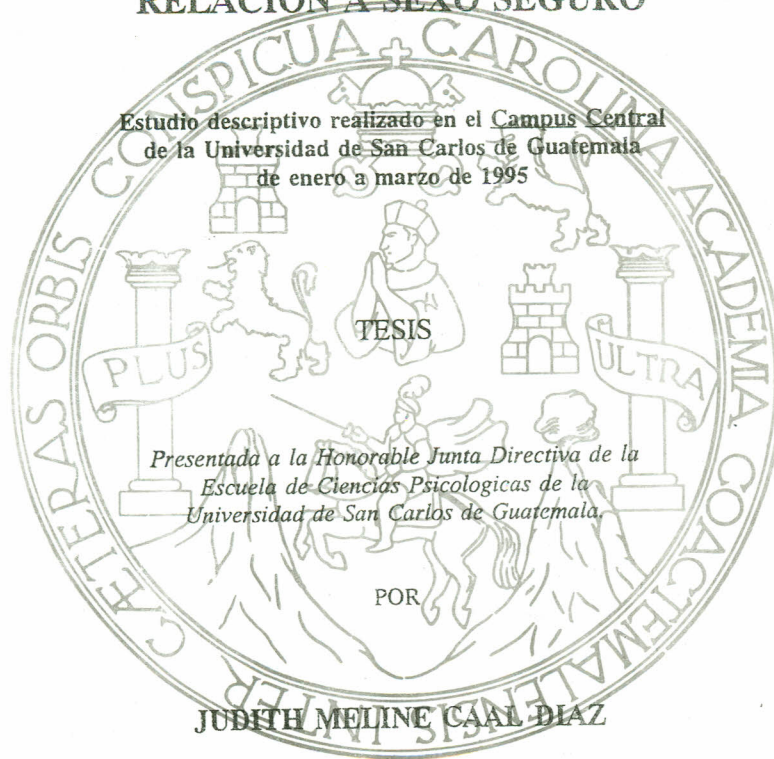


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS (CAPs)
DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN
RELACION A SEXO SEGURO**

Estudio descriptivo realizado en el Campus Central
de la Universidad de San Carlos de Guatemala
de enero a marzo de 1995



En el acto de investidura de:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

Guatemala, octubre de 1995



THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DIVISION OF THE PHYSICAL SCIENCES

REPORT OF THE
COMMISSION ON THE ORGANIZATION
OF THE DIVISION OF THE PHYSICAL SCIENCES

BY
THE COMMISSIONERS

1962

DL
13
T(325)

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Walter René Soto Reyes
D I R E C T O R

Licenciado Abraham Cortez Mejía
S E C R E T A R I O

Licenciado Felipe Alberto Soto Rodríguez
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS 'M-5, M-3'
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 760790-94 Y 760985-86
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
Archivo

REG. 865-94

CODIPs. 663-95

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL
DE INVESTIGACION.

Octubre 31 de 1995

Señorita Estudiante
JUDITH MELINE CAAL DIAZ
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted(es) el Punto TERCERO del Acta TREINTA Y NUEVE NOVENTA Y CINCO (39-95) de fecha treinta de octubre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"TERCERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe final de INVESTIGACION, titulado: **"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAPs) DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN RELACION A SEXO SEGURO"**, de la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

JUDITH MELINE CAAL DIAZ

CARNET No. 88-13763

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Mireya Gularte y revisado por el Licenciado Carlos Enrique Orantes Troccoli.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Abraham Cortez Mejía

SECRETARIO



/rmp.



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIOS 'M-5, M-3'
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 760790-94 Y 760985-86
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

CIEPs. 441-71

REC. 365-94

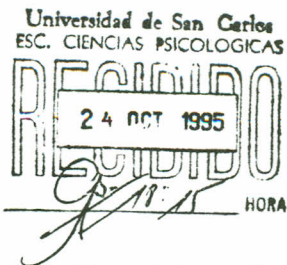
Guatemala, 24 de octubre de 1995

INFORME FINAL

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORES:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Carlos Enrique Grantes Troccoli, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS (CAPs) DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN RELACION A SEXO SEGURO", correspondiente a la Carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, elaborado por:



NOMBRE

JUDITH MELINE CAAL DIAZ

CARNE No

88-13763

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente,

"ED Y ENSEÑAR A TODOS"


LIC. FELIPE ALBERTO SOTO RODRIGUEZ
COORDINADOR CENTRO DE INVESTIGACIONES
EN PSICOLOGIA

FASR/edr
c.c. archivo





ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIOS 'M-5, M-3'
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 760790-94 Y 760985-86
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala,
15 de octubre de 1998.

LICENCIADO
FELIPE ALBERTO SOTO R.
COORDINADOR a.i.
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADO SOTO:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado: **"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS (CAPs) DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN RELACION A SEXO SEGURO"**, de la Carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, presentado por la estudiante:

NOMBRE

JUDITH MELINE CAAL DIAZ

CARNE No

88-13763

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE**, solicitando continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente,

"VEN Y ENSEÑAD A TODOS"

LIC. CARLOS ENRIQUE OLIVERA TRUCCOLI



CCU/ear
c.c. archivo



THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DIVISION OF THE PHYSICAL SCIENCES
DEPARTMENT OF CHEMISTRY

RECEIVED

Guatemala 29 de septiembre de 1,995.

Licenciado
Felipe Soto
Coordinador General del Depto.
de Investigaciones en Psicología
Edificio

Respetable Licenciado:

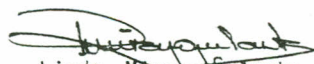
Por este medio certifico que he concluido el trabajo de asesoría de la tesis titulada: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DEL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO EN RELACION A SEXO SEGURO" (Estudio descriptivo realizado en el campus central de la Universidad de San Carlos de Guatemala de enero a marzo de 1995), presentado por la estudiante:

Judith Meliné Caal Díaz

Carnet No. 88-13763

El mismo reúne los requisitos necesarios que la Escuela de Ciencias Psicológicas exige para una investigación científica, emitiendø así dictamen de aprobación.

Agradeciendo la atención, me suscribo,
atentamente,


Licda. Mirya Gualarte
Psicóloga, Colegiada 2028.
ASESORA
Licda. R. Mirya Gualarte
PSICOLOGA
Colegiada 2028



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS 'M-5, M-3'
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 760790-94 Y 760985-86
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 865-94

CODIPs. 161-95

APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y
NOMBRAMIENTO DE ASESOR

12 de junio de 1995

Señorita Estudiante
JUDITH MELINE CAAL DIAZ
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted,
el Punto SEPTIMO (7o.) del Acta DIECISIETE NOVENTA Y CINCO (17-95)
de Consejo Directivo, de fecha 8 del mes en curso , que copiado
literalmente dice:

"SEPTIMO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene
el Proyecto de Investigación titulado: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRACTICAS (CAPs) DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN RELACION A
SEXO SEGURO", de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, presentado
por:

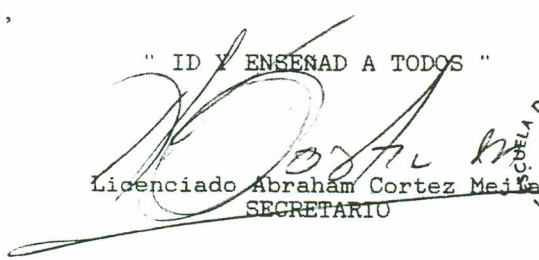
JUDITH MELINE CAAL DIAZ

CARNET No.88-13763

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia
satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de
Investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar
como asesora a la Licenciada Mireya Gularte ."- - - - -

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciado Abraham Cortez Mejía
SECRETARIO



/Lillian

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin la valiosa colaboración de Francisco Avila, Carmen Yac, María Aurelia Cano, Fredy Herrarte, Mary y Magalí Cano, Marina Dávila y Glenda Chinchilla.

Agradezco también al Lic. Enio Cano, Dr. Edwin Solórzano, Lic. Carlos Orantes Trócoli y Licda. Mireya Gularte por la asesoría y revisión crítica de las primeras versiones del trabajo.

A los facilitadores del proyecto "Prevención de embarazo no deseado y ETS/VIH en la Universidad de San Carlos de Guatemala": Edna Calderón, Brenda Aguilar, Adriano Yam, Estuardo Domínguez, Beatriz Carrillo, Gloria Aguilar y Lucy Anleu.

Este trabajo fue apoyado por el Centro de Orientación, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual (CODETS).

A LUCIA DIAZ,
POR SU AMOR.

A ENIO CANO,
POR TODO LO COMPARTIDO.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE GUATEMALA
BIOLOGIA

I. INTRODUCCION

Vivimos en una sociedad alienada, donde la vida y el trabajo no proporcionan placer porque dependen de disposiciones ajenas y no surgen de un verdadero esfuerzo en conjunto, porque tampoco permite que la convivencia se desarrolle creativamente (Denker, 1973. s.p.).

Uno de los elementos más fácilmente observables en la sociedad de clases es la represión sexual. Esta represión sexual ¿está determinada biológicamente? (y es inalterable) o ¿está determinada sociológicamente? (y es alterable). Reich (1942, pp 200-203) concluye que su origen es socioeconómico y no biológico y por lo tanto **modificable**.

Gran parte del contenido de los conocimientos, actitudes y prácticas de la sexualidad humana se encuentran en el escotoma, la otra parte es lo que la sociedad permite conocer y expresar, con la ayuda de la educación y la institución de la familia. Este estudio pretende hacer un diagnóstico sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de la Universidad de San Carlos de Guatemala, respecto a SEXO SEGURO. Esto porque la sexualidad debe seguir siendo una actividad para el ser humano, sin el temor de un embarazo no deseado, el contagio de una enfermedad de transmisión sexual o la adquisición del virus del SIDA, y con una plena libertad de comunicación y expresión sexual.

Tanto los embarazos no deseados como las enfermedades de transmisión sexual, se asocian con actitudes de vergüenza, miedo y aislamiento social, porque en ellos está involucrado el contacto sexual. Esto está relacionado al casi absoluto desconocimiento del

comportamiento sexual del guatemalteco ya que es un tema que no se discute abiertamente. **Esa es la interrogante** (Mairén, 1992. s.p.) ¿Qué ha hecho la sexualidad al humano? pues el sólo nombrarla ha sido fuente de temores, culpas y vergüenzas, evadiendo la reflexión y el discurso serio (Mairén, **loc. cit.**). Con todos los misterios que encierra, alrededor de la sexualidad se han formulado toda una serie de mitos y tabúes que han dado paso, por medio de la ignorancia y la contaminación de juicios de valor, a una enorme colección de prejuicios en nuestra cultura (Mairén, **loc. cit.**).

Sin embargo siendo, tan natural, tan necesaria y tan plena de sentido, es y seguirá siendo una opción para la población en general y en particular para los estudiantes universitarios (nuestro sujeto de estudio) porque no solamente es el medio de conservación y evolución de la especie humana (Buss, 1994, p. 238 y Dorch, 1981, p. 897), sino una de las más sublimes expresiones de la personalidad del hombre.

La sexualidad en general se inscribe en el contexto de lo no hablado e incluso de lo prohibido. Por ejemplo, González (1992, p. 85) estudiando mujeres guatemaltecas, no encontró casos en los cuales fueran favorecidas con informaciones sexuales en el sentido de las relaciones amorosas que se establecen entre los sexos. En todos los casos, el tema de la sexualidad estuvo ausente en cualquier conversación familiar. De acuerdo a Gonzáles (**op. cit.**, pp. 85-86), esto influyó en que la mayor parte de las entrevistadas llegaran a su primera relación sexual (que no fue cuando se casaron), con todos los temores y angustias que subyace en lo

desconocido y a la espera de una experiencia dolorosa.

Respecto al estudiante universitario se conoce muy poco sobre cuales son sus conocimientos, sus actitudes y sus prácticas en relación a su actividad sexual y específicamente en cuanto a SEXO SEGURO. Para este estudio se maneja la definición de la Federación Internacional de Planificación Familiar/ Región Hemisferio Occidental (IPPF/RHO), según la cual sexo seguro es: sexo libre de embarazos no deseados, libre de enfermedades de transmisión sexual (ETS), libre de VIH/SIDA, libre de violencia y con pleno goce en la actividad sexual.

Mairén (op. cit. p. 30) demostró la existencia de prejuicios sexuales en estudiantes de la Universidad de San Carlos (USAC) principalmente en lo relacionado a masturbación y virginidad.

Según Meléndez (1992, p. 57), los estudiante de la USAC de ambos sexos, de primer ingreso y pendientes de graduación, inician su actividad sexual entre los 14 y 18 años. Este autor concluye que el 56% (más de la mitad de la población en estudio) inició su actividad sexual antes de los 16 años, es decir tempranamente.

Meléndez (op. cit., p. 58) encontró que, de quienes admitieron frecuentar a trabajadoras del sexo (prostitutas), el 43% resultó con antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual - ETS (proporcionalmente los estudiantes de primer ingreso resultaron más expuestos). En la Unidad de Salud de Bienestar Estudiantil de la USAC, se ha atendido a estudiantes con ETS, pero no se lleva registro de ello (Dr. Guerra, comunicación personal).

En la Clínica de la Mujer de APROFAM (Asociación Probienestar

de la Familia), ubicada en la Unidad de Salud de la USAC, se ha atendido casos de ETS y han pedido ayuda con embarazos no deseados (Enfermera, comunicación personal); en el caso de estos últimos, la enfermera aclara los servicios de la clínica y muchas de las estudiantes han decidido llevar ahí su control prenatal.

Las implicaciones psicológicas de embarazos no deseados, adquisición de ETS y VIH/SIDA y el maltrato sexual a la pareja, han sido documentados ampliamente por Meléndez G.(1995, pp.19-23), Aguilar y Flores, 1994, pp. 79-80), González (op. cit. pp.85-88), Hatcher et al (1989, p. 117).

Meléndez G.(op. cit., pp 46-52) indica que existen implicaciones emocionales, laborales y sexuales en pacientes guatemaltecos que se enteran que están contagiados con el HIV o están enfermos de SIDA. Una de las características subyacentes del período posterior al diagnóstico es la ansiedad. Puede deberse a varios factores, muchos de los cuales reflejan las preocupaciones que le toca vivir al sujeto, entre ellos: el pronóstico y la evolución de la enfermedad inciertos, los efectos de la medicación y el tratamiento, el estado de la pareja y la capacidad de ésta para hacer frente a la situación, las reacciones de otros (familiares, amigos, amante, colaboradores, patrones), la pérdida de las habilidades cognoscitivas, físicas, sociales y ocupacionales, y el riesgo de infección de otros y hacia ellos (Meléndez G., loc.cit.). En cuanto a implicaciones laborales surge un temor en que el conocimiento sobre la enfermedad por parte de los patrones originará su despido y ello, desafortunadamente, ha

sido muy común (Meléndez G., *op. cit.*, p.22). Y de las implicaciones sexuales fundamentalmente han sido resaltadas dos consecuencias; primero, el diagnóstico origina trastornos funcionales, con frecuencia una pérdida inicial de la libido, disfunción de la erección o lubricación aunada a restricciones conductuales consecutivas a los lineamientos de las prácticas de SEXO "MAS" SEGURO; segundo, el SIDA crea trastornos conceptuales para el paciente. En consecuencia el SIDA origina una interrupción crítica en el estilo de vida; conduciendo en algunos casos a grados altos de culpabilidad por las prácticas sexuales acostumbradas, intentando los pacientes rectificar su conducta, prometiendo una reorientación en las actividades sexuales que hasta entonces han realizado de manera permanente (Meléndez G., *op. cit.*, p. 23).

Repercusiones psicológicas similares se han notado en pacientes que se saben contagiados con una Enfermedad de Transmisión Sexual (obs. pers. en clínica del Centro de Orientación Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual, CODETS).

Los embarazos no deseados provocan serios trastornos en la mujeres durante el embarazo y graves efectos en las relaciones entre los padres y el hijo después del nacimiento (Pohlman y Pohlman, 1969. pp. 211-354). El hijo nacido de un embarazo no deseado puede ser (y muy frecuentemente es) un hijo indeseado. Los matrimonios forzados por una concepción premarital están más propensos a fracasar. Los matrimonios conservados artificialmente por una concepción usada como chantaje frecuentemente terminan por

destruirse (Pohlman y Pohlman, *op. cit.*, pp. 355-375). Cuando este embarazo es interrumpido por medio del aborto, se produce un duelo, pero un duelo agravado, porque no se trata sólo de una pérdida de objeto sino también de importantes partes del Yo corporal y psicológico. El aborto, considerado como una castración y un filicidio, produce un duelo patológico, debido a que predominan defensas maníacas, sobre todo la negación que evita enfrentarse con las profundas ansiedades persecutorias y depresivas que despierta (Calandra *et al.*, 1973, p. 245). La negación no es un simple mecanismo de rechazo o de engaño, sino una escotomización de la percepción de la realidad psíquica y de la realidad externa, que impide reconocer la importancia de lo sucedido y discriminar la intensidad de las emociones suscitadas. Esto es una negación maníaca. Sin embargo, la literatura al respecto de las repercusiones psicológicas del aborto sigue siendo escasa. Los que condenan el aborto inflexiblemente y que exigen represiones legales severas, afirman que las secuelas psíquicas de los abortos son muy importantes y graves, y los autores que se inclinan a un enfoque liberal del aborto, y sobre todo los que proceden de países en que la permisibilidad del aborto se impone, niegan la trascendencia de estas secuelas y afirman que los abortos en general no provocan perturbaciones psicológicas serias (Calandra *et al.*, *loc.cit.*).

Respecto a las implicaciones de la agresión sexual, Aguilar y Flores (*op. cit.* pp. 80-81) encontraron que en Guatemala, las mujeres parricidas fueron sometidas a agresiones emocionales, físicas y/o sexuales entre el primer y tercer año de convivencia,

con frecuencia entre una vez al día y una vez a la semana.

En la población universitaria esta problemática, puede verse incrementada por la falta de acceso a la información, a la educación y a la compra de condones (como una alternativa para el sexo seguro). Esto pone a los estudiantes universitarios en condición de riesgo para el embarazo no deseado y para contraer y transmitir el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (Gularte, 1993).

Así, el problema a investigar consistió en detectar, describir e interpretar: conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) de los estudiantes inscritos en 1995 en la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) de la ciudad capital, en relación a SEXO SEGURO.

Los objetivos de la investigación fueron los siguientes:

1. Establecer la definición de "sexo seguro" de los estudiantes universitarios.
2. Determinar los conocimientos de los estudiantes universitarios en relación a metodología anticonceptiva y ETS/VIH-SIDA.
3. Determinar las actitudes de los estudiantes universitarios en cuanto al uso de métodos anticonceptivos y especialmente ante el uso del condón.
4. Identificar prácticas sexuales "de riesgo" de los estudiantes universitarios en cuanto a embarazos no deseados y adquisición de ETS/VIH-SIDA.



A. MARCO TEORICO

1. METODOLOGIA CAP's:

La metodología CAPs es un método etnográfico, descriptivo y observacional, indicado para realizar investigaciones relacionadas con los patrones de comportamiento en la búsqueda de la salud (Carranza 1993) física, mental y social. En este sentido el conocimiento tiene carácter de comprensión de las cosas (Dorsch 1981, p. 185); la actitud es la tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación, de tal manera que la actitud es un estado de ánimo del sujeto (Vander 1986, pp. 199-203); las prácticas se refieren a las conductas o acciones de una persona.

2. SEXO SEGURO:

En torno a la definición de la IPPF, son necesarias las siguientes definiciones:

Los embarazos no deseados se pueden evitar haciendo uso de métodos anticonceptivos. En un sentido genérico se puede llamar métodos anticonceptivos a todos aquellos que prevengan o eviten la concepción, ya sean mecánicos (condón, diafragma, dispositivos intrauterinos DIU), químicos o farmacéuticos (jaleas, cremas, pastillas de aplicación local o por vía oral), quirúrgicos (abortos, ligaduras o sección de las trompas uterinas, y vasectomía) y físicos (coitus interruptus, abstención periódica o ritmo y celibato) (Pohlman y Pohlman, *op.cit.* p.xvii).

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) según la

Organización Mundial de la Salud son un grupo de enfermedades comunicables, que se transfieren predominantemente a través del contacto sexual. El término para ETS ha reemplazado recientemente al término "enfermedad venérea" (EV), un cambio en la terminología que ha acompañado tanto a un mayor conocimiento de las enfermedades infecciosas transmitidas a través del contacto sexual, como a una ampliación en la gama de enfermedades (Hatcher et al., 1989. p.109). Mientras que las enfermedades venéreas originalmente abarcaban cinco infecciones tradicionales -gonorrea, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal- el término enfermedades de transmisión sexual incluye más de 20 organismos y síndromes, incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la Chlamydia trachomatis y el herpes simplex. Los organismos van desde virus hasta bacterias y protozoos, y los síndromes resultantes pueden ser genitales, orales, anales, faríngeos, oftálmicos o sistémicos (Hatcher et al. loc.cit.).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es la manifestación de una infección transmitida sexualmente por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). El VIH causa un defecto en el sistema inmunológico del cuerpo al invadir y luego multiplicarse dentro de los glóbulos blancos (Linfocitos T4).

El VIH es muy frágil y muere rápidamente al salir del cuerpo humano. El VIH no se transmite a través del contacto diario o casual. No hay que preocuparse por usar un retrete, el teléfono o transporte público. Tampoco es posible transmitir el virus al toser o estornudar. Aun en el caso de estar conviviendo con una persona

con SIDA, respirando el mismo aire y compartiendo vasos, cubiertos y otros utensilios, no existiría la más mínima posibilidad de infectarse, al menos que sangre, semen o fluido vaginal de esa persona logre entrar en el torrente sanguíneo de la otra persona. Los mosquitos, abejas y zancudos no pueden transmitir el VIH. Los productos químicos presentes en piscinas y "jacuzzis" matan al virus instantáneamente (AIDS-Prevention Project-Seattle, 1990). En los líquidos corporales como lágrimas, saliva, sudor y orina el VIH se encuentra fundamentalmente en forma libre, siendo por ello poco infectante, además de que su concentración en estos sitios es muy baja; por tal razón estos líquidos corporales no actúan como vectores del virus (CONASIDA, 1989. p.30). La infección por medio de la saliva es una posibilidad tan remota e improbable que haría falta inyectar más de medio litro de saliva infectada directamente en las venas de una persona sana para producirla. (AIDS-Prevention Project-Seattle, op.cit.).

La actividad sexual libre de violencia y coerción y con pleno goce, exige libertad de elección, no acepta la compulsión o la fobia limitadora, quiere, entre múltiples opciones, la más adecuada para el cumplimiento de sus fines. Si el acto daña física o moralmente a la pareja en términos de lesiones físicas o graves humillaciones morales no es normal. El placer se opone a la actividad lesiva (Carver, 1990, p. 261) o involuntaria.

Un concepto emparentado con el sexo seguro es el de "SEXO MAS SEGURO", originado en la ciudad de Nueva York, por el Gay Men's Health Crisis en 1983, en un momento en que los homosexuales

masculinos se tornaban concientes en extremo de que el SIDA estaba matando a amigos y amantes (Almedal y Carlegard 1991, p. 2). El concepto nació de un grupo preocupado que deseaba que las relaciones sexuales siguieran siendo una actividad en el que ninguna persona fuese excluída a causa de su condición serológica (VIH positivo o negativo). El término se denominó "más seguro" en oposición a "seguro", dado que el riesgo de transmisión puede verse reducido, pero no completamente eliminado (Almedal y Carlegard, *loc.cit.*). Sin embargo autores como Miller (1989, 210-214) utilizan indistintamente los conceptos de "sexo seguro" y "sexo más seguro".

3. EL USO DEL CONDON (PRESERVATIVO) COMO ESTRATEGIA PARA LA PRACTICA DE "SEXO SEGURO":

De acuerdo al CDC (1993, pp. 589-591), el uso de condones de látex entre parejas heterosexuales serodiscordantes (es decir, en las cuales uno de la pareja es seropositivo para el VIH y el otro seronegativo) indicaron que el uso de condones de látex reduce significativamente el riesgo de transmisión de la infección por el VIH. Dos estudios subsecuentes de parejas serodiscordantes confirmaron este hallazgo e hicieron hincapié en la importancia del uso consistente (con cada acto sexual) y correcto del condón. En un estudio de parejas serodiscordantes, ninguna de las 123 parejas que usaron el condón consistentemente seroconvirtieron; en comparación, 12 (10%) de las 122 parejas que usaron el condón de manera inconsistente se infectaron con el VIH. En otro estudio de

parejas serodiscordantes (con mujeres seronegativas y hombres VIH positivos), tres (2%) de 171 parejas que utilizaban consistentemente el condón seroconvirtieron, comparado con ocho (15%) de 55 parejas que no lo utilizaban consistentemente (CDC, *loc.cit.*). Un estudio de laboratorio indicó que los condones de látex son barreras mecánicas eficaces para líquidos que contienen partículas del tamaño del VIH (CDC, *loc.cit.*).

El uso del condón reduce el riesgo de contraer gonorrea, infección por el virus herpes simplex (VHS), úlceras genitales y enfermedad pélvica inflamatoria. Además, los condones de látex intactos constituyen una barrera mecánica contra el VIH, VHS, Virus de la Hepatitis B (VHB), Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorhoeae (CDC, *loc. cit.*).

Por otro lado, estudios de laboratorio indican que el nonoxinol-9, un surfactante no iónico usado como espermicida en los condones, inactiva al VIH y a otros patógenos transmitidos por vía sexual. Sin embargo, no existen estudios que hayan demostrado que el nonoxinol-9 utilizado con un condón aumente la protección ofrecida por el condón solo, contra la infección por el VIH (CDC, *loc. cit.*).

El uso consistente y correcto del condón también constituye un buen método para la prevención de embarazos no deseados. Los estudios de Trussell *et al.* (1990, pp. 41-54) han demostrado que el condón tiene un 2% de fallo, en comparación con los métodos de abstinencia total (0% de fallo) y parejas con uso constante de anticonceptivos orales (0.1%).

4. SEXUALIDAD HUMANA: PSICOLOGIA Y DETERMINANTES CULTURALES:

La sexualidad es un aspecto inherente al ser humano, es influida desde el período prenatal y se manifiesta en todas las esferas de la vida. Cuando se habla de sexualidad se integran en los componentes biológicos, psicológicos y sociales. (Mairén, *op. cit.*, p. 4).

Según la teoría psicoanalítica, la sexualidad comienza al nacer el individuo y se desarrolla en fases. Hay características en cada una que persisten en toda fase subsecuente. La sexualidad se desarrolla y madura; se divide en período infantil, período de latencia y el período genital. Los períodos infantil y de latencia se denominan a veces período pregenital. El objetivo sexual durante el período genital es el placer obtenido por estimulación de las zonas erógenas del cuerpo que son la zona oral, anal y genital, en tanto que en el período genital, una vez alcanzada la madurez sexual, el placer se obtiene mediante el coito o masturbación. Este período normalmente se vuelve aloerótico, y se caracteriza tanto por la masturbación, como por la cópula heterosexual, el individuo estimula sus propias zonas erógenas pero es la estimulación genital por objetos de amor heterosexuales la que desempeña el papel principal (Cohen, 1973, p. 28).

Con el advenimiento de la pubertad, comienzan las transformaciones que han de llevar a la vida sexual infantil hacia su definitiva constitución normal. El instinto sexual, hasta entonces predominantemente autoerótico, encuentra por fin el objeto sexual (Freud, 1962, p. 73). Hasta la pubertad no aparece una

definida diferenciación entre el carácter masculino y el femenino, antítesis que influye más decisivamente que ninguna otra sobre el curso de la vida humana. Sin embargo, las disposiciones masculina y femenina resultan ya claramente reconocibles en la infancia. El desarrollo de las inhibiciones sexuales aparece en las niñas más tempranamente y encontrando una resistencia menor que en los niños. Asimismo es en las niñas mucha mayor la inclinación a la represión sexual, y cuando surgen en ellas instintos parciales de la sexualidad escogen con preferencia forma pasiva (Freud, *op. cit.*, p. 85).

La postura psicológica ante la sexualidad, forma parte de la ideología de cada grupo social, y ésta a su vez es el producto de su estructura económica y política (Mairén, 1992. s.p.). Así las cosas, la respuesta ante la sexualidad no es más que la manifestación conductual de la superestructura ideológica, cultural y política en una formación económico-social. Nuestra cultura descansa totalmente en la coerción de los instintos, entre ellos particularmente el sexual (Mairén, *op. cit.*, p. 7). Buena parte de las energías utilizables en la labor cultural, tiene su origen en la represión de los elementos de la excitación sexual, de donde se pueden distinguir tres grados de cultura: uno, en el cual la actividad del instinto sexual va libremente más allá de la reproducción; otro en el que el instinto sexual queda coartado en su totalidad, salvo en la parte puesta al servicio de la reproducción, y un tercero, en el cual sólo la reproducción legítima es considerada y permitida como fin sexual. A este tercer

estado corresponde nuestra "moral sexual cultural" (Mairén, *op. cit.*, p. 8).

En la sociedad capitalista, la familia constituye el aparato de educación por el que todo individuo de nuestra sociedad debe pasar. Por su propia forma y por influencia directa, la familia transmite las ideas conservadoras y las actitudes extendidas a propósito del orden social en vigor, pero además por su forma sexual, su estructura particular sobre la que reposa su existencia y que mantiene, ella ejerce una acción conservadora sobre la sexualidad del niño (Reich, 1945, pp. xxiii-xxiv).

La familia autoritaria, base del Estado y de la sociedad autoritaria posee las significaciones sociales siguientes: Desde el punto de vista económico, conservar las relaciones sociales de producción capitalistas; desde el punto de vista social, su papel en la sociedad autoritaria es proteger a la mujer y a los hijos, desprovistos de derechos económicos y sexuales y desde el punto de vista político, como fábrica de ideologías necesarias para conservar el sistema (Reich, 1984, citado por Mairén, *op. cit.*, p. 8).

Paralelamente a la función que ejerce la familia en la educación del individuo, se encuentra el de la escuela, que es también un aparato de la ideología, encargado de conservar los lineamientos de un sistema en particular y que excluye de sus contenidos el tema de la sexualidad, tanto por su incapacidad para enfocarlo sana y equilibradamente, como por su compromiso con el sistema autoritario. Desde su origen, el objetivo de la educación

es criar a los hijos con vistas al matrimonio y a la familia, destinando la sexualidad para este único fin. El sistema de educación que niega y rechaza la sexualidad no está sólo dictado por la atmósfera social, es también la consecuencia de la represión sexual de los adultos, ya que sin una extrema resignación sexual, es imposible para el individuo, la existencia en el seno del medio familiar coercitivo (Reich, 1984, citado por Mairén, op. cit., p. 9).

Las influencias religiosas también son de vital importancia en la tarea de reprimir la sexualidad, ya que, basadas en la idea del pecado, inculcan sentimientos de culpa y ansiedad en los individuos, coartándoles la expresión de su sexualidad, a no ser que se encuentren unidos por el vínculo del matrimonio. Como nuestra cultura en general descansa en la coerción de los instintos, la religión se ha apresurado a sancionar inmediatamente la expresión del instinto sexual (denominado pecado original, ofrendando a la divinidad como un sacrificio cada nueva renuncia a su satisfacción y declarando como ideal, la continencia previa al matrimonio) (Freud, 1962, p. 25).

En torno a la expresión sexual en general, la religión reprime, coarta la sexualidad infantil, condena la masturbación del niño y el adolescente, exige la virginidad de la mujer, censura el deseo sexual denominándolo lujuria, instituye las relaciones sexuales dentro del matrimonio exclusivamente para la reproducción y como aparato ideológico el sistema patriarcal establece relaciones de dominación del varón respecto de la mujer (Mairén,

loc. cit.).

Pero la devoción religiosa a menudo no garantiza que no se ejecute actividad sexual prematrimonial, muchos embarazos no deseados ocurren entre los devotos, los cuales a pesar de su determinación de refrenar el pecado y abstenerse de la lujuria pierden el control de sus emociones y acaban fornicando (Kinsey et al. 1948, 477-479).

Sin embargo, la educación es el único recurso para erradicar mitos, tabúes y prejuicios sexuales que no sólo niegan la expresión de la sexualidad, sino también ponen en riesgo al individuo para no experimentar una vida sexual sana.

B. HIPOTESIS

1. Los estudiantes universitarios tienen diferentes concepciones del término sexo seguro.
2. Los estudiantes universitarios tienen un conocimiento parcial sobre métodos anticonceptivos y ETS/VIH-SIDA.
3. Los estudiantes universitarios tienen una actitud negativa ante el uso de métodos anticonceptivos y especialmente ante el uso del condón.
4. Los estudiantes universitarios realizan prácticas de "alto riesgo" en relación a embarazos no deseados y adquisición de ETS/VIH-SIDA.

II. TECNICAS E INSTRUMENTOS

A. TECNICAS:

El sujeto de estudio fue el estudiante regular que asiste a la Universidad de San Carlos de Guatemala, de la ciudad universitaria de la zona 12, durante enero y febrero de 1995.

El tamaño de la muestra se determinó de acuerdo a la fórmula diseñada para estudios descriptivos (citada en Meléndez 1992):

$$n = \frac{N(p)(q)}{2} + \frac{N-1(LE)^2}{4} + (p)(q)$$

Donde: N= Es el universo a estudiar.

n= Tamaño de la muestra.

p= Es la probabilidad de ocurrencia del fenómeno.

q= Es el complementario de "p" y en este caso se le dió el valor de 0.5 (pues p+q=1).

LE= Límite de error o límite de seguridad o tolerancia y se le asignó un valor de 0.05.

Sustituyendo en la fórmula se utilizó como N el total de estudiantes inscritos en 1994, que fue de 60,176. Lo usual es incrementar un porcentaje cercano al 10% para compensar las pérdidas, las unidades vacías, las no coberturas y limitaciones que se pueden presentar en el momento de recolección de la información (CICS 1989, citado por Meléndez 1992). Resolviendo la fórmula se obtuvo que el tamaño de la muestra (n) fue de 397 a la cual se le

agregó el 13.5% , quedando una muestra final de 450 estudiantes. Debido a la no completación de las series y la ambivalencia detectada en las respuestas, se descartaron catorce encuestas. De tal manera que la muestra final fue de 436 estudiantes. Esta muestra fue obtenida de las 15 unidades académicas de la USAC, campus central, encuestando aproximadamente a 30 estudiantes en cada una.

B. INSTRUMENTOS:

Como instrumento de trabajo se utilizó una encuesta (anexo 1), que fue aplicada voluntariamente a estudiantes que no habían participado en las charlas realizadas en 1994 en el proyecto "Prevención de embarazo no deseado y ETS/VIH en la Universidad de San Carlos de Guatemala"

La aplicación de las encuestas fue realizada por los facilitadores del proyecto mencionado, coordinados por la investigadora de esta tesis. El horario de trabajo fue de 07:00 a 20:00 horas, para cubrir los horarios de actividad de todas las unidades académicas.

La encuesta, al inicio tiene ocho incisos que permiten definir la muestra: a) Escuela/Facultad; b) Carrera; c) Grado académico: primer ingreso, reingreso y egreso; d) Sexo; e) Edad; f) Estado civil y g) Religión. Otros aspectos considerados para la caracterización fueron: práctica sexual (ítem 9) y preferencia sexual (ítem 11). En total consta de treinta y un ítems y se divide en tres partes (anexo 1): la I parte con ocho ítems y tres

opciones de respuesta: F(Falso), V(Verdadero) y No Contestó = NC; la II parte de opción múltiple con once ítems y la instrucción de seleccionar una sola literal; la III parte de opción múltiple y con la posibilidad de elegir más de una opción (doce ítems). Las variables para medir conocimientos, actitudes y prácticas se especifican en los cuadros Nos. 1, 2 y 3.

Se utilizaron cuatro ítems sin indicadores para obtener la siguiente información:

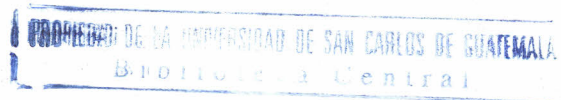
Item No. 10: Edad de la primera relación sexual.

Item No. 29: Con quién es usado el condón, cuando se usa.

Item No. 25: Riesgos considerados en una relación sexual.

Item No. 20: Definición de Sexo Seguro.

La encuesta fue validada con los encuestadores, antes de iniciar el trabajo de campo con un total de 30 encuestas.



CUADRO No. 1.
 METODO DE EVALUACION DE LA VARIABLE CONOCIMIENTOS

	ITEM	CONOCIMIENTO	CONOCIMIENTO PARCIAL	DESCONOCIMIENTO
METODOLOGIA	1	V		F/NC
ANTICONCEPTIVA	2	F		V/NC
	3	F		V/NC
	4	V		F/NC
	5	F		V/NC
	6	V		F/NC
	7	F		V/NC
ETS	21	b	ba, bc, bd, abc, abd	a, c, d, e
VIH/SIDA	8	F		V/NC
	22	ab	a, b, ac, bc, abc	c, d
	23	cfg	c, f, g, cf, cg, fg, cfa, cga, fga, cfb, cgb, fgb, cfd, cgd, fgd	a, b, d, h ab, ad, ah, bd, bh, dh

CUADRO No. 2.
 METODO DE EVALUACION DE LA VARIABLE ACTITUDES

	ITEM	POSITIVA (ACEPTACION)	NEGATIVA (RECHAZO)	AMBIGUA
USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	24	c, e, ce	a, b, d, ab	ac, ad, ae bc, bd, cd de, abc, abe, ace, ade, bde.
USO DEL CONDON	28	d	a, b, c, ab ac, bc, abc	ad, ae, bd be, cd, ce acd, abcd
GOCE MUTUO	27	ab	a, b, c, d, ac, cd	bc
EDUCACION SEXUAL UNIVERSITARIA	19	a	b	

CUADRO NO. 3.
METODO DE EVALUACION DE LA VARIABLE **PRACTICAS**

	ITEM	SIN RIESGO	DE BAJO RIESGO	DE ALTO RIESGO
<u>EMBARAZO</u>				
<u>NO DESEADO</u>				
	14	a*,b	a**	c,e
<u>ETS y VIH/SIDA</u>				
No. PAREJAS SEXUALES EN 1994	13	d	a	b,c
No. CONTACTOS CON TRABAJADORES DEL SEXO EN 1994	12	a,d		b,c
TIPO DE CONTACTO SEXUAL	26	d	a,ad	b,c,ab,ac, bc,abc,acd abcd
ANTECEDENTES DE ETS	15	b		a
FRECUENCIA EN USO DEL CONDON	16	a	b	c,d
COMPRA DE CONDON	30	a,c***	b,ab	
USO DE DROGAS	31	e		a,b,c,ab, bc,abc,d
<u>GOCE SEXUAL</u>				
ELECCION DE LA RELACION	17	c		a,b.
COMUNICACION DE GUSTOS SEXUALES	18	a	b	c,d.

* La respuesta a se considera sin riesgo siempre y cuando sea: pastillas orales, "T" de cobre, inyección, condón, condón y ritmo y condón y tabletas vaginales. ** La respuesta a se considera de bajo riesgo siempre y cuando sea: tabletas vaginales, ritmo y ritmo y coitus interruptus. *** La respuesta c se considera sin riesgo siempre y cuando conteste: nada.

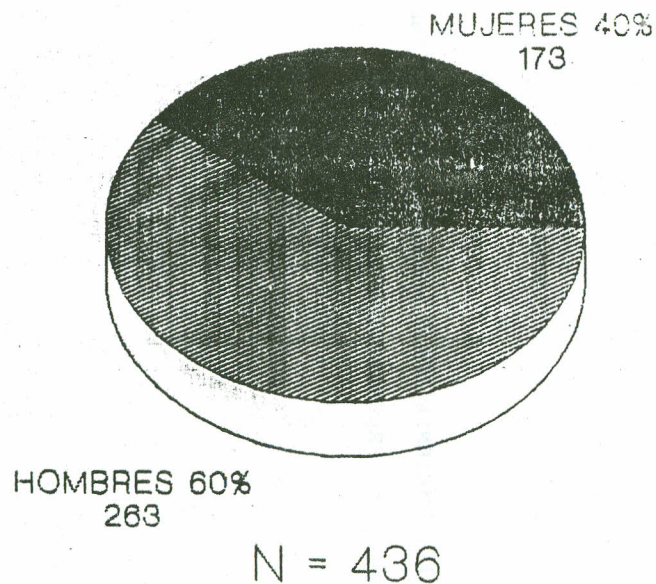
III. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

GRAFICAS

GRAFICA No. 1

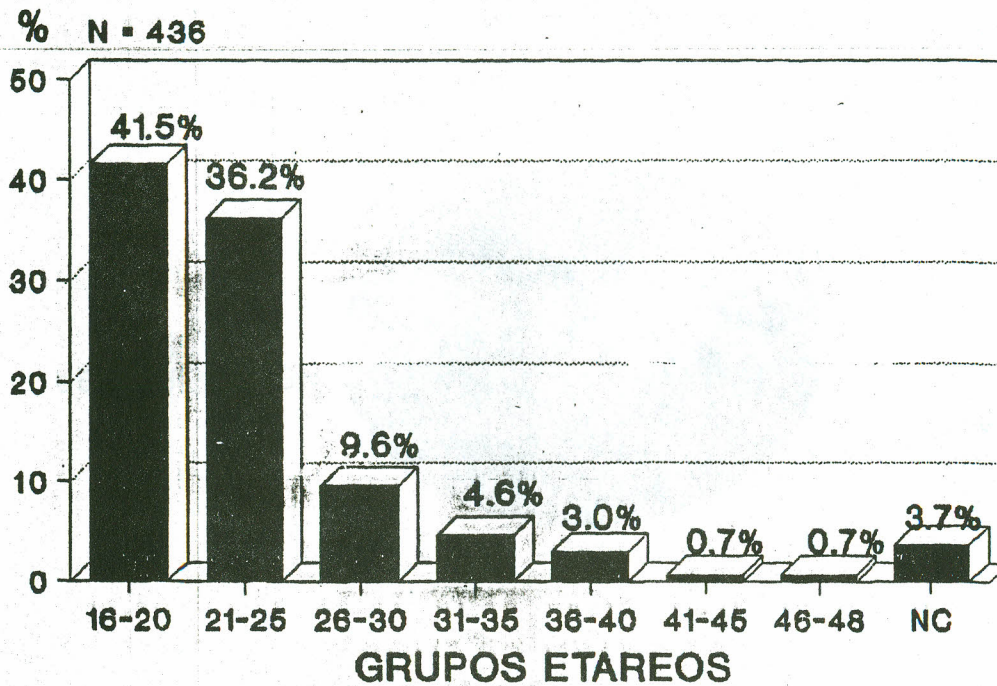
SEXO DE LOS ESTUDIANTES



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.

GRAFICA No. 2

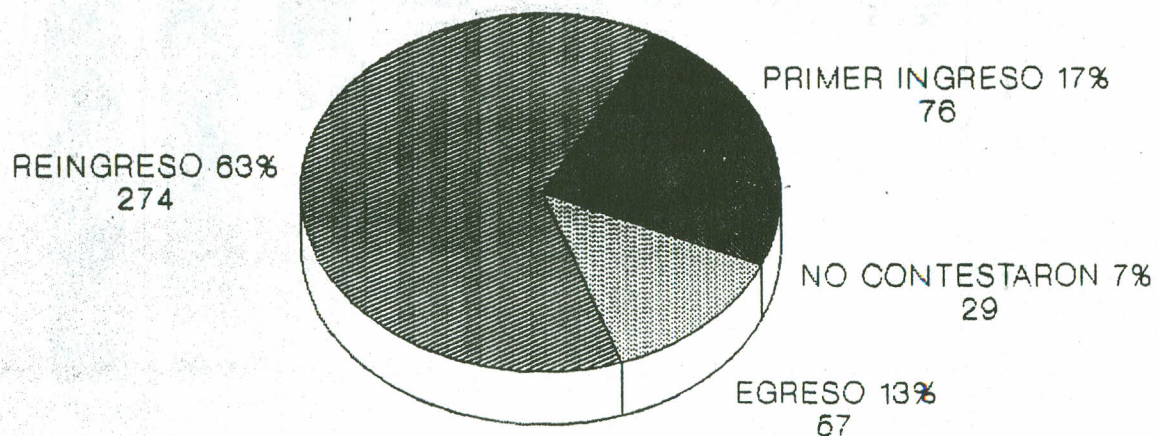
EDAD DE LOS ESTUDIANTES



NC - NO CONTESTARON

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.

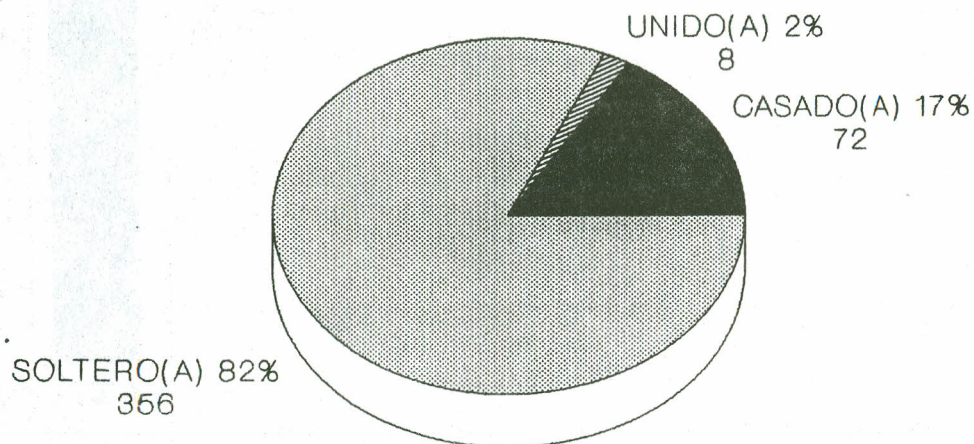
GRAFICA No. 3 GRADO ACADEMICO



N = 436

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.

GRAFICA No. 4 ESTADO CIVIL

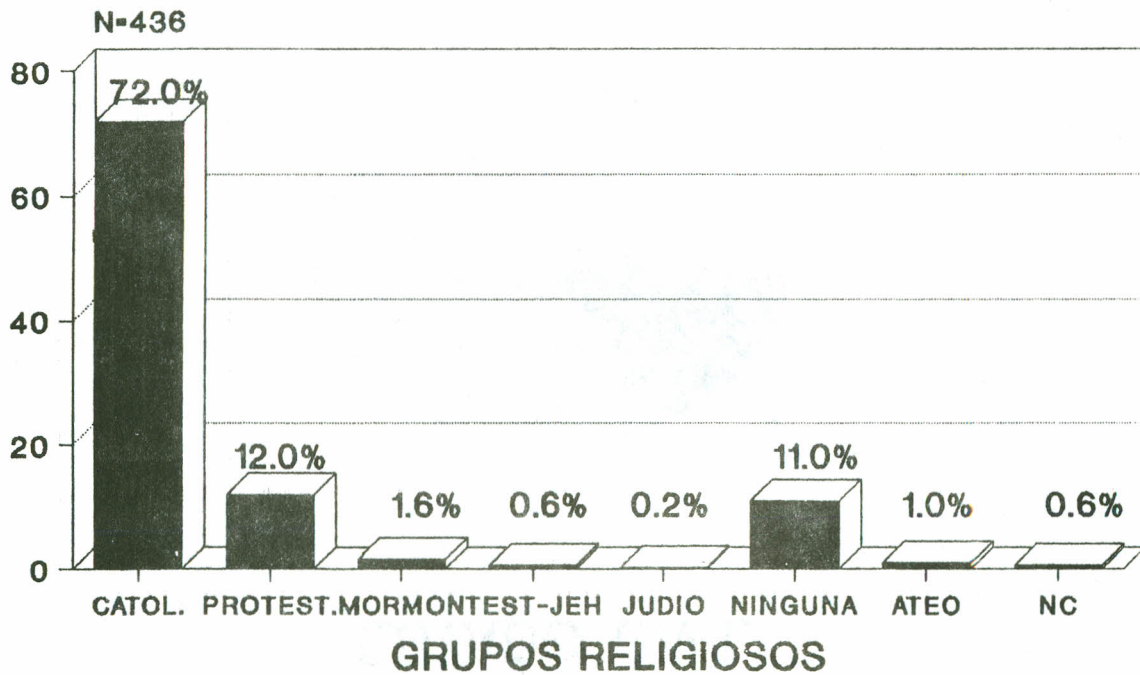


N = 436

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.

GRAFICA No. 5

RELIGION

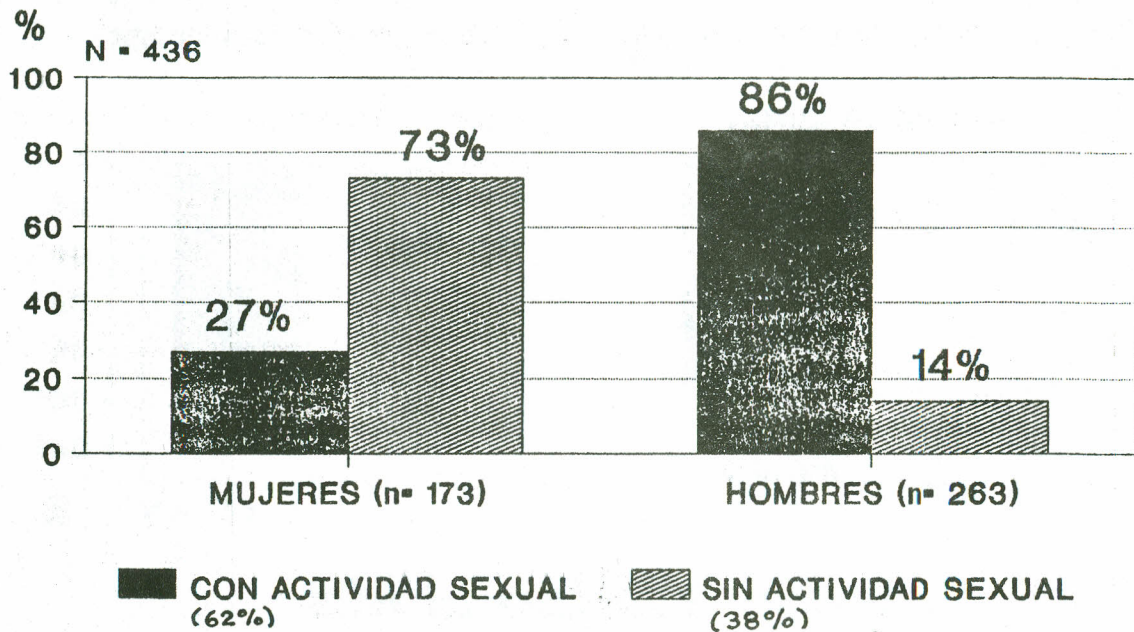


NC - NO CONTESTARON

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.

GRAFICA No. 6

PRACTICA SEXUAL DE LOS ESTUDIANTES

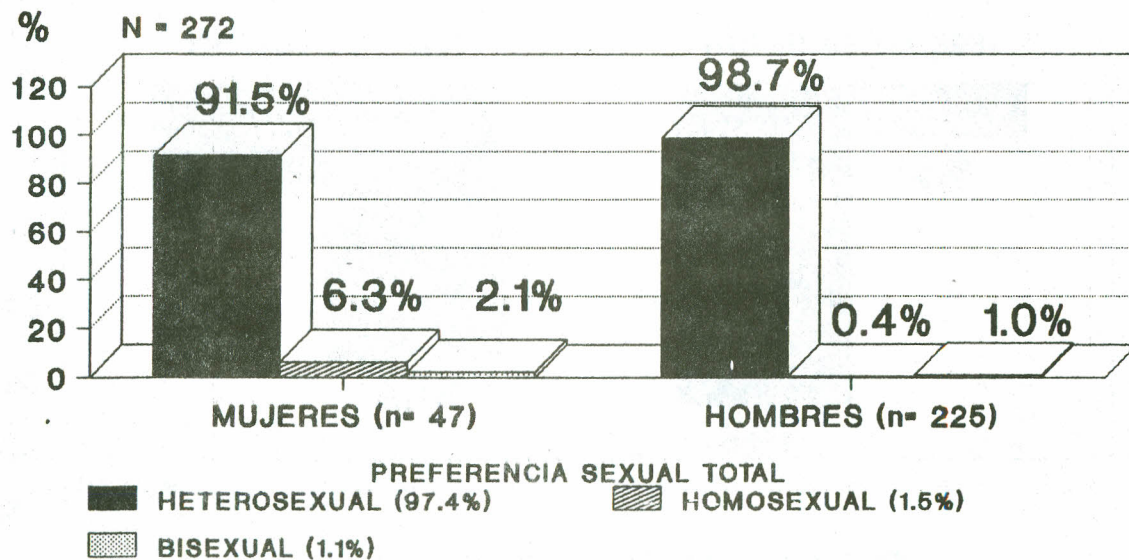


FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.
(ITEM No. 9)

GRAFICA No. 7

POBLACION CON ACTIVIDAD SEXUAL

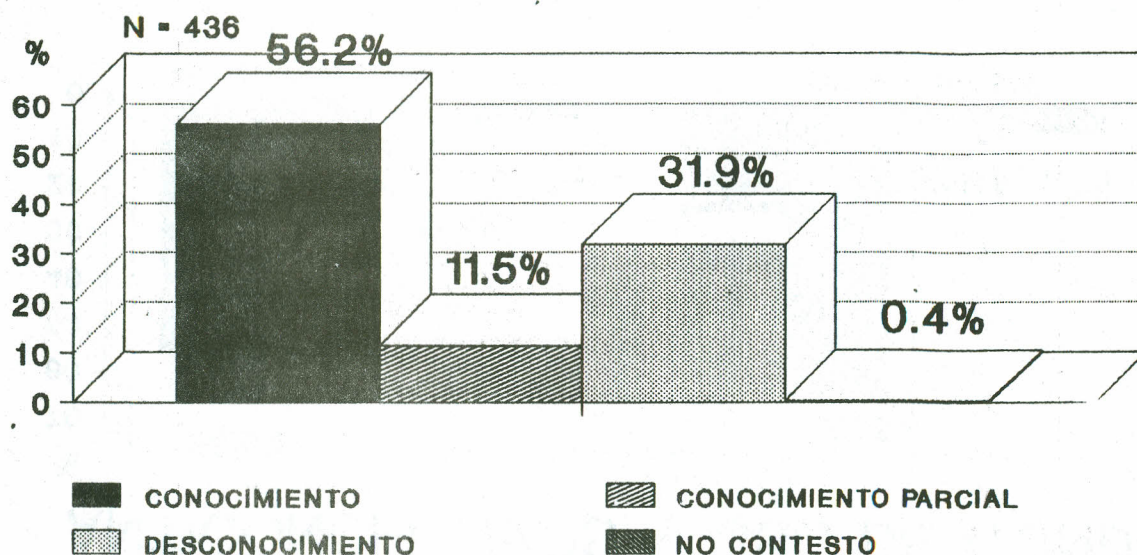
PREFERENCIA SEXUAL



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN MARZO 1995
(ITEM No. 11)

GRAFICA No. 8

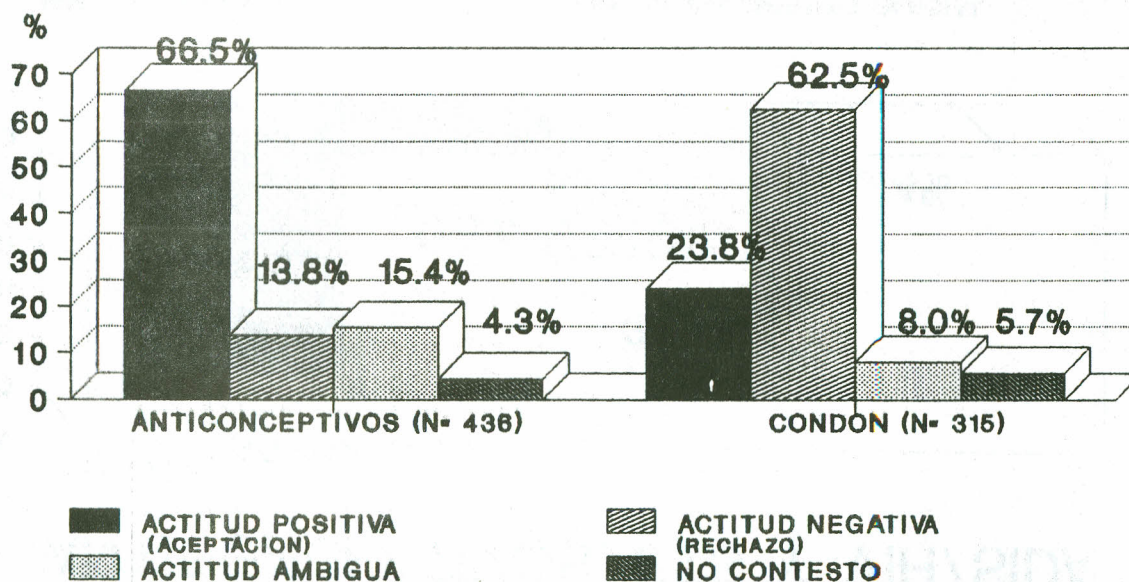
CONOCIMIENTOS SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS, ETS Y VIH/SIDA



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.
(ITEMS Nos. 1-7/ 21/ 23, 22 Y 8)

GRAFICA No. 9

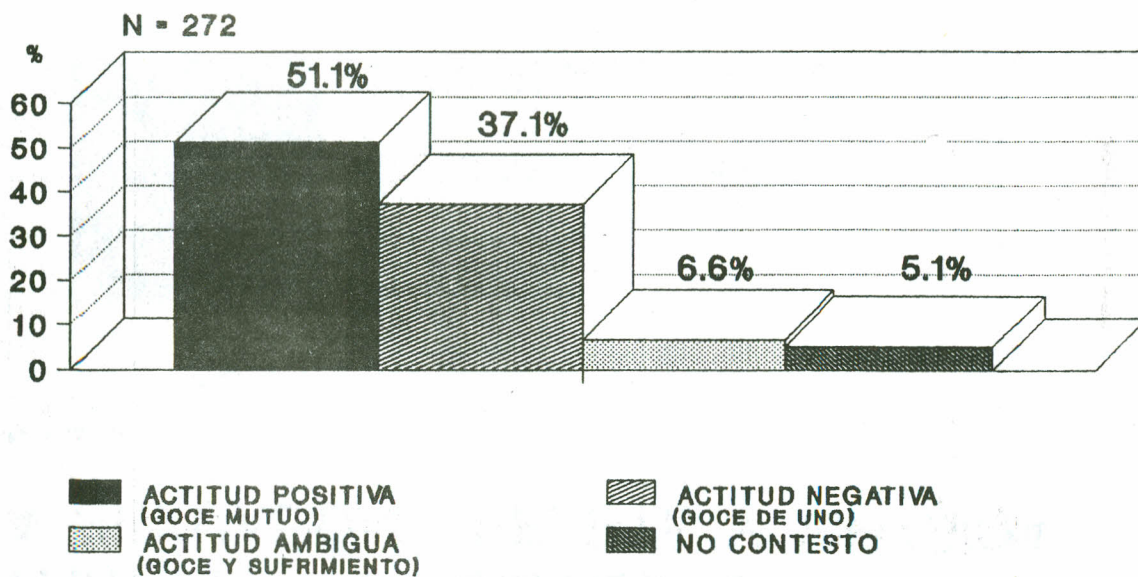
ACTITUD ANTE EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y USO DE CONDON



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.
(ITEMS Nos. 24 Y 28)

GRAFICA No. 10

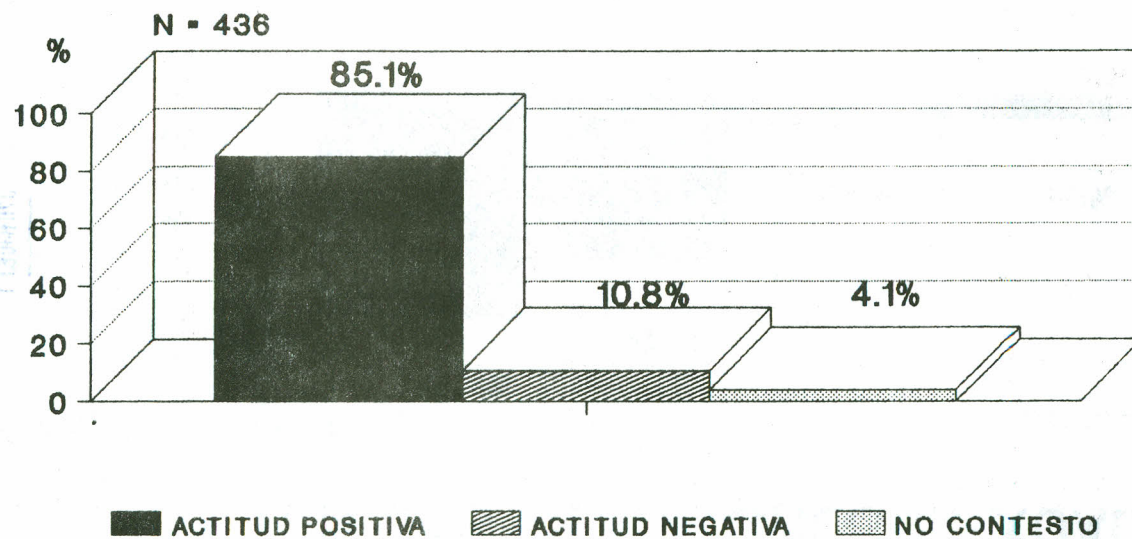
ACTITUD ANTE EL GOCE MUTUO EN LAS RELACIONES SEXUALES



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.
(ITEM No. 27)

GRAFICA No. 11

ACTITUD ANTE UN ESPACIO EDUCATIVO PARA SEXUALIDAD, PF, ETS Y VIH/SIDA



PF - PLANIFICACION FAMILIAR

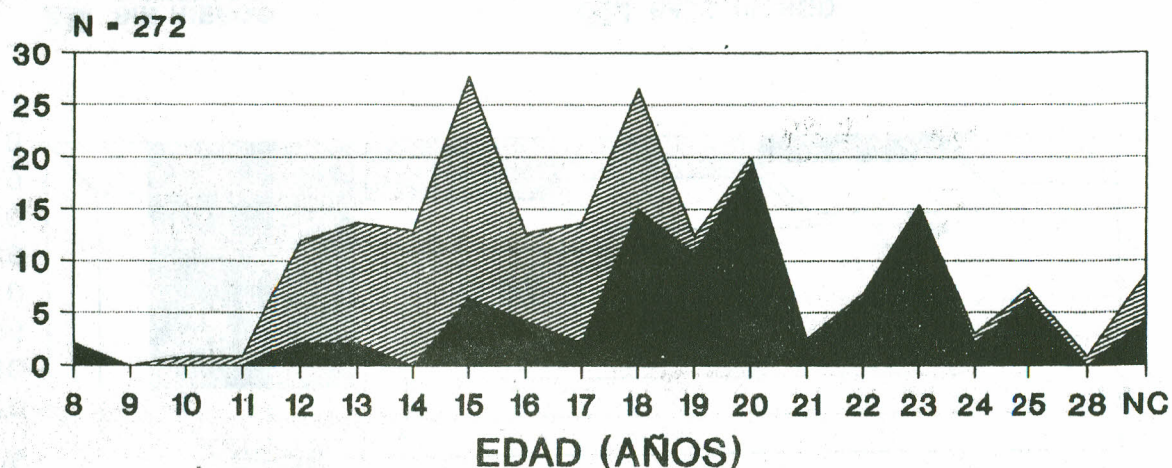
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.

(ITEM No. 19)

GRAFICA No. 12

ESTUDIANTES CON ACTIVIDAD SEXUAL

EDAD DE LA PRIMERA RELACION



■ MUJERES (n= 47) ▨ HOMBRES (n= 225)

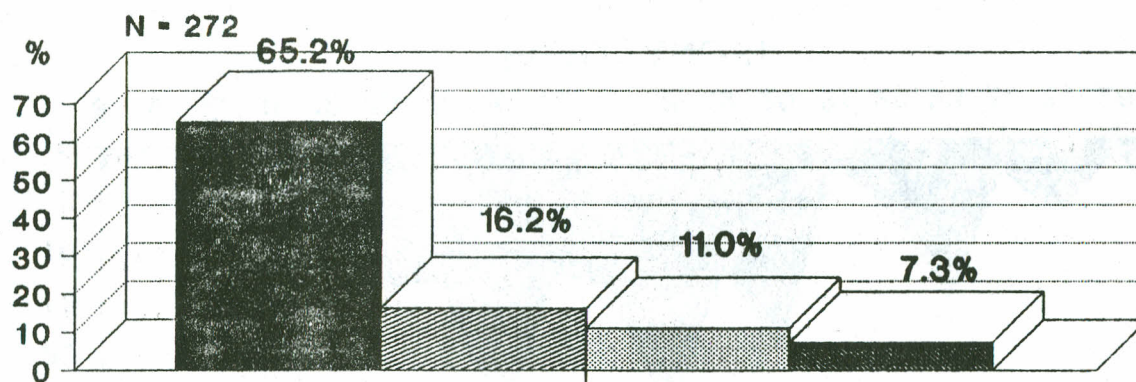
NC - NO CONTESTO

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.

(ITEM No. 10)

GRAFICA No. 13

POBLACION CON ACTIVIDAD SEXUAL PRACTICAS ANTE EMBARAZOS



SIN RIESGO
(METODOS MAS SEGUROS)

ALTO RIESGO
(COITUS INTERRUPTUS/
NO USA METODO)

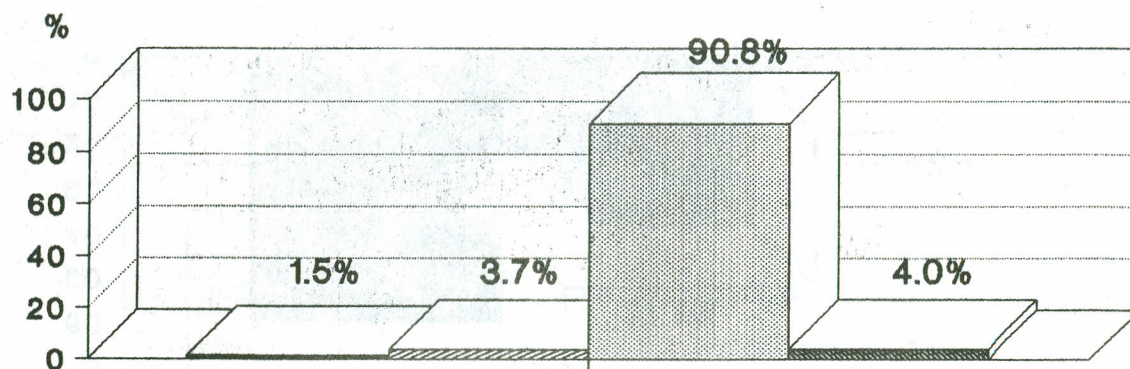
BAJO RIESGO
(METODOS MENOS SEGUROS)

NO CONTESTO

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.
(ITEM. No. 14)

GRAFICA No. 14

POBLACION CON ACTIVIDAD SEXUAL RIESGO POR PRACTICA SEXUAL



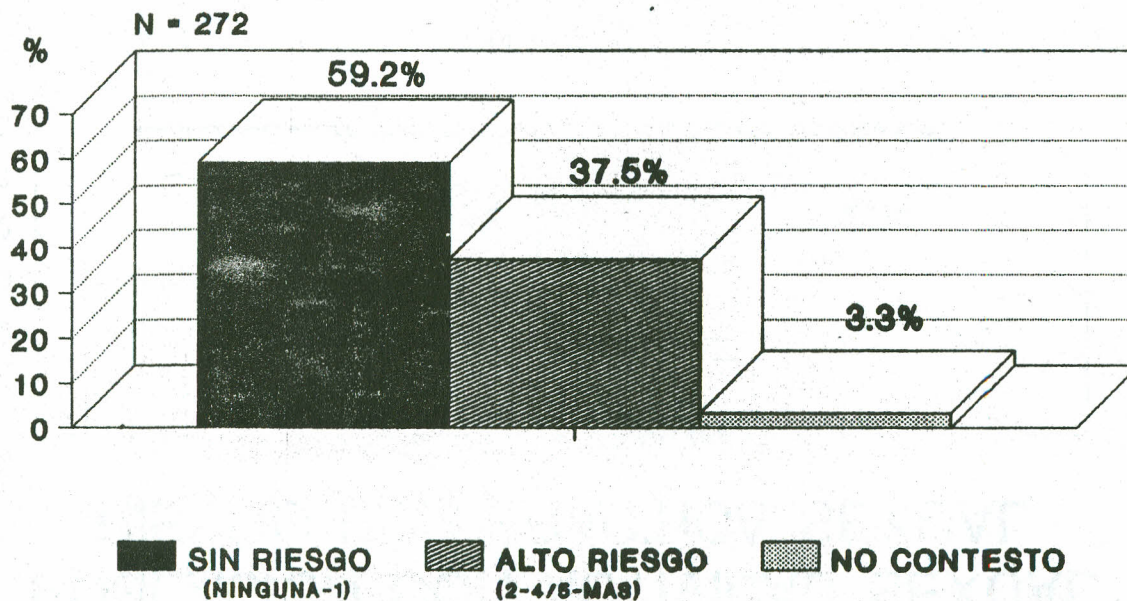
N = 272

■ SIN RIESGO (MASTURBACION) ▨ BAJO RIESGO (SEXO ORAL Y/O MASTUB.)
▤ ALTO RIESGO (SEXO VAG./ANAL/COMBINADOS Y OTROS) ■ NO CONTESTO

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.
(ITEM No. 28)

GRAFICA No. 15

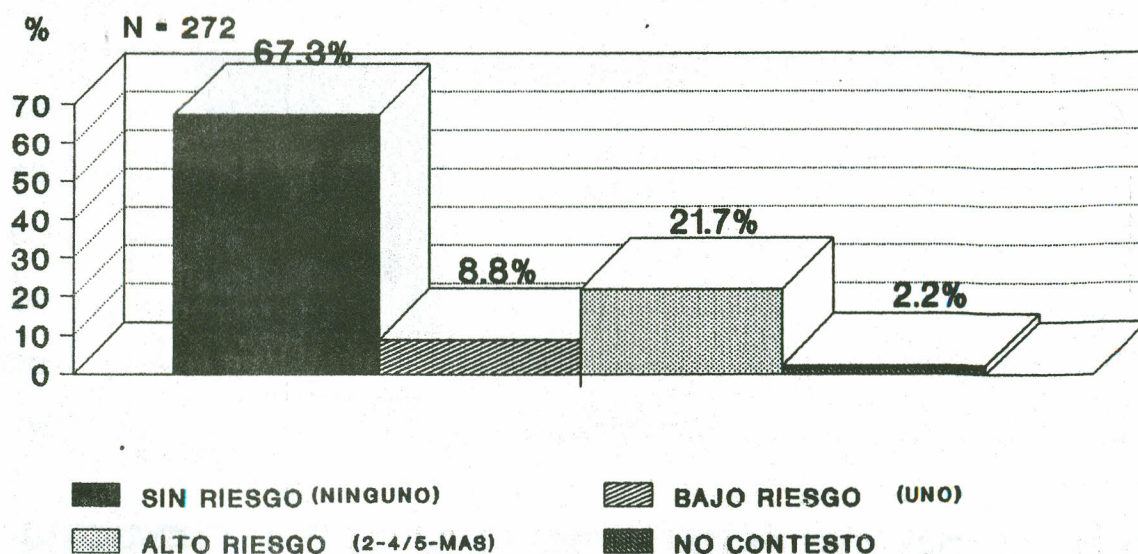
POBLACION CON ACTIVIDAD SEXUAL RIESGO POR PAREJAS SEXUALES (1994)



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN MARZO 1995
(ITEM No. 13)

GRAFICA No. 16

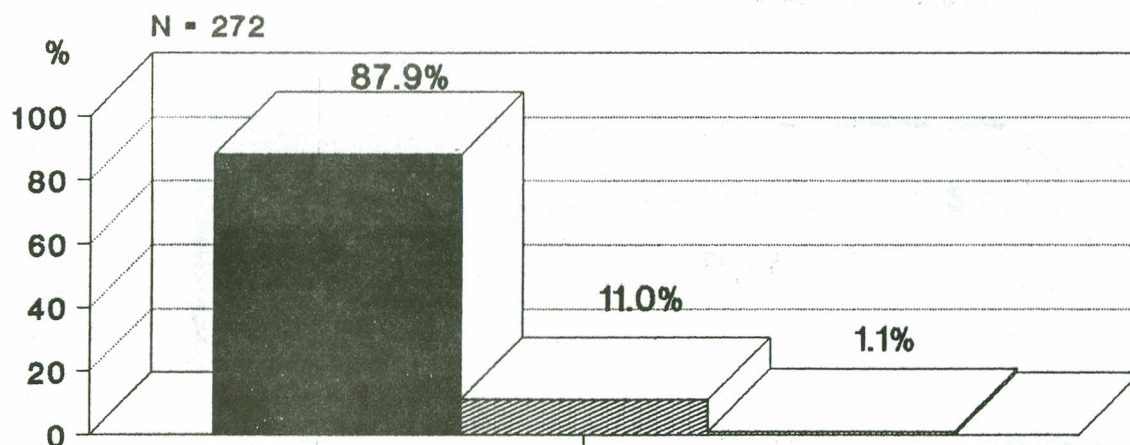
POBLACION CON ACTIVIDAD SEXUAL CONTACTO CON TRAB. DEL SEXO (1994)



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN MARZO 1995
(ITEM No. 26)

GRAFICA No. 17

POBLACION CON ACTIVIDAD SEXUAL RIESGO POR ANTECEDENTES DE E.T.S.



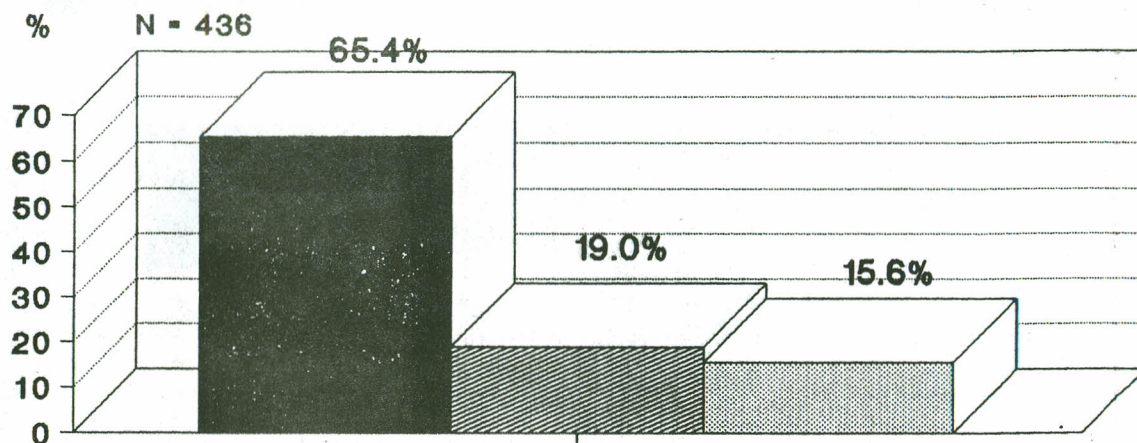
■ SIN RIESGO (SIN ANTECEDENTES) ▨ ALTO RIESGO (CON ANTECEDENTES) ▤ NO CONTESTO

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.
(ITEM No. 15)

GRAFICA No. 18

POBLACION EN GENERAL

RIESGO POR USO DE DROGAS



SIN RIESGO
(NINGUNA)

ALTO RIESGO
(ALCOHOL/MARIHUANA/
COCAINA/COMBINADAS)

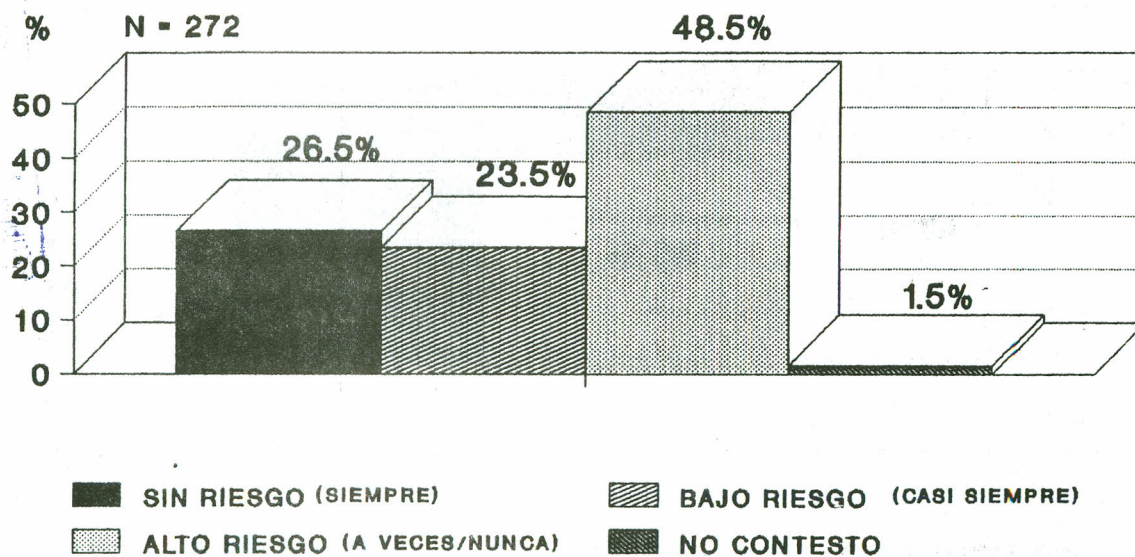
NO CONTESTO

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN MARZO 1995
(ITEM No. 31)

GRAFICA No. 19

POBLACION CON ACTIVIDAD SEXUAL

USO DEL CONDON



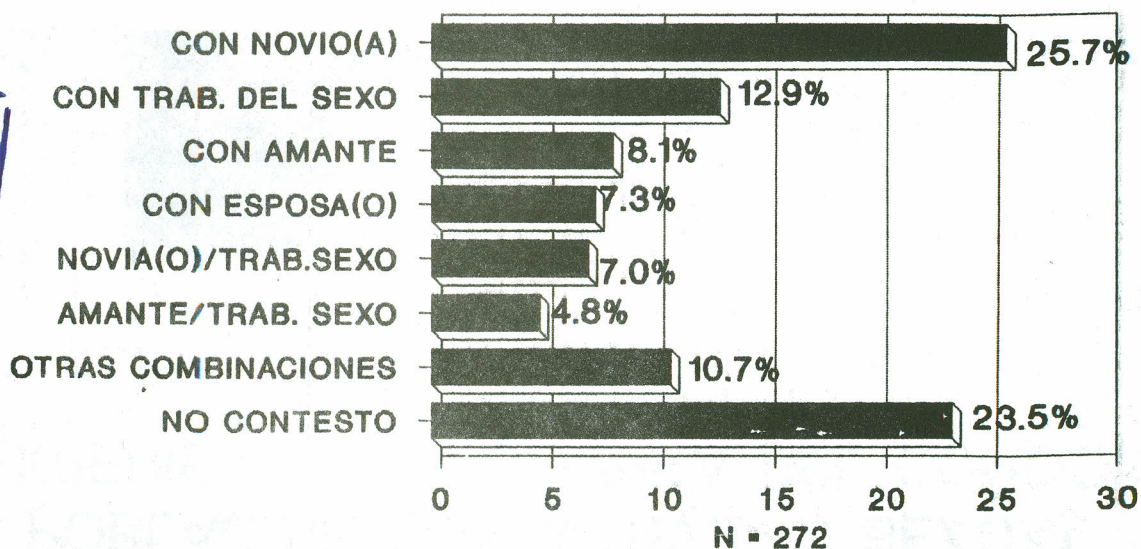
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA MARZO 1996.
(ITEM No. 16)

GRAFICA No. 20

POBLACION CON ACTIVIDAD SEXUAL

USO DEL CONDON

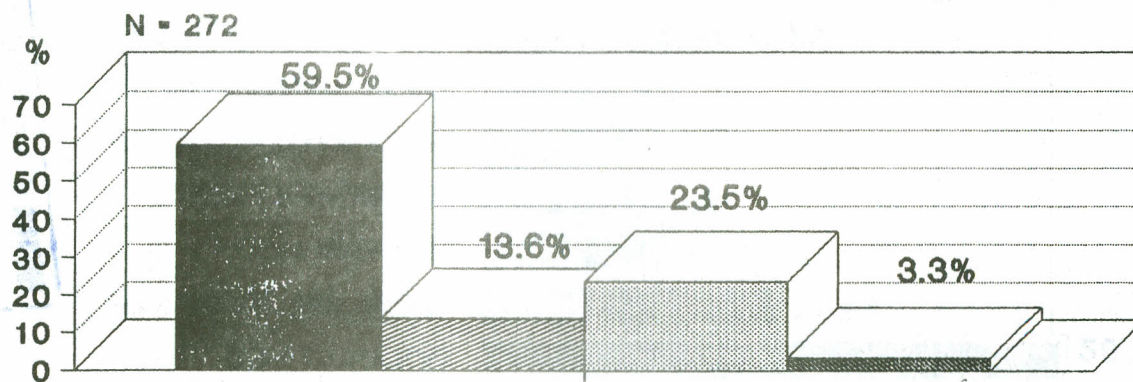
CON QUIEN SE USA:



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.
(ITEM No. 29)

GRAFICA No. 21

POBLACION CON ACTIVIDAD SEXUAL EXPERIENCIA EN COMPRA DEL CONDON



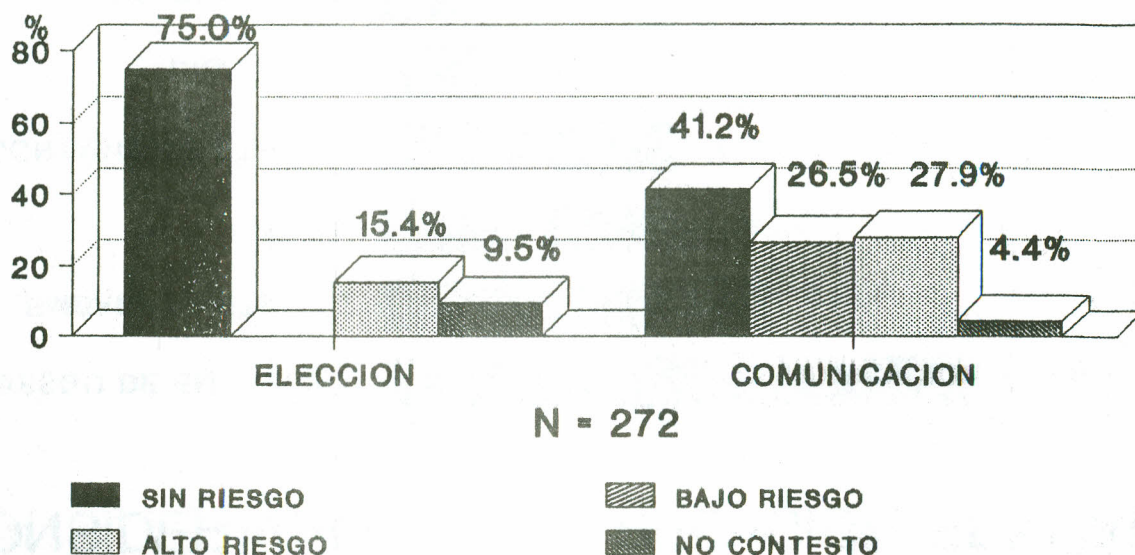
¿QUE SIENTE AL COMPRAR CONDONES?

■ SEGURIDAD/NADA (SIN RIESGO)	▨ VERGUENZA/VERG.-SEG. (BAJO RIESGO)
▤ NO COMPRA	■ NO CONTESTO

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.
(ITEM No. 30)

GRAFICA No. 22

POBLACION CON ACTIVIDAD SEXUAL GOCE MUTUO Y NO VIOLENCIA

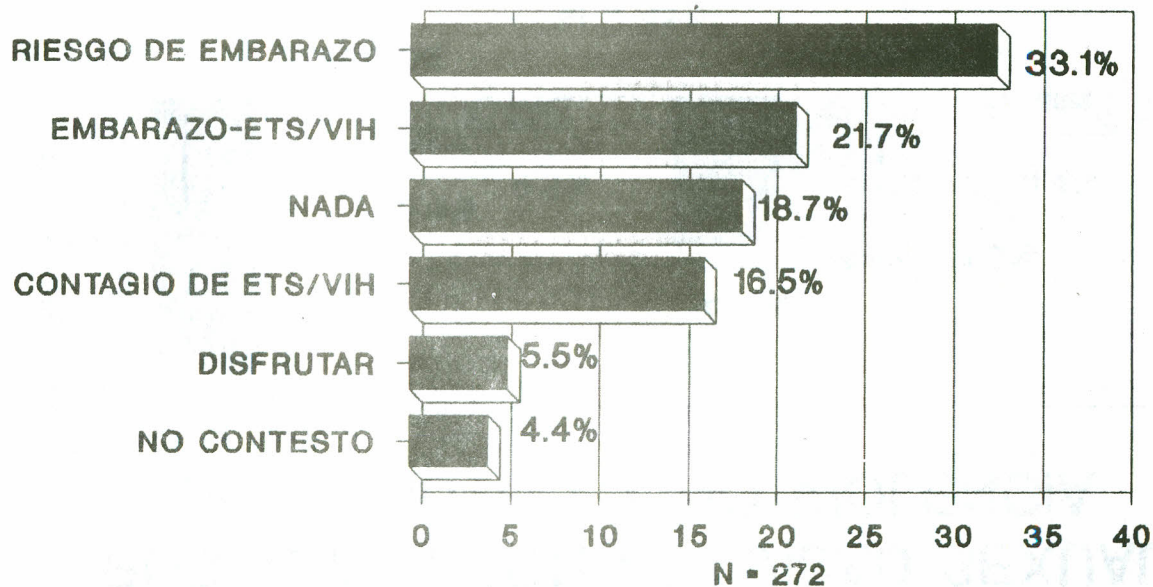


FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.
(ITEMS Nos. 17 Y 18)

GRAFICA No. 23

POBLACION CON ACTIVIDAD SEXUAL

CONSIDERACIONES EN RELACION SEXUAL



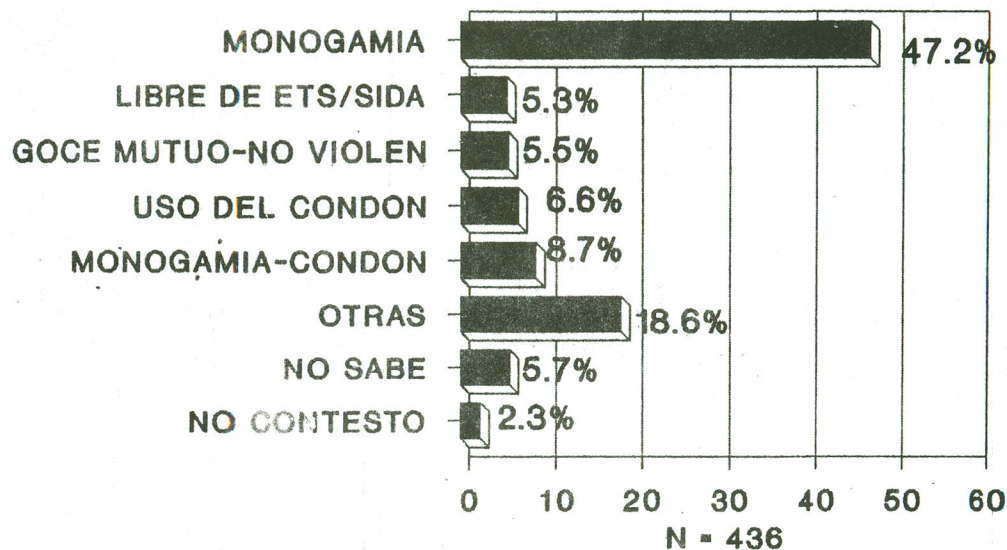
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.
(ITEM No. 25)

GRAFICA No. 24

POBLACION EN GENERAL

DEFINICIONES DE SEXO SEGURO

DEFINICIONES



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS MARZO 1995.
(ITEM No. 20)

B. ANALISIS DE RESULTADOS

1. DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Se observa que la muestra está repartida entre 173 mujeres (40%) y 263 hombres (60%) (Gráfica No. 1). Los grupos etáreos estuvieron comprendidos entre los 16 y los 48 años de edad, con el mayor porcentaje comprendido entre los 16 y 25 años (Gráfica No. 2). De ellos, el 17% resultaron ser de primer ingreso, el 63% de reingreso (segundo-cuarto años), y el 13% de egreso (último año ó pendiente de tesis) y un 7% indeterminado (Gráfica No. 3). En cuanto al estado civil, el 62% resultó ser soltero(a), el 17% casado(a) y un 2% unido(a) (Gráfica No. 4).

En relación a religión, el 72% contestaron ser católicos, el 12% protestantes, el 16% mormones, el 0.2% judíos, el 11% contestó no tener religión, el 1% ateos y un 0.6% no respondieron (Gráfica No. 5).

De la muestra, el 27% de las mujeres y el 86% de los hombres tienen actividad sexual, mientras que el 73% de mujeres y un 44% de hombres no tienen. Así, el 62% de la muestra ha tenido relaciones sexuales y un 38% no ha tenido (Gráfica No. 6). En cuanto a preferencia sexual, del 62% con actividad sexual (n=272), el 91.5% de mujeres y el 98.7% de hombres son heterosexuales; el 6.3% de mujeres y el 0.4% de hombres son homosexuales y el 2% de mujeres y un 0.8% de hombres son bisexuales. Así, el 97.4% del grupo de estudiantes con práctica sexual es heterosexual, el 1.5% homosexual y un 1.1% bisexual (Gráfica No. 7).

2. CONOCIMIENTOS

Se observó que de la muestra total, el 56.2% tiene conocimiento sobre métodos anticonceptivos, ETS y VIH/SIDA; el 11.5% conocimiento parcial y un 31.9% desconocimiento (Gráfica No. 8). Elementos relevantes sobre conocimientos son los siguientes: Se conoce más sobre tabletas vaginales, condón, operación y ritmo. Se desconoce sobre pastillas orales, inyección y "T" de cobre.

En cuanto al SIDA, se conoce su incurabilidad aunque todavía se manejan algunos mitos sobre la transmisión del VIH (como por la picadura de un mosquito, dando la mano, besando o por bañarse en piscinas), igualmente su conceptualización aún está cargada de prejuicios, puesto que sigue siendo vista como una enfermedad propia de homosexuales y drogadictos.

3. ACTITUDES

En relación a las actitudes ante el uso de métodos anticonceptivos, el 66.5% de la muestra total tiene una actitud positiva es decir, de aceptación, el 13.8% tiene una actitud negativa o de rechazo y un 15.4% tiene una actitud ambigua. Esto contrasta con las actitudes ante el uso del condón donde el 62.5% tiene una actitud negativa o de rechazo, el 23.8% tiene una actitud positiva o de aceptación y el 8% una actitud ambivalente (e.g: lo usan porque es seguro pero les parece incómodo y molesto). En general hay más aceptación de otros métodos anticonceptivos que del condón (Gráfica No. 9).

Frente al goce mutuo, el 51.1% de la población con actividad

sexual tiene una actitud positiva o de aceptación; el 37.1% una actitud negativa o de rechazo (sólo uno de los dos disfruta plenamente) y un 6.6% tiene una actitud ambivalente (con implicaciones sadomasoquistas: goce y sufrimiento al mismo tiempo) (Gráfica No. 10).

Ante la posibilidad de un espacio en el pénsum de estudios para tratar temas de sexualidad, planificación familiar, ETS y VIH/SIDA, el 85.1% tiene una actitud positiva, es decir lo cree conveniente y un 10.8% tiene una actitud negativa: no lo creen conveniente (Gráfica No. 11). Esto puede estar sugiriendo que el estudiante percibe limitaciones en cuanto a su propia educación sexual.

4. PRACTICAS

Sobre la primera relación sexual de la muestra con práctica sexual (n=272), el 56% de los hombres la iniciaron entre los 12 y 15 años y el 32% entre los 16 y 18 años; el 45% de las mujeres la iniciaron entre los 18 y 20 años y un 21% entre los 22 y 23 años (Gráfica No. 12). La edad promedio de la primera relación en los hombres fue de 15 años y en las mujeres de 19 años. Tales datos indican que se deben hacer esfuerzos de educación y orientación sexual a estas edades.

En cuanto a embarazos no deseados, el 65.2% realiza prácticas sin riesgo, esto significa que están haciendo uso de métodos anticonceptivos muy seguros; el 16.2% realiza prácticas de bajo riesgo, es decir que hace uso de métodos anticonceptivos menos

eficaces y; un 11% realiza prácticas de alto riesgo, es decir, no usa métodos o práctica el Coitus interruptus (Gráfica No. 13). El 43% de los estudiantes dice usar el condón como método anticonceptivo.

En cuanto a riesgos para la adquisición de ETS/VIH en la población con actividad sexual, el 1.5% de la muestra con actividad sexual, realiza prácticas sin riesgo, esto es masturbación mutua; el 3.7% realiza prácticas de bajo riesgo, esto es, practican sexo oral o sexo oral y masturbación mutua y un 90.8% realiza prácticas de alto riesgo, esto significa que practican sexo anal, sexo vaginal, uno de estos con sexo oral o los tres o los tres con masturbación mutua (Gráfica No. 14). El 59.2% realizó prácticas sin riesgo en relación a número de parejas sexuales en 1994, es decir que no tuvo pareja alguna o tuvo una solamente y el 37.5% realizó prácticas de alto riesgo, es decir tuvo entre 2-4 ó 5-más parejas sexuales en 1,994 (Gráfica No. 15). El 67.3% realizó prácticas sin riesgo en cuanto a contacto con trabajadores del sexo (prostitutas o prostitutas), esto significa que no tuvo contactos en 1,994 con ellos; el 8.8% realizó prácticas de bajo riesgo, esto significa que durante 1,994 tuvo contacto con un trabajador del sexo y un 21.7% realizó prácticas de alto riesgo, lo que significa que tuvo contacto con 2-4 ó 5-más trabajadores del sexo en 1,994. (Gráfica No. 16).

Para ETS, el 87.9% de la población presentó conducta sin riesgo, esto significa que no presentó antecedentes de ETS y un 11% presentó alto riesgo, esto significa que tiene antecedentes de ETS

(Gráfica No. 17).

Con las drogas, el 65.4% tiene prácticas sin riesgo, esto significa que nunca han usado; el 19% realiza prácticas de alto riesgo, lo que significa que han usado especialmente el alcohol (en grandes cantidades), marihuana, cocaína, dos de ellas o las tres (Gráfica No. 18).

En cuanto a la frecuencia en el uso del condón, el 26.5% realiza prácticas sin riesgo, lo que significa que lo usan siempre; el 23.5% realiza prácticas de bajo riesgo, que significa que lo utilizan casi siempre y el 48.5% realiza prácticas de alto riesgo, lo que significa que hace uso a veces o nunca (Gráfica No. 19).

El uso del condón está distribuido de la siguiente manera: el 25.7% lo usan con novio(a), el 12.9% con trabajadores(as) del sexo, el 8.1% con amante, el 7.3% con esposa(o), el 7% con novia(o) y trabajadores(as) del sexo y el 4.8% con amante y trabajadores(as) del sexo (Gráfica No. 20).

En relación a la compra el 59.5% siente seguridad o "nada" al comprarlos, lo que puede facilitar las prácticas sin riesgo; el 13.6% sienten vergüenza ó seguridad y vergüenza al mismo tiempo (esto puede transcender en prácticas de riesgo) y un 23.5% no compra condones, lo que puede significar dos cosas: uno, se están realizando prácticas de alto riesgo ó dos, quienes usan los condones no los compran, sino los adquieren de otra manera, o es la pareja quien los compra (Gráfica No. 21).

En relación a goce sexual, en la decisión del compartimiento sexual, el 75% realiza prácticas sin riesgos psicológicos, lo que

significa que los que conforman la pareja deciden tener relaciones sexuales. Por otro lado, el 15.4% realiza prácticas de riesgo, lo que significa que uno de los dos es quien decide tener relaciones sexuales, lo que implica algún tipo de coerción, violencia o manipulación por parte de uno de los dos. Así uno miembro de la pareja puede ser visto como objeto de satisfacción y no como persona con derecho a elegir, de esta manera sólo uno de los dos disfrutará de la relación (Gráfica No. 22).

En la comunicación sexual, el 41.2% realiza prácticas sin riesgo, lo que significa que siempre acostumbra decirle a su pareja lo que le gusta y no le gusta hacer y que le hagan; el 26.5% realiza prácticas de bajo riesgo, lo que significa que casi siempre se comunica con su pareja en el contexto sexual; el 27% realiza prácticas de alto riesgo, lo que significa que a veces o nunca se comunica con su pareja en el contexto sexual (Gráfica No. 22). Aquí se hace evidente la represión sexual en el contexto de la comunicación verbal.

El 33.1% de la muestra con actividad sexual al tener relaciones sexuales considera el riesgo de embarazo; el 16.5% considera el contagio de una ETS o la adquisición del VIH; el 21.7% considera estos dos riesgos: embarazo y contagio de ETS/VIH; el 5.5% considera disfrutar y el 18.7% considera nada (Gráfica No. 23). Se observa que la preocupación principal del estudiante con práctica sexual es el embarazo no deseado.

En cuanto a la concepción de SEXO SEGURO, el 47.2% lo define como Monogamia; el 8.7% lo define como monogamia y uso de condón;

el 6.6% como el uso del condón; el 5.5% lo define como el goce mutuo y la no violencia; el 5.3% como libre de ETS y SIDA; y el 5.7% no sabe (Gráfica No. 24).

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

1. El sexo seguro no está siendo conceptualizado de la misma manera que IPPF, la definición prevaleciente en la muestra en estudio es la Monogamia con un 47.2%. Los aspectos psicológicos (salud mental) como el goce mutuo y la no violencia y el peligro del contagio de ETS e infección por VIH son escasamente considerados.
2. La muestra de la población demostró tener más conocimiento (56.2%) que desconocimiento y conocimiento parcial (43.4%), sobre métodos anticonceptivos y ETS/VIH-SIDA. El mayor porcentaje de conocimiento se refiere a la transmisión de ETS/VIH-SIDA y la cura del SIDA, lo que no difiere de lo concluido por Mélenz (1992, p.61): "existen más conocimientos que creencias sobre causalidad y transmisión del SIDA y lo que más se conoce es respecto a curación".
3. Se maneja un alto grado de prejuicios en la concepción del SIDA, puesto que los estudiantes la consideran como una enfermedad propia de homosexuales y drogadictos. Esto también fue observado por Mélenz (op.cit. p.60): "los homosexuales fueron identificados por el 90% de los estudiantes como grupo de alto riesgo para contraer el VIH y el 81% identificó a los drogadictos".
4. En el 66.5% de los estudiantes se observó una actitud positiva o de aceptación ante el uso de métodos anticonceptivos,

mientras que ante el uso del condón el 62.5% (porcentaje más alto) presentó una actitud de rechazo, negativa.

- e. El goce mutuo en una relación sexual, es valorado por el estudiante. El 51.1% de la muestra con práctica sexual tiene una actitud positiva o de aceptación; el 37.1% una actitud negativa o de rechazo (sólo uno de los dos disfruta plenamente) y un 7% tiene una actitud ambivalente (con implicaciones sadomasoquistas: goce y sufrimiento al mismo tiempo).
5. El 65.2% de la población con actividad sexual realiza prácticas sin riesgo ante embarazos no deseados, el 16.2% prácticas de bajo riesgo y un 11% realiza prácticas de alto riesgo.
6. El 51.3% de los estudiantes con actividad sexual realiza prácticas sin riesgo ante el contagio de ETS y la infección por VIH, el 6% de bajo riesgo y un 38.1 % realiza prácticas de alto riesgo; esto conjugando tipo de práctica sexual, número de parejas sexuales y contactos con trabajadores(as) del sexo, antecedentes de ETS, uso de drogas y uso del condón.
7. Los hombres tienen más riesgo que las mujeres en cuanto a la adquisición de ETS/VIH, puesto que iniciaron a la edad promedio de 15 años su actividad sexual, mientras que las mujeres a la edad promedio de 19 años y es mayor el porcentaje de hombres (86%) que de mujeres (27%) que tienen actividad sexual o que han tenido.
8. Las prácticas en cuanto a goce mutuo, muestran el 58.1% de

prácticas sin riesgo psicológico, el 13.3% de bajo riesgo y un 21.6% de prácticas de alto riesgo, esto incluye elección y comunicación en la relación sexual.

9. Aparentemente el problema con el uso del condón radica básicamente en la actitud: el 62.5% tiene una actitud negativa, relacionada a la percepción y conceptualización de inseguridad y al hecho de que su uso resulte poco satisfactorio (al menos para el hombre). A pesar de esto su uso parece estar muy difundido: el 50% lo de la población con actividad sexual lo usa siempre o casi siempre; esto, relacionado al hecho de que el 82% de la muestra total (N=436) son solteros(as), nos indica, que el estudiante no tiene una práctica sexual estabilizada y entonces el condón resulta la mejor opción anticonceptiva y profiláctica.
10. El estudiante está pensando o considerando en sus relaciones sexuales principalmente los riesgos de embarazo, en un 33.1%. Los riesgos de adquisición de ETS/VIH son considerados en un 16.5% y un 21.7% está considerando ambos aspectos.
11. En el 85.1% de los estudiantes se observó una actitud positiva ante la posibilidad de un espacio dentro del pénsum de estudios para tratar temas de sexualidad, planificación familiar, ETS y SIDA.

B. RECOMENDACIONES

1. Continuar con el proyecto "Prevención de embarazo no deseado y ETS/VIH en la Universidad de San Carlos de Guatemala", reforzándolo con más trabajo de educación dirigido al cambio actitudinal y de comportamiento más que de conocimiento. En base a este trabajo se sugiere enfocarlo a los estudiantes de entre primer y tercer año, cuya actividad sexual inició a temprana edad. Mejor aún sería implementarlo al nivel de la educación media.
2. Facilitar el acceso de los estudiantes al condón como ocurre actualmente en la USAC. Igualmente, de acuerdo a esta tesis la distribución de condones de textura fina que permita mayor sensibilidad con el mismo porcentaje de confiabilidad contra ETS/VIH y embarazos no deseados. Esto fácilmente puede provocar un cambio de actitud hacia algo positivo, para un uso más amplio.
3. Los estudiantes universitarios demostraron apertura al responder la encuesta base de este trabajo. Se notó que muchos estudiantes deseaban extenderse en cuanto a sus respuestas, pero por lo cerrado del instrumento esto no fue posible. Se recomienda que en trabajos similares se considere una encuesta-entrevista como instrumento.
4. El estudiante universitario es amplio en cuanto a expresar su sexualidad con cierta libertad; conociendo la doble moral o el silencio que respecto a sexualidad se maneja en Guatemala; el

estudiante universitario puede ser un punto de partida para futuras investigaciones sobre la sexualidad del guatemalteco. Como psicólogos esto nos puede beneficiar para la aproximación a la psicología de la sexualidad del guatemalteco, lo que redundará en mejoras sustanciales en estrategias para los tres niveles de atención en salud.

BIBLIOGRAFIA:

- AGUILAR, B.A. Y FLORES, M.L. 1994. Rasgos de personalidad de mujeres parricidas. Guatemala: Tesis Esc. de Psicología, USAC. 88 pp.
- AIDS-PREVENTION PROJECT-SEATTLE. 1990. Self-care guidelines. AIDS-Prevention Project-Seattle (eds.). Washington. 115 pp.
- ALMEDAL, C. Y CARLEGARD R. 1991. Sexo más seguro. Acción en SIDA, 13:2.
- BUSS, D.M. 1994. The strategies of human mating. American Scientist, 82(3):238-249.
- CALANDRA, D., E. DEL VALLE, D.J. OLIVARES, C.D. REGUEIRA Y O.J. MORMANDI. 1973. Aborto: Estudio clínico, psicológico, social y jurídico. México: Editorial Médica Panamericana. 382 pp.
- CDC. 1993. Update: Barrier protection against HIV infection and other sexually transmitted diseases. Morbidity and Mortality Weekly Report, 42:589-591.
- CARRANZA, A.G. 1993. Conocimientos actitudes y prácticas de las comadronas sobre embarazo, parto y puerperio en el municipio de Nueva Concepción. Guatemala: Tesis Fac. CC. Médicas, USAC. 63 pp.
- CARVER, S. 1990. Técnica sexual adulta. México: Editores Mexicanos Unidos. 278 pp.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD. 1989. III Taller Latinoamericano de investigación aplicada a la salud. Guatemala: Fac. CC. Médicas.

- CONASIDA. 1989. El médico frente al SIDA. México: Pangea eds., S.A. 173 pp.
- DENKER, R. 1973. Elucidaciones sobre la agresión. Buenos Aires: Amorrortu eds. cap. 15.
- DORSCH, F. 1981. Diccionario de Psicología. España, Barcelona: Editorial Herder, S.A. 1070 pp.
- FREUD, S. 1962. Three essays on the theory of sexuality. New York: Basic Books, Inc., Publishers. 130 pp.
- GONZALEZ, B.L. 1992. La desigualdad en la pareja: Cómo la viven y la perciben las mujeres? Guatemala: Tesis Fac. CC.JJ. y Sociales, USAC. 190 pp.
- GULARTE, M. 1993. Prevención de embarazo no deseado y ETS/VIH en la Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala: CODETS, Mimeog. 6pp.
- HATCHER, R.A. 1989. Tecnología anticonceptiva, edición internacional. Atlanta, Georgia, USA: Printed Matter Inc. 530 pp.
- KINSEY, A.C., W.B. POMEROY Y C.E. MARTIN. 1948. Sexual behavior in the human male. Philadelphia: W.B.Saunders Company. 803 pp.
- MELENDEZ, C.E. 1992. Creencias o conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) de estudiantes universitarios en relación al SIDA. Guatemala: Tesis Fac. de Medicina, USAC. 74 pp.
- MELENDEZ, J.G. 1995. Propuesta de atención psicológica preventiva y de tratamiento a población en riesgo o contagiada del virus del SIDA. Guatemala: Informe E.P.S., Esc. de Psicología, USAC. 63 pp.

- MILLER, D. 1989. Viviendo con SIDA y HIV. México: Editorial El Manual Moderno. 142 pp.
- POHLMAN, E. Y J.M. POHLMAN. 1969. Psicología de la planificación familiar. México: Editorial Pax-México, Librería Carlos Cesarman, S.A. 629 pp.
- REICH, W. 1945. Character analysis, 3ed. New York: Farrar, Straus and Giroux. 545 pp.
- TRUSSELL, J., R.A. HATCHER, W. CATES, F.H. STEWART Y K. KOST. 1990. Contraceptive failure in the United States: an update. Stud. Fam. Plann. 21:41-54.
- VANDER, J.W. 1986. Manual de Psicología Social. México: PAIDOS. 697 pp.

ENCUESTA CONFIDENCIAL Y ANONIMA

Los datos que usted proporcione son estrictamente confidenciales y anónimos y serán utilizados en el proyecto "Prevención de embarazos no deseados y ETS/VIH en la Universidad de San Carlos de Guatemala".

DATOS DEL ESTUDIANTE:

- a) Escuela/Facultad: _____
- b) Carrera: _____
- c) Primer ingreso (carnet '95): _____
Reingreso (segundo-cuarto años): _____
Egreso (último año ó pendiente de tesis): _____
- d) Sexo: F _____ M _____ e) Edad: _____ años.
- f) Estado civil: Casado (a): _____ Unido (a): _____ Soltero (a): _____
- g) Religión: Católica: _____ Protestante (Evangélica): _____
Mormona: _____ Testigo de Jehová: _____
Otra: _____
Ninguna: _____ Ateo: _____

I. PARTE

INSTRUCCIONES:

Encierre en un círculo la letra "F" si considera que la respuesta es FALSA ó la letra "V" si considera que es VERDADERA. Si no sabe la respuesta déjela sin contestar. Responda con toda franqueza.

- | | | |
|--|---|---|
| 01. Los anticonceptivos orales evitan la ovulación | F | V |
| 02. La "T" de cobre es espermicida | F | V |
| 03. La inyección es un método de barrera | F | V |
| 04. Las tabletas vaginales son espermicidas | F | V |
| 05. El ritmo evita la ovulación | F | V |
| 06. La operación en el hombre y la mujer esterilizan | F | V |
| 07. El condón sirve únicamente para evitar embarazos | F | V |
| 08. El SIDA tiene cura | F | V |

II. PARTE

INSTRUCCIONES:

Encierre en un círculo la letra de la opción que seleccione.
Responda con toda franqueza.

09. ¿Ha tenido relaciones sexuales?
a. Si.
b. No.
10. ¿A qué edad empezó a tener relaciones sexuales? _____ años.
11. ¿Con quién ha tenido o tiene relaciones sexuales?
a. Hombres.
b. Mujeres.
c. Mujeres y hombres.
d. Ninguno.
12. ¿Cuántos contactos con trabajadores del sexo (prostitutas y/o prostitutos) tuvo en el año 1994.
a. 1.
b. 2-4.
c. 5-más.
d. Ninguno.
13. ¿Cuántas parejas sexuales tuvo en el año 1994? (no incluya a trabajadores del sexo: prostitutos y prostitutas).
a. 1.
b. 2-4.
c. 5-más.
d. Ninguna.
14. ¿Qué hace para prevenir embarazos no deseados?
a. Utiliza un método anticonceptivo (indique cual):

b. Está operado (a).
c. Practica el coitus interruptus (retiro).
d. Otro: _____
e. Nada.
15. ¿Ha padecido anteriormente una enfermedad de transmisión sexual (venérea)?
a. Si.
b. No.
16. ¿Usa condones cuando tiene relaciones sexuales?
a. Siempre (100%).
b. Casi siempre (75%).
c. A veces (50%).
d. Nunca (0%).

17. ¿Cuándo tiene relaciones sexuales con su pareja?
- Cuando usted lo desea.
 - Cuando su compañero (a) lo desea.
 - Cuando usted y su pareja lo desean.
 - No tiene relaciones sexuales.
18. ¿En general cuando usted tiene relaciones sexuales acostumbra a decirle a su pareja lo que le gusta y no le gusta hacer y que le hagan?
- Siempre (100%).
 - Casi siempre (75%).
 - A veces (50%).
 - Nunca (0%).
19. ¿Cree usted que en la Universidad debiera existir un espacio específico dentro del pensum de estudios para tratar temas de sexualidad, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y SIDA?
- Sí.
 - No.

III PARTE

INSTRUCCIONES:

Encierre en un círculo la letra de la opción que seleccione. Puede seleccionar más de una opción. Responda con toda franqueza.

20. ¿Para usted qué es SEXO SEGURO?
- Monogamia (Fidelidad).
 - Sexo libre de enfermedades de transmisión sexual (venéreas) y SIDA.
 - Masturbación.
 - Sexo libre de embarazos no deseados.
 - Sexo libre de violencia y con plena satisfacción para ambos.
 - Usar condón (preservativo).
 - No sabe.
 - Otro: _____
21. ¿Como se adquieren las Enfermedades de Transmisión Sexual (venéreas)?
- Usando baños públicos.
 - Teniendo relaciones sexuales.
 - Compartiendo ropa.
 - Bañándose en las piscinas.
 - No sabe.
 - Otro: _____

22. ¿Qué es el SIDA?
- Es una enfermedad que causa la muerte.
 - Es la última etapa de la infección causada por el VIH.
 - Es la enfermedad que se desarrolla en homosexuales y/o drogadictos.
 - No sabe.
 - Otro: _____
23. ¿Cómo se transmite el SIDA?
- Por la picadura de un mosquito.
 - Dando la mano.
 - Teniendo relaciones sexuales.
 - Besando.
 - Bañándose en piscinas.
 - Por compartir agujas y jeringas.
 - Por transfusiones de sangre.
 - No sabe.
 - Otro: _____
24. ¿Qué piensa sobre el uso de métodos anticonceptivos?
- Son dañinos para la salud.
 - Es pecado.
 - Son útiles para evitar embarazos no deseados.
 - Son válidos dentro del matrimonio únicamente.
 - Los debe usar una persona que tenga vida sexual.
 - Otro: _____
25. ¿Qué considera cuando tiene relaciones sexuales?
- Que podría quedar embarazada.
 - Que podría dejar embarazada a su compañera.
 - Que podría contagiarse con una enfermedad de transmisión sexual (venérea) o con el virus del SIDA.
 - Nada.
 - Otro: _____
26. ¿Cómo son sus relaciones sexuales?
- Orales (boca-pene/boca-vagina).
 - Anales (pene-ano).
 - Vaginal (pene-vagina).
 - Masturbación mutua.
 - Otro: _____
 - No tiene relaciones sexuales.
27. ¿Qué desea cuando tiene relaciones sexuales?
- Disfrutar usted.
 - Hacer disfrutar a su pareja.
 - Ser violento (a) y/o hacer sufrir a su pareja.
 - Sufrir violencia y/o humillaciones.
 - Otro: _____
 - No tiene relaciones sexuales.

28. ¿Qué piensa usted del uso del condón?
a. Es molesto.
b. Es inseguro.
c. Limita el placer sexual.
d. Me gusta y es seguro.
e. Otro: _____
29. ¿Cuándo usa condones, con quién los usa?
a. Con su novia (o).
b. Con su esposa (o).
c. Con su amante.
d. Con trabajadores del sexo (prostitutas y/o prostitutos).
e. Otro: _____
f. No usa.
30. ¿Qué siente al comprar condones?
a. Vergüenza (nerviosismo).
b. Seguridad.
c. Otro: _____
d. No compra.
31. ¿Que drogas ha usado?
a. Alcohol (en grandes cantidades).
b. Marihuana.
c. Cocaína.
d. Otra: _____
e. Nunca ha usado.

Muchas gracias por su colaboración.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

ALABAMA - ZION'S CHURCH

1880

I N D I C E

	Página
CAPITULOS	
I. Introducción	01
A. Marco Teórico	08
B. Hipótesis	18
II. Técnicas e Instrumentos	
A. Técnicas	19
B. Instrumentos	20
III. Presentación y análisis de resultados	
A. Presentación de resultados: Gráficas	25
B. Análisis de resultados	49
IV. Conclusiones y recomendaciones	
A. Conclusiones	56
B. Recomendaciones	59
Bibliografía	61
Anexos:	
Anexo 1: Encuesta	64

