

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTIVAS PREVENTIVAS  
EN TRABAJADORAS DEL SEXO"**

Estudio en 104 trabajadoras del sexo, registra-  
das clínicamente en el Municipio de Coatepeque,  
Quetzaltenango, marzo-abril, Guatemala, 1993.

**T E S I S**

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la  
Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

**P O R**

**CLARA ALICIA JOACHIN RODRIGUEZ**

En el acto de su investidura de:

**MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA, MAYO DE 1993.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central



D  
05  
7(6749)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 5 de mayo de 1,993

Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las Ciencias  
de la Salud - Unidad de Tesis.

Se informa que el: MAESTRA DE EDUCACION PRIMARIA URBANA: CLARA ALICIA  
Título o diploma de diversificado, Nombre y apellidos  
JOACHIN RODRIGUEZ Carnet No. 87-16136  
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS PREVENTIVAS EN TRABAJADORES DEL SEXO"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos, metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Firma del estudiante

  
Asesor  
Firma y sello personal  
Dr. Mynar I. Gudiel M.  
MEDICO Y CIRUJANO  
Colegiado No. 6489  
Revisor  
Firma y sello  
Registro Personal 14,125

Dr. Mynar I. Gudiel M.  
MEDICO Y CIRUJANO  
Colegiado No. 5877

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E   C O N S T A R   Q U E :

El Bachiller: CLARA ALICIA JOACHIN RODRIGUEZ  
Carnet Universitario No. 87-16136

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General  
Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS EN TRABAJADORES  
DEL SEXO"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Dr. Edgar R. De León Barillas  
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas  
Director del Centro de Investigaciones  
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :

  
Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco  
D E C A N O



## INDICE

		PAGINA
I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION	3
IV.	OBJETIVOS	4
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI.	MATERIAL Y METODOS	21
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	26
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	36
IX.	CONCLUSIONES	38
X.	RECOMENDACIONES	39
XI.	RESUMEN	40
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41
XIII.	ANEXO	44

## I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de transmisión sexual son esas desconcordias y temidas que, aunque seamos conscientes de su importancia, preferimos esconder debajo del ala a enfrentarnos a su realidad. Conviene mirarlas de frente e insistir en que si no se toman medidas, su aumento esta próximo a convertirse en un verdadero escandalo.

Las enfermedades de transmisión sexual son un problema social, medico e individual, donde se reparte por igual la enfermedad y las consecuencias que se producen en el entorno del paciente y solamente disminuirá si las instituciones ponen los medios necesarios, los médicos controlan la cadena epidemiología y los enfermos conocen suficientemente este problema para hacerse responsables de su sexualidad y de sus compromisos con los demás.

La presente investigación se realizo en las Trabajadoras del Sexo registradas clinicamente en el municipio de Coatepeque, Quetzaltenango, con el objeto de identificar conocimientos, actitudes y practicas preventivas; evaluar el conocimiento que poseen. Relata sobre practicas de riesgo en el ejercicio de su profesion, consumo de drogas.

Se determino que el 85% de ellas hacen de este oficio su medio exclusivo de vida, en su mayoría son poco instruidas ( 45%, analfabetas ); se clasifica este grupo de alto riesgo, pues el 39% de ellas ha padecido una o mas veces alguna enfermedad de Transmisión Sexual; ademas un 12% no utiliza método anticonceptivo, pese a que tienen múltiples parejas sexuales (35% mas de 6 parejas sexuales), y el 93% de ellas se encuentra en edad reproductiva.

Estos y otros aspectos de interés que el lector encontrara mas adelante, demuestra lo imperante de establecer con urgencia educación y orientación sanitaria adecuada.

## II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Desde ya hace varios años, se ha dado diversas definiciones para intentar describir de la manera más aproximada posible, en qué consiste la prostitución, así, por ejemplo Bartría dice que es "la práctica en la cual una mujer cede su cuerpo para obtener alguna ganancia económica a cambio, a alguien que de otro modo no estaría autorizada a obtener ningún intercambio sexual con ella". Otros han dicho que se trata de cualquier intercambio sexual donde la gratificación no es sexual, ni afectiva, solamente económica.

Existe actualmente una progresión de la prostitución, con independencia de la mayor libertad sexual motivada por la también creciente crisis económica mundial. Ello demuestra que sigue vigente la popular creencia de que la prostitución es la profesión más antigua del mundo y que se sigue ejerciendo cada vez con mayor asiduidad en las mayoría de las culturas y civilizaciones. Evidentemente el gran número de relaciones sexuales diferentes que esto comporta, da origen a una gran cadena interminable en el contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS), muy difíciles de erradicar, no solo en su totalidad hoy verdadera utopía. Últimamente está aumentando alarmadamente la incidencia de ETS entre otras razones porque la mayor tolerancia y la precocidad en las relaciones sexuales no han ido acompañados de una educación sexual sanitaria adecuada. (17).

Siendo Coatepeque municipio de Quetzaltenango, un lugar fronterizo, comercialmente activo, en donde en los últimos años ha habido un considerable aumento de Trabajadoras del Sexo y ETS. Pese al control médico establecido hacia este grupo que constituye un foco para adquisición y diseminación de ETS, enfermedades sociales y psicológicas; no se pretende erradicar la prostitución ni dar pláticas de moral, sino situarse en la realidad y adoptar medidas preventivas no de rechazo y censura hacia este grupo. Esto puede lograrse implementando educación sexual y sanitaria, para que los que ejercen esta profesión conozcan los riesgos a que se exponen y por ende a los personas a que atienden, (41).

### III. JUSTIFICACIÓN

El problema de la relación entre salud, enfermedad, sociedad y cultura, y, por lo tanto entre ciencias sociales y salud, no puede eludirse fácilmente ante situaciones como la persistencia de las enfermedades infecciosas y prevenibles.

La prostitución y sus consecuencias, un problema social que debe ser responsabilidad de las autoridades en salud y educación del país.

En Coatepeque en 1987, estaban registradas en el centro de salud 67 Trabajadoras del Sexo, en 1992 el número de personas con este oficio aumentó a 100 y con el inconveniente de que no todas acuden periódicamente a su control, (41). Esto probablemente aumenta el número de ETS. Conviene preguntarnos que tanto conocen y saben estas personas sobre los riesgos a que se exponen en el ejercicio de profesión, que medidas preventivas utilizan y como evitan los embarazos no deseados; podríamos contribuir con solo educación y orientación sexual y sanitaria a disminuir la frecuencia de enfermedades que tantos daños ocasionan a la sociedad.

## IV. OBJETIVOS

## A. GENERALES

1. Identificar conocimientos, actitudes y practicas preventivas en las trabajadoras del sexo, en el municipio de Coatepeque.

## B. ESPECÍFICOS

1. Identificar practicas sexuales de riesgo de las trabajadoras del sexo, registradas clinicamente.
2. Evaluar el conocimiento sobre ETS en las trabajadoras del sexo.
3. Determinar la frecuencia, de uso de anticonceptivos por las trabajadoras del sexo.
4. Identificar las medidas de prevención para evitar ETS utilizadas por las trabajadoras del sexo.

## V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### A. GENERALIDADES

#### 1. DEFINICIÓN:

La prostitución: consiste en líneas generales en el comercio sexual, es decir, en practicar la relación sexual a cambio de dinero u otro bien de consumo.

Está prostituido profesionalmente todo individuo, de uno o de otro sexo, que tenga por oficio exclusivo las prestaciones hetero u homosexuales, con organización específica o sin ella, de modo repetido, durante la jornada, a personas distintas, con independencia de relaciones afectivas, por una compensación pecuniaria, previamente acordado e inmediata. No es necesaria la falta de placer en la copulación. (R. Pellegrini: Sexología).

La práctica de la prostitución ha cambiado a través de los tiempos, adquiriendo diversas formas, como lo veremos más adelante. Cuando se introduce el tema de la prostitución en un curso de educación sexual, hay quienes se preguntan de inmediato, qué tiene que ver ese vicio o inmoralidad con la educación de la sexualidad pues nos parece que sí encuentra lugar el estudio, por que la relación con una prostituta es una oportunidad que se presenta con frecuencia, sobre todo en los jóvenes para iniciar su vida sexual. Estas visitas tienen varios riesgos, uno de índole patológica, pues las relaciones con prostitutas pueden ser fuerte contagio de las enfermedades venéreas, de alcoholismo y de drogadicciones.

Al estudiar la prostitución es preciso comprender los tres factores básicos a saber: la prostituta, el intermediario y el cliente. La primera es la que trabaja, la que vende la mercancía, y la que obtiene parte de la ganancia. El segundo, el intermediario, es el que ofrece, el que la administra y el que obtiene también parte, de las ganancias, a veces la mayor parte. El tercero, el cliente, es el comprador y el que paga.

La mujer promiscua a diferencia de las prostitutas elige a sus compañeros sexuales. Si no le simpatiza un pretendiente, no lo aceptan, a no ser que le reporte buenas ventajas posteriores.

Como forma de transición, mencionemos las llamadas Call Girls, que asisten a casas de citas al llamado del intermediario y las " damas de compañía " para caballeros que viajan solos por países extranjeros. Las prostitutas son aquellas que venden sus favores a quienes los solicitan. Casi no rechazan a quienes pueden pagarles. Las hay también de varias clases. En primer lugar distingamos las prostitutas registradas o matriculadas, que hacen de su oficio el medio exclusivo de vida, su profesión. Cuando la prostitución esta reglamentada, como es el caso de nuestro país, ellas tienen que sujetarse a diversas medidas de policía y sanidad. Otro tipo de prostituta callejera o

cruzadora. Aparece en ciertos lugares, la mayoría de ellas estan sin matricularse o registrarse .

En resumen, la prostituta se caracteriza por vender sus servicios sexuales, aceptando a cualquier comprador, aunque no lo conozca de antes; exige un pago previamente convenido y en forma inmediata; por estar dispuesta a realizar la relacion sexual cuantas veces le sea solicitada, aunque sea en el mismo dia o noche y por no establecer nexos afectivos con la pareja accidental. Ademas, la prostitucion sera la actividad, exclusiva o principal, de la mujer prostituta o elemento de produccion.

Se han hecho varios estudios de la personalidad de la prostituta, de su extraccion social, de su nivel intelectual, etc; encontrandose que en nuestro pais se caracteriza por venir de hogares desintegrados, acosado por un numero elevado de hijos, insuficientes ingresos economicos y por consiguiente hacinamiento, mala nutricion, baja o nula escolaridad. La prostituta cae frecuentemente en el lesbianismo, es tambien agresiva, sobre todo bajo los efectos del alcohol al cual es aficionada.

## 2. EDUCACION SEXUAL:

Como ya antes dijimos, es importante tocar el tema de la prostitucion en la educacion de la sexualidad, para que los jovenes sepan la verdad de ella y no crean solamente que es un nefasto vicio, que es algo que deba desterrarse empleando los medios mas drasticos de la edad media o que es un crimen que debe de ser perseguido sin descanso. Tanto el cliente como la consoladora deben comprender la funcion de la prostitucion y tambien enterarse de los riesgos que acarrea el hecho de frecuentarla y practicarla.

Tanto la prostitucion como la promiscuidad expone a los jovenes a riesgo de contraer una enfermedad venerea, por eso es que estas y la prostitucion incluyendo la promiscuidad, constituyen materia primordial de la higiene social. Es preocupacion o al menos deberia serlo, para las autoridades sanitarias, la epidemiologia de ambos fenomenos. Varios factores inciden en el incremento peligrosamente activo de la ocurrencia de ambos hechos de patologia medica y social, mencionemos alguno:

Los profundos cambios operados despues de la ultima guerra, el auge economico de algunos sectores de la sociedad, la rebelion de la juventud contra los valores y las normas que hasta hace unos cincuenta años se tenían como bases incommovibles de la convivencia, la mayor movilidad que permite el uso generalizado del automóvil y otro medios de transporte, la urbanización acelerada, la marginalidad con sus desastrosas consecuencias como el hacinamiento, el uso extendido de drogas y de bebidas alcohólicas por jóvenes de ambos sexos, el apareamiento de la penicilina y otros antibióticos que controlan con relativa facilidad las enfermedades venéreas, antes tan temidas y por fin,

el uso de medios anticonceptivos eficaces y baratos. Pero la causa básica está en los cambios sociales y en los nuevos códigos de conducta social.

Como evitar la prostitución? Pregunta que es mejor dejar sin respuesta, y mejor aún no hacerla pues ya hemos visto que jamás se ha conseguido controlarla o siquiera disminuirla por medidas legales, por drásticas que sean, ni por preceptos morales y ni siquiera por mandamientos religiosos. Unicamente los cambios sociales pueden disminuir sus efectos nocivos y quizás, como medida la más efectiva, la instauración de una nueva moral sexual racionalizada y solidamente asentada en una educación sexual objetiva y humana.

Recordemos que en el ser humano, sobre todo en el macho de la especie, en el varón, el impulso hacia el disfrute del sexo o de la sexualidad adulta, es imperioso. No son los hombres ángeles ni tampoco son criaturas hijas de Luzbel, unicamente son animales dotados de cierta razón que busca disfrutar de su esencia biológica adornada con los atributos de su mente en desarrollo, de su emotividad, de sus aspiraciones y de su angustia infinita.

#### B. EL PROBLEMA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, HOY.

Las denominadas enfermedades venéreas -la gonorrea, la sífilis, el chancro blando- recibieron su apelativo de Venus, la diosa del amor. Puesto que los organismos desencadenantes de la enfermedad suelen penetrar en el organismo al practicar el acto sexual con una persona infectada, es preciso decir que el término con que se les califica es acertado. Sin embargo, el predominio creciente de otras enfermedades de transmisión sexual, junto con la aversión que despierta el término de "enfermedad venérea", ha hecho que la designación resultara arcaica y que se las agrupara entre las enfermedades de transmisión sexual o, para abreviar, ETS. Hay que tener presente que el contacto sexual que conduce a la propagación de la enfermedad puede ser tanto orogenital o anal como de tipo totalmente genital, entendiéndose por este la introducción del pene del hombre en la vagina de la mujer.

Las ETS son infecciosas y contagiosas lo cual significa que son fácilmente transmisibles de una persona infectada a una que no lo este a través del contacto corporal íntimo. La única diferencia existente entre las ETS y otras enfermedades contagiosas es que, en el caso de las primeras, el contagio se produce a través de un contacto de tipo sexual.

Debido a que este tipo de enfermedades no son objeto de discusión abierta surgen alrededor de ella numerosos mitos. La actitud de desaprobación frente a las ETS se hace extensiva al tipo de clínica u hospital donde se dispensa tratamiento a los enfermos. Como el contagio de una ETS esta marcado por un estigma de índole social, son muchos los pacientes que se sienten

reacios a someterse a tratamiento y mas de uno renuncia lleno de aprensiones, al comprobar las pocas facilidades que se le ofrece. Podría superarse hasta cierto punto esta reticencia si ese tipo de instituciones ofrecieran un buen servicio, es decir, si el paciente supiera de antemano que será tratado bien, y lo que el manifestara sería información confidencial, que no intentaría predicarle normas de conducta moral.

Entre las ETS mas importantes (por orden de frecuencia de infección, detectada anualmente).

Infección vaginal inespecifica, gonorrea, sífilis.

Enfermedades que suelen transmitirse sexualmente:  
Hepatitis virica y SIDA.

Otras enfermedades de transmisión sexual:  
candidiasis vaginal, tricomoniasis vaginal, infección vaginal no especifica, verrugas venéreas, ladillas, moluscum contagiosum, chancro blando, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal.

#### C. MÉTODOS PARA EL ESTUDIO DE LA SEXUALIDAD HUMANA.

Tres métodos de investigación han aportado la parte principal de los conocimientos referentes a la conducta sexual en el hombre. El primero es el método de encuestas; en la información sobre creencias, actitudes y prácticas se obtiene de grupos numerosos de personas.

El segundo método, una estrategia más descriptiva y resiente, es el de observación en condiciones controladas. Gran parte de los conocimientos actuales acerca de los caracteres fisiológicos de la respuesta sexual proviene de laboratorio de investigadores como William Master y Virginia Johnson, quienes han observado y medido con mucho rigor las reacciones organicas durante la actividad sexual. Las observación clínica, a pesar de ofrecer menos control, suministra asimismo importantes datos. (29).

El tercer método es el método experimental, con el se pretende descubrir las formas en que ciertas variables afecta a la actividad sexual en situaciones controladas. Por ejemplo, un experimentador medirá las diferencias en la excitación sexual de hombre y mujeres ante determinada clase de estímulos eróticos. Muchos e importantes trabajos de investigación con animales pertenecen a esta categoría. El método experimental aplicado al ser humano es mas reciente que los dos anteriores, pero ya empieza a dilucidar interrogante antiguas que nunca se habían investigado. El conocimiento científico exige probar las explicaciones mediante la predicción y el control, y esto se logra gracias al método experimental, el cual consiste en manipular las variables y estudiar el efecto que tienen en la conducta. (30) Se describirá mas detalladamente el método de

encuestas pues fue el utilizado en la presente investigación.

## 1. EL MÉTODO DE ENCUESTAS

El primer intento a gran escala por estudiar y describir la conducta sexual del hombre empezó a fines de la década de 1930 y lo realizaron Alfred Kinsey y su colegas en la Universidad de Indiana. Kinsey, un Zoólogo que había dedicado más de 20 años al estudio de las abejas, fue invitado alguna vez a dictar conferencias en curso sobre el matrimonio, en esa universidad.

Como todo buen profesor lo primero que hizo fue dirigirse a la biblioteca para documentarse y preparar su conferencia. Descubrió entonces que la sexualidad humana había sido objeto de muy pocas investigaciones. Ese hecho fue decisivo para su carrera. De 1938 a 1978, él y sus colaboradores efectuaron la encuesta más amplia jamás realizada sobre la conducta sexual del hombre.

El primer informe de Kinsey, *Sexual Behavior in Human Male* (Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948), presentaba un análisis estadístico muy pormenorizado sobre la actividad erótica de 5,300 estadounidenses cuya edad fluctuaba de 10 a 90 años. En entrevistas personales de unas dos horas de duración, se a los varones cerca de 300 preguntas relativas a su vida sexual. Un libro complementario titulado *Behavior in the human Female* (Kinsey, Pomeroy, Martin y Gebhard, 1953, fue el resultado de entrevistas similares a 5,940 estadounidenses. (24 25).

Aunque se publicaron en la generación anterior. los informes de Kinsey se consideraban todavía la encuesta más completa que sobre conducta sexual se ha hecho. En fecha reciente han aparecido otras encuestas en gran escala. La patrocinada por el Play Boy Foundation, se basó en datos de cuestionarios recabados por una empresa dedicada al sondeo de la opinión pública que había encuestado a 2,026 hombres y mujeres que vivían en 24 ciudades diferentes (Hunt, 1974), *The Rite Report (1976)*, entrevistó a más de 3,000 mujeres que ofrecieron respuestas en forma de relatos a las preguntas de ensayo concernientes a sus actitudes y prácticas sexuales.

Dos revistas femeninas, *Cosmopolitan* y *Redbook*, patrocinaron encuestas por cuestionarios en 1980; más de 106,000 mujeres regresaron el cuestionario enviado por *Cosmopolitan* (Wolfe, 1980), mientras que 6,00 varones y 20,000 mujeres respondieron a la entrevista de *Redbook* (Sarrel y Sarrel, 1980). Junto con otros sondeos de menor magnitud, estos ofrecen un amplio panorama de las conductas, actitudes y experiencias sexuales, así como sobre los cambios ocurridos con los años.

### 1.1 PROBLEMAS DE LA INVESTIGACION DEL SEXO MEDIANTE ENCUESTAS

La gran ventaja de la encuesta consiste en que la gente no admite al investigador en la intimidad de su recámara, pero esta dispuesta a llenar un cuestionario o someterse a una entrevista. En teoría, la encuesta se basa en una muestra aleatoria de personas representativas de la población general sobre la cual deseamos sacar conclusiones. Muestra representativa es aquella cuyos caracteres más importantes (edad, sexo, escolaridad, raza) tienen la misma población general. Si contamos con una muestra lo bastante amplia y representativa y si los sujetos dan datos verídicos y exactos podemos generalizar con gran precisión con base en los resultados hacia una población mayor. Los encuestadores políticos suelen predecir las elecciones a partir de una muestra de electores bastante reducida pero representativa de todo el electorado (2).

Los principales problemas en el momento de interpretar los resultados de las encuestas sexuales se deben a la imposibilidad de cumplir con los requisitos que acabamos de señalar. Dos fallas son de particular importancia: muestra autoseleccionadas y no representativas; posibles deformaciones en los autoinformes introspectivos sobre la conducta sexual (2).

Examinaremos los problemas relacionados con la obtención de muestras. Ha sido difícil alcanzar representatividad completa en las encuestas de índole sexual. La de Kinsey fue hecha por personas competentes; pero la muestra no fue representativa de la población estadounidense a pesar de estar integrada por 11,240 personas con amplia gama de diferencias de edad, escolaridad, ocupación, afiliación religiosa, estado civil y otras variables. Por ejemplo, los grupos rurales y los niveles de escolaridad inferior no figuraron en la muestra, como tampoco los niños ni las personas mayores de 50 años. La mayoría de los respondientes eran voluntarios de raza blanca. Kinsey conocía muy bien las limitaciones de su muestra y tubo mucho cuidado en advertir que los resultados no reflejaban necesariamente la conducta la conducta sexual de la población estadounidense. (1,5.)

En encuestas anteriores uno de los problemas mas arduos ha sido que muchísimas personas se niegan a participar en ellas. En la auspiciada por la Pleyboy Foundation, se procuro seleccionar una muestra aleatoria y representativa, pero el 80% de las personas escogidas no quiso intervenir. (5)

La encuesta Hite se basó en 3,000 respondientes, pero 97,000 mujeres no devolvieron el cuestionario. Y aunque el informe de Redbook y de Cosmopolitan, presentados ambos en 1980, esta tomado de muestras formadas por 106,000 personas, el hecho de que las revistas tengan una circulación de más de 10 millones significa que, a la suma, respondió el 1% de sus lectores (que de ninguna es una cifra representativa de las lectoras. Así pues, en todos estos estudios afrontamos el el problema de la autoselección. Siempre existe la posibilidad de que los voluntarios que acceden

a participar en tales encuestas tengan actitudes y opiniones diferentes a los que se niegan a hacerlo. Por eso, pueden aplicarse únicamente a individuos semejantes a los respondientes. Ello no significa que los datos carezcan de utilidad o importancia, sino que las conclusiones que podemos extraer acerca de otros segmentos de la población, tienen limitaciones (5).

Un segundo problema potencial se relaciona con la exactitud de los datos. Los respondientes proporcionan contestaciones falsas por múltiples causas; deficiencia en su capacidad para recordar cuanto o cuanta frecuencia ocurrió determinada experiencia; vergüenza y renuncia a comunicar determinadas conductas; presunción e interpretación errónea de las preguntas (2).

Es verdad que las encuestas han aportado muchos datos sobre la conducta y actitudes sexuales, pero no puede revelarnos todo lo relativo a estas últimas, y hemos de tener presentes sus limitaciones al estudiar los resultados. En los aparatos siguientes, exponemos los principales hallazgos que nos ha proporcionado (2).

## 1.2 PATRONES Y CAMBIOS EN LA CONDUCTA SEXUAL

Kinsey y sus colaboradores obtuvieron enorme cantidad de datos con más de 300 preguntas que hicieron al hombres y mujeres durante las entrevistas. En general, se observa que el porcentaje de los que se masturban ha cambiado un poco, pero los que lo hacen comienzan cada vez más jóvenes y la frecuencia de la masturbación es mayor. En la encuesta ite (1976), el 28% de las entrevistadas dijeron que se masturban (23).

Cambios más profundos parecen haberse realizado en la actividad sexual premarital, extramarital y la estimulación bucogenital. A los 18 años de edad, casi la mitad de los estadounidenses ya han tenido relaciones sexuales (Zelnick, km y Kantner, 1979). En los casados cuya edad oscila entre los 18 y 18 y 24 años. El porcentaje de las personas que tuvieron relaciones sexuales antes de casarse alcanza el 95% en el varón y 81% en la mujer ( Hunt, 1974 ).

No obstante ese incremento, apenas el 20% de las mujeres y el 40% de los hombres encontraron agradable su primera experiencia sexual; cerca de un tercio de los hombres de dos tercios de las mujeres sintieron remordimientos, culpabilidad e inquietud después del acto. (Hunt, 1974)

También parece ir en aumento las relaciones sexuales extraconyugales, sobre todo entre mujeres. Casi el 70% de las casadas que contestaron a la encuesta del Cosmopolitan contestaron haber tenido por lo menos una aventura extramatrimonial (Wolfe, 1980). El resultado no deja de ser sorprendente, aún teniendo en cuenta que esta muestra es muy diferente a las de Kinsey, en la cual se obtuvo promedio del 26%.

Por último, también ha crecido la práctica de la estimulación bucogenital, en forma impresionante, en todos los niveles de escolaridad (Downey, 1980). El estudio auspiciado por Playboy Foundation descubrió que un 80% de los solteros y solteras de 25 a los 34 años, y cerca del 90% de los casados menores de 25 años, recurrían a ese tipo de estimulación (Hunt, 1974).

El método de encuesta ha sido sumamente útil a pesar de sus limitaciones. Las encuestas, a partir de la de Kinsey, han contribuido a derribar barreras que se oponían al estudio de las actitudes y conductas sexuales y además nos ha proporcionado gran parte la información actual (27,25).

#### D. FACTORES DE ESTIMULACION EN LA SEXUALIDAD

Aunque el impulso sexual del hombre, a semejanza del de los animales se atribuye en parte a factores biológicos, los estímulos ambientales parecen influir más en la excitación sexual y en la conducta erótica del ser humano que en la de los animales inferiores (Beach 1969). Gracias a la experiencia del aprendizaje una gama específica de estímulos adquiere propiedades para excitar a incluir en la dirección e índole de la reacción sexual. En la actualidad los investigadores están analizando las propiedades excitatorias de diversas clases de estímulos. Consideraciones éticas impiden valerse de estímulos reales como el desnudo, por el cual gran parte del material que se utiliza es pictórico gráfica, escrito o imaginarios.

Se han estudiado las propiedades excitatorias de las películas y fotografías que contienen estímulos sexuales de índole diversa. Se pide al sujeto que los vea para estimar la intensidad de su excitación erótica, o se mide directamente la respuesta fisiológica de ellos. Se dispone de varios métodos para medir el volumen de sangre del pene (erecciones) y también la reacción física de la vagina (Hoon, 1978). (6)

Los experimentos en que se emplean transparencias fotográficas con diversas clases de actividad sexual aportan las pruebas más convincentes de lo que el hombre y la mujer consideran más excitante y menos excitante.

#### 1. DIFERENCIAS SEXUALES EN LA EXCITABILIDAD UN MITO QUE YA DESAPARECIÓ.

Siempre se había creído que la mujer siente menos excitación ante la estimulación erótica. Kinsey y sus colaboradores comunicaron en su informe de 1953 que la excitación provocada por fotografías y relatos eróticos eran más raras en las mujeres. También confirmó que asisten menos que los varones a películas pornográficas y librerías de materiales exclusivos para adultos. Esto se atribuía tradicionalmente al hecho de que su excitación sexual se basa más en una relación personal y afectuosa. (Shmitt 1975).

En un experimento de William Fisher y Donn Byrne (1978) la intención era probar esta hipótesis. Mostraron a universitarios y universitarias una película pornográfica de una pareja desnuda que realizaba diversas clases de conducta sexual. A la mitad de los sujetos de cada sexo se le señaló que los actores eran un matrimonio que estaban profundamente enamorados ("condición de amor") al resto se le dijo que la película describía un encuentro no romántico entre una prostituta y su cliente ("condición de lujuria"). Los investigadores supusieron que, los estímulos sexuales excitan en la mujer únicamente en una relación de amor, las que participaban en el experimento sentirían menos excitación en la condición de lujuria que en la de amor. Las estimaciones sobre la excitación hechas después de ver la película revelaron que las mujeres sentían tanta excitación como los varones en ambas condiciones, es decir, no importaba si en la película se desarrollaba una relación de amor o de lujuria.

En ambas condiciones las mujeres declararon sentir el mismo número de sensaciones en las mamas y en los genitales e igual lubricación vaginal.

A pesar de ello, opinaron que la película era más pornográfica y digna de censura que los varones.

También en otros ensayos, (Schmitt, 1975) se ha observado, este tipo de hallazgo, es decir, gran excitación sexual de la mujer aunque actitudes un poco favorables ante los estímulos eróticos. Esta contradicción aparente se debe en parte a que, por su educación piensan que no deben buscar ni disfrutar materiales pornográficos. De ahí que tanto en sus actitudes como en su conducta indiquen desinterés, mientras que sus respuestas corporales revelan que son tan excitables como los hombres, sin importar si el contexto incluye amor o afecto. Más aún, cuando piensan que el ambiente social es apropiado para disfrutar los estímulos sexuales, su interés es más evidente. (7 9)

## 2. EFECTOS DE LA PORNOGRAFÍA EN LA CONDUCTA

Todos sabemos que se discuten muchos los efectos que la pornografía ejerce en las actitudes y conductas de quienes están expuestas a ellas. En general, los resultados de más de una docena de experimentos señalan que con la exposición aumenta inicialmente la excitación y permite aprender respuesta sexuales mediante la moderación, pero que sus efectos en la actividad sexual subsiguientes son muy ligeros y temporales. En 1969 la comisión presidencial de obscenidad y pornografía llegó a la conclusión de que no existe una relación segura entre la pornografía y los actos delictivos. Ese mismo año se modificaron las leyes en Dinamarca para permitir la venta de todo tipo de material de contenido erótico. Los arrestos por delitos sexuales bajaron en un 30% en el primer año y esa tendencia siguió observándose.

Hace 10 años las autoridades en la materia estaban convencidas de que no había duda alguna de la manera en que la pornografía afectaba a la gente. Hoy surge otra cuestión de suma importancia: la pornografía no violenta, influye poco en las personas, pero que decir de la que describe violaciones, explotación sexual y episodios sadomasoquistas en los cuales la pareja se lastima. Y que decir de la pornografía con los niños en la cual se representa la actividad sexual con niños, o de las películas en las que la pornografía termina con un asesinato.

Un experto opina que la pornografía violenta puede crear un clima donde "LOS ACTOS DE HOSTILIDAD SEXUAL EN CONTRA DE LA MUJER NO SOLO SE TOLERA SINO QUE HASTA SE ALIENTAN" (Browniller, 1975 pag. 444).

Varios estudios recientes indican que la exposición a estímulos sexuales violentos a veces producen efectos negativos, por lo menos temporalmente. En la Universidad de Manitoba, Neal Malamuth (1981) asignó anteriormente a varones a dos condiciones experimentales. Ambos grupos de sujetos veían una transparencia que mostraba fotografías de una violación tomada de una revista pornográfica, una condición experimental la pista sonora describía el terror y la resistencia de la mujer. En la segunda condición, la mujer acaba permitiendo a los violadores tener relación sexual.

Ambas condiciones produjeron grados semejantes de excitación fisiológica en los sujetos. Después, se les pidió imaginar las fantasías más eróticas en que pudiesen pensar.

Los que habían sido expuestos a la versión de violación comunicaron mayor número de fantasías de conducta sexual desviada, guarda relación con este tipo de actos; el hecho de que la pornografía violenta las estimule, merece por tanto, ser estudiadas más a fondo y debe ser objeto de preocupación (11 14 16 19 22)

En la Universidad de Wisconsin, Eduard Donesteinn (1981) examinó los efectos de una película con escenas sexuales violentas en la agresividad ulterior en control del hombre o la mujer. Sujetos de sexo masculino vieron una película de dos personas que conversaban ("condición neutral"); una película de una pareja en coito ("condición erótica") o una película donde una mujer era violada bajo amenaza de muerte ("condición agresivo-erótica"). Al finalizar la proyección de la película, se les asignó la tarea de aplicar una descarga eléctrica (cuya intensidad quedaba a su elección) a un hombre o una mujer que cometía errores en una tarea de aprendizaje.

Estos eran en realidad cómplices del experimentador. El rendimiento del supuesto alumno era idéntico en todos los casos y no recibía carga alguna. (9 10 11 12 14 15 17 20).

El resultado más sorprendente en el alto nivel de

estimulación dolorosa que los varones que habían visto la película de estupro administraban a la alumna. En cambio, la agresión en contra del varón no aumentaba tras la proyección de esa película. Todo ello significa que la pornografía violenta puede intensificar las tendencias agresivas del hombre hacia la mujer, por lo menos temporalmente en una situación de laboratorio.

### 3. SEXO CULTURA Y RELACIONES

Aunque están profundamente arraigados en el funcionamiento biológico del individuo, tanto los deseos como las conductas sexuales reciben un fuerte influjo de las relaciones culturales y sociales en que se realizan. Son estos contextos humanos los que confieren al sexo gran parte de su significado psicológico, además de que ayudan a determinar las formas que asume la expresión sexual. Para entender la sexualidad desde un punto de vista psicológico, es preciso examinar las fuerzas sociales que lo moldean.

#### 3.1 INFLUENCIAS CULTURALES EN LA SEXUALIDAD

No tememos que ir muy lejos para entender las funciones de los factores sociales en la sexualidad humana. Nos ha tocado vivir en una época en la cual los valores y normas culturales cambian con gran rapidez. Muchas de las prácticas sexuales de hoy difieren notablemente de las generaciones anteriores (20-21-22-25).

El papel del aprendizaje cultural se manifiesta reponderantemente cuando una persona sale de su cultura y empieza a examinar otras civilizaciones. Por ejemplo, en la mayoría de los países modernos la sexualidad infantil se reprueba y suprime; en cambio hay algunas culturas donde no solo se permite sino que hasta se alienta. Los niños que habitan las islas Marquesas de la P. Francesa, duermen con sus padres y hermanos en un solo cuarto, de modo que tiene muchas oportunidades de observar actitudes sexuales. Los padres masturban a sus hijos cuando se encuentran inquietos. Los niños de los dos sexos empiezan a masturbarse desde los dos o tres años y tiene contactos homosexuales esporádicos durante la niñez. Al llegar a la adolescencia, un adulto del sexo opuesto tiene relaciones sexuales con ellos y les enseña las técnicas eróticas (Sugges 1962).

Los estadounidenses no llegan de ninguna manera a este extremo de libertad sexual, pero tampoco muestran inhibición tan rigurosa como los habitantes de una isla de la costa Irlanda; para ella el sexo es un verdadero tabú, sienten gran aversión por la desnudez. Solo los lactantes pueden estar totalmente desnudos; los adultos se avergüenzan cuando alguien los ve andar descalzos. Los niños y niñas son creados por separados desde los primeros años de la infancia hasta el momento del matrimonio.

Las mujeres se casan entre los 25 y los 26 años de edad y

los varones entre los 35 y 36 años de edad aproximadamente. En la isla se desconocen los chiste con temas sexuales, la ansiedad y repulsión erótica son tan fuertes, que se les golpea a los perros y otros animales cuando se les sorprende lamiéndose los genitales. A diferencia de las mujeres de las islas Marquenses, quienes normalmente alcanza el orgasmo durante el coito casi ninguna irlandesa de esta isla llega al clímax (Messang 1971.)

#### 4. SEXO AMOR E INTIMIDAD

Todos participamos en las relaciones sociales, es decir, en interacciones de dos o más personas. Algunas de estas relaciones son sumamente superficiales e impersonales. Otras, como las amistades tienen un carácter más personal y suponen la comunicación de sentimientos, intereses comunes y afectos. La relaciones interpersonales más intensas son las que suelen incluir fuerte vínculos emocionales como el amor, en ellas se comparten el tiempo y los bienes materiales, a veces también el sexo. La interacción sexual puede darse prácticamente en cualquier tipo de relación, tanto en la casual como en la íntima.

En el hombre la conducta sexual cumple multitud de funciones. Algunas de ellas son directas y evidentes, la reproducción y placer sexual, pero también cumple otras funciones de índole eminentemente psicológicas. El sexo es un medio de manifestar y recibir amor y de satisfacer las necesidades de dependencia. Puede ser un artículo de consumo y entonces sirve para recibir resultados sociales muy apreciados por el sujeto: atención, aceptación, buena posición social. Sirve para defenderse en contra de la soledad y para aumentar la autoestima.

En el mundo moderno el sexo se vinculo con el amor romántico. Para mucho la unión sexual es la consecuencia natural y expresión suprema del amor. En siglos anteriores los matrimonios se celebraban por motivos económicos o de clase social, las relaciones sexuales y los amorcillos tenían lugar fuera del matrimonio, no obstante a medida que la reverencia social fue suprimiendo las distinciones de clase social, el amor romántico se convirtió en la razón social del matrimonio. En los dos últimos siglos el matrimonio ha sido considerado como el modo más adecuado para la expresión del amor mediante la interacción sexual.

Los conceptos de amor, matrimonio y sexo todavía están hoy estrechamente ligados, aunque cada día resulta más evidente que empiezan a cambiar los valores o conductas sociales.

Uno de los cambios más visibles es que tienden a desaparecer paulatinamente las relaciones formales y permanentes. EL índice de divorcios va en aumento y la tercer parte de los matrimonios termina en divorcio, lo mismo que la mitad de las segundas nupcias. Además, se advierte el deseo de enseñar técnicas sexuales juzgadas como tabú. En la década de los 50 únicamente un 5% de universitarias y un 20 % de universitarios estadounidenses

aprobaban el sexo prematrimonial. En la década de los 70 el 59% de la universitarias y el 70% de los universitarios lo aprobaban (Landis y Landis 1973). El concubinato (convivencia de personas no casadas) también ha ido en aumento, cerca de 2.2 millones de hombres y mujeres vivían en unión libre en Estados Unidos (U. S. Bureau of the census 1979). Una encuesta reveló que el 25% de todos los universitarios quizá han tratado de vivir en concubinato (Bower y Cristopherson 1977). También el sexo entre soltero es cada vez más frecuente en la actualidad. Para muchas personas estas dos últimas formas de relación son formas de disfrutar la intimidad afectiva y sexual sin asumir los compromisos del matrimonio. El descubrimiento de anticonceptivos eficaces y de fácil acceso al aborto han desempeñado así mismo un papel importante en la creciente separación entre sexo y matrimonio. (26 27 29 31 34 37 38)

#### E. CAMBIOS EN LA SEXUALIDAD FEMENINA

En la mujer la frecuencia del orgasmo tiende alcanzar su nivel máximo entre los 35 y 45 años (Jones Shinberg Byer 1967).

La mayoría pasan por la menopausia (final de la menstruación) y experimentan sus cambios hormonales con comitantes entre los 46 y 50 años, después se observan alteraciones notables en los órganos sexuales y en las respuestas fisiológicas. La reacción del clítoris permanece prácticamente inalterada, pero las paredes vaginales se adelgazan y pierden su elasticidad. A estas alteraciones se deben muchos de los problemas relacionados con el sexo y las mujeres de edad avanzada: irritación de la vagina, uretra y vejiga. Sin embargo, están en condiciones de lograr el orgasmo a pesar de que la lubricación vaginal es más lenta de que la fase orgásmica dura menos, y de que tiene menos contracciones vaginales que cuando era joven (la mitad).

Después de la menopausia hay mujeres que sienten menos atracción y capacidad para el sexo; otros mantienen la frecuencia (y a veces hasta la aumentan) y aumenta la intensidad de sus orgasmos. Aunque en ocasiones las diferencias individuales en las alteraciones hormonales tiene gran importancia, los factores psicológicos son los decisivos. Si una mujer cree que su sexualidad ha llegado o debiera llegar a su fin, si muestra menos autoestimación o si su compañero es de edad avanzada y siente poca atracción por el sexo, lo más seguro es que pierda interés por todo lo referente a la sexualidad. Por otro lado los factores psicológicos que intensifican el deseo sexual: ausencia de temores a embarazarse, menor responsabilidades familiares a medida de que los hijos se marchan, y deseo de revivir y experimentar el deleite sexual. El coito periódico y frecuente es un medio de mantener vivo el deseo y la capacidad sexual (9 16 28).

La mayor aceptación de la sexualidad del anciano puede traer consecuencias positivas, pero conviene señalar que en la senectud se da importantes diferencias individuales. Sería lamentable que

el hecho de aumentar la expectativas de la actividad sexual permitieran algunos disfrutar de una vida sexual sana, y perjudicar a los que no sienten esa tendencia. Es pues, importante que tanto los ancianos como el resto de la población tome sus propias decisiones sobre la índole y el grado de su actividad sexual.

#### 1. DISFUNCION SEXUAL

El sexo es una cosa perfectamente natural, pero la mayoría de nosotros no es naturalmente perfecto. Siempre se dan fluctuaciones en la capacidad de conseguir altos niveles de excitación, detener orgasmos intensos y procurar gran placer al compañero. Todo mundo pasa alguna vez por la triste experiencia de una relación sexual insatisfactoria. Por muy experto que uno sea, es imposible estar totalmente exento de problemas como imposibilidad de conseguir erección, eyaculación prematura, falta de interés en el sexo o incapacidades de orgasmo. Sin embargo, la gravedad de tales problemas hace que el sujeto sufra una verdadera disfunción sexual. Pero no olvidemos que se trata de un concepto relativo establecido a partir de lo que se considera normal y apropiado en la cultura del sujeto. Así, hay países donde la mujer incapaz de sentir orgasmo se considera anormal; otros países, donde no hay concepto de orgasmo, la incapacidad para tenerlo no se considera como un problema. Por ejemplo, tan solo hace un siglo, en Estados Unidos predominaba la opinión médica de que el orgasmo de la mujer era perjudicial para la salud física (Diamond y Karlen, 1980).

No se conoce realmente la frecuencia de la difusión sexual en Estados Unidos, pero probablemente hay pocos trastornos que causan mayor sufrimiento silencioso que este.

Master y Johnson (1979) estimaron que la mitad de los matrimonios o una proporción mayor tiene difusión sexual de uno y otro tipo. Un estudio más reciente, y muy importante por basarse en matrimonio que no estaba recibiendo terapia sexual, tiende a corroborar la afirmación de Master y Johnson. Se estudió una muestra de 100 parejas, integradas en su mayoría por personas de raza blanca con alta escolaridad.

El 80% dijo llevar una vida conyugal feliz y satisfactoria, y cerca del 85% aseguro que sus relaciones sexuales eran bastante o muy satisfactorias. Sin embargo, un 40% de los varones comunicó que tenía problemas de lograr la erección y mantenerla, o que la eyaculaban muy pronto. Mas del 60% de las mujeres manifestó que le era difícil excitarse o alcanzar un orgasmo. Como en otros estudios, el 15% de las mujeres nunca alcanzaron el clímax (Frank, Anderson y Rubinstein, 1978).

Podemos concluir pues, que incluso en matrimonios bien acoplados las relaciones sexuales distan mucho de ser perfectas.

Los principales tipos de difusión sexual masculina y femenina entre el 10 y el 20% de los casos, resulta directamente de factores físicos, razón por la cual un examen físico cuidadoso deba ser siempre el primer paso en el tratamiento de estos problemas. Sin embargo, en la generalidad de los casos los factores psicológicos desempeñan un papel de primer orden. (9 16 28)

#### F. OTRO MODO DE SEXUALIDAD

Toda sociedad tiene reglas, o normas, que rigen la conducta social que le ayuda a definir la gama de conductas consideradas apropiadas o normales. A los que las violan se califican de atípicos o desviados. En áreas conductuales de gran anotación psicológica como la sexualidad, las reacciones de la comunidad ante las violaciones de las normas son forzosamente vigorosas. En esta sección expondremos otros modos de sexualidad que transgreden las normas sociales referentes a la intimidad heterosexual.

El panorama es menos claro respecto al nexo entre amor y sexo. Contra la opinión común, los jóvenes en su mayoría no buscan el sexo por sí mismo, pero se ha comprobado que todavía existe, aunque con menor fuerza, el doble criterio, el sexo sin amor es más apropiado para el varón que para la mujer. Las mujeres todavía están más convencida de que el vínculo afectivo es una importante condición para tener relaciones sexuales y tienen a considerar estrecha la primera relación en la cual hicieron el amor (Katchatourian Y Lunde, 1980).

LA moral del amor libre surgió a fines del decenio de 1960, parece haber sido reemplazado por la búsqueda de un nueva ética de conducta sexual responsable. En esta el individuo no es explotado ni lastimado, sino que puede explotar una gama de estilos de relación y descubrir el tipo y profundidad de intimidad que sea óptima para él. Además, se insiste en la equidad de las relaciones sexuales, es decir, en la satisfacción de las necesidades de ambos. El cambio de los papeles sexuales de la mujer ha venido a intensificar la tendencia para las parejas a poner en relieve las necesidades intelectuales, afectivas y profesionales tanto de las mujeres como de los hombres. Pero esta meta igualitaria no se ha alcanzado en todas partes. En una encuesta en la que participaron más de 50,000 adulto jóvenes se descubrió que apenas la mitad de las personas que tenían relaciones amorosas pensaban que el amor se compartía entre el hombre y la mujer.

En el caso de relaciones desiguales generalmente era la mujer quien consideraba que daba más amor del que recibía. Tanto las mujeres como los hombres de la relación igualitaria manifestaron la mayor felicidad (Saber y Freedman, 1976)

### G. GRADO DE INTIMIDAD EN LAS RELACIONES SEXUALES

A fin de entender la psicología de la respuesta sexual, hemos de explotar los motivos latentes y las experiencias conscientes, así como los significados, todo ello es un aspecto esencial de las relaciones sexuales. Donal Mosher ideó hace poco un método para analizar estos factores psicológicos (1980). (32)

Según Mosher el grado de intimidad es el nivel de absorción en la expresión, conciencia y contacto interpersonal que se siente con un compañero sexual. Ese nivel abarca desde una participación egocéntrica pasando por otra más profunda centrada en la superficie hasta llegar al nivel más profundo, el de la participación íntima. En los tres niveles hay dos tipos de intimidad.

En la participación egocéntrica, la relación sexual es impersonal. El compañero sexual es considerado como un objeto provisto de órganos sexuales. En término de la intimidad personal, la relación más superficial es la interacción egocéntrica orientada al pasado. El acto sexual constituye un pasado. Algunas prevenciones y crímenes sexuales caen dentro de esta categoría. Hay casos en que el compañero se lastima en forma simbólica o real.

La participación central es más profunda que los otros tipos de interacción. Se toma en cuenta y se aprecia el yo interno del otro y se desea compartir con el nuestro yo interno. En los episodios de relación central orientada hacia el compañero, durante el acto sexual se comparten sentimientos profundos y afectuosos y en cierto modo el compañero es el amor. Ese ideal que la mayoría de las personas buscan, la aceptación absoluta del yo y del otro. (32 33 34 36 38)

La participación más profunda y completa se da en los actos de relaciones íntimas orientadas hacia la unión. El acto sexual aparece entonces trascender la relación humana y convertirse en una experiencia sexual o mística. La identidad personal y el sentido del presente se desvanecen a medida que se experimenta la esencia de unidad mística.

Poetas, escritores y teóricos de la psicología tratan desde hace mucho de describir los múltiples aspectos y modalidades de la unión sexual pero se cuenta todavía con pocos datos científicos sobre la gama de relaciones y experiencias sexuales. La teoría de Mosher sobre la profundidad de la participación sirve para orientar la investigación y mejorar el conocimiento de la naturaleza psicológica de las relaciones sexuales.

## VI MATERIAL Y METODOS

## A METODOLOGIA;

1. Tipo de Estudio:  
observacional descriptivo.
2. Sujeto a estudio:  
Trabajadoras del sexo registradas clínicamente en el municipio de coatepeque, Quetzaltenango.
3. Tamaño de la muestra:  
se tomaron 104 trabajadoras del sexo, 65 registradas clínicamente en el centro de salud y 39 registradas en clínica privada, que es el número que asiste regularmente a su control semanal, considerándose como muestra universal.
4. Criterios de Inclusión y Exclusión:
  - a. Criterios de Inclusión:
    - Trabajadoras del sexo que esten registradas clínicamente en el municipio de Coatepeque.
    - Trabajadoras del sexo que acepten participar voluntariamente en el estudio de tipo anónimo confidencial.
  - b. - Criterios de Exclusión:
    - Trabajadoras del sexo que no laboren en el municipio de Coatepeque.
    - Trabajadoras del sexo que no esten registradas clínicamente.
4. Variables a estudiar:
  - Edad: se consideró como tal, la edad en años cumplidos.
  - Estado Civil: se consideró como tal, el que la entrevistada señaló, si es soltera, casada, divorciada, unida o separada.
  - Nivel de Escolaridad: se consideró como tal, lo que la encuestada señaló, analfabeta, primaria, básico o diversificado
  - Religión: se consideró como tal, lo que señaló la encuestada si es católica, evangélica, mormona o si no tiene religión.
  - Edad del primer contacto sexual: se consideró como tal, la edad en años que la entrevistada refirió de su primera experiencia sexual (coito) en forma conciente y voluntaria.
  - Con quién tuvo su primer contacto sexual: se consideró como tal, la persona con quien tuvo la primera relación coital en forma conciente y voluntaria, indicando si fue amigo, novio, familiar, u otra persona, especificando.
  - Durante su niñez fue victima de abuso sexual: se consideró como negativa o afirmativa, sin considerar el tipo

de abuso en caso cuando la respuesta era positiva.

- Usted tiene relaciones sexuales con: se consideró como tal, la entrevistada refirió si fue con hombre, mujeres o ambos sexos.

- Cuando tuvo relaciones sexuales con personas de su mismo sexo? se consideró como tal, la encuestada señaló si fue hace más de un año, hace más de 5 años, lo hace frecuentemente, no recuerda cuándo o si no ha tenido relaciones homosexuales.

- Desempeña otra profesión además de laborar como trabajadora del sexo? se consideró como tal afirmativa o negativamente, si la respuesta es positiva, especificó que tipo de trabajo.

- Días de trabajo a la semana y horas de trabajo diarias; se consideró como tal, el número de días y de horas que señaló la encuestada.

- Número de parejas sexuales diferentes por día; se consideró como tal, el número que la encuestada señaló.

- Métodos anticonceptivos que utiliza al tener relaciones sexuales; se consideró como tal, la encuestada señaló qué método(s) utiliza: preservativo, píldoras, jaleas, supositorios, dispositivos intrauterinos, esterilización, otros, especificando; pudiendo señalar más de un método.

- Frecuencia de utilización de anticonceptivos, se consideró como tal, la entrevistada refirió si los usa siempre, casi siempre, la mitad de las veces, rara vez, nunca.

- Utilización de drogas en el ejercicio de la profesión, se consideró como tal lo que la entrevistada refirió, si consumió alcohol, cigarros, otras(especificando) o ninguna.

- Frecuencia del consumo de drogas: se consideró como tal, lo que refirió la entrevistada, si las usa siempre, casi siempre, la mitad de las veces, rara vez o nunca.

- Tipo de contacto en las relaciones sexuales, se consideró como tal, lo que señaló la encuestada, si es vaginal, oral, anal o masturbación mutua, pudiendo marcar más de una alternativa.

- Frecuencia de relación sexual oralo-genital; se consideró como tal, lo que refirió la encuestada, si lo hace siempre, casi siempre, la mitad de las veces, rara vez o nunca.

- Practica relaciones sexuales anales; se consideró como tal, lo que señaló la encuestada si las practica siempre, casi siempre, la mitad de veces, rara vez o nunca.

- Importancia del orgasmo o climax en las relaciones sexuales, se consideró como tal, lo que señaló la entrevistada si le importa o no.

- Practica alguna técnica sexual para alcanzar el orgasmo; se consideró como tal, lo que señaló la encuestada, afirmativa o negativamente, especificando cuál en caso de ser positiva la respuesta.

- Definición de Enfermedades de Transmisión sexual; se consideró como tal, lo que la encuestada respondiera.

- Indique cuál de las siguientes enfermedades ha padecido y

cuántas veces; se tomó como tal, lo que señaló la entrevistada, si ha padecido de: sífilis, gonorrea, herpes, hepatitis b, chancro blando, infección vaginal inespecífica, ladillas, otra (especificando), indicando el número de veces si señaló alguna.

- Conducta que tomaría si se encontrara padeciendo alguna ETS en el ejercicio de su profesión, se consideró como tal, lo que señaló la entrevista, si lo hace solo si está recibiendo tratamiento, espera que desaparezcan los síntomas, hasta que se lo indique el médico, no le importa si está o no enferma, o hasta que se considere sana.
- Temor a contraer ETS, se consideró como tal, lo que señaló la entrevistada afirmativa o negativamente.
- Temor a contraer Sida, se consideró como tal, lo que señaló la encuestada, afirmativa o negativamente.
- Cree que necesita más información sobre ETS, se tomó como tal, lo que señaló la encuestada afirmativa o negativamente.
- Medidas preventivas para evitar ETS; se tomó como tal, lo que señaló la entrevistada, si tiene relaciones solo con personas conocidas, asegura que estén sanos, exige uso de condón, si son desconocidos solo tiene coitos vaginales.
- Medidas preventivas para no contraer Sida; se consideró como tal lo que señaló la encuestada, si tiene relaciones solo con personas conocidas, se asegura que no tengan sida y tiene relaciones por cualquier vía, en caso de duda solo tiene coitos vaginales, exige que usen preservativo o no le importa.

## B RECURSOS

### HUMANOS;

- Estudiante-Investigador de 6o. año de la carrera de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Trabajadoras del Sexo registradas clínicamente en el municipio de Coatepeque, Quetzaltenango.

### MATERIALES;

- Salón de pláticas del Centro de Salud de Coatepeque.
- Sala de clínica particula en Coatepeque.
- Hojas de papel bond (boleta de recolección de datos)
- Lapicero, lápiz, borrador, sacapuntas.

### Instrumentos de Medición:

- a. Hoja de recolección de datos con las variables a estudiar (ver anexo).

#### 6. Ejecución de la investigación:

En la preparación de la investigación, el estudiante-investigador realizó las actividades como elección del tema, la muestra, y el lugar en donde se realizaría el trabajo, bajo asesoramiento; también realizó el trabajo de campo y las conclusiones derivadas del mismo.

A continuación se presenta la gráfica de Gantt, en donde se bosquejan las actividades que se realizaron para la ejecución de la investigación, desde la selección del tema del proyecto hasta la aprobación del informe final y fecha de graduación.

## GRAFICA DE GANTT

N	Tipo de actividad	FEB				MAR				ABR				MAY			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Selección del tema a investigar	■															
2	Elección de asesor y revisor		■														
3	Recopilación bibliografica		■	■													
4	Elaboracion de protocolo			■													
5	Aprobacion de protocolo por U.S.A.C				■												
6	Trabajo de Campo					■	■	■	■	■	■	■	■				
7	Tabulacion de Resultados										■	■	■				
8	Elaboracion de Informe Final											■	■				
9	Presentacion del Informe final														■	■	
10	Aprobacion del Informe final														■	■	
11	Fecha de Graduacion															■	■

## VII PRESENTACION DE RESULTADOS.

Los resultados obtenidos al final de la investigación, a través de la boleta de datos, se presentan a continuación para **mejor comprensión en 14 cuadros estadísticos, con diversas distribuciones.**

Las preguntas de la boleta fueron contestadas en su totalidad, y las encuestadas siempre se mostraron dispuestas a colaborar.

Se pudo ver, que a las encuestas les gustaría recibir orientación a través de películas y pláticas, pero por falta de salón en el centro de salud e irregularidad en la asistencia de las encuestadas, no se pudo realizar actividades.

CUADRO # 1

Grado de escolaridad según grupos de edad en las  
Trabajadoras del Sexo registradas Clínicamente  
en el Municipio de Coatepeque, Quetzaltenango,  
en Marzo y Abril de 1,993

Edad	Grado de Escolaridad									
	Analfabeta		Primaria		Básico		Diversificado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
14 - 18	7	6.73	8	7.69	1	0.96	-	-	16	15.38
19 - 23	9	8.65	15	14.42	6	5.77	1	0.96	31	29.81
24 - 28	13	12.50	10	9.62	4	3.84	1	0.96	28	26.92
29 - 33	5	4.81	7	6.73	2	1.92	-	-	14	13.46
34 - 38	6	5.77	4	3.48	1	0.96	-	-	11	10.58
39 - 43	1	0.96	-	-	1	0.96	-	-	2	1.92
44 - 48	2	1.92	-	-	-	-	-	-	2	1.92
Total	43	41.30	44	42.31	15	15.4	2	1.92	104	100.00

Fuente: Boletas de recolección de datos.

CUADRO #2  
 Conocimientos sobre ETS en las Trabajadoras del Sexo  
 registradas clínicamente en el municipio de Coatepeque,  
 Quetzaltenango, Marzo - Abril 1,993

Definición de ETS	Frecuencia	Porcentaje
Contestó bien	37	35.56
Contestó mal	16	15.38
Contestó no se	35	33.65
No contestó	16	15.38
TOTAL	104	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 3  
 Actitud de las Trabajadoras del Sexo registradas clínicamente  
 en el municipio de Coatepeque, Quetzaltenango, frente a ETS,  
 Marzo - Abril 1,993

Tipo de respuesta.	Prácticas Sexuales si padeciera alguna ETS.*	
	Frecuencia	Porcentaje
Sólo si recibe tratamiento.	5	4.8
Espera que desaparezcan los síntomas.	5	4.8
Hasta que el médico se lo indique.	11	10.6
No le importa si está o no enferma.	2	1.9
Hasta que se considere sana.	81	77.9
TOTAL	104	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos.

\* Enfermedades de Transmisión Sexual.

CUADRO # 4  
Número de Parejas Sexuales diferentes por día de  
las Trabajadoras del Sexo registradas clínicamente en el  
municipio de Coatepeque, Quetzaltenango, Marzo - Abril 1,993

Días de trabajo semanal	Número de Parejas Sexuales por día										TOTAL	
	1 - 3		4 - 6		7 - 9		10 - 12		> de 13		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
3 - 4	1	0.96	4	3.84	-	-	5	4.81	68	65.4	75	72.12
5 - 6	3	2.88	8	7.69	-	0.96	-	-	2	1.92	3	2.88
7	8	7.69	44	42.3	23	-	11	10.6	12	11.5	26	25.00
TOTAL	12	11.5	56	53.8	23	1.92	16	15.4	82	78.9	100	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 5  
Frecuencia y número de Métodos Anticonceptivos utilizados por  
las Trabajadoras del Sexo, registradas clínicamente en el municipio  
de Coatepeque, Quetzaltenango, Marzo - Abril 1,993

Métodos Anticon- ceptivos usados	Frecuencia de su uso										TOTAL	
	Siempre		Casi Siempre		La mitad de veces		Rara vez		Nunca		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1. Método	40	38.5	14	13.5	2	1.92	4	3.84	-	-	60	57.69
2. Métodos	23	22.1	3	2.9	-	-	1	0.96	2	1.92	29	27.88
3. Métodos	-	-	1	0.96	-	-	1	0.96	1	0.96	3	2.88
Esterili- zación	2	1.92	-	-	3	2.88	1	0.96	6	5.77	12	11.53
TOTAL	65	62.5	18	17.3	5	4.81	7	6.73	9	8.65	104	100.00

Fuente: Boletas de recolección de datos.

CUADRO # 6  
 Utilización de Anticonceptivos según el grado de escolaridad  
 por las Trabajadoras del Sexo, registradas clínicamente en el  
 municipio de Coatepeque, Quetzaltenango, Marzo - Abril 1,993.

Escolaridad	1 Método		2 Métodos		3 Métodos		Esterilizadas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Analfabeta	25	24.04	13	12.5	1	0.96	4	3.84	43	41.30
Primaria	26	25.00	11	10.58	2	1.92	5	4.81	44	42.31
Secundaria	8	7.69	6	5.77	-	-	1	0.96	15	14.42
Diversific.	1	0.96	1	0.96	-	-	-	-	2	1.92
TOTAL	60	57.70	31	27.81	3	2.88	10	9.60	104	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

31  
CUADRO # 7

Metodo anticonceptivo más frecuentemente utilizados  
por las Trabajadoras del Sexo, registradas clínicamente  
en el municipio de Coatepeque, Quetzaltenango  
Marzo - Abril 1993

Método	Frecuencia	Porcentaje
Preservativo	53	46
Pildoras	35	30
DIU	12	10
Esterilización	8	7
Espermaticidas	4	3
Inyecciones	4	3
Total	116	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO #8

Frecuencia de uso de anticonceptivos por grupos de edad, en las Trabajadoras del Sexo, registradas clínicamente en el municipio de Coatepeque, Quetzaltenango, Marzo - Abril de 1,993

Edad	Uso de métodos anticonceptivos											
	Siempre		Casi Siempre		La mitad de veces		Rara vez		Nunca		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
14 - 18	12	11.53	2	1.92	1	0.96	-	-	1	0.96	16	15.38
19 - 23	21	20.20	7	6.73	1	0.96	-	-	2	1.92	31	29.81
24 - 28	19	18.27	4	3.84	-	-	1	0.96	4	3.84	28	26.92
29 - 33	6	5.77	3	2.88	2	1.92	1	0.96	2	1.92	14	13.46
34 - 38	5	4.81	3	2.88	0	-	1	0.96	2	1.92	11	10.58
39 - 43	1	0.96	1	0.96	-	-	-	-	-	-	2	1.92
44 - 48	-	-	-	-	-	-	1	0.96	1	0.96	2	1.92
TOTAL	64	61.54	20	19.23	4	3.84	4	3.84	12	11.53	101	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO #9

Medidas preventivas de ETS, por las Trabajadoras del Sexo, según su escolaridad, en el municipio de Coatepeque, Quetzaltenango, Marzo - Abril de 1,993

Escolaridad	Medidas preventivas E. T. S											
	Relaciones con personas		Los revisa		Exige uso condon		Desconocidos Corto vaginal		Se inyectan		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Analfabeta	0	-	27	26	13	12.5	2	1.92	1	0.96	43	41.30
Primaria	4	3.84	15	14.42	20	19.2	3	2.88	2	1.92	44	42.31
Basico	0	-	8	7.69	5	4.81	1	0.96	1	0.96	15	14.92
Diversific.	0	-	0	-	1	0.96	1	0.96	0	-	2	1.92
Total	4	3.84	50	48.08	39	37.5	7	6.73	4	3.84	104	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

## CUADRO #10

Medidas de prevención contra el SIDA según grado de escolaridad, que utilizan las Trabajadoras del Sexo, registradas clínicamente en el municipio de Coatepeque, Quetzaltenango, Marzo - Abril de 1,993

Escolaridad	Prevención contra el SIDA											
	Relaciones con personas conocidas.		Los revisa.		En caso de duda coito vaginal.		Exige uso condón.		No le importa.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Analfabeta	2	1.92	8	7.69	5	4.81	27	26	1	0.96	43	41.3
Primaria	-	-	5	4.81	6	5.77	30	28.8	3	2.88	44	42.31
Básico	-	-	2	1.92	1	0.96	12	11.5	-	-	15	14.42
Diversificado	-	-	-	-	-	-	2	1.92	-	-	2	1.92
Total	2	1.92	15	14.4	12	11.53	71	68.3	4	3.84	104	100

Fuente: Tabla de recolección de datos.

## CUADRO #11

Frecuencia de Enfermedades de transmisión según grado de escolaridad en las Trabajadoras del Sexo, registradas clínicamente en el municipio de Coatepeque, Quetzaltenango, Marzo - Abril de 1,993

Escolaridad.	Frecuencia de Enfermedades de Transmisión Sexual													
	1 Enfermedad.		2 Enfermedad.		3 Enfermedad.		> de 3 enfermedades.		sub-total		Ninguna		total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Analfabeta.	12	11.5	1	0.96	3	2.88	-	-	16	15.4	27	26	43	41.3
Primaria	12	11.5	5	4.81	2	1.92	1	0.96	20	19.8	24	23.1	44	42.31
Básico	3	2.88	-	-	-	-	1	0.96	4	3.85	11	10.6	15	14.42
Diversific.	-	-	1	0.96	-	-	-	-	1	0.96	1	0.96	2	1.92
Total	27	26	7	6.73	5	4.81	2	1.92	41	39.4	63	60.6	104	100

Fuente: Tabla de recolección de datos

## CUADRO # 11.A

E.T.S. (\*) más frecuentemente padecidas por las Trabajadoras del Sexo, en el municipio de Coatepeque, Quetzaltenango, Marzo - Abril de 1,993

Enfermedad	Frecuencia
Gonorrea	26
Ladillas	15
I. V. I. (*)	7
Sifilis	6
Chancro Blando.	6
Papilomas	3
Hepatitis B.	1

Fuente: Boleta de recolección de datos.

(\*) Enfermedades de transmisión Sexual.

(\*) Infección Vaginal Inespecífica.

## CUADRO # 12

Frecuencia y Tipo de Drogas utilizadas por las Trabajadoras del Sexo, registradas clínicamente, en el municipio de Coatepeque, Quetzaltenango, Marzo - Abril de 1,993.

Tipo de Droga	Frecuencia de Su Uso											
	Siempre		Casi Siempre		La mitad de veces		Rara vez		Nunca		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alcohol	11	10.58	6	5.77	7	6.73	9	8.65	2	1.92	35	33.65
Tabaco	7	6.73	4	3.84	2	1.92	2	1.92	2	1.92	17	16.35
Otras	2	1.92	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1.92
Alcohol Tabaco	25	24.04	17	18.35	2	1.92	-	-	1	0.96	45	43.29
Ninguna	-	-	-	-	-	-	-	-	5	4.81	5	4.81
TOTAL	45	43.27	27	25.96	11	10.58	11	10.58	10	9.60	104	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

35  
CUADRO # 13

Tipo de Drogas utilizadas según edad por las Trabajadoras del Sexo,  
registradas clínicamente, en el municipio de Coatepeque, Quetzaltenango  
Marzo - Abril 1,993

Edad (años)	Tipo de Droga											
	Alcohol		Tabaco		Otras		Alcohol Tabaco		Ninguna		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
14 - 18	4	3.85	4	3.85	1	0.96	5	4.8	2	1.92	16	15.38
19 - 23	12	11.5	5	4.8	1	0.96	13	12.5	-	-	31	29.8
24 - 28	10	9.6	4	3.85	-	-	11	10.6	1	0.96	26	25.0
29 - 33	6	5.8	1	0.96	-	-	6	5.8	1	0.96	14	13.46
34 - 38	2	1.92	3	2.88	-	-	8	7.7	-	-	13	12.5
39 - 43	-	-	-	-	-	-	2	1.92	-	-	2	1.92
44 - 48	1	0.96	-	-	-	-	-	-	1	0.96	2	1.92
TOTAL	35	33.65	13	12.5	2	1.92	45	43.27	5	4.8	104	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

## VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En esta investigación se obtuvieron los siguientes resultados: en las trabajadoras del sexo registradas clínicamente en el municipio de Coatepeque, Quetzaltenango; el 93% se encuentran en edad fértil (entre 14 a 35 años), siendo la edad promedio 25 años; se determinó que las Trabajadoras del Sexo hacen de su oficio su modo exclusivo de vida pues el 85% se dedica únicamente a su profesión, y 81% trabajan los 7 días de la semana, el 100% de las encuestadas refirió trabajar más de 12 horas/día (ver cuadro 5). Estas personas poseen escasa escolaridad, solo un 2% de ellas obtuvo nivel escolar diversificado, mientras que el 41% son analfabetas, esto comprueba lo ya establecido sobre la personalidad de las Trabajadoras del Sexo. (18)

Contrario a lo que dicen algunos autores, que las trabajadoras del sexo caen frecuentemente en el lesbianismo (18), en este trabajo se determinó que el 90% de ellas son heterosexuales y generalmente solo tienen coito vaginales (72%) (ver cuadro No. 4). Como se ve en el cuadro 5, la mayoría de las trabajadoras del sexo tienen múltiples parejas sexuales, el 54% de ellas tienen entre 4-6 parejas diferentes por día y el 35% más de 7 parejas diarias, riesgo constante para la adquisición y diseminación de ETS. Así también, se determinó que solo el 62% utilizan siempre anticonceptivos, mientras que el 12% nunca los utiliza, vale la pena preguntarnos qué tanto influye esto unido a la edad reproductiva en que se encuentran en el aumento de embarazos no deseados y abortos?. También se determinó que el método anticonceptivo más utilizado es el condón (51%) seguido por el uso de anticonceptivos orales (36%). (ver cuadro 7a)

En lo que se refiere a ETS, se determinó que el 35% posee un conocimiento adecuado a pesar de que están registradas y asisten a control semanal. Como se ve en el cuadro 9, el 37.5% exige a los clientes el uso de condón como medida preventiva a enfermedades de transmisión sexual, pese a que ellos rechazan su uso; mientras que el 48% toma como medida de prevención la revisión a los que solicitan sus servicios, consistente en examen de los genitales externos para observar lesiones o secreciones anormales, aunque como lo menciona la literatura un buen número de enfermos están asintomáticos. (13)

Se determinó que a mayor grado de escolaridad más exigen uso de condón, aunque como se mencionó antes, las trabajadoras del sexo se encuentran con el inconveniente de que no todos los clientes lo aceptan y ellas no pueden obligarlos, pues son ellos los que pagan. otra medida preventiva que utilizan es que únicamente tienen coito vaginales, conocimiento errado pues las ETS se adquieren y contagian por cualquier contacto sexual íntimo (vaginal, oral, anal), esta medida no las exenta de padecerlas y contagiarlas.

También se identificó que el 39% de ellas ha padecido 1 ó más ETS durante su profesión, siendo las analfabetas y de nivel primario las que más frecuente han padecido estas enfermedades (ver cuadro 11); de la Enfermedades de Transmisión Sexual reportada más frecuente en este grupo de estudio es la gonorrea 25% y ladillas 14%, entre otras (ver cuadro 11a).

El consumo de drogas por las trabajadoras del sexo es frecuente, como se observa en el cuadro 12, el 91% consumen una o más drogas, las drogas más usadas son: solo tabaco 16%, solo alcohol 34% y el 43% utilizan ambas drogas y el 45% de ellas las consume siempre; podemos agregar otro factor de riesgo en estas personas.

Se les preguntó también a las trabajadoras del sexo, si tendrían o tienen relaciones coitales si padecieran una enfermedad de transmisión sexual, a lo que el 10.6% dijo que tendrían solo si el médico se lo indicaba, mientras que el 81% refirió que tendrían relaciones hasta que se consideraran sanas, conducta errada, pues como anteriormente se menciona un buen número de enfermos están asintomáticos. (13)

Es importante mencionar que el 93% de las encuestadas temen a las enfermedades de transmisión sexual y 96% le temen al SIDA, le temen más al Sida por lo incurable de ésta; se determinó que el 88% de ellas consideran no poseer conocimientos adecuados y suficientes sobre enfermedades de transmisión sexual y prevención y que les gustaría recibir información y orientación a través de charlas y películas; esto es favorable porque están en disposición de aprender.

## IX CONCLUSIONES

- 1.- El 81% de las Trabajadoras del Sexo utilizan esta profesión como su único ingreso económico, pues trabajan los 7 días a la semana y más de 12 horas diarias.
- 2.- El 41% de ella son analfabetas, el 42% de nivel escolar primario, lo que parece ser que son más frecuentes las Enfermedades de Transmisión Sexual en estos grupos.
- 3.- El 93% de las trabajadoras del sexo se encuentran en edad reproductiva a pesar de esto un 12% no utiliza anticonceptivos.
- 4.- En su mayoría las Trabajadoras del Sexo no poseen conocimientos adecuados sobre Enfermedades de Transmisión Sexual pese a estar registradas clínicamente.
- 5.- La mayoría de las Trabajadoras del Sexo son heterosexuales y en el ejercicio de su profesión la mayoría realiza coito vaginales.
- 6.- En el ejercicio de su profesión el 39% de las trabajadoras del sexo ha padecido una o más enfermedades de transmisión sexual, siendo la más frecuente la gonorrea.
- 7.- Es frecuente el consumo de drogas por las trabajadoras del sexo (91%), siendo las más usadas el alcohol y el tabaco.
- 8.- Tres terceras partes de las encuestadas reconocen que no poseen suficientes conocimientos sobre ETS y están en disposición de aprender.

## X RECOMENDACIONES

- A: Introducir en el plan de profilaxis semanal para las Trabajadoras del Sexo en los centros de salud, actividades de educación sexual y sanitaria a estas personas.
- B. Enfatizar la atención médica en este grupo poblacional de alto riesgo, en los centros de salud.
- C. Instruir a las trabajadoras del sexo sobre concepción y métodos anticonceptivos existentes.
- D. Investigar la incidencia de abortos en las trabajadoras del sexo.
- E. Exigir estrictamente el uso de condones en los prostibulos, como regla del Ministerio de Salud Pública.

## XI RESUMEN

Este estudio se realizó en 104 Trabajadoras del Sexo registradas clínicamente en el Centro de Salud y en una clínica Privada del municipio de Coatepeque, Quetzaltenango, con el objeto de investigar los conocimientos, actitudes y prácticas preventivas que ellas utilizan; para ello se pasó una encuesta anónima que incluía 25 preguntas, el estudio se realizó en el lapso de 6 semanas debido a que no todas acuden semanalmente a su control; determinándose que más de la tercera parte son analfabetas y la mayoría utilizan la prostitución como modo exclusivo de vida.

Se determinó además que el 35% de las trabajadoras del sexo posee conocimiento adecuado sobre enfermedades de transmisión sexual. Un 12% de ellas no utiliza métodos anticonceptivos y el 39% ha padecido 1 o más veces alguna ETS, de las cuales la más frecuentemente reportada es la gonorrea.

Las Trabajadoras del Sexo son en su mayoría heterosexuales, con múltiples parejas sexuales, un 10% reportó tener relaciones homosexuales.

Más de las tres terceras partes de las encuestadas le temen a las ETS, y consideran necesario que se les imparta educación sexual y sanitaria.

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Adamec, C.S., and Phil, R.O. Sex Differences in response to Marijuana in a Social setting. Psychology of Women Quarterly. 1978. (pp. 334-352).
2. Almeida j. methods of starting discussion with scool age (11- 16) Cameroon Teenagers on Sex and STD. Unpublished MSC dissertation, Institute of Child Helth, London, 1980.
3. Annon, J.S. The behaviorial Treatment of Sexual Problems: Brief therapy. New York: Harper y Row, 1976.
4. Asch, S.E. Forming impression of Personality. In his Journal of Abnormal and Social Psychology, 1946 (pp. 41, 258-290).
5. Baron, R. A., and Byrne, D. Social Psychology: Understanding Human Interaction. Boston: Allyn & Bacon, 1977.
6. Bell, A. P., and Winberg, D. Homosexualities: A study of diversity among men and women. New York: SimonEhster, 1978.
7. Benhow, C.P., and Stanley J.C. Sex differences in Mathematical ability: Fact or artifact, Science, 1980 (pp. 210, 1262-1264).
8. Bou, Dolores, Enfermedades de Transmisión Sexual, colección Conocer a Tiempo. Tibidao, Barcelona, Octubre, 1985.
9. Bone, Vela, Shanty. Cambios en Conducta Sexual en Mujeres que usan Anticonceptivos. Tesis (Médico y Cirujano) USAC. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1988.
10. Brown, Miller, S. Agaisnt our will: Men, Won and rape. New York, Simon and Schuster, 1975.
11. Burk, R., Miller, R.E., and Caul, W.F. Sex personality and Physiological Variables in the Communication of affect via facial expression. In his: Journal of Personality and Social Psychology, 1974. (pp. 30, 587-596).
12. Byrne, D. and Lamberth, J. et. al. The effects of erotic Stimulation Sex Arousal, evaluative responce, and consequent behavior. Int.Technical Report of the comission on obscenity and Pornography. Washinton D.C.: U.S. government Printing Office, 1971.
13. Enfermedades de Transmisión Sexual. Como identificarlas y Prevenir las y curarlas. Grijalbo Arago, 385. Barcelona 1989. (pp. 43-58).
14. Feldman - Summers, S., Gordon, P. and Meagher, J. R. The Impact of rape on Sexual Satisfaction. In his: Journal of Abnormal Psychology, 1979 (pp. 36, 101-105).

15. Fisher, S.D., and Byne, Sex differences in response to erotical love versus lust. In his: Journal of personlity and Social Psychology, 1978. (pp 55, 117-125).
16. Fisher, S. and Greenberg, R.p. The Cientific credibility of Freud Theories and therapy. New York: Basic Books. 1977.
17. Gagnon, J. Female Child victims of sex offenses. Social Problems, 1965. (pp. 13, 176-192).
18. Galich, L. F.. Programa Adiestramiento y Educación para la Vida Familiar Curso para docentes en Educación Sexual. (pp.1 - 14).
19. Green, R. Sexual identify conflicts in children and adults. New York: Basic Books, 1974.
20. Griffitt, N., Response to erotic and projection of response to erotic in the opposite sex. In his: Journal of experimental Research in personality 1979, 9pp. 330-338).
21. Hasseltt, J. Sex and smell. Psychology today. 1978 (pp. 12, 40-45).
22. Kanin, E.J. and Parcell, S.R. Sexual Agression: A second look at the offend female. Archives of sexual Behavior. 1977,(pp. 6, 67-76).
23. Kaplan, R.M. Is Beaty Talent, Sex interaction in the atractivens halo effect Sex Roles, 1978. (pp. 4, 195-205).
24. Keverne, E.B. Pheromones and Sexual behavior, In: J. Money and H. Musaph (Eds.) Handbook of sexology, Amsterdan: Excerpta Medica 1977.
25. Kinsey, A.C.,Pomeroy, W.B., Martin, C. E., and Gebhard, P. H. Sexual Behavior in the Human Male. Philadelphia, Saunders, 1953.
26. Kolata, G. B. Math and sex: Are girl born with less ability. Science, 1980. (pp. 210, 1234-1235).
27. Levitt, E.E. and Brady, J.P. Sexual Preferences in Young adult males an some correlates. In his: Journal of clinical Psychology, 1965. (pp. 21. 147-354).
28. Malamuth, N. Rape Fantasies as a Fuction of esusore to Violen Sexual stimulity. Archives of Sexual Behavior 1981. (pp. 10, 33-47).
29. Martinez, M. Sexualidad en la Mujer. Tesis (Médico y Cirujano) USAC, Facultad de ciencias Médicas. Guatemala, 1987.

30. Master, W.H. and Johnson, V.E. Human Sexual response, Boston. Little, Brown 1970.
31. Master, W.H. and Johnson, V.E. Human Sexual Inadequacy, Boston. Little Brown 1966.
32. Sandoval, Gabriel. Sexualidad y Embarazo. Tesis (Medico y Cirujano) USAC, Facultad de Ciencias Medicas, Guatemala 1987
33. Schafer, S. Sexual and Social Problems of Lesbians. In his: Journal of sex reserch, 1978. (pp. 26, 81-91).
34. Schafer, K.F. Sex roles and human Behavior. Cambridge Mass; Winthorp, 1981.
35. Sexualidad. Lucha contra las Enfermedades de Transmision Sexual, Ginebra OMS, 1985. (pp. 25-31).
36. Solares Sonia. Conocimientos y Actitudes sobre Sexualidad en Adolescentes Femeninos de educacion media. Tesis (Medico y Cirujano) USAC, Facultad de Ciencias Medicas, Guatemala, 1988.
37. Sotur, I. Psychosexual Stimulation; Sex differences. In his: Journal of Sex research. 1970 (pp. 6, 10-24).
38. Shibley, J. Entendiendo la Sexualidad Humana. Barcelona 1989.(pp. 381-185).
39. Sexualidad Humana de McCarey. Editorial Manual Moderno. Mexico 1987. (pp. 285).
40. Registros Sanitario, Archivo Centro de Salud de Coatepeque.
41. El Desarrollo Sexual Humano perspectivas de la Educacion Sexual, Edutex, Mexico 1970. (pp 185).



- 5.- Cuando tuvo relaciones sexuales con personas de su mismo sexo?  
Hace 5 años  
Hace 1 año  
Lo hace frecuentemente  
No recuerda cuando  
No ha tenido relaciones
- 6.- Desempeña otra profesión además de laborar como trabajadora del sexo?  
si Cual  
No
- 7.- Cuantos días a la semana labora usted, como trabajadora del sexo, y cuantas horas diarias?
- 8.- Cuantas parejas sexuales diferentes tiene usted cada día?
- 9.- Señale que método anticonceptivo (s) utiliza al tener relaciones sexuales?  
Preservativo (condón)  
Píldoras  
Jaleas  
Supositorios  
Dispositivo intrauterino  
Retirada  
Otros (especifique)
- 10.- Si utiliza anticonceptivos, con que frecuencia lo hace?  
Siempre  
Casi siempre  
La mitad de las veces  
rara vez  
Nunca
- 11.- Utiliza alguna de estas drogas en el ejercicio de su profesión?  
Alcohol  
Tabaco  
Otras (especifique)
- 12.- Si utiliza drogas en su profesión con que frecuencia lo hace:  
Siempre  
Casi siempre  
La mitad de las veces  
Rara vez  
Nunca

13. Cuando tiene relaciones sexuales, que tipo de contacto tiene?  
Vaginal  
Oral genital  
Anal  
Masturbación mutua
14. Con que frecuencia realiza usted, practica sexuales buco-genitales?  
Siempre  
Casi siempre  
La mitad de las veces  
Rara vez  
Nunca
15. Con que frecuencia realiza usted practicas sexuales anales?  
Siempre  
Casi siempre  
La mitad de las veces  
Rara vez  
Nunca
16. Le importa llegar al orgasmo o clímax durante las relaciones sexuales?  
Si  
No  
No se
17. Practica alguna técnica sexual para llegar al orgasmo?  
Si (especifique cual)  
No
18. Defina que entiende por enfermedades venéreas o de transmisión sexual?
19. Indique cual de las siguientes enfermedades ha padecido y cuantas veces?  
Sífilis  
Gonorrea  
Herpes  
Hepatitis B  
Chancro blando  
Ladillas  
Otra  
Ninguna