

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



**ACTITUDES SEXUALES EN ESTUDIANTES DEL AREA DE LA SALUD
EN TIJUANA**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

CONRIQUE DE LA ROSA ESMERALDA

DIRECTOR:

DRA. ISLAS LIMON YADIRA JULIETA

TIJUANA, B.C., AGOSTO DEL 2018

Agradecimientos

A mi mamá, por enseñarme a ser mejor, a esforzarme en alcanzar lo que me proponga y no dar marcha atrás, a confiar en mi capacidad, ser responsable y no rendirme. Por darme su apoyo en todo lo que hago.

A mi novio, Sergio Jiménez, por estar ahí para mí siempre, por escucharme, apoyarme, interesarse en mis cosas y ayudarme a mejorar como persona.

A la Dra. Beatriz Alfaro, por presionarme a hacer un mejor trabajo, encontrarme siempre aspectos donde mejorar y ponerle tanta atención y dedicación a mi proyecto a pesar de tener tantos trabajos por leer y corregir durante las clases.

A mi directora de tesis, Dra. Yadira Islas, por introducirme al mundo de la investigación y enseñarme, ya que gracias a eso, he descubierto otra área de la psicología que me genera gusto y satisfacción. Por ampliar mi panorama teórico y compartir conmigo textos e investigaciones de género. Por orientarme a utilizar mis capacidades y confiar en mis habilidades, por darme su apoyo y guía en este proyecto de investigación.

A la Dra. Margarita Tovar, a la Mtra. Karla Mínguela, al Mtro. Juan Carlos Hernández por asesorarme en el desarrollo de la tesis, de forma teórica y práctica, cada uno desde su propia área.

VOTO APROBATORIO 1

Tijuana, Baja California, a 16 de Agosto del 2018.

DR. ARTURO JIMÉNEZ CRUZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada "**Actitudes sexuales en estudiantes del área de la salud**", elaborada por **Esmeralda Conrique de la Rosa**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Julieta Yadira Islas Limón

C.c.p. Archivo

VOTO APROBATORIO 2

Tijuana, Baja California, a 16 de Agosto del 2018.

DR. ARTURO JIMÉNEZ CRUZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como secretario en el examen de grado de la tesis titulada **“Actitudes sexuales en estudiantes del área de la salud”**, elaborada por **Esmeralda Conrique de la Rosa**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE

Mtro. Juan Carlos Hernández Cabanillas

C.c.p. Archivo

VOTO APROBATORIO 3

Tijuana, Baja California, a 16 de Agosto del 2018.

DR. ARTURO JIMÉNEZ CRUZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Presidenta del examen de grado de la tesis titulada **“Actitudes sexuales en estudiantes del área de la salud”**, elaborada por **Esmeralda Conrique de la Rosa**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Deisy Margarita Tovar Hernández

C.c.p. Archivo

VOTO APROBATORIO 4

Tijuana, Baja California, a 16 de Agosto del 2018.

DR. ARTURO JIMÉNEZ CRUZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada "**Actitudes sexuales en estudiantes del área de la salud**", elaborada por **Esmeralda Conrique de la Rosa**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Ahmed Ali Asadi González

C.c.p. Archivo

VOTO APROBATORIO 5

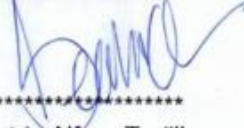
Tijuana, Baja California, a 16 de Agosto del 2018.

DR. ARTURO JIMÉNEZ CRUZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada "**Actitudes sexuales en estudiantes del área de la salud**", elaborada por **Esmeralda Conrique de la Rosa**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Beatriz Alfaro Trujillo

C.c.p. Archivo

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo central describir las actitudes sexuales en estudiantes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California, Campus Otay-Tijuana. Además, identificar la posible existencia de actitudes que vayan en contra de la diversidad y la aceptación sexual, así como describir las diferencias existentes de acuerdo a la variable sexo. Lo anterior con el propósito de indagar si los futuros profesionistas del área de la salud cuentan con herramientas necesarias para desarrollarse adecuadamente con sus pacientes en la dimensión sexual de la persona. Para lograr los objetivos de investigación, se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo y analítico de corte transversal. Se seleccionó una muestra de 210 estudiantes de la Facultad de Psicología y Medicina. El tipo de muestro fue aleatorio simple. Se aplicó el Test de Actitudes y Opinión Sexual (TAOS) desarrollado por Álvarez Gayou y Paulina Millán, el cual evalúa las actitudes sexuales en tres factores: salud sexual, mitos acerca de la sexualidad y autopercepción corporal. Se tomaron en cuenta el sexo y carrera como variables independientes. El análisis de la información arrojó que los estudiantes del área de la salud tienen en promedio actitudes sexuales más positivas que el resto de la población mexicana. Las mujeres presentaron actitudes sexuales más positivas que los hombres, en especial en el área de mitos sexuales. Se concluye que el nivel educativo puede ser un factor que incide en mostrar actitudes más positivas, además la carrera tiene un carácter formativo en la deconstrucción de los estereotipos de género. Las actitudes sexuales positivas en estos estudiantes suponen que la influencia en pacientes será positiva.

Palabras clave: Actitud sexual, sexualidad, género, autopercepción, mitos sexuales, salud sexual.

INDICE

Agradecimientos.....	ii
VOTO APROBATORIO 1.....	iii
VOTO APROBATORIO 2.....	iv
VOTO APROBATORIO 3.....	v
VOTO APROBATORIO 4.....	vi
VOTO APROBATORIO 5.....	vii
Resumen.....	viii
1.1 Antecedentes.....	3
1.2 Justificación.....	7
1.3 Planteamiento del problema.....	9
1.4 Hipótesis y objetivos.....	13
II. Marco Teórico.....	14
2.1 Sexualidad.....	14
Definición.....	14
Manifestaciones de la sexualidad.....	15
Salud sexual.....	16
Salud reproductiva.....	16
Derechos sexuales.....	16
Papel de los y las profesionistas de la salud en la sexualidad.....	17
2.2 Actitudes hacia la sexualidad.....	18
Definición de Actitudes.....	18
Componentes de las actitudes.....	19
Actitudes hacia la sexualidad.....	20
2.3 Tipos de actitud sexual.....	20
Erotofobia-erotofilia.....	21
Conservadurismo-liberalismo.....	22
Modelo trirreferencial en actitudes sexuales.....	22
2.4 Desarrollo de las actitudes sexuales.....	23
Actitudes negativas ante la sexualidad.....	24
2.5 Perspectiva de género.....	25
Conceptos básicos de la perspectiva de género.....	25
Postura feminista.....	26
2.6 Atribuciones culturales presentes en la práctica sexual en función al género.....	27
Manifestaciones conductuales y actitudinales en torno a la sexualidad de acuerdo al género.....	29
III. Metodología.....	31
3.1 Diseño del estudio.....	31
3.2. Población.....	31
3.3 Muestra.....	31
3.4 Unidad de análisis.....	31
3.5 Instrumento.....	31
3.6 Medición de variables.....	32
3.7 Recolección de datos.....	33
3.8 Análisis de datos.....	34
3.9 Consideraciones Éticas.....	35

IV. Resultados.....	36
4.1 Actitudes sexuales presentadas en los estudiantes del área de la salud.....	36
4.11 Actitudes sexuales descritas de acuerdo a los factores: Salud Sexual, Mitos sobre Sexualidad y Auto percepción Corporal.....	36
4.12 Diferencias entre las actitudes sexuales de hombres y mujeres.....	37
4.121 Diferencias por sexo encontradas en estudiantes de psicología.....	38
4.1211 Diferencias entre hombres y mujeres estudiantes de psicología: análisis global y por factor del instrumento.....	38
4.1212 Análisis por reactivo con t de Student en estudiantes de psicología.....	39
4.1213 Diferencias entre hombres y mujeres estudiantes de psicología: Análisis por cuartil...	39
4.122 Diferencias en actitudes sexuales encontradas entre hombres y mujeres estudiantes de medicina.....	40
4.1221 Diferencias entre hombres y mujeres estudiantes de medicina: Análisis por cuartil....	40
4.1222 Diferencias entre hombres y mujeres estudiantes de medicina: Análisis por reactivo..	41
4.13 Diferencias entre estudiantes de psicología y medicina: análisis por carrera y sexo.....	42
4.2 Limitaciones del estudio.....	43
V. Discusión	44
VI. Conclusiones	50
VII. Referencias bibliográficas	53
VIII. Tablas	56
Tabla 1. Operacionalización de variable Dependiente.....	56
Tabla 2. Operacionalización de variables independientes.....	56
Tabla 3. Medias estadísticas de estudiantes del área de la salud (Total y por Factor).....	57
Tabla 4. Análisis de varianza t student en las medias estadísticas de hombres y mujeres.....	57
Tabla 5. Reactivos por cuartil en hombres y mujeres estudiantes del área de la salud.....	58
Tabla 6. Prueba t de student en el reactivo 10.....	58
Tabla 7. Prueba t de student para reactivo 17.....	59
Tabla 8. Prueba t de student para reactivo 18.....	59
Tabla 9. Prueba t de student para el reactivo 19.....	59
Tabla 10. Promedios Total y por Factor de los estudiantes de psicología.....	60
Tabla 11. Comparación t de student para hombres y mujeres de estudiantes en psicología. ...	60
Tabla 12. Comparación t de student en hombres y mujeres para el factor de salud sexual.....	61
Tabla 13. Comparación por reactivo acomodado en percentiles para estudiantes de psicología.....	61
Tabla 14. Promedios totales y por factor para estudiantes de medicina.....	62
Tabla 15. Puntuación promedio por reactivo según sexo en estudiantes de medicina.....	62
Tabla 16. Resultados en percentil por sexo para estudiantes de medicina.....	63
Tabla 17. Análisis de varianza: Anova entre grupos.....	63
IX. Apéndices.....	64
Apéndice 1.....	64
Apéndice 2.....	66
Apéndice 3.....	68

1.1 Antecedentes

El término actitud se acuñó como tal en la Psicología Social por Allport durante la primera mitad del siglo XX; los primeros estudios al respecto datan de dicha época. Mientras que, el papel de las actitudes en la sexualidad se ha estudiado con mayor énfasis en los últimos 35 años, por lo cual la información es relativamente escasa.

Para los fines del presente estudio se revisaron investigaciones procedentes de Estados Unidos, Canadá, Brasil, Colombia, Ecuador, Argentina, Cuba, México y España. La evidencia empírica es diversa así como también el abordaje metodológico, varios estudios utilizaron el enfoque cuantitativo, otros el cualitativo, y en algunos casos, recurrieron a la triangulación metodológica. Predominan los estudios descriptivos, sobre todo en el sur de América Latina. En México, se encontraron varios estudios de corte cualitativo en los que ahondaban en las actitudes en sí, además de estudios que abordaban el tema de género en la vivencia de la sexualidad y las actitudes al respecto.

En América del sur, se observó un predominio en el análisis de las conductas sexuales y el nivel de conocimiento sobre el tema, ningún estudio –de los revisados por la autora- utilizaba algún instrumento que evaluara las actitudes sexuales desde la visión: afectivo, cognitivo y conductual, ni únicamente el área afectiva. A su vez, los instrumentos (encuestas) utilizados para recopilar la información han sido diseñados por los mismos investigadores, en algunos casos, y en otros se emplearon aquellos validados en estudios previos.

En Estados Unidos predominaron los estudios cuantitativos con múltiples instrumentos y la utilización de la estadística inferencial para el análisis de los datos.

La mayoría de los estudios revisados se dirigen a población universitaria, pero pocos estudian exclusivamente a estudiantes del área de la salud, en cambio, se hace una comparación entre estudiantes de varias facultades. Casi todos los estudios analizaron los resultados diferenciando a la población de estudio por la variable: sexo.

En el presente estudio, a diferencia de los otros estudios realizados en México, se evaluaron los tres componentes de las actitudes: área afectiva, cognitiva y conductual. Además en relación a la población, se trabajó exclusivamente con estudiantes del área de la salud, utilizando un enfoque cuantitativo analítico.

A continuación se describe de manera sucinta la evidencia empírica revisada y los resultados más significativos para los fines de esta investigación. Se explica cómo son las actitudes sexuales, qué factores influyen en ellas, en qué otras áreas repercuten y las variaciones de las actitudes según el sexo.

De acuerdo al estudio longitudinal de England y Bearak (2014) en estudiantes de college alrededor de los Estados Unidos que evaluó un periodo de seis años, ambos sexos mostraron interés en mantener una relación afectiva, no obstante, son más los hombres con deseos de una relación basada en sexo casual. Además, las mujeres esperaban recibir un “estigma” ante su comportamiento sexual, presumían mayor “pérdida de prestigio” que los hombres ante el hecho de vivir libremente su sexualidad, lo cual condicionaba de cierta manera su comportamiento o en su defecto, las emociones que surgen de este. En contraparte, Martin y Mak (2013) en el estudio realizado en Mid-Atlantic University en Estados Unidos, encontraron que las mujeres tenían una actitud significativamente más progresiva y de apertura que los hombres, quienes manifestaban una tendencia ambivalente ante la sexualidad. A su vez, hubo discrepancia entre el conocimiento sexual que los jóvenes creían tener y el que realmente poseían. Stonecipher (2004) que también estudio población universitaria estadounidense, no encontró el doble estándar, donde se le atribuye mayor permisividad sexual al hombre que a la mujer.

En América Latina se encontró una visión más conservadora de la sexualidad y variante de acuerdo al sexo. Por ejemplo, en una investigación realizada en la universidad UPTC en Tunja, Colombia se evaluaron los comportamientos sexuales de los universitarios bajo la premisa que el nivel educativo generaba una respuesta diferente al resto de la población. Sin embargo, encontraron que la población universitaria presenta poco conocimiento sobre sexualidad al percibirla como un ente

biológico únicamente, sólo una tercera parte pudo identificar el concepto de erotismo. (Ospina & Manrique, 2007) Además, los hombres tenían en promedio el doble de parejas sexuales y un inicio promedio de vida sexual hasta dos años antes que las mujeres.

En otro estudio con estudiantes universitarios del Ecuador, se observó que la población de estudio manifestó dudas en torno a situaciones emocionales y actitudinales de la sexualidad, pero la información recibida al respecto giraba en torno la esfera física, dejando de lado la parte erotoafectiva donde intervienen las emociones y creencias que surgen ante esta esfera (Saeteros, Pérez & Sanabria, 2013). Sin embargo, en el estudio de Bautista-Hernández (2008) con estudiantes originarios de Cuba se observó que hay una falta de conocimiento sobre sexualidad, además en su mayoría sólo se identificó la parte fisiológica de esta. En este estudio se incluyeron más carreras además de psicología. Las conductas fueron más permisivas y carentes de culpa, temor o miedo en hombres (Bautista-Hernández, 2008). Las mujeres refirieron esos sentimientos en mayor medida a la hora de la masturbación que los hombres.

En Ecuador, de igual manera los hombres presentaron actitudes más permisivas en torno a la sexualidad, como la masturbación o relaciones sexuales con desconocidos (Saeteros et al, 2013). En Argentina los estudiantes de psicología caían en una actitud neutra con tendencia conservadora en torno a la sexualidad, sin embargo en los hombres se podían ver manifestaciones un poco más liberales (Maldonado, 2009).

Mientras tanto en México los resultados varían entre sí, sobre todo en función a zona geográfica del país. De acuerdo a Moral de la Rubia y Ortega (2008) los estudiantes de psicología del noroeste de México identificaron la identidad, orientaciones sexuales, coito, educación sexual y cuerpo, como componentes presentes en la sexualidad. Presentaron una imagen positiva de la sexualidad propia de un discurso de quien ha recibido educación sexual. También, se encontró que los jóvenes que estudian carreras del área médica tienen un mejor conocimiento sobre sexualidad y mayor preocupación por su salud reproductiva (Caño, Cataño & Díaz, 2010). A pesar de manifestar un discurso con connotaciones positivas en torno a la sexualidad, los estudiantes del área

de la salud presentaron estereotipos de género en las propias actitudes sexuales (Moral de la Rubia & Ortega, 2008).

En otro estudio realizado en la región noreste de México (Coahuila), se encontró que el grupo de personas universitarias evaluado tenía una educación sexual deficiente, puesto que desconocían aspectos de anatomía y fisiología sexual humana, además de aspectos importantes sobre la salud reproductiva y una escasa perspectiva de género. De igual manera, pobre conocimiento sobre ITS, derechos reproductivos y planificación familiar (Claramunt, Hernansaiz & León, 2004). Dentro de este mismo estudio las actitudes se midieron de acuerdo a tres continuos: la aceptación de la diversidad, la permisividad o conservadurismo y erotofilia en relación a erotofobia. La mayoría de los estudiantes universitarios coahuilenses, catalogaron las manifestaciones de diversidad sexual como anormales y otras actitudes conservadoras.

Las actitudes sexuales difieren en cada sexo por cuestiones culturales. De acuerdo a Moral de la Rubia & Ortega (2008), en su estudio encontró que los hombres tuvieron mayor aceptación a su sexualidad, y una actitud de apertura ante manifestaciones sexuales como son el inicio de la vida sexual, ver pornografía, la masturbación, relaciones no coitales, fantasías. Por otra parte, en estudiantes mexicanos se observó que los hombres presentaban mayor permisividad en sus actividades sexuales que las mujeres, sin embargo estos mismos hombres presentaron actitudes más sexistas y estereotipadas que las mujeres (Trejo, 2013).

1.2 Justificación

Las actitudes sexuales de los profesionales del área de la salud influyen al momento de tratar a pacientes que presenten alguna problemática de esta índole, incluso a quienes únicamente busquen asesoría en el tema. Es responsabilidad del personal de salud ver a la persona de forma holística, tomando en cuenta la sexualidad como una dimensión humana presente a lo largo de toda la vida y no como un ente meramente fisiológico. Por ello es importante evaluar el estado de la cuestión en los estudiantes que a futuro serán profesionales de esta área.

La Educación Sexual Comprensiva es un derecho sexual de acuerdo a la Declaración Universal de los Derechos Sexuales (1998), esto convierte al profesional de la salud en un agente socializador y educador directo de la población con quien trabaje. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el apéndice IV del Programa para la Promoción de la Salud Sexual, establece un Programa para la capacitación de profesionales en salud en salud sexual. Se sugirió que los profesionales de la salud deben contar una capacitación sexual mínima, dentro de la cual se incluye “Conciencia de las actitudes personales hacia la propia sexualidad y la de otros, lo que deberían incluir una actitud respetuosa hacia las personas con diferentes orientaciones sexuales y prácticas sexuales” (OMS, 2000, pp. 21).

A partir de la necesidad de mejorar el entendimiento de los problemas de la sexualidad humana, es necesario para los profesionales de la salud desarrollar actitudes saludables en torno a la sexualidad y sus manifestaciones. Un entendimiento del profesionista de su propia sexualidad y una aproximación racional en torno a sus problemas sexuales lo ayudará a ser capaz de lidiar con los problemas de los otros. De igual manera, es necesario aceptar la variación en comportamiento sexual para que pueda transmitir esta garantía a personas que buscan ayuda y orientación (Organización Panamericana de la Salud, OMS, Organización Panamericana de la salud [OPS], Asociación Mundial de Sexología [WAS], 2000).

Cuando las personas con problemas sexuales busquen a profesionales de la salud por guía o consejo, la existencia de actitudes punitivas o negativas, declaraciones descuidadas o métodos inadecuados en torno a la sexualidad pueden dañar seriamente el sentido de valor del cliente entorno a su propia vida sexual. Las actitudes negativas pueden tender a ser más pronunciadas en ciertas sociedades en relación a personas mayores, personas con discapacidad intelectual o física, personas en prisión, etc. (OMS, OPS, WAS, 2000).

El propósito de la presente investigación fue conocer las actitudes sexuales que se están presentando actualmente en los estudiantes del área de la salud, puesto que, son agentes educadores en sexualidad en su desempeño profesional, aun cuando no se dediquen en específico a esa rama.

Es importante evaluar las actitudes en torno a la sexualidad que los estudiantes del área de la salud manifiesten puesto que en un futuro serán agentes educadores. El reconocimiento de las propias actitudes ayudará a promover una cultura con perspectiva de género, y hará posible focalizar los componentes actitudinales donde haya mayor discrepancia entre los resultados esperados y reales de un profesional de la salud. Además, será posible describir si la educación sexual recibida en las licenciaturas de medicina y psicología de la Universidad Autónoma de Baja California puede modificar los aprendizajes socioculturales disfuncionales en torno a la sexualidad. De encontrarse actitudes negativas ante la sexualidad, este descubrimiento marcaría futuras vías de acción para optimizar la educación sexual y la cultura de género dentro de la facultad.

1. 3 Planteamiento del problema

Las actitudes hacia la sexualidad juegan un rol importante en el alcance de la salud sexual y la salud reproductiva. La salud sexual implica una capacidad de disfrute de la sexualidad y la ausencia a emociones negativas en torno a esta, mientras que la salud reproductiva representa la accesibilidad y conocimiento a la planeación de la reproductividad. De acuerdo a Szasz (1995, p.7), “establecer las relaciones entre comportamiento sexual, construcción de identidad genérica y fuerzas culturales y estructurales de la sociedad mexicana constituye un ejercicio necesario para comprender los orígenes de muchos problemas de salud reproductiva que prevalecen en México”. Los comportamientos de riesgo generan problemas sociales, tales como altas tasas de embarazos no deseados e incidencias altas en enfermedades de transmisión sexual.

Las actitudes sexuales negativas se problematizan porque repercuten en el alcance del bienestar holístico de la persona. De acuerdo a la bibliografía revisada, en América Latina los estudiantes no identifican la sexualidad como dimensión humana y únicamente se enfatizan sus componentes biológicos, lo cual puede deberse a que la información que recibieron sobre este tema no fue la adecuada o no se proporcionó de una forma eficiente. El desconocimiento en torno a la sexualidad implica que sigan existiendo dudas, creencias, miedos o sentimientos que incomodan a la persona (Saeteros, Pérez & Sanabria, 2013).

Hombres y mujeres presentan diferentes actitudes sexuales, lo cual es una consecuencia cultural de los roles que se les asigna en la sociedad, esto también influye en el alcance de la salud sexual y reproductiva. Al aumentar la doble moral sexual y el machismo, disminuye el uso de anticonceptivo (Larrañaga & Yubero, 2012). Muchas veces los roles de género que perduran en la vivencia sexual pueden ir en contra de una salud sexual y reproductiva (Bautista-Hernández). A continuación se relatan las diferencias que se han encontrado por sexo en algunas investigaciones.

Dentro del continuo erotofobia-erotofilia los sentimientos de angustia, vergüenza, pudor, rechazo o timidez se manifiestan en menor medida en hombres. Por su parte, las mujeres valoran la virginidad y la sexualidad en pareja como expresión romántica (Moral de la Rubia & Ortega, 2008). El conservadurismo en el hombre se manifiesta en la actitud hacia la sexualidad ajena, donde es importante diferenciar entre las chicas que pueden ser para una relación formal y aquellas que sólo son "de paso", parte del factor que influye aquí es la permisividad sexual que éstas tengan. Es decir, se considera que chicas con mucha experiencia sexual no serían para algo formal (Velázquez, 2016). Se presenta intolerancia hacia la diversidad sexual dentro de la población estudiada, así como actitudes conservadoras, poca percepción de riesgo, y apego a aprendizajes de carácter popular. Hay una disociación entre el conocimiento, actitud y conducta asumidos en materia de sexualidad (Claramunt et al, 2004).

En los estudios revisados se ha identificado el papel de los estereotipos de género en la vivencia de la sexualidad, se identifican los roles tradicionales para hombre o mujer, se analiza por qué influyen y que consecuencias negativas traen a la salud reproductiva y sexual. Dentro de la búsqueda por adecuarse al rol social esperado, se generan creencias, reacciones emocionales y comportamientos que constituyen las actitudes a presentarse ante la sexualidad (Velázquez, 2016).

Los estereotipos de género influyen en las actitudes sexuales, en el caso de los hombres su esfera sexual refleja la "hombría", son educados en torno al placer e independientemente de sus actitudes, sexismo, moralidad, mitos o restricciones suelen presentar mayor cantidad de parejas sexuales que las mujeres. Las mujeres se guían en mayor medida por la moralidad que por los estereotipos de género, sin embargo esta moralidad es un aprendizaje adquirido que se enfatiza en su educación como mujeres (Trejo, 2013).

La sexualidad femenina es controlada por su apariencia física y la doble moral, mientras que los hombres son controlados a través de tener novias bonitas y chismes con contenido homofóbico. Se maneja un discurso de aceptación a la homosexualidad

pero una falta de percepción de esta en la realidad inmediata de los jóvenes (Vázquez & Chávez, 2008).

La masculinidad como estereotipo discursivo puede generar conflicto y angustia para los hombres al permanecer constantemente preocupados por su desempeño sexual desde diferentes enfoques, los cuales son, la visión de sus pares, la pareja formal y la pareja informal (Velázquez, 2016). La experiencia sexual o actitud permisiva es bien vista en el hombre mientras que es despreciada cuando existe en la mujer. La doble moral sexual que se manifiesta es aceptada por la mujer como la norma, generalmente no se plantea alguna queja o deseo de reclamar su derecho a la expresión sexual (Vázquez & Chávez, 2008).

Dentro de los limitantes que la conducta sexual de la mujer presenta es su inicio de actividad sexual, el ser catalogada de promiscua, la pérdida de pureza, la falta de moral. Por ende, no es de sorprenderse que en su actitud sexual haya mayor tendencia al conservadurismo, aunado al hecho de que el hombre es a quien se le atribuye el deber de saber sobre sexualidad. Lo cual deja un comportamiento conservador de posible erotofobia y desconocimiento de la sexualidad en la mujer (Vázquez & Chávez, 2008).

En resumen, los aprendizajes culturales de lo que corresponde a un hombre o a una mujer pueden generar ideas, creencias, sentimientos y formas de comportamiento determinadas en las personas. Lo cual, no permite que las personas vivan su sexualidad con libertad. A su vez, las actitudes sexuales negativas (con culpabilidad, ideas de rechazo, sentimientos negativos) no permiten el disfrute, generan mayor desconocimiento, poca posibilidad de cuidarse y aprender.

Los profesionales de la salud comparten las creencias, mitos y supersticiones que existen en la sociedad a la que pertenecen, pueden tener actitudes negativas ante la sexualidad evitando reconocerla como dimensión humana. Esta renuncia puede ser manifestada en una negación inconsciente de la sexualidad de sus pacientes o en una aproximación mecánica impersonal a la examinación y prescripción de métodos

anticonceptivos. Por ejemplo, se realizó una evaluación al Programa de Salud Reproductiva (Arranque Parejo en la Vida e Igualdad de Género en Salud) del IMSS Baja California en las modalidades de Planificación Familiar; se encuestaron 150 mujeres, 15 personas entrevistadas y algunos grupos focales, todas usuarias del programa. Se encontró que se tiende a bombardear de información anticonceptiva a la mujer, mientras que a los hombres no se les persuade de esta misma manera en torno al cuidado reproductivo. Por otra parte, el personal de salud tenía confusión sobre los términos de sexualidad, género y la forma de abordarlo en la población (Observatorio de Mortalidad Materna en México [OMM], S.F.)

Tras revisar información documentada se cree que una posible solución al problema es la educación sexual preventiva desde la esfera afectiva, cognitiva y conductual, para ello se necesitan educadores conscientes e informados en género y sexualidad. Por ello, es necesario conocer el estado de la cuestión en la población tijuanense, específicamente los estudiantes del área de la salud, quienes serán futuros educadores sexuales por el simple hecho de la profesión que escogieron.

Por lo anterior, se generó la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué actitudes sexuales presentan los estudiantes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California?

1.4 Hipótesis y objetivos

HA1. Los estudiantes del área de la salud presentan actitudes positivas ante la sexualidad.

HA2. Los hombres y mujeres estudiantes del área de la salud presentan actitudes sexuales diferentes.

HN1. Los estudiantes del área de la salud presentan actitudes negativas ante la sexualidad

HN2. Hombres y mujeres estudiantes del área de la salud presentan actitudes sexuales similares.

Objetivo general.

Describir las actitudes hacia la sexualidad de los estudiantes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California, Campus Otay-Tijuana.

Objetivos específicos.

1. Identificar los tipos de actitudes ante la sexualidad que presentan los estudiantes.
2. Describir las actitudes sexuales de los estudiantes de acuerdo a tres factores: salud sexual, mitos sobre sexualidad y autopercepción corporal.
3. Comparar las diferencias y similitudes entre las actitudes sexuales de hombres y mujeres.

II. Marco Teórico

En primer lugar, se describe la sexualidad y las actitudes de forma separada para ampliar su concepto, desarrollo, relación con la persona y forma en que se manifiestan cada uno. A su vez, debido a que esta investigación toca temas de salud pública, dentro del tema de sexualidad se incluyeron la salud reproductiva, salud sexual y derechos sexuales. El tema es más amplio que actitudes debido a que la sexualidad es una dimensión humana. Después, se describen las actitudes sexuales y sus componentes, las diferencias que se han observado en estas actitudes de acuerdo al sexo y además, las perspectivas teóricas que han dado una causa a estas diferencias, como es la teoría de género y las perspectivas feministas

2.1 Sexualidad

Definición.

La sexualidad es una condición inherentemente humana que se verá afectada por factores biológicos y culturales. Definido por la OMS la sexualidad es:

“un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales” (citado por López, E, 2013, p. 5).

La sexualidad es definida como el modo en que cada persona sexuada vive su propio sexo (Amezua, citado por Gonzales & Marin, 1987), refiriéndose el modo de ser, sentirse y vivirse como un ser sexuado. Lo que convierte a la sexualidad en algo subjetivo de cada individuo pero que todos poseen. A su vez, la sexualidad y las formas de entenderse se convierten en un constructo social que varía históricamente y media la forma en que los individuos rigen las normas sociales (Weeks, 1998).

De acuerdo con González y Marín (1987), la sexualidad es una experiencia de toda la vida, a pesar de que a ciertos grupos de edad como los adultos mayores y niños

no se les reconozca y atienda este aspecto de su vida. Además, afecta de forma integral al individuo, influyendo en la totalidad de la persona y no sólo en los órganos sexuales.

La sexualidad se vive individualmente y de forma distinta a quienes se encuentran alrededor de acuerdo a las experiencias propias que van formando a la persona. Está comprende sexo, identidades, placer, intimidad y reproducción. Sus formas de expresión van desde fantasías, deseos, actitudes, valores, creencias, comportamientos, practicas, relaciones y roles (International Planned Parenthood Federation [IPPF], 2012). Los holones (o subsistemas) de la sexualidad son las formas en que se manifiesta esta integración de aspectos en el individuo.

Manifestaciones de la sexualidad.

Fundamentada con base en la Teoría del Sistema General de Bertalanffy, surge la teoría de los holones de la sexualidad. Toma de dicha teoría la aplicabilidad vertical, es decir, que sus holones puedan ser aplicados y estudiados desde distintas disciplinas. Además, son elementos en interacción que a su vez son sistemas complejos e íntegros. En sexualidad la integridad de los elementos se da a través de lo mental, es decir, el significado de las experiencias, el afecto y sentido que se les da (Rubio, 1994).

Rubio (1994) desarrolla estos holones en el ámbito de la sexualidad, nombrándolos: reproductividad (reproducción como posibilidad), género (experiencia de pertenecer a un género), erotismo y vinculación afectiva interpersonal. En primer lugar la reproductividad se entiende como la "la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares a los que los produjeron, tanto como las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad (Rubio, 1994, pp.3)". Mientras que género se entenderá como las construcciones mentales sobre pertenecer o no a alguna categoría dimórfica de los seres humanos, es decir, masculino y femenino, así como las características que lo colocan en algún punto del continuo.

El erotismo se entiende como los procesos relacionados a la excitación sexual y el orgasmo, sus resultados placenteros y las construcciones mentales en torno a dichas experiencias. Por último, la vinculación afectiva se entiende como la capacidad de sentir

afectos hacia otro, teniendo en cuenta la disponibilidad de dicho individuo, y las construcciones mentales alrededor de estos afectos.

Dentro de la vivencia sexual se encuentran elementos de salud y jurídicos que permiten evaluar el bienestar de esta dimensión humana, así como de sus manifestaciones.

Salud sexual.

De acuerdo a la OMS a partir de 1975 (citado por Álvarez-Gayou, 2011, p.17) la Salud Sexual se conoce como: "La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor". Dentro de esto se toman en cuenta tres elementos fundamentales, los cuales son: posibilidad de disfrutar de actividad sexual reproductiva, ejercer la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos o factores psicológicos ni sociales que interfieran, por último, ejercer su actividad sexual sin trastornos orgánicos, alteraciones o enfermedades que la afecten. De acuerdo a Kaplan, (citado por Gonzales & Marin, 1987) vivir y desarrollar la sexualidad sin conflictos es un factor significativo dentro de la salud mental.

Salud reproductiva.

La salud reproductiva implica que las personas son capaces de poseer una vida sexual segura y satisfactoria, que se tiene la capacidad para reproducirse y la posibilidad de decidir al respecto, así como de la frecuencia (Cottingham et al., 2010). Esto quiere decir que las parejas e individuos pueden decidir libre y responsablemente entorno al número, espaciado y sincronía de sus hijos, y además poseer la información para hacerlo. Atarse al estándar más alto de salud sexual y reproductiva. Además estas decisiones se tomarán sin discriminación, coerción ni violencia.

Derechos sexuales.

Un derecho es algo universal, todos los poseen desde el nacimiento, y no se pueden negar (IPFF, 2012). Los derechos sexuales y reproductivos fueron reconocidos como derechos humanos a propuesta del feminismo del siglo XX (Tena, 2014).

Bajo el concepto de derechos reproductivos y sexuales, se hace referencia al "derecho de todas las personas, sin importar su edad, identidad de género, orientación sexual u otras características, a decidir sobre su propia reproducción y sexualidad, en el respeto a los demás" (Avalos, 2013, p. 2267). No obstante los derechos sexuales no son sinónimo ni parte de los reproductivos, puesto que ambos términos poseen connotaciones diferentes.

Los derechos reproductivos parten del derecho a decidir sobre el número y esparcimiento de hijos a tener y la accesibilidad a servicios de planificación familiar. Mientras que los derechos sexuales, son conformados por el derecho a buscar, y recibir información en el tema, el recibir educación, el respeto a la integridad física, a la elección de pareja, la elección de ser sexualmente activo o no, mantener relaciones sexuales de mutuo cuerpo, y en resumen el "llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera (Avalos, 2013, p.2269)".

Los derechos sexuales son diez. El artículo uno habla de la igualdad y la no discriminación en torno sexo, sexualidad o género. El segundo nos refiere el derecho a participar, mientras que el tercero enfatiza la seguridad e integridad personal. El cuarto menciona la privacidad, mientras que el quinto la autonomía personal y el sexto la libertad de pensar, opinar y expresar. El artículo siete hace referencia a la salud, el octavo a la educación e información, el noveno menciona la elección de familia y reproductividad, mientras que el décimo alude la rendición de cuentas y reparación de daños (IPPF, 2012).

Estos elementos no son de conocimiento general, por ende, los profesionistas de la salud llegan a tener roles formativos en la transmisión de esta información tanto de forma conceptual como actitudinal.

Papel de los y las profesionistas de la salud en la sexualidad.

Los y las profesionales de la salud tienen actitudes que pueden provocarles resistencia al hablar ciertos temas sexuales con pacientes (Tijeras, 2010). Estos en muchas ocasiones poseen información basada en prejuicios y actitudes valorativas en torno a la

sexualidad. La falta de educación entorno a la sexualidad promueve que actitudes sociales de estereotipos de género se mantengan, como el machismo o la pasividad y sumisión (Álvarez-Gayou, 2011). A pesar de manifestar un discurso con connotaciones positivas en torno a la sexualidad, los estudiantes del área de la salud siguen presentando estereotipos de género en las propias actitudes sexuales (Moral de la Rubia & Ortega, 2008).

Es necesario que los profesionales de la salud adopten conductas científicas y no valorativas en tono a la sexualidad, cuidando de no imponer su propio sistema de valores. No hay una norma para la conducta sexual, por lo cual la actitud ante la sexualidad de los consultantes debe ser de respeto y aceptación, lo cual no es sinónimo de libertinaje o permisividad extrema (Álvarez-Gayou, 2011). A su vez, los profesionales de la salud son agentes de cambio en cuanto a la implementación de nuevas normativas en torno a la perspectiva de género y a la salud sexual y reproductiva desde este enfoque (Keijzer, 2011, citado por Keijzer, 2014). Evitando que se hagan distinciones en la salud reproductiva al categorizar a la mujer como madre únicamente y al hombre como proveedor.

2.2 Actitudes hacia la sexualidad

Definición de Actitudes.

Actitud se refiere según Allport (1995, citado por López, 2005, p. 36) a “un estado mental y neurofisiológico de disponibilidad, organizado por la experiencia, que ejerce una influencia directiva sobre las reacciones del individuo hacia todos los objetos o todas las situaciones que se relacionan con ella”. De acuerdo a Eagly y Chaiken (Citado por Albarracín, Johnson, Zanna & Kumhale, s.f.) la actitud es una tendencia psicológica que evalúa una entidad particular en aprobación o desaprobación. Algunas actitudes se ven fuertemente influenciadas por un consenso social, muchas veces, como representación de una sociedad en la cual estos individuos viven.

Las actitudes pueden tener las siguientes cualidades (Fazio, R. & Olson, M., 2003):

-Accesibilidad, se refiere a la facilidad con que se evoca en la memoria al objeto y la actitud que este despierta.

-Ambivalencia, es decir, se pueden tener actitudes diferentes entorno a un mismo objeto o tema, o que los componentes sean unos positivos y otros negativos.

-Consistencia de la evaluación cognitiva, se refiere a como esta consistencia en el pensamiento hace menos probable que una actitud se vea modificada.

La actitud es un término complejo que se completa a través de componentes interrelacionados entre sí.

Componentes de las actitudes.

Una actitud es una evaluación, una forma de evaluar nuestro entorno. Se define como un constructo psicológico no observable pero que se manifiesta a través de sus componentes: emoción, cognición y acción. Dicha teoría es conocida como tripartida o modelo de los tres componentes. Se cree que estas tres manifestaciones deberían dirigirse a una sola actitud, sin embargo, en ocasiones es posible que sean contradictorias (Fazio & Olson, 2003).

Una actitud implica creencias, afecto y manifestaciones (conductas), y estos a su vez influyen recíprocamente en estos aspectos. De acuerdo a Katz y Stotland, las actitudes se conforman por cogniciones, emociones y un comportamiento dado (Citado en Albarra et al., s.f.). La manifestación cognitiva se basa en los pensamientos que la persona genera con respecto a cierto objeto, ámbito o tema. Estos pensamientos son fundamente el creer que este es de cierta manera, posee ciertos atributos o traerá consecuencias de cierta índole. Lo anterior se basa en las expectativas. El componente afectivo se forma de las reacciones emocionales que el objeto produce. Algunos autores postulan que esta emoción puede formarse a través de condicionamiento operante o clásico, y por la mera exposición. El componente conductual es la acción relacionada al objeto (Fazio & Olson, 2003).

Una actitud, es una forma de reaccionar ante cierto estímulo, pudiendo manifestarse en componente cognitivo, conductual o afectivo. Por lo tanto, dicha actitud se manifiesta en la dimensión sexual del ser humano, creando pautas de reacción antes estímulos que impliquen la sexualidad.

Actitudes hacia la sexualidad.

Las actitudes sexuales tienen como función ordenar los estímulos que provengan del medio en torno a sexualidad, es decir, el tener una percepción específica conlleva acomodar la información de forma diferente (Sáenz & Frago, s.f.). A su vez, expresa tendencias normativas, resolver conflictos internos, adaptarse a un grupo social al identificarse y ser identificado como parte de este.

Estas actitudes se pueden influenciar por el medio social, la religión, la educación recibida, medios de comunicación, etc. A lo largo de la historia humana la sexualidad y las actitudes ante esta se han visto modificadas por distintos sistemas. Entonces se entiende que la predisposición o actitud ante el erotismo puede tornarse positiva o negativa de acuerdo a las experiencias, por ejemplo, erotofóbica-erotofílica. (Gómez-Zapiain & Etxebarria, 1993).

Dentro del área de sexualidad los componentes de las actitudes tienen una vía específica. Lo cognitivo hace referencia a los conocimientos, percepción y creencias en torno a sexualidad. La valoración positiva o negativa de la sexualidad sería la representación del componente afecto. Mientras que en el área conductual se hace habla del filtro existente ante realizar o no ciertas conductas (Sáez, & Fraguo, s.f.).

2.3 Tipos de actitud sexual.

Según López (citado por Tijeras, 2010) las actitudes sexuales pueden separarse en conservadoras o liberales. Las conservadoras parten de la creencia de que la sexualidad es únicamente con fines procreativos, conlleva opiniones contra divorcio, sexo premarital, aborto, derechos sexuales en geriátricos. Mientras que los liberales

consideran la sexualidad como parte de dar y recibir placer, y conlleva opiniones progresistas en los puntos anteriores.

Otro enfoque, hace referencia al gusto o fobia por el erotismo, el cual es un holón de la sexualidad.

Erotofobia-erotofilia.

Byrne y Close (citado por Gómez-Zapiain & Etxebarria, 1993) indican que la génesis de la dimensión erotofobia-erotofilia parte de las respuestas afectivas asociadas en las cuestiones sexuales, y que estas se transforman en conjuntos evaluativos actitudinales. A su vez, las creencias, expectativas y conocimiento cognitivo en sí se aprenden, y a su vez las personas adquieren o generan respuestas fantaseadas donde se involucra una temática sexual.

De acuerdo a Fisher (citado por Montejo, 2003) las personas erotofóbicas presentan emociones negativas ante los estímulos sexuales, de manera que los evalúan negativamente y lo evitan. Mientras que la erotofilia como su nombre lo menciona es el gusto por los estímulos sexuales, se asocia con mayor conducta auto erótica, mayor cantidad de parejas, fantasías y experiencias sexuales. Además dentro de esta última categoría existe mayor retención y aprendizaje sobre la información sexual.

La conducta del erotofóbico es de subestimación, es posible que crean poco probable el tener relaciones sexuales y por lo tanto omitan un preparamiento previo o planeación anticonceptiva. Por otra parte, el erotofilico suele estar preparado porque acepta que podrá tener relaciones sexuales en un futuro próximo (Gómez-Zapiain & Etxebarria, 1993). También, las personas erotofóbicas pueden tener mayor dificultad en recordar o guardar esquemas cognitivos o comportamentales en torno a educación sexual y para hablar sobre sexualidad. Es posible que quienes sean erotofóbicas se adhieran a roles tradicionales, que son la familia tradicional, crianza de hijos, escaso erotismo.

Conservadurismo-liberalismo.

Desde el enfoque de conservadurismo-liberalismo se focaliza el componente cognitivo de las actitudes. Mientras que en el continuo erotofilia-erotofobia se visualiza un aspecto emocional y conductual de estas. Esto se fundamenta en que al tener cierta connotación positiva o negativa se puede influir las conductas, sin embargo, no es determinante. Por último, cabe mencionar que las personas conservadoras no serán erotofóbicas necesariamente, ni las liberales erotofílicas, puede existir gran variación en torno a estos términos (Nóvoa, López & Sueiro, E., 2009).

Existe un tercer enfoque para diferenciar las actitudes sexuales, conocido como modelo trirreferencial en actitudes sexuales.

Modelo trirreferencial en actitudes sexuales.

De acuerdo al modelo trirreferencial de Amezua y Foucart (citado por Sáez & Valls, S.f.) las actitudes se catalogan en tres categorías bipolares. Los ejes son normatividad, combatividad y comprensividad, conformadas por prohibitividad-permisividad, ataque-defensa y empatía-cultivo, respectivamente. La última es progresiva en vez de polar.

En primer lugar, la normatividad se conforma con las actitudes que se basan en algún criterio o norma que regula la sexualidad humana. La polaridad va de actitud prohibitiva a permisiva, siendo la primera negativa y la segunda positiva. Según el modelo, la prohibitividad es basada en moral, religión, política o sanidad. Mientras que la permisiva se fundamenta en reivindicación, búsqueda de libertad.

La combatividad por su parte, enfatiza la intervención activa, emocionalidad sobre lo que está en juicio. También pueden fundamentarse por normas. Se basa en el ataque o defensa, también en a favor o en contra respecto a ciertas conductas. Es influenciable por ideología o experiencia personal.

Por último, la comprensividad, es un componente emocional, en el cual la empática, acercamiento, aprehensión, comprensión se ven interpeladas. Es la referencia interna

ante cierto objeto más que una conducta precisa. Se busca la comprensión de la sexualidad, en vez de su condena, moralización y patología.

Estas actitudes tienen un desarrollo, aprendizaje, mantenimiento o modificación en un individuo dado.

2.4 Desarrollo de las actitudes sexuales.

Las respuestas evaluativas condicionan el comportamiento, mientras que el afecto refuerza dicha respuesta. De la misma manera, los estímulos pueden provocar una respuesta evaluativa positiva o negativa (Byrne, citado, por Gómez-Zapiain, y Etxebarria,, 1993).

La coerción sexual y otras manifestaciones de violencia pueden influir en las actitudes sexuales de los jóvenes incluso cuando éstas ya estaban establecidas. Por lo cual, las actitudes sexuales son un aspecto de la persona que se puede modificar más de una vez en la vida, además de la influencia de los factores demográficos y culturales, también es posible que se vea afectada por vivencias significativas (Hernández, Tapia, Reynaga & Mendoza, 2015).

De acuerdo con Álvarez-Gayou (2011, p. 16) “Las actitudes de aceptación o rechazo de los comportamientos sexuales en un mismo grupo humano se modifican con el tiempo y los sucesos histórico-sociales”. Estas actitudes son producto del proceso de socialización a lo largo de toda su vida y no sólo en un momento dado (Velázquez, 2016). La sexualidad se debe abordar desde distintos enfoques según la etapa de vida de la persona. Estos aprendizajes que perduran por la ausencia de una educación más eficiente se continúan reproduciendo dentro de la sociedad (Bautista-Hernández, 2008).

A lo largo de la historia existieron distintas formas de expresión de la sexualidad así como de interpretaciones en torno a la misma, es decir, que se han interpretado comportamientos en base a estándares de conducta esperados en esa sociedad particular. A lo largo de estos cambios se manifiesta el poder como mediador en las relaciones humanas (Foucault, 2005).

La educación que se recibe a lo largo de la vida dentro del proceso de socialización en distintos ámbitos como son el hogar, escuela y la calle influyen en la personalidad, creencias, actitudes y conocimientos. La socialización presente a lo largo de la vida influirá en la forma que se aborde la sexualidad, lo cual se traduce en comportamiento y respuestas sexuales (Álvarez-Gayou, 2011). Los factores que influyen en las actitudes y prácticas sexuales son, entre otros, el género, familia, religión y formación académica (Caño, Castaño & Díaz, 2010). Los grupos de pares se convierten en referencia para que la información sea interiorizada y adquirir valoraciones en torno a la esfera de la sexualidad, es decir, sus actitudes (Maldonado, 2009).

Dentro de la cultura mexicana la educación en materia de sexualidad se caracteriza por denominar a los órganos sexuales con nombres distintos de los que realmente le corresponde, regañar a los niños cuando se masturban. Inclusive aún se maneja la creencia de que el sexo es únicamente con fines reproductivos, que las mujeres deben ser "pudorosas y recatadas". La sexualidad pasa de ser algo normal a algo vergonzoso en situaciones como menstruación y eyaculaciones nocturnas (Álvarez-Gayou, 2011).

El chisme es un vehículo para expresar temas y normas culturales que no se explicitan, por su categoría tabú (Vázquez & Chávez, 2008). Una socialización negativa ante la sexualidad influirá en la perspectiva que se tenga de la sexualidad propia y ajena.

Actitudes negativas ante la sexualidad.

La sexualidad se ve envuelta en una moralidad que en muchas ocasiones resulta incumplible para los individuos, generando sentimientos de culpa o malestar en torno a esta. (Gómez-Zapiain, J, y Etxebarria, I. 1993). Muchas actitudes negativas entorno a la sexualidad pueden partir del concepto erróneo de esto, que se la ve como algo peligroso, asocial, amoral, o sucio, etc. Muchas personas prefieren sublimar a aceptar esta parte de la vivencia humana, inclusive cae en el temor, huida o desconocerla como parte de la identidad (Despentes, 2007). Una parte de quienes practican la

masturbación sienten culpa, miedo, confusión o vergüenza después de ello (Saeteros et al, 2013).

Despentes (2006) postula que las personas le temen al sexo tal cual es, por considerarlo sucio, vulgar o cualquier otro adjetivo, provocando que la pornografía fuera catalogada socialmente como algo negativo, puesto que era capaz de despertar los instintos de las personas antes de que estas pudieran inhibirlos. La forma de pensar sobre la sexualidad influye en cómo se vive, tanto el actuar como la interpretación de sensaciones (Weeks, 1993).

El género como holón de la sexualidad tiene un papel primordial en la socialización de la sexualidad, adquisición de actitudes, y mantenimiento de las mismas.

2.5 Perspectiva de género

Conceptos básicos de la perspectiva de género.

El género cumple con ciertas características, para empezar es una construcción social histórica, varía de acuerdo a la sociedad y se vincula a la desigualdad social, a través de clase social y etnia. Al ser un conjunto de significados y prácticas propuestos por la ideología hegemónica, es posible modificarse (Jiménez, L., 2014). “El sistema de género, se entiende como el conjunto de normas, pautas y valores socialmente construidos que sientan las bases para el aprendizaje de los roles de género que cada sexo debe desempeñar” (Juárez, C. & Herrera, C., 2014, pp.158).

El género también se puede establecer en elementos, los cuales son: símbolos y mitos culturales, conceptos normativos, organizaciones sociales de las relaciones de género e identidad (Lamas, 2000). Se puede entender como la acción simbólica colectiva, es decir, la construcción del simbolismo de lo que deber ser un hombre o una mujer en determinada cultura.

Se manifiesta en los roles y estereotipos de género. Se entiende un rol de género como el conglomerado de las normas y expectativas culturales comportamentales que se les adjudican a las personas que se viven de acuerdo a cierto género. Mientras que el

estereotipo es una generalización en torno a que cierta cualidad pertenece a todos los integrantes de cierto grupo, en este caso, hombres y mujeres (Shibley, H. & Delamater, J., 2006). Butler establecía que la identidad de género individual se definiría a raíz de lo que percibíamos como norma de género pero siendo interpretado y organizado desde la perspectiva individual (Lamas, 2000).

Postura feminista.

La postura feminista parte de la premisa de una existencia de desigualdad social y política, donde la subordinación de poder se da en torno al género, el cual se atribuye a un individuo culturalmente, siendo la mujer oprimida (Tena, O., 2014). Una problemática que se ha descubierto en los movimientos feministas es que quienes participan llegan a identificarse con la parte subordinada de la relación de poder, lo cual es contraproducente en torno a lo que se busca (Tena, O., 2014).

Desde la perspectiva de género, se entiende a la masculinidad como resultante de una lógica de género, por ende, resultante de una construcción social inacabada, llena de simbolismo y socialmente determinada, pero no participe de una realidad hegemónica y coherente (Rocha, T., 2014). Es decir, este significado de lo que es ser hombre o mujeres, varía de acuerdo a aspectos culturales e inclusive dentro de un mismo grupo social existen sus variaciones y a su vez, contradicciones.

La socialización de género es un proceso de formación donde la persona aprende a desempeñar un rol particular, a expensas de ser aceptado en un grupo (de hombres o mujeres), genera una sensación de aceptación e influye en la generación de esquemas cognitivos propios en relación a los significados de ser hombre o mujer (Rocha, T., 2014).

La representación discursiva es una representación del mundo, mientras que las practicas discursivas son las acciones que se realizan, dichos abstractos discursivos son presa de contradicciones. Es decir, las cosas que se dicen dentro de un consenso social pueden mediar el comportamiento, incluso cuando estas ideas que se verbalizan sean contradictorias entre sí (Chartier, R., 1992 citado por Fernández, M., 2014).

La teoría queer fundamenta que las instituciones y sus técnicas producen la verdad de la masculinidad y la feminidad, los cuerpos se sujetan a normas y conductas que siguen un mecanismo de poder (List, 2009, por Fernández, M., 2014). Lo anterior implica que la normatividad de lo que representa ser hombre o mujer surge desde gobierno, escuela, hospitales, toda institución que rige y reglamenta comportamientos.

Otra perspectiva, es la de Judith Butler (2007), pero que se entrelaza con las anteriores, trabaja bajo la premisa de que la relación desigual de poder existente entre hombres y mujeres se mantiene por actos discursivos y por las normas que las instituciones promueven. Dentro de estas instituciones se encuentran iglesias, escuela, gobierno, etc. Lo importante es la normativa que estas instituciones manejan tanto implícita como explícitamente, traducidos en los comportamientos de quienes integran dichos sectores. Entre estas instituciones se puede incluir al sector salud.

De acuerdo a Despenes (2007), los roles de género estipulados son imposibles de alcanzar, incluso contradictorios, lo cual puede generar un malestar en el individuo. Además, de esta manera se pagan los costos por pertenecer a un género. En el caso de las mujeres se les exige ser habilidosas en el sexo pero se les critica el poseer experiencia.

Los roles de género también envuelven la dimensión sexual de lo que se espera de un hombre o mujer, implicando reproductividad, vinculación afectiva y erotismo.

2.6 Atribuciones culturales presentes en la práctica sexual en función al género.

Algunas creencias persisten en las cuales se califica negativamente a las conductas sexuales, por ejemplo la masturbación. También, hay estigmas en torno a qué conductas sexuales se esperan para cada género, por ejemplo la virginidad en la mujer (Álvarez-Gayou, 2011). Socialmente se justifica la promiscuidad masculina, adjudicándolo al hecho de ser hombre, mientras que en las mujeres se busca que esta espere hasta el matrimonio para tener relaciones sexuales, de manera que conserve su pureza

(Saeteros et al, 2013). El hombre tiene mayor poder al tener que ganar experiencia a través de múltiples encuentros sexuales (Larrañaga & Yubero, 2012).

Los comportamientos que no se adecuan al constructo de lo que significa ser hombre se catalogan de homosexuales, utilizando el término como despectivo. Dentro de este hecho se pueden encontrar una actitud de rechazo a ser considerado homosexual, por ende, a pesar de la tolerancia, aun se visualiza con connotación negativa. Además, se percibe que el antónimo de ser hombre es ser homosexual (Vázquez & Chávez, 2008). El modelo de masculinidad dominante promueve la desconexión afectiva, la homofobia, la competición, distanciamiento físico y rechazo a la confianza y cercanía con las otras personas (Cruz, S., 2014).

Dentro de las atribuciones culturales masculinas en conjunto con sus beneficios, se encuentran presiones que al varón promedio le pueden resultar difíciles de cumplir, por ejemplo: autonomía, logro, agresión y estoicismo (Rocha, T., 2014).

De acuerdo con Despentés (2007), a los hombres se les atribuye y obliga a callar emociones y cualquier sensibilidad, alejarse de la delicadeza o vulnerabilidad, saber hacer gozar sexualmente a una mujer por arte de magia, ser fuertes, ser discretos al vestir, poner poca atención a sus intereses o su salud, ser valientes, fuertes, agresivos, no quejarse.

Los hombres presentan una dificultad al intimar afectiva y emocionalmente con otros hombres o mujeres, por contradicción con el estereotipo de lo que representa la masculinidad (Cruz, S., 2014). De acuerdo a esto, se puede ver relación en porque le resulta más fácil a un hombre separar la sexualidad de lo emotivo. A su vez, es posible la existencia de una disociación en torno a deseos, emociones e identidad en el hombre. En la sexualidad se le atribuye al hombre la responsabilidad del placer sexual propio y de su pareja (Despentés, 2007).

A las mujeres se les evalúa en torno a su historia, por su experiencia tanto en relaciones afectivas como en sexualidad. Donde una expresión de la sexualidad catalogada como promiscua sirve para desprestigiar a la mujer. La inferida femenina es castigada más socialmente porque hiere el ego y la masculinidad de su pareja desde el

punto de vista de sus pares (Vázquez & Chávez, 2008). Las mujeres pueden presentar mayor indiferencia a la masturbación, como una especie de desconocimiento de las propias fantasías o deseos (Despentes, 2007). De acuerdo a Tena, Torres y Hernández (2004, citado por Tena, 2014) las mujeres perciben mayor prohibición en torno a sus derechos sexuales y reproductivos que los hombres.

Se ha encontrado la existencia de educación sexual nula, ambigua o forzada por parte de familias e instituciones educativas, donde se genitalita la sexualidad, así como la heteronormatividad, donde se mantiene la idea de una mujer sexualmente pasiva y objetivizada (Tena y Jiménez, 2012, citado por Tena, 2014). Lo cual va en contra del derecho a una educación sexual adecuada que hombres y mujeres necesitan. Es importante señalar la participación de hombres y mujeres en la dinámica que los derechos sexuales han llevado, así como las obligaciones que estos confieren (Tena, 2014).

Muchas veces los roles se introyectan y se convierten en un hacer colectivo, es decir, este rol se aprende y se reproduce para perpetuarse. El rol influye al sujeto y el sujeto influye al rol al continuarlo reproduciendo.

Manifestaciones conductuales y actitudinales en torno a la sexualidad de acuerdo al género.

En estudiantes mexicanos se encontró que en el caso de las mujeres entre más permisiva es la mujer en cuanto a relaciones sexuales sin compromiso manifestará menos actitudes restringidas y basadas en mitos y tabúes. En el caso del hombre, a mayor apertura y permisividad en sexo sin compromiso, menos manifiestan la actitudes de restricción, moralidad y de mitos o tabús, pero no esta tan relacionado como en el caso de la mujer (Trejo, 2013).

La sexualidad se asocia a conceptos como placer, relación interpersonal y madurez en general, pero en caso de las mujeres se asocia en mayor medida con amor y pareja que en el caso de los hombres. Los hombres ponen mayor atención al componente físico de la sexualidad, mientras que las mujeres al emocional y a la educación sexual (Moral de la Rubia & Ortega, 2008; Ospina & Manrique, 2007). Los hombres no ven la sexualidad únicamente como algo físico, también hay un reconocimiento de esta como expresión de amor, pero pueden separar ambos aspectos (Velázquez, 2016).

En resumen, la sexualidad se vivencia de forma holística, además se puede tener una actitud ante esta, ya sea al percibir la vivencia en otros o en la propia. Las actitudes tienen componentes cognitivos, afectivos y conductuales, sin embargo, están en constante cambio. Existen políticas públicas en favor de los derechos sexuales, sin embargo, en la práctica es posible que no se lleven a cabo adecuadamente. Las actitudes de profesionales de la salud pueden influir en su desempeño como educadores en sexualidad. Por último, el rol de género funge como formador de actitudes de acuerdo al ser hombre o mujer.

La información previa sirvió de base para fundamentar los procedimientos y análisis que la metodología expone a continuación.

III. Metodología

3.1 Diseño del estudio

Estudio observacional analítico de corte transversal.

3.2. Población

La población evaluada estuvo compuesta por estudiantes de la Facultad de Medicina y Psicología (FMyP) que estuvieran cursando la carrera en el periodo 2017-2 en la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Campus Otay-Tijuana.

3.3 Muestra

Se seleccionó una muestra aleatoria simple. El tamaño de la muestra es de 210 alumnos con un nivel de confianza del 95 por ciento, ajustado a la posibilidad de pérdida. La muestra se dividió proporcionalmente de acuerdo a la cantidad de alumnos por carrera, es decir, 84 de psicología y 126 de medicina. Para la elección aleatoria de los grupos a trabajar se hicieron papeletas con el número de grupo.

El criterio para ser seleccionado fue ser estudiante en curso de la alguna de las dos licenciaturas que se ofertan en la FMyP, de los grupos que se seleccionaron en la muestra aleatoria.

3.4 Unidad de análisis

Las unidades de análisis son sexo y carrera. La edad no fue tomada en cuenta como variable a evaluar, sin embargo, determinó el rango de edad utilizado en la muestra.

3.5 Instrumento

Se hizo una búsqueda y revisión de los instrumentos que manejan la temática, se optó por aplicar el instrumento “Test de actitudes y opiniones ante la sexualidad”, elaborado por parte del Instituto Mexicano de Sexología por el Dr. Juan Luis Álvarez -Gayou Jurgenson y la Mtra. Paulina Millán Álvarez validado en población Mexicana. Dicho instrumento cuenta con 21 reactivos, que reciben su puntuación en una escala tipo

Likert (los valores van del 1 al 5, en donde 1 significa totalmente de acuerdo hasta 5 que significa totalmente en desacuerdo), cuenta con una confiabilidad de .95 de acuerdo al Alfa de Cron Bach. Los factores que integran la prueba son los siguientes: salud sexual, mitos sobre sexualidad, autopercepción corporal.

Para la evaluación de la puntuación se siguen las instrucciones del instrumento TAOS en función a su última validación. Desde estos valores la media es de 68.48, con una desviación estándar de 22.99. Los puntajes se evalúan en las siguientes categorías: bajo, promedio bajo, promedio, promedio alto y alto. Los puntajes de 70-96 son considerados promedio alto, mientras que de 96-105 son altos, solo el 13.6% de la población obtiene dicho puntaje (Véase apéndice 3). De acuerdo a la validación del instrumento los valores promedio de los factores salud sexual, mitos sobre sexualidad y autopercepción son de: 40.92, 21.85 y 6.28, respectivamente. A su vez, la desviación estándar demostrada fue de 16.19, 8.17 y 2.68, respectivamente. Cabe mencionar que, entre mayor sea la puntuación obtenida en el instrumento, alguno de los factores o reactivos, significara que las actitudes de la persona evaluada son más positivas.

3.6 Medición de variables

Dentro de este estudio se evaluaron las actitudes hacia la sexualidad en relación a tres dimensiones: cognitiva, afectiva y conductual, dichos aspectos contienen creencias, valoración y manifestaciones conductuales dentro de la sexualidad, respectivamente (véase tabla 1). En esta investigación, las actitudes sexuales se evaluaron de acuerdo a la definición utilizada en el instrumento de Alvarez-Gayou (2010).

- Actitudes sexuales: “conjunto organizado de creencias, opiniones, sentimientos y tendencias que evalúan y disponen de determinada forma al sujeto ante personas, objetos y situaciones, relacionadas al comportamiento sexual, identidad sexual, roles de género, orientación sexual, uso de métodos anticonceptivos, la prevención de situaciones de riesgo y desarrollo de la actividad sexual” (Cerruti, 1997 citado por Trejo, 2013, pp.8).

- Mitos sobre sexualidad: Engloba los ítems que incluyen afirmaciones que refuerzan conocimientos en materia de sexualidad que no son apoyados por la ciencia o la sexología.
- Autopercepción corporal: modo en el que se percibe el cuerpo y al miedo o a la culpa.
- Salud sexual: Definida por la OMS (1975) como “La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor.

Además, se contemplan las siguientes variables: edad, sexo y carrera (Véase Tabla 2):

- Edad: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española (2017).
- Sexo: Es la serie de características físicas determinadas genéticamente, que colocan a los individuos de una especie en algún punto del continuo que tiene como extremos a los individuos reproductivamente complementarios. (Alvarez-Gayou, 2010)
- Carrera: Licenciatura en la que el alumno se encuentre matriculado.

3.7 Recolección de datos

Se utilizaron copias físicas del instrumento (véase apéndice 2). El proceso de aplicación se inició el día 19 de septiembre del 2017 con la estructuración práctica del instrumento e impresión. La base de datos se desarrolló a la par de la aplicación por lo cual dicho proceso tanto aplicación como revisión de resultados abarcó desde el 19 de septiembre al 18 de octubre. El análisis de datos se inició desde el día 3 de octubre hasta el 25 de octubre.

3.8 Análisis de datos

Con la finalidad de probar las hipótesis del presente estudio se realizó un análisis cuantitativo de la información. En primer lugar, se numeraron las encuestas y en una tabla en el programa Excel se sistematizaron los siguientes datos: número de cuestionario, sexo del sujeto, edad, grupo, carrera y fecha de aplicación, así como una transcripción de las puntuaciones por reactivo y total obtenidas. Posteriormente, se separaron los datos por carrera y por sexo.

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial, a continuación se especifica el tipo de análisis estadístico de acuerdo a los objetivos planteados en el estudio.

- Estadística descriptiva: En primer lugar, se obtuvieron los promedios del instrumento completo. Después, de cada uno de sus factores (mitos, salud reproductiva y autopercepción corporal). Se comparó la puntuación obtenida con el punto de corte para responder a las hipótesis planteadas. Asimismo, se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión por grupo, por sexo y carrera. Por último, se acomodaron las puntuaciones por reactivo en cuartiles de acuerdo al sexo.
- Estadística Inferencial: Para corroborar si los datos eran estadísticamente significativos se utilizaron las pruebas t de Student y Anova en la población global. Se aplicó la t de Student a las medias de mujeres y hombres del área de la salud. Después, la Anova a las medias obtenidas entre cuatro grupos: hombres de medicina, mujeres de medicina, hombres de psicología y mujeres de psicología. Posteriormente, en la muestra global se utilizó nuevamente t de Student para ver diferencias significativas por factor de actitudes sexuales, y por último, se analizó una vez más con esta prueba para varianzas desiguales si había diferencias estadísticamente significativas en las medias por reactivo de hombres y mujeres. Se analizaron las variables de acuerdo al tipo: categóricas

(frecuencias absolutas y proporciones) y numéricas (medidas de tendencia central y de dispersión).

3.9 Consideraciones Éticas

Se contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina y Psicología, previa revisión del protocolo de investigación. Dicha autorización permitió la aplicación del instrumento dentro de la institución. Además, se habló con las encargadas de cada carrera para solicitar las facilidades requeridas para la aplicación en cada grupo seleccionado del instrumento de recolección de datos.

Se les explicó a los participantes los aspectos del consentimiento informado (véase apéndice 1), es decir, sobre los objetivos y justificación del estudio así como la confidencialidad respecto a su información personal. De igual manera, se les comentó sobre el equipo de investigación que tendría acceso a la información, sobre la pertinencia de su participación y para qué se utilizarían los resultados del estudio. Además se enfatizó sobre la libertad de preguntar y ser informados sobre los resultados de la presente investigación.

IV. Resultados

Datos generales sobre la población de estudio:

La edad promedio de la muestra fue de 19.87 años (DE=1.81). Del total de participantes 98 fueron hombres y 100 mujeres, 12 individuos mantuvieron el anonimato en sus datos demográficos. La muestra de estudiantes de psicología consta de 84 individuos, de los cuales 42 son mujeres, 37 hombres y 5 no respondieron. Mientras que, de medicina fueron 146 individuos, 68 hombres, 58 mujeres y 7 personas no respondieron.

4.1 Actitudes sexuales presentadas en los estudiantes del área de la salud.

Dentro de la población de estudio se encontró que el promedio de la puntuación obtenida en el instrumento fue de 89.23 (D.E.=9.42), resultado que se encuentra dentro de un promedio alto en las actitudes sexuales positivas. (Véase tabla 3).

El promedio global en la carrera de medicina fue de 89.611 (D.E.=9.07), cifra que está situada dentro de un promedio alto, de hecho, ligeramente mayor al resultado general. Mientras que en la carrera de psicología fue de 88.67 (D.E.=10.22), de igual manera, alto.

4.11 Actitudes sexuales descritas de acuerdo a los factores: Salud Sexual, Mitos sobre Sexualidad y Auto percepción Corporal.

Se tomaron en cuenta estos factores del instrumento para evaluar las dimensiones: conductual, cognitiva y afectiva, respectivamente. En **Salud Sexual** la puntuación promedio global (Medicina y Psicología) fue de 47.50 (D.E.=5.93), mientras que para **Mitos sobre Sexualidad** fue 28.82 (D.E.=4.19) y finalmente para **Auto percepción Corporal** 8.53 (D.E.=1.66). Las puntuaciones anteriores son superiores a la puntuación promedio en población mexicana, por ende positivo.

- En estudiantes de psicología se observó lo siguiente: la escala de Salud Sexual obtuvo un promedio de 51.42 (D.E.=4.51), los Mitos sobre Sexualidad se encuentran en una puntuación promedio de 28.95 (D.E.= 4.51), mientras que la

de Autopercepción Corporal obtuvo un puntaje de 8.29 (D.E.=1.55), todas las puntuaciones mencionadas son superiores al promedio, es decir, positivas.

- Los estudiantes de medicina obtuvieron en las escalas de Salud Sexual, Mitos sobre Sexualidad y Autopercepción Corporal como resultado 47.67 (D.E.=6.04), 28.74 (D.E.= 4.002) y 8.68 (D.E.=1.723), respectivamente. (véase tabla 14). Lo anterior indica la existencia de actitudes positivas en todas sus dimensiones.

4.12 Diferencias entre las actitudes sexuales de hombres y mujeres

Para este análisis se realizaron cuatro análisis. Primero se comparó la puntuación promedio en el instrumento obtenida por el grupo de hombres y mujeres. Después se compara la puntuación de escala del instrumento (dimensiones de las actitudes sexuales), y por último, específicamente, qué reactivos presentaron diferente puntuación en el promedio. Todas estas diferencias se evaluaron con t de student para ver si eran significativas.

Las mujeres estudiantes del área de la salud obtuvieron puntuaciones más positivas, obtuvieron un promedio de 90.55 en actitudes sexuales, mientras que los hombres de 88.2. La diferencia entre estas puntuaciones no es estadísticamente significativa ($p=0.03$ a una cola) (véase tabla 4).

Dentro de los factores las mujeres obtuvieron 47.74 (D.E.=5.419), 29.87 (D.E.=3.7) y 8.61 (D.E.=1.669), para salud sexual, mitos sobre sexualidad y autopercepción corporal, respectivamente. Mientras que los hombres de 47.46 (D.E.=5.712), 27.77 (D.E.=4.394), 8.51 (D.E.=1.68). En este caso nuevamente las actitudes de las mujeres son más positivas. En estos resultados se encuentra que la diferencia es estadísticamente significativa para el factor mitos sexuales ($p=0.0001$) (véase tabla 4).

En el análisis por reactivo se encontró que únicamente en 6 de los 21 ítems los hombres obtuvieron puntuación promedio superior a las mujeres. Dichos ítems son del

3 a 7, y el 11. Los cuales se encuentran en la escala de salud sexual. Se encontró que para ambas poblaciones el ítem superior fue el 8 y el menor el 13 (véase tabla 5).

Cuando se compararon los promedios obtenidos en cada reactivo por hombres y mujeres, se encontró diferencia significativa en los siguientes reactivos: 10($p=0.008$), 17($p=0.0009$), 18($p=0.0001$), 19 ($p=0.02$) (Véase las tablas 6, 7, 8, 9). De acuerdo a esto, los hombres califican de placenteras en mayor medida sus experiencias sexuales y consideran de forma más abierta la educación sexual, sin embargo, presentan estereotipos ante la homosexualidad y práctica sexual en personas con discapacidad.

4.121 Diferencias por sexo encontradas en estudiantes de psicología

Para evaluar las diferencias por sexo en psicología se describió y contrastó la puntuación global del instrumento, así como la de los factores y reactivos. Además, se acomodaron los reactivos por cuartiles para identificar los reactivos sobresalientes en cada sexo.

4.1211 Diferencias entre hombres y mujeres estudiantes de psicología: análisis global y por factor del instrumento.

En el grupo de estudiantes de psicología se encontró que en todas las puntuaciones, es decir, tanto del total del instrumento como el desglose en factores, el grupo femenino obtuvo una puntuación promedio superior al masculino.

Las mujeres obtuvieron un promedio de 91.28, mientras que los hombres de 84.24 (véase tabla 10). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=0.0004$) (véase tabla 11). En la escala de salud sexual, la puntuación fue de 52.71 y 49.43, mientras que mitos sobre sexualidad fue de 30.66 y 26.59, autopercepción corporal fue 8.40 y 8.21, respectivamente. La diferencia es estadísticamente significativa para la escala de salud sexual ($p=0.01$) (véase tabla 12) y la de mitos sobre sexualidad (0.00003).

4.1212 Análisis por reactivo con t de Student en estudiantes de psicología.

Se hizo una comparación de las puntuaciones obtenidas por reactivo para identificar específicamente en que rasgos de las actitudes sexuales se centraban las diferencias por sexo. Se aplicó t de Student para verificar si las diferencias por reactivo eran estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Se encontró que en los reactivos 9, 10, 12, 15, 16, 17 y 18, la diferencia si fue significativa. Lo cual confirma la actitud positiva respecto a igualdad de género, así como de una percepción más permisiva y liberal ante la sexualidad presente en el género femenino de esta carrera.

4.1213 Diferencias entre hombres y mujeres estudiantes de psicología: Análisis por cuartil

Con el fin de explorar la información obtenida, se acomodaron los reactivos por cuartil en cada sexo. Lo anterior, sirvió para identificar que actitudes sexuales eran más positivas y negativas en cada sexo dentro de su propio promedio, sin comparar entre sí las puntuaciones, únicamente la posición en el cuartil que en cada sexo se dio.

Evaluando las respuestas por reactivo se encontró que la más baja para ambos grupos corresponde al reactivo 13, el cual se refiere a “El material sexualmente explícito es dañino para todas las personas.” Además, en todos los reactivos la puntuación positiva del grupo femenino fue superior al masculino, a excepción del reactivo número uno, el cual enuncia: “Tengo dudas sobre sexualidad que no me atrevo a preguntar”. Es decir, que las mujeres se identificaron más con este enunciado, que los hombres.

Al acomodar las medias de reactivo por cuartil se encuentra que en el grupo femenino los reactivos del primer cuartil son el 13, 1, 5, 7, 21. De estos el 13 y 21 también coinciden con el masculino. No obstante los reactivos 5,7 y 1 se encuentran en el segundo, tercer y cuarto cuartil masculino, correspondientemente. También, se encontró que los reactivos bajos masculinos 17, 10 y 12, se encuentran en el tercer cuartil femenino, siendo de sus actitudes más positivas para ellas (véase tabla 13).

Los reactivos mencionados anteriormente enuncian: Puedo observar mi cuerpo desnudo sin sentir vergüenza al hacerlo (5), mis encuentros eróticos son placenteros

(7) y el uno ya se mencionó en párrafo anterior. A su vez los reactivos menos positivos para los hombres y más positivos para las mujeres son: “Tener una vida sexual madura en pareja, implica dejar atrás la masturbación”, “El condón es un método efectivo para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual”, y, “Las fantasías sexuales son un modo inmaduro de vivir la sexualidad”. Cabe mencionar que en los reactivos negativos entre más alta puntuación obtuvieron quiere decir que estuvieron en mayor desacuerdo con las afirmaciones, lo que conlleva actitud positiva sobre masturbación, uso de condón y fantasías sexuales en la mujer, que no sucede en el hombre de forma tan elevada.

4.122 Diferencias en actitudes sexuales encontradas entre hombres y mujeres estudiantes de medicina

En los estudiantes de medicina el promedio de los hombres fue de 90.6 y el de mujeres 89.655, es decir, los hombres tenían actitudes más positivas que las mujeres. Esta diferencia no es significativa estadísticamente.

En cambio en el caso de los factores, los hombres tuvieron 52.69, 28.49 y 8.68, las mujeres 51.6, 29.29 y 8.75, en salud sexual, mitos sobre sexualidad, autopercepción corporal, respectivamente. En este caso los hombres obtienen puntuación superior en salud sexual, pero menor en mitos sobre sexualidad y autopercepción corporal. Tampoco es estadísticamente significativa dicha diferencia. Por último dentro de este grupo fue más equitativa la distribución de puntuaciones por reactivo, en once reactivos es superior el grupo masculino y en diez el femenino. En los reactivos del 3 al 7, 1, 11, 12 y 20 el grupo masculino fue superior, mientras que en el 1, 2, 8, 9, 10, 21, y del 13 al 19, la mujer tuvo puntuación superior (véase tabla 15).

4.1221 Diferencias entre hombres y mujeres estudiantes de medicina: Análisis por cuartil.

En la distribución por cuartil de los reactivos de acuerdo al género se encuentra que en el grupo bajo el reactivo 13 y 9 coincide para ambos, mientras que el cuartil cuatro, es decir superior, los reactivos que coinciden son el 15, 8 y 14. De estos datos, cabe

destacar que mientras el reactivo 6 es elevado para las mujeres, en el grupo masculino es de los más bajos. A su vez el reactivo 10 es marcadamente bajo para las mujeres pero para el grupo masculino es promedio, la misma situación se repite con el 16 (véase tabla 16).

Los reactivos 13, 9, 15, 8 y 14, que son los que se asemejan enuncian: El material sexualmente explícito es dañino para todas las personas, una mujer nunca debe comportarse como un hombre (y viceversa), Respeto las prácticas sexuales que no dañan o fuerzan a otros aunque nunca las haya practicado o vaya a practicar, La menstruación es un evento natural en la vida de la mujer. Creo que cada persona tiene derecho a vivir su sexualidad libremente, respectivamente. Teniendo en cuenta que las primeras dos fueron bajas, se puede ver que hombres y mujeres coinciden en tener actitudes menos positivas ante el contenido sexual explícito y hacia una conducta igualitaria entre hombres y mujeres, mientras que coinciden en estar muy de acuerdo con el respeto, los eventos biológicos y el derecho a la sexualidad.

Mientras que los 6, 10 y 16 que es donde hay discrepancia son: Puedo tocar mis órganos sexuales sin sentir temor o culpa, Tener una vida sexual madura en pareja, implica dejar atrás la masturbación y Las relaciones sexuales deben tener como fin principal la reproducción, respectivamente. Lo que indica que mientras que las mujeres tiene más predisposición a no sentir temor o culpa, en los hombres esto si se presente. A la vez se encuentran actitudes conservadoras en la mujer que en el hombre no, como son dejar la masturbación o considerar al coito como una actividad cuyo único fin es la reproducción.

4.1222 Diferencias entre hombres y mujeres estudiantes de medicina: Análisis por reactivo

En este grupo también se evaluó las diferencias significativas en la puntuación por reactivo de acuerdo al sexo. Se encontró que la diferencia es significativa en los reactivos, 6, 7 y 18. Lo cual indica que los hombres consideran sus relaciones más

placentera y ausentes de miedo o culpa que las mujeres, mientras que ellas tienen menos mitos en torno a la homosexualidad que los hombres.

Cabe mencionar que aunque haya variaciones entre las respuestas obtenida por reactivo, en general, las actitudes han sido positivas en todo el instrumento. Únicamente se describen dentro de lo positivo qué predomina y qué discrepancias hay.

4.13 Diferencias entre estudiantes de psicología y medicina: análisis por carrera y sexo.

Se encuentra que los estudiantes de medicina tienen actitudes más positivas que los de psicología, mientras que por subgrupos encontramos que las mujeres de psicología poseen el promedio más alto, seguidas de los hombres de medicina, mujeres de medicina y por último los hombres de psicología. Por último, se aplicó el análisis de varianzas mediante la prueba de Anova para analizar los cuatro sub grupos: hombres de psicología, hombres de medicina, mujeres de psicología y mujeres de medicina, para ver si existía una diferencia significativa entre sus promedios totales. En este caso, se encontró diferencia significativa entre los grupos ya que el valor crítico de f fue superado (2.65 por 5.68) (véase tabla 17). Sin embargo, al evaluar con t de Student, únicamente el factor carrera sin contar los subgrupos por género, no se encontró diferencia significativa.

4.2 Limitaciones del estudio

Las limitaciones que se observaron en el estudio son:

- A pesar de la aleatorización de la muestra, los estudiantes evaluados son de semestres de etapa básica y disciplinaria, ninguno de terminal.
- El instrumento no había sido aplicado con antelación en población de esta zona de la república.
- Un estudio cualitativo ampliaría la perspectiva sobre cómo se dan las actitudes sexuales en la población y no únicamente que actitudes se presentan.

V. Discusión

Tras evaluar la muestra integrada por 210 estudiantes, de edades entre 18-25 años con estudios nivel licenciatura en proceso dentro del área de la salud en la ciudad de Tijuana. Se encontró que esta población posee actitudes sexuales positivas superiores al promedio de la validación. Los factores que pueden influir en esto son la localización geográfica, cultura, sexo, nivel de estudios y la carrera que cursan.

Las actitudes positivas observadas implican una salud sexual, auto percepción corporal y ausencia de mitos sexuales superior al promedio poblacional. Esto quiere decir que los estudiantes logran integrar los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas enriquecedoras y que realzan la personalidad, la comunicación y el amor, a su vez, que perciben el cuerpo de manera positiva, sin culpa o miedo, además no apoyan afirmaciones no sustentadas científicamente por la sexología (OMS, citado por Millan & Álvarez-Gayou, 2009).

De acuerdo a zona geográfica, los resultados difieren de la población de Coahuila, que también es del norte de México, donde se encontró conocimiento deficiente en fisiología sexual y derechos reproductivos, actitudes conservadoras y apego a chismes o mitos sexuales (Claramund, Hernansaiz & León, 2004). Mientras que en estudiantes de psicología del centro de México se encontró apertura y connotación positiva de la sexualidad (Moral de la Rubia & Ortega, 2008). Por otra parte, en la zona sur, se observó que en estudiantes Oaxaqueños los conocimientos sobre sexualidad eran casi nulos (Bautista-Hernández, 2008).

En la validación del instrumento se encontró que las personas con nivel de estudios superior presentaron actitudes más positivas (Millan & Álvarez-Gayou, 2009). Como se muestra en otras investigaciones (Moral de la rubia & Ortega, 2008), los estudiantes del área de la salud tienen actitudes positivas y propias de quien recibe educación sobre sexualidad. En específico se enfatiza a los estudiantes de psicología como quienes presentan mayor aceptación y apertura. Sin embargo, en esta investigación el resultado fue que los estudiantes de medicina (en promedio) tienen

actitudes más positivas. En concordancia, Caño, Castaño & Díaz (2010) encuentran que en el área médica los estudiantes tenían mejor conocimiento sobre sexualidad y mayor preocupación por su salud reproductiva.

Al momento de analizar a fondo las discrepancias según el sexo se observó que las mujeres tienen actitudes más positivas que los hombres, en especial en la carrera de psicología, lo cual más que asimilarse a los estudios latinoamericanos, se apega a la realidad norteamericana. Por ejemplo, en Colombia, Argentina y Ecuador se encontró que los hombres tuvieron mayor apertura a la experiencia que las mujeres (Bautista-Hernández, 2007; Maldonado, 2009; Saeteros, Pérez & Sanabria, 2013; Trejo, 2013).

Por otra parte, Martin & Mak (2013) en su estudio realizado en Mid-Atlantic University en Estados Unidos, encontraron que las mujeres tenían una actitud significativamente más progresiva y de apertura que los hombres, quienes manifestaban una tendencia más ambivalente. En el estudio de Stonecipher, K. (2004) también con población estadounidense, no se encontró el doble estándar de género. Mientras que England & Bearak (2014) en su estudio sobre apertura a relaciones casuales ven un mismo interés en sexualidad por ambos sexos. Sin embargo, las mujeres temían ser juzgadas, pero no era algo que las detuviera. De igual manera, la población española universitaria tiene pocas diferencias en torno al sexo (Larrañaga, Yubero & Yubero, 2012).

Se observa que tanto hombres como mujeres presentan una opinión menos positiva ante el contenido sexual explícito que sería la pornográfica o sobre variaciones en el rol de género. También, coinciden en actitudes positivas sobre los componentes fisiológicos de la sexualidad, así como los derechos sexuales. Por ejemplo, en Ospina & Manrique (2007) se observó que los estudiantes tenían más claro los aspectos fisiológicos de la sexualidad que otros aspectos. Por otra parte, Bautista-Hernández (2007) además de lo anterior, refieren que los estudiantes de distintas licenciaturas eran conscientes de sus derechos sexuales y reproductivos.

En este trabajo de investigación se encontraron diferencias en los mitos sexuales, el grupo de los hombres suele tomar como verdad enunciados no

comprobados por la ciencia o la sexología en mayor medida que las mujeres. Dentro de estos mitos esta la masturbación como algo que no se debe hacer al estar en pareja, fantasías sexuales calificadas de inmaduras, coito con la finalidad de reproducción únicamente, la homosexualidad como una condición que se cura en terapia, que el poseer alguna discapacidad es motivo para limitar la sexualidad.

En Alejandra & Velázquez (2016) los estudiantes refirieron mediar su conducta en torno a opiniones de sus amigos y lo que dirán de ellos, en este ámbito es donde se forman los mitos sexuales. A su vez, Vázquez & Chávez (2008) indagaron sobre el chisme como mediador cultural en sexualidad. Estos autores encontraron que los significados de lo que corresponde a hombre o mujer influyen en su comportamiento y la percepción del mismo.

Las actitudes de aceptación a prácticas menos conservadoras salió baja en los hombres, pero en las mujeres se encuentran en un percentil alto. Además se observa que el condón se convierte en un método anticonceptivo que se toma como liberal y menos aceptado, tal cual se maneja en la literatura, que a veces el uso de preservativo es menor en personas conservadoras sexualmente. Por ejemplo, Velázquez (2016) encontró en estudiantes hombres de psicología la existencia de estereotipos de género donde únicamente los hombres se pueden encargar del condón. La doble moral se relaciona con un menor uso de anticonceptivos (Larrañaga, Yubero & Yubero, 2012; Bautista-Hernández, 2008; Bautista-Hernández, 2008).

A su vez, los hombres refieren placer en sus relaciones sexualidad y capacidad para preguntar sus dudas sobre sexualidad, de forma más frecuente que las mujeres. Sin embargo, si el contraste se realiza únicamente en medicina, vemos que las actitudes conservadoras se encuentran en las mujeres como la masturbación y el fin único del coito. Por lo cual se infiere que la carrera influye las actitudes positivas de las mujeres.

El subgrupo con actitudes más positivas fueron las mujeres de psicología, dentro de esta carrera hay mayor discrepancia entre hombres y mujeres sobre sus actitudes, lo cual va en contra de lo esperado. El grupo con menor puntaje, aun siendo positivo,

fueron los hombres de psicología, recalcando la diferencia entre dos subgrupos que han cursado el mismo plan de estudios durante la misma época. Mientras que en la carrera de medicina vemos unas actitudes más uniformes sin diferenciarse por sexo. Carecemos de datos suficientes para darle una explicación a ello.

La hipótesis que se sugiere es que en la carrera de psicología, la matrícula cuenta con mayor número de mujeres que hombres. Por lo cual se les dé un mayor énfasis a las mujeres y ellas se sientan con mayor libertad y apertura en su sexualidad. También es posible que se dé enfoque de género en algunas clases, lo cual empodera a las mujeres pero que se olvide de enfatizar los beneficios que los hombres también obtienen con el enfoque de género, y por ende, no se les apoye también.

En la carrera de medicina la diferencia fue mínima, pero los hombres manifestaban actitudes más positivas que las mujeres, es necesario evaluar qué provoca que en la carrera de psicología se revierta lo esperado. Otra posibilidad es que en la población fronteriza estudiantil las mujeres tengan mayor apertura que los hombres, pero que en la formación de medicina se neutralice ese cambio.

A su vez, los estudiantes de medicina tuvieron actitudes más positivas que los de psicología, lo cual puede deberse a que en el plan de estudios se enfatice esta dimensión de la persona más que en psicología, a pesar de que ambos llevan la materia de sexualidad humana y psicología cuenta con sexoterapia, pero en semestres terminales, los cuales no fueron evaluados en la muestra.

Dentro de los resultados fuera de lo común, está el hecho de que las mujeres tuvieran actitudes sexuales más positivas que los hombres, puesto que en otros estudios el sexo masculino es quien manifiesta mayor permisibilidad a sus conductas sexuales. Moral de la Rubia & Ortega (2008) encuentran que los hombres practicaban masturbación, tenían fantasías sexuales y veían pornografías. De igual manera, Saeteros, Pérez & Sanabria (2013) observaron que los hombres aceptaban en mayor medida la masturbación aludiendo que en ellos es permitido. Mientras Caño, Castaño & Díaz

(2010) encontraron que las mujeres tienen menor aceptación del machismo, y mayor tolerancia a la homosexualidad (Caño, Castaño & Díaz, 2010).

Sin embargo, el resultado obtenido se puede explicar o al menos, sugerir evidencia que lo sustenta. El instrumento utilizado evalúa las actitudes hacia la propia sexualidad y la de otros, el área que salió menos positiva en el sexo masculino se relacionaba con los mitos sexuales donde se habla de ideas estereotípicas que en realidad no se fundamentan científicamente. Además, estas afirmaciones coinciden en referirse a “normas” o chismes de sexualidad. En un principio es de sorprender que los hombres tengan actitudes menos positivas, puesto que en estudios y teóricamente se les adjudica ser más abiertos y permisivos en sus acciones que las mujeres. Sin embargo, en estudios se ha encontrado datos relevantes ante esto.

Por ejemplo, de acuerdo a Moral de la Rubia y Ortega (2008) había discrepancias entre las conductas que refieren los hombres y lo que piensan al respecto, es decir, pueden realizar algo en materia sexual, pero a la hora de hablarlo juzgarlo de incorrecto. Por ejemplo, en este estudio los hombres habían tenido cinco veces más experiencias homosexuales que las mujeres, pero en opinión, rechazaban esta orientación sexual. También en estudiantes universitarios de Coahuila (Claramund, Hernansaiz & León, 2004) hubo una disociación entre el conocimiento, actitud y conducta asumidos en materia de sexualidad. A su vez Trejo (2014) indica que independientemente de sus actitudes los hombres solían tener comportamientos permisivos para cumplir con el concepto de hombría.

Por otra parte, el hombre puede sentirse cómodo con su conducta, pero castigarla cuando la ve en otra persona. Trejo (2013) encuentra que los hombres eran permisivos consigo mismos, pero presentaron actitudes más sexistas y estereotipadas que las mujeres.

De acuerdo al estudio cualitativo de Alejandra & Velázquez (2016) y al cuantitativo de Saeteros, Pérez & Sanabria (2013) hubo estereotipos sobre lo que le corresponde a hombre y mujer en estudiantes masculinos del área de psicología en el

estado de México. Sin embargo, no es posible generalizar dichos resultados, pero si amplían la perspectiva sobre la realidad de nuestra población. Por ejemplo, en sí mismos consideraron que conocer sobre sexualidad era necesario y parte de su “ser hombre”, mientras que las mujeres que poseían conocimientos sobre sexualidad eran calificadas como: “de paso”. Además, en este estudio también se encuentra que los hombres suelen hacer diferencias entre las cosas que se hacen en pareja y las que se hacen con quien no es su pareja. Por lo cual puede que la masturbación no les genere culpa, pero el hacerlo aun cuando están en pareja ya no es tan aceptable.

Algunos de estos tabús son desarrollados por Despentes (2007) en su libro teoría King Kong, cuando escribe que ese mismo poder que obtiene el hombre al estar en una posición superior socialmente a la mujer es un precio que también se paga, con exigencias sociales que lo pongan a dicho nivel. Estas exigencias también son morales, para sí y para ver a los otros. Es decir, el aceptar lo que se encuentra fuera de la heterónoma masculina, que compete a manifestaciones sexuales fuera del coito genital, pueden fragilizar la imagen de lo que significa ser hombre.

En relación a este análisis, coincide con Moral de la Rubia & Ortega (2008) al decir que aunque los estudiantes del área de la salud suelen tener actitudes positivas, aun se siguen manifestando diferencias por sexo en las actitudes. Cabe destacar, que aunque se encuentren estos atisbos de diferenciación en los resultados, son marcadamente menores a resultados que se pueden encontrar en otras poblaciones. Las actitudes de la muestra son altamente positivas en todos los subgrupos de esta, aunque posean variaciones.

VI. Conclusiones

El objetivo del presente trabajo fue describir las actitudes sexuales de los estudiantes del área de la salud, así como desglosar estos datos para observar si éstas eran positivas y si variaban en torno al sexo y carrera. En efecto, las actitudes de los estudiantes del área de la salud son más positivas que en otros sectores poblacionales. La salud sexual, la falta de mitos sexuales y autopercepción positiva caracteriza a esta población. Confirma que los factores culturales influyen a las actitudes sexuales, en especial el nivel educativo y especialmente, la carrera.

Se comprobó que las actitudes son modificables, la sexualidad es de por vida y subjetiva. Las personas están en un aprendizaje constante de lo que aceptan o no, las interacciones en su medio de socialización influyen en las percepciones que se tengan. En este caso puede ser el conocimiento aprendido de maestros y compañeros, la apertura y aceptación recibida, así como el plan de estudios son favorables para desarrollar una visión positiva sobre la sexualidad tanto en sí mismos, como, al percibirla en pacientes.

A pesar de encontrarnos en una población con actitudes altamente positivas, hay diferencias en torno al sexo, en general las mujeres tuvieron actitudes más positivas, especialmente en la aceptación de la sexualidad como discurso. Los hombres fueron menos positivos en actitudes pero se cree que en conductas pueden tener una apertura mayor a la que dicen de acuerdo a contradicciones que se han encontrado en otras investigaciones.

Los enunciados menos aceptados fueron los relacionados al placer sexual y prácticas que socialmente se consideraban no ortodoxas, los resultados son favorables, pero siguen existiendo leves muestras conservadoras. De acuerdo a los resultados podría decirse que en este estudio los hombres fueron menos liberales pero más erotofílicos.

Por otra parte, en este sector demográfico se invirtió lo esperado, que era una actitud más positiva en el sexo masculino. Esto se encuentra más marcado en la carrera

de psicología que medicina, en esta última los resultados fueron más parejos. Se cree que hay dos posibilidades, la primera que en la carrera de psicología se enfatice la aceptación a las mujeres y que haya un empoderamiento por ser mayoría, la otra que en medicina no exista la misma posibilidad que en psicología para que las mujeres amplíen su perspectiva en sexualidad y por ende, se queden al mismo nivel masculino.

Es importante evaluar qué produce que en medicina la población estudiantil no presente diferencias tan significativas entre hombres y mujeres, mientras que, en psicología las diferencias en torno a sexo son significativas, en especial en Salud sexual, la cual es primordial en su labor. Además analizar que en psicología los mitos sexuales no destacan pero si la salud sexual. Puede que la perspectiva de género se haya enfocado en empoderar al género femenino pero sin potencializar las posibilidades que el género masculino tiene si se trabajan sus estereotipos respecto a si y los otros, o que a este le cueste mayor trabajo la aceptación.

Se recalca nuevamente que a pesar de las variaciones las actitudes son positivas en todos los aspectos, sólo se enfatiza las que son menos positivas que las otras.

Para futuras investigaciones se hacen las siguientes recomendaciones:

- Retomar este tema en otros sectores poblacionales de la ciudad de Tijuana, en específico, evaluar a estudiantes de la misma universidad que cursen otros programas educativos, así como estudiantes del área de la salud de otras universidades.
- Ampliar los resultados al evaluar la parte cualitativa de las actitudes sexuales y las diferencias en torno al género.
- Realizar un mapeo del chisme, identificar los mitos en sexualidad que predominan en el área de la salud.
- Agregar al estudio las conductas manifiestas para contrarrestar entre opinión y acción, además de percepción.

- Las variables que pudieron influir pero no fueron evaluadas fueron la religión, nivel socioeconómico, cultura de origen, estado civil y sistema familiar. Se recomienda tomarlas en cuenta para futuros estudios.

VII. Referencias bibliográficas

- Álvarez-Gayou, J.L. (2011). *Sexoterapia Integral*. Ciudad de México, México: Manual Moderno
- Aravena, A., Hetz, E., Liberona, P., Barra, E (2000). *Culpa sexual, Relaciones sexuales y conducta anticonceptiva en Estudiantes Universitarios*. Universidad de Concepción, Chile. Recuperado de: http://www2.udec.cl/~erhertz/privada/sexualidad/culpa_sexual_relaciones_sexuales_conducta_anticonceptiva.pdf
- Avalos, J. (2013). *Derechos reproductivos y sexuales*. Recuperado de: <http://biblio.juridicas.unam.mx>
- Bautita-Hernandez, L. (2008). *Conocimientos, actitudes y opiniones de las y los universitarios oaxaqueños respecto a su sexualidad y la importancia de la educación sexual en el nivel de educación superior*. Centro regional de investigación en psicología, 2(1), pp. 71-80.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona, España: Paidós
- Caño, S., Castaño, J., Díaz, A. (2010). *Prácticas y comportamientos sexuales de estudiantes de la universidad de Manizales*. *Psicología desde el caribe*, 28, pp. 77-106.
- Claramunt, C., Hernansaiz, B., León, E. (2004). *La salud sexual en la educación: conocimientos y actitudes sexuales en la etapa adolescente*. Gabinete Psicotécnico Municipal de Torrent, (86)86, Pp. 50-59
- Cottingham, J., Kismodi, E., Hilber, A., Lincetto, O., Stahlhofer, M., Gruskin, S. (2010). *Uso de los derechos humanos en pro de la salud sexual y reproductiva: mejorar los marcos jurídicos y normativos*. *Boletín de la OMS*, V. 88.
- Despentes, V. (2007). *Teoría King Kong*. España: Melusina
- England, P., Bearak, J. (2014). *The sexual double standard and gender differences in attitudes toward casual sex among*. *Demographic research*. 30(46), pp. 1327-1338. Recuperado de: <http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol30/46/>
- Fazio, R., Olson, M. (2003). *Attitudes: Foundations, functions and consequences* En Hogg, M.A., Cooper, J. (Eds.). *The sage handbook of Social Psychology*, (139-160), London: Sage.
- Fernández, M. (2014). *Hombres en el feminismo: zigzaguear entre lo público y lo privado. Construyendo un método de investigación para analizar la masculinidad* En Rocha, T. & Lozano, I. (Ed). *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: Analizando los cambios hacia la igualdad de género* (p. 67-86). México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad 2-el uso de los placeres*. Buenos Aires, Argentina: Editores Argentina
- Gómez-Zapiain, J, y Etxebarria, I. (1993). *Sentimiento de culpa, erotofobia y conducta sexual*. En D. Páez (Ed.). *Salud, expresión y represión social de las emociones* (pp. 119-148). Valencia: Promolibro
- Gonzales, G., Marín, M. (1987). *La sexualidad: un valor humano: apuntes sobre sexualidad para educadores*. *Tabanque: Revista pedagógica*, 3, pp. 65-82. ISSN 0214-7742

- Saldívar Hernández, G., Jiménez Tapia, A., Gutiérrez Reynaga, R., & Romero Mendoza, M. (2015). Sexual coercion associated with rape myths and sexual attitudes in college students. *Salud Mental*, 38(1), 27-32. doi:<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.003>
- International Planned Parenthood Federation, (2012) Boletín Médico de IPPF. Recuperado de: https://www.ippf.org/sites/default/files/txs_medbulletin_mar12_v02_es.pdf
- Jiménez, M. (2014). Algunos efectos de los cambios en la economía (trabajo y su precarización) en la vida de los varones y sus relaciones de género. En Rocha, T. & Lozano, I. (Ed). *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: Analizando los cambios había la igualdad de género* (p.185-210). D.F., México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Keijizer, B., (2014). La salud de los hombres: muchos problemas y pocas políticas. En Rocha, T. & Lozano, I. (Ed). *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: Analizando los cambios había la igualdad de género* (p.135- 156). D.F., México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lamas, M. (2000). *El género: construcción cultural de la diferencia sexual*. D.F., México: Miguel Ángel Porrúa
- Larrañaga, E., Yubero, S., Yubero, M. (2012). Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles. *Summa Psicológica UST*, 9(2), 5-13.
- Maldonado, V. (2009). *Diferencias en las actitudes sexuales de hombres y mujeres jóvenes de dos subculturas urbanas* (Tesis de licenciatura). Universidad de San Buenaventura, Facultad de psicología, Bogotá d.c.
- Martin, J. C., & Mak, J. Y. (2013). College students' sexual knowledge and attitudes. *Kentucky Association of Health, Physical Education, Recreation and Dance*, 51(1), 16-25
- Millán, P., Álvarez-Gayou, J.L. (2009). Validación de una escala para medir actitudes ante la sexualidad en una población mexicana. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, XV (1), 13-21.
- Moral de la Rubia, J., Ortega Rubí, M., (2008). Diferencias de género en significados, actitudes y conductas asociados a la sexualidad en estudiantes universitarios. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, XIV (28), 97-119. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31602805>
- Salguero, M.A. & Velázquez, S. (2016). Estereotipos de género: sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de clase media. *Investigaciones Feministas*, 7(1), 335-352. Recuperado de http://dx.doi.org/10.5209/rev_INFE.2016.v7.n1.51724
- Montejo, González, A. (2003). *Sexualidad y salud mental*. Barcelona, España: Glosa
- Nóvoa, I., López, A., Sueiro, E. (2009). Cambios en las actitudes sexuales: estudio preliminar. *Actas del X Congreso Internacional Galego-Portugués de Psicopedagogía*. Braga, Portugal. Recuperado de: <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/documentos/congreso/xcongreso/pdfs/t7/t7c203.pdf>
- Observatorio de Mortalidad Materna en México [OMM] (S.F.). Programa de salud Reproductiva y la igualdad de género en salud en imss baja california. Informe de actividades.

Revisado en:

http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/bc_salud_reproductiva_sesa.pdf

Ospina, J.M., Manrique, F. (2007) Prácticas y comportamiento sexuales en estudiantes universitarios. *Avances de Enfermería*. VVX (2), 101-111

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud [OMS], Organización Panamericana de la salud [OPS], Asociación Mundial de Sexología [WAS] (2000). *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción*, Actas de la reunión de consulta. Antigua Guatemala, Guatemala

Ramírez, C. & Herrera, C. (2014). *Deseando no ser violento: las dificultades para dejar de ser hombre*. En Rocha, T. & Lozano, I. (Ed), *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: Analizando los cambios hacia la igualdad de género* (p. 157-184). D.F., México:

Universidad Nacional Autónoma de México.

Rocha, T. & Lozano, I. (2014), *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: Analizando los cambios hacia la igualdad de género*. D.F., México:

Universidad Nacional Autónoma de México.

Rubio E. (1994). *Antología de la Sexualidad Humana I*. D.F., México: Miguel Ángel Porrúa.

Saeteros, R., Pérez, J., Sanabria, G. (2013). *Vivencias de la sexualidad en estudiantes universitarios*. *Revista cubana de Salud Pública*, 39(5), pp. 915-928

Saez, S., Frago, S., (2012) *Las actitudes hacia la sexualidad (enfoque sexológico)*. España: Instituto de sexología y psicoterapia. Recuperado de: <https://www.amaltea.org/las-actitudes-hacia-la-sexualidad/>

Shibley, H., Delamater, J. (2006). *Sexualidad Humana*. D.F., México: Mc Graw Hill.

Stonecipher, K., (2004). *College Students' Attitudes about Feminine and Masculine Sexuality* (Tesis de honor). Southern Illinois University Carbondale, Estados Unidos

Tena, O. (2014). *Incorporación del trabajo con hombres en la agenda feminista*. En Rocha, T. & Lozano, I. (Ed), *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: Analizando los cambios hacia la igualdad de género* (p. 21-40). D.F., México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Tijeras, M. (2010). *Actitudes hacia la sexualidad de profesionales sanitarios de atención primaria: análisis de variables predatorias*. *Anuario de Sexología*, 2, 51-58

Trejo, F. (2013) *En torno a la sexualidad: actitudes y orientación socio sexual en una muestra mexicana*. *Psicología Iberoamérica*, 21(1), pp 7-15

Vázquez, V., Chávez, M. (2008). *Género, sexualidad y poder, el chisme en la vida estudiantil de la universidad autónoma de Chapingo, México*. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, XIV (27), pp- 77-112

Weeks, J. (1986). *Sexualidad*. D.F., México: Paidós.

Weeks, J. (1993). *El malestar de la sexualidad: significados, mitos y sexualidades modernas*. Madrid, España: Talasa ediciones.

Tabla 3. Medias estadísticas de estudiantes del área de la salud (Total y por Factor).

Población	#	Total	Escala salud sexual	Mitos sobre sexualidad	Autopercepción corporal
Hombres	98	88.2	47.45	27.77	8.51
Mujeres	100	90.55	47.74	29.87	8.61
No responde	12	86.75	45.75	28.66	8
TOTAL	210	89.23	47.49	28.82	8.52

Tabla 4. Análisis de varianza t student en las medias estadísticas de hombres y mujeres.

	Hombres	Mujeres
Media	88.20	90.55
Varianza	95.50	68.14
Observaciones	98	100
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	189	
Estadístico t	-1.82	
P(T<=t) una cola	0.03	
Valor crítico de t (una cola)	1.65	
P(T<=t) dos colas	0.06	
Valor crítico de t (dos colas)	1.97	

Tabla 5. Reactivos por cuartil en hombres y mujeres estudiantes del área de la salud.

Reactivos	Mujeres	Reactivos	Hombres
13	3.72	13	3.65
5	3.94	10	3.91
7	3.98	17	3.94
3	4.12	21	3.97
4	4.13	9	4.01
21	4.13	16	4.03
9	4.15	12	4.04
1	4.25	5	4.06
20	4.25	3	4.13
10	4.26	2	4.15
6	4.27	4	4.19
12	4.27	7	4.22
16	4.3	20	4.22
2	4.36	1	4.35
11	4.37	18	4.377
17	4.39	6	4.43
15	4.65	11	4.45
14	4.69	15	4.45
19	4.7	19	4.46
18	4.78	14	4.63
8	4.88	8	4.72

Tabla 6. Prueba t de student en el reactivo 10

	Hombres	Mujeres
Media	3.91	4.26
Varianza	1.11	0.88
Observaciones	97	100
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	191	
Estadístico t	-2.40	
P(T<=t) una cola	0.008	
Valor crítico de t (una cola)	1.65	
P(T<=t) dos colas	0.01	
Valor crítico de t (dos colas)	1.97	

Tabla 7. Prueba t de student para reactivo 17

	Mujeres	Hombres
Media	3.94	4.39
Varianza	1.22	0.66
Observaciones	96	100
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	174	
Estadístico t	-3.17	
P(T<=t) una cola	0.0009	
Valor crítico de t (una cola)	1.65	
P(T<=t) dos colas	0.001	
Valor crítico de t (dos colas)	1.97	

Tabla 8. Prueba t de student para reactivo 18.

	Hombres	Mujeres
Media	4.37	4.78
Varianza	0.79	0.31
Observaciones	98	100
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	163	
Estadístico t	-3.79	
P(T<=t) una cola	0.000	
Valor crítico de t (una cola)	1.65	
P(T<=t) dos colas	0.0002	
Valor crítico de t (dos colas)	1.97	

Tabla 9. Prueba t de student para el reactivo 19.

	Hombres	Mujeres
Media	4.46	4.7
Varianza	0.66	0.57
Observaciones	98	100
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	194	
Estadístico t	-2.05	
P(T<=t) una cola	0.02	
Valor crítico de t (una cola)	1.65	
P(T<=t) dos colas	0.04	
Valor crítico de t (dos colas)	1.97	

Tabla 10. Promedios Total y por Factor de los estudiantes de psicología.

Población #	Total	Escala salud sexual	Mitos sobre sexualidad	Autopercepción corporal	
Hombres	37	84.24	49.43	26.59	8.21
Mujeres	42	91.28	52.71	30.66	8.40
No responde	5	95.4	55.4	32	8
TOTAL	84	88.67	51.42	28.95	8.29

Tabla 11. Comparación t de student para hombres y mujeres de estudiantes en psicología.

	Mujeres	hombres
Media	91.78	84.24
Varianza	55.44	120.63
Observaciones	42	37
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	62	
Estadístico t	3.52	
P(T<=t) una cola	0.0004	
Valor crítico de t (una cola)	1.66	
P(T<=t) dos colas	0.0008	
Valor crítico de t (dos colas)	1.99	

Tabla 12. Comparación t de student en hombres y mujeres para el factor de salud sexual.

	Mujeres	hombres
Media	52.71	49.43
Varianza	23.77	50.80
Observaciones	42	37
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	62	
Estadístico t	2.35	
P(T<=t) una cola	0.01	
Valor crítico de t (una cola)	1.66	
P(T<=t) dos colas	0.02	
Valor crítico de t (dos colas)	1.99	

Tabla 13. Comparación por reactivo acomodado en percentiles para estudiantes de psicología.

Reactivo	MUJERES	Reactivo	HOMBRES
13	3.7	13	3.67
1	4.09	17	3.72
5	4.14	10	3.80
7	4.14	12	3.81
21	4.16	21	3.83
4	4.19	3	3.89
11	4.21	9	3.91
3	4.28	16	3.94
2	4.30	2	3.94
9	4.33	5	3.94
20	4.40	15	4.02
10	4.42	7	4.02
17	4.42	4	4.05
12	4.47	11	4.13
16	4.47	18	4.13
6	4.5	20	4.16
15	4.54	6	4.18
14	4.57	1	4.27
19	4.66	19	4.35
18	4.76	8	4.51
8	4.88	14	4.51

Tabla 14. Promedios totales y por factor para estudiantes de medicina.

Población	#	Total	Salud Sexual	Mitos sobre sexualidad	Auto percepción corporal
Hombres	68	90.6	52.69	28.49	8.68
Mujeres	58	89.65	51.6	29.29	8.75
No responde	7	80.57	46.28	24.57	8
TOTAL	123	89.61	47.67	28.74	8.68

Tabla 15. Puntuación promedio por reactivo según sexo en estudiantes de medicina.

#	HOMBRES	MUJERES
1	4.40	4.36
2	4.27	4.39
3	4.27	4
4	4.27	4.08
5	4.13	3.79
6	4.59	4.10
7	4.34	3.86
8	4.80	4.85
9	4.06	4.01
10	3.98	4.13
11	4.65	4.49
12	4.18	4.12
13	3.63	3.68
14	4.70	4.77
15	4.72	4.72
16	4.08	4.17
17	4.08	4.36
18	4.52	4.79
19	4.54	4.72
20	4.26	4.13
21	4.06	4.10

Tabla 16. Resultados en percentil por sexo para estudiantes de medicina.

HOMBRES	MUJERES
13	13
10	5
9	7
21	3
16	9
17	4
5	6
12	21
20	12
2	10
3	20
4	16
7	1
1	17
18	2
19	11
6	15
11	19
14	14
15	18
8	8

Tabla 17. Análisis de varianza: Anova entre grupos

Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Entre grupos	1315.51	3	438.50	5.68	0.0009	2.65
Dentro de los grupos	14967.54	194	77.15			
Total	16283.05	197				

IX. Apéndices

Apéndice 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA

Título de la investigación: Actitudes sexuales en estudiantes del área de la salud

Investigador principal: Esmeralda Conrique de la Rosa, estudiante del área de psicología en la Universidad, Autónoma de Baja California, campus Tijuana.

Investigador asociado: M.P.P. Julieta Yadira Islas Limón, maestra e investigadora de la Universidad Autónoma de Baja California, campus Tijuana.

Objetivo y justificación del estudio: Se le está invitando a participar en una investigación que tiene como objetivo principal describir las actitudes sexuales de los estudiantes del área de la salud. Lo cual tendrá como fin último identificar actitudes que puedan dañar el desempeño de estos en el futuro, partiendo de la premisa de que en sus profesiones influirán en la educación sexual de sus pacientes, ya sea directa o indirectamente.

Beneficios del estudio: Los participantes no recibirán un beneficio directo, únicamente se beneficiarán durante el proceso de la investigación al contribuir a ampliar el conocimiento en torno a sus propias actitudes, lo cual puede mejorar su competencia profesional a futuro.

Procedimientos del estudio: Este estudio consta de una fase de aplicación únicamente, en la cual se aplicará. Se planea aplicar el instrumento “Test de actitudes y opiniones ante la sexualidad”, elaborado por parte del Instituto Mexicano de Sexología por el Dr. Juan Luis Álvarez -Gayou Jurgenson y la Mtra. Paulina Millán Álvarez

Riesgos asociados con el estudio: la investigación conlleva el riesgo mínimo de experimentar incomodidad al compartir situaciones de vida personales.

Aclaraciones:

- Su decisión de participar es completamente voluntaria.
- La información que se obtenga será confidencial, se utilizará únicamente para propósitos de análisis científico y su nombre no aparecerá en ningún momento.
Si Usted decide participar, es importante que sepa que en cualquier momento de la investigación puede retirarse informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio Usted podrá solicitar información sobre el mismo a las investigadoras responsables.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación puede firmar este consentimiento informado.

Nombre y firma del participante _____

Fecha _____

Actitudes sexuales en estudiantes del área de la salud.

12. Las fantasías sexuales son un modo inmaduro de vivir la sexualidad.					
13. El material sexualmente explícito es dañino para todas las personas.					
14. Creo que cada persona tiene derecho a vivir su sexualidad libremente					
15. Respeto las prácticas sexuales que no dañan o fuerzan a otros aunque nunca las haya practicado o vaya a practicar.					
16. Las relaciones sexuales deben tener, como fin principal, la reproducción.					
17. Hablar de sexualidad con los hijos contribuye a que inicien su vida sexual a edad temprana.					
18. La homosexualidad se puede curar mediante terapia.					
19. Las personas con discapacidad deben limitar su práctica sexual.					
20. Las relaciones sexuales que implican penetración anal u oral son otra forma natural de obtener placer.					
21. Los juguetes sexuales pueden contribuir a mejor la satisfacción sexual en pareja.					

Apéndice 3

Indicadores para revisión de instrumento

Las preguntas 1, 2, 9, 10, 12, 13, 16, 17, 18 y 19 se califican así:

Totalmente de acuerdo: 1 pts.

De acuerdo: 2 pts.

Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 3 pts.

En desacuerdo: 4 pts.

Totalmente en desacuerdo: 5 pt.

Las preguntas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 20 y 21 se califican así:

Totalmente de acuerdo: 5 pts.

De acuerdo: 4 pts.

Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 3 pts.

En desacuerdo: 2 pts.

Totalmente en desacuerdo: 1 pt.

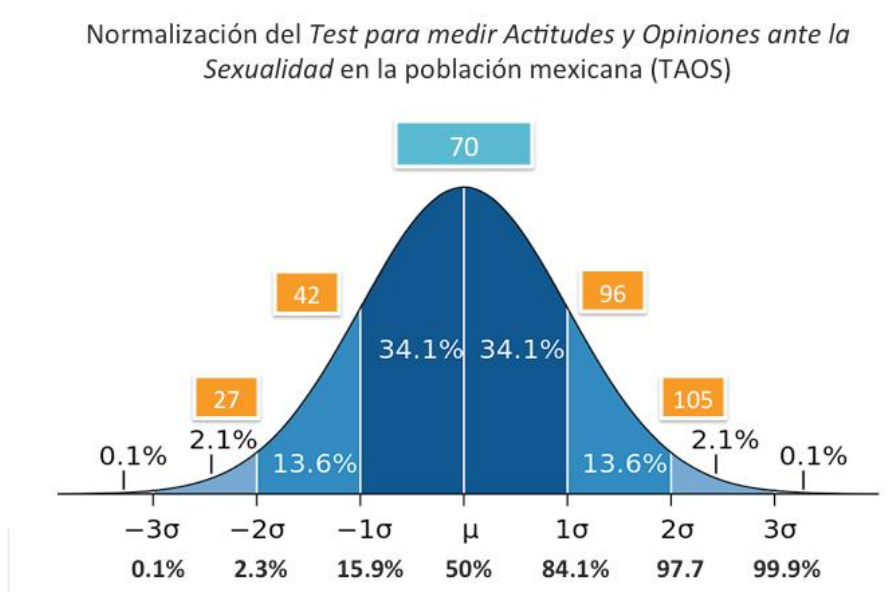
Factores incluidos en la validación de este test:

Factor 1: Salud sexual.- definida por la OMS (1975) como “La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor”. Se integraron aquí los ítems que se apegan a esta definición (ítems: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 19, 20, 21).
M = 40.92 SD = 16.19

Factor 2: Mitos sobre la sexualidad.- Engloba los ítems que incluyen afirmaciones que refuerzan conocimientos en materia de sexualidad que no son apoyados por la ciencia o la sexología (ítems: 9, 10, 12, 13, 16, 17, 18)
M = 21.85 SD = 8.17

Factor 3: Autopercepción corporal.- Engloba aquellos ítems que hacen referencia al modo en el que se percibe el cuerpo y al miedo o a la culpa (ítems 1 y 2).
M = 6.28 SD = 2.68

A mayor calificación total se obtenga en el test, más positivas serán las actitudes ante la sexualidad en una persona.
M = 68.48 SD = 22.99



Grafica 1. Puntajes Promedio del Taos en población mexicana (Millán, P. y Álvarez-Gayou, J. L., 2009)

