vaina cilíndrica hecha de hule látex, con un anillo de aproximadamente 36 cm de diámetro en el extremo abierto y de aproximadamente 19 cm de longitud. Su diseño y color son versátiles, algunos poseen, en su extremo cerrado, una bolsita que sirve de receptáculo para el semen eyaculado. Algunos vienen lubricados, otros sin lubricar, y otros más contienen espermaticidas para hacerlos más efectivos. (McCary, J., 1983)

3.3.2 Efectividad de los condones

El condón ha demostrado ser uno de los anticonceptivos más eficaces, siendo el fracaso del método de 2 a 4 por cada 100 mujeres-año; aunque el fracaso del usuario puede llegar a ser hasta de 10 a 20 mujeres-año. Esto se debe a las fallas e inconsistencias en su uso, las cuales pueden ser evitadas por una información adecuada y práctica en su uso. (McCary, J., 1983)

Cuando son usados correctamente, los condones son muy efectivos para detener la propagación de las enfermedades sexualmente transmisibles. Al inicio de la epidemia del SIDA, los científicos llegaron a la conclusión de que los condones podían ayudar a prevenir la infección por VIH, debido a que el tamaño de éste es similar al de otros virus, como el del herpes, los cuales no pueden penetrar el látex. Unido a ello, ni el aire ni el agua pueden pasar a través de los condones, aún cuando sus moléculas son 1000 veces más pequeñas que el VIH. (Taylor, C., 1992)

En 1985, un estudio riguroso de laboratorio demostró que el VIH no podía atravesar los condones, pues en pruebas de microscopio electrónico no se han encontrado porosidades en ellos, lo que ha sido confirmado por estudios con personas en alto riesgo de contagio por VIH que usan condones regularmente,

cuyas tasas de infección han disminuido notablemente. Los condones también previenen muchas de las infecciones oportunistas y co-factores asociados con el SIDA, como candidiasis, citomegalovirus, virus Epstein-Barr, herpes, chancro blando, gonorrea y sífilis. (Taylor, C., 1992)

3.3.3 Instrucciones de uso

Las instrucciones para el uso del condón son sencillas, pero deben seguirse cuidadosamente: (Berer, M., 1993)

1. Tener a la mano una cantidad suficiente de condones en un lugar seco, donde no se encuentren expuestos al sol, al calor o frío excesivos, ni a los tubos de luz fluorescentes.
2. Verificar que no haya caducado, revisando la fecha de manufactura (MFG) o de caducidad (EXP) que aparecen en la envoltura. Recordar que los condones están en buen estado , máximo, hasta tres años después de fabricados.
3. Usar los condones cada vez que se tenga penetración vaginal, anal o sexo oral.
4. Abrir el paquete con la yema de los dedos, cuidando no lastimar el condón. Nunca usar uñas ni dientes para abrirlo. (Figura 1)
5. El condón está enrollado sobre sí mismo, hay que fijarse hacia qué lado corre.
6. Con los dedos pulgar e índice, presionar ligeramente la punta para sacra el aire que pueda tener, pues las burbujas de aire pueden hacer que el condón se rompa con la fricción. Los condones que no poseen receptáculo necesitan que se deje un centímetro libre para recolectar el semen. Una gota de lubricante en la punta hace que se incremente la sensibilidad en el pene. (Figura 2)
7. Cuando el pene esté erecto, desenrollar el condón hasta que cubra todo el pene. Si el hombre no está circuncidado, el prepucio debe recorrerse antes de colocar el condón. Alisar el condón sin soltar la punta para asegurarse que no contiene burbujas de aire. (Figuras 3 y 4)
8. Lubricar el condón por fuera con un lubricante soluble al agua antes de penetrar, pues áreas muy secas pueden romperlo o removerlo; además de que el lubricante evita irritaciones a los tejidos de la persona penetrada. Los lubricantes con base

- de grasa como las cremas, aceites, vaselina, etc. causan que los condones se rompan rápidamente, pues degradan el hule látex. (Figura 5)
9. Sostener la base del condón cuando sea necesario, pues si el pene se está poniendo suave o en ciertas posiciones sexuales, el condón tiende a salirse, lo que se evita sosteniéndolo por la base. (Figura 6)
10. Después de la eyaculación debe sostenerse la base del condón junto con el pene y retirarse, para evitar que, al ponerse flácido el pene, el condón quede dentro de la pareja. (Figura 6)
11. Desechar el condón, pues solamente deben usarse una vez. El tratar de reutilizarlos disminuirá considerablemente su efectividad. (Figuras 7 y 8)



Fig. 1

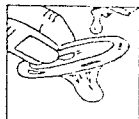


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

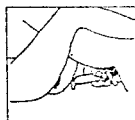


Fig. 6



Fig. 5



Fig. 7



Fig. 8

3.3.4 Causas comunes de las fallas del condón

Las roturas y fallas de los condones se deben generalmente a: (Berer, M., 1993)

1. Falta de conocimiento de las instrucciones de uso en los usuarios.
2. Uso de lubricantes con base grasosa
3. Contacto genital antes de la colocación del condón
4. Contacto del semen con los genitales femeninos antes de la colocación del condón, lo que puede resultar por caricias, frotamientos, etc.
5. Comenzar el coito y colocar el condón momentos antes de la eyaculación
6. Poner el condón comenzando con el borde enrollado hacia dentro, en vez de hacia afuera, lo que hace que se rompa más fácilmente.
7. No desenrollarlo completamente, de manera que se zafe fácilmente durante la relación sexual.
8. Lastimarlo con anillos, uñas, dientes, etc.
9. El derramar semen dentro de la vagina por no haber dejado un espacio libre en la punta.
10. Roturas porque el condón estaba en mal estado debido a su mal almacenamiento, fecha de caducidad, etc.
11. Derramar semen dentro de la vagina por no tener cuidado al retirar el pene una vez flácido.
12. Falta de práctica en su uso que lleven a cometer errores en la colocación del condón.
13. El re-uso de un mismo condón para varias relaciones sexuales.

3.3.5 El condón femenino

Aunque la idea de crear un condón femenino ha existido desde hace mucho tiempo (en 1920 se creó el primer prototipo), fue hasta el 31 de enero de 1992, cuando la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) del gobierno de los Estados Unidos recomendó la aprobación condicionada del primer condón femenino, el cual

ya se usa en Europa y en Estados Unidos bajo las marcas de Femidom y condón femenino Reality. (Berer, M., 1993)

Desafortunadamente, el condón femenino no está disponible en México, por lo que las mujeres mexicanas sólo cuentan con su poder de convencimiento para protegerse de las enfermedades sexualmente transmisibles y del VIH / SIDA; pues su pareja masculina debe acceder a usar el condón masculino o técnicas sexuales seguras que no incluyan la penetración. (Aldana, A., 1994)

El condón femenino es una vaina de poliuretano desechable, suave, delgado y lubricado con dos anillos flexibles. Uno es flexible y se encuentra en el interior del condón, sirviéndose para que en la colocación se sujete entre el cuello del útero y el hueso del pubis. El otro da forma al borde de la bolsa y debe permanecer fuera de la vagina. Así, el condón cubre el cérvix, el canal vaginal y se extiende sobre los labios vulvares. Tiene aproximadamente, tres veces el diámetro del condón masculino.(Lein, B., 1992)

El condón femenino puede prevenir el embarazo, la transmisión de enfermedades sexualmente transmisibles, incluyendo el VIH/SIDA. Los estudios de laboratorio muestran que el poliuretano es una barrera efectiva contra el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. (Berer, M., 1993)

Un estudio con el condón femenino Reality mostró una efectividad del 87% como anticonceptivo en un plazo de 6 meses y se estima que la protección que brinda contra enfermedades de transmisión sexual es similar. (Reality, 1990)

Una de las mayores ventajas del condón femenino es que da a las mujeres una mayor posibilidad de control y de auto-protección, ya sea porque sus parejas sexuales no deseen usar el condón masculino o simplemente como una opción más para protegerse. Mujeres con alto riesgo de infección por VIH pueden usar a la vez el condón femenino y el masculino, teniendo doble protección.

Otras ventajas que puede tener el condón femenino sobre el masculino es que lo pueden usar personas que sean alérgicas al látex; que puede ser colocado mucho tiempo antes de la penetración, por lo que no resta espontaneidad a la relación sexual, ni es necesario que el pene esté erecto para poder colocarlo; no es necesario retirar el pene enseguida de la eyaculación; es más resistente a las roturas que el de látex; se calienta a la temperatura corporal inmediatamente, lo que lo hace más cómodo de usar y aumenta la sensibilidad. (Lein, B., 1992)

Algunas de las desventajas que se han encontrado en él es que muchas mujeres no gustan de las barreras insertivas, por que no les agrada tocar sus genitales o les desagrada que cuelgue fuera de su cuerpo. Otra desventaja es que su precio es mucho más alto que el del condón masculino, llegando a costar el triple de lo que cuesta éste. (Lein, B., 1992)

Algunos inconvenientes en su uso han sido reportados, como que, si no se guía el pene adecuadamente durante la penetración, puede insertarse por un lado del arillo externo. También puede suceder que, durante la relación sexual, el anillo externo sea empujado hacia el interior de la vagina, lo que disminuiría su efectividad. Otras desventajas reportadas han sido la presencia de ruidos extraños durante la relación sexual e irritaciones en el pene o la vagina producidas por el anillo interno; éstas dos últimas se solucionan al colocar lubricante extra durante la penetración. (Berer, M., 1993)

Los pasos para insertar el condón femenino son: (Reality, 1990)

1. Sacar el condón de su empaque con cuidado de no dañarlo, frotarlo sobre sí mismo para distribuir uniformemente el lubricante. (Figura 9)
2. Se coloca estando la mujer en una posición cómoda, ya sea sentada, en cuclillas, parada con un pie sobre una silla o acostada.

3. Tomar el condón con el extremo abierto colgando hacia abajo. Mientras se sostiene, se aprieta el anillo interno con los dedos pulgar y medio, el dedo índice queda sujetando el anillo interno por su parte media. (Figura 10)
4. Sujetando el condón con los tres dedos, se separan los labios vulvares con la otra mano y se inserta el preservativo. (Figura 11)
5. Enseguida se empuja el anillo interno a lo largo del interior de la vagina con el dedo índice, verificando que el anillo interno se encuentre justamente al pasar el hueso púbico. (Figura 12)
6. El anillo externo debe reposar sobre los labios vulvares y el condón debe sobresalir unos 2.5 cm de la vagina, para contrarrestar la expansión de la vagina que se da durante la excitación sexual. (Figura 13)
7. Para la inserción del pene en la vagina, conviene que la mujer lo guíe con su mano, verificando que no se deslice a un lado del anillo externo. (Figura 14)
8. Para extraer el condón se debe apretar y dar vueltas al anillo externo para evitar el derramamiento de semen, se jala suavemente y el condón, junto con el anillo interno, saldrán fácilmente. (Figura 15)
9. El condón femenino debe desecharse al terminar la relación sexual y nunca reutilizarse, pues su efectividad se vería disminuida. (Figura 16)

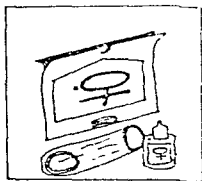


Fig.9

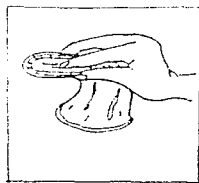


Fig.10

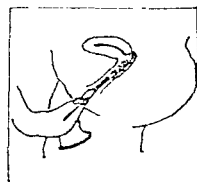


Fig.11

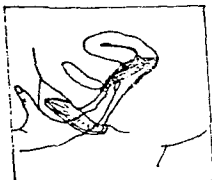


Fig. 12

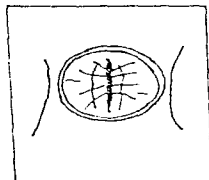


Fig. 13

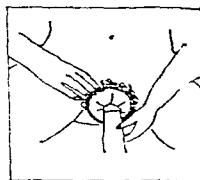


Fig. 14



Fig. 15

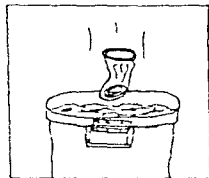


Fig. 16

3.4 Otras estrategias en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el VIH / SIDA

Existen otras estrategias que han sido sugeridas al público en general para la prevención de las enfermedades sexualmente transmisibles, incluyendo el VIH / SIDA; ellas han sido recomendadas a partir de las reacciones que representantes de la Iglesia y grupos conservadores tuvieron ante las campañas contra el SIDA del Sector Salud durante el gobierno de Miguel de la Madrid, en las cuales se recomendaba ampliamente el uso del condón.

Así, dichas organizaciones, encabezadas por el Grupo Pro- Vida, se opusieron a que se publicitara el uso del condón y exigieron que se incluyeran estrategias de prevención como la abstinencia sexual y la fidelidad. Jorge Serrano Limón,

presidente actual de dicha asociación declara: "Ante el SIDA, abstinencia sexual en los solteros y fidelidad conyugal en los casados. Es una irresponsabilidad recomendar el condón, porque no garantiza seguridad y sí promueve las relaciones sexuales desordenadas". (Vera, R., 1989)

Sin embargo, algunos teóricos encuentran que su eficacia es muy pobre, por lo que ya no las consideran recomendables. (Berer, M., 1993) y (Taylor, C., 1992)
Entre ellas se encuentran:

" Conoce a tus parejas sexuales"

Esta recomendación da a entender que si uno conoce por determinado tiempo a alguien, o conoce su vida sexual pasada, se estará libre de riesgo de contraer ETSs, lo cual es falso. Las personas con VIH que son asintomáticas, pueden transmitir el virus, pero no presentan ningún síntoma que pueda identificarlos como portadores, aún por muchos años.

" Pregunta a tus parejas sexuales su historia sexual"

Esta estrategia asume falsamente que las personas con una historia larga de conducta de alto riesgo tienen VIH, mientras que los que tienen una historia más corta no. También asume que nadie debería tener relaciones sexuales con personas en riesgo de VIH. Estas aseveraciones son inválidas y estigmatizantes. La mayoría de las personas que piden información a sus parejas sexuales potenciales no saben si ellas mismas son, o no, portadoras del VIH.

Muchas personas prefieren no discutir asuntos sexuales, por lo que no pueden protegerse con esta estrategia, muchos otros preguntan la historia sexual de su pareja no para decidir si tener relaciones sexuales o no, sino para decidir si usarán sexo seguro o no, lo que aumenta los riesgos, en vez de disminuirlos. El interrogar

sobre su vida sexual a otra persona, puede invitarla a mentir para lograr una relación sexual que desea, o para no ser rechazada afectivamente.

" Sé monógamo "

Ser fiel a una sola persona funciona sólo si ninguno de los dos tiene VIH al comenzar la relación, si no están en riesgo por otras fuentes de infección, si ambos permanecen vivos, juntos y fieles el uno al otro todo el tiempo.

Muchas mujeres con VIH han tenido únicamente una pareja sexual durante toda su vida, y otras sólo dos o tres, una al tiempo, durante muchos años. Ser fieles no las protegió cuando sus parejas no lo fueron o ya tenían VIH al comenzar la relación. Si la persona es monógama y cree que su pareja sexual también lo es, pero no es así, estará corriendo riesgos sin saberlo. Obviamente hay parejas que sí son monógamas, pero hay que ser cuidadosos al asumir que alguien es monógamo.

" Si la prueba de anticuerpos es negativa para ambos su relación sexual es segura "

Existen falsos negativos (cuando la prueba dice que alguien no está infectado pero sí lo está) y falsos positivos (cuando dice que alguien está infectado pero no lo está) en todas las pruebas de detección de anticuerpos a VIH. Además, el organismo puede tardar meses en producir los anticuerpos necesarios para ser detectados por la prueba (período de ventana) y; sin embargo, la persona puede estar infectada y transmitirlo a otras personas.

" Reduce el número de tus parejas sexuales "

Aunque el reducir el número de parejas sexuales reduce el riesgo de infección, al reducir el riesgo de encontrar una pareja infectada, sólo es necesario tener una pareja infectada para contraer el VIH.

Las relaciones más comunes en nuestra época se caracterizan por las parejas monógamas seriadas, es decir, se termina una relación y se comienza otra. El reducir el número de parejas sexuales, entonces, significaría el quedarse con una relación, aunque no sea satisfactoria, o si se termina la relación, renunciar a tener otra.

" Absténate de las relaciones sexuales "

Aunque es la manera más eficaz de detener la transmisión del VIH por vía sexual, no funciona para todas las personas, muchos hombres y mujeres no quieren renunciar a su vida sexual por la amenaza de una enfermedad, y los jóvenes no quieren esperar a casarse para comenzar experimentar .

Además, se han encontrado personas con un gran miedo y ansiedad de infectarse, por lo que se abstienen por largos períodos de tiempo, pero que después participan en prácticas sexuales completamente impreparados para practicar sexo seguro, lo que les hace participar en prácticas de alto riesgo y los deja con la sensación de culpa y miedo que los lleva a otro período de abstinencia, iniciándose un ciclo vicioso.

3.5 Problemas de las mujeres ante el uso del sexo seguro

" En la vida de las mujeres la tensión entre peligro sexual y el placer sexual es muy poderosa ". (Vance C., 1989) La sexualidad de las mujeres está rodeada de temores e inseguridades. Aunque en la actualidad ya no es tan marcado , aún se manifiesta rechazo hacia aquellas mujeres que ejercen su sexualidad fuera de los cánones del matrimonio. Además de exponerse a la censura de familiares y amigos, y en ocasiones a la de la misma pareja, se guarda el temor al embarazo, pues pone en evidencia que se ha realizado el acto sexual y supone toda una serie de decisiones y responsabilidades que cambian por completo la vida de la mujer.

De unos años a la fecha las mujeres deben, además, preocuparse por la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y muy especialmente del VIH / SIDA.

Las mujeres son consideradas objetos eróticos, que pueden despertar el deseo de los hombres, y como tales, parecen carecer de participación activa en el ámbito sexual, como en muchos otros terrenos.

Además, la sexualidad femenina está más ligada al aspecto afectivo que al disfrute o al placer, para las mujeres la relación sexual implica la entrega total y absoluta, el intercambio de caricias y abrazos, el acercamiento, la intimidad con el otro. Por lo que, se les dificulta el pensar en términos de protección, prácticas sexuales seguras e inseguras, etc.

3.5.1 El condón, artículo de uso masculino

El único medio seguro para evitar la transmisión de las enfermedades sexualmente transmisibles y el VIH / SIDA es el uso del condón, y es un medio de prevención para el uso del hombre y la mujer no tiene a su alcance ningún medio de prevención propio y efectivo. El llamado condón femenino, el cuadro de látex y las cremas con nonoxinol 9 no están al alcance de la mujer mexicana y son difíciles de encontrar en otros países. (Aldana, A., 1994)

Mientras las mujeres no tengan sus propios medios de prevención, lo único que está a su alcance es convencer a sus parejas sexuales de que utilicen el condón; por lo que no tienen el control sobre su propia salud, están en permanente riesgo y su seguridad depende de la voluntad de otro. Esto refuerza el papel tradicional de la mujer, en la forma de dependencia y pasividad. (Aldana, A., 1994)

Siendo la negociación del sexo seguro la única arma que poseen las mujeres para protegerse, tampoco se encuentran al alcance de ellas folletos ni manuales de convencimiento rápido para lograr que el hombre utilice el condón. (Aldana, A., 1990)

Por otro lado, el condón masculino sólo protege a la mujer en la relación heterosexual como penetración vaginal o anal, pero no en otras prácticas sexuales en las que los genitales femeninos quedan expuestos, como en la estimulación oral de sus genitales, el contacto pene- vulva, el dedeo, el contacto vulva-vulva en una relación homosexual, etc.

Los métodos existentes hasta el momento se diseñaron para captar la eyaculación masculina en el sexo anal, vaginal u oral, pero la lubricación vaginal y la eyaculación femenina han quedado relegadas en la protección de prácticas sexuales diferentes a la penetración.

Aunque se utilizan los cuadros de látex o el Kleen Pack para la estimulación oral de los genitales femeninos, el contacto entre vulvas y otras técnicas similares, aún no hay suficientes estudios que demuestren su eficacia y no se encuentran fácilmente en países como el nuestro. (Aldana, A., 1990)

3.5.2 Dificultades en la negociación

Aunque tradicionalmente se ha asociado la sexualidad femenina con la pasividad, la dependencia y la sumisión, en la época del SIDA, la mujer que desea protegerse necesita proponer a su pareja el uso de prácticas sexuales seguras, como el uso del condón. Se plantea, entonces, una contradicción para las mujeres, entre lo esperable (la pasividad) y en la búsqueda de la salud, una actitud más activa, centrada en la propuesta del sexo seguro. (Fenoy, D., 1993)

En Estados Unidos se dan talleres para que las mujeres aprendan a ser asertivas, es decir, aprendan a comunicar sus deseos, sentimientos y pensamientos de manera clara y firme a sus parejas sexuales; sin embargo, en los países latinoamericanos, no basta que las mujeres sean asertivas, pues son rechazadas por sus parejas sexuales. Así, se ha observado que la seducción es una forma más útil para las mujeres latinas, por lo menos, mientras los hombres no cambien sus actitudes hacia las mujeres seguras de sí mismas e independientes. (Berer, M., 1993)

Muchas mujeres encuentran mucho más sencillo el proponer el uso del preservativo como un método anticonceptivo que como prevención de enfermedades transmisibles, lo que puede lograr convencer a la pareja de protegerse durante la penetración vaginal, pero la dejará desprotegida en técnicas como la penetración anal, el sexo oral, etc.

Algunos de los consejos que se dan a las mujeres para aumentar su capacidad de convencimiento en estos casos son: (Acción en SIDA, 1990)

- Hablar del sexo seguro antes de iniciar contactos corporales íntimos, cuando aún la mente puede controlar las emociones.
- Ensayar lo que quiere decir antes de que realmente lo diga, practicando ante un espejo, con una amiga o amigo, etc.
- Proponer cosas claras y sencillas, enseñando con el ejemplo y mostrándose honesta acerca del sexo, el amor y la felicidad.
- Ser firme, no cesar de repetir lo que desea y no dejarse convencer por los argumentos del otro.
- Practicar a solas el uso del condón, poniéndolo en un plátano hasta que no se sienta avergonzada.
- Evitar las drogas y el alcohol cuando tenga relaciones sexuales, pues puede perder el control sobre sus acciones.

- Ser creativa y poner los condones de manera sensual y acariciadora, para que sean aceptados más fácilmente por los hombres que piensan que el condón es poco erótico.
- Evitar que la pareja se sienta agredida u ofendida al tocar el tema de las enfermedades de transmisión sexual.
- Mantener la atmósfera romántica, para que no se pierda la espontaneidad y la intimidad del momento.
- Insistir en la idea de que el sexo seguro no se usa por desconfianza en una relación, sino por cuidado mutuo.
- Si la pareja se rehusa a utilizar el condón, buscar prácticas sexuales seguras alternativas, como la masturbación mutua, masajes, etc.
- Si es necesario, alejarse, pues una negativa total del compañero puede convertirse en un episodio violento y, en un caso extremo, hasta en una violación.

3.6.3 El temor a perder el vínculo

Aunque en la mayoría de los casos es el hombre el que no accede a usar el condón, algunas mujeres encuentran difícil pedirte a su pareja que lo use o no saben cómo reaccionar ante la negativa de él, prefiriendo, muchas veces, tener prácticas de riesgo que poner en riesgo la relación.

En las relaciones con parejas ocasionales, la mujer que propone el sexo seguro o el uso del condón, se muestra sexualmente activa o que pueda estar buscando sexo, en un contexto social en el que la pasividad sexual de la mujer es deseable, lo que ocasiona que la mujer sienta vergüenza aún al comprar o traer consigo los condones. El miedo al rechazo por esa nueva pareja es suficiente para que muchas mujeres se abstengan de hablar de sus deseos de protegerse. (Fenoy, D., 1993)

Por otro lado, si se trata de una pareja estable, el peligro estará centrado en la **desconfianza** del compañero acerca de la fidelidad de la mujer, lo que puede traer **conflictos en la relación**, pues el peso social hacia la infidelidad femenina es mucho **más grande** que hacia la infidelidad masculina, por la doble moral predominante en nuestra sociedad.

Ello también dificulta que las mujeres discutan cuestiones sexuales con sus **maridos**, aunque sepan que ellos ha tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio. (Fenoy, D., 1993)

Existe, entre las mujeres, el sentimiento de que teniendo una pareja estable, **evitan los riesgos** de la infección por VIH, por lo que prefieren protegerse del embarazo. Y ven los condones como una estrategia para ocasiones cuando no es claro si pueden confiar en su pareja o no.

Como la pareja estable se basa en la confianza y el amor, el proponer el uso del condón es considerado por muchas mujeres como algo indeseable que pone en **peligro el equilibrio** y el futuro de la relación. (Fenoy, D., 1993)

3.5.4 La identidad de género

El uso del condón confronta las nociones más básicas de identidad de género, tanto en hombres como en mujeres. En cuanto a la virilidad, el "ser un verdadero **hombre**" en las culturas occidentales significa tener poco o ningún control sobre los **impulsos sexuales** y agresivos y sentirlos más intensamente que las mujeres. Así, el usar condón, el ser racional, controlar los impulsos sexuales y tomar en cuenta las necesidades de la pareja hace sentir a los hombres que están perdiendo su **hombria**. (Paiva, V., 1993)

Por otro lado, el "ser mujer", en dichas sociedades, significa ser frágil, menos agresiva y más capaz de controlar los impulsos sexuales; significa, también, ser ignorante en materias sexuales hasta el matrimonio y; después de él, satisfacer los impulsos del esposo.

El hombre aprende sobre el sexo en la calle, sus dominios, mientras que la mujer lo aprende de su marido, en casa. La mujer soltera debe decir siempre que no ante las propuestas sexuales de los hombres y la mujer casada nunca debe decir que no a su esposo.

Para una mujer, el hablar de sexo o pedir a su pareja el uso del condón, la hace abandonar el papel femenino tradicional, la pone al nivel del hombre o de la mujer de la calle, lo cual la desacredita ante la sociedad. (Paiva, V., 1993)

En su mayoría, las mujeres utilizan condón cuando tienen relaciones sexuales con parejas ocasionales o con sus clientes, en el caso de las prostitutas. En la Conferencia sobre Prostitución, en 1993, Claudia Colimoro señaló que las trabajadoras sexuales pueden utilizar el condón con sus clientes pero no lo hacen con sus parejas estables. Así, observamos que al usar el condón con el cliente cumplen con su rol de cuidadoras de otros, pues su preocupación radica en la posibilidad de contagiar a su pareja y descartan el hecho de que éste pueda contagiarlas e ellas.

Aunque ya existen cambios en las actitudes hacia los papeles de género en algunas porciones de la población, la capacidad de negociación de las mujeres está todavía limitada y los hombres todavía determinan la modalidad y el ritmo de las relaciones sexuales.

Aunado a todas estas dificultades, la decisión de usar o no condones se da en un contexto social donde la maternidad es aún esencial en la construcción de la identidad femenina, lo que es un punto más en desventaja para que las mujeres reduzcan el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y VIH / SIDA en sus prácticas sexuales. (Paiva, V., 1993)

" El hombre es su cuerpo, tiene más a menudo una relación de existencia con él; la mujer tiene más a menudo una relación de propiedad con su cuerpo ". "Para el hombre el cuerpo es un medio de voluntad libre y autónomo, para la mujer puede ser tomado más como una cosa extraña ". (Demichel F., 1994) Esta noción de género, en la cual la mujer no es dueña de sí misma, de su cuerpo, ni de su destino, generalmente representa una limitante más para la adquisición de prácticas sexuales seguras.

3.5.5 Las relaciones de poder entre los géneros

La contraparte psicológica del poder patriarcal se encuentra arraigada en los valores de la vida privada, la adquisición de la identidad sexual se va configurando estereotipada y jerárquicamente diferente, lo que le confiere a los varones mayor poder en los distintos espacios de la vida cotidiana. El poder, en términos de dominio y de priorizar los deseos masculinos sobre los femeninos se hace extensivo a los ámbitos familiar, laboral, educacional, económico, político, sexual, etc. (Fenoy, D., 1993)

Si se tienen en cuenta las relaciones de poder en el interior de la pareja, es el hombre el que puede o debe mostrarse sexualmente activo, el que propone el ritmo y la frecuencia de las relaciones sexuales, así como las diferentes prácticas sexuales en la pareja.

La mujer, por su lugar social subordinado, es entonces, más vulnerable a la infección por VIH, pues la negación, el ocultamiento y la represión de su sexualidad trae aparejada menos oportunidades de cuestionarse y de informarse sobre el tema. Esta vulnerabilidad se refleja en que la mujer no tiene medidas propias preventivas, no está en control de su cuerpo ni de la infección, sino que debe proponer medidas preventivas. El control de su salud está puesto en el "otro", lo que la restringe para responder efectivamente ante la amenaza de la infección por VIH. (Fenoy, D., 1993)

Además, la pasividad sexual a la que se ve sujeta no le permite negociar con su pareja el uso del sexo seguro ni del preservativo, pues los costos sociales, económicos y culturales son tan altos, que muchas mujeres prefieren correr el riesgo de infectarse.

El Dr. Carlos del Río en el seminario sobre SIDA, organizado por el Instituto de Biomédicas de la UNAM, explicó que los casos acumulados en los últimos cinco años, muestran que en las mujeres los casos atribuibles a transmisión sexual han aumentado de 34.4 por ciento a 74.2 por ciento. Del Río mencionó que " el problema ya no es la distribución de condones, sino las condiciones de desigualdad que enfrenta la mujer , ya que la mayor parte de esta población tiene una sola pareja ".

La violencia es la manifestación más cruda de la desigualdad social entre hombres y mujeres, aunque la mayoría de los hombres no cometen crímenes violentos, la sociedad patriarcal, en el peor de los casos, los motiva a hacerlo , y en el mejor , no los condena por cometerlos. El siempre presente miedo de las mujeres a la violencia sirve para mantenerlas pasivas y permite a los hombres conservar el control de las decisiones sobre las relaciones sexuales. (Berer, M., 1993)

La violencia, intentos de violencia y miedo a la violencia (sexual o no) han sido reportados comúnmente por las mujeres, casadas y solteras, como una razón para no insistir sobre el uso del condón o el sexo seguro con sus parejas, aún cuando ellas sabían que existían riesgos de infección por VIH. (Berer, M., 1993)

CAPITULO 4: LA EROTIZACIÓN DEL SEXO SEGURO

4.1 Definición de erotización

La palabra **erótico** o **erotismo** provienen de la raíz griega éros, amor y se refieren a lo relativo al amor sensual. (Pequeño Larousse Ilustrado, 1992)

Dentro de la mitología griega, el dios Eros (que para los romanos sería Cupido) era hijo de Venus, la diosa que preside los placeres del amor. Eros inspiraba el amor y significaba la fuerza atractiva que unía y combinaba los elementos de la Tierra. Tan pronto como Eros nació, Zeus, temeroso de los disturbios que iba a ocasionar, incitó a su madre para hacerlo desaparecer, pero Venus lo ocultó en los bosques y lo alimentó con leche de cabra. Allí hizo él su famosa flecha, que ensayó primero con los animales antes de utilizarla en los seres humanos. A Eros se le representa generalmente como un niño alado, armado con un arco y una aljaba llena de flechas, con las cuales hiere a los dioses y a los seres humanos. (Enciclopedia El Nuevo Tesoro de la Juventud. 1973)

Así, a Eros se le relaciona con el amor y el placer, por lo que aún en nuestros días palabras como erótico y erotismo se refieren al amor y al placer sensual y sexual.

A partir de la aparición del SIDA, muchas personas asocian las relaciones sexuales con el miedo a la enfermedad y a la muerte y no pueden ver el sexo como algo placentero, divertido, saludable, que es parte del contacto humano y de las relaciones con los demás. (Taylor C., 1992)

Pero el SIDA no es la primera plaga sexual que ha sufrido la humanidad, pues la sífilis y la gonorrea ya habían causado muchas muertes y serios problemas en siglos anteriores. Toda la represión sexual que siguió a esas epidemias no detuvo la propagación de las enfermedades y sólo la ciencia médica lo logró; sin embargo, en cuanto al SIDA, parece poco probable que en un periodo corto de tiempo se encuentre alguna cura o vacuna para detenerlo. (Taylor, C. , 1992)

Tampoco parece probable que la solución esté en que las personas dejen de expresarse sexualmente, por lo que la única solución posible es que la gente adopte estrategias de reducción de riesgo, de manera que la probabilidad de contraer el VIH sea menor y puedan conservar, a la vez, su vida erótica activa.

Pero para lograr que las personas se protejan no basta con infundirles temor con respecto al SIDA y enseñarles el uso del preservativo, pues para que la gente practique el sexo seguro es necesario que lo integre a su vida sexual, que logre erotizarlo; es decir, que logre recuperar la alegría, la diversión y el goce de ser sexual y sensual, utilizando técnicas sexuales que disminuyan el riesgo de transmisión de las enfermedades sexualmente transmisibles y el VIH / SIDA.

4.2 Antecedentes históricos

Las actitudes hacia la sexualidad han cambiado a través de las culturas y el tiempo. La visión que hoy se tiene de los roles de género, el papel de la mujer en la sociedad, el matrimonio, la familia, diferentes prácticas sexuales etc. nos ha sido heredada de diversas mezclas culturales, se ha transformado a lo largo del tiempo y con acontecimientos específicos como el surgimiento del estoicismo, el auge del Cristianismo, etc.

A continuación se hará un breve recorrido histórico de las actitudes hacia la sexualidad que han existido y su relación con la erotización o la estigmatización de algunas prácticas sexuales prevalecientes hasta nuestros días.

4.2.1 El Código de Hammurabi

En 1902, fue descubierta en Irán, la primera legislación escrita de la que se tiene noticia, el Código de Hammurabi. Está hecho de piedra de diorita, es cilíndrico y mide 2.25 m de alto y 1.90 m de circunferencia, consta de 282 artículos que serían la base para las legislaciones de los pueblos vecinos como el hebreo, el griego y el romano. Data del año 1800 a.n.e. y fue dictada por Hammurabi, rey de Babilonia. (Hernández, J.C., 1994)

En este código, también se legisla la sexualidad. En él se dictaba que el matrimonio en pareja se imponía sólo para la alta élite, pues su fin era regular la herencia y la descendencia. El hombre podía tener una esposa principal y otras menores, dependiendo de su economía; con la principal debía tener descendencia, mientras que con las demás esto no importaba, a menos que la principal no pudiera tener hijos.

El adulterio del hombre era castigado sólo en caso de que hubiera forzado a la esposa de otro señor y ella hubiera sido virgen y viviera aún en casa de su padre; en ese caso él recibía la muerte y ella no. En cambio, cuando una mujer casada era sorprendida en la cama con otro, se les ataba juntos y se les arrojaba al agua para que murieran.

El incesto estaba prohibido, si el marido cohabitaba con la hija, se le expulsaba de la ciudad; si la mujer cohabitaba con el hijo, se les quemaba vivos a ambos. El aborto sólo se castigaba cuando era provocado por golpear a la madre. (Hernández, J.C., 1994)

4.2.2 El Pueblo Judío

Pocas culturas han regido la vida íntima de sus miembros como la judía. El pueblo judío se concibe a sí mismo, como viviendo de un Dios, por un Dios y para un Dios, de ahí, la existencia humana adquiere dimensión sagrada y no debe ser gastada en placeres corporales (Álvarez- Gayou, J.L., 1979)

Las pautas sexuales de conducta deseables se encuentran perfectamente estipuladas en el Éxodo, el Levítico y el Deuteronomio, libros en los que se reprueba toda conducta sexual que salga fuera de los fines considerados válidos para la sexualidad del judío: la conservación de la especie humana, la preservación de la endogamia del pueblo de Israel y la unidad familiar. (Álvarez-Gayou, J.L., 1979)

La necesidad de tribus mayores hizo, que se prohibieran todas las prácticas sexuales que no conllevaran a la procreación, como la homosexualidad, el coito con animales, el coito interrumpido (el pecado de Onán), el coito durante la menstruación o en pocos días posteriores a ella, cualquier tipo de anticoncepción y el aborto. (McCary, J., 1983)

4.2.3 La Grecia Clásica

Para la religión griega, lo más importante era la Estética (aisthēitikós, percibir). La sexualidad no estaba tan ligada a la reproducción, como a la estética. Lo que era bien percibido, por cualquiera de los cinco sentidos, lo bello, lo que producía placer, era moralmente bueno. (Hernández, J.C., 1994)

Los griegos embellecían su cuerpo asistiendo a la palestra (en latín gymnasium) y el alma se embellecía a través del amor a la sabiduría (philos-sophia).

Los griegos estaban conscientes de que una persona puede responder a estímulos tanto hetero como homosexuales. Para el siglo VI a.n.e. la homosexualidad masculina manifiesta estaba muy extendida por todas las ciudades griegas. Como parte de la educación, el paidegogos tenía relaciones sexuales con sus alumnae, pues se les enseñaban, además de conocimientos intelectuales, las artes de la vida. (Hernández, J.C., 1994)

En las ciudades en las que la mujer gozaba de privilegios sociales iguales a los del hombre, también recibía este tipo de educación. La prostitución estaba muy extendida y estaba íntimamente relacionada con la adoración a los dioses. El matrimonio se realizaba únicamente entre las clases ricas y servía para regular la procreación y la herencia. Los hombres podían tener una esposa principal y varias secundarias, y tanto hombres como mujeres podían tener relaciones sexuales fuera del matrimonio sin que se considerara inadecuado moralmente. (Hernández, J.C., 1994)

4.2.4 Roma

En Roma, el matrimonio era sólo para hombres y mujeres ciudadanos (no existió para los esclavos sino hasta los siglos III o IV), siendo un acto privado, que podía, o no, ser anunciado a la sociedad. Tanto el hombre como la mujer tenían derecho a divorciarse, y si tenían hijos, éstos se quedaban con el padre. (Hernández, J.C., 1994)

Los matrimonios tenían sólo tres hijos, siendo el aborto y la anticoncepción prácticas comunes. La educación de los hijos se le confiaba a una nodriza, y si era varón, además se le asignaba un paidegogos, con el que, siguiendo la tradición griega, tenían relaciones sexuales. (Hernández, J.C., 1994)

La prostitución, heredada por los griegos, es una institución aceptada por los romanos.

La religión romana fomentaba el vivir bien la vida, gozar al máximo sus placeres y virtudes. Se basaba en el epicureísmo, cuya meta era librar a la gente de todo tipo de angustias, que lograran vivir sin miedo a los hombres ni a los dioses, ni al azar ni a la muerte.

Aunque en Roma prevalecía la moral griega de la Estética, poco a poco empieza a surgir un movimiento antagónico: el Estoicismo. Este se basaba en mantenerse, a fuerza de voluntad, en un estado heroico. El mundo es visto por el estoicismo, como algo malo, que ofrece un sinnúmero de placeres que ponen en peligro la voluntad del hombre.

Con la nueva moral, surge una nueva idea del matrimonio, que se convierte en un deber. El hombre debe ser célibe hasta el matrimonio, y sólo tener relaciones sexuales para la procreación. Por lo tanto, se prohíben todas las prácticas sexuales que no lleven a ella como la homosexualidad, la masturbación, etc. (Hernández, J.C., 1994)

Aunque en un inicio, el estoicismo sólo era una corriente filosófica leída por una pequeña élite, se fue infiltrando en la élite dominante, y es hasta que se une al Cristianismo, cuando toma fuerza y es impuesta a las clases bajas.

4.2.5 El Cristianismo

En el período romano clásico tardío, los cristianos tradujeron los textos estoicos al griego popular, copto, sirio y latín, expandiéndolas por todo el Imperio. A partir del siglo III, la nueva moral se consideró natural y el Cristianismo la publicitará como "querida por el único Dios" y después la impondrá por la fuerza. (Hernández, J.C., 1994)

En contra de la creencia común, fue muy poco lo que dijo Jesucristo acerca del sexo. La mayoría de las restricciones sexuales asociadas con la Cristiandad provienen de las teorías de los teóricos cristianos ulteriores. (McCary, J , 1983)

San Tertuliano (155-222 d.n.e.) moralista estoico- cristiano decía que el esperma es ya un ser humano vivo, por lo que, en cuanto sale, debe encubársele para que viva. Así, consideró el sexo oral antropofagia, y condenó cualquier tipo de anticoncepción. (Hernández, J.C., 1994)

La renuncia sexual se convirtió en el fundamento del liderazgo masculino y se exigió el celibato para los sacerdotes. Se creía posible la desaparición de la sexualidad , lo que se consideraba signo de santidad y de disponibilidad para Dios. (Hernández, J.C., 1994)

La virginidad y la pureza se consideraron una sola entidad. Por lo tanto, sexo e impureza estaban íntimamente ligados. (McCary, 1983)

San Agustín de Hipona (354-430 d.n.e.) , propone un modelo no de asexualidad, sino de sexualidad armónica; es decir, encaminada a la reproducción. El deseo sexual, para él, simboliza la caída de Adán y Eva, por lo que requiere de una vigilancia moral. Esta vigilancia debe estar siempre alerta, para que no se vulnere la voluntad, que es lo que aleja a los hombres de Dios.

La moral sexual giraba en torno a la evitación del placer, de la pérdida de la conciencia (el orgasmo). Hasta los sueños húmedos eran considerados pecado, pues significaban que todavía no se estaba cerca de Dios. (Hernández, J.C., 1994)

Justiniano (527-565 d.n.e.) emperador estoico-cristiano, promulga una legislación sumamente rígida contra todo tipo de sexualidad no reproductiva. Se prohíbe tener relaciones sexuales en la vigilia de las fiestas de guardar, durante la Cuaresma, los jueves (para conmemorar la Última Cena), los viernes (en recuerdo

de la crucifixión), los sábados (en recuerdo a la Santísima Virgen), los domingos (en memoria de la Resurrección de Cristo). Justiniano también condena a muerte todos aquellos actos sexuales que no lleven a la reproducción. (Hernández, J.C., 1994)

En los Penitenciales (siglos X-XII d.n.e), el coito anal y el coito oral tenían tanta penitencia como el homicidio (penas de 3 a 15 años de penitencia). El coito interrumpido y el aborto entre 2 y 10 años. A los homosexuales y a quienes usaran anticonceptivos 7 años. La masturbación mutua entre hombres tenía entre 20 y 40 días de penitencia. (Hernández, J.C., 1994)

Aunque oficialmente se prohíbe la prostitución, en realidad ésta es tolerada por la Iglesia Católica por muchos siglos, especialmente durante las Cruzadas, pues contribuían al gasto público de una manera importante y daban ánimos a los guerreros que salían y entraban del Reino.

En el siglo XII se inventa la "Sábana de la Castidad", una especie de colcha gruesa con un orificio por el que se daba la penetración, tocando lo menos posible a la pareja, con el fin de evitar el placer, aún dentro del matrimonio. Muchas tenían bordadas letanías como la siguiente: "No es, Señor, por vicio ni por fornicio; sino para darle un hijo a tu Santo Sacrificio". (Hernández, J.C., 1994)

Santo Tomás de Aquino (1225-1274 d.n.e.) uno de los más grandes teólogos que ha tenido la Iglesia Católica, pensador escolástico, consideraba a la mujer como un mal necesario, que sólo servía para la reproducción. Dice que la diferencia entre los animales y el ser humano es la fe, puesto que los animales no la pueden tener. En 1486, Sprenger y Kramer, al realizar el Malleus Maleficarum, un famoso manual antibrujas, retomaron sus argumentos y derivan el término femina de fede, fede = fe y mina = minus; feminus →femina →femenina; es decir, la que tiene menos fe que el varón, y por lo tanto está más lejos de Dios y más cerca de los animales. (Hernández, J.C., 1994)

Después de los argumentos de Tomás de Aquino sobre los sodomitas, se decreta la pena de muerte para los homosexuales.

Con la conquista de América y la evangelización de los pueblos indígenas, se transmite a éstos la moral judeo-estóico-cristiana, y la Inquisición se encarga de vigilar que prevalezca una sexualidad para la procreación.

4.2.6 Época Moderna

Se identifica en 1672 el óvulo y se descubre que la mujer no sólo incuba al semen en su cuerpo, sino que también contribuye con sus células a la formación del nuevo ser.

Ya durante el Renacimiento, surge una nueva forma de entender los fenómenos del universo y la relación causa-efecto entre ellos no se explicaba por causas sobrenaturales, sino que se estudian a través de observaciones directas y metódicas. Al darse auge a la estadística con teóricos como Descartes, Gauss y Laplace se descubrió la distribución normal de los fenómenos naturales en una muestra o población determinada, por ejemplo, la temperatura corporal.

Al paso del tiempo, en la medicina, el término normal se convirtió en sinónimo de salud y anormal de enfermedad y, posteriormente, se le dio una connotación moral, llamando normal a una conducta sexual socialmente aceptable y anormal o desviado a lo que salía de los cánones morales preestablecidos. (Álvarez- Gayou, J.L., 1979)

Durante las décadas de la Revolución Francesa se reivindica el matrimonio monógamo, exclusivo, no-incestuoso, machista, patriarcal, heterosexual y autoritario. Las demás opciones sexuales, como la homosexualidad, la masturbación, el sexo anal y oral, son considerados enfermedades. Surge todo un movimiento médico que apoya la moral estoico-cristiana a través de argumentos pseudo-científicos. (Hernández, J.C., 1994)

A pesar de que paulatinamente todos los países comienzan a separar el Estado de la Iglesia, la moral que prevalece en la mayoría es la moral estoico-cristiana.

Aunque en el siglo XIX existieron grandes pensadores como Darwin, Marx y Freud, ellos no pretendían cambiar la moral sexual de su tiempo, que entonces era dirigida por la Reina Victoria de Inglaterra. Durante su reinado, intentó imponer la moral "natural": monogamia sexual, matrimonio indisoluble, hetero-sexualidad exclusiva, machismo patriarcal autoritario. Se crean cinturones de castidad para adolescentes y niños para evitar la masturbación, entre ellos el mameluco. (Hernández, J.C. . 1994)

Aunque empiezan a surgir los primeros movimientos feministas entre las mujeres de la nueva clase burguesa, sus alcances son limitados.

4.2.7 Época Contemporánea

La revolución sexual de los años 1960's, promovida por avances tecnológicos como el desarrollo de la píldora anticonceptiva y por movimientos sociales como el feminismo, el movimiento de liberación homosexual, el movimiento hippie y el surgimiento de la Teología de la Liberación; logra replantear aspectos de la sexualidad como la monogamia exclusiva, el matrimonio, el papel de la mujer en la sociedad, las actitudes hacia la homosexualidad. (Calzada, J., 1993)

De este modo, las nuevas generaciones conocen una moral sexual más libre, con menos prejuicios religiosos, aunque todavía muy conflictuada por la culpa interiorizada a lo largo de los siglos por la humanidad.

Pero la nueva moral sexual sufre un duro golpe en los años 1980's, al surgir le epidemia del SIDA. A partir de entonces los movimientos de derecha han resurgido

con gran fuerza en todo el mundo y los pocos cambios que había acarreado la revolución sexual han ido decayendo.

"Después de la caída de los estados comunistas, el mundo está dando un viraje impresionante hacia las derechas fascistas (neo-nazismo, racismo, represión hacia las pluralidades sexuales, etc.)" (Hernández, J.C., 1994)

La Iglesia Católica, al cargo de Juan Pablo II, ha realizado un gran esfuerzo para cambiar las políticas de Estado de los países latinoamericanos, como en el caso de México, donde la Constitución ha sido modificada en beneficio de la Iglesia Católica y aún predomina la moral estoico-cristiana en gran parte de la población. La sexualidad se sigue viendo como un medio para la reproducción, que debe restringirse al matrimonio monógamo y heterosexual. Aunque se utilizan otro tipo de prácticas no aceptadas por la moral estoico-cristiana (sexo oral, sexo anal, sexo fuera del matrimonio, relaciones homosexuales, uso de la anticoncepción, abortos ilegales), éstas se realizan con culpa, vergüenza e ignorancia en la mayoría de los casos; interfiriendo esto con la toma de conciencia de los riesgos que pueden acarrear algunas prácticas sexuales, impidiendo a la gente tomar la responsabilidad y las medidas necesarias para protegerse.

Los siglos de machismo, falocracia, hembrismo, y moral estoico-cristiana, con el doble estándar moral que la caracteriza; hacen que hombres y mujeres encuentren difícil el adoptar el sexo seguro, pues la mística sexo-erótica actual se encuentra asentada en una escala de valores obsoleta y moralista, un lenguaje amoroso obsoleto y mortífero, que considera inmoral "poner barreras al afecto" (condón), o utilizar prácticas sexuales sin penetración. (Calzada, J., 1993)

Así, el sexo seguro, no debe ser considerado sólo como una técnica o metodología, sino como "una cosmovisión que cuestiona, evidencia e identifica los errores y lagunas de nuestra educación sexoerótica y emotiva." (Calzada, J., 1993)

Para lograrlo, se debe comprender que la búsqueda de placer sexual no es una empresa culpable o ilegítima, que el sufrimiento no es igual a la perfección, que negar la naturaleza no es sinónimo de lograr la espiritualidad. La solución no es simplemente propiciar cambios en la conducta sexual, sino en todo un sistema de valores en crisis ante el SIDA. (Calzada, J., 1993)

Por ello, es necesaria una nueva revolución sexual, pero "genuina, asumida, operativa, generosa, habitable e intransigente con el prejuicio y el moralismo. El sexo seguro puede- y debe ser- la vía para esa revolución a favor de la vida." (Calzada, J., 1993)

4.3 La erotización en las mujeres

Los talleres de sexo seguro están encaminados a que las personas tengan una sexualidad plena, desgenitalizada, creativa, comunicativa, responsable, amorosa, donde se recupere todo el cuerpo.

El principal problema que aparece en estos talleres es que las mujeres tienen dificultades para ejercer el sexo seguro, pues se les ha negado su sexualidad durante mucho tiempo y ni siquiera han ejercido la libertad de su cuerpo en la expresión de la sexualidad. Es decir, a las mujeres se les ha negado la apropiación de su propio cuerpo, el derecho al placer, a la salud y a vincularse con otros de manera equitativa. (Aldana, A., 1994)

Así, " un taller de sexo seguro para mujeres resultará eficiente únicamente en medida que las participantes cobren conciencia de su derecho al placer, al disfrute del cuerpo, al ejercicio de su sexualidad." (Aldana, A., 1994)

Por otro lado, a las mujeres les puede resultar más fácil acceder a las propuestas del sexo seguro, ya que están más acostumbradas a pensar en protegerse durante las relaciones sexuales, por el riesgo del embarazo no deseado.

Las mujeres están más dispuestas a aceptar las medidas preventivas, no así los hombres, que viven una sexualidad "espontánea", "incontrolable", en la que suponen que no hay riesgos inmediatos.

Por su rol de género, los hombres dan un gran valor a lo impulsivo durante la relación sexual como a la genitalización y a la penetración. En contraparte, le restan valor a la parte racional y afectiva del encuentro sexual, como a la comunicación, la fantasía y la creatividad

A la mujer, en cambio, por su rol genérico, se le facilita el acceso a las prácticas sin penetración, pues desea el contacto de los cuerpos mediante caricias, una comunicación sexual y afectiva más amplia, tiende a la creatividad, a la fantasía, a crear vínculos emocionales más fuertes y estables. Todos ellos, factores importantes en la erotización del sexo seguro. (Aldana, A., 1994)

4.4 El Taller de Erotización del Sexo Seguro

4.4.1 Descripción

El Taller de Erotización del Sexo Seguro es un taller psico-educativo creado para abordar la educación del sexo seguro. Es conformado por un grupo más o menos homogéneo de personas (en este caso mujeres universitarias) que consta de 15 a 30 participantes y dos instructoras-educadoras auxiliadas por una asistente.

La reunión comienza con una conferencia audiovisual de aproximadamente una hora de duración, en la que se tratan los aspectos básicos del SIDA, como sus modos de transmisión, métodos de prevención, así como aspectos médicos, epidemiológicos, sociales y psicológicos de la enfermedad; prevaleciendo un lenguaje poco técnico, que contribuya a acercar la información a las participantes.

En seguida se abre un espacio para preguntas y comentarios del público, cuya duración depende de la participación grupal, pero que generalmente consta de treinta minutos. Al terminar se da un descanso de 10 min. a las participantes, mientras las instructoras-educadoras, auxiliadas por la asistente, preparan el material necesario para el taller.

El taller, propiamente dicho, comienza con la explicación de las finalidades del taller y el fijar los lineamientos bajo los que se trabajará la dinámica grupal. El tiempo total de duración del taller es de cinco horas, aunque puede variar dependiendo de la participación grupal.

El taller consta de una serie de ejercicios grupales estructurados, en las que las participantes tienen la oportunidad de comentar con las demás sus pensamientos, sentimientos, miedos, dudas, alegrías y deseos con respecto a su sexualidad, el riesgo de la transmisión de VIH, el uso del condón y otras prácticas sexuales seguras.

Durante el taller se intenta mantener una atmósfera relajada, en un tono de diversión, cuidado y afecto hacia el grupo, manejándose un lenguaje sexualmente explícito para promover la confianza entre las participantes y un mayor acercamiento de las mujeres con su sexualidad.

Como parte del taller se da información sobre cómo utilizar correctamente el condón, el condón femenino, los cuadros de látex, el Kleen Pack, los guantes y dedos de látex, promoviendo ejercicios en los que las mujeres logren conocer mejor y practicar la colocación de dichos implementos. También se incluyen ejercicios de roles para que las mujeres adquieran habilidades en la negociación del sexo seguro con sus parejas.

4.4.2 Historia

Este taller fue originalmente desarrollado como respuesta a las dificultades que hombres gay y bisexuales de la Ciudad de Nueva York, reportaban acerca de la adopción de lineamientos para un sexo más seguro, práctica que es necesaria para reducir el riesgo de contraer o transmitir el virus que causa el SIDA. (Palacios, L., 1989)

Los autores del taller encontraban una gran frustración, enojo, confusión, temor y depresión entre sus pacientes en psicoterapia, debido a que la crisis del SIDA ocasionaba pérdidas de amigos, familiares, parejas sexuales y les hacía replantearse la necesidad de cambios en sus vidas sexuales. Observaban también, que los hombres que no se encontraban en psicoterapia tenían los mismos sentimientos, pero se sentían más aislados y desprotegidos. Es por ello, que se propusieron crear un espacio donde los hombres homosexuales pudieran discutir dichos temas y compartir sus sentimientos con otras personas. (Palacios, L., 1989)

El taller fue desarrollado originalmente para un encuentro auspiciado por Gay Men Health Crisis en junio de 1985, celebrado en el Hunter College de Manhattan, donde se reunieron más de 100 hombres. Desde entonces, y con algunas modificaciones, se ha vuelto parte integral del Programa Curricular para la prevención del SIDA de Gay Men Health Crisis, en los Estados Unidos, donde miles de hombres han tenido la oportunidad de participar en él.

En Marzo de 1987, en el Congreso Anual de Salud Gay y Lesbiana, celebrado en Washington, D.C., por la Fundación para la Salud Gay y Lesbiana, el taller fue presentado ante más de doscientos de los más destacados Educadores contra el SIDA en los Estados Unidos; esta presentación promovió invitaciones para dar el taller en muchas ciudades de los E.E.U.U. y Canadá. (Palacios, L., 1989)

Desde entonces, "Erotizando el Sexo Seguro" se ha vuelto el instrumento más utilizado en la prevención del SIDA, ya no únicamente entre público homosexual, sino para hombres y mujeres de preferencia heterosexual y bisexual. Actualmente se emplea en organizaciones de servicio contra el SIDA en los Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, los Países Bajos, Noruega, Alemania Federal, Suecia, Australia y en México, desde 1989, gracias a la traducción y adaptación hechas por el grupo AVE de México. (Palacios, L., 1989)

La adaptación para mujeres mexicanas fue hecha en 1989 por el Dr. Francisco Estrada Valle, la Dra. Alma Aldana, Lic. Rocio Chaveste y Lic. Lourdes Moreno, entonces voluntarios de AVE de México. Desde esa fecha se ha utilizado exitosamente en múltiples grupos de mujeres y se han realizado modificaciones para mujeres heterosexuales, bisexuales y lesbianas.

4.4.3 Finalidades

Los objetivos principales del taller son: (Palacios, L., 1989)

1. Proveer a las participantes con una experiencia grupal segura, estructurada, no agresiva y de apoyo, donde puedan explorar y discutir material emotivamente cargado sobre sexo y SIDA.
2. Ayudar a las mujeres a identificar respuestas afectivas negativas, inducidas por la crisis del SIDA, en relación con su sexualidad y sus vidas sexuales.
3. Ayudar a las participantes a combatir estos sentimientos negativos para minimizar cualquier desajuste en su funcionamiento psicosocial / psicosexual.
4. Ayudar a las participantes a ver muchas de sus reacciones a la crisis de salud del SIDA, como respuestas apropiadas que requieren un nuevo manejo de habilidades ante la crisis de salud actual.
5. Ayudar a las participantes a descubrir y compartir información acerca de cómo ser sexualmente activa con formas de bajo riesgo.
6. Ayudar a las participantes a mejorar niveles de salud y funcionamiento sexuales.

7. Ayudar a las participantes a ganar práctica en la negociación y el convenio para el sexo seguro.
8. Incrementar en las participantes el sentido de esperanza en relación de su capacidad para manejar los cambios necesarios en su estilo de vida, resultantes de la crisis de salud causada por el SIDA.
9. Se espera que al egresar del taller, las participantes hayan:
 - a) aprendido que la definición funcional del sexo seguro es: tener relaciones sexuales sin intercambiar fluidos sexuales ni sangre con la pareja,
 - b) recuperado la alegría y el disfrute de ser sexuales y sensuales,
 - c) aprendido que el órgano sexual más importante es el cerebro y no los genitales.

4.4.4 Estructura

El taller está estructurado en cinco partes terapéuticas: (Palacios, L., 1989)

I. LAMENTACIÓN

Durante esta fase del taller se da a las participantes la oportunidad de expresar sus sentimientos acerca de los cambios que deben hacer si van a permanecer sexualmente activas, de manera responsable, durante la crisis de salud del SIDA. Las participantes se enteran de que no están solas en estos sentimientos. Se les ayuda a reconocer la necesidad de lamentar la pérdida de los viejos patrones sexuales, la de aquéllos que nunca tuvieron la oportunidad de probar y la pérdida de la capacidad de actuar por el puro impulso sexual.

II. AFIRMACIÓN

En esta etapa las participantes descubren que una amplia variedad de opciones sexuales aún están a su disposición. Esta parte enseña cómo desgenitalizar el sexo. El enfoque es facultar a las participantes con un sentido de la posibilidad sexual y la

aventura, así como la posibilidad de cambiar viejos patrones. Un componente primordial en esta parte del taller, es dar a las participantes permiso para tener pensamientos, sentimientos y acciones diversos: enfurecerse, entristecerse o sentirse aliviados; hablar de sexo; cómo podrán extrañar conductas de alto riesgo o cómo sienten el no haber podido hacer determinadas cosas; cómo ser sexual frente a la epidemia; y cómo jugar eróticamente con un grupo de personas.

III. EROTIZACIÓN

En ella, las participantes discuten cómo erotizar opciones sexuales más seguras. El enfoque es ayudar a las mujeres a dejar salir pensamientos, sentimientos y acciones erotofóbicas, a través de proveer una experiencia conceptual exitosa, regocijada, sexo-positiva, en un ambiente reducido no agresivo.

IV. NEGOCIACIÓN

Mediante el empleo de ejercicios de dramatización y clarificación de valores, las participantes aprenden cómo negociar acuerdos de sexo seguro y reducción de riesgo. Esto incrementa los sentimientos de autoconfianza, preparándolas así para discutir el sexo seguro en encuentros futuros con compañeros potenciales o preexistentes.

V. CIERRE (fase no terapéutica)

Durante esta etapa, las participantes tienen la oportunidad de meditar sobre las experiencias vividas durante el taller, encontrarse con los sentimientos, pensamientos y deseos con los que dejan el grupo. También es útil para comparar las expectativas que se tenían con lo que obtuvieron del taller. El objetivo principal de esta fase es dejar a las mujeres en un estado emocional sexo-positivo, que les facilite el integrar el sexo seguro a sus vidas sexuales.

CAPÍTULO 5: METODOLOGÍA

5.1 Planteamiento y justificación del problema

La pregunta de investigación que sustenta este estudio es: ¿Cómo influye el manejo del poder dentro de la relación de pareja en la adquisición de prácticas sexuales seguras?

Es indiscutible la importancia de prevenir cualquier tipo de enfermedad, sea de transmisión sexual o no; sin embargo, actualmente existe una cuyo control es prioritario, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), pues es una enfermedad mortal para la que aún no existe cura ni vacuna. En México es alarmante el incremento de la proporción de mujeres infectadas por VIH; en 1987 había una mujer con SIDA por cada 23 hombres enfermos; en 1996 se encontró una mujer enferma por cada cinco hombres.

Por otro lado, se ha observado que la prevención de enfermedades sexualmente transmisibles, incluyendo el SIDA, no es únicamente cuestión de información. Se ha observado que muchos sectores de la población, especialmente las mujeres, no utilizan los métodos preventivos, aunque conozcan los riesgos de las prácticas sin protección. A la fecha aún hacen falta estudios que identifiquen las causas por las cuales las mujeres no ponen en práctica estos conocimientos en beneficio de su salud.

El método de prevención contra el SIDA más utilizado es el condón, un artículo de uso masculino, pues aunque en otros países ya se encuentra a la venta el condón femenino, en México aún no se encuentra al alcance de la población y está en proceso de investigación. Por ello, las mujeres dependen de su capacidad de

convencimiento para poder protegerse de esta enfermedad mortal. Es aquí donde el manejo del poder que exista dentro de la pareja podría estar determinando qué tan capaz es la mujer de expresar a su pareja el deseo de utilizar los métodos preventivos y de cómo reaccione dicha pareja ante la petición; por lo cual, dentro de la presente investigación se pretende explorar cómo influye el manejo del poder dentro de la relación de pareja en el uso del sexo seguro.

Así, al conocerse mejor los factores que determinan el uso del sexo seguro, se pueden dar elementos para modificar los actuales programas y talleres educativos, partiendo de las necesidades reales de la población, lo que puede generar un cambio de conducta que verdaderamente cumpla su función.

5.2 Objetivo:

El objetivo de esta investigación es indagar si existe relación entre el manejo del poder en la pareja y la adquisición de prácticas sexuales seguras en las mujeres. Así como evaluar la efectividad de los Talleres de Erotización del Sexo Seguro en la modificación de la conducta sexual.

5.3 Hipótesis:

5.3.1. Hipótesis de trabajo:

El uso del sexo seguro aumentará significativamente en las mujeres después de haber participado en el Taller de Erotización del Sexo Seguro; observándose un mayor incremento en las mujeres que mantienen una relación de poder equitativa con su pareja.

5.3.2. Hipótesis estadísticas:

- Ho 1: No existe una diferencia estadísticamente significativa en el uso del sexo seguro en las mujeres antes y después del Taller de Erotización del Sexo Seguro.
- Hi 1: Si existe una diferencia estadísticamente significativa en el uso del sexo seguro en las mujeres antes y después del Taller de Erotización del Sexo Seguro.
- Ho 2: No existe una correlación estadísticamente significativa ($r > \alpha = .70$) entre el manejo del poder en la pareja y el uso del sexo seguro en las mujeres.
- Hi 2: Si existe una correlación estadísticamente significativa ($r > \alpha = .70$) entre el manejo del poder en la pareja y el uso del sexo seguro en las mujeres.

(Todas con un $\alpha = .05$)

5.4 Variables:

La Variable Dependiente en el presente estudio es: el uso del sexo seguro; y las Variables Independientes son: el taller de erotización del sexo seguro y el manejo del poder en la relación de pareja.

5.5 Definición de las variables.

5.5.1 Definición conceptual

Uso del sexo seguro:

Para algunos teóricos el sexo seguro implica únicamente las prácticas sexuales que no tienen ningún tipo de riesgo de contagio de enfermedades sexualmente transmisibles; es decir, aquéllas en las que los fluidos sexuales y la sangre no tengan la posibilidad de ser intercambiadas por los miembros de la pareja.

Como el condón puede fallar, no se le considera, por estos teóricos, parte del sexo seguro. Únicamente lo serían las prácticas sin penetración, como caricias, masturbación, frotamientos, abrazos, uso de juguetes sexuales propios, etc. (Kaplan, H., 1987)

Sin embargo, para otros teóricos, el concepto de sexo seguro es mucho más amplio, e incluye tanto prácticas sexuales sin penetración, como a prácticas con penetración y sexo oral usando protección. (Calzada, J., 1990) En esta investigación se utilizará el término sexo seguro en este sentido.

Manejo del poder en la pareja:

"El poder, de acuerdo con Foucault, se define como una relación y no como un rasgo individual; es decir, el poder no se detenta, no se apropia, sino que se rebela en todos los niveles de la vida social. En este sentido, señala Parada, el poder es una lucha, un enfrentamiento, las relaciones de poder no son sólo un vínculo en el cual ejercer el mando. significan imponerse sobre las preferencias de otros, respecto a cuestiones "importantes" y también determinar cuáles son esas cuestiones "importantes". (Parada, L., 1993)

"Si se continúa definiendo el poder como "dominación" se puede entender la manifestación de esta en dos rubros: el condicionamiento a determinada ideología y la imposición a través de la violencia. La distribución del poder dentro de una relación de pareja, se proporciona en forma desigual a cada uno de los miembros, debido a las expectativas e ideas sociales que marcan la superioridad e inferioridad de hombres y mujeres de una cultura determinada." (Parada, L., 1993)

Así, "El sistema de géneros es un sistema de poder en torno a ciertas capacidades y potencialidades de los cuerpos humanos: la sexualidad y la reproducción. Si bien **teóricamente admite tres variaciones mayores- dominación masculina, dominación femenina, equiparación entre varones y mujeres-** la reflexión e investigación han surgido y se han desarrollado para tratar de entender la dominación que los varones ejercen sobre las mujeres en las sociedades actuales". (De Barbieri, 1991)

Safilios- Rothschild define el poder en la relación de pareja como "un constructo multidimensional que es expresado por el grado en el cual uno o más miembros de la familia controlan los actos conductuales importantes que se dan en ésta. Un miembro poderoso de la familia puede efectivamente determinar la naturaleza de la estructura y dinámica familiar, tanto sus necesidades, preferencias y deseos". Este autor incluye nueve diferentes tipos y niveles de poder: poder legítimo o de autoridad, poder de toma de decisiones, poder de influencia, poder de recursos, poder de experto, poder afectivo, poder de dominio, poder de manejo de la tensión y poder moral. Para interés del presente trabajo se tomará la definición de uno de estos niveles, el poder de toma de decisiones, el cual , señala el autor, está subdividido en poder de toma de decisiones importantes y poder de toma de decisiones cotidianas. El primer tipo afecta y determina el estilo de vida y cada hecho importante para la pareja, mientras que el segundo determina el rango de variación en el marco de la pareja establecida". (Rivera, S., 1996)

Taller de Erotización del Sexo Seguro :

"Este es un taller psico educativo para abordar la educación del sexo seguro y fue originalmente desarrollado como respuesta a las dificultades que hombres gay y bisexuales de la Ciudad de Nueva York, reportaban acerca de la adopción de lineamientos para un sexo más seguro, práctica que es necesaria para reducir el riesgo de contraer o transmitir el virus que causa el SIDA. "

"Algunas de las finalidades del taller son el ayudar a hombres y mujeres a identificar respuestas afectivas negativas, inducidas por la crisis del SIDA, en relación con su sexualidad y sus vidas sexuales, ayudarlos a combatir estos sentimientos negativos para minimizar cualquier desajuste en su funcionamiento psicosocial/ psicosexual, ayudarlos a descubrir y compartir información acerca de cómo ser sexualmente activo con formas de bajo riesgo y a mejorar sus niveles de salud y funcionamiento sexuales; así como el ganar práctica en la negociación y el convenio para el sexo seguro".

"El taller está estructurado en cuatro partes terapéuticas: LAMENTACIÓN , donde los participantes tienen la oportunidad de lamentar la pérdida de los viejos patrones sexuales; AFIRMACIÓN, donde descubren que una amplia variedad de opciones sexuales aún están a su disposición; EROTIZACIÓN, en la que aprenden cómo erotizar opciones sexuales más seguras; NEGOCIACIÓN, en la cual, los participantes aprenden cómo negociar acuerdos de sexo seguro y reducción de riesgo ". (Palacios L. y Shernoff M., 1989)

5.5.2. Definición operacional

Uso del sexo seguro:

Es el empleo de todas aquellas técnicas sexuales que impiden el intercambio de fluidos durante la relación sexual, evitando la transmisión de enfermedades

sexualmente transmisibles, incluyendo el SIDA. El sexo seguro se refiere tanto al sexo sin penetración (masajes, caricias, masturbación, etc.) como al sexo oral y el sexo con penetración usando protección (condones, Kleen Pack, cuadros y guantes de látex, etc.). Aunque el sexo seguro no ofrece un 100% de seguridad contra las enfermedades sexualmente transmisibles, es la única arma que se posee para evitar el contagio de estas enfermedades por vía sexual.

Manejo del poder en la pareja:

Es la manera predominante en que la pareja ha establecido las relaciones de poder y el papel que la mujer ocupa en ella.

El manejo del poder en la pareja puede ser de:

- a) **Sumisión:** En ésta la mujer no expresa sus sentimientos, pensamientos ni deseos y se somete a los de su pareja; permite que la otra persona tome las decisiones y delimite sus derechos y obligaciones. Por otro lado, el hombre toma la responsabilidad de tomar decisiones importantes en la relación, no toma en cuenta la opinión ni los sentimientos de la mujer y decide cuáles son los derechos y obligaciones de ambos.
- b) **Igualdad:** En ella ambas partes de la pareja participan en la toma de decisiones, asumen los mismos derechos y obligaciones; expresan de manera clara y abierta lo que sienten, piensan y quieren, respetando los deseos del otro
- c) **Dominio:** En esta la mujer impone su voluntad, toma las decisiones sin tomar en cuenta a su pareja, considera que tiene más derechos que obligaciones y generalmente domina en la pareja. Esto lo logra a través de la agresión, el chantaje emocional o la manipulación. Por

otro lado, el hombre permite que la mujer tome las decisiones importantes de la relación y no expone sus puntos de vista ni sus sentimientos.

- d) Lucha constante por el poder: En este tipo de pareja se da una lucha constante (abierta o encubierta) por quién debe tomar las decisiones, cuáles deben ser los derechos y obligaciones de cada uno, etc. pero sin llegar nunca a un acuerdo.

Taller de Erotización del Sexo Seguro:

El Taller consiste en la transmisión de conocimientos sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, a través de información visual y auditiva, así como dinámicas y ejercicios grupales en los que las personas comentan sus pensamientos, sentimientos y actitudes en relación al VIH/SIDA, el uso de prácticas sexuales más seguras y su vida sexual en general; lo que les ayuda en el proceso individual de la erotización del sexo seguro.

5.6 Muestra:

Debido al número limitado de personas que han sido informadas sobre la prevención de enfermedades sexualmente transmisibles, el muestreo fue no probabilístico e intencional (Kerlinger, F., 1988); ya que se tomó a aquellas mujeres que tenían entre 18 y 28 años, que estudiaban una licenciatura en la UNAM, que tenían una relación de pareja de por lo menos tres meses, que manifestaron tener una vida sexual activa, que asistieron al Taller de Erotización del Sexo Seguro y que aceptaron colaborar en el estudio.

Para el instrumento de poder y el pre-test de prácticas sexuales, la muestra constó de 200 mujeres universitarias. Para el post-test de prácticas sexuales, se aplicó a 150 mujeres, quienes asistieron por segunda vez a la Facultad, para participar en el Taller de Gustos y Disgustos del Sexo Seguro.

5.7 Escenario:

Los Talleres de Erotización del Sexo Seguro y las aplicaciones de los cuestionarios se llevaron a cabo en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el salón 9 del Edificio A; en el cual las bancas eran movibles, por lo que se facilitaba el trabajo en equipos. Así mismo, se podía obscurecer el salón con persianas, para la presentación de diapositivas

5.8 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio **expostfacto** (Zinser, O., 1992), pues las variables estaban dadas de antemano en forma natural; **correlacional** (Zinser, O., 1992) al buscar si existe alguna relación entre el tipo de pareja que establecen las mujeres y la adquisición de prácticas sexuales seguras.

5.9 Diseño:

Se optó por un diseño cuasi-experimental, porque la muestra no pudo ser elegida al azar, ni se controlaron las variables elegidas. Se eligió un diseño de una muestra con medida pre y post, en el cual los sujetos son medidos en la variable dependiente antes y después del tratamiento (Zinser, O., 1992). En este caso el tratamiento fue su participación en el Taller de Erotización del Sexo Seguro. Las medidas pre y post de la variable dependiente se realizaron por medio de los instrumentos diseñados; y con una diferencia de doce meses entre sí.

5.10 Instrumentos:

5.10.1 Características de los instrumentos

Se crearon dos instrumentos en forma de cuestionarios autoaplicables, de lápiz y papel. Se eligió instrumentos tipo Lickert (Padua, J., 1982), el primero de los cuales mide el tipo de prácticas sexuales que las mujeres realizan con sus parejas y el segundo analiza el manejo del poder que generalmente establecen éstas en sus parejas.

5.10.2 Indicadores:

5.10.2.1 Manejo del poder en la pareja:

Para este instrumento, los indicadores son:

- **Tipo de comunicación con la pareja:**

Según la forma en que se maneja el poder en la pareja, la mujer tiene mayor o menor capacidad para expresar sus sentimientos, pensamientos e ideas a su pareja, y ésta responde de diferente manera a la comunicación.

- **Toma de decisiones:**

Las decisiones son tomadas en su mayoría por la persona que sostiene mayor carga de poder dentro de la relación de pareja, tomando decisiones incluso, sobre las actividades del otro.

- **Delimitación de derechos y obligaciones:**

La persona que sustenta mayor poder determina cuáles son los derechos y obligaciones de ambos, y por lo tanto, tiene menores responsabilidades y mayores derechos que el otro.

Indicador:	Reactivos: (numerados según el banco de reactivos original: Anexo 1)
• Tipo de comunicación con la pareja	2, 3, 4, 9, 10, 13, 18, 20, 26, 30, 32, 35, 43, 44, 45, 50, 51, 54, 55, 56, 58, 59, 62, 63, 64, 66
• Toma de decisiones	5, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 24, 29, 31, 33, 34, 36, 37, 38, 40, 41, 46, 47, 48, 49, 52, 53, 57, 60, 61, 65
• Delimitación de derechos y obligaciones	1, 6, 21, 25, 27, 28, 39, 42

5.10.2.2 Uso del sexo seguro.

Para este instrumento, se contemplan los siguientes indicadores:

- **Prácticas sin penetración:**

Son todas aquellas prácticas sexuales en las que no hay intercambio de fluidos sexuales por no existir la penetración, el dedeo ni el sexo oral. Entre ellas se encuentran las caricias, masajes, masturbación individual y mutua, fantasías sexuales, etc.

- **Sexo oral y dedo con protección:**

Son las prácticas sexuales buco-genitales o de introducción de dedos en vagina o ano de la pareja y que deben hacerse con protección (condón, Kleen Pack, cuadros de látex, guantes de látex) por existir intercambio de fluidos que podría conllevar un riesgo de transmisión de enfermedades.

- **Sexo oral y dedo sin protección:**

Son las prácticas sexuales buco-genitales o de introducción de dedos en vagina o ano de la pareja que se realizan sin protección (condón, Kleen Pack, cuadros de látex, guantes de látex) por lo que conllevan un riesgo de transmisión de enfermedades.

- **Sexo vaginal y anal con protección:**

Se refiere a las prácticas sexuales en las que hay introducción del pene en la vagina o en el ano y que deben ser llevadas a cabo con condón, pues hay riesgo de transmisión de enfermedades al existir intercambio de fluidos con la pareja.

- **Sexo vaginal y anal sin protección:**

Se refiere a las prácticas sexuales en las que hay introducción del pene en la vagina o en el ano y que se realizan sin condón, con riesgo de transmisión de enfermedades al existir intercambio de fluidos con la pareja.

- **Uso correcto del condón:**

Se refiere a las precauciones que se deben tener al utilizar con condón, como el utilizar lubricantes solubles al agua junto con ellos.

- **Uso incorrecto del condón:**

Se refiere a cometer errores en el uso del condón, el no utilizar lubricantes solubles al agua junto con ellos o usar lubricantes oleosos, que lo pueden degradar.

- **Otras prácticas con posible riesgo:**

Son prácticas sexuales que deben ser modificadas por su posible riesgo de transmisión de enfermedades como las mordidas, chupetones, frotamiento de genitales, frotamiento de piel lastimada, compartir juguetes sexuales, etc.

Indicadores:	Reactivos: (numerados según el banco de reactivos original: Anexo 2)
• Prácticas sexuales sin penetración	5, 13, 15, 17, 18, 21, 25, 29, 36, 39, 40, 41, 44, 49, 53
• Sexo oral y dedeo usando protección	11, 27, 28, 52, 57
• Sexo oral y dedeo sin usar protección	1, 4, 6, 31, 33, 35, 46, 48, 50, 51, 55
• Sexo vaginal y anal usando protección	16, 56
• Sexo vaginal y anal sin usar protección	10, 30
• Uso correcto del condón	2, 14, 26, 32, 37
• Uso incorrecto del condón	8, 20, 34, 43, 47
• Otras prácticas con posible riesgo	3, 7, 9, 12, 19, 22, 23, 24, 38, 42, 45, 54, 58

5.10.3 Validación de los instrumentos:

En la construcción de los instrumentos, después de una revisión de los tests existentes sobre los temas a investigar, se produjeron 66 reactivos para el instrumento que mediría el manejo del poder en la pareja (Anexo 1). Para el cuestionario sobre prácticas sexuales, se produjeron 58 reactivos (Anexo 2). Todos ellos fueron aplicados en un estudio piloto a 30 mujeres de la población a estudiar. Con un análisis de frecuencias y una prueba t de Student (Coolican, H., 1994), fueron eliminados los reactivos que no discriminaban entre altos puntajes y bajos puntajes. Se seleccionaron 74 reactivos en total para ser aplicados a las mujeres estudiadas, 35 sobre el manejo del poder en la pareja y 39 sobre uso del sexo seguro (Anexo 3).

Para validar el instrumento del **manejo del poder en la pareja**, se realizó un análisis estadístico, que consistió en aplicar una t de Student (Coolican, H., 1994) , con el fin de identificar los reactivos que discriminan entre altos y bajos puntajes, obtenidos a partir de la suma de calificaciones, arrojados por el test aplicado a las 200 mujeres.

Los bajos puntajes se señalaron hasta el percentil 25 (3.2), y los altos promedios a partir del percentil 75 (3.51).

Se conservaron sólo aquellos reactivos que observaron diferencias entre altos y bajos promedios, con un nivel de significancia de 0.05. Se eliminaron los reactivos 1, 4, 9,14, 13, 16, 17, 18, 19, 25, 26, 31 y 35; quedando 22 reactivos válidos en el instrumento. (Anexo 4)

Se aplicó una Alfa Cronbach (Coolican, H., 1994) para los reactivos seleccionados de la t de Student, obteniéndose un valor de .8007.

Se llevó a cabo un Análisis Factorial por Componentes Principales (Kerlinger, F., 1988), el cual arrojó las siguientes dimensiones o escalas:

Escala:	Reactivos:
1. Toma de decisiones	6, 8, 11, 23, 22, 24, 29
2. Comunicación para la toma de decisiones	3, 7, 21
3. Comunicación en el área sexual	12, 28
4. Nivel de confianza con la pareja	5, 10, 20
5. Toma de decisiones	15, 27, 33
6. Iniciativa en las relaciones sexuales	2, 34
7. Autoestima	30, 32

Cada uno de los factores fueron definidos, de acuerdo a los reactivos contenidos y lo que mide cada uno de ellos.

Toma de decisiones (Factores 1 y 5) :

Mide la capacidad que tiene cada miembro de la pareja para tomar decisiones, tanto en actividades cotidianas, como en la actividad sexual, lo que refleja el grado de poder que posee cada uno.

Comunicación para la toma de decisiones (Factor 2):

Mide la comunicación que existe entre la pareja antes de tomar una decisión

Comunicación en el área sexual (Factor 3):

Mide la capacidad de la pareja para comunicarse mutuamente sentimientos y actitudes con respecto a la relación sexual.

Nivel de confianza con la pareja (Factor 4):

Mide la confianza que tiene hacia su pareja para expresarle sus sentimientos, opiniones y pensamientos, así como si existe temor a ser agredida por la pareja.

Iniciativa en las relaciones sexuales (Factor 6):

Mide la frecuencia con la que cada miembro de la pareja toma la iniciativa en la relación sexual.

Autoestima (Factor 7):

Mide cómo la mujer valora sus propios sentimientos, pensamientos, conductas y opiniones.

Factor:	Porcentaje de varianza que explica:	Porcentaje acumulado de varianza:
1	21%	21%
2	9%	30%
3	8%	38%
4	6%	44%
5	5%	49%
6	5%	54%
7	5%	60%

Estos factores fueron obtenidos de acuerdo a Kaiser. Los tres primeros factores explican casi el 40% de la varianza, por lo que son los indicadores más importantes del manejo del poder en la pareja. El total del instrumento explica el 60 % de la varianza de esta variable, por lo que, de acuerdo a Hair, Jr. es un instrumento con alta validez para las Ciencias Sociales .

En el caso del instrumento de **prácticas sexuales**, también se aplicó una *t* de Student (Coolican, H., 1994), con el fin de identificar los reactivos que discriminaran entre altos y bajos puntajes. Estos se obtuvieron de los resultados arrojados por el test aplicado a las 200 mujeres.

Los puntajes bajos se señalaron hasta el percentil 25 (1.25) y los altos desde el percentil 75 (2.60). La *t* de Student con un $\alpha = .005$ indicó eliminar los siguientes reactivos : 38, 40, 48, 56, 71, 73 y 74. Quedando un total de 32 reactivos validados. (Anexo 5)

Se aplicó un Alfa de Cronbach (Coolican, H., 1994) para los reactivos seleccionados con la *t* de Student, obteniéndose un valor de .86

Así mismo, se realizó un Análisis Factorial de Componentes Principales, el cual arrojó las siguientes dimensiones o escalas:

Escala:	Reactivos:
1. Uso correcto del condón	37, 53, 55, 63, 65, 67
2. Prácticas sexuales con penetración y frotamiento de genitales	41, 44, 49, 64
3. Sexo oral	45, 52, 68, 70
4. Prácticas sexuales sin penetración	46, 51, 54, 60, 62
5. Sexo oral sin protección	39, 59
6. Prácticas sexuales con penetración	50, 57, 58
7. Sexo oral sin protección	66, 69
8. Otras prácticas sexuales con posible riesgo	43, 72
9. Actitud de la pareja hacia el sexo seguro	42, 61
10. Parejas ocasionales	36, 47

Definición de Factores:**Uso correcto del condón (Factor 1):**

Mide si la pareja utiliza adecuadamente el condón, si utilizan o no lubricantes solubles al agua junto con el condón o si lo lubrican con aceites o grasas, si lo utilizan o no durante la menstruación

Prácticas sexuales con penetración y frotamiento de genitales (Factor 2):

Mide la protección que utiliza la pareja en prácticas con penetración vaginal y el frotamiento entre genitales

Sexo oral y sexo oral sin protección (Factores 3, 5 y 7):

Mide si la pareja utiliza condón y Kleen Pack al realizar estimulación bucogenital

Prácticas sexuales sin penetración (Factor 4):

Mide la frecuencia con que la pareja tiene prácticas sexuales sin penetración como la masturbación mutua, caricias, masajes eróticos, frotamiento de los cuerpos desnudos; así como la aceptación de la pareja por este tipo de prácticas y si pueden lograr el orgasmo a través de ellas.

Prácticas sexuales con penetración (Factor 6):

Mide la incapacidad de la pareja para tener satisfacción sexual o llegar al orgasmo a través de prácticas sexuales diferentes al coito vaginal.

Otras prácticas sexuales con posible riesgo (Factor 8):

Mide si la pareja tiene o no otras prácticas sexuales con riesgo de contagio, como mordidas en los labios o en el cuerpo.

Actitud de la pareja hacia el sexo seguro (Factor 9):

Mide si el uso del sexo seguro ha servido para unir más a la pareja o para alejarlos.

Parejas ocasionales (Factor 10):

Mide si las mujeres tienen parejas ocasionales y si utilizan condones con ellas

Factor:	Porcentaje de varianza que explica:	Porcentaje acumulado de varianza:
1	20 %	20 %
2	7 %	27 %
3	6 %	33 %
4	5 %	38 %
5	5 %	43 %
6	4 %	47 %
7	4 %	51 %
8	4 %	55 %
9	4 %	59 %
10	3 %	62 %

Estos factores fueron obtenidos de acuerdo a Kaiser. Los tres primeros factores explican el 33 % de la varianza, por lo que son los indicadores más importantes en el uso del sexo seguro en la pareja. El total del instrumento explica el 62 % de la varianza de esta variable, por lo que, de acuerdo a Hair, Jr. es un instrumento con una excelente validez para las Ciencias Sociales .

5.11 Procedimiento de la investigación:

- ◆ Se llevó a cabo la investigación documental y la construcción del marco teórico
- ◆ Se diseñaron los instrumentos para el manejo del poder en la pareja y para el uso del sexo seguro.
- ◆ Se realizó el estudio piloto para los instrumentos diseñados; realizando un Taller de Erotización del Sexo Seguro para mujeres en la Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C.; donde se realizó la aplicación del cuestionario piloto a 30 mujeres.
- ◆ Se diseñó y reprodujo un cartel para la propaganda de los Talleres de Erotización del Sexo Seguro (Anexo 6)
- ◆ Se realizó la difusión de los Talleres, colocando carteles en las diferentes Escuelas y Facultades de nivel licenciatura de la Universidad Nacional Autónoma de México; incluyendo tanto las que se encuentran en el campus universitario, como las externas: Escuela Nacional de Artes Plásticas, ENEP Acatlán, ENEP Aragón , ENEP Iztacala, FES Cuautitlán y FES Zaragoza.
- ◆ Se realizó la inscripción de las participantes por vía telefónica. Inscribiéndose a 400 mujeres para los 10 Talleres de Erotización del Sexo Seguro
- ◆ Se prepararon los materiales necesarios para la realización de los Talleres.
- ◆ Se realizó el registro de las 350 mujeres que asistieron a los Talleres, verificando que hubieran llevado a cabo su inscripción con anterioridad.

- ◆ **Se aplicó a 200 mujeres, el instrumento sobre el manejo del poder que establecen con sus parejas, antes de participar en el Taller de Erotización del Sexo Seguro.**
- ◆ **Se aplicó a 200 mujeres, el pre-test en el que se midió el tipo de prácticas sexuales que las mujeres han mantenido con sus parejas, antes de participar en el Taller de Erotización del Sexo Seguro.**
- ◆ **Se presentó una Conferencia sobre los Aspectos Básicos del SIDA, antes de iniciar cada Taller. En ésta se incluyeron sus características, modos de transmisión, aspectos médicos, epidemiológicos, psicológicos y sociales de la pandemia del VIH / SIDA; así como los modos de prevención existentes, abundando en el aspecto sexual por ser la forma más frecuente de transmisión de esta enfermedad.**
- ◆ **Se llevaron a cabo los 10 Talleres de Erotización del Sexo Seguro, en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, durante los sábados y domingos de octubre de 1994; de 9:00 a 18:00 hrs. (La carta descriptiva de los Talleres de Erotización del Sexo Seguro es el Anexo 7)**
- ◆ **Se diseñó el Taller de Gustos y Disgustos del Sexo Seguro (Se anexa la carta descriptiva en el Anexo 8)**
- ◆ **Después de once meses de haber participado en los Talleres, se contactó a las mujeres por vía telefónica, para recordarles la fecha de realización de los Talleres de Gustos y Disgustos del Sexo Seguro.**
- ◆ **A los doce meses de haber participado en el evento, se aplicó el post-test a las 150 mujeres que regresaron al taller de seguimiento, midiendo los cambios que se dieron en el uso del sexo seguro, con respecto al pre-test.**

- ◆ Se presentó una Conferencia sobre Métodos Anticonceptivos, antes de cada Taller de Gustos y Disgustos, a petición de las participantes. En ella se incluyeron los diferentes tipos de métodos anticonceptivos que existen, su efectividad, forma correcta de uso, ventajas y desventajas de cada uno.
- ◆ Se llevaron a cabo los 10 Talleres de Gustos y Disgustos del Sexo Seguro, con el objetivo de que las participantes comentaran las experiencias positivas y negativas que habían tenido al adoptar el sexo seguro y evaluar las dificultades y obstáculos que les hubieran impedido ponerlo en práctica.
- ◆ Se realizó la validación estadística de los instrumentos utilizados.
- ◆ Se llevó a cabo el análisis estadístico de los datos arrojados por la investigación.
- ◆ Se redactaron los capítulos sobre metodología, análisis de resultados y conclusiones.

5.12 Materiales para los Talleres :

- aceite
- bolsitas de celofán
- borrador y gises
- carteles de "métodos anticonceptivos"
- carteles para ejercicios del taller
- cassette
- condón femenino
- condones para demostración
- condones para participantes
- dedales de látex
- diapositivas sobre SIDA

- diques dentales
- gafetes para las instructores
- gafetes para las participantes
- gotero con lubricante soluble al agua
- grabadora
- guantes de látex
- hojas de rotafolios
- Kleen Pack
- lubricantes solubles al agua
- manuales instructoras
- masking tape
- métodos anticonceptivos
- pantalla
- papel higiénico
- pene artificial
- plumas
- plumones
- proyector de diapositivas
- seguros
- señalador
- tarjetas rotuladas

CAPÍTULO 6 : RESULTADOS

6.1 Análisis de los resultados

Los datos obtenidos en la presente investigación fueron procesados electrónicamente mediante el uso del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS PC+ versión 4.0) El análisis de los resultados se divide en el análisis descriptivo y el análisis inferencial. El primero se realiza con el objetivo de presentar una descripción de la muestra estudiada, mediante medidas de tendencia central, medidas de dispersión, tablas de distribución de frecuencias y gráficas que muestran el comportamiento de los datos analizados en esta tesis.

El segundo se hace con el propósito de comprobar las hipótesis planteadas en este trabajo, para lo cual se usó de la prueba t de Student correlacionada que mide las diferencias promedio que observa la muestra en el uso del sexo seguro antes y después del tratamiento . La relación entre el uso del sexo seguro y el manejo del poder en la pareja se estudió a través de la Correlación Producto- Momento de Pearson (r de Pearson).

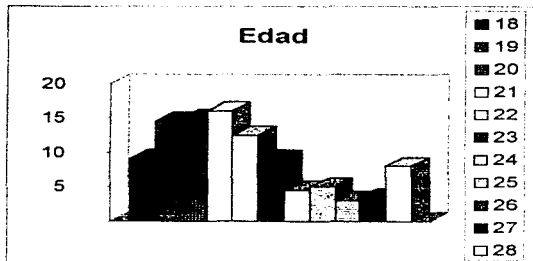
6.2 Análisis Descriptivo

6.2.1 Población:

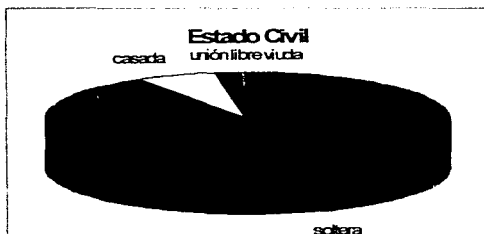
La muestra de mujeres que se estudió en el pre-test fue de 200 mujeres; el post-test fue aplicado a 150 mujeres que regresaron a los talleres de seguimiento. Las edades de las mujeres que participaron en la investigación fluctuaron entre 18 y 28 años; con una media de 21.83 años.

En cuanto a su estado civil, el 91% fue soltera, 6.5% casada y 2.5% vivían en unión libre. El 79% se dedicaban únicamente al estudio, el 19% estudiaban y trabajaban y el 2% eran estudiantes y amas de casa.

EDAD	Porcentaje
18	9
19	14.5
20	15
21	16
22	12.5
23	9
24	4.5
25	5
26	3
27	3.5
28	8



ESTADO CIVIL	Porcentaje:
• Soltera	91
• Casada	6.5
• Unión libre	2
• Viuda	.5

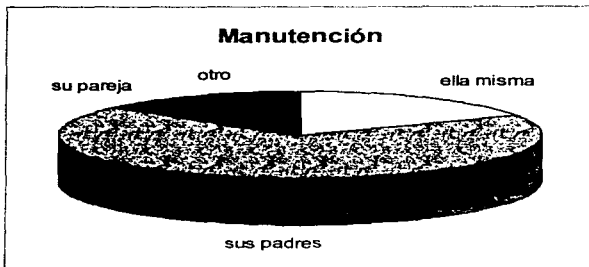


OCUPACIÓN:	Porcentaje
• Estudiante	79
• Estudiante y empleada	19
• Estudiante y ama de casa	2

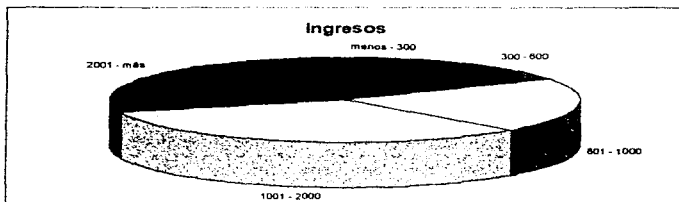


Con respecto a su manutención, el 68% eran sostenidas económicamente por sus padres, el 17.5% solventaban sus propios gastos, el 6.5% dependían económicamente de su pareja y el 7.5 % restante recibían apoyo de algún familiar. El 32.5% reportó tener una percepción mensual de ingresos entre 1000 y 2000 pesos, el 30% más de 2000 pesos, el 20.5% entre 600 y 1000 pesos, el 12% entre 300 y 600 pesos y el 5% menos de 300 pesos.

MANUTENCIÓN:	Porcentaje:
• Ella misma	17.5
• Sus padres	68.5
• Su pareja	6.5
• Otro	7.5

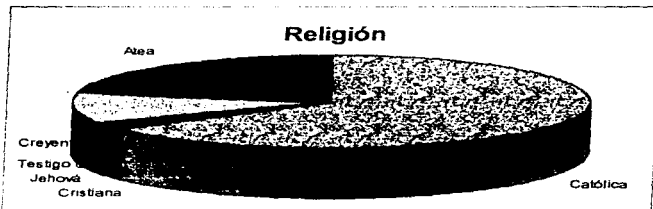


INGRESOS:	Porcentaje:
• Menos de 300 pesos	5
• De 300 a 600 pesos	12
• De 600 a 1000 pesos	20.5
• De 1000 a 2000 pesos	32.5
• Más de 2000 pesos	30



El 65% de las encuestadas pertenecían a la religión Católica, el 22% se definía como atea, el 10.5% como creyentes, el 2% eran pertenecientes a la religión Cristiana y el .5% eran Testigos de Jehová.

RELIGIÓN:	Porcentaje:
• Católica	65
• Cristiana	2
• Testigo de Jehová	.5
• Creyente	10.5
• Atea	22

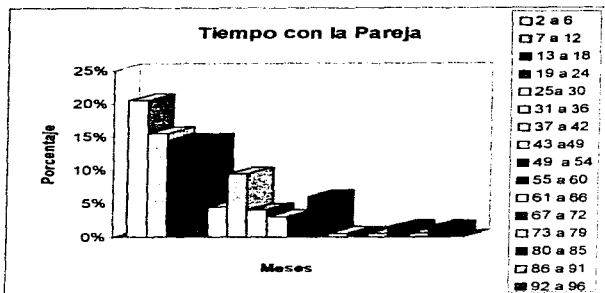


El tiempo promedio que tenían con su pareja varió de 2 a 96 meses; con una media de 25.23 meses y una moda de 24 meses. El 98% reportó tener una pareja hombre, el 1.5% una pareja mujer y el .5% reportó tener una pareja hombre y una mujer.

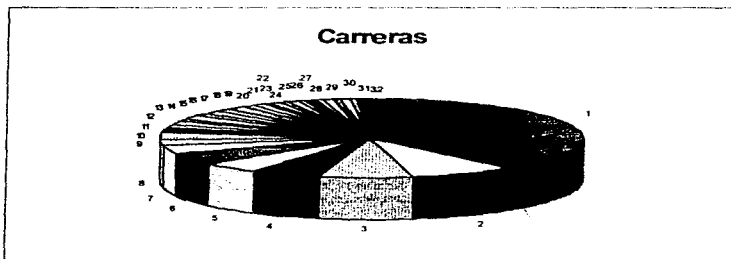
SEXO DE LA PAREJA:	Porcentaje:
• Hombre	98
• Mujer	1.5
• Hombre y mujer	.5



TIEMPO CON LA PAREJA:	Porcentaje:
• 2 a 6 meses	20
• 7 a 12 meses	15.5
• 13 a 18 meses	14.5
• 19 a 24 meses	14.5
• 25 a 30 meses	4.5
• 31 a 36 meses	9.5
• 37 a 42 meses	4
• 43 a 48 meses	3
• 49 a 54 meses	3
• 55 a 60 meses	6
• 61 a 66 meses	.5
• 67 a 72 meses	.5
• 73 a 78 meses	.5
• 79 a 84 meses	1.5
• 85 a 90 meses	.5
• 91 a 96 meses	1.5



En cuanto a la carrera que cursaban, el 38.7% estudiaban Psicología, el 8% Pedagogía, el 7.3% Relaciones Internacionales, el 5.3% Ciencias de la Comunicación, el 4.7% Ingeniería Civil, el 4.7% Químico Farmacéutico Biólogo, el 3.3% Derecho y el resto (28%) pertenecían a otras 25 carreras.



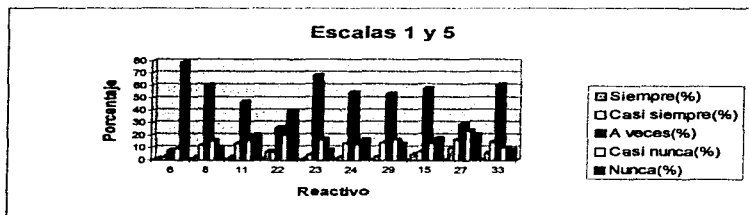
CARRERA:	Porcentaje:
1. Psicología	38.7
2. Pedagogía	8
3. Relaciones Internacionales	7.3
4. Ciencias de la Comunicación	5.3
5. Ingeniería Civil	4.7
6. Químico Farmaco-Biólogo	4.7
7. Derecho	3.3
8. Actuaría	2.7
9. Ciencias Políticas	2.7
10. Contaduría	2
11. Administración	1.3
12. Artes Visuales	1.3
13. Biología	1.3
14. Economía	1.3
15. Informática	1.3
16. Literatura	1.3
17. Medicina	1.3
18. Química	1.3
19. Trabajo Social	1.3
20. Arquitectura	.7
21. Artes Plásticas	.7
22. Comunicación Gráfica	.7
23. Diseño Gráfico	.7
24. Estudios Latinoamericanos	.7
25. Filosofía	.7
26. Ingeniería en Computación	.7
27. Ingeniería geológica	.7
28. Ingeniería Química	.7
29. Letras Inglesas	.7
30. Matemáticas Aplicadas a la Computación	.7
31. Médico Veterinario Zootecnista	.7
32. Sociología	.7

6.2.2 Manejo del poder en la pareja

De acuerdo al cuestionario aplicado a las 200 mujeres, en las escalas 1 y 5, que se refieren a **toma de decisiones**, la mayoría de las mujeres reportaron que las decisiones son tomadas en forma equitativa, mencionando que a veces ellas deciden y en otras ocasiones su pareja. Estas decisiones incluyen sus acuerdos en cuanto a cómo y cuándo tener relaciones sexuales, así como quién toma las decisiones en general, quién tiene más responsabilidades en la pareja, el horario en que se ven y quién decide si terminar o continuar la relación. En esta última, la mayoría reportó ser ella quien lo decide. Además, la mayoría manifestaron que su pareja nunca se molesta cuando le proponen el uso del condón.

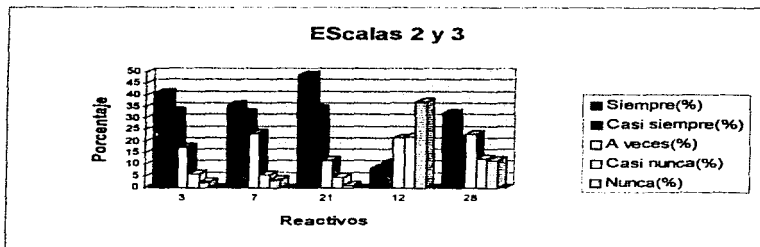
Escala	Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)
1	6. Cuando trato de negociar el uso del condón, él se molesta	1.5	2.5	8	9.5	78.5
	8. Mi pareja decide qué día y a qué hora nos vemos	2.5	11.5	60.5	15.5	10
	11. Mi pareja decide cuándo tener relaciones sexuales	2.5	13.5	47	17	20
	22. Cuando hay algún problema, mi pareja es quien decide terminar o continuar la relación	7	7	26	20.5	39.5
	23. Mi pareja toma las decisiones	1.5	4.5	68.5	17	8.5

	24. Mi pareja decide cómo debe ser la relación sexual	2.5	13.5	54.5	13	16.5
	29. Sexualmente, hago lo que mi pareja decide	3	14	53.5	16.5	13
5	15. Yo decido cómo debe ser la relación sexual	5	6.5	57.5	13.5	17.5
	27. Siento que yo tengo más responsabilidades que mi pareja	10	16.5	29	24	20.5
	33. Yo decido cuándo tener relaciones sexuales con mi pareja	5.5	14.5	61	10	9



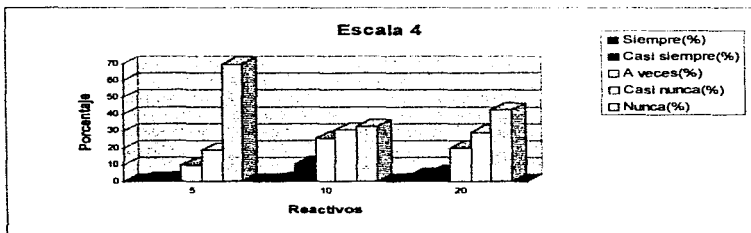
En las escalas 2 y 3, que se refieren a la **comunicación** que establecen con su pareja; la mayoría de las mujeres manifestaron tener una comunicación abierta con su pareja, incluyendo el área sexual.

Escala	Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)
2	3. Mi pareja consulta conmigo antes de tomar una decisión	41	33	17.5	6	2.5
	7. Mi pareja me consulta antes de tomar ciertas decisiones	35.5	32	23.5	5.5	3.5
	21. Mi pareja me habla sobre sus sentimientos y pensamientos	48.5	34	12	4.5	1
3	12. Si quedo insatisfecha sexualmente, evito decirselo a mi pareja	8.5	11	21.5	22	37
	28. Si la relación sexual es insatisfactoria, se lo comunico a mi pareja	32	20.5	23	12.5	12



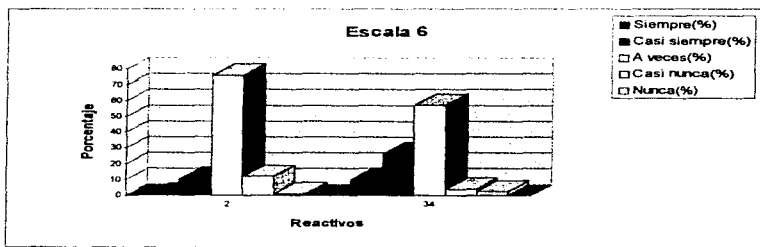
En la escala 4, que se refiere al nivel de confianza que le tienen a su pareja, la mayoría reportó nunca ser agredidas por ella ; además de tenerle la confianza suficiente para compartir sus opiniones, ideas y sentimientos con ella.

Escala	Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)
4	5. Mi pareja me agrede cuando se molesta por algo	1	1.5	9.5	18.5	69.5
	10. Me cuesta trabajo compartir mis sentimientos con mi pareja	1	10.5	25.5	30.5	32.5
	20. Prefiero no dar mi opinión a mi pareja	3.5	5	20	29	42.5



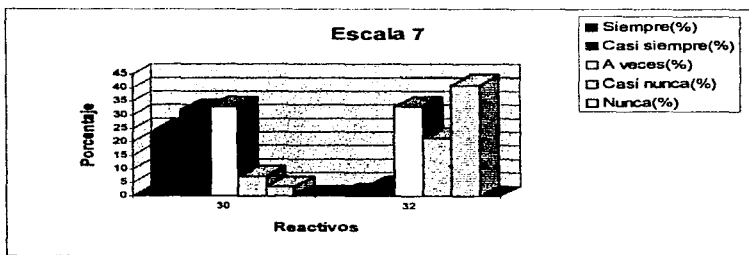
En la escala 6, que se refiere a **quién toma la iniciativa en la relación sexual**, las mujeres manifestaron que en ocasiones son ellas quienes toman la iniciativa para la relación sexual y en ocasiones lo hace su pareja.

Escala	Reactivo	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
6	2. La relación sexual es iniciada por mi	.5	10.5	76	12	1
	34. Mi pareja toma la iniciativa para tener relaciones sexuales	10	26.5	57	4	2.5



En la escala 7, que mide **autoestima** de las mujeres, muchas reportaron que si hay algo que moleste a su pareja dejan de hacerlo; sin embargo, piensan que las ideas y sentimientos de su pareja nunca son mejores que los de ellas.

Escala	Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)
7	30. Si hay algo que moleste a mi pareja lo dejo de hacer	24	32	33	7.5	3.5
	32. Creo que las ideas y sentimientos de mi pareja son mejores que los míos.	1	3.5	33	21.5	41

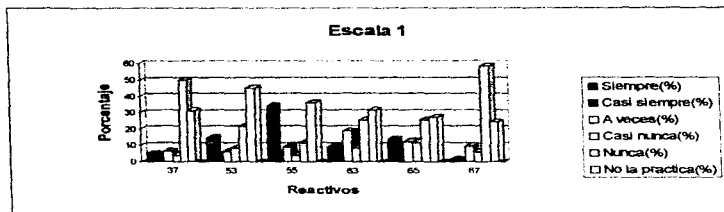


6.2.3 El uso del sexo seguro antes del taller

En la escala 1, que se refiere al **correcto uso del condón**, la mayoría reportó no utilizar lubricantes solubles al agua con el condón, también la mayoría manifestó no utilizar aceite o crema para lubricar los condones. El 45% dijeron no tener relaciones sexuales durante la menstruación, por lo que no utilizaban condón. En cuanto a la eyaculación sobre la piel, un gran porcentaje reportó no tener ese tipo de prácticas sexuales.

Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)	No ha tenido esa práctica sexual (%)
37. Lubricamos los condones con lubricantes solubles al agua	5	3.5	6.5	4	50	31
53. Cuando tengo relaciones sexuales durante mi menstruación, no uso condón	14.5	4	6.5	8.5	21.5	45
55. Evito que mi pareja eyacule sobre mi piel, cuando está lastimada	34	5.5	9	4	11.5	36
63. Me agrada que mi pareja eyacule entre mis senos	9	7	18.5	8.5	25.5	31.5
65. Usamos los condones sin lubricar para la penetración	14	9.5	12.5	11.5	25.5	27

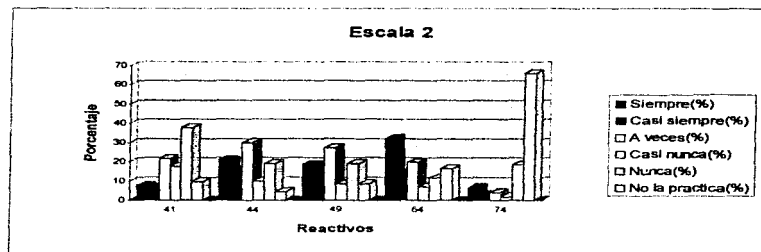
67. Lubricamos los condones con aceite o crema	1.5	.5	9.5	6	58.5	24
--	-----	----	-----	---	------	----



En la escala 2, que se refiere a **prácticas con penetración y frotamiento de genitales**, las mujeres manifestaron usar el condón sólo en ocasiones, y si tienen prácticas de frotamiento entre genitales, evitan que la eyaculación se dé sobre sus genitales. En cuanto a las prácticas con penetración anal, el 66% dijeron nunca haberla realizado.

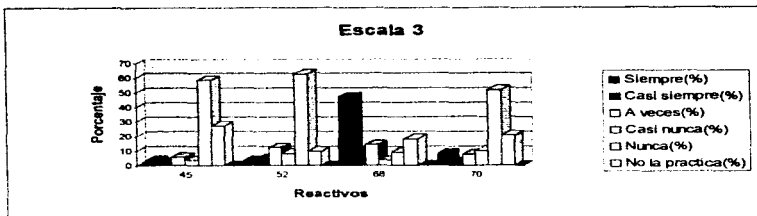
Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)	No ha tenido esa práctica sexual (%)
41. Cuando frotamos nuestros genitales, mi pareja eyacula sobre los míos.	7.5	6.5	21.5	17.5	37.5	9.5

44. Mi pareja me penetra vaginalmente sin condón	21	15.5	30	10	19	4.5
49. Mi pareja usa condón cuando hay penetración vaginal	18.5	18.5	27	8.5	19	8.5
64. Cuando frotamos nuestros genitales, mi pareja evita eyacular sobre los míos	32	13.5	19.5	7	11.5	16.5
74. Cuando tenemos sexo anal, mi pareja usa condón	6.5	3	4	2	18.5	66



En la escala 3, que se refiere al **sexo oral**, la mayoría de las mujeres manifestó que su pareja les practica a ellas la estimulación buco-genital sin protección, y también ellas se la practican a él sin usar protección. Cuando tienen prácticas sexuales con frotamiento entre los genitales, la mayoría no utilizan protección.

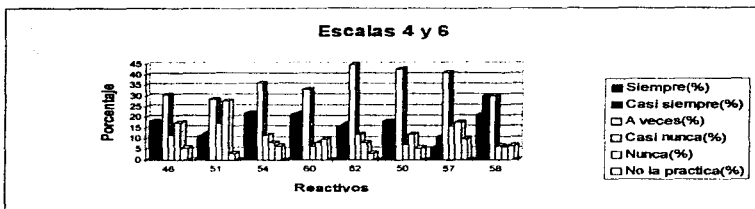
Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)	No ha tenido esa práctica sexual (%)
45.. Mi pareja me hace sexo oral usando protección (Kleen Pack, cuadros de látex)	3.5	2	5.5	3.5	58.5	27
52. Mi pareja y yo usamos condón o Kleen Pack cuando frotamos nuestros genitales	3.5	4.5	12	8	62.5	9.5
68. Practico sexo oral a mi pareja sin usar condón	47	8.5	14	3.5	9	18
70. Hago sexo oral a mi pareja usando condón	8	2.5	7.5	10	51.5	20.5



En las escalas 4 y 6, que se refieren a **prácticas sexuales sin penetración**, un gran porcentaje manifestó recurrir en ocasiones a prácticas sexuales como los masajes eróticos, la masturbación mutua u otras prácticas sin penetración. El 30 % dijeron en ocasiones lograr el orgasmo a través de este tipo de prácticas; sin embargo, algunas reportaron sentir a veces que las prácticas sin penetración eran una relación sexual incompleta o que no les gustaban. En cuanto a la pareja, el 40% de las mujeres reportó que su pareja usaba prácticas sin penetración para llegar al orgasmo; mientras un 60% manifestaron que su pareja usa la penetración a veces casi siempre para alcanzar el orgasmo.

Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)	No ha tenido esa práctica sexual (%)
ESCALA 4						
46. Soy capaz de llegar al orgasmo a través de prácticas sin penetración (caricias, masturbación, etc.)	18	17	30.5	11.5	17.5	5.5

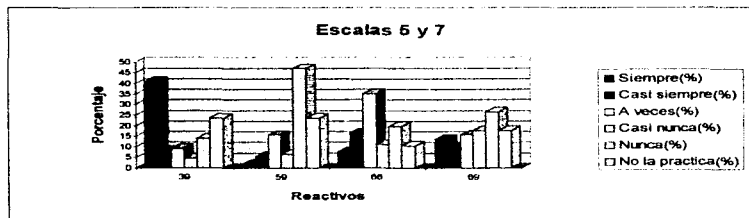
51. Siento que frotar los cuerpos desnudos es una relación sexual incompleta	11	12.5	28.5	17	28	3
54. Mi pareja y yo practicamos la masturbación mutua	22	16	36	11.5	8	6.5
60. En mis relaciones sexuales recorro a los masajes eróticos	21	22	33	6.5	8	9.5
62. Cuando tenemos relaciones sexuales usamos prácticas sin penetración	15.5	17	44.5	12	8	3
ESCALA 6:						
50. Mi pareja llega al orgasmo a través de prácticas sin penetración (caricias, masturbación, etc.)	18	15	42.5	7	12	5.5
57. No me gustan las prácticas sexuales sin penetración	5.5	10.5	41	16	17.5	9.5
58. Mi pareja usa la penetración para llegar al orgasmo	21	30	30	6.5	6	6.5



En las escalas 5 y 7 , que se refieren a **sexo oral sin protección**, el 50% manifestó que la eyaculación se da fuera de su boca cuando no usan condón, y alrededor del 30% reportaron que su pareja prueba los fluidos sexuales de ellas.

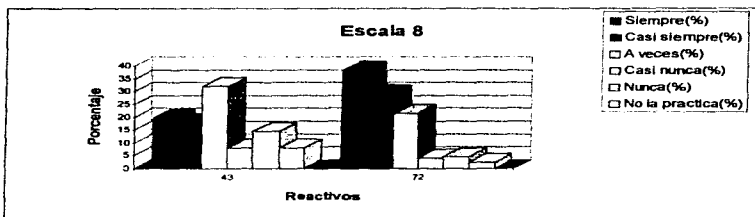
Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)	No ha tenido esa práctica sexual (%)
ESCALA 5:						
39. En el sexo oral, mi pareja eyacula fuera de mi boca cuando no usamos condón.	41	8	9	4.5	14	23.5
59. Cuando tengo sexo oral, trago el semen de mi pareja	2	5.5	15.5	6.5	47	23.5

ESCALA 7:						
68. Mi pareja prueba mis fluidos sexuales	7.5	16.5	35	11	19.5	10.5
69. Mi pareja evita tragar mis fluidos sexuales	13.5	9.5	15.5	17.5	26.5	17.5



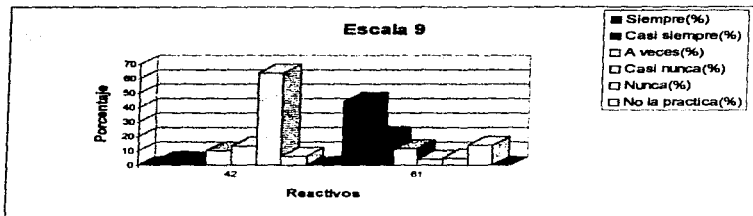
En la escala 8, que se refiere a **otras prácticas sexuales con posible riesgo**, la mayoría reportó dar o recibir mordiscos durante la relación sexual, pero sin lastimar, ni llegar a marcar.

Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)	No ha tenido esa práctica sexual (%)
43. Mi pareja da mordiscos en mi cuerpo sin llegar a marcar	19.5	18	32	8	14.5	8
72. Muerdo suavemente los labios de mi pareja sin llegar a lastimarlo	38.5	29	21.5	4	4.5	2.5



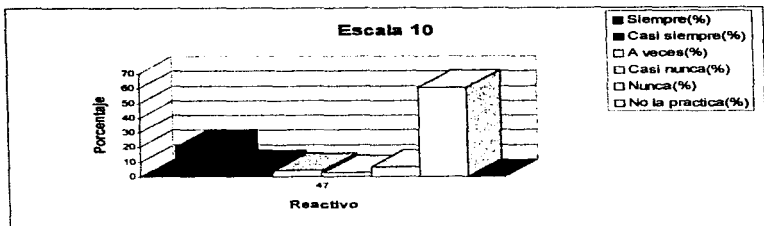
En la escala 9, que se refiere a la **actitud de la pareja hacia el sexo seguro**, la mayoría de las mujeres manifestó que el sexo seguro nunca ha sido un obstáculo en su relación; y el 44.5% reportó que su uso las ha unido más con su pareja.

Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)	No ha tenido esa práctica sexual (%)
42. El uso del sexo seguro es un obstáculo entre mi pareja y yo	3.5	3	10	13.5	64	6
61. El uso del sexo seguro me ha unido más con mi pareja	44.5	20.5	11.5	4.5	5	14



En la escala 10, que se refiere a **parejas ocasionales**, el 60.5% de las mujeres reportaron no tener parejas ocasionales.

Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)	No ha tenido esa práctica sexual (%)
47. Si tengo relaciones sexuales con parejas ocasionales uso condón	20	6	4	3	6.5	60.5



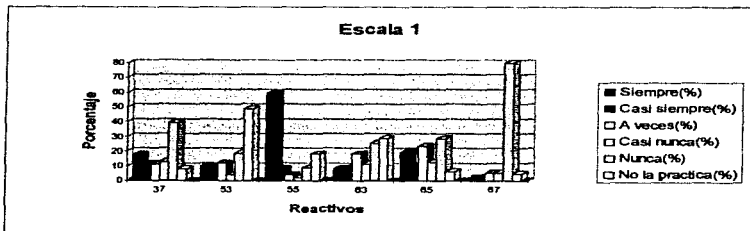
6.2.4 El uso del sexo seguro después del taller

En la escala 1, que se refiere al **correcto uso del condón**, la mayoría de las mujeres reportaron utilizar lubricantes solubles al agua con el condón, aunque algunas sólo lo usan en ocasiones. También una gran mayoría manifestó nunca utilizar aceite o crema para lubricar los condones.

Casi el 50% dijeron no tener relaciones sexuales durante la menstruación, por lo que no utilizaban condón. En cuanto a la eyaculación sobre la piel, un gran porcentaje reportó no tener ese tipo de prácticas sexuales.

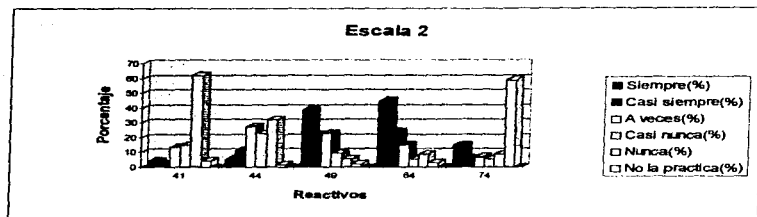
Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)	No ha tenido esa práctica sexual (%)
37. Lubricamos los condones con lubricantes solubles al agua	17.3	11.3	11.3	12.7	39.3	8

53. Cuando tengo relaciones sexuales durante mi menstruación, no uso condón	10	6.7	12	4	18.7	48.7
55. Evito que mi pareja eyacule sobre mi piel, cuando está lastimada	59.3	8	4	2	8.7	18
63. Me agrada que mi pareja eyacule entre mis senos	8	8.7	18	11.3	25.3	28.7
65. Usamos los condones sin lubricar para la penetración	19.3	10	23.3	12.7	28.7	6
67. Lubricamos los condones con aceite o crema	2	2.7	5.3	5.3	80	4.7



En la escala 2, que se refiere a **prácticas con penetración y frotamiento de genitales**, existió un gran aumento en porcentaje de las mujeres que reportaron utilizar el condón, tanto en la penetración vaginal como en el sexo anal. Cuando hay prácticas de frotamiento entre genitales, evitan que la eyaculación se dé sobre sus genitales. Esto nos habla de una disminución real de riesgos que está corriendo esta población, al evitar una de las prácticas con mayor peligro, la penetración vaginal o anal sin protección.

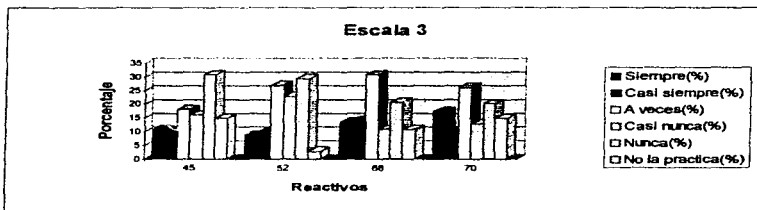
Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)	No ha tenido esa práctica sexual (%)
41. Cuando frotamos nuestros genitales, mi pareja eyacula sobre los míos.	4	2	13.3	14.7	62	4
44. Mi pareja me penetra vaginalmente sin condón	5.3	11.3	27.3	22.7	32	1.3
49. Mi pareja usa condón cuando hay penetración vaginal	38.7	22	22.7	9.3	5.3	2
64. Cuando frotamos nuestros genitales, mi pareja evita eyacular sobre los míos	44.7	24	14.7	5.3	8.7	2.7
74. Cuando tenemos sexo anal, mi pareja usa condón	14.7	6	6.7	5.3	8.7	58.7



En la escala 3, que se refiere al **sexo oral**, encontramos que existió un cambio de actitud ante el riesgo que conlleva esta práctica, pues muchas mujeres comenzaron a utilizar protección tanto al dar como al recibir estimulación buco-genital. También en el frotamiento de genitales, se observa un mayor número de parejas que utiliza condón o Kleen Pack al llevar a cabo esta práctica.

Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)	No ha tenido esa práctica sexual (%)
45. Mi pareja me hace sexo oral usando protección (Kleen Pack, cuadros de látex)	10.7	10	18	16	30.7	14.7

52. Mi pareja y yo usamos condón o Kleen Pack cuando frotamos nuestros genitales	8.7	10	26.7	22.7	29.3	2.7
68. Practico sexo oral a mi pareja sin usar condón	13.3	14	30.7	10.7	20.7	10.7
70. Hago sexo oral a mi pareja usando condón	17.3	9.3	26	12.7	20	14.7

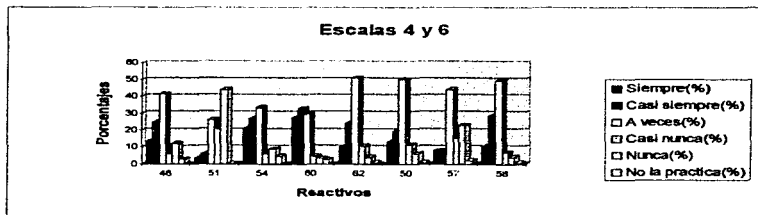


En las escalas 4 y 6, que se refieren a **prácticas sexuales sin penetración**, un gran porcentaje manifestó recurrir en ocasiones a prácticas sexuales como los masajes eróticos, la masturbación mutua u otras prácticas sin penetración, notándose un aumento significativo en la realización de dichas prácticas con respecto al pre-test. La mayoría de las mujeres dijeron ser capaces de lograr el orgasmo a través de este tipo de prácticas; así mismo, hubo una drástica disminución en el sentimiento de que las prácticas sin penetración son una relación sexual incompleta.

En cuanto a la pareja, un mayor número de mujeres reportó que su pareja usaba prácticas sin penetración para llegar al orgasmo; y hubo una disminución entre las que manifestaron que su pareja usa la penetración a veces o casi siempre para alcanzar el orgasmo.

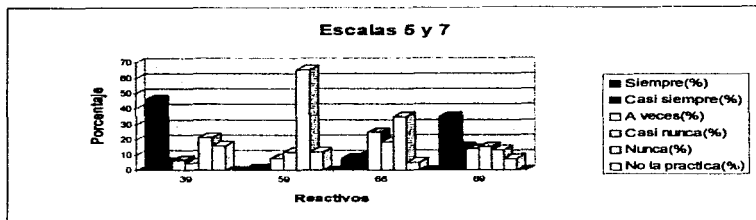
Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)	No ha tenido esa práctica sexual (%)
ESCALA 4						
46. Soy capaz de llegar al orgasmo a través de prácticas sin penetración (caricias, masturbación, etc.)	13.3	24.7	41.3	6	12	2.7
51. Siento que frotar los cuerpos desnudos es una relación sexual incompleta	3.3	6	26	20.7	44	0
54. Mi pareja y yo practicamos la masturbación mutua	20.7	26.7	33.3	6	8.7	4.7
60. En mis relaciones sexuales recurro a los masajes	27.3	32.7	29.3	4.7	3.3	2.7
62. Cuando tenemos relaciones sexuales usamos prácticas sin penetración	10	24	50.7	10.7	4	.7

ESCALA 6:						
50. Mi pareja llega al orgasmo a través de prácticas sin penetración (caricias, masturbación, etc.)	12.7	19.3	50	11.3	6	.7
57. No me gustan las prácticas sexuales sin penetración	8	8	44	15.3	22.7	2
58. Mi pareja usa la penetración para llegar al orgasmo	10.7	28.7	49.3	6.7	4	.7



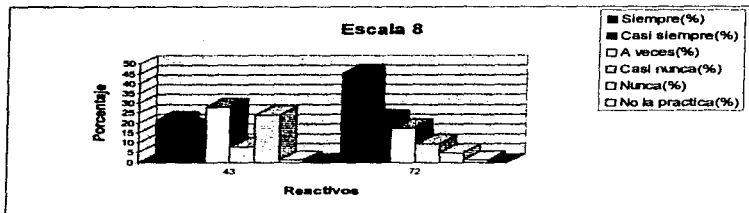
En las escalas 5 y 7 , que se refieren a **sexo oral sin protección**, el 65.3% manifestó que nunca traga el semen de su pareja condón, y un 37.5% reportaron que su pareja nunca prueba los fluidos sexuales de ellas. Así, se ve una disminución drástica en el riesgo por estimulación buco-genital, con respecto al pre-test.

Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)	No ha tenido esa práctica sexual (%)
ESCALA 5:						
39. En el sexo oral, mi pareja eyacula fuera de mi boca cuando no usamos condón.	46	5.3	6.7	4.7	21.3	16
59. Cuando tengo sexo oral, trago el semen de mi pareja	1.3	1.3	8	12	65.3	12
ESCALA 7:						
66. Mi pareja prueba mis fluidos sexuales	8	8.7	24.7	18.7	34.7	5.3
69. Mi pareja evita tragar mis fluidos sexuales	34.7	15.3	14	15.3	13.3	7.3



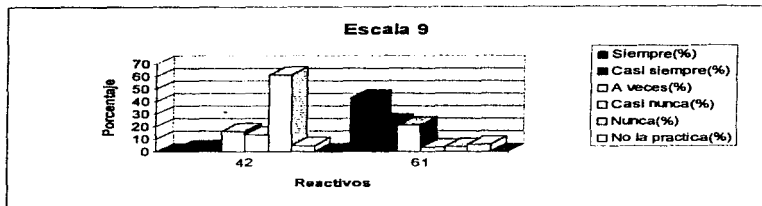
En la escala 8, que se refiere a **otras prácticas sexuales con posible riesgo**, desde el pre-test se encontró que la mayoría de las mujeres reportaron dar o recibir mordiscos durante la relación sexual, pero sin lastimar, ni llegar a marcar, lo que nos indica que no se están llevando a cabo prácticas riesgosas como mordeduras o heridas donde intervenga intercambio sanguíneo.

Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)	No ha tenido esa práctica sexual (%)
43. Mi pareja da mordiscos en mi cuerpo sin llegar a marcar	21.3	17.3	28	8	24	1.3
72. Muero suavemente los labios de mi pareja sin llegar a lastimarlo	45.3	22	17.3	9.3	4.7	1.3



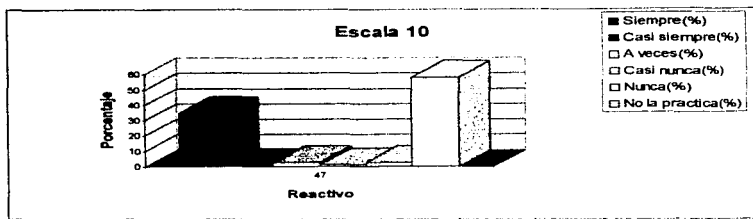
En la escala 9, que se refiere a la actitud de la pareja hacia el sexo seguro, se encontró desde el pre-test que la mayoría de las mujeres manifestó que el sexo seguro nunca ha sido un obstáculo en su relación y que, en cambio, su uso nunca las ha unido más con su pareja.

Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)	No ha tenido esa práctica sexual (%)
42. El uso del sexo seguro es un obstáculo entre mi pareja y yo	2	2.7	16	13.3	61.3	4.7
61. El uso del sexo seguro me ha unido más con mi pareja	42.7	23.3	21.3	3.3	4	5.3



En la escala 10, que se refiere a **parejas ocasionales**, se conserva lo encontrado por el pre-test, en el sentido de que la mayoría de las mujeres reportaron no tener parejas ocasionales; sin embargo, si se observó un cambio de actitud, pues entre las que manifiestan tener parejas ocasionales, hubo un aumento significativo en el uso del condón.

Reactivo	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)	No ha tenido esa práctica sexual (%)
47. Si tengo relaciones sexuales con parejas ocasionales uso condón	34.7	.7	2.7	1.3	2.7	58

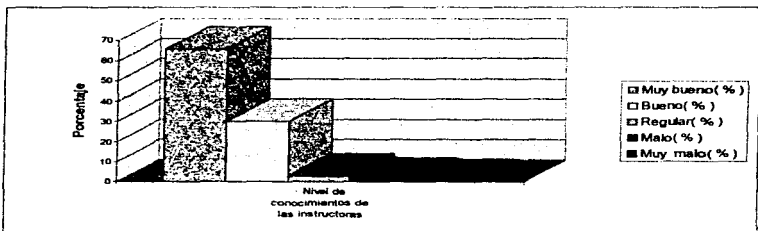
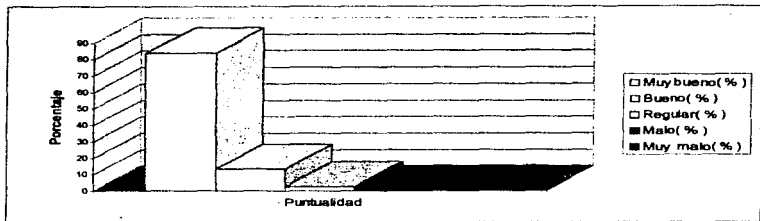


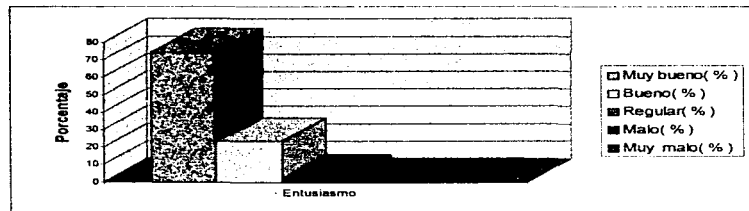
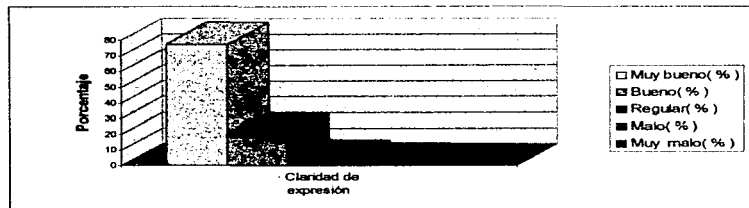
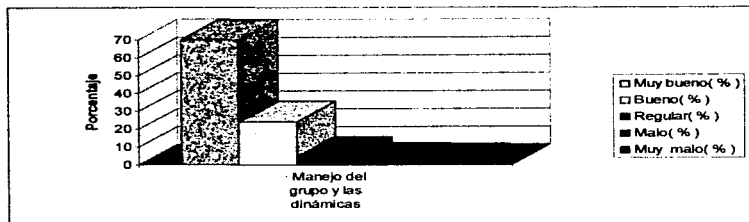
6.2.5 Evaluación de los Talleres de Erotización del Sexo Seguro

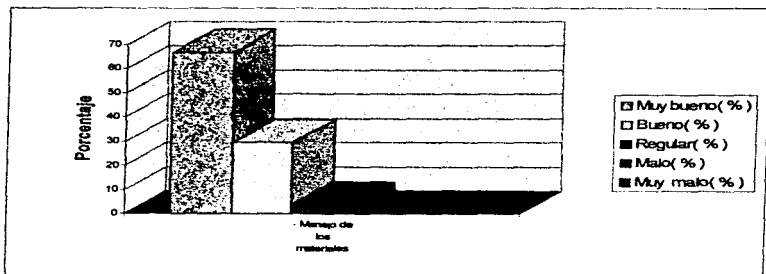
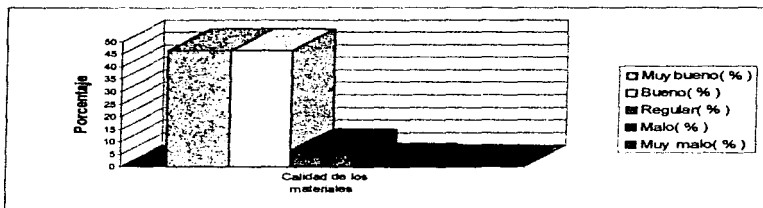
Al finalizar cada uno de los Talleres de Erotización del Sexo Seguro, se pidió a las mujeres participantes que evaluaran la calidad del taller, a través de una hoja de evaluación creada para este propósito. (Anexo 9)

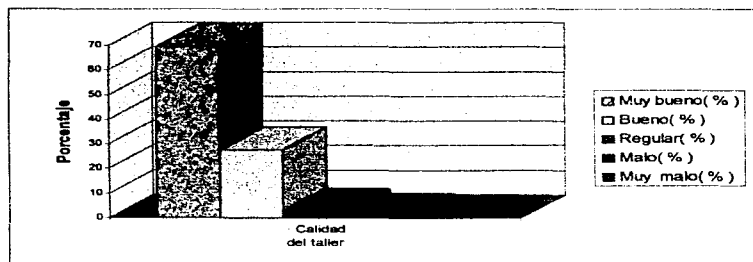
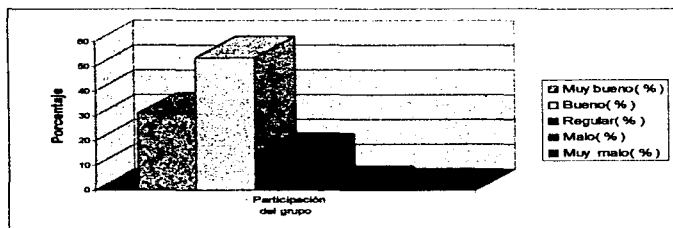
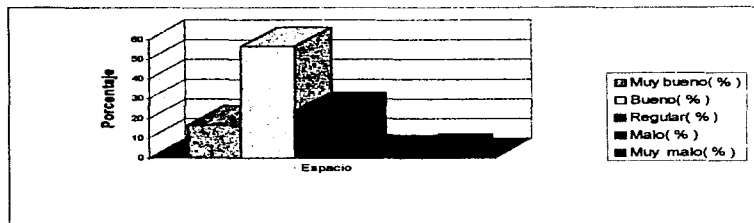
Los resultados de las 340 evaluaciones hechas por las participantes fueron:

Aspecto evaluado:	Muy bueno (%)	Bueno (%)	Regular (%)	Malo (%)	Muy malo (%)
• Puntualidad	83.8	13.2	2.6	0	.3
• Nivel de conocimientos de las instructoras	65.9	30	2.9	.9	.3
• Manejo del grupo y las dinámicas	70	24.4	4.4	.9	.3
• Claridad de expresión	77.6	20	2.1	.3	0
• Entusiasmo	74.4	23.5	2.1	0	0
• Calidad de los materiales	46.5	46.5	6.5	.6	0
• Manejo de los materiales por las instructoras	66.8	29.7	3.5	0	0
• Espacio donde se llevó a cabo el taller	16.5	56.5	23.2	1.5	2.4
• Participación del grupo	30.9	53.5	14.4	1.2	0
• Calidad del taller	69.4	27.4	2.6	.6	0



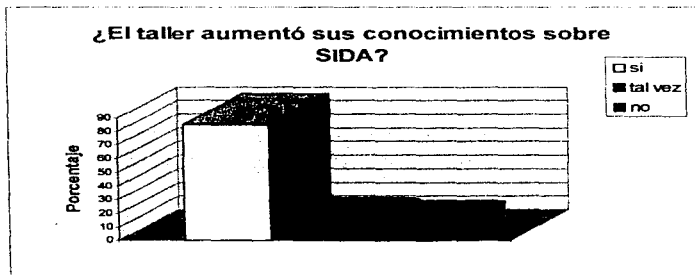




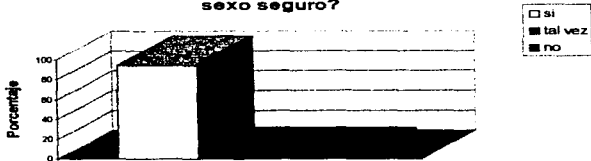


Con base en estos resultados, se puede decir que los talleres cumplieron su función y que fueron bien aceptados por la mayoría de las mujeres que participaron en ellos. Los aspectos mejor evaluados fueron la puntualidad, claridad de expresión y entusiasmo de las instructoras. Los aspectos que fueron calificados más bajos fueron el espacio donde se llevó a cabo el evento y la calidad de los materiales utilizados para ello.

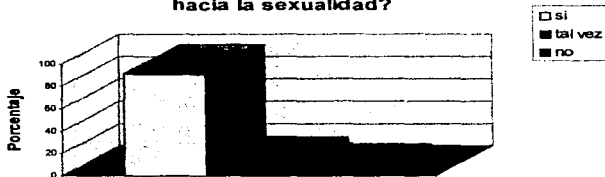
Por otro lado, un 85% de las mujeres participantes manifestaron que el taller aumentó sus conocimientos sobre SIDA; el 94.7% dijeron que aumentó sus conocimientos sobre el sexo seguro; el 90.9% reconocieron que había cambiado positivamente sus actitudes ante la sexualidad y un 90.3% dijeron que el taller había cambiado positivamente su actitud hacia el sexo seguro. Así mismo, un 86.8% pensaban que el taller produciría cambios favorables en su conducta sexual en el futuro.



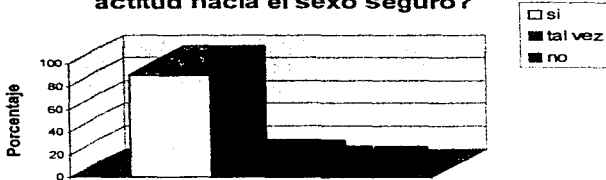
¿El taller aumentó sus conocimientos sobre el sexo seguro?

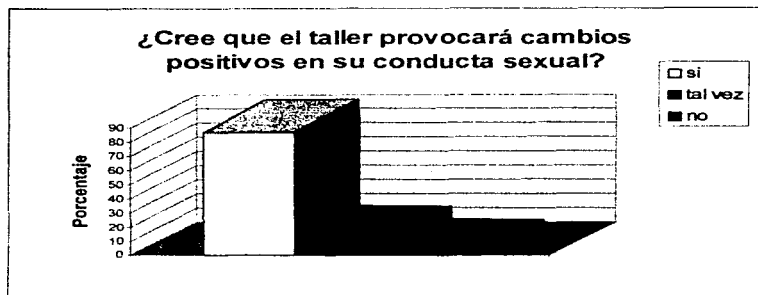


¿ El taller cambió positivamente sus actitudes hacia la sexualidad?



¿El taller cambió positivamente su actitud hacia el sexo seguro?





Además de la evaluación de estos rubros, se les pidió a las mujeres realizar observaciones, comentarios y sugerencias para los talleres. En este sentido, el 62.9% de los comentarios fueron opiniones positivas sobre los talleres, un 6.8% manifestaban que el taller podía ser mejorado, y un 2.6% lo consideraban deficiente.

Un 20.6 % de las mujeres hicieron sugerencias para el taller, siendo las más frecuentes:

- buscar un lugar o espacio más apropiado para la realización del taller, de preferencia con sillas movibles
- proporcionar talleres para otros públicos, como para hombres, parejas o adolescentes
- realizar talleres en todas las facultades y escuelas de la UNAM
- que los talleres fueran extensivos para toda la población y no sólo mujeres universitarias

- realizar talleres sobre otros temas de sexualidad humana, como anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado, aborto, educación sexual, etc.
- mejorar los materiales utilizados para el taller
- presentar materiales de apoyo como videos, revistas o folletos

6.3 Análisis Inferencial

6.3.1 Diferencias entre el Pre-test y Post-test

Con el propósito de medir las diferencias promedio que tuvo la muestra en el uso del sexo seguro antes y después del tratamiento, que en este caso consistió en participar en el Taller de Erotización del Sexo Seguro; se aplicó la prueba t de Student . (Quirk, T., 1983)

Escala:	Valor t	Nivel de Significancia
1	4.84	.001
2	7.23	.001
3	8.70	.001
4	4.08	.001
5	2.61	.009
6	2.92	.004
7	5.60	.001
8	.34	.731
9	1.11	.270
10	2.24	.026
TOTAL DE LA PRUEBA	8.70	.001

Los resultados mostraron que sí hubo diferencias significativas entre el pre-test y el post-test, con un valor de $t = 8.7$ y un valor de significancia asociado de $.001$; por lo que se aceptó la hipótesis alterna:

Hi: Si existe una diferencia estadísticamente significativa en el uso del sexo seguro en las mujeres, antes y después del Taller de Erotización del Sexo Seguro.

En las escalas 8 y 9, que se refieren a otras prácticas sexuales con posible riesgo y a la actitud de la pareja hacia el sexo seguro, respectivamente; no se observaron diferencias significativas.

6.3.2 Correlación entre el manejo del poder en la pareja y el uso del sexo seguro en las mujeres.

La relación entre el manejo del poder en la pareja y el uso del sexo seguro en las mujeres se estudió a través de la Correlación Producto- Momento de Pearson, r de Pearson. (Zinser, O., 1992)

La r de Pearson obtenida fue de $r = .1289$, con una probabilidad asociada de $.069$; por lo que no se puede demostrar que exista una relación entre el manejo del poder en la pareja y el uso del sexo seguro en las mujeres. Por ello, se acepta la hipótesis nula:

Ho: No existe una correlación estadísticamente significativa ($r > \alpha = .70$) entre el manejo del poder en la pareja y el uso del sexo seguro en las mujeres.

DISCUSIÓN

Aunque los datos que arrojan diversas investigaciones afirman que en la mayoría de las culturas contemporáneas se puede observar el dominio del hombre sobre la mujer, con la presente investigación podríamos inferir que el papel de la mujer está cambiando, de un papel pasivo a un papel activo, en donde las mujeres con un nivel sociocultural alto pueden lograr establecer una relación de igualdad con su pareja, a través de una comunicación abierta, teniendo la confianza suficiente para expresar sus sentimientos, pensamientos y opiniones.

Contrario a la afirmación de Parada (1993), de que "la distribución de poder dentro de una relación de poder de pareja se proporciona en forma desigual a cada uno de los miembros, según las expectativas marcadas hacia hombres y mujeres dentro de una cultura", la muestra con la que se trabajó en este estudio manifiesta que esto puede no ser así y que el manejo del poder en la pareja puede establecerse en una relación de igualdad, en donde ambas partes de la pareja participan en la toma de decisiones, asumen los mismos derechos y obligaciones, expresan de manera clara y abierta lo que sienten, piensan y quieren, respetando los deseos del otro.

Los resultados de esta investigación permiten reconocer que, por lo menos en algunos sectores de la población, los patrones de género se han modificado de manera importante, ya que las mujeres universitarias encuestadas muestran ser independientes, tomar decisiones por ellas mismas, tener iniciativa en las relaciones sexuales y compartir equitativamente el uso del poder con sus parejas.

Es decir, rompen con el estereotipo de género, que las mujeres han respetado durante milenios, donde se espera que la mujer sea obediente, sumisa, pasiva, sin iniciativa ni opiniones propias. La lucha que las mujeres feministas han sostenido por años, para terminar con la desigualdad de poder entre hombres y mujeres en todas las esferas, parece estar rindiendo sus primeros frutos.

En nuestra sociedad actual, se pueden encontrar mujeres que tienen acceso a la educación, a un empleo remunerado, a cargos importantes dentro de su esfera laboral y que han cuestionado su rol pasivo ante su sexualidad.

Sin embargo, existen sectores muy grandes de la población, en áreas rurales y suburbanas, en donde los hombres y mujeres continúan actuando y replicando los roles de género tradicionales, y en donde las mujeres no han adquirido un poder sobre sus cuerpos, sus decisiones, sus vidas y sus sexualidades; pues aún muchas veces no tienen acceso a la educación básica, mucho menos a una educación superior y en sus comunidades generalmente no se cuestiona la educación de género; por el contrario, la vida en ellas se basa en que cada persona cumpla con los roles que se le han asignado desde generaciones anteriores.

Si bien es cierto que tanto la preparación académica como los recursos económicos con los que cuentan las mujeres no son determinantes para erradicar la discriminación y la exclusión que la cultura y la educación de las sociedades patriarcales han pretendido justificar a través de las diferencias de género, también es cierto que es más probable tomar decisiones o expresar sentimientos y opiniones si se sabe que es un derecho que se puede ejercer.

Aunque la mayoría de las culturas, sobre todo en América Latina, el que las mujeres sean asertivas; es decir, aprendan a comunicar sus deseos, sentimientos y pensamientos, de manera clara a su pareja, puede ser causa de rechazo, en esta investigación no se observó esto, ya que la mayoría de las mujeres manifestaron, desde el pre-test, que el uso del sexo seguro no es un obstáculo entre su pareja y ellas, por el contrario, el uso del sexo seguro las ha unido más con sus parejas. Es por ello, que después del taller, tuvieron éxito al negociar el uso de prácticas sexuales seguras.

A pesar de que algunos teóricos defienden la postura de que el manejo del poder en las relaciones de pareja es uno de los factores importantes que influye en la adquisición de prácticas sexuales seguras, en esta investigación no se pudo comprobar estadísticamente que exista una relación entre ambos aspectos; ya que no fue posible observar diferencias entre quienes tienen un bajo manejo de poder y un alto manejo de éste, pues la mayoría de las mujeres manifestó tener una relación equitativa en cuanto a derechos y obligaciones, toma de decisiones; así como una comunicación abierta.

Las estudiantes que participaron en esta investigación, contaban con la capacidad de decidir sobre su vida sexual y comunicarse abiertamente con su pareja, lo que probablemente facilitó la introducción del sexo seguro en sus vidas sexuales.

Algunas de ellas utilizaban ocasionalmente prácticas sexuales seguras, como prácticas sin penetración o el uso del condón, aún antes de participar en el Taller de Erotización del Sexo Seguro; por lo que se puede suponer que ya contaban con cierta información y concientización sobre los riesgos de las prácticas sexuales inseguras (enfermedades sexualmente transmisibles o embarazo no deseado). Este tal vez sea un factor que contribuyó a que las participantes aceptaran el uso del sexo seguro más fácilmente.

Aunque tradicionalmente se ha asociado la sexualidad femenina con la pasividad, la dependencia y la sumisión, en la época del SIDA, la mujer que desee protegerse necesita proponer a su pareja el uso de prácticas sexuales seguras, como lo demostró este estudio, donde las mujeres lograron una actitud más activa y positiva después de haber tomado el taller.

Después de participar en los Talleres de Erotización de Sexo Seguro, las estudiantes llenaron un evaluación, en la que la mayoría manifestó entusiasmo ante el sexo seguro y optimismo al pensar que el taller produciría cambios importantes en

su vida sexual. Esto pudo ser producto del ambiente sexo-positivo y de erotización que caracteriza a los talleres; sin embargo, doce meses más tarde, las mujeres mantenían esa actitud positiva hacia el sexo seguro.

El uso de prácticas sexuales seguras aumentó significativamente entre ellas, después de su participación en el taller, utilizando más frecuentemente fantasías, caricias, masajes eróticos, etc. Así mismo, se incrementó el uso del condón y Kleen Pack en prácticas sexuales con penetración y sexo oral.

Por todo ello, se deduce que los Talleres de Erotización del Sexo Seguro, realmente tienen la capacidad de informar a las personas participantes sobre los riesgos que conllevan las diferentes prácticas sexuales y la forma en que pueden disminuirse, pero también poseen la importante función de hacer que los participantes eroticen el sexo seguro, haciéndolo una práctica divertida, relajada, placentera y que se da entre personas que piensan, que sienten y se comunican; es decir, favorece el acercamiento humano y no se limita a las conductas estereotipadas por la educación de género.

Por lo tanto, se considera que para lograr una adecuada prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH / SIDA, es necesario, no únicamente realizar campañas masivas de información sobre estos temas, sino facilitar el cambio en los roles rígidos de género, para que las personas se conviertan en seres humanos integrales: hombres con la capacidad de sentir y expresar sus emociones, miedos, inquietudes y deseos; mujeres con la capacidad de decidir, opinar y actuar. Ambos con la capacidad de vivir su sexualidad de una manera libre, informada, responsable y placentera, sin miedo al embarazo no deseado o a las enfermedades de transmisión sexual.

Los Talleres de Erotización del Sexo Seguro podrían ser muy útiles para lograr lo anterior y las autoras consideran que deben ser promovidos entre la población general y ponerse al alcance de todos.

CONCLUSIONES:

Los resultados de esta investigación indican que los Talleres de Erotización del Sexo Seguro son efectivos para el cambio de actitudes ante el sexo seguro; así como para modificar conductas sexuales.

La participación en los talleres permite que las asistentes acepten el derecho a su propio placer sexual; promueve una actitud positiva de las mujeres ante las prácticas sexuales sin penetración (caricias, masajes, masturbación, etc.), propiciándose una desgenitalización de la sexualidad. Así, después del taller, las mujeres se dan la oportunidad de explorar todo su cuerpo y descubrir otras zonas erógenas en ellas mismas y en sus parejas.

Así mismo, se dio en ellas una actitud positiva hacia el uso del condón para la penetración y la estimulación buco-genital hacia el hombre; a diferencia del rechazo que se observaba ante su uso antes de los talleres.

En el sexo oral hacia la mujer, también se observó un cambio positivo, pues se incrementó el uso de Kleen Pack o diques dentales para protegerse durante esta práctica.

También se encontró un ligero incremento en la frecuencia de la penetración anal usando protección; lo que significa que las mujeres se permitían explorar otras experiencias sexuales, con responsabilidad.

Se considera que todos estos cambios se deben a que el Taller de Erotización del Sexo Seguro no se limita a proporcionar información sobre las maneras de prevención ante las enfermedades de transmisión sexual; sino que,

debido a que está estructurado como un proceso psico-educativo, facilita la modificación de actitudes y conductas sexuales, al conducir gradualmente a las participantes a analizar y valorar los beneficios de tener una vida sexual activa, creativa, segura y satisfactoria. Esto es, conducirías hacia la erotización del sexo seguro.

En cuanto al manejo del poder en la pareja, en esta investigación se encontró que, en la actualidad, existen cambios significativos en cuanto a la forma en que se toman las decisiones dentro de las parejas; lo que refleja una relación equitativa de poder entre hombres y mujeres; por lo menos dentro de ciertos sectores de la población, como lo es la comunidad universitaria.

Probablemente este tipo de manejo del poder fue observado debido al tipo de población estudiada: mujeres jóvenes, solteras, con estudios universitarios, y que han tenido relaciones sexuales con sus parejas, que de algún modo han cuestionado los estereotipos rígidos de género.

Sin embargo, tal vez si se realizan este mismo tipo de estudios en otras poblaciones, como son mujeres casadas, con hijos, sin estudios universitarios, de zonas rurales o con otro nivel socio- económico - cultural, encontraríamos una relación desigual de poder en la mayoría de las parejas.

La relación igualitaria que se manifestó en la mayoría de las mujeres de la muestra, favoreció la comunicación en las parejas, por lo que las mujeres pudieron negociar, con buenos resultados, el uso del sexo seguro con sus compañeros sexuales.

En este estudio no fue posible constatar estadísticamente que existiera una relación entre el manejo del poder en la pareja y el uso del sexo seguro en las mujeres; debido a que no se obtuvieron puntajes altos y bajos que pudieran correlacionarse con el uso del sexo seguro y nos permitieran analizar las diferencias de éste en las mujeres con alto y bajo poder.

Sin embargo, de acuerdo a la investigación documental realizada, las verbalizaciones de las mujeres en los talleres de seguimiento y a la experiencia profesional de las autoras, se considera que es posible que exista una relación entre ambos aspectos y no haya sido encontrada en esta investigación.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS:

Para la aplicación del cuestionario de poder y el pre-test del uso del sexo seguro, la muestra consistió en 200 mujeres; sin embargo, a los talleres de seguimiento regresaron sólo 150 de ellas, a pesar de que se les invitó por vía telefónica en varias ocasiones, recordándoles la fecha y hora de los talleres. Esto ocasionó que la aplicación del post-test se postergara en varias ocasiones, ampliándose el tiempo entre el pre-test y el post-test, el cual estaba planeado en 3 meses y finalmente fue de 12 meses. Por ello, se considera que no tener una población cautiva fue una de las principales limitantes de este estudio.

Otra limitación fue la falta de recursos económicos para conseguir otro espacio donde realizar los talleres, pues la dificultad para mover las sillas entorpecía la interacción entre las participantes y fue uno de los aspectos que las mujeres calificaron bajo en las evaluaciones. Así mismo, la falta de recursos económicos impidió mejorar la calidad de los materiales para los talleres, aspecto que también fue señalado por las mujeres en las evaluaciones.

La dificultad de acceso al paquete estadístico SPSS para PC fue un factor determinante en el tiempo para realizar el análisis de los datos; pues tiene un costo elevado y es utilizado en muy pocas instituciones, por el uso específico que posee.

El hecho de que la población pertenezca a un nivel académico elevado, puede haber influido en el tipo de relación que las mujeres establecen con sus parejas, con un manejo del poder equitativo; así como una actitud positiva hacia el cambio en sus conductas sexuales, por lo que no se observó una relación entre el manejo del poder y el uso del sexo seguro. Por ello se sugiere que se realicen investigaciones similares con poblaciones de diferentes niveles académicos y socio-culturales.

También se sugiere que se realicen estudios entre mujeres que vivan con su pareja; pues pensamos que puede ser una variable que influya sobre el tipo de relación que establecen con ella . Así mismo, se sugiere que se lleve a cabo una investigación similar; teniendo como sujetos a hombres universitarios; o que se realice con parejas heterosexuales.

En posteriores investigaciones se recomienda analizar el tipo de poder que las mujeres emplean para negociar la utilización del sexo seguro con sus compañeros sexuales, ya sea que se realice de manera clara y directa o a través de la manipulación, la seducción o el chantaje emocional.

Se recomienda un seguimiento a 2 años de la población, aplicándose nuevamente ambos cuestionarios, el manejo del poder en la pareja y el uso del sexo seguro en las mujeres, para observar cómo se dan estas variables a lo largo del tiempo.

Dada la efectividad demostrada por los Talleres de Erotización del Sexo Seguro en esta investigación con 200 mujeres universitarias, se recomienda que se hagan extensivos a toda la población universitaria, pues permitirán que esta población se proteja de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

Además de cambiar las actitudes hacia el sexo seguro a nivel personal, los Talleres de Erotización del Sexo Seguro son formativos para los profesionistas en las áreas de la salud y la educación como médicos, enfermeras, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, etc.; lo que les permitirá contribuir como profesionistas en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA; así como, en el cambio de actitudes ante la sexualidad; entre el público en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldana, A., (1994), Mujer, Sexualidad y SIDA, Mujer y VIH / SIDA, México, D.F.
- Aldana, A., (1990), Mujer, Sexualidad y SIDA por la Vida, Los Universitarios, No.13, México, D.F.
- Aldana, A.; (1993), Recuérdame, Mujer y SIDA, Centro de Investigaciones y Estudios Interdisciplinarios, A.C., México, D.F.
- Algunas Informaciones, Acción en SIDA, (1990) , No.9, octubre, México, D.F.
- Alvarez-Gayou, J.L., (1979), Elementos Básicos de Sexología, Ed. Interamericana, México, D.F.
- Aridjis, P. (1988), ¿Cómo se Contagia el Virus del SIDA?, Gaceta CONASIDA, mayo/junio, México, D.F.
- Aryo, O.P., Osaba, A.O.: (1983), Enfermedades Venéreas, Diagnóstico y Tratamiento, Ed.El Manual Moderno, México, D.F.
- Attawell, K. : (1991), Acción en SIDA, Boletín Internacional sobre Prevención y Control del SIDA, No.13, Publicado en Castellano por Colectivo Sol, A.C., México, D.F.

- Barbieri, T. de. (1992); Sobre la Categoría de Género, Una Introducción Teórica- Metodológica Revista Interamericana de Sociología, Núm. 2 y 3. Segunda Época, mayo-diciembre, Año VI.
- Barbieri, T. de. (1994); Género y Políticas de Población, Una Reflexión: en Políticas de Población en Centroamérica, El Caribe y México, compendio de Raúl Benitez y Eva Ramirez, Ed.INAP, UNAM y PROLAP.
- Behar, R., (1991) ; Brujería Sexual, Colonialismo y Poderes Femeninos, en Sexualidad y Matrimonio en la América Hispánica. México, D.F., Ed. Grijalbo.
- Berer, M. , (1993), Women and HIV / AIDS, Ed. Pandora Press, Londres, Inglaterra.
- Burgos, N., et. al., (1988); La Mujer en Latinoamérica, Perspectivas Sociales y Psicológicas, Buenos Aires, Argentina, Ed. HUMANITAS.
- Calzada, J., (1993), Sexo Seguro: Un Nuevo Lenguaje Amoroso, Sociedad y SIDA, Suplemento Mensual de El Nacional, No.3, diciembre, México, D.F.
- Calzada, J., (1993), Sexo Seguro: Nuevo Lenguaje Amoroso, Sociedad y SIDA, Suplemento Mensual de El Nacional, No. 13, diciembre, México, D.F.
- Coolican, H., (1994), Métodos de Investigación y Estadística en Psicología, Ed.Manual Moderno, México, D.F.

- Coria, C., El Sexo Oculto del Dinero, México D.F., Ed.
- CHECCOS, (1989), Sexo Más Seguro, Jalisco, México.
- Demichel, F., (1994); Conceptos Jurídiques et Différence Sexuelle, en Lectures de la Différence Sexuelle des Femmes, Francia.
- Ehrhardt, A., (1994), Un Cambio de Estrategia, Revista Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Coordinadas por Isis Internacional
- Elias, C., Heise, L., (1994). Un Cambio de Estrategia, Revista Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Coordinadas por Isis Internacional
- Enciclopedia El Nuevo Tesoro de la Juventud, (1973) , tomo 6, Ed.Grolier, Edo. Mex. , México.
- Fenoy, D., et al., (1993), Sexualidad y SIDA, las Mujeres entre el Placer y el Riesgo, Editado por ADEUEM, Buenos Aires, Argentina.
- Fenoy, D., Velázquez, S., (1993), Mujer, Sexualidad y SIDA, Editado por ADEUEM, Buenos Aires, Argentina.
- Forward, S., (1993): Cuando el Amor es Odio, México D.F., Ed. Grijalbo.
- Frieze, I. H., et.al.: (1978); Women and Sex Roles a Social Psychological Perspective , Estados Unidos, Ed. Norton and Company.

- García, L., Valdespino, J.L. y Cruz, C.. (1993); Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, México, D.F.
- Gómez, A., (1994), Mujeres en Alto Riesgo, Revista Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Coordinadas por Isis Internacional
- Hablemos de Sexo Seguro, Acción en SIDA, (1990), No.9, octubre, México, D.F.
- Hair, J. Jr., et. Al. (1992); Multivariet Data Analisis; Ed.Maxwell Mc Millan ; Estados Unidos.
- Hernández, J.C.,(1994), Historia de la Sexualidad en Occidente, Apuntes del Curso Historia de la Sexualidad en Occidente, mecanograma; México.
- Kaplan, H. ,(1987), The Real Truth About Women and AIDS, How to Eliminate the Risks without Giving up Love and Sex , Ed.Simon and Schuster, Estados Unidos .
- Keijzer, B. De, (1993); Salud y Muerte de los Hombres, Material de Lectura del Seminario sobre Masculinidad, PUEG, UNAM.
- Kerlinger, F., (1988), Investigación del Comportamiento, Ed.McGraw Hill, México, D.F.

- Lagarde, M., (1994); Mito y Deseo, Normas y Experiencias de las Mujeres, en La Pareja o Hasta que la Muerte los Separe, México D.F, Ed.Fontamara .
- Lamas, M., (1994) ; El Problema de la Igualdad entre los Sexos, en Antología de la Sexualidad Humana, Tomo II, México;D.F.
- Lein, B., (1992), Condón Femenino: Una Opción, Sociedad y SIDA, Suplemento Mensual de El Nacional, No.25, octubre,México, D.F.
- Magali, I., (1993); Le Matriarcat Comme Mythe Masculin, en Matriarcat et/ou Pouvoir des Femmes?, Paris Ginebra.
- Marco Legal de los Derechos de la Mujer en México , (1995) ,Editado por CONAPO, México, D.F.
- Masters, W., Johnson, V. E., (1987); La Sexualidad Humana, Ed.Grijalbo, México, D.F.
- McCary, J., McCary, L., (1983), La Sexualidad Humana de McCary, Ed.Manual Moderno, México, D.F.
- Miller, D. (1993); Viviendo con SIDA y VIH, Ed.Manual Moderno, México, D.F.
- Millet, K.,(1975): Politica Sexual, México D.F., Ed. Aguilar.

- **Mujeres Negociando: Sexo Protegido**, (1993), Sociedad y SIDA, Suplemento Mensual de El Nacional, No.11, octubre, México, D.F.
- **Padua, J.**, (1982), Técnicas de Investigación Aplicadas a las Ciencias Sociales, Ed.Colegio de México y el Fondo de Cultura Económica, México, D.F.
- **Paiva, V.**, (1993), Sexuality. Condom Use and Gender Norms among Brazilian Teenagers, Reproductive Health Matters Journal, Vol.2, Londres, Inglaterra.
- **Palacios, L., Shernoff, M.** (1989) Erotización del Sexo Seguro, Guía del Instructor para Conducir el Taller de Orientación Psicoeducativa sobre el Sexo Seguro, Editado por Gay Men Health Crisis, Inc., Estados Unidos.
- **Parada L.**, (1993); El Concepto de Familia, Patrones de Distribución del Ingreso, en Estudios de Género y Feminismo II, México D.F., Facultad de Psicología, UNAM y Ed. Fontamara.
- Pequeño Larousse Ilustrado, (1992), Ed.Larousse, México, D.F.
- **Pick, S.**, et al, (1993) : Planeando tu Vida, Programa de Educación Sexual para Adolescentes, Ed.Planeta, IMIFAP y MEXFAM , México, D.F.
- **Pioti, D.**, (1989); La Ideología Patriarcal: el Rol de la Educación, en Sociológica, Ed. UAM , Año 4, Núm. 10 , mayo-agosto, México D.F.

- Pritchard, E., (1992); La Théorie de la Tyrannie, en Philosophie et Antropologie, Francia, Ed. Centre Georges Pompidom.
- Quirk, T., (1983); Métodos de Investigación en Psicología, Ed.Limusa, México,D.F.
- Reality, Condón Femenino, (1990), folleto explicativo editado por la marca.
- Reid, E. (1994). Un Cambio de Estrategia, Revista Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Coordinadas por Isis Internacional
- Richardson, D., (1991); La Mujer y el SIDA, Ed.El Manual Moderno, México, D.F.
- Rivera S., et. Al; (1996); " El Amor y el Poder en la Relación de Pareja , en La Psicología Social en México, México D.F., Ed. AMEPSO, Vol. 6.
- Sexo Más Seguro, Acción en SIDA, (1991), No.13, octubre, México, D.F.
- Shibley, J., (1987); Biblioteca de Sexualidad Humana, Enciclopedia, Tomo IV, Compañía Editorial Continental, México, D.F.
- Taylor, C., (1992) , The Complete Guide to Safer Sex, Ed Barricade Books, Estados Unidos.

- Tordman, G., (1989) ; La Pareja, México, Ed. Grijalbo.
- Torres D. (1978): Poder, México, D.F., Ed. Edicol .
- Vance, C. (compiladora), (1989); Placer y Peligro: Explorando la Sexualidad Femenina, México D.F., Ed. Revolución.
- Velasco, V.M. (1993) Vida Erótica Protegida, Tercera Llamada No. 7, Año 3, México.
- Vera, R., (1989) , Grupos Conservadores Obligan a Cambiar la Campaña Contra el SIDA: El Respeto al Pudor Detiene la Promoción de los Condones, Proceso, México, D.F.
- What is safe sex? And How Does It Protect You, Common Sense About AIDS, (1989).
- Wilson , A. (1985), La Mujer en un Mundo Masculino, México D.F., Ed. Pax- México.
- Young, R. Introducción a la Estadística Aplicada a las Ciencias de la Conducta
- Zinser, O. (1987) Psicología Experimental, Ed. Mc Graw Hill, Colombia.

ANEXO 1

BANCO DE REACTIVOS SOBRE MANEJO DEL PODER EN LA PAREJA

1. Yo asumo la responsabilidad de la anticoncepción
2. Cuando hablamos de nuestros deseos, lo hacemos con rodeos
3. Comentamos acerca de lo que queremos como pareja
4. Me intereso en conocer los pensamientos y sentimientos de mi pareja
5. La relación sexual es iniciada por mí
6. Como pareja, respetamos nuestras diferentes actividades y aficiones
7. Mi pareja consulta conmigo antes de tomar una decisión
8. Mi pareja decide qué método anticonceptivo usaremos
9. Mi pareja me agrade cuando se molesta por algo
10. Recorro al chantaje sentimental para lograr que mi pareja acceda a mis deseos
11. Cuando trato de negociar el uso del condón, él se molesta
12. Mi pareja me consulta antes de tomar ciertas decisiones
13. Lo que realmente deseo, lo guardo para mí
14. Me gusta que se haga lo que yo diga, aunque no tenga la razón
15. Mi pareja decide qué día y a qué hora nos vemos
16. Mi pareja escoge mis amistades
17. Puedo tomar decisiones sin la autorización de mi pareja
18. Me cuesta trabajo compartir mis pensamientos con mi pareja
19. Mi pareja decide cuándo tener relaciones sexuales
20. Si quedo insatisfecha sexualmente, evito decirselo a mi pareja
21. Dentro de la relación de pareja, yo tengo más derechos y menos obligaciones que él
22. Tengo que pedir permiso a mi pareja cuando deseo salir con otras personas
23. Antes de iniciar la relación sexual, pregunto si ambos la deseamos
24. Yo decido cómo debe ser la relación sexual
25. Me molesta que mi pareja señale mis obligaciones

26. **Agredo a mi pareja cuando no estoy de acuerdo con él**
27. **Mi pareja tiene más obligaciones que yo**
28. **Me gusta respetar a mi pareja y que él me respete**
29. Yo tomo las decisiones
30. Expreso a mi pareja mis sentimientos
31. **Mi pareja decide sobre las actividades que puedo realizar**
32. Prefiero no dar mi opinión a mi pareja
33. Necesito que mi pareja se someta a mi voluntad para sentirme a gusto
34. **Mi pareja administra mis ganancias**
35. **Mi pareja me habla sobre sus sentimientos y pensamientos**
36. Cuando hay algún problema, mi pareja es quien decide terminar o continuar la relación
37. **Mi pareja toma las decisiones**
38. **Mi pareja decide cómo debe ser la relación sexual**
39. **Mi pareja tiene más derechos y menos obligaciones que yo**
40. Yo decido qué método anticonceptivo usaremos
41. En nuestra vida sexual, mi pareja hace lo que yo decido
42. Siento que yo tengo más responsabilidades que mi pareja
43. Si no estoy de acuerdo con alguna decisión de mi pareja, se lo hago saber
44. Nos comunicamos de manera clara y abierta
45. Si la relación sexual es insatisfactoria, se lo comunico a mi pareja
46. Sexualmente, hago lo que mi pareja decide
47. Respeto las decisiones de mi pareja
48. Impongo mis decisiones sin tomar en cuenta la opinión de mi pareja
49. Tengo que pedirle permiso a mi pareja, para ciertas cosas
50. Siento que mi pareja, me oculta sus verdaderos sentimientos y pensamientos
51. Comento con mi pareja mis deseos
52. **Mi pareja decide los lugares de paseo o recreación para ambos**
53. Si hay algo que moleste a mi pareja, lo dejo de hacer
54. **Pienso que mis sentimientos e ideas son más importantes que las de mi pareja**
55. **Tengo la libertad para expresar mis pensamientos**

- 56. Defiendo mis puntos de vista
- 57. Si él quiere, tenemos relaciones sexuales, aunque yo no lo desee
- 58. Creo que las ideas y sentimientos de mi pareja, son mejores que los míos
- 59. Me gusta competir con mi pareja, para ver quién es mejor
- 60. Yo decido cuándo tener relaciones sexuales con mi pareja
- 61. Me disgusta que mi pareja participe en la toma de decisiones
- 62. Oculto mis verdaderos sentimientos a mi pareja
- 63. Me molesta que mi compañero me haga ver mis errores
- 64. Aunque esté en desacuerdo con alguna decisión de mi pareja, me quedo callada
- 65. Mi pareja toma la iniciativa para tener relaciones sexuales
- 66. Me gusta discutir con mi pareja, para determinar quién tiene la razón

ANEXO 2

BANCO DE REACTIVOS SOBRE EL USO DEL SEXO SEGURO

1. Practico el dedeo a mi pareja sin usar protección
2. Lubricamos los condones con lubricantes solubles al agua
3. Después de la relación sexual, mi pareja deja huellas de chupetones en mi cuerpo
4. En el sexo oral, mi pareja eyacula fuera de mi boca cuando no usamos condón
5. Los masajes me parecen poco excitantes
6. Mi pareja me hace sexo oral sin protección
7. Cuando frotamos nuestros genitales, mi pareja eyacula sobre los míos
8. El uso del sexo seguro es un obstáculo entre mi pareja y yo
9. Mi pareja da mordiscos en mi cuerpo sin llegar a marcar
10. Mi pareja me penetra vaginalmente sin condón
11. Mi pareja me hace sexo oral usando protección (Kleen Pack, cuadros de látex, etc.)
12. Mi pareja eyacula sobre mi piel, aunque esté lastimada
13. Soy capaz de llegar al orgasmo a través de prácticas sin penetración (caricias, masturbación, etc.)
14. Si tengo relaciones sexuales con parejas ocasionales, uso condón
15. Yo llego al orgasmo a través de la penetración
16. Mi pareja usa condón cuando hay penetración vaginal
17. Mi pareja llega al orgasmo a través de prácticas sin penetración (caricias, masturbación, etc.)
18. Siento que frotar los cuerpos desnudos es una relación sexual incompleta
19. Mi pareja y yo usamos condón o Kleen Pack cuando frotamos nuestros genitales
20. Cuando tengo relaciones sexuales durante mi menstruación, no uso condón
21. Mi pareja y yo practicamos la masturbación mutua
22. Evito que mi pareja eyacule sobre mi piel, cuando está lastimada

23. Mi pareja coge entre mis nalgas, sin penetrar el ano
24. Comparto con mi pareja dildos o juguetes sexuales sin usar protección
25. No me gustan las prácticas sexuales sin penetración
26. Para la penetración, lubricamos los condones
27. Practico el dedeo a mi pareja con guantes o dedos de látex
28. Beso el ano de mi pareja usando Kleen Pack o cuadros de látex
29. Mi pareja usa la penetración para llegar al orgasmo
30. Mi pareja y yo tenemos sexo anal sin usar protección
31. Cuando tengo sexo oral, trago el semen de mi pareja
32. En mi periodo menstrual, uso condón si tengo relaciones sexuales
33. Beso el ano de mi pareja sin usar protección
34. Con mis parejas ocasionales, tengo relaciones sexuales sin condón
35. Mi pareja prueba mi flujo menstrual durante el sexo oral
36. En mis relaciones sexuales recorro a los masajes eróticos
37. El uso del sexo seguro me ha unido más con mi pareja
38. Mi pareja frota su pene sobre mi vulva sin condón
39. La masturbación mutua me es insatisfactoria
40. Cuando tenemos relaciones sexuales, usamos prácticas sin penetración (masturbación, masajes, etc.)
41. Me agrada que mi pareja eyacule entre mis senos
42. Cuando frotamos nuestros genitales, mi pareja evita eyacular sobre los míos
43. Usamos los condones sin lubricar para la penetración
44. Mi pareja y yo frotamos nuestros cuerpos desnudos
45. Muerdo los labios de mi pareja hasta sangrarlos
46. Mi pareja prueba mis fluidos sexuales
47. Lubricamos los condones con aceite o crema
48. Practico el sexo oral a mi pareja sin usar condón
49. Si mi pareja eyacula fuera de mí, me siento insatisfecha
50. Mi pareja evita tragar mis fluidos sexuales
51. Mi pareja evita probar mi menstruación en el sexo oral
52. Hago sexo oral a mi pareja usando condón

53. Cuando tenemos relaciones sexuales, usamos la penetración
54. Muerdo suavemente los labios de mi pareja sin llegar a lastimarlo
55. Mi pareja mete sus dedos en mi vagina o ano sin usar protección
56. Cuando tenemos sexo anal, mi pareja usa condón
57. Cuando mi pareja mete sus dedos en mi vagina o ano usa protección (condón, guante o dedo de látex)
58. Cuando comparto juguetes sexuales con mi pareja, los protejo con un condón o Kleen Pack, o los esterilizo

ANEXO 3

INSTRUMENTOS APLICADOS:

MANEJO DEL PODER EN LA PAREJA Y USO DEL SEXO SEGURO

Este cuestionario se ha diseñado para indagar cómo son las relaciones de pareja entre las mujeres universitarias, incluyendo sus prácticas sexuales. Pedimos su colaboración contestando las preguntas lo más honestamente posible. El cuestionario es anónimo y la información obtenida se utilizará únicamente con fines científicos.

Si usted no tiene pareja o no tiene vida sexual activa, favor de devolver el cuestionario en blanco a la entrevistadora.

Gracias de antemano por su colaboración.

INSTRUCCIONES:

Lea atentamente las afirmaciones y responda marcando la opción que refleje más acertadamente lo que sucede en su relación de pareja.

Ejemplo:

01. Oculto mis sentimientos a mi pareja

a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

**NOTA: LA INSTRUCTORA LE PROPORCIONARÁ UNA HOJA DE RESPUESTAS
NO MARQUE NADA EN ESTE CUESTIONARIO**

I. DATOS DEMOGRÁFICOS: (Contestar en la hoja de respuestas)

A. Edad:

B. Nivel de estudios:

Semestre:

Carrera:

C. Estado Civil:

D. Ocupación:

E. ¿Quién la mantiene económicamente?

- a) Yo misma b) Mis padres c) Mi pareja d) Otro

F. Ingresos familiares mensuales (nuevos pesos)

- a) Menos de 300 pesos
b) De 300 a 600 pesos
c) De 600 a 1000 pesos
d) De 1000 a 2000 pesos
e) Más de 2000 pesos

G. Religión

H. ¿Cuánto tiempo tiene con su pareja?

I. Sexo de su pareja: a) Hombre b) Mujer

II.- RELACIÓN DE PAREJA:

01.- Yo asumo la responsabilidad de la anticoncepción

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

02.- La relación sexual es iniciada por mí

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

03.- Mi pareja consulta conmigo antes de tomar una decisión

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

- 04.- Mi pareja decide qué método anticonceptivo usaremos
- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 05.- Mi pareja me agrade cuando se molesta por algo
- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 06.- Cuando trato de negociar el uso del condón, él se molesta
- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 07.- Mi pareja me consulta antes de tomar ciertas decisiones
- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 08.- Mi pareja decide qué día y a qué hora nos vemos
- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 09.- Puedo tomar decisiones sin la autorización de mi pareja
- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 10.- Me cuesta trabajo compartir mis pensamientos con mi pareja
- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 11.- Mi pareja decide cuándo tener relaciones sexuales
- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 12.- Si quedo insatisfecha sexualmente, evito decirselo a mi pareja
- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 13.- Tengo que pedir permiso a mi pareja cuando deseo salir con otras personas
- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

- 14.- Antes de iniciar la relación sexual, pregunto si ambos la deseamos
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 15.- Yo decido cómo debe ser la relación sexual
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 16.- Me molesta que mi pareja señale mis obligaciones
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 17.- Agredo a mi pareja cuando no estoy de acuerdo con él
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 18.- Mi pareja tiene más obligaciones que yo
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 19.- Yo tomo las decisiones
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 20.- Prefiero no dar mi opinión a mi pareja
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 21.- Mi pareja me habla sobre sus sentimientos y pensamientos
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 22.- Cuando hay algún problema, mi pareja es quien decide terminar o continuar la relación
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 23.- Mi pareja toma las decisiones
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

24.- Mi pareja decide cómo debe ser la relación sexual

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

25.- Yo decido qué método anticonceptivo usaremos

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

26.- En nuestra vida sexual, mi pareja hace lo que yo decido

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

27.- Siento que yo tengo más responsabilidades que mi pareja

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

28.- Si la relación sexual es insatisfactoria, se lo comunico a mi pareja

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

29.- Sexualmente, hago lo que mi pareja decide

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

30.- Si hay algo que moleste a mi pareja, lo dejo de hacer

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

31.- Pienso que mis sentimientos e ideas son más importantes que las de mi pareja

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

32.- Creo que las ideas y sentimientos de mi pareja, son mejores que los míos

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

33.- Yo decido cuándo tener relaciones sexuales con mi pareja

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

34.- Mi pareja toma la iniciativa para tener relaciones sexuales

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

35.- Me gusta discutir con mi pareja, para determinar quién tiene la razón

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

III.- PRÁCTICAS SEXUALES

En esta parte del cuestionario, **únicamente conteste** las preguntas cuando usted **si** haya realizado las prácticas sexuales que se indagan, cuando menos una vez. Si nunca las ha realizado, favor de dejar en blanco esa pregunta. Ejemplo:

1.- Usamos los condones para el sexo oral

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

(Si nunca ha usado condón marcará el inciso (e); si nunca ha tenido sexo oral, dejará la pregunta en blanco)

36.- Practico el dedeo a mi pareja sin usar protección

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

37.- Lubricamos los condones con lubricantes solubles al agua

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

38.- Después de la relación sexual, mi pareja deja huellas de chupetones en mi cuerpo

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

39.- En el sexo oral, mi pareja eyacula fuera de mi boca cuando no usamos condón

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

40.- Mi pareja me hace sexo oral sin protección

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

41.- Cuando frotamos nuestros genitales, mi pareja eyacula sobre los míos

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

42.- El uso del sexo seguro es un obstáculo entre mi pareja y yo

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

43.- Mi pareja da mordiscos en mi cuerpo sin llegar a marcar

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

44.- Mi pareja me penetra vaginalmente sin condón

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

45.- Mi pareja me hace sexo oral usando protección (Kleen Pack, cuadros de látex, etc.)

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

46.- Soy capaz de llegar al orgasmo a través de prácticas sin penetración (caricias, masturbación, etc.)

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

47.- Si tengo relaciones sexuales con parejas ocasionales, uso condón

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

48.- Yo llego al orgasmo a través de la penetración

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

49.- Mi pareja usa condón cuando hay penetración vaginal

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

50.- Mi pareja llega al orgasmo a través de prácticas sin penetración (caricias, masturbación, etc.)

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

51.- Siento que frotar los cuerpos desnudos es una relación sexual incompleta

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

52.- Mi pareja y yo usamos condón o Kleen Pack cuando frotamos nuestros genitales

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

53.- Cuando tengo relaciones sexuales durante mi menstruación, no uso condón

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

54.- Mi pareja y yo practicamos la masturbación mutua

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

55.- Evito que mi pareja eyacule sobre mi piel, cuando está lastimada

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

56.- Mi pareja coge entre mis nalgas, sin penetrar el ano

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

57.- No me gustan las prácticas sexuales sin penetración

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

- 58.- Mi pareja usa la penetración para llegar al orgasmo
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 59.- Cuando tengo sexo oral, trago el semen de mi pareja
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 60.- En mis relaciones sexuales recurro a los masajes eróticos
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 61.- El uso del sexo seguro me ha unido más con mi pareja
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 62.- Cuando tenemos relaciones sexuales, usamos prácticas sin penetración (masturbación, masajes, etc.)
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 63.- Me agrada que mi pareja eyacule entre mis senos
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 64.- Cuando frotamos nuestros genitales, mi pareja evita eyacular sobre los míos
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 65.- Usamos los condones sin lubricar para la penetración
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 66 - Mi pareja prueba mis fluidos sexuales
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca
- 67.- Lubricamos los condones con aceite o crema
a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

68.- Practico el sexo oral a mi pareja sin usar condón

- a) Siempre b)Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca**

69.- Mi pareja evita tragar mis fluidos sexuales

- a) Siempre b)Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca**

70.- Hago sexo oral a mi pareja usando condón

- a) Siempre b)Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca**

71.- Cuando tenemos relaciones sexuales, usamos la penetración

- a) Siempre b)Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca**

72.- Muerdo suavemente los labios de mi pareja sin llegar a lastimarlo

- a) Siempre b)Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca**

73.- Mi pareja mete sus dedos en mi vagina o ano sin usar protección

- a) Siempre b)Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca**

74.- Cuando tenemos sexo anal, mi pareja usa condón

- a) Siempre b)Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca**

ANEXO 4

INSTRUMENTO VALIDADO SOBRE EL MANEJO DEL PODER EN LA PAREJA

- 02.- La relación sexual es iniciada por mi
- 03.- Mi pareja consulta conmigo antes de tomar una decisión
- 05.- Mi pareja me agrede cuando se molesta por algo
- 06.- Cuando trato de negociar el uso del condón, él se molesta
- 07.- Mi pareja me consulta antes de tomar ciertas decisiones
- 08.- Mi pareja decide qué día y a qué hora nos vemos
- 10.- Me cuesta trabajo compartir mis pensamientos con mi pareja
- 11.- Mi pareja decide cuándo tener relaciones sexuales
- 12.- Si quedo insatisfecha sexualmente, evito decirselo a mi pareja
- 15.- Yo decido cómo debe ser la relación sexual
- 20.- Prefiero no dar mi opinión a mi pareja
- 21.- Mi pareja me habla sobre sus sentimientos y pensamientos
- 22.- Cuando hay algún problema, mi pareja es quien decide terminar o continuar la relación
- 23.- Mi pareja toma las decisiones
- 24.- Mi pareja decide cómo debe ser la relación sexual
- 27.- Siento que yo tengo más responsabilidades que mi pareja
- 28.- Si la relación sexual es insatisfactoria, se lo comunico a mi pareja
- 29.- Sexualmente, hago lo que mi pareja decide
- 30.- Si hay algo que moleste a mi pareja, lo dejo de hacer
- 32.- Creo que las ideas y sentimientos de mi pareja, son mejores que los míos
- 33.- Yo decido cuándo tener relaciones sexuales con mi pareja
- 34.- Mi pareja toma la iniciativa para tener relaciones sexuales

ANEXO 5

INSTRUMENTO VALIDADO SOBRE EL USO DEL SEXO SEGURO

- 36.- Practico el dedeo a mi pareja sin usar protección
- 37.- Lubricamos los condones con lubricantes solubles al agua
- 39.- En el sexo oral, mi pareja eyacula fuera de mi boca cuando no usamos condón
- 41.- Cuando frotamos nuestros genitales, mi pareja eyacula sobre los míos
- 42.- El uso del sexo seguro es un obstáculo entre mi pareja y yo
- 43.- Mi pareja da mordiscos en mi cuerpo sin llegar a marcar
- 44.- Mi pareja me penetra vaginalmente sin condón
- 45.- Mi pareja me hace sexo oral usando protección (Kleen Pack, cuadros de látex, etc.)
- 46.- Soy capaz de llegar al orgasmo a través de prácticas sin penetración (caricias, masturbación, etc.)
- 47.- Si tengo relaciones sexuales con parejas ocasionales, uso condón
- 49.- Mi pareja usa condón cuando hay penetración vaginal
- 50.- Mi pareja llega al orgasmo a través de prácticas sin penetración (caricias, masturbación, etc.)
- 51.- Siento que frotar los cuerpos desnudos es una relación sexual incompleta
- 52.- Mi pareja y yo usamos condón o Kleen Pack cuando frotamos nuestros genitales
- 53.- Cuando tengo relaciones sexuales durante mi menstruación, no uso condón
- 54.- Mi pareja y yo practicamos la masturbación mutua
- 55.- Evito que mi pareja eyacule sobre mi piel, cuando está lastimada
- 57.- No me gustan las prácticas sexuales sin penetración
- 58.- Mi pareja usa la penetración para llegar al orgasmo
- 59.- Cuando tengo sexo oral, trago el semen de mi pareja
- 60.- En mis relaciones sexuales recurro a los masajes eróticos

- 61.- El uso del sexo seguro me ha unido más con mi pareja
- 62.- Cuando tenemos relaciones sexuales, usamos prácticas sin penetración (masturbación, masajes, etc.)
- 63.- Me agrada que mi pareja eyacule entre mis senos
- 64.- Cuando frotamos nuestros genitales, mi pareja evita eyacular sobre los míos
- 65.- Usamos los condones sin lubricar para la penetración
- 66.- Mi pareja prueba mis fluidos sexuales
- 67.- Lubricamos los condones con aceite o crema
- 68.- Practico el sexo oral a mi pareja sin usar condón
- 69.- Mi pareja evita tragar mis fluidos sexuales
- 70.- Hago sexo oral a mi pareja usando condón
- 72.- Muerdo suavemente los labios de mi pareja sin llegar a lastimarlo

ANEXO 6
CARTEL PARA LA PROPAGANDA
DE LOS TALLERES DE EROTIZACIÓN DEL SEXO SEGURO

El Programa de Sexualidad Humana de la
Facultad de Psicología
invita a los

Talleres de Sexo Seguro para Mujeres

Participa, diviértete y aprende:

- cómo protegerte de las enfermedades de transmisión sexual
- la información básica sobre el SIDA
- cómo evitar el embarazo
- el correcto uso del preservativo

Asiste cualquier sábado o domingo de octubre
de 10:00 am a 5:00 pm, en la Facultad de Psicología

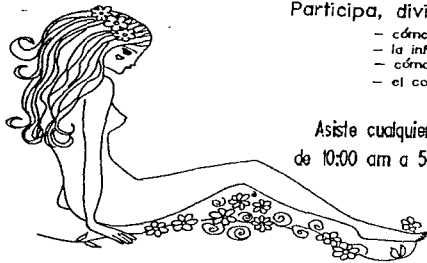
Inscripciones:

7-14-27-44

8-10-38-58

5-49-42-28

Sin costo



ANEXO 7
CARTA DESCRIPTIVA DEL
TALLER DE EROTIZACIÓN DEL SEXO SEGURO

Duración: 7 horas

Población: Estudiantes universitarias

Espacio: Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México

Instructoras: Psic. Guadalupe Julián Chávez
Psic. Elia Isabel Galindo Becerra
Psic. Alicia Molina Maldonado

Supervisora: Mtra. Selma González Serratos

Objetivos Generales:

1. Proveer a las participantes con la información básica sobre el VIH/SIDA, sus modos de transmisión y las formas de prevención a su alcance.
2. Informar a las participantes sobre los riesgos que implican las diferentes prácticas sexuales y las estrategias existentes para disminuirlos.
3. Proveer a las participantes con una experiencia grupal segura, estructurada, no agresiva y de apoyo, donde puedan explorar y discutir material emotivamente cargado sobre sexualidad y SIDA.
4. Ayudar a las mujeres a identificar y modificar respuestas afectivas negativas, inducidas por la crisis del SIDA, en relación con su sexualidad y sus vidas sexuales.
5. Ayudar a las participantes a minimizar cualquier desajuste en su funcionamiento psico/sexual
6. Incrementar en las participantes el sentido de esperanza en relación con su capacidad para manejar los cambios necesarios en su estilo de vida, resultantes de la crisis de salud causada por el SIDA.

Actividades:	Objetivos Específicos:	Tiempo:	Materiales:
1. Presentación	<ul style="list-style-type: none"> • Dar inicio a la sesión y dar un encuadre adecuado 	10 min.	ninguno
2. Conferencia sobre VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a las participantes de las características principales de la enfermedad 	90 min.	Diapositivas Proyector
3. Introducción	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar las finalidades del Taller y fijar los lineamientos a seguir durante éste. 	10 min	Cartel 1 y 2
4. Calentamiento Ejercicios 1 y 2	<ul style="list-style-type: none"> • Romper el hielo y establecer un tono propicio para la apertura en las participantes 	15 min	Cartel 4
5. Ejercicio 3 ¿Cómo ha afectado el SIDA tu vida sexual?	<ul style="list-style-type: none"> • Que las participantes identifiquen y compartan con las demás los cambios, temores, inseguridades y frustraciones que el SIDA ha causado en sus vidas sexuales 	15 min	Cartel 4
6. Ejercicio 4 ¿Qué creen que echarán de menos del sexo como era antes?	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a reconocer y lamentar la pérdida de los patrones sexuales acostumbrados 	10 min	Cartel 5
7. Ejercicio 5 ¿Qué les gusta del sexo seguro?	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las partes del sexo seguro que gustan a las participantes 	25 min	Cartel 6

<p>8. Ejercicio 6</p> <p>Formas eróticas de tocar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a las participantes para que descubran formas placenteras de tocar, no genitales y sin riesgos 	<p>15 min</p>	<p>Cartel 7</p>
<p>9. Ejercicio 7</p> <p>Cómo usar los condones y el sexy pack</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir a las mujeres sobre maneras adecuadas y seguras de usar condones y sexy pack. • Aliviar temores y ansiedades creadas por el uso de estos implementos. 	<p>30 min</p>	<p>Condomes, pene artificial, lubricantes, aceite, Kleen Pack, cuadros y guantes de látex, condón femenino, condonograma</p>
<p>10. Ejercicio 8</p> <p>Prácticas de sexo seguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a las mujeres a descubrir maneras específicas de tener sexo seguro satisfactorio, comentándolas entre sí, en un ambiente de diversión, para ayudarlas a descubrir la variedad de opciones sexuales que aún están disponibles. 	<p>35 min</p>	<p>Tarjetas rotuladas, hojas de rotafolios, plumones, plumas, y Carteles 8, 9, 10, 11, 12 y 13</p>
<p>11. Ejercicio 9</p> <p>Orgasmos Triple "S": Satisfacción Sexual Segura</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que las mujeres compartan ideas de cómo tener orgasmos con prácticas sexuales seguras 	<p>10 min</p>	<p>Cartel 14</p>
<p>12. Ejercicio 10</p> <p>Dramatizaciones 1 y 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Practicar cómo iniciar una conversación sobre sexo seguro con un posible 	<p>30 min</p>	<p>Sillas, condones, pene artificial,</p>

	<p>compañero sexual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Practicar la negociación del sexo seguro con la pareja estable 		premios.
13.Verbalización	<ul style="list-style-type: none"> • Deducir cualquier cambio en sentimientos y actitudes a lo largo del taller 	10 min	
14.Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Cerrar el taller y dejar a las participantes en un estado emocional sexo-positivo provechoso. 	15 min	Grabadora, cassette.
15.Evaluación del Taller	<ul style="list-style-type: none"> • Que las participantes tengan la oportunidad de evaluar y dar su opinión sobre la calidad del taller. • Conocer si se cumplieron las expectativas de las participantes que las motivaron a asistir al taller 	10 min	Hojas de evaluación, plumas

ANEXO 8

CARTA DESCRIPTIVA TALLER DE GUSTOS Y DISGUSTOS DEL SEXO SEGURO

Duración: 2 horas

Población: Estudiantes universitarias que hayan asistido previamente al Taller de Erotización del Sexo Seguro

Espacio: Facultad de psicología, UNAM

Instructoras: Psic. Guadalupe Julián Chávez
Psic. Elia Isabel Galindo Becerra
Psic. Alicia Molina Maldonado

Supervisora: Mtra. Selma González Serratos

Objetivos Generales:

- Que las participantes tengan la oportunidad de reflexionar y comentar con las demás sus experiencias con el sexo seguro.
- Facilitar un ambiente de confianza en el que las participantes puedan aprender unas de otras y encontrar juntas, solución a algunos de los problemas que se presentan a las al practicar el sexo seguro.
- Motivar a las participantes para seguir practicando o comenzar a practicar el sexo seguro, como parte del cuidado de su salud.

Actividad:	Objetivos Específicos:	Tiempo:	Material:
1. Bienvenida	<ul style="list-style-type: none">• Registrar a las mujeres que asistan al taller• Dar la bienvenida a las mujeres	15 min	
2. Lineamientos del Taller	<ul style="list-style-type: none">• Explicar las finalidades del taller y fijar los lineamientos a seguir durante éste	10 min.	Cartel 0

<p>3. Ejercicio 1</p> <p>Caras y Gestos del Sexo Seguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Empezar a desarrollar cohesividad grupal a través del juego 	<p>15 min</p>	<p>Papelitos rotulados, premios</p>
<p>4. Ejercicio 2</p> <p>Dificultades la negociación del sexo seguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que las participantes reconozcan y compartan con las demás las dificultades que han encontrado en la negociación del sexo seguro con sus parejas sexuales 	<p>10 min</p>	<p>Cartel 1, tarjetas rotuladas, hojas de rotafolio, plumones</p>
<p>5. Ejercicio 3</p> <p>Dificultades en la técnica del sexo seguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que las participantes comenten los problemas técnicos a los que se enfrentaron al utilizar el sexo seguro • Dar solución a algunos de los problemas que se hayan comentado 	<p>10 min</p>	<p>Cartel 2</p>
<p>6. Ejercicio 4</p> <p>Constancia en el uso del sexo seguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que las participantes analicen las circunstancias bajo las cuales es más probable que usen prácticas sexuales seguras 	<p>10 min</p>	<p>Cartel 3</p>
<p>7. Ejercicio 5</p> <p>¿Qué funcionó en la negociación del sexo seguro?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que las participantes compartan sus experiencias positivas en la negociación del sexo seguro con la pareja 	<p>10 min</p>	<p>Cartel 4</p>
<p>8. Ejercicio 6</p> <p>¿Qué salió bien en la técnica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que las participantes analicen los aciertos y ventajas que hayan 	<p>10 min</p>	<p>Cartel 5</p>

del sexo seguro?	encontrado en las diferentes prácticas sexuales seguras		
9. Ejercicio 7 Sugerencias para mejorar el uso del sexo seguro	<ul style="list-style-type: none"> • Que las participantes intercambien opiniones e ideas para solucionar algunos de los problemas a los que se enfrentaron al usar el sexo seguro 	10 min	Cartel 6
10. Ejercicio 8 Encuentra a tu equipo	<ul style="list-style-type: none"> • Recobrar el ambiente festivo y relajado de las prácticas sexuales seguras 	10 min	Papeles rotulados, caja de cartón
11. Cierre del taller	<ul style="list-style-type: none"> • Que las participantes dejen el taller con un estado emocional positivo 	10 min	Grabadora, cassette

ANEXO 9
HOJA DE EVALUACIÓN DEL TALLER

I. Califique, según su opinión, los siguientes aspectos del taller:

La escala para calificar es:

MB- muy bueno

B- bueno

R- regular

M- malo

MM - muy malo

1. La puntualidad de las instructoras: _____
2. El nivel de conocimientos de las instructoras: _____
3. La capacidad de las instructoras en el manejo del grupo y las dinámicas: _____
4. La claridad de expresión de las instructoras. _____
5. El entusiasmo de las instructoras para impartir el taller: _____
6. La calidad de los materiales de apoyo: _____
7. El manejo de los materiales por parte de las instructoras: _____
8. El espacio donde se llevó a cabo el taller: _____
9. La participación del grupo: _____
10. En general, la calidad del taller: _____

II. Marque la opción que exprese mejor su opinión:

¿ Diría que el taller . . .

1. aumentó sus conocimientos sobre el SIDA?

- a) si b) tal vez c) no

2. aumentó sus conocimientos sobre sexo seguro?

- a) si b) tal vez c) no

3. cambió positivamente sus actitudes hacia la sexualidad?

- a) si b) tal vez c) no

4. cambió positivamente sus actitudes hacia el sexo seguro?

- a) si b) tal vez c) no

5. provocará cambios favorables en su conducta sexual?

- a) si b) tal vez c) no

III. Observaciones y comentarios a la vuelta de la hoja: