

## Algunos elementos sobre sexualidad en pobladores de un área rural del estado Cojedes, Venezuela

Some elements of sexuality in residents of a rural area of Cojedes state, Venezuela

L. Gámez\*, E. Arteaga\*\*, G. Bastidas\*

### RESUMEN

El conocimiento de temas relacionados con la salud sexual y reproductiva evidencia vacíos en los países latinoamericanos en cuanto a reproducción, especialmente en el medio rural y en personas con menor nivel educativo. Se pretende con esta investigación describir características de la sexualidad en el área rural (primer estudio en Venezuela). Estudio descriptivo, transversal y de campo, con un cuestionario como instrumento, la muestra fue de 128 individuos de la comunidad de Apamates, Cojedes. La edad promedio fue 25,3 años; resultaron solteros 76,5 % de los hombres y 43,6 % de las mujeres. El 96,1 % de las personas saben leer y escribir pero únicamente 19,5 % tenían bachillerato completo. Así 35,9 % eran obreros, 82,8 % recibían sueldo básico y 82 % conocen los métodos anticonceptivos. El condón y los anticonceptivos orales son los mayormente usados. Fue baja la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). La mayoría tenía entre 0 y 1 hijo. Los hombres por iniciativa propia buscan información sobre sexualidad. El conocimiento sobre sexualidad en ambos géneros es bajo. Ambos géneros mantienen relaciones sexuales por amor y con fines reproductivos. Desconocen qué es el orgasmo. Se concluye que desconocen aspectos básicos sobre la sexualidad y reproducción, la sexualidad es un tabú y conocen los anticonceptivos pero no los usan con frecuencia. Para el desarrollo de la sexualidad es indispensable tener educación sexual verdaderamente eficaz.

### ABSTRACT

Knowledge about issues related to sexual and reproductive health evidences gaps in Latin American countries in terms of reproduction, especially in rural and less educated people. This research is intended to describe characteristics of sexuality in rural areas (first study in Venezuela). This study is descriptive, cross sectional and fieldworking, with a questionnaire as an instrument; the sample was 128 individuals in the community Apamates, Cojedes. The average age was 25,3 years, 76,5 % were unmarried men and 43,6 % of women. The 96,1 % of people can read and write but only 19,5 % had completed high school. So 35,9 % and 82,8 % were workers receiving minimum wage and 82 % know about contraceptive methods. Condoms and oral contraceptives are the most often used. It was low the prevalence of sexually transmitted infections. Most of them have between 0 and 1 child. Men, on their own initiative, seek for information about sexuality. Knowledge about sexuality in both sexes is low. Both genders have sex for love and for reproductive purposes. Orgasm is unknown. We conclude that the basic facts about sexuality and reproduction are known but sexuality is still a taboo; contraceptives are known but not often used. For the development of sexuality is essential to have truly effective sex education.

Recibido: 1 de marzo de 2012  
Aceptado: 29 de mayo de 2012

#### Palabras clave:

Salud sexual y reproductiva; medio rural; sexualidad; anticonceptivos.

#### Keywords:

Sexual and reproductive health; intercede rural; sexuality; contraceptive.

### INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva de las poblaciones es considerada hoy como uno de los asuntos de mayor relevancia en el ámbito social, académico y político, a tal magnitud que la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas estableció que la "salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental" [1]. En este sentido, existe aceptable

\*Departamento de Salud Pública. Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Pabellón 13, Campus Bárbula, Nanagua, Carabobo, Venezuela. Correo electrónico: bastidasprotozoo@hotmail.com

\*\*Departamento Clínico Integral del Norte. Escuela de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo.

experiencia en Venezuela en la planificación familiar, salud materno-infantil e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) [2-7].

La preocupación central de muchos gobiernos se centra, por una parte, en reducir el riesgo de infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y, por otra, en prevenir embarazos no deseados y abortos riesgosos en grupos sociales desprotegidos (principalmente entre habitantes de zonas rurales de escasos recursos que mantienen relaciones sexuales sin protección). El interés de enfocarse en estos grupos poblacionales, y esencialmente en las mujeres indígenas y con menor educación, se debe a que éstas muestran una fecundidad del 20 % al 80 % mayor que las que habitan en áreas urbanas. Las mujeres menos educadas tienen una fecundidad alrededor de 4,5 hijos (casi el doble a la observada en las mujeres más educadas, que en promedio pueden llegar a tener 2,5 hijos). Este alto índice de fecundidad se da en mayor medida justo donde la asistencia de mujeres y hombres a programas de salud sexual y reproductiva es pobre. Tales factores impiden, en primera instancia, la formación sexual de estas poblaciones y, en segundo lugar, que el diagnóstico primario de la situación real sea captada por los entes gubernamentales de manera rápida y precisa [1-5] y [7-9].

El conocimiento de temas relacionados con la salud sexual y reproductiva evidencia vacíos importantes en los países de la región latinoamericana, en cuanto a la fisiología de la reproducción y a los métodos anticonceptivos y su fuente de suministro (desconocimiento que oscila entre el 32 % y 87 % de los países de la zona). Esta condición se manifiesta, igualmente, entre las mujeres con menor nivel educativo y pertenecientes a zonas rurales. Esto indica que las mujeres están abordando y desarrollando su sexualidad con un conocimiento deficiente de la misma. Aunque algunas han oído hablar de ésta y están en capacidad de utilizarla, en realidad desconocen cómo funciona su propia fisiología de la reproducción, lo cual puede generar un uso inapropiado de los métodos anticonceptivos o casos de fecundidad no deseada [9].

Se suma a esta situación, la forma tradicional -visión estrecha- en que los entes gubernamentales y académicos abordan el problema: olvidan que son distintas las dimensiones o aristas del fenómeno sexualidad, pues éstas son el resultado de diversas y complejas interacciones biológicas, personales y sociales. A la par, muchas de las evaluaciones hasta ahora hechas se centran en el análisis de costo-beneficio o costo-efectividad y en la calidad o acceso a los servicios de salud, dejando de lado los saberes y prácticas que de

la sexualidad -importante indicador de salud sexual y reproductiva- tienen las personas. Inmersas en su contexto cultural estructurado por creencias religiosas, modos de comportamiento y formas de producir conocimientos, las personas actúan, además, marcadas por la escasa escolaridad que no les permite desentrañar el sexismo [3, 8, 10, 11].

Es la creencia de muchos países latinoamericanos, incluidos entre ellos Venezuela, que los hombres son por naturaleza promiscuos y poco participativos en los cuidados de los procesos reproductivos. Esta misma creencia se extiende a suponer que las mujeres deben ser permisivas con dichas prácticas, a pesar de que los derechos sexuales y reproductivos forman parte de la conquista del feminismo occidental. Aún más, cuando el discurso sobre tales derechos se usa para analizar el cuerpo, la sexualidad y el comportamiento de la mujer, éstos aún llevan consigo una carga racista, sexista y etnocéntrica. La idea, ante esto, es que por medio de la retórica de los derechos de la salud sexual y reproductiva se operen cambios culturales a favor de la igualdad de género, que se impulse el derecho humano básico de decidir sobre su cuerpo y, por supuesto sobre, su vida sexual y reproductiva, pero sin olvidar que los hombres y mujeres son actores sexuales con necesidades concretas [1, 4, 8, 10, 12, 13].

Dentro del mismo contexto, también se debe considerar la conformación de familias mononucleares en las cuales se premia la obediencia (la de la mujer para con el hombre -vistos los hombres 'como seres que viven para sí mismos'-), en una especie de hegemonía establecida y sin posibilidad de cuestionamiento. 'Ser para servir a otro' es lo esperable para las mujeres, a pesar que la monogamia no es la característica esencial de las relaciones erótico-afectivas como insisten las representaciones sociales. Bajo esta tónica, la sociedad censura el comportamiento sexual-afectivo hasta convertirse en importantes barreras para la transmisión abierta de información sobre la sexualidad [1, 8, 13, 16].

Ahora bien, el objetivo de este estudio es describir algunos aspectos de la sexualidad en pobladores de un área rural venezolana, desde una perspectiva de agente reflexivo provisto de conciencia. Esta postura permitirá al sujeto estudiado verse a sí mismo como objeto y sujeto de su propia percepción, pues es al final de cuentas éste ofrecerá la información útil en el contexto de los programas de salud sexual y reproductiva de las sociedades modernas. El entendido es que los individuos sean capaces de regular su fecundidad, que sus parejas tengan embarazos y partos seguros y que puedan tener una plena y agradable sexualidad [8, 14, 15].

Se aclara que con esta investigación no se pretende dar explicaciones sobre el evento de la sexualidad, sino describir ciertas características del fenómeno en cuestión. Ello obedece a que, particularmente, la información que sobre el tema se tiene es de períodos no regulares y con diseños no del todo comparables -o mínimos- y, en los pocos casos existentes, los estudios sobre sexualidad en áreas rurales en Venezuela se centran únicamente en investigar el comportamiento epidemiológico de las ITS [17-18]. Los resultados de este estudio ampliarán la visión sobre el tema en el país, debido a la existencia de vacíos de información o por la presencia de resultados contradictorios; la meta es obtener datos que permitan el adecuado aprovechamiento de los recursos, que en todo caso resultan insuficientes, destinados a los programas nacionales de salud sexual y reproductiva.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se trató de un estudio descriptivo, transversal y de campo cuya muestra fue de 128 individuos de ambos géneros; la mayor representatividad de la misma estuvo a favor del género femenino, mismas que estuvieron dispuestas a aportar información sobre su sexualidad. No se pretende con esta muestra aportar resultados estadísticamente representativos entre géneros, pero sí obtener para cada uno de ellos sus opiniones respecto a su salud sexual y reproductiva.

Todos los encuestados habitaban en la comunidad de Apamates, municipio Tinaquillo, estado Cojedes, ubicado en la región central de Venezuela. Se incluyeron en el estudio a todos aquellos individuos mayores de 12 años con vida sexual activa que acudieron voluntariamente al Servicio de Medicina Familiar del Ambulatorio de la zona. Luego de esto, se recurrió al muestreo opinático, que no consideró el tamaño total de la población ni la distribución por género, pero que permitió realizar el primer acercamiento al fenómeno estudiado. De todos los participantes se obtuvo el consentimiento informado y se les aseguró confidencialidad para sus respuestas.

Se recurrió a un instrumento, un cuestionario para recabar la información, el cual estuvo conformado por ítems de respuestas cerradas y abiertas distribuidas en tres secciones. La primera para datos de identificación (fundamentalmente edad, género, estado civil, situación conyugal, ocupación grado de instrucción del encuestado e ingreso familiar). En la segunda sección se exploraron los conocimientos y prácticas sobre anticoncepción. En la tercera, y última sección, se indagó sobre algunos aspectos de la sexualidad de

las personas de la muestra. Este instrumento fue previamente validado a través de una prueba piloto en otra población del estado Cojedes con características sociales (rural), geográficas (pie de monte) y demográficas (población dispersa) similares.

Los datos se registraron y analizaron mediante el programa estadístico Epi Info 5,0 (diseñado por A. Dean y T. Arner). Además de estadísticas descriptivas, se utilizó la prueba ji-cuadrado ( $\chi^2$ ) con corrección de Yates (adecuada para muestras pequeñas), aplicada a tablas de contingencia 2x2 para determinar si las diferencias entre las muestras se debieron o no al azar.

## RESULTADOS

La muestra estudiada estuvo conformada por 128 mujeres y hombres entre 13 y 63 años de edad, con una edad promedio para el grupo de  $25,3 \pm 11,7$ . De las 128 personas que accedieron a responder el cuestionario, 94 eran mujeres y 34 hombres (con diferencia significativa entre géneros [ $p < 0,0000001$ ]) (tabla 1). Los adolescentes, con 39,8 % (19/34 hombres y 32/94 mujeres), fueron relativa y ligeramente las personas más numerosas, seguidas por los adultos con edades entre 20 y 30 años y los de entre 31 y 40 años (sin diferencia significativa entre adolescentes y adultos con edades comprendidas entre 20 y 40 años [ $p = 0,1$ ]) (tabla 1).

El total de las mujeres encuestadas estaban, habiendo de su estado civil, solteras (43,6 % [41/94]) en marcada diferencia con la mujer concubina (34 % [32/94],  $p < 0,000001$ ) o la casada (20,2 % [19/94],  $p < 0,000001$ ). Entre los hombres, 16,5 % (26/34) estaban solteros, 14,7 % (5/34) eran casados y 5,9 % (2/34) vivían en concubinato; existió una verdadera diferencia entre este último grupo y los hombres solteros (tabla 1). De los 5 hombres casados, solo 3 residen con su cónyuge, y algo más de la mitad de las mujeres casadas viven con sus esposos (10/19 [ $p = 0,74$ ]). El resto, independientemente del género, está solo o vive con otra pareja diferente a su cónyuge (31/34 [91,2 %] hombres y 84/94 [89,4 %] mujeres) (tabla 1).

Aunque 96,1 % de las personas estudiadas saben leer y escribir (con diferencia significativa entre éstas y las analfabetas [ $p < 0,0000001$ ]), únicamente tenían bachillerato completo 19,5 % de los individuos de la muestra (7/34 hombres y 18/94 mujeres); 0,8 % (1/128) eran técnicos y 1,6 % (2/128) tenían alguna profesión universitaria. En cuanto a la ocupación, 35,9 % (4/34 hombres y 42/94 mujeres) de los encuestados son obreros, 29,7 % (13/34 hombres y 25/94 mujeres)

Tabla 1.  
Distribución de la población según variables selectas de una comunidad rural del municipio Tinaquillo, estado Cojedes, Venezuela.

Variables	Hombres		Mujeres		Total	
	f	%	f	%	f	%
<b>Grupos de edad (años)</b>						
12-19	19	55,9	32	34,0	51	39,8
20-30	10	29,4	37	39,4	47	36,7
31-40	1	2,9	14	14,9	15	11,7
41-50	2	5,9	7	7,4	9	7,0
51-60	1	2,9	3	3,2	4	3,1
61-70	1	2,9	1	1,1	2	1,6
<b>Estado civil</b>						
Soltero	26	76,5	41	43,6	67	52,3
Casado	5	14,7	19	20,2	24	18,8
Concubino	3	8,8	32	34,0	35	27,3
Divorciado	0	0	0	0	0	0
Separado	0	0	1	1,1	1	0,8
Viudo	0	0	1	0	1	0,8
<b>Situación conyugal</b>						
Casado(a) con cónyuge residente	3	8,8	10	10,6	13	10,2
Unido(a) con cónyuge residente	3	8,8	32	34,0	35	27,3
Sin cónyuge	28	82,4	52	55,3	80	62,5
<b>Nivel instruccional</b>						
Analfabeta	0	0	5	5,3	5	3,9
Primaria incompleta	6	6	19	20,2	25	19,5
Primaria completa	6	6	14	14,9	20	15,6
Bachillerato incompleto	14	14	36	38,3	50	39,1
Bachillerato completo	7	7	18	19,1	25	19,5
Técnico superior	0	0	1	1,1	1	0,8
Universitario	1	1	1	1,1	2	1,6
<b>Ocupación</b>						
Estudiante	2	5,9	25	26,6	38	29,7
Oficios del hogar	0	0	42	44,7	16	12,5
Agricultor(a)	6	17,6	3	3,2	3	2,3
Obrero(a)	18	52,9	1	1,1	46	35,9
Comerciante	5	14,7	5	5,3	5	3,9
Empleado(a)	1	2,9	0	0	1	0,8
Profesional	1	2,9	1	1,1	1	0,8
Ninguna	1	2,9	17	18,1	18	14,1
<b>Ingreso familiar</b>						
< Sueldo básico	7	20,6	8	8,5	15	11,7
Sueldo básico (1.548 Bs)	25	73,5	81	86,2	106	82,8
> Sueldo básico	2	5,9	5	5,3	7	5,5

Fuente: cuestionario sobre salud sexual y reproductiva.

n= 128 individuos; 34 hombres y 98 mujeres.

Prueba  $\chi^2$  con corrección de Yates: existe diferencia significativa entre variables si  $p < 0,5$ .

son estudiantes y 12,5 % (15/34 hombres y 1/94 mujeres) realizan labores del hogar. El ingreso familiar correspondía principalmente al sueldo básico en 82,8 %, pero en 11,5 % éste era menor y solo en 5,5 % de los casos lo superaba (tabla 1).

Cuando se interrogó a los participantes en el estudio, 82 % (105/128) refirió conocer el uso de los métodos anticonceptivos ( $p < 0,0000001$  respecto a los que no conocen los métodos anticonceptivos), en igual proporción para hombres (82,4 % [28/34]) y mujeres (81,9 % [77/94]). Sin embargo, 10 (29,4 %) hombres y 68 (72,3 %) mujeres con vida sexual activa no emplean ningún tipo de anticonceptivo durante sus relaciones sexuales (con diferencia estadística entre los que usan métodos anticonceptivos y entre quienes no [ $p < 0,0001$ ]). De la misma manera, es evidente la diferencia entre quienes usan anticonceptivos y quienes no en el grupo de los hombres (24 usan/10 no usan [ $p < 0,001$ ]) y en el grupo de los mujeres (26 usan/68 no usan [ $p < 0,0000001$ ]). Las mujeres emplean como anticonceptivos los métodos de barrera (en este caso le exigen a sus parejas usar el condón), anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos y la esterilización quirúrgica, mientras que el hombre típicamente emplea el condón y ninguno vasectomía (tabla 2).

En su vida sexual, únicamente 6 mujeres han adquirido Virus Papiloma Humano (VPH) (3/94 [3,2 %]), sífilis (2/94 [2,1 %]) o gonorrea (1/94 [1 %]) como ITS; los hombres para cada infección han presentado en 2,9 % VPH (1/34), sífilis (1/34) y gonorrea (1/34). La mayoría de los hombres (79,4 % [ $p < 0,000001$ ]) y de las mujeres (64,8 % [ $p < 0,00001$ ]) tienen entre 0 y 1 hijo, pero existen hombres y mujeres que tienen entre 4 y 5 hijos. Los equipos de salud (en 18 %

**Tabla 2.** Conocimientos y prácticas sobre anticoncepción en pobladores de una comunidad rural del municipio Tiquillo, estado Cojedes, Venezuela.

Variables	Hombres		Mujeres		Total	
	f	%	f	%	f	%
<b>Conoce anticonceptivos</b>						
Sí	28	82,4	77	81,9	105	82,0
No	6	17,6	17	18,1	23	18,0
<b>Métodos anticonceptivos usados</b>						
Métodos de barrera (diafragma vaginal y/o condón)	18	52,9	26	27,7	34	26,6
Anticonceptivos orales	0	0	8	8,5	10	7,8
Anticonceptivos parenterales	0	0	2	2,1	2	1,6
Dispositivos intrauterinos	0	0	1	1,1	1	0,8
Esterilización quirúrgica	0	0	3	3,2	3	2,3
Ninguno	16	47,1	54	57,4	78	60,9
<b>ITS adquiridas durante la vida sexual activa</b>						
VPH	1	2,9	3	3,2	4	3,1
Sífilis	1	2,9	2	2,1	3	2,3
Gonorrea	1	2,9	1	1,1	2	1,6
Ninguno	31	91,2	88	93,6	119	93,0
<b>Número de hijos</b>						
0	24	25,5	42	44,7	66	51,6
1	3	3,2	19	20,2	22	17,2
2	4	4,3	11	11,7	15	11,7
3	1	1,1	10	10,6	11	8,6
4	1	1,1	9	9,6	10	7,8
5	1	1,1	2	2,1	3	2,3
8	0	0	1	1,1	1	0,8
<b>A través de qué medio recibió la información de anticoncepción</b>						
Prensa	3	8,8	13	13,8	16	12,5
Radio	1	8,8	14	14,9	15	11,7
Televisión	1	2,9	12	12,8	13	10,2
Equipo de salud	6	2,9	18	19,1	24	18,8
Institución educativa	2	17,6	10	10,6	12	9,4
Comunidad	4	5,9	8	8,5	12	9,4
Iniciativa propia (lectura de textos)	11	11,8	0	0	11	8,6
No tiene información	6	32,4	19	20,2	25	19,5
<b>Quién impartió la información sobre anticoncepción</b>						
Médico	12	35,3	36	38,3	48	37,5
Enfermera	2	5,9	12	12,8	14	10,9
Estudiantes de medicina	3	8,8	11	11,7	14	10,9
Otros profesionales	1	2,9	3	3,2	4	3,1
Desconoce	16	47,1	32	34,0	48	37,5

Fuente: cuestionario sobre salud sexual y reproductiva.

n= 128 individuos; 34 hombres y 98 mujeres.

Prueba  $\chi^2$  con corrección de Yates: existe diferencia significativa entre variables si  $p < 0,5$ .

de los casos), específicamente los médicos, fueron quienes llevaron información sobre anticoncepción (esto de acuerdo al 28 % de las mujeres encuestadas). No obstante, los hombres por propia iniciativa (32,4 %) buscaron del médico (35,2 %) o de otros profesionales de los equipos de salud (47 %) información sobre anticoncepción (tabla 2).

Son similares en las mujeres las proporciones entre quienes afirman saber (46/94 [48,9 %]) o desconocer (48/94 [51,1 %]) el significado de la sexualidad ( $p = 0,77$ ), a pesar de que el 60,9 % (78/94 [ $p < 0,0000001$ ]) declara tener importante experiencia sexual. En los hombres, al igual que lo expresado por su sexo opuesto, la mitad conoce el tema de la sexualidad (20/34 [ $p = 0,22$ ]) y la otra no, no obstante, la mayoría refiere no tener gran experiencia en relaciones sexuales (23/34 [ $p < 0,001$ ]). Aunque mujeres (46/94 [48,9]) y hombres (19/34 [55,9 %]) mantienen relaciones sexuales por amor, en los mujeres son igualmente importantes los fines reproductivos de la misma ( $p = 0,35$ ) (tabla 3).

Cuando se les preguntó a las mujeres sobre el disfrute de las relaciones sexuales, la mitad de ellas respondieron que siempre lo hacían (45/94 [47,9 %]) y la otra mitad que nunca (36/34 [38,3 %]) ( $p = 1,58$ ). También los hombres respondieron casi mayoritariamente que disfrutaban las relaciones sexuales (24/34 [70,6 %]). Ni las mujeres, ni los hombres están claros sobre el papel de las ITS en el disfrute de las relaciones sexuales, pues 46/94 mujeres (48,9 %) afirman que sí pueden mantener sana sexualidad a pesar de la ITS y 48/94 (51,1 %) de ellas opinan que no ( $p = 0,88$ ). Respecto a los hombres, 58,8 % pueden disfrutarla y 41,2 % no ( $p = 1,47$ ) (tabla 3).

Tabla 3.

Algunos aspectos sobre sexualidad y finalidad de las relaciones sexuales de las personas sexualmente activas de una comunidad rural del municipio Tinaquillo, estado Cojedes, Venezuela.

Variables	Hombres		Mujeres		Total	
	f	%	f	%	f	%
<b>Sabe qué es la sexualidad</b>						
Sí	20	58,8	46	48,9	66	51,6
No	14	41,2	48	51,1	62	48,4
<b>Tiene experiencia sexual</b>						
Sí	11	32,4	78	83	89	69,5
No	23	38,2	16	17	39	30,5
<b>Finalidad de las relaciones sexuales</b>						
Por amor	19	55,9	46	48,9	65	50,8
Para reproducción	8	23,5	39	41,5	47	36,7
Por estabilidad económica	6	17,6	6	6,4	12	9,4
No sabe	1	2,9	3	3,2	4	3,1
<b>Disfruta su sexualidad</b>						
Siempre	13	38,2	45	47,9	58	45,3
Casi siempre	11	32,4	13	13,8	24	18,8
Nunca	10	29,4	36	38,3	46	35,9
<b>Las ITS les permiten mantener una sexualidad sana</b>						
Sí	20	58,8	46	48,9	66	51,6
No	14	41,2	48	51,1	62	48,4
<b>Sabe qué es el orgasmo</b>						
Sí	11	32,4	21	22,3	32	25
No	23	67,6	73	77,7	96	75,0
<b>Ha experimentado problemas para alcanzar el orgasmo</b>						
Sí	11	32,4	21	22,3	32	25,0
No	23	67,6	73	77,7	96	75,0
<b>Sabe qué es la erección</b>						
Sí	24	70,6	86	91,5	110	85,9
No	10	29,4	8	8,5	18	14,1

Fuente: cuestionario sobre salud sexual y reproductiva.

n= 128 individuos: 34 hombres y 98 mujeres.

Prueba  $\chi^2$  con corrección de Yates: existe diferencia significativa entre variables si  $p < 0,5$ .

Tanto mujeres (91,5 % [86/94]) como hombres (70,5 % [24/34]) saben qué es la erección del pene. Ambos géneros desconocen qué es el orgasmo, los hombres en 67,6 % (23/34 [ $p < 0,001$ ]) y las mujeres en 77,7 % (73/94 [ $p < 0,0000001$ ]). Todas las mujeres y hombres que saben que es el orgasmo han experimentado problemas para alcanzarlo (tabla 3).

## DISCUSIÓN

La mayoría de la población estudiada era soltera, jóvenes con edad promedio de 25,3 años, especialmente entre los hombres. Esta información resulta similar (salvando en todos los artículos consultados las diferencias demográficas y el diseño de investigación) a lo hallado en México, donde los hombres son principalmente solteros, pero, y contrario a los hombres casados, las mujeres en la misma situación, casadas, viven con sus esposos [19]. Al igual que en otras investigaciones, el nivel de escolaridad hallado es similar para ambos géneros, pero entre las mujeres existen 14,8 % bachilleres, 0,8 % de técnicos y 0,8 % de universitarias, mientras que entre los hombres es menor la proporción de bachilleres, técnicos y universitarios [19, 20]. Entre los hombres, son más los que se encuentran económicamente activos (en más de dos tercios), obreros en su mayoría, por tanto, es explicable que 82,8 % reciba sueldo básico; por otro lado, las mujeres se centran en realizar oficios del hogar y estudiar. También es común que haya fluctuaciones entre los rangos de edad y participación del género en los encuestas de distintos trabajos [19, 20].

Los métodos anticonceptivos -aunque conocidos en la muestra estudiada- son poco usados por una importante proporción de la misma. Como lo expresan en sus respuestas a la interrogantes abiertas, esta falta de uso se da por temor a efectos secundarios o prohibición religiosa (principalmente para las mujeres). Esto también se muestra en otros estudios o encuestas, aunque es prudente señalar que ningún estudio o encuesta es totalmente comparable con otro, porque las preguntas están direccionadas

hacia distintas épocas (algunas interrogan sobre el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, otras por el uso actual o durante el último mes [20]). Con este estudio no se puede precisar si se han producido cambios en el tiempo respecto al uso de la anticoncepción, pero es una primera aproximación a la realidad sexual de la población rural venezolana. Sin caer en reduccionismos estos hallazgos dan cuenta de la presencia de dinámicos que pueden utilizarse para dar consideraciones de eventos involucrados en el complejo proceso de la sexualidad.

En el cuestionario de esta investigación se preguntó sobre el método anticonceptivo de preferencia al momento de tener relaciones sexuales: las mujeres casi en igual proporción prefieren los anticonceptivos orales y el uso del condón en su pareja; los hombres apuestan por este último. Dicha proporción de preferencia es similar a la encontrada en estudios realizados en México, donde 43,7 % de los hombres y 19,5 % de las mujeres de todos los estados civiles o situación conyugal eligen los métodos de barrera [21, 22]. Es crucial resaltar, por los comentarios obtenidos, que los hombres de este estudio emplean el condón fundamentalmente con mujeres que no son sus parejas formales. En este sentido, la actuación del hombre es contradictoria, ya que puede actuar como obstáculo o apoyador de la regulación de la fecundidad de sus parejas, pero nunca como ser regulador de su propia fecundidad (porque persiguen la multiplicidad de relaciones heterosexuales, eluden la feminización de la conducta y resaltan la homofobia [23]).

Sobre la finalidad de tener relaciones sexuales, los hombres y mujeres de esta muestra expresan mayoritariamente que lo hacen por amor, pero los hombres le adicionan el valor reproductivo a la misma. Sin embargo, otros estudios muestran que la meta no es tener hijos: solo el 12 % lo hacen con tal fin. Asimismo, en muchos reportes el principal objetivo señalado de tener relaciones sexuales es el amor y la comunicación con la pareja (con distinción de género): es mayor en las mujeres esta opinión; en otros es el placer y la satisfacción sexual el motivo que mueve tanto a mujeres como a hombres a mantener relaciones sexuales. Como dato interesante de este estudio se reporta que ambos, hombres y mujeres, mantienen relaciones sexuales por estabilidad económica: esta situación es mayor entre las mujeres, porque en el medio rural venezolano, son los hombres quienes traen el sustento económico al hogar y las mujeres, sin amor, se ven obligadas a mantener relaciones sexuales por el bien de ella y sus hijos [20].

El estudio demuestra, por igual, que se tiene un importante desconocimiento sobre distintos aspectos, muchos de ellos básicos, sobre la reproducción humana. Existe la tendencia, como se aprecia, de que las mujeres de este estudio -por iniciativa propia- buscan información sobre sexualidad, pero sin atreverse a contrariar a sus parejas al momento de llevar relaciones sexuales imprudentes. En general, la mayoría escuchado hablar de ITS y del SIDA, a tal punto que son pocos los que ha resultado afectados por estas patologías, debido a que, por un lado, conocen someramente (pero con suficiencia) los mecanismos de infección y las formas de prevenirlas, y por otro lado, a que son comunidades cerradas con escaso flujo de nuevas personas infectadas o portadoras de ITS o VIH/SIDA [24-29]. También es cierto que del nivel socioeconómico depende el mayor o menor grado de conocimiento, por tanto, es de esperarse que esta población estudiada, de nivel socioeconómico mayormente bajo, tenga un bajo conocimiento sobre la sexualidad [30].

Otra característica de esta población estudiada fue que la mayoría no poseían hijos, en acuerdo esta conducta con las políticas de disminución de la fecundidad que desde 1960 se promulga en muchos países de América latina, pero en concordancia con el carácter machista que deben tener los hombres del medio rural venezolano -en donde el producto de la concepción es consecuencia de prácticas sexuales ocasionales durante las cuales a las mujeres les es difícil hablar de anticoncepción, o al menos negociar el uso del condón [4, 20, 31, 32].

Lo encontrado en términos generales en este estudio sobre fecundidad (a saber, pocos hijos por pareja) se compagina con el hecho que América Latina es la región en desarrollo que ha mostrado el mayor descenso en fecundidad en las últimas décadas. La región pasó de tener 5 hijos en promedio por mujer, a ubicarse en niveles cercanos a 2,8 -los cuales están un poco por debajo de la media mundial de aproximadamente 3 hijos por mujer. Sin embargo, la reducción de la fecundidad no es homogénea entre los países de la región; ésta es menor en los países con más desarrollo y, dentro de éstos, las zonas urbanas y poblaciones con mayor educación son los que menos hijos tienen. Vemos así que en los últimos años hay una tendencia a disminuir el diferencial rural/urbano en todos los países. De la misma manera, se prefiere tener los hijos a menor edad e inmediatamente después que se consuma la unión, para luego controlar el número de hijos independientemente del periodo intergenésico [9, 33, 34].

Los medios de información sobre temas de sexualidad relativamente se centraron en este estudio en la lectura de textos por iniciativa propia de los hombres y las mujeres –proporcionados estos documentos por los equipos de salud. El orientador de la información entre las mujeres fue el médico, mientras que en los hombres intervinieron distintos profesionales. Esto coincide con lo encontrado por el Consejo Nacional de Población (Conapo) [35], el cual además señala que es común encontrar diferencias según la edad y el género. Ello saca a relucir que con el aumento en edad de las personas, la familia deja de ser la importante interlocutora en aspectos de sexualidad e incrementa la influencia de los médicos y libros –probablemente debido al menor nivel educativo o bagaje de conocimientos sobre el tema que generalmente reflejan los miembros de su familia [19]. La situación reportada en este artículo es contraria a la tradicional creencia de que la regulación de la conducta sexual es responsabilidad de la familia o de otros parientes cercanos [20, 22].

La sexualidad, se presume, es vista como un tabú en los pobladores del área rural estudiada, pues solo la mitad de las mujeres y de los hombres dicen saber de ella. Se obtuvo el dato de que se habla poco de la sexualidad y, aún así, el 60,9 % de las mujeres expresan experiencia sexual y apuntalan el fin reproductivo y de placer entre las razones para mantener relaciones sexuales. Además, el tipo más frecuente de sexualidad que se menciona, como experiencia sexual, es el heterosexual coital, abandonando el sexo oral, anal o cualquier otra orientación sexual (información no tabulada).

Se discute poco sobre el orgasmo y, en consecuencia, la mayoría de las personas encuestadas experimentan problemas para alcanzarlo. Primero, porque el cuerpo, según las normas morales del campo venezolano, debe mostrarse virtuoso –aunque es valedero que las mujeres de origen rural ofrezcan su cuerpo para demostrar agradecimiento o gratificación. Segundo, porque las personas padecen de algún tipo de disfunción sexual; ello se aprecia en poblaciones urbanas en donde hasta 43 % de las mujeres y 31 % de los hombres tienen problemas en su sexualidad debidas a problemas emocionales (depresión e ira), relaciones sexuales traumáticas previas, salud física deficiente (trastornos orgánicos como diabetes y enfermedad cardiovascular), vida sin calidad, efectos secundarios de algunos medicamentos y, por supuesto, el tabaquismo [36-38].

Se concluye que la población estudiada era joven y soltera; que las mujeres casadas viven con sus esposos; que el nivel de escolaridad es similar en hombres y mujeres; que los hombres son los activos económicamente y que reciben sueldo básico por su actividad (esto se traduce en familias de bajo nivel socio-económico y educativo); que la muestra estudiada conoce los anticonceptivos pero no los usa con frecuencia; que, entre las mujeres que usan anticonceptivos, la mayoría prefiere los orales y los hombres el condón; que los hombres y las mujeres tienen relaciones sexuales por amor y con fines reproductivos; que mujeres y hombres desconocen aspectos básicos sobre la sexualidad y reproducción humana, sin embargo, los hombres por iniciativa propia (a través de libros) buscan información; que la mayoría sabe de las ITS o VIH/SIDA y del beneficio del empleo de anticoncepción en cuanto a planificación familiar.

Se recomienda a las instituciones gubernamentales adaptar los programas de salud sexual y reproductiva a cada población en su contexto, en las áreas de salud y educación. Para ello debe emplearse la información que se deriva de las distintas investigaciones que se hacen al respecto y que, de manera desinteresada, se ofrecen al Estado como principal garante de la salud de su pueblo (particularmente porque no es común la práctica evaluativa, y porque no se considera la diversidad cultural –población urbana y rural- y étnica).

## BIBLIOGRAFÍA

- [1] Organización de las Naciones Unidas. (2004). *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Nota del Secretario General (A/59/422). Nueva York.
- [2] Figueroa-Perea, J. G. (1998). Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cad Saúde Públ.* 14(Supl. 1): pp. 87-96.
- [3] Monsalve, F., Estévez, J., Costa, L., Salas, M., Hernández, M., Olaya, J., Rodríguez, E. and Callejas, M. (2001). Seroepidemiology of Herpes simplex virus type 2 in the Amerindian Yukpa population of Zulia state, Venezuela. *Rev Med Chil* 129(3): pp. 247-52.
- [4] Muñoz, M. (2001). Self-aware sex education: a theoretical and practical approach in Venezuela. *Reprod Health Matters* 9(17): pp. 146-52.
- [5] Martín, A. (2004). La anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe. *Pan Am J Public Health* 16(6): pp. 424-31.
- [6] Núñez, J. T., Delgado, M., Girón, H. and Pino, G. (2004). Prostitution and other cofactors in preinvasive and invasive lesions of the cervix. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 44(3): pp. 239-43.



- [7] Bautista, C. T., Sánchez, J. L., Montano, S. M., Laguna-Torres, A., Suarez, L., Sánchez, J., Campos, P., Gallardo, C., Mosquera, C., Villafane, M., Aguayo, N., Ávila, M., Weissenbacher, M., Ramírez, E., Child, R., Serra, M., Aponte, C., Mejías, A., Velázquez, N., Gianella, A., Pérez, J., Olson, J. G. and Carr, J. K. (2006). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sex Transm Infect* 82: pp. 311-16.
- [8] Mosquera, C. (2007). Lectura crítica de los talleres de salud sexual y reproductiva y de fortalecimiento cultural desarrollados con mujeres negras des- terradas por el conflicto armado en Colombia. *Rev Estudios Sociales* 27: pp. 122-37.
- [9] Flórez, C. E. and Núñez, J. (2002). *Teenage Childbearing in Latin American Countries*. Documento CEDE 1. Centro de Estudios sobre el Desarrollo Eco- nómico. Bogotá, Colombia.
- [10] Jaffe, K., Urribarri, D., Chacon, G. C., Diaz, G., Torres, A. and Herzog, G. (1993). Sex-linked strategies of human reproductive behavior. *Soc Biol* 40(1- 2): pp. 61-73.
- [11] World Health Organization (WHO). (2006). *Reproductive Health Indicators: Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global moni- toring*. World Health Organization. Ginebra, Suiza.
- [12] Gutiérrez, J. P., Fernald, L., Gertler, P. y Bertozzi, S. (2003). *Evaluación del impacto del programa de desarrollo humano oportunidades en el comporta- miento de riesgo en adolescentes*. Instituto de Salud Pública. Recuperado de <http://ciss.insp.mx/ciss/ContenidoArt.php?id=1>.
- [13] Basaglia, F. (1984). La mujer y la locura. En *Antipsiquiatría y Política*. 2.a edición. Ed. Extemporáneos. México.
- [14] Dides, C., Benavente, M. C. y Morán, J. M. (2009). *Estado de la Vinculación entre Salud Sexual y Reproductiva*. Programa Género y Equidad FLACSO- Chile, Organización Panamericana de la Salud OPS, Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA. Santiago, Chile.
- [15] Barzelatto, J. and Hempel, M. (1990). *Reproductive Health: A Strategy for the 1990's*. Ford Foundation. New York.
- [16] Romero, C. y García, S. (2003). Saturaciones identitarias: de excesos, ma- terialidades, significaciones y sus (in) visibilidades. *Revista Clepsydra de la Universidad de Laguna* 2: pp. 76-99.
- [17] González-O, N. and Rodríguez-Acosta, A. (2000). Epidemiology of sexually transmitted diseases in the mine area of Las Claritas, Bolívar State, Vene- zuela. *Invest Clin* 41(2): pp. 81-91.
- [18] Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2004). *Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva*. Impresiones La Galaxia. Venezuela.
- [19] Gayet, C., Rosas, C., Magis, C. and Uribe, P. (2002). Con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre el SIDA. *Salud Pública Mex* 44: pp. 122-128
- [20] Juárez, F. y Gayet, C. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseños de políticas. *Papeles de Población* 45: pp. 177-219.
- [21] Mexfam. (1999). *Encuesta para el programa gente joven 1999*. Informe de resultados. Fundación Mexicana para la planeación familiar, AC. México.
- [22] Flórez, C. E. y Soto, V. E. (2008). *El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: una visión global*. Inter-American Develop- ment Bank. Felipe Herrera Library.
- [23] Lagarde, M. (1994). La regulación social del género: el género como filtro de poder. En: *Enciclopedia de la Sexualidad*. CNP (Consejo Nacional de Población). México.
- [24] Azocar, J., Abad, S. M., Acosta, H., Hernández, R., Gallegos, M., Pifano, E., Blanch, R. and Kramar, A. (1990). Prevalence of cervical dysplasia and HPV infection according to sexual behavior. *Int J Cancer* 45(4): pp. 622-5.
- [25] Azzam-W, M., Cermeño-Vivas, J. R., Orellán-García, Y. and Penna, S. J. (2002). Vulvovaginitis caused by *Candida* spp. and *Trichomonas vaginalis* in sexually active wome. *Invest Clin* 43(1): pp. 3-13.
- [26] Caballero, H. R. y Villaseñor, S. A. (2003). Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública Mex* 45 (supl1): pp. S108-S14.
- [27] Muñoz, B., Pacheco, M. E., Aponte, C., Michini, A., Taibo, M. E., Pinto, B., Montano, S.M., Chauca, G., Negrete, M., Russell, K. L. and Sánchez, J. L. (2006). Assessment of human immunodeficiency virus type 1 and risk prac- tices among female commercial sex workers in Isla Margarita, Venezuela. *Mil Med* 171(1): pp. 1-6.
- [28] Arráiz, R. N., Ginestre, P. M., Perozo, M. A., Castellano, G. M., Urdaneta, B. y García, G. M. M. (2007). Diagnóstico molecular y prevalencia de in- fecciones por *Chlamydia trachomatis* en pacientes sintomáticas y asinto- máticas de una población del estado de Zulia, Venezuela. *Rev Chil Infect* 24(1): pp. 48-52.
- [29] Monsalve-Castillo, F., Chacín-Bonilla, L., Atencio, R. J., Porto, L. D., Costa- León, L. A., Estévez, J. E. y Callejas-Valero, D. E. (2009). Baja prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C en una población de reclusos, Maracaibo, Venezuela. *Biomédica* 29: pp. 647-52.
- [30] Villaseñor, S. A., Caballero, H. A., Hidalgo, S. M. y Santos, P. J. I. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Pública Mex* 45(Supl 1): pp. S73-S80.
- [31] Gutmann, M. (2000). *Ser hombre de verdad en la Ciudad de México. Ni ma- cho ni mandilón*. El Colegio de México. México, D.F.
- [32] Stern, C., Fuentes-Zurita, C., Lozano-Treviño, L. R. y Reysoo, F. (2003). Mas- culinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescen- tes de la Ciudad de México. *Salud Pública Mex* 45(suppl 1): pp. S34-S43.
- [33] Langer, A. y Nigenda, G. (2000). *Salud Sexual y Reproductiva y Reforma del Sector Salud en ALC: Desafíos y Oportunidades*. Population Council y Banco Interamericano de Desarrollo. Nueva York y Washington DC, Estados Unidos. Recuperado en <http://www.popcouncil.org/pdfs/Langer.pdf>.

- [34] Chackiel, J. (2004). *La dinámica demográfica en América Latina*. Serie Población y Desarrollo 54. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Santiago, Chile.
- [35] Consejo Nacional de Población (Conapo). (2000). *Situación actual de las y los jóvenes en México*. Consejo Nacional de Población, noviembre. México.
- [36] Heiman, J. (2002). Dysfunction: overview of prevalence, etiological factors and treatments. *J Sex Research* 1(39): pp. 73-8.
- [37] Morillo, L. E., Díaz, J., Estévez, E., Costa, A., Méndez, H., Dávila, H., Medero, N., Rodríguez, N., Chaves, M., Vinuesa, R., Ortiz, J. A. and Glasser, D. B., (2002). Prevalence of erectile dysfunction in Colombia, Ecuador and Venezuela: a population-based study (DENSA). *Int J Impot Res* 14(supl 2): pp. S10-S8.
- [38] Sánchez, B. C., Carreño, M. J., Martínez, R. S. y Gómez, L. M. E. (2005). Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la ciudad de México. *Salud Mental* 28(4): pp. 74-80.