

Comportamiento sexual y erotismo en estudiantes universitarios, Cali, Colombia*

LILIANA ARIAS, MD¹, MARTHA LUCÍA VÁSQUEZ, PhD², ELIANA PATRICIA DUEÑAS, MD³,
LINA MARÍA GARCÍA, OD⁴, ELSA LUCÍA TEJADA, MD⁵

RESUMEN

Objetivo: Identificar los principales componentes de pensamiento y prácticas eróticas de los estudiantes de la Universidad del Valle, Campus San Fernando.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, durante los años 2008 y 2009 con 1,120 estudiantes de dos facultades de una universidad pública en el Valle del Cauca, Colombia, para evaluar sus necesidades en salud sexual y reproductiva.

Resultados: Se diseñó un sistema informático para el estudio. Fueron 695 (62%) mujeres con una edad media de 20 años, con alta proporción de niveles socioeconómicos bajos. La edad media de inicio de relaciones sexuales fue 16 años sin diferencias por nivel educativo; 50% tuvo su primer coito antes de la adolescencia final y 42% ha tenido entre dos y cinco parejas sexuales. Las mujeres disfrutaron menos las relaciones sexuales ($p=0.022$) con mayor proporción de relaciones extra-pareja en los hombres ($p<0.001$).

Conclusiones: Los hombres adoptan con mayor frecuencia comportamientos de riesgo en las prácticas eróticas tales como mayor número de parejas sexuales, mayor frecuencia de infidelidad, reportaron mayor placer durante las relaciones sexo-eróticas.

Palabras clave: Erotismo; Sexualidad; Adolescente; Adulto joven; Estudiantes universitarios.

Colomb Med. 2011; 42: 309-18

Sexual behavior and erotism in university students, Cali, Colombia

SUMMARY

Aim: To identify the main components related to the thoughts and erotic practices of students at Universidad del Valle, San Fernando Campus.

Method: A descriptive study was conducted during 2008-2009 to evaluate the students' necessities on sexual and reproductive health (SRH) in two faculties in a public university in Valle del Cauca, Colombia. A total of 1120 students were evaluated.

Results: An information technology system was designed for this study. Six hundred and ninety five (62%) of the subjects were women with an average age of 20 years, mostly coming from underprivileged economic backgrounds. The average age for the beginning of sexual intercourse was 16 without differences by educational level. Fifty percent had their first intercourse

* Investigación desarrollada por el Grupo de Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad del Valle (Categoría A de Colciencias) del Centro Colaborador en Reproducción Humana OMS y financiada por la Universidad del Valle.

1. Profesora Titular, Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
e-mail: lilac@larcas.com
2. Profesora Titular, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
e-mail: maluvasq@gmail.com
3. Profesora Auxiliar, Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. e-mail: picsal01@yahoo.com
4. Profesora Asistente, Escuela de Odontología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
e-mail: linmarga@yahoo.com
5. Médica, Servicio Médico Universitario, Bienestar Universitario, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
e-mail: elsalucia31@hotmail.com

Recibido para publicación septiembre 16, 2010 Aceptado para publicación noviembre 23, 2010

before their final adolescence, 42.3% have had 2 to 5 sexual partners. Women enjoy sex with less frequency than men ($p=0.022$). Men have higher frequency of sexual intercourse outside of the couple than women ($p=0.001$).

Conclusions: Men adopted risk behaviors in erotic practices such as more sexual couples, high frequency of unfaithfulness. Men report more pleasure in their erotic practices.

Keywords: *Erotism; Sexuality; Adolescence; Young adult; University students.*

Colomb Med. 2011; 42: 309-18

La adolescencia es una etapa del ciclo vital de desarrollo humano que se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica y psicosocial del individuo integral. Su inicio lo marca la capacidad biológica de reproducirse y su final, la capacidad social de reproducirse. La OMS define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerando tres fases: la adolescencia inicial 10 a 13 años, la adolescencia media de 14-16 años y la final de 17 a 19 años¹. La juventud abarca el período comprendido entre los 21 y 24 años y coincide con la consolidación de los procesos de interacción social, definición de la identidad y la toma de responsabilidad¹. La sexualidad y el enfoque en salud sexual tienen particularidades que varían según las etapas del ciclo vital individual. En este estudio se abordan los riesgos en salud sexual y reproductiva de una población particular de adolescentes y jóvenes.

La definición de sexualidad incluye el erotismo, tema poco estudiado y, en algunos casos, ignorado. El erotismo lo define la Real Academia de la Lengua como el amor sensual, aquel que deleita los sentidos y los satisface, capacidad para sentir deseo, excitación, orgasmo y placer. Abarca las caricias, las fantasías y la imaginación que evocan internamente aquellos recuerdos o imágenes que desencadenan la excitación sexual.

La definición de sexualidad evidencia la necesidad de evaluar la sexualidad del adolescente y del joven y su comportamiento en el contexto de un desarrollo integral. Estudios previos en Colombia²⁻⁴ y en otros países⁵⁻⁷, han demostrado debilidades en los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes y jóvenes, incluso en estudiantes universitarios, con la consecuente necesidad de fortalecer la promo-

ción en salud sexual y reproductiva. En estas investigaciones se abordan elementos biológicos de riesgo (edad de primera relación sexual, prevalencia de infecciones de transmisión sexual, uso de métodos de planificación); no obstante el erotismo y las prácticas alrededor del mismo son escasamente planteadas. El objetivo del presente estudio fue identificar los principales componentes de pensamiento y prácticas eróticas de los estudiantes de la Universidad del Valle (UV), Campus San Fernando.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo en la población estudiantil de los programas de pregrado en la Universidad del Valle, Campus San Fernando, durante el segundo semestre de 2008. El universo de estudio era de 5,033 estudiantes (2,937 de la Facultad de Administración y 2,096 de la Facultad de Salud). Los criterios de inclusión fueron: 1. Estar matriculado en la Universidad del Valle. 2. Ser estudiante regular de pregrado. 3. Pertenecer a las Facultades de Salud o Ciencias de la Administración. Este estudio valoró el erotismo en los componentes de ideación y práctica, explorando temáticas como fantasías, masturbación, orientación sexual -homo, bi y heterosexual- en los adolescentes y jóvenes universitarios.

El tamaño de la muestra se calculó con una prevalencia del 50%. Esta prevalencia se tomó como base para cada uno de los comportamientos estudiados. Se tuvo en cuenta un margen de error del 3% y un grado de confianza del 95%, error aceptable del 45%. El tamaño de muestra calculado fue 357 estudiantes.

La investigación se realizó entre los meses de octubre y diciembre de 2008, aplicando la encuesta sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR) a los estudiantes de pregrado de la Universidad del Valle, Campus San Fernando. El tipo de muestreo fue voluntario por conveniencia. Se completaron 1,206 entrevistas, de las cuales, después de realizar la limpieza de la base de datos, se obtuvo una muestra de 1,120 registros correspondiente a 1,120 estudiantes. Se consideró un nivel de significancia estadística con un valor $p<0.05$. Para la muestra obtenida se calculó que podría obtenerse un IC de 99%.

La variable dependiente fue la sexualidad, definida por la OMS como la dimensión del ser humano que incluye

sexo, género, identidad sexual y de género, la orientación sexual, el erotismo, el amor/apelo emocional y la reproducción⁸. El erotismo se valoró por sensaciones sexuales, experiencias como la masturbación, fantasías sexuales, atracción por cierto tipo de prácticas sexuales (relación con personas mayores o menores, mirar a otros teniendo sexo, coito con animales). Las variables independientes fueron las variables sociodemográficas.

Por ser un estudio descriptivo se realizó análisis univariado para observar la distribución de las variables, con medidas de tendencia central para observar la distribución de las variables tanto dependientes como independientes. El análisis bivariado se realizó para observar las posibles asociaciones entre las variables dependientes e independientes, especialmente en cuanto a sexo, nivel educativo y comportamientos sexuales de riesgo. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete EpiInfo versión 6.

La herramienta de captura fue elaborada a partir de la «Encuesta integral de sexualidad para jóvenes»⁹. La encuesta consta de 145 preguntas cerradas y 39 preguntas abiertas abordando la siguiente temática: características sociodemográficas, erotismo en la sexualidad, infecciones de transmisión sexual, embarazo, anticoncepción y aborto, servicios de salud sexual y reproductiva, violencia y coerción sexual. El instrumento se elaboró para ser autoadministrado y fue diseñado para ser diligenciado a través del computador, para lo cual se instaló la encuesta en EpiInfo, generándose automáticamente la base de datos. El estar en frente de un computador le permitía al estudiante ser más sincero con sus respuestas, además de que constituía un medio familiar para los jóvenes. Para la aplicación de la encuesta se obtuvo aprobación por el Comité Institucional de Ética Humana de la Facultad de Salud, Universidad del Valle, y se realizó inducción a los estudiantes por el equipo de salud, se solicitó y obtuvo firma de consentimiento informado de ellos. Se consideró una $p < 0.05$ como significativo.

RESULTADOS

Se estudiaron 1,120 estudiantes la mayoría mujeres con una edad media de 20 años (rango 15 a 45 años); 75% de la población fue menor de 22 años y 39.2% se encontraba en la etapa de adolescencia final. Los estudiantes en su gran mayoría eran de nivel socioeconómico

bajo y medio (23.9% estrato 2, 42.9 % estrato 3), 9% pertenecía a estrato 1, 12.6% a estrato 4, 9.4% a estrato 5 y 1.8% a estrato 6 (rango 1-6, clasificación DANE). No se observaron diferencias en cuanto a la sexualidad y el erotismo relacionadas con el género, estrato y edad.

La mayoría de los estudiantes eran católicos (68.9%) (hombres 60% y mujeres 74%); 15.2% reportó no tener religión y 15.8 pertenecen a otra religión. El 89.3% vivían en área urbana de Cali y 93.1% eran solteros (hombres 95% y mujeres 93%). El 58.7% de estudiantes pertenecían a la Facultad de Salud y 41.3% a la Facultad de Administración observando balance entre las dos Facultades teniendo en cuenta la estructura del universo del estudio.

Al analizar el programa académico se observó que el programa académico con mayor participación fue Medicina y Cirugía (18.4%) seguido de Atención Prehospitalaria 16.1%, Comercio Exterior 12.7%, Administración de empresa jornada diurna 11.6%, Administración de Empresa jornada nocturna 7.7%, Fisioterapia 6.3%, Odontología 5.9%, Enfermería 4.6%, Contaduría Pública diurna 4.5%, Contaduría Pública nocturna 4.4%, Terapia Ocupacional 3.5%, Bacteriología 2.6%, Fonoaudiología 0.9%, lo cual guarda relación con el número de estudiantes matriculados por cada programa académico.

Los estudiantes de quinto semestre constituyeron el grupo con la mayor proporción de entrevistas (19.6%) seguidos de los de primer semestre (18.8%), tercer semestre (15.7%) séptimo semestre (10.8%), cuarto (8.9%), noveno (7.3 %), sexto (7.2%), segundo (5.5%), octavo (3.9%), décimo (1.6%), onceavo (0.5 %) y doce semestre (0.3 %).

El nivel de escolaridad que alcanzó el padre fue de educación secundaria (28.8%) y universitario (27.7%) la madre secundaria (37.3%) y universitaria (21.2%). La tipología familiar develó familias nucleares en su mayoría (44.1%) seguidas de familias extensas (19.2%), familias monoparentales (18.9%), convivencia con personas que no son familiares (6.4%), familias reconstruidas (4.5%), familias en formación (3.2%) y viven solos 2.8%.

Al analizar el erotismo en la sexualidad en los estudiantes universitarios encuestados 64.7% se ha masturbado, siendo más frecuente en los hombres (94.5% vs. 47% en mujeres) ($p < 0.001$) la edad media de inicio fue 14 años (rango 4-23 años) siendo más precoz en los

hombres (61% antes de los 13 años vs. 27% en las mujeres); 63.9% descubrió la masturbación por sí mismo, 36.7% por los amigos, 34.3% por películas, 21.8% por lecturas, 10.1% por Internet, 9.1% por familiares. Al analizar el disfrute con la masturbación los hombres tienen mayor satisfacción que las mujeres (95% vs. 85%) ($p<0.001$); la consideraron como algo natural (84.1%) con sentimientos de placer (81.1%), culpa (5.7%), indiferencia y vergüenza (3.2%). La culpa, indiferencia y vergüenza fue más frecuente en las mujeres (21% vs. 11%) ($p=0.001$).

El 72.8% de los estudiantes experimentó fantasías sexuales durante la masturbación, 46% de ellos regularmente, 29.8% raramente y 19.7% frecuentemente. En relación con el tipo de fantasías, 69.8% refirió haber tenido como fantasía recibir sexo oral, 59% tuvo como fantasía tener sexo con otras personas, 58% estimular a otro con sexo oral, 53.4% tener relaciones sexuales con alguien mayor, 39% exponerse provocativamente, 36% tener coito con un extraño, 29.3% tener relaciones sexuales con alguien mucho más joven, 28.3% participar en una orgía, 27.7% mirar a otros haciendo sexo, 24.2% ser promiscuo, 23.6% estimularse con objetos, 23.4% intercambiar parejas, 15.5% tener una relación sexual con un familiar, 13.8% tener actividad homosexual, 6.1% usar ropas del otro sexo, 4.2% ser violado, 3.6% violar a alguien, 1% estimularse con animales, 0.7% hacer sexo con un animal. Para la mayoría (62.8%) la frecuencia de la masturbación fue de una vez al mes, 33.8% refirieron varias masturbaciones en el día; 42.5% siempre experimentó orgasmos durante la masturbación (52.1% de los hombres y 33% de las mujeres); 10.8% nunca experimentó orgasmos durante la masturbación (5.2% de los hombres y 18.3% de las mujeres); 55.7% ha llevado a la realidad alguna de sus fantasías.

El 92.4% ha leído libros, ha visto películas, Internet o imágenes eróticas; de los 1,034 estudiantes que refirieron haber leído libros o visto imágenes eróticas, 63.2% refirió haber experimentado excitación, 69.3% agrado, 15% desagrado y 27.6% indiferencia; 9% de los encuestados ha utilizado objetos (como vibradores, vaginas artificiales, etc.) para buscar satisfacción, 30.1% reseñó haber asistido o participado en espectáculos de striptease. De estos estudiantes 45.1% puntualizó haber experimentado excitación, 71.3% agrado, 11.8% desagrado, y 26.4% indiferencia.

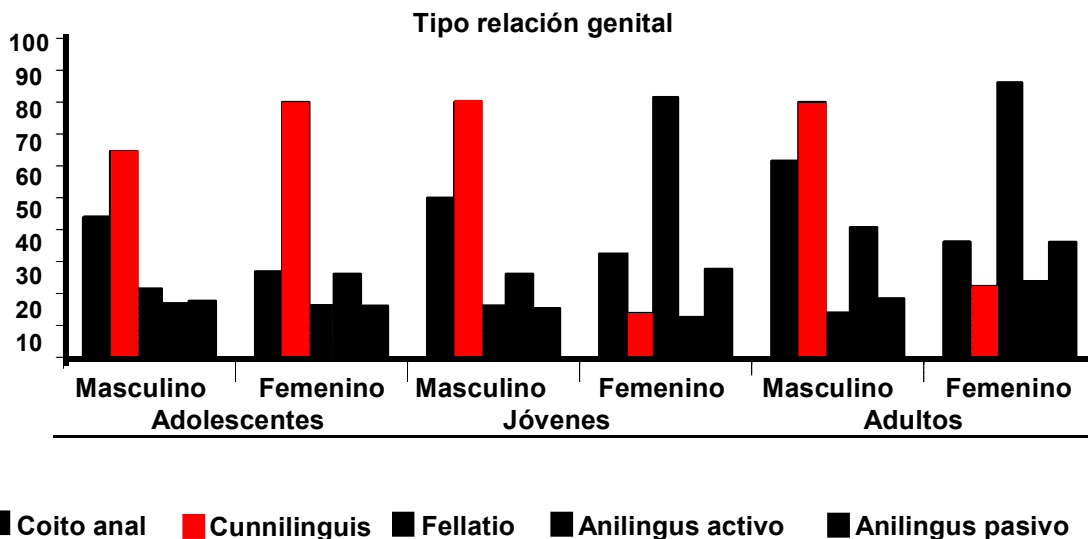
Un alto porcentaje (42.3%) registró haber experi-

mentado sensaciones sexuales durante la infancia, un alto porcentaje manifestó haber tenido dichas experiencias entre los 5 a 8 años (38.2%) lo cual se correlaciona con la edad de creación de los mapas de amor (5-8 años). Los mapas de amor son representaciones del desarrollo o un formato sincrónico en la mente y en el cerebro mostrando al amante idealizado, al romance idealizado y a la actividad sexo-erótica idealizada que se proyecta en la imaginación o en la cual se compromete la persona ya adulta, con el amante actual o presente. Este nuevo término se definió en 1983 por John Money en su libro «The Love Maps» constituye una entidad conceptual que comprende la ideación, imaginación y práctica del comportamiento sexual¹⁰. Evolutivamente en especies inferiores, el mapa de amor se manifiesta como el ritual de cortejo preliminar, el cual comprende desde el mostrarse para invitar a la acción, los gestos y los sonidos, seguidos por uno o múltiples actos de copulación. El código del mapa de amor en estas especies está diferenciado como masculino o femenino en el núcleo y en las vías del cerebro sexual, bajo la dirección de las hormonas sexuales durante la mayor parte en la vida prenatal o perinatal¹¹.

El 66.7% refirió haber experimentado sensaciones sexuales antes de los 11 años; 64.3% refirió haber experimentado esas sensaciones con un amigo, 19.4% con un novio, 3.2% con trabajadoras sexuales, 37.6% con un familiar, 21.5% con otra persona.

Los estudiantes que manifestaron haber tenido coito alguna vez en su vida (76.5%) tuvieron para el primer coito una edad media de 16 años (rango 7-30 años); los hombres tuvieron una edad media para el inicio del coito de 15 años y las mujeres una edad media de 17 años. El 50.1% refirió su primer coito antes de los 16 años (antes de la adolescencia final), 36.7% refirió su primer coito con un amigo, 84.8% con el novio, 5.5% con trabajadoras sexuales, 8% con familiar, 7.9% con el cónyuge. Los hombres iniciaron el coito más temprano que las mujeres: a los 16 años 64% de los hombres ya había tenido coito vs. 40.6% de las mujeres ($p<0.001$).

El 91.2% refirió que la penetración vaginal (coito) le producía más placer, 24% refirió que la masturbación, 21.2% la penetración anal y 81.4% el sexo oral. En cuanto a la penetración anal, lo disfrutaban más los hombres que las mujeres (38.6% vs. 9%; $p<0.001$). En relación a cuál género disfrutaba más el sexo oral, no se observaron diferencias significativas (hombres 82.6%



Gráfica 1. Tipo de relación genital discriminado por género y por ciclo vital

vs. mujeres 80.5%, $p=0.54$).

En cuanto al número de relaciones sexuales por mes la mayoría (54.8%) tenían entre 1 y 7 relaciones por mes, 8. % refirió tener menos de una relación al mes y 2.9% refirió tener muchísimas relaciones al mes (entre 22-70). No se encontraron diferencias significativas entre el número de relaciones sexuales y el sexo ($p=0.31$).

El 48.4% siempre encuentra placenteras sus relaciones sexuales, 4.2% refirió que nunca tenía orgasmos en sus relaciones, 32.2% refirió que siempre. En este punto se encontró que las mujeres disfrutaban con menor frecuencia sus relaciones que los hombres ($p=0.022$). De igual manera, las mujeres tienen menor frecuencia de orgasmo en comparación con los hombres ($p=0.005$). No se observaron diferencias significativas por edad en cuanto a la frecuencia de orgasmos durante la relación.

El 46.9% ha fingido un orgasmo alguna vez, 49.6% nunca lo ha fingido. Las mujeres fingen los orgasmos con más frecuencia que los hombres (56.3 vs. 33%; $p=0.005$).

Para 89.6% son importantes los sonidos y las palabras durante la relación sexual (hombres 92.5% vs. 87.5% para mujeres, sin diferencia significativa $p=0.27$).

El 42.3% ha tenido 2 a 5 parejas sexuales. En cuanto al tipo de relaciones 39% ha realizado coito anal, 39.1% ha practicado cunnilingus, 55.4% fellatio, 16.9% anilingus activo y 21.6% el anilingus pasivo. El tipo de relación genital discriminado por género y por ciclo vital se muestra en la Gráfica 1.

El 35.5% le ha sido infiel a su pareja; los estudiantes de 25 años o más tienen mayor frecuencia de experiencias extrapareja que aquellos entre 15 y 24 años (53.5% vs. 33.4%, $p=0.005$). De igual forma los hombres tienen mayor frecuencia de experiencias extrapareja que las mujeres (60.5% vs. 24%, $p<0.001$).

El 22.8% ha tenido deseos sexuales con personas de su mismo sexo; 12.3% ha tenido contacto físico sexual con personas de su mismo sexo, de ellos 20.7% tuvieron dicho contacto antes de los 10 años. Los hombres tuvieron mayor frecuencia de contactos homosexuales (15.1%) en comparación con las mujeres (11.1%) ($p=0.005$).

El 6.6% se han sentido enamorados de personas de su mismo sexo, de ellos 40% lo hizo en la adolescencia final, 32.3% en la adolescencia media y 19.7% en la adolescencia final o antes. Los hombres se enamoraron con mayor frecuencia de personas del mismo sexo (10.6%) en relación a las mujeres (5.1%) ($p=0.0011$). De las personas que han tenido contacto sexual con el mismo sexo, sólo 39% han estado enamoradas de personas del mismo sexo. De las personas que han estado enamoradas del mismo sexo, 29% no ha tenido contacto sexual con personas del mismo sexo.

Sólo 2.5% refirió percibirse como bisexual, 1.4% se percibió definitivamente como homosexual y 3.6% de los estudiantes afirmó preferir el contacto sexual con personas del mismo sexo. Los hombres tienden a preferir un poco más los contactos homosexuales y bisexua-

les que las mujeres (9.4% vs. 1.7% respectivamente, $p=0.005$).

En cuanto a cómo se sienten en relación con su género, los estudiantes refirieron 34.6% como muy masculino, 56.8% como muy femenina, 1.3% indefinido, 4.4% no sabe; estos dos últimos podrían corresponder a personas transgénero.

En cuanto al uso de películas, láminas, Internet, que representen actividades sexuales explícitas 33% refirieron utilizarlas (370 estudiantes), 64.9% refirieron no utilizarlas, 2.1% no respondió la pregunta. Los hombres usaron con mayor frecuencia imágenes sexuales (57.3%) en relación con las mujeres (23.5%) ($p<0.001$). Aquellas personas que refirieron utilizarlas mencionaron que las aplicaban 88.4% por diversión, 5.1% necesarias para excitarse y 2.7% como única satisfacción sexual. En relación a si sentían una especial atracción por algunas conductas específicas 11.8% expresó tener un deseo pasajero por exhibirse en público, 2.1% deseo pasajero por masturbarse en público, 4.6% por buscar niños para actividades sexuales, 32.4% por actividades sexuales con personas mucho mayores (10% de este grupo lo refirió como un deseo pasajero), 7.2% deseo pasajero por frotar sus genitales en aglomeración, 5% por ser golpeado o humillado durante la actividad sexual (2.6% de este grupo lo refirió como un deseo pasajero), 30.3% hacer o recibir llamadas telefónicas obscenas muy provocativas sexualmente (17.9% de este grupo lo refirió como un deseo pasajero), 27.7% mirar abierta o furtivamente a otros teniendo relaciones sexuales (11.9% de este grupo lo refirió como un deseo pasajero), 0.8% tener juegos sexuales o coito con animales. Los hombres se sienten más atraídos que las mujeres por tener actividad sexual con personas mayores (52.5% vs. 27.6% respectivamente, $p<0.001$).

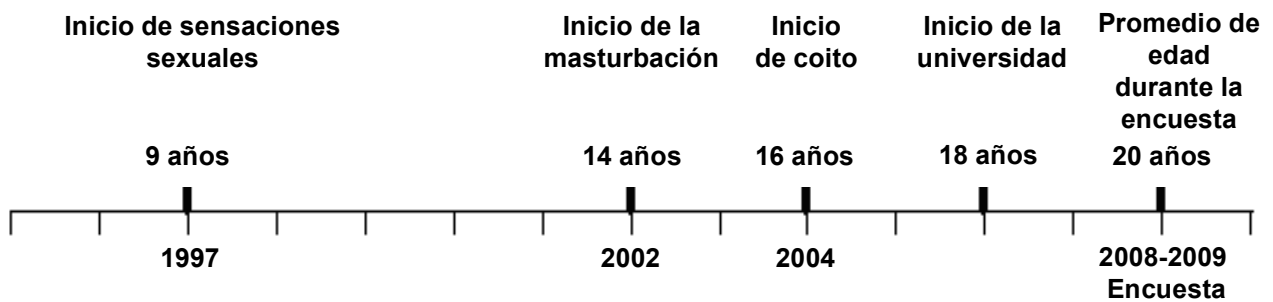
DISCUSIÓN

La salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes generalmente se valora con base en los riesgos de tipo biológico. Por ejemplo, el riesgo de embarazo, infecciones de transmisión sexual o el uso del condón. Es esencial realizar el abordaje integral como lo propone la OMS. De acuerdo con la definición de sexualidad de la OMS, la sexualidad se refiere a la dimensión del ser humano que incluye el sexo, el género, la identidad sexual y de género, la orientación sexual, el erotismo,

el amor/apego emocional y la reproducción. Esta es experimentada o expresada en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles, relaciones. La sexualidad es el resultado de la interrelación de los factores biológicos, psicológicos, socio-económicos, culturales, éticos y religiosos/espirituales⁸. Por tanto, su abordaje requiere un enfoque integral que trascienda la valoración de riesgos físicos y que incluya el impacto de su medio en sus pensamientos, actitudes y prácticas. Durante este proceso, el adolescente apropia y recrea las características y atributos de la historia social de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita, a la vez que este lo transforma.

Los cambios integrales del adolescente incluyen logros cognitivos los cuales les permiten desarrollar operaciones formales a través de procesos cada vez más complejos. El pensamiento abstracto y la habilidad para medir las consecuencias de determinadas acciones son un aspecto clave de este proceso una vez que influyen en el nivel de riesgo asociado con el comportamiento sexual en esta etapa de la vida. El desarrollo sexual, la orientación sexual y la consolidación de la identidad sexual constituyen procesos de experimentación y auto-descubrimiento, los cuales inician con las fantasías y la masturbación. Estos comportamientos individuales son seguidos por actividades no coitales que pueden incluir experimentación con el mismo sexo, masturbación mutua y sexo oral previo al inicio del coito⁵. La valoración integral de la sexualidad es una necesidad para la elaboración de planes efectivos de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva. El erotismo hace parte de la sexualidad humana y a partir de allí es clave identificar factores de riesgo que puedan intervenir a futuro

El estudio incluyó un número representativo de estudiantes universitarios en similar proporción a las dos facultades incluidas en el estudio y al género esto demuestra un adecuado método de muestreo. En la Gráfica 2 se muestra el desarrollo y la progresión de los diferentes eventos relevantes del continuum sexo-erótico de los estudiantes; el inicio de las sensaciones sexuales se presenta en promedio a los 9 años; estas sensaciones pueden variar desde una caricia, un beso o un abrazo de aquella persona por la que hay un gusto especial, hasta el mismo coito. La masturbación se inicia, en promedio, en la adolescencia media (14-15



Gráfica 2. Progresión de los eventos relacionados con la sexualidad en los estudiantes del Campus San Fernando, Universidad del Valle, Cali, Colombia

años) y dos años después inicia el coito. Es importante anotar cómo las instituciones que brindan educación en primaria y secundaria tienen un papel fundamental en la prevención de factores de riesgo, pues es durante la adolescencia inicial y media que se inicia un comportamiento sexual más activo.

Por la alta prevalencia de la masturbación encontrada en este estudio (64.7%), es importante que los clínicos conozcan y aborden esta temática como algo normal para los adolescentes, evitando generar sentimientos de culpa a pacientes de este grupo etéreo.

Al comparar la edad media de inicio del coito (16 años; 15 en hombres y 17 en mujeres) con estudios de otros países, encontramos pocas diferencias^{6,12}. En el estudio de Teva⁶ realizado en España se reportó una edad media de inicio de relaciones sexuales de 14.8 años en hombres y 15 años en mujeres, observando una leve diferencia para las mujeres (17 en este estudio) sin mayor diferencia en relación con los hombres. A pesar de que los participantes de este grupo constituyen un grupo privilegiado académicamente, su parte instintiva tiene un valor importante en la sexualidad. Estos resultados contrastan con otros estudios en los cuales se informan edades de inicio de relaciones sexuales más tardías en personas con un nivel educativo más alto o con un nivel de inteligencia mayor¹³. Por ejemplo, en la encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2005¹⁴, la edad mediana de la primera relación sexual para las mujeres de Cali de 20 a 24 años fue de 17.5 años, dato muy similar al obtenido en el presente estudio. Sin embargo, el dato reportado en la ENDS para mujeres entre 20 y 24 años con educación superior fue un inicio de relaciones sexuales a los 19 años; dos años más que el reportado en esta investigación. En Cali, en la Comuna 18, en población escolarizada de

bachillerato, no universitaria, se encontró inicio de las relaciones sexuales en los hombres a los 12.4 años y en las mujeres a los 14 años⁹. En otro estudio realizado en la ciudad de Santa Marta con estudiantes de Medicina¹⁵, se informó una edad de inicio de relaciones sexuales de 16 años, la cual coincide con el presente estudio.

En cuanto al tipo de relaciones sexuales, se observó como las mujeres jóvenes practicaban más el fellatio que las adolescentes. Esto podría corresponder al rechazo inicial que las adolescentes pueden tener en relación con este tipo de prácticas y al desarrollo de una sexualidad más libre e informada en las jóvenes.

Un hallazgo importante y de alerta es el número de parejas sexuales que los estudiantes reportaron: 42.3% manifestó haber tenido 2 a 5 parejas sexuales, teniendo en cuenta la edad media de 20 años y el inicio de relaciones sexuales en promedio a los 16 años; estos adolescentes han tenido por lo menos una pareja sexual al año. Este dato llama la atención sobre dos situaciones particulares: las relaciones extra pareja (35.5% en este estudio) y la monogamia seriada. Esta última es una interesante tendencia social que contribuye a los riesgos sexuales en esta población y consiste en tener relaciones de corta duración con una pareja, cambiando de pareja con frecuencia. Así, aunque los adolescentes pueden ser monógamos, lo cual puede ser interpretado como una relación de bajo riesgo, ellos (as) incrementan el número de parejas con el tiempo y tienen mayor riesgo en su sexualidad y más infecciones de transmisión sexual⁷. Los hombres tienen mayor número de parejas sexuales que las mujeres (8.3 vs. 5.4 respectivamente, $p=0.005$). En la situación encontrada del porcentaje de estudiantes con número de coitos mensuales con frecuencias hasta de 70 por mes, no obstante el

porcentaje es de 2.9% (aparentemente bajo) es una cifra que debe llamar la atención, por la realidad social y el mercadeo sexual que se realiza con adolescentes y jóvenes colegiales y universitarios en el llamado «mercado de las personas prepagado» que se realiza con hombres y mujeres^{16,17}.

El 2.5% refirió percibirse como bisexual, 1.4% se percibió como homosexual. Este porcentaje es similar a otro estudio que reporta que entre 2% y 4.5% de estudiantes de educación superior se identifican como gays, lesbianas o bisexuales¹⁸. Esta información contrasta con el hecho que 14.7% de los hombres y 10.8% de las mujeres reportaron haber tenido contacto físico sexual con personas de su mismo sexo. Esta diferencia puede explicarse por el hecho de que en la adolescencia, en búsqueda de la definición de su orientación sexual, las personas pueden tener este tipo de relaciones sin que necesariamente se consideren homo o bisexuales; en la actualidad la presión mediática y social propicia estas actividades. Sin embargo, 20.7% reportó que estas relaciones se presentaron antes de los 10 años, lo cual sugiere que este porcentaje puede corresponder a abuso sexual. Money¹⁹ en su explicación sobre el desplazamiento de las parafilias que tienen su génesis en la infancia señala al exhibicionismo y al voyeurismo como ejemplos; estas prácticas son frecuentes en el abuso sexual infantil, por lo cual se considera otro factor de riesgo a intervenir preventivamente, para el alcance de la sexualidad placentera y saludable. Al evaluar la consistencia de otras preguntas, se encuentra coherencia al encontrar que 2-5% se percibió como bisexual y 2.3% refiere preferir el contacto sexual con personas de su mismo sexo y del sexo opuesto; sin embargo, al evaluar otro aspecto, 1.4% se percibió como homosexual, cuando 3.6% refirieron preferir el contacto sexual con personas del mismo sexo que con las del sexo opuesto. Este último contraste puede estar relacionado con la consolidación de la orientación sexual durante la adolescencia final, las dudas que se pueden originar al respecto, la presión social y la definición que tengan estos estudiantes sobre la homosexualidad. Al respecto, es indispensable generar puntos de encuentro en la universidad para orientar a los adolescentes y jóvenes con orientación homo, bisexual o transgénero y evitar la discriminación, disminuyendo los riesgos psicosociales a los cuales se enfrentan tales como depresión, ideación e intentos suicidas, rechazo

familiar, victimización y crímenes de odio, abuso de sustancias y trastornos de alimentación²⁰.

Según la National Survey of Family Growth en Estados Unidos, 4.5% de los adolescentes y 10.6% de las adolescentes entre 15 y 19 años reportaron haber tenido experiencias sexuales con personas de su mismo sexo. Es llamativo como en este estudio se informó un porcentaje mayor para este tipo de experiencias en los hombres (15.1%) y un porcentaje similar para mujeres (11.1%)²¹. Esto puede relacionarse con factores culturales y sociales.

En relación con el sexo, se encontró que los hombres tenían mayores comportamientos de riesgo en comparación con las mujeres: edad de inicio más temprana, mayor número de parejas, mayor frecuencia de relaciones extra pareja. Estas particularidades para hombres y mujeres deben orientar a los profesionales de salud en relación con la elaboración de programas en salud sexual diferenciales en cuanto al sexo. En cuanto al placer y disfrute sexual los hombres describieron mayor disfrute sexual con mayor porcentaje en los orgasmos por masturbación o coito; las mujeres fingían más los orgasmos; estos hallazgos reflejan los mitos y tabúes existentes aún en adolescentes y jóvenes, no obstante su nivel universitario, correlacionados estrechamente con las presiones y el influjo de la sociedad patriarcal, la tradición y el oscurantismo alrededor de la sexualidad.

Las Guías Preventivas para Adolescentes (GAPS) de la American Medical Association recomiendan realizar consejería anual para los adolescentes sobre comportamiento sexual responsable²². Los profesionales de atención primaria deben optimizar la consulta como una oportunidad para educar a los pacientes adolescentes y jóvenes acerca de su sexualidad, teniendo en cuenta estas características y riesgos distintivos en relación con el sexo. Para algunos profesionales de la salud el hecho que el adolescente y/o el joven esté cursando una carrera profesional, supone un conocimiento adecuado sobre la sexualidad y unas prácticas coherentes, obviando el abordaje preventivo en esta área; sin embargo, en este estudio, el cual tiene en cuenta a una población seleccionada de adolescentes quienes cursan programas universitarios de pregrado, se ha evidenciado que la formación académica no necesariamente se relaciona con un comportamiento sexual responsable y no se demostró que los estudiantes

del área de la salud tuvieran comportamientos menos riesgosos, en relación con los estudiantes de la Facultad de Administración.

Teniendo en cuenta que de la constelación de fuerzas que influyen en los comportamientos de riesgo de los adolescentes, el más importante es el contexto social en el cual el adolescente se desenvuelve^{23,24}, la universidad debe propender por promover a través de programas adecuados, la salud sexual de los estudiantes, previniendo los importantes factores de riesgo que los adolescentes y jóvenes presentan. De igual forma, la conectividad de la familia con las instituciones educativas se ha mostrado como un factor protector en salud sexual²⁵⁻²⁷, por ello se debe realizar un análisis al interior de cada entidad de educación para evaluar en qué medida se puede fortalecer la relación familia-universidad y mediar en la relación familia-estudiante, en aras del fortalecimiento de los factores protectores.

Una limitación de la investigación fue no haber incluido variables como consumo de drogas, tabaco o alcohol, y autoestima las cuales están reportadas como importantes factores de riesgo en salud sexual^{28,29}.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a Alexander Agudelo, estudiante de la Maestría en Administración en Salud, por su colaboración en la aplicación de las encuestas y su apoyo durante el estudio. De igual manera al doctor Alberto Alzate y al ingeniero Ramiro Muñoz quienes ofrecieron su orientación para el análisis estadístico de los resultados.

Conflicto de intereses. Las autoras declaran que no tenemos conflictos de intereses ni con la institución ni con la investigación que se publica.

REFERENCIAS

1. Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Colombia. *Servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, UNFPA; 2007. p. 17-9.
2. Caballero A, Arrieta K, González F. Comportamiento sexual y factores asociados en estudiantes de odontología. *Rev Clin Med Fam*. 2010; 3: 65-70.
3. Castañeda O, Gerónimo N, Reyes Y, Segura O, Morón L. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en Yopal, Casanare, Colombia, 2009. *Invest Andina*. 2009; 11: 31-48.
4. Alonso L, Pérez M, Alcalá G, Lubo A, Consuegra A. Comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes colombianos recién ingresados a una universidad privada en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. 2007; 24: 235-47.
5. Feldmann J, Middleman A. Adolescent sexuality and sexual behavior. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2002; 14: 489-93.
6. Teva I, Paz Bermúdez M, Buela-Casal G. Characteristics of sexual behavior in Spanish adolescents. *Span J Psychol*. 2009; 12: 471-84.
7. Shafii T. The adolescent sexual health visit. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2009; 36: 99-117.
8. Pan American Health Organization, World Health Organization. *Promotion of sexual health recommendations for action*. Guatemala: PAHO, WHO; 2000. p. 6-7.
9. Arias L, Ceballos J. *No sólo el amor te salva*. Cali: Universidad del Valle, Fundación WK Kellogg y Centro Colaborador en SSR, OMS-UV; 2003. p. 297.
10. Money J. *Gendermaps, social constructionism, feminismo and sexosophical history*. New York: The Continuum Publishing Co; 1995. p. 96-97.
11. Sitsen JMA (Ed). The pharmacology and endocrinology of sexual function. Vol VI. In: *Handbook of sexology*. Amsterdam: Elsevier; 1988.
12. Manlove J, Ryan S, Franzetta K. Patterns of contraceptive use within teenagers' first sexual. *Perspect Sex Reprod Health*. 2003; 35: 246-55.
13. Halpern CT, Joyner K, Udry JR. Smart teens don't have sex (or kiss much either). *J Adolesc Health*. 2000; 26: 213-25.
14. Profamilia. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005*. Bogotá: Profamilia; 2005.
15. Ceballos G, Campo A, Lafaurie J, Arroyabe J. Relaciones sexuales en estudiantes de un programa de medicina de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Rev Facult Cien Salud*. 2006; 3: 110-14.
16. G. Ale (seudónimo), Boham K. *Diario de una prepago adolescente*. Bogotá: Ediciones GNR; 2009.
17. Arango, M. *La prostitución universitaria: Las prepagos*. Trabajo de grado. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana; 2006
18. Garofalo R, Katz E. Health care issues of gay and lesbian youth. *Curr Opin Pediatr*. 2001; 13: 298-302.
19. Money J. *Love and love sickness: The science of sex, gender difference, and pair bonding*. Baltimore: The John Hopkins University Press; 1981. p. 151-4.
20. Sison AC. Deconstructing adolescent same-sex attraction and sexual behavior in the twenty-first century: perspectives for the clinician. *Prim Care*. 2007; 34: 293-304.
21. Mosher W, Chandra A, Jones J. *Sexual behavior and selected health measures: men and women 15-44 years of age, United States, 2002. N° 362. Advance data from vital and health statistics*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2005.
22. American Medical Association. *Guidelines for adolescent preventive services (GAPS). Recommendations*. Chicago: American Medical Association; 1997.

23. Reesnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, *et al.* Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA*. 1997; 278: 823-32.
24. Halpern CT, Udry JR, Suchindran C. Testosterone predicts initiation of coitus in adolescent females. *Psychosom Med*. 1997; 59: 161-71.
25. Ohene SA, Ireland M, Blum RW. Sexually-inexperienced Caribbean youth correlates of delayed sexual debut. *Adolesc Fam Health*. 2004, 3: 177-84.
26. Maharaj R, Nunes P, Renwick S. Health risk behaviours among adolescents in the English-speaking Caribbean: a review. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2009; 3: 10.
27. Lederman R, Chan W, Roberts-Gray C. Parent-Adolescent Relationship Education (PARE). Program delivery to reduce risks for adolescent pregnancy and STDs. *Behav Med*. 2008; 33: 137-43.
28. Caminis A, Henrich C, Ruchkin V, Schwab-Stone M, Martin A. Psychosocial predictors of sexual initiation and high-risk sexual behaviors in early adolescence. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2007; 1: 14.
29. Garriguet D. Early sexual intercourse. *Health Rep*. 2005; 16: 9-18.