



NIVELES DE INFORMACION SEXUAL EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE: DATOS PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA CONDUCTA SEXUALMENTE SALUDABLE.

Autor: Vicente Ángel Briet García

Psicólogo y Especialista en Sexología

Responsable del Servicio de Sexología de la Universidad de Alicante

E-mail: vbrietgarcia@yahoo.es

RESUMEN

Este trabajo estudia la sexualidad de los universitarios alicantinos. En la literatura sobre este tema, existe constancia de que los niveles de información sexual y las actitudes sexuales son fundamentales en la prevención de desordenes, y promoción de conductas sexualmente saludables. Para medir esas variables (actitudes, información y conductas), se construyó un instrumento desde la revisión de las diferentes investigaciones sobre población juvenil. Se confirma una notable desinformación en materia de sexualidad y actitudes poco saludables que pueden condicionar el desarrollo de la salud sexual de los universitarios.

INTRODUCCIÓN

A medida que aumentan las investigaciones y conocimientos acerca de la sexualidad, afloran las conclusiones que indican que los problemas sobre sexualidad humana tienen una importancia vital para el bienestar y la salud de los individuos, de tal forma que la ignorancia sobre cuestiones sexuales y las creencias erróneas o la desinformación sobre las mismas guardan estrecha relación con una extensa gama de problemas relacionados con la salud y la calidad de vida.

El ambiente familiar, la educación escolar, o la situación socio-política son elementos que influyen y mediatizan la práctica sexual ya sea por la posibilidad de acceso a la información como por la interiorización de valores y actitudes relacionadas con la misma. No debemos olvidar que en el Estado Español las deficiencias en este sentido son múltiples, tanto por la desinformación y ausencia de educación, institucionalizada, como por la persistencia de múltiples tabúes que mediatizan y limitan la expresión de la sexualidad.

Desde los años 70 hasta hoy surge en nuestro país un serio interés de los profesionales de la salud, y de la sociedad en general por abordar la problemática de la sexualidad, hecho este que ha ido experimentando un progresivo crecimiento

hasta nuestros días. La mayoría de los estudios sociológicos y epidemiológicos realizados recientemente (Mac Grew, 199; Oliva, 1993; Newcomb, 1986) tanto dentro como fuera de nuestro país sobre la sexualidad de la juventud, han coincidido en constatar los siguientes hechos:

- Incremento de la actividad sexual en ambos sexos.
- Descenso en la edad de iniciación sexual en ambos sexos.
- Información sexual insuficiente e inadecuada.
- Información sexual recibida a través de canales que la distorsionan (amigos, películas y revistas pornográficas, etc.)
- Incremento de la tasa de embarazos no deseados, lo cual repercute en un aumento de las interrupciones voluntarias del embarazo.
- Escaso o inadecuado uso de métodos anticonceptivos.
- Aparición del SIDA, así como su rápida propagación e incidencia en el cambio de las pautas comportamentales y actitudinales.
- Resurgimiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual, debido sobre todo debido a la pérdida del miedo a las mismas ante la eficacia de los antibióticos así como por la liberalización de las conductas sexuales en las últimas décadas.
- El grupo de población más afectado (85% de la población total) y con mayor índice de riesgo a padecer enfermedades de transmisión sexual, lo constituye el de los jóvenes comprendidos entre 15 y 30 años de edad. (Instituto Dexeus, 1986).
- Aunque la frecuencia de las disfunciones sexuales es alta y no se conocen datos fiables, podemos constatar que el 30% de la población tanto masculina como femenina presentan alguna dificultad sexual en algún momento de su vida. Sin embargo, estas cifras seguramente son sólo aproximativas de la frecuencia real de estos trastornos en la población total.

Además de estos últimos datos debemos tener en cuenta que a nivel psíquico, la juventud constituye una etapa de máxima vulnerabilidad. No se han superado del todo los estresores provenientes de la asunción del nuevo esquema corporal sobrevenido con la pubertad, no se ha equilibrado aún la conflictiva relación con los padres, propia de esta fase de rebeldía, cuando hay que enfrentarse a la elección del futuro laboral o profesional.

Si bien la juventud en el orden físico es la época de menor vulnerabilidad a las enfermedades, sin embargo los principales problemas de salud que manifiesta por orden de frecuencia son: accidentes, toxicomanías, enfermedades de transmisión sexual y problemas derivados de gestaciones no deseadas (Dirección

General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990).

Entendemos que la mejor prevención de los problemas citados, pasa por incluir una educación para la salud adecuada desde el sistema educativo formal, con el fin de promover la salud comunitaria.

Desde esta perspectiva, es evidente que el grado de información del que dispone el sujeto, constituye un elemento primordial en la prevención de disfunciones y conflictos sexuales así como la promoción de conductas saludables en el orden sexual. Por todo lo expuesto consideramos del mayor interés investigar sobre el nivel de información sexual, y la presencia de mitos entre en los estudiantes universitarios en orden a futuras actuaciones en materia de sexualidad.

Este trabajo estudió algunas variables incluidas en la promoción de la salud sexual (niveles de información, actitudes y comportamientos sexuales). El presente artículo se limita a analizar los déficits informativos que presenta la muestra en un intento de demostrar la pervivencia de mitos y creencias erróneas puesto que existe evidencia de que los niveles de información y las actitudes sexuales que muestran los sujetos, son fundamentales para prevenir conflictos y desordenes sexuales, así como para promover conductas sexualmente sanas (Abraham 1979, Kaplan 1974, Masters & Jhonson 1970).

El estudio se realizó con el fin último de diseñar programas de promoción de la salud sexual en el ámbito universitario. Consideramos que para el desarrollo de una vida sexual saludable es necesario que los sujetos posean una información adecuada, que les permita hacer frente a actitudes y creencias erróneas que puedan interferir en sus relaciones sexuales y el desarrollo de su sexualidad.

Todo ello supuso recabar amplia información acerca de la sexualidad del universitario alicantino como requisito previo a cualquier teorización, explicación o actuación sobre dicha población contando en todo momento con datos asentados en la realidad.

En este sentido, aunque ya existen precedentes en la investigación de la conducta sexual y las actitudes de los universitarios hacia la sexualidad (Bayarri, 1989; Malo, 1988, García, 1983; López, 1987...) consideramos necesario evaluar la realidad sexual de los universitarios alicantinos y diseñar posteriormente programas educativo-informativos guiados por las conclusiones que de este estudio se extrajeron.

Aunque no esperábamos obtener diferencias muy significativas con respecto a otros estudios precedentes realizados en otras poblaciones universitarias, debemos tener presente que aún así, esta investigación se sitúa en un momento temporal distinto, el cual se encuentra sometido a cambios sociales (la eclosión del fenómeno del SIDA, por poner un ejemplo), y además realizado sobre una muestra que, aún compartiendo similitudes con respecto a las anteriormente estudiadas, presenta singularidades que aportan información novedosa.

METODO

Muestra

La población sobre la que hemos efectuado este estudio, la componían un total de 15.451 universitarios. Siguiendo las tablas de Arkin y Colton, atendiendo a un margen de confianza del 95'5% la amplitud de la muestra por nosotros obtenida (200 sujetos) nos sitúa en un margen de error de 10%.

Aunque la muestra inicial fueron 500 sujetos, la muestra final la constituyen 200 sujetos (100 hombres y 100 mujeres), tras desechar los cuestionarios estaban incompletos en su cumplimentación. El estudio se efectuó durante el año 1993.

No obstante contamos con una serie de limitaciones tales como:

- La dificultad de acceso a algunas las facultades y escuelas (la administración de las encuestas se ciñó a aquellos centros donde se facilitó el acceso).
- Y así mismo constituyó otra limitación el momento en el que iniciamos la administración de los cuestionarios, final de Mayo y el principio de Junio de menor disponibilidad del alumnado (exámenes finales) para colaborar en la investigación.

Las características de la muestra en función del género y la edad. Son como siguen: el 57% de la muestra fueron universitarios con edades comprendidas entre 19 y 20 años. El 17% fueron jóvenes entre 17 y 18 años, un 15% fueron sujetos entre 21 y 22 años; entre 23 y 24 años un 4%; un 3% entre 25 y 26 años y por último participaron un 5% de jóvenes con edades superiores a 26 años.

Por lo que se refiere a la distribución por facultades el 24% de los sujetos estudiaban en la facultad de Económicas; en la escuela de Graduado Social un 19%; un 17% en la facultad de Empresariales; un 16% en la facultad de medicina; en la escuela de Trabajo Social un 13% y por último en la facultad de Sociología un 11%.

La distribución atendiendo al tipo de población de origen sigue de esta manera: un 80 % pertenece a población urbana; un 15% corresponde a población semiurbana; un 4% vive en una población de caracter semirural y el 2% restante vive en una localidad rural.

Instrumento

Confeccionamos la Escala para la Medición de los niveles de Información Actitudes y Comportamientos sexuales (E.M.I.A.C.) y que incluía 150 ítems relativos a distintos aspectos del comportamiento sexual (niveles de información, actitudes y comportamientos). De esos 150 ítems 37 iban destinados a medir los niveles de información que presentaban los universitarios frente a diversos temas relacionados con la sexualidad como eran la masturbación, la homosexualidad, la anticoncepción, las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA, las disfunciones sexuales y cuestiones relacionadas con mitos y creencias erróneas.

La mayor parte de las cuestiones eran de respuesta cerrada combinadas con alguna pregunta de elección múltiple.

La encuesta piloto

Una vez confeccionado el cuestionario planeamos el estreno del mismo con un grupo de alumnos de 2º de medicina, al cual se le instó a que contestaran y enjuiciaran críticamente todas y cada una de las preguntas formuladas, facilitando cuantas sugerencias estimaran atendiendo a criterios de claridad, redacción, pertinencia, etc. De esta manera se orientó la posterior redacción definitiva. Así, la primera aplicación del cuestionario sirvió para averiguar fallos en la redacción de los ítems, formulaciones inadecuadas, y opciones de respuesta no incluidas y que faltaban en algunas preguntas. Tras esta primera aplicación, el cuestionario definitivo quedó estructurado.

Procedimiento

La administración de cuestionario fue colectiva en todos los casos, permaneciendo los investigadores presentes en el momento de la administración para aclarar las dudas si estas surgían

ANALISIS ESTADISTICOS

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SYSTAT. Los análisis realizados se basaron primordialmente en la obtención de frecuencias, porcentajes, y la prueba CHI cuadrado para el descubrimiento de posibles diferencias significativas en las distintas variables atendiendo al sexo, la tendencia política, la religión que profesaban y clase social.

EL PERFIL DEL ENCUESTADO

Los datos extraídos en el presente artículo pertenecen a un estudio más amplio cuyos datos extraídos nos ofrecieron un perfil standard de los datos más significativos con respecto a la sexualidad de los universitarios alicantinos y que seguidamente ofrecemos:

A.- DATOS SOCIOCULTURALES:

- 1.- Edad media..... 19 años
- 2.-Estado civil.....Soltero/a
- 3.- Residencia.....Urbana
- 4.-Vive con.....Padres
- 5.-Estudios del padre.....G. escolar
- 5.-Estudios de la madre.....G. escolar
- 6.- Relación de los padres.....Sin problemas conyugales
- 7.- Procedencia social.....Media alta-baja
- 8.- Religión.....Católico no practicante
9. - Influencia de la religión
en su vivencia sexual.....Ninguna
- 10.-Tendencia política.....Indiferente

B.- DATOS ACERCA DE SEXUALIDAD EN GENERAL:

- 11.-Consideración de su experiencia sexual.....Se percibe tan experimentado como sus amigos
- 12.- Consideración de su información sexual.....Se percibe tan informado como sus amigos
- 13.- Comodidad al hablar de sexualidad.....Si
- 14.- Sistema de valores sexuales.....Liberal

C.- DATOS ACERCA DE LAS ACTITUDES:

- 15.- Actitud ante la anticoncepción.....Total acuerdo
- 16.- Actitud ante la decisión de abortar.....Respeto
- 17.- Actitud ante un problema sexual.....Acudir a un especialista

18.- Actitud ante la homosexualidad.....La aceptan

D.- DATOS ACERCA DE COMPORTAMIENTOS SEXUALES:

19.- Mantiene relaciones sexuales con.....Pareja habitual

20.- Mantiene relaciones sin coito.....El 69%

22.- Mantiene relaciones con coito.....El 45%

23.- La actividad sexual más frecuente.....La relación heterosexual
sin coito

24.- Satisfacción de la actividad sexual.....Si, satisfactoria

25.- Frecuencia del orgasmo.....Habitualmente lo consiguen

26.- Satisfacción si la pareja no lo consigue.....No

27.- Satisfacción si El / ella no alcanzan el orgasmo.....No

28.- Orgasmos más intensos mediante.....Coito (hombres)
Petting (mujeres)

29.- Actividad sexual más deseada.....Relación con coito

30.- Frecuencia deseada.....2 o 3 veces a la semana

31.- Con personas allegadas.....Rara vez habla de sus
experiencias sexuales

32.- Relaciones más satisfactorias.....Con la pareja habitual

33.- Práctica de la masturbación.....Hombres 83%
Mujeres 33%

34.- Frecuencia.....Entre 1 y 5 veces a la semana

35.- Actitud ante la homosexualidad.....La aceptan

36.- Relaciones sexuales con personas del mismo sexo.....Hombres 2%
Mujeres 1%

37.- Anticonceptivo más utilizado.....Preservativo

38.- Utilizan anticonceptivos.....97%

39.- Demanda de información a un Centro de planificación familiar10%

40.- Presentación de síntomas asociados a una E.T.S.....30%

41.- Revisiones ginecológicas periódicas.....15% de las mujeres

42.- Diagnóstico de una E.T.S.....4%

43.- Costumbres sexuales modificadas

por la aparición del Sida.....Hombres = uso del preservativo

Mujeres = evitar rel.sex. con desconocidos

43.- Disfunciones sexuales más frecuentes

Hombres = eyaculación precoz 13%

Mujeres = ausencia de deseo sexual 15%

**44.- Ante un embarazo no deseado.....El 38%
abortaría**

RESULTADOS

Datos sobre la presencia de creencias erróneas acerca de cuestiones relacionadas con la sexualidad general:

En la interpretación de los resultados hemos aglutinado a la proporción de sujetos que erraba en las respuestas, junto con aquellos sujetos que ignoraban si las afirmaciones formuladas eran ciertas o falsas como medida de la proporción total del nivel de desinformación manifestado por los universitarios.

Hemos planteado un total de seis preguntas (ver tabla número 4) relacionadas con la presencia de ciertas creencias erróneas acerca de la sexualidad en general, y más en concreto, a aspectos que tienen que ver con conocimientos de anatomo-fisiología sexual, respuesta sexual humana.

El primero de los ítems afirmaba **"El placer sexual de la mujer se ve incrementado si el tamaño del pene del hombre es mayor"**. Generalmente, el tamaño del pene ha estado asociado a ideas relacionadas con el concepto de masculinidad, capacidad de experimentar placer, fertilidad, capacidad para "cumplir" con la compañera sexual o capacidad para ser más "potente" sexualmente. A su vez, la presencia de este mito nos permite detectar el nivel de conocimientos sobre anatomía y fisiología de la respuesta sexual que posee la población universitaria.

En palabras de Kaplan (1974) "No tiene sentido preocuparse por el tamaño del pene, porque dicho tamaño no tiene ninguna relación con la intensidad del placer sexual que el hombre experimenta o con lo deseable que pueda ser este hombre como compañero sexual...la respuesta sexual de una mujer suele estar mucho más determinada por la sensibilidad y habilidad del hombre a la hora de hacer el amor, y por su responsabilidad, que por el tamaño de su pene".

Los datos obtenidos nos confirman que más que la presencia de esta creencia errónea entre los universitarios, como preveíamos, existe un importante

porcentaje de sujetos (43%) que afirman desconocer cual es el papel que desempeña el tamaño del pene en relación con el placer obtenido por la compañera sexual, lo que supone una elevada desinformación sobre el mecanismo de la respuesta sexual humana.

Encontramos que son los hombres (un 8% frente a un 4,5%) quienes piensan en mayor proporción que las mujeres que el tamaño del pene es importante, un 8% frente al 4.5%. No obstante no existen diferencias significativas entre la variable sexo y la opción escogida.

El segundo ítem iba referido a otro aspecto anatómofisiológico afirmando que **"El placer sexual de la mujer se ve incrementado si el tamaño de sus pechos es mayor"**. Al igual que ocurría en los hombres con el tamaño del pene, en la mujer el tamaño de los pechos ha estado asociado a ideas de feminidad, fertilidad y potencia sexual, según creencias erróneas masculinas y en menor medida femeninas.

En la población universitaria investigada existe un alto porcentaje que no posee una adecuada información a este respecto o no dispone de ella (un 33%). Un 8% de la población piensa que el tamaño de los pechos es un factor relevante en el placer que obtiene la mujer. (4,5% de los hombre y 3,5% de las mujeres). El 25% desconoce si el tamaño de los pechos es un factor importante en el placer que obtiene la mujer (14% de los hombre y 11% de las mujeres).

En esta cuestión tampoco encontramos datos significativos que nos puedan llevar a afirmar la relación entre sexo y creencia errónea.

La tercera afirmación errónea sostenía que **"Existen dos tipos de orgasmos en la mujer: uno clitorideo y otro vaginal"**. Este ítem hace referencia a la creencia, muy difundida, de considerar dos tipos de orgasmos atendiendo a la zona donde se focaliza la estimulación: clítoris o vagina. En contraposición a esta creencia, actualmente el orgasmo es considerado como un fenómeno único, en el cual están implicadas varias estructuras, y no en función de donde se localiza la estimulación.

En palabras de Kaplan (1974) "El orgasmo es un reflejo y la experiencia orgásmica consiste en las contracciones rítmicas de los músculos circunvaginales estriados... los orgasmos son desencadenados por la estimulación del clítoris y se expresan mediante contracciones vaginales. Hoy todos los expertos están de acuerdo en que es la estimulación del clítoris a través de la presión sobre el hueso púbico y del mecanismo labios menores-capuchón del clítoris, y no la estimulación directa de la vagina, lo que produce el orgasmo en las mujeres".

Esta falsa información va también ligada a la creencia errónea que considera el orgasmo coital como criterio de normalidad, lo cual puede difundir la idea de que la mujer es anormal cuando no obtiene fácilmente el orgasmo por simple estimulación intravaginal. Como dice Abraham (1978) "La facilidad que esta creencia tiene para crear complejos, tensiones en las mujeres con respuesta débil, y así

impedirles abandonarse, puede agravar su trastorno y privarlas totalmente del orgasmo".

Encontramos pocas diferencias entre sexos, aunque si que es significativo el alto porcentaje de sujetos que no poseen una adecuada información, un 87.5%. No podemos afirmar ningún tipo de relación entre las variables analizadas.

La siguiente afirmación sostenía que **"Cuando los dos miembros de la pareja no obtienen el orgasmo simultáneamente es signo de mal ajuste en la pareja"**. Nuestra cultura, tan conflictiva en el ámbito sexual, es responsable de no poca información errónea y destructiva que debemos descartar si queremos ayudar al entendimiento sexual de las parejas. En el caso que nos ocupa, el mito del orgasmo simultáneo es sumamente nocivo y ha interferido en la vida sexual de muchas parejas que consideran el orgasmo simultáneo el objetivo último de la felicidad y de la normalidad sexual. Ahora bien, como dice Kaplan (1974) "El orgasmo simultáneo es más la excepción que la regla...y solo lo consiguen aquellas parejas en las que la mujer alcanza fácilmente el orgasmo". Si las personas no son conscientes de que la respuesta sexual no se halla sometida a un control voluntario y que por lo tanto existen fluctuaciones normales en la excitabilidad sexual, se pueden crear síndromes sexológicos graves.

Encontramos que las diferencias entre sexos es poca, aunque son los hombres quienes más comparten esta creencia y las mujeres, quienes afirman no poseer información al respecto. Nos encontramos ante un porcentaje del 25% de sujetos que no poseen una información adecuada o no disponen de ella, si bien no existen diferencias significativas entre sexos.

La penúltima de las afirmaciones sostenía que **"El himen (virginidad) se rompe solo cuando la mujer tiene relaciones sexuales"**. La idea de que el himen se rompía únicamente cuando la mujer tenía relaciones sexuales con penetración es una creencia que ha estado profundamente arraigada en la sociedad, y que todavía hoy sigue presente en algunas comunidades. El hecho de añadir en el ítem la palabra virginidad entre paréntesis se debe a que detectamos que esta palabra es desconocida para un elevado número de sujetos.

Tampoco encontramos grandes diferencias entre sexos, pero observamos que siguen siendo los hombres quienes puntúan más alto en afirmar esta creencia. Encontramos que un 25.5% de los sujetos se encuentran desinformados. No existen diferencias significativas entre sexos con respecto a esta cuestión.

La última de las afirmaciones decía que **"El deseo sexual tarda en desaparecer más años en el hombre que en la mujer"**. Ante esta afirmación debemos precisar que la edad, ejerce una influencia distinta según se trate de hombres o mujeres. Los datos aportados por Kinsey (1967) y Masters & Johnson (1967) confirman que los varones experimentan el máximo de responsividad y capacidad sexual alrededor de los 17-18 años y que a partir de entonces, muestran una disminución constante. Por el contrario, las mujeres alcanzan su máximo en los

últimos años de la década de los 30 e incluso en los primeros de los 40 y a partir de ese momento su libido disminuye a un ritmo relativamente más lento que en los hombres. Sin embargo la necesidad de sexo, el deseo sexual, nunca desaparece, y se ha observado el orgasmo tanto en hombres como en mujeres de más de 90 años.

Al analizar los datos, aunque sigue sin haber diferencias significativas entre sexos, observamos que hay un grupo bastante numeroso (25.5%) que comparte esta creencia errónea según la cual "el deseo sexual desaparece más tarde en el hombre", junto con el 31% de sujetos que afirma desconocer si es cierto lo afirmado.

La masturbación en la población universitaria: efectos potenciales de la desinformación:

Son frecuentes todavía los mensajes negativos acerca de los efectos perniciosos de la práctica de la masturbación y los datos que obtenemos en el estudio así nos lo hacen entender. Cuatro de las preguntas se centraron en la información de los sujetos acerca de dicha práctica sexual y pretendían comprobar la existencia de creencias erróneas.

Si atendemos a la primera de las preguntas formuladas descubrimos que un 44% de los encuestados cree todavía que **"La práctica de la masturbación conlleva una disminución del rendimiento físico y psíquico de las personas que la practican"**, pero además un 48% (cree que **"Su práctica durante la pubertad favorece la aparición del acné"**). Sobre estas dos afirmaciones no limitaríamos a comentar que los estados de miedo, vergüenza y culpa asociados a la práctica de la masturbación se han producido en generaciones de jóvenes a causa de informaciones erróneas, y en ocasiones se han convertido en fuentes de conflictos emocionales favorecedores de la aparición de disfunciones sexuales.

Formulamos además una afirmación que decía que **"La masturbación femenina se realiza normalmente mediante la introducción de los dedos u otros objetos en la vagina simulando los movimientos coitales"**. Aunque tal afirmación puede ser cierta, puesto que algunas mujeres realizan la auto estimulación de esa manera, la evidencia es que la estimulación vaginal en sí misma no produce respuesta orgásmica a menos que se halle acompañada de fantasías muy eróticas, con lo cual el orgasmo vaginal posee una base más psicológica que fisiológica. Por el contrario, la estimulación clitorídea produce, normalmente, el orgasmo. Como dice Kaplan (1974) "Todavía es más convincente el hecho de que la masturbación en las mujeres se dirige casi siempre hacia el clítoris. Muy pocas son las mujeres que intentan producirse el orgasmo introduciéndose objetos en la vagina".

Nos sorprendió que un 75% de los sujetos creyeran lo erróneo de tal afirmación e incluso más, el que las mujeres tuvieran mayores niveles de desconocimiento que los hombres (13% frente a 7%)

Sin perder de vista las preguntas relativas a información observamos que un 35% considera que **"La práctica de la masturbación, al ser una práctica en solitario, dificulta el posterior ajuste sexual con una pareja"**. De nuevo en este ítem las mujeres puntúan más alto (17'5%) que los hombres (9%) en desconocimiento. En este sentido, convenimos con López (1991) en que "Puesto que la auto estimulación supone una oportunidad inmejorable para conocer nuestro propio cuerpo y para saber de que forma puede éste excitarse sexualmente, este conocimiento puede ser transferido a las relaciones sexuales con otra persona, de forma que estas resulten más satisfactorias. Así mismo el hecho de que una mujer se haya masturbado regularmente, hasta llegar al orgasmo, facilita posteriormente la obtención de éste en las relaciones sexuales coitales.

Kinsey (1967) también estableció así mismo que las mujeres que se habían masturbado antes de vivir la experiencia del acto sexual, estaban más capacitadas para reaccionar orgásmicamente en sus relaciones sexuales.

Para terminar con los ítems destinados a medir el nivel de información sobre esta práctica sexual formulamos una última pregunta donde afirmábamos que **"La masturbación en edades avanzadas era perjudicial para la salud"**. Un 52% de los encuestados creyó como cierta tal afirmación errónea. En palabras de Berezin (1975) "Lo que se considera virilidad a los 25 años, se convierte en lujuria a los sesenta y cinco... El estereotipo de los años maduros sin sexo no solo es un mito sino que además es un concepto deletéreo porque repercute en la salud y el bienestar de millones de ancianos".

Por su parte Sarnoff & Sarnoff (1980) invitan a los esposos ancianos a que aunque la capacidad sexual no sea la de antes, no recurran a la masturbación como medio de apartarse del otro sino que la incorporen dentro de la relación amorosa de manera que la rotura del tabú refuerce la intimidad emocional. En definitiva evidenciamos que en este grupo de población todavía no ha calado socialmente la evidencia científica acerca de la masturbación como una conducta sexual positiva que no depende de la edad sino de las circunstancias psicosociales que rodean a las personas, siendo una práctica que complementa ciertos desequilibrios puntuales que suelen darse en la mayoría de las parejas y que permite mantener el tono erótico en momentos de ausencia de las relaciones sexuales interpersonales.

Todo este conjunto de datos nos invitan a pensar que todavía perdura actualmente una visión errónea acerca de dicha práctica sexual. Esta visión es justificable si reflexionamos acerca de la educación y las normas morales que aún pesan en nuestra sociedad, donde el autoerotismo es considerado como un elemento favorecedor de problemas físicos y psicológicos. A esto debemos decir que si en alguna ocasión se han presentado anomalías de índole psicológica a causa de la masturbación, éstas se han generado a consecuencia del sentimiento de culpa que creencias erróneas producían en los sujetos el ejercer dicha práctica.

Homosexualidad e información:

Los datos extraídos de nuestro estudio constatan la persistencia de actitudes erróneas y de rechazo así como una notable desinformación de modo que un 35% de los encuestados cree que **"La homosexualidad es una disfunción sexual"** (término que conlleva implícitamente connotaciones de desorden o trastorno) y un 24% manifiesta desconocer si es o no una disfunción sexual.

Esa desinformación también está corroborada al analizar los resultados de la cuestión relativa a la práctica sexual más frecuente de los homosexuales, puesto que persiste la creencia generalizada de que **la actividad homosexual es sinónimo de coito anal** del mismo modo que su equivalente vaginal es la única forma fundamental de relación heterosexual, pero estos criterios están poniéndose en cuestión en la actualidad. Según un estudio de Greenberg (1963) la actividad sexual más habitual, con diferencia, es la masturbación aunque este dato no concuerda con otros trabajos que afirman que la forma oral genital (Cory, 1963) o el manoseo (Shofield, 1969) son los patrones de conducta más frecuentes.

Al efectuar la afirmación siguiente **"Los homosexuales y lesbianas tienen más trastornos psicológicos que los heterosexuales"** un 29% de los universitarios cree la certeza de tal afirmación errónea y un 40% manifiesta desconocimiento al respecto. La siguiente cuestión afirmaba **"Los homosexuales y lesbianas no tienen rasgos físicos y de personalidad distintos a los heterosexuales"**, y en este caso el 31% de los encuestados cree erróneamente que hay diferencias y un 40% de los mismos desconoce lo cuestionado. Sin embargo, debemos decir que en un estudio efectuado por Evans (1972) no se apreció que los homosexuales tuvieran un tipo constitucional determinado, o destacaran en algún aspecto físico particular. Así mismo debemos decir que las características psicológicas de los homosexuales son tan variadas como las de los heterosexuales pues como sostiene Clingman y Fowler (1976), la homosexualidad debe ser considerada más como un estilo de vida alternativo que como una entidad nosológica. Por eso creer que va unida a una conducta y a una personalidad determinadas es oscurecer la realidad, en la que se pueden encontrar tantos tipos como se quiera descubrir.

Pero a pesar de la gran cantidad de pruebas que indican que los homosexuales son tan diversos en su personalidad como cualquier otro ser humano, la extensión de ideas erróneas sobre ellos sigue siendo mayoritariamente frecuente y persiste en la actualidad una sensación irracional de inquietud que invade a las personas cuando se habla de ella o se cita a algún caso conocido de un sujeto de esta condición.

En palabras de Weinberg (1977) "La homofobia forma parte de la actitud norteamericana convencional" y lo mismo podríamos decir de francesa, italiana o española, por ejemplo. La homofobia es una actitud habitual en España, ya que muchos jóvenes españoles miran a los homosexuales con desprecio y piensan que su lugar está en las cárceles o los manicomios, creencia que está mucho más

extendida entre los sectores de bajo nivel cultural que entre los de mayor nivel de estudios.

En el estudio llevado a cabo por Milham (1976), en el que se sondea a 795 hombres y mujeres homo y heterosexuales acerca de sus opiniones en torno a la homosexualidad se obtienen resultados que indican que las tendencias a la represión y persecución de los homosexuales se encontraban muy extendidas entre los encuestados y eran mucho más intensas para la homosexualidad masculina que para la femenina, que era más benévolamente considerada y sobre la que existía un menor sentimiento de desprecio y discriminación.

La información de los universitarios acerca de la anticoncepción:

Los datos de varios estudios (Cowel, 1974; MacGanity, 1969) que apuntan la desinformación sexual de los jóvenes respecto a este tema, nos llevó a plantear una serie de preguntas específicas cuyos resultados son los siguientes:

Al afirmar **"La esterilización tanto masculina como femenina reducen considerablemente el funcionamiento y la potencia sexual"**, un 67% de los encuestados conocen la falta de efectos negativos sobre el funcionamiento sexual de dicho método anticonceptivo. Incluso un porcentaje considerablemente elevado de pacientes consiguen una mejoría de su vida sexual tras ser esterilizados (Hirsch, 1977).

Preguntando por la **eficacia de los métodos anticonceptivos** un 46% de los encuestados considera adecuadamente que no se ve condicionada por defectos de fabricación de los productos. Es sin embargo su incorrecta utilización lo que determina la ineficacia de algunos métodos (el 67% de los universitarios, así lo consideran). Aunque la efectividad teórica de los anticonceptivos es alta o muy alta, en la práctica, esta disminuye considerablemente debido a una utilización incorrecta de los mismos que puede estar motivada por varias causas entre las que podríamos señalar un déficit informativo acerca de sus ventajas e inconvenientes, su incorrecto uso y una elección sin el consejo de un especialista que valore el grado de adecuación entre necesidades de la pareja y posibilidades anticonceptivas existentes.

Frente a la cuestión que afirmaba que **"Durante la menstruación es totalmente imposible que la mujer quede embarazada"**, el 55% aciertan, siendo un 45% (33% de las mujeres y 21% de los hombres) los que desconocen que aún siendo muy remota, tal posibilidad existe.

Al afirmar **"Los métodos naturales (Ogino, temperatura basal...) tienen tanta eficacia como cualquier otro (condón, diu)"** el 39% de los universitarios cree erróneamente que los métodos naturales, aquellos que tratan de evitar la gestación, pero sin alterar las condiciones naturales que la posibilitan, tienen tanta fiabilidad como los tradicionales. Según Dexeus (1989), aunque su inocuidad es

total, el índice de fracasos es muy grande.

Un 83% piensa erróneamente que **"La forma correcta de utilizar combinadamente crema espermicida junto con un condón, es impregnar este último con crema en vez de aplicarla en el interior de la vagina"**.

Un 86% está en lo cierto al considerar **el coitus interruptus como un método con escasa fiabilidad anticonceptiva**, (31% de los hombres y 23% de las mujeres) sin embargo cuando se cuestiona acerca de **la inocuidad de su práctica en el marco de la relación sexual**, el 54% de universitarios tiene conocimiento de las posibles repercusiones sobre el nivel de satisfacción sexual y su incidencia en la aparición de congestión pelviana en la mujer por la falta de resolución (orgasmo) y de los cambios anatómo-fisiológicos que se producen en la excitación sexual (Masters & Jhonson, 1967).

Aunque el número de preguntas formuladas no permita establecer conclusiones definitivas, los porcentajes de desinformación y desconocimiento permiten adelantar que el nivel de información manifestado por los universitarios no es lo elevado que sería de desear y confirma las conclusiones aportadas por los autores antes mencionados, tanto de los individuos sexualmente activos o de aquellos que tienen una menor actividad sexual.

Si hemos constatado que los universitarios han sido sinceros puesto que al preguntarles si se consideraban suficientemente informados sobre las ventajas e inconvenientes de los distintos métodos, un 62% se autocalificó como desinformado.

Información de los universitarios acerca de las enfermedades de transmisión sexual (ETS):

En este apartado hemos querido poner a prueba el nivel de conocimientos elementales de los universitarios sobre ETS. Para el estudio de esta temática se formularon algunas preguntas relativas al modo de transmisión de las ETS, condiciones que favorecen su contagio, y medidas de prevención. Nos interesa descubrir si la percepción acerca del nivel de conocimientos que tenían los universitarios sobre ETS, difería del nivel real de información al respecto.

Según la Unidad de ETS del Instituto Dexeus (1986) el agente responsable de la enfermedad se trasmite por contacto físico de un individuo a otro y específicamente durante la relación sexual. No obstante existe alguna excepción acerca de las vías de transmisión de las ETS, tales como puede ser la hepatitis B cuya inclusión en el bloque de las ETS no quiere decir que exclusivamente sea transmisible vía sexual, sino que es una más de las posibilidades de contagio; la sarna cuyo mecanismo de infección es casi exclusivamente sexual aunque puede llegar a transmitirse por ropa y sábanas, y el SIDA cuya inclusión en el capítulo dedicado a las ETS es evidente, son excepciones que no invalidan la certeza de la afirmación de que las ETS se transmiten únicamente por contacto sexual.

La primera de las preguntas iba encaminada a averiguar **si los universitarios conocían la principal vía de transmisión de este tipo de enfermedades (la sexual)** y sobre todo para descubrir si todavía perduran las creencias erróneas del tipo "las ETS se pueden contagiar en un aseo público". Los universitarios respondieron acertadamente a este ítem en una proporción del 32%, un 51% lo hicieron erróneamente y un 17% manifestaron desconocimiento absoluto de la cuestión.

La segunda pregunta afirmaba lo siguiente: **"Tras padecer una ETS se adquiere inmunidad hacia la misma"**. En ese sentido y en opinión del Instituto Dexeus no existe hasta ahora la posibilidad de inmunidad provocada o exógena (vacunas) como en otras enfermedades, ni tampoco tiene lugar el hecho de la inmunidad espontánea o endógena como el sarampión, varicela, etc". (Instituto Dexeus, 1986). En este sentido el 64% de los sujetos desconocían por completo lo cuestionado. El 32% en cambio conocían la falsedad contenida en la afirmación.

Un aspecto que sin embargo sí parecen tener claro los universitarios es **la importancia que reviste la falta de higiene como factor coadyuvante en la transmisión y desarrollo de una ETS**. Un 76% de la muestra considera verdadera tal afirmación frente a un 8% que no cree en su certeza y un 16% manifiesta desconocimiento absoluto de la cuestión.

La última cuestión planteada en torno a las ETS afirmaba que **"Una garantía para evitar el contagio de una ETS es no tener relaciones sexuales coitales"**. Tordjman (1987) dice al respecto que en todas las poblaciones de alto riesgo (y los adolescentes y jóvenes son una de ellas) se impone evaluar las modalidades de comportamiento sexual y, en particular las prácticas orales y anales, ya que la felación favorece las localizaciones faríngeas de las ETS y la sodomía y el anilingus hacen lo propio con las ETS de transmisión intestinal. Un 66'5% de los universitarios es consciente del error de tal afirmación y tan solo un 10% se pronuncia a favor del enunciado, siendo un 23'5% los que manifiestan un total desconocimiento.

Información de los universitarios acerca del SIDA:

¿Por qué interesa medir los niveles de información?. Sabemos que el simple hecho de estar informado no predispone a un cambio ni lleva consigo nuevas conductas dirigidas a prevenir el contagio de enfermedades. Deseábamos evaluar la información de los universitarios sobre el SIDA para compararlo con el grado de medidas preventivas que utilizan habitualmente. También queríamos comparar ese nivel de información con las actitudes presentes entre la comunidad universitaria dado que se ha demostrado que a mayor información menor es la discriminación de los afectados. Y por último hemos querido evaluar indirectamente el impacto de las campañas sobre el SIDA hasta la fecha a través del nivel de información existente.

Para estudiar la información de los universitarios sobre el tema, elaboramos cinco preguntas que indagaban si los estudiantes conocían las prácticas de riesgo y

los síntomas correspondientes a la enfermedad.

El primero de los ítems afirmaba **"Esta totalmente demostrado que son necesarias varias exposiciones al virus del SIDA para contagiarse del mismo"**. Aunque es lógico que varias exposiciones de cualquier tipo tienden a aumentar el riesgo de contagio, está comprobado que una sola exposición al virus del SIDA basta para que se produzca la transmisión. Por ejemplo existen pruebas de casos de infección de VIH (Virus de inmunodeficiencia humana) resultado de una sola inseminación artificial con semen de un donante (Morgan y Nolan, 1986). Los casos de infección entre el personal sanitario a partir de un sólo incidente con salpicaduras de sangre, confirman que una sola vez basta para el contagio con VIH. (Masters & Johnson, 1988).

El 56% de los universitarios conocían la falsedad de la afirmación mientras que el 38% afirmó desconocer si ello era verdadero o falso, y sólo el 5% asintió incurriendo en error.

La segunda cuestión afirmaba **"El coito vaginal y el coito anal tienen el mismo grado de riesgo de contagio"**. En el trasfondo de la pregunta se alude indirectamente a comportamientos sexuales que en la opinión pública se catalogan como propios de homosexuales (coito anal) o propios de heterosexuales (coito vaginal). El 14% contestó acertadamente la cuestión al considerar como falsa dicha afirmación, siendo significativamente mayor la proporción de hombres que están informados (11'5%). El 40% erró en su respuesta y el 46% dijo desconocer el contenido de la cuestión (de esta proporción es significativa la mayor proporción de desconocimiento de las mujeres con un 28%).

Hasta hace poco se consideraba el SIDA como una enfermedad propia de determinados grupos de riesgo (entre ellos los homosexuales) sin embargo aunque en la actualidad persiste la utilización del concepto **"factores de riesgo"**, se está cambiando la denominación hacia el de **"poblaciones expuestas"**. Según Usieto (1987) esta denominación, hace posible, por una parte eliminar todo vestigio de implicaciones marginales, hacia los posibles afectados, por otro lado, permite incluir a todos los grupos humanos con probabilidades de tener o contraer anticuerpos positivos o desarrollar la enfermedad.

Cabe calificar tanto el coito anal como el vaginal como prácticas de alto riesgo aunque el mayor riesgo parece asociado a la relación anal, tanto en homosexuales como en heterosexuales (Wiley y Winkelstein, 1987). Esto se debe en gran parte al tejido especialmente delicado y susceptible de desgarros que rodea al recto (Agnew, 1986) pero también puede deberse a otros factores incluyendo la diferencia en el pH del recto en comparación con el de la vagina, un distinto entorno microbiana o una diferente resistencia del tejido a la penetración de las partículas invasoras del virus.

Por ahora, el riesgo de infección de una relación vaginal es considerablemente inferior al relacionado con el contacto anal, pero esta afirmación

es más una conjetura que una certeza científica. En varios estudios de transmisión del SIDA de un cónyuge a otro, no existe una correlación con el sexo anal, lo cual indica que la relación vaginal sin protección es también un medio frecuente de contagio de la enfermedad (Masters & Johnson, 1988).

De todo lo anterior se desprende, que mientras hay acuerdo en que cualquier intercambio de fluidos biológicos de una persona a otra da como resultado el peligro de la transmisión del VIH (si una de las dos está infectada), hay grandes dudas sobre la magnitud exacta del riesgo según los diversos tipos de actividad sexual. Sin embargo existe distinto nivel de riesgo según la práctica sexual: la práctica sexual con mayor riesgo es el coito anal, en primer término para el receptor y en segundo término para el que penetra. En el coito vaginal el mayor riesgo es para la mujer (Garau y Martínez, 1990).

El tercero de los ítems afirmaba lo siguiente: **"Las prácticas homosexuales y las heterosexuales tienen el mismo riesgo de transmisión de SIDA"**. Sobre esta afirmación podemos decir algo que entronca muy directamente con los argumentos expuestos para la cuestión acerca del grado de contagio del coito anal o el vaginal y no podemos seguir pensando que los homosexuales están más expuestos que los heterosexuales al sida y que hay unas prácticas sexuales más propias de unos grupos que de otros atendiendo a su orientación sexual.

Las respuestas ofrecidas por los universitarios fueron acertadas en un 65% de los sujetos. El 22% erró en su respuesta y un 12% dijo desconocer la cuestión (de nuevo en este ítem la proporción de desconocimiento de las mujeres (8%) dobla a la de los hombres).

Sin abandonar el aspecto relacionado con las prácticas de riesgo, preguntamos cual de entre varias conductas, **(felación y cunnilingus, masturbación mutua, besos profundos, y el uso de aparatos como vibradores etc.) se consideraban como de mayor riesgo para la transmisión del SIDA**. De las distintas opciones, es correcta la felación y cunnilingus a lo que contestaron correctamente el 62%, erró un 6% y contestó no saberlo un 33%. En opinión de Masters & Johnson (1988) aunque no existe aún una investigación que demuestre fehacientemente que el virus del SIDA pueda transmitirse por el sexo oral, queremos recalcar que la certeza virtual de esta forma de contagio es real...es muy probable que la membrana mucosa de la boca tenga pequeños cortes, arañazos, ampollas o abrasiones. Está fuera de toda duda que aquellas lesiones pueden proporcionar fácil acceso de entrada del virus, transportado tanto en el semen como en las secreciones vaginales.

Continuando con las preguntas relativas a la cuestión informativa quisimos indagar acerca del conocimiento que los universitarios tenían acerca **de la agrupación sintomática que caracteriza a la enfermedad en sus etapas iniciales**. Según Masters & Johnson (1988) "Los síntomas típicos incluyen la pérdida de peso, fatiga, fiebre, sudoración nocturna y diarrea".

Tan sólo un 17% dieron con el grupo de síntomas adecuado y un 36,5% manifestaron desconocimiento del tema siendo un 45% los que erraron en la elección correcta. El 48% dijo conocer los síntomas del SIDA. y sin embargo 48% si contrastamos este dato con el porcentaje de los que realmente dieron con la agrupación sintomática correcta nos damos cuenta no sólo de la desinformación existente, sino también de la percepción optimista que tienen los universitarios en ocasiones acerca de sus conocimientos. En efecto, la percepción subjetiva del grado de información con respecto al conocimiento de los síntomas del SIDA difiere con respecto al nivel real de conocimientos que manifiestan los universitarios, (existe un sesgo perceptivo de carácter optimista).

Las preguntas formuladas encajan perfectamente dentro de las representaciones sociales o conocimientos de "sentido común" compartido por diferentes grupos sociales aunque muchas veces aquéllas desafíen el discurso científico. Las representaciones sociales integrarían un conjunto de opiniones, creencias, percepciones, esquemas de pensamiento, a algún aspecto del mundo social.

Por ello y volviendo a la conclusión que antes comentábamos, insistiremos en que mientras no se encuentre curación para la enfermedad, la mejor arma de que disponemos para prevenir su progresivo avance es la información y la educación sexual, y a pesar de que son varios los estudios que concluyen que no existe una relación simple entre grado de información y utilización de medidas preventivas (Páez y cols, 1989) sí puede esperarse en cambio que a mayor información, será menor rechazo y la exclusión de los enfermos afectados.

Conocimientos de los universitarios acerca de las disfunciones sexuales:

La práctica totalidad de los especialistas (Masters&Jhonson, Abraham, Kaplan...) más relevantes en sexología coinciden en señalar entre los factores favorecedores en la presentación de una disfunción sexual, a aquellos relacionados con la ausencia de información o la presencia de una información sexual errónea. Debemos ser conscientes de que en los medios de información actuales frecuentemente se difunden muchos datos sobre sexualidad que son falsos, ejemplo: el mito del orgasmo vaginal como criterio de normalidad, o el del orgasmo simultáneo, y tienen un especial protagonismo en la génesis de no pocas disfunciones sexuales. (Abraham, 1978).

Es fácil observar como en el lenguaje cotidiano se hacen frecuentes alusiones a los trastornos sexuales, alusiones que además suelen estar acompañadas de falsos mitos que contribuyen a favorecer la desinformación que sobre estas alteraciones suele estar presente. Por esa razón hemos formulado algunas preguntas encaminadas a medir el nivel de información que sobre las disfunciones sexuales tiene la población.

Así, dos de las preguntas estaban relacionadas con la eyaculación precoz,

una con la falta de deseo y otra con la ausencia de orgasmo. El motivo de formular las preguntas acerca de estos trastornos obedece fundamentalmente a que la eyaculación precoz es uno de los trastornos sexuales masculinos que presenta una mayor incidencia manejándose cifras de casi 36% de prevalencia en la población adulta masculina (Frank y cols. 1980) y en los trastornos relacionados con el orgasmo de la mujer, estos alcanzan cifras del 30%. Así mismo queremos expresar nuestra intención de formular preguntas que no exigieran un conocimiento profundo de las alteraciones, sino más bien constatar la presencia de varios mitos y creencias erróneas acerca de los trastornos más frecuentes.

La primera de las preguntas formulada afirmaba que **"Para tratar la eyaculación precoz era eficaz desviar la atención pensando en otra cosa o usar cremas anestésicas"**. Según Kaplan (1978) los pacientes aquejados de este trastorno suelen intentar el control orgásmico a través de una serie de métodos que ella misma califica como de sentido común e incluso dice que ninguno de estos métodos es eficaz para mejorar el control de la eyaculación. Lo único que consiguen es bloquear el placer erótico y por tanto, demorar el inicio de la excitación, pero no mejoran el control una vez se alcanza esa intensa excitación erótica.

De los sujetos encuestados un 63% afirmó desconocer la respuesta. El 26% dió la respuesta correcta mientras que un 10% erró la pregunta.

En una segunda pregunta pretendimos averiguar el falso mito de la resistencia prolongada hasta la obtención del orgasmo afirmando que **"Se considera eyaculación precoz si se eyacula transcurridos dos o tres minutos tras la penetración vaginal"**. Según un estudio efectuado por Kinsey (1947) halló que el 75% de los varones eyaculaban en los dos primeros minutos después de la penetración vaginal.

No quiere esto decir que consideremos que cualquier individuo que eyacule antes de ese margen de tiempo lo consideremos eyaculador precoz y que al que supere esa barrera temporal escape al trastorno, puesto que el criterio adecuado para catalogar a un individuo como eyaculador precoz no admite una definición cuantitativa porque como dice Kaplan (1978) "la patología esencial de este cuadro clínico no se relaciona realmente con el tiempo, el aspecto crucial de la precocidad es más bien la ausencia de control voluntario".

De las respuestas obtenidas por los sujetos descubrimos que hay un cierto equilibrio entre los porcentajes de acierto y de error como se deduce de las proporciones obtenidas, aunque no creemos, por los datos obtenidos, que efectivamente sigan presentes en la opinión de los universitarios los falsos mitos puesto que un 39% considera como falsa tal afirmación, un 46% desconocen la cuestión planteada, y un 15% entiende que es verdadera tal relación.

La tercera cuestión encaminada a valorar el nivel de información sobre el tema afirmaba que **"Suele ser frecuente la simulación del orgasmo para encubrir una disfunción sexual"**. Un estudio efectuado por Garder y Lunde (1980)

halló que dos de cada tres mujeres habían simulado el orgasmo por razones muy diversas y que la simulación, aunque menos frecuente, también se da en hombres aquejados de eyaculación precoz o retardada. Por otra parte Kaplan (1978), en relación con las reacciones a la disfunción orgásmica de la mujer nos dice que "muchas de estas mujeres simulan el orgasmo en el coito".

El 56% de los encuestados afirman estar de acuerdo con la afirmación; un 33% desconocen si la misma es verdadera o falsa y un 11% se equivocan al considerar como falsa la afirmación.

Por último se formuló una pregunta sobre la falta de deseo sexual, en donde afirmábamos que **"La ausencia de deseo sexual es actualmente la principal disfunción sexual"**. Para Lief (1977) el deseo sexual hipoactivo es probablemente la más difundida de las disfunciones sexuales. Lo cierto es que cuando hablamos de cifras de prevalencia e incidencia de los trastornos sexuales no podemos dar cifras absolutas y las cifras que se vierten corresponden a las frecuencias obtenidas en las clínicas especializadas.

Por lo que respecta a los resultados obtenidos con respecto a la afirmación formulada diremos que tan solo un 23% de los encuestados conoce la veracidad de la afirmación mientras que el 36% responde erróneamente a la pregunta, y un 40% manifiestan desconocimiento del tema.

DISCUSIÓN

Debemos resaltar que todavía existen entre la comunidad universitaria una serie de creencias erróneas que es preciso derribar para desarrollar una adecuada vida sexual. Mitos como el de la mayor capacidad sexual del hombre, el de el pene grande como requisito para una proporcionar mayor placer a la mujer, o el del coito simultáneo por citar algunos, mediatizan la forma en que una persona intenta vivir su vida sexual o realizarse sexualmente y predisponen a los individuos hacia el desarrollo potencial de disfunciones sexuales. Según Fairburn y cols. (1983) entre las posibles causas psicológicas de las disfunciones sexuales aparecen entre otros "la ignorancia, los errores sexuales y las actitudes negativas en relación al sexo".

En relación a tales creencias erróneas sería necesario llevar acabo, programas de información y de educación para la salud sexual puesto que, como dice Carrobes (1991) "La práctica totalidad de las personas con problemas sexuales requieren en mayor o menor medida, cubrir alguna laguna en este sentido, e igualmente cabe sugerir que con toda probabilidad alrededor del cincuenta por ciento del total de los problemas sexuales abordados habitualmente en la práctica clínica, pueden ser resueltos trabajando prácticamente en exclusividad en este primer nivel de información y educación sexual".

Es bastante elevada la desinformación de que los universitarios manifiestan en el área relativa a la homosexualidad. Tal es así que mientras que ha cambiado la

actitud médica hacia la homosexualidad, los universitarios la siguen asociando a trastorno, desviación, o enfermedad mental. Se hace por lo tanto necesario contemplar en los programas educativo-informativos, una mención expresa a esta cuestión con vistas a aumentar el nivel de conocimiento sobre ella.

En el área relativa a anticoncepción también es deficitario el nivel de información del que disponen los universitarios puesto que un 43'6% adolece de desconocimiento en un área de especial trascendencia como ésta, lo cual supone un amplio margen de desinformación que deja a una gran proporción de universitarios desprovistos del principal arma preventiva en el terreno de los embarazos no deseados y de las enfermedades de transmisión sexual. Hay que destacar que es muy baja la proporción de universitarios que han acudido a un centro de orientación familiar a solicitar información contraceptiva (9'5%) y que estos en las proporciones mayoritarias suelen hacerlo bien a través de revistas o libros (15%) o acuden a las amistades (más los chicos 10'5%, que las chicas 4'5%), aunque también existe una proporción de un 4'5% que acude a un profesional de la ginecología.

Consideramos necesario diseñar programas educativo-informativos acerca de este área de los métodos anticonceptivos de manera que falsas creencias como la inocuidad y eficacia del coitus interruptus, o la alta eficacia de los métodos naturales (Ogino...), por citar algunas de ellas, desaparezcan.

Aunque la proporción de informaciones correctas en el área relativa a las enfermedades de transmisión sexual supera las proporciones de error más desconocimiento, esto no significa que podamos olvidar esto último si tenemos en cuenta que existe un amplio margen de sujetos que desconoce todavía las circunstancias que rodean a la transmisión de las ETS. Se impone por lo pronto incluir en los programas educativo-informativos, un apartado temático que revise en profundidad los aspectos relacionados con la transmisión de las ETS y que ayude a desmitificar las creencias erróneas que todavía circulan al respecto.

Así mismo los universitarios estiman estar informados de los modos de contagio de las ETS y de los mecanismos de prevención de las mismas en una proporción del 65% . Por lo que respecta al nivel de información de que disponen acerca del tema, un 67'5% contesta disponer de una información escasa o nula. Este dato, y la constatada proporción de desconocimiento nos recomienda facilitar dicha información desde actuaciones informativo-educativas a nivel grupal e individual.

De los datos obtenidos extraemos como principal conclusión que los niveles de información acerca del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida pueden ser calificados como escasos.

La población universitaria alicantina presenta déficit informativos respecto a los siguientes aspectos:

- El número de exposiciones suficientes para un posible contagio.
- Las prácticas y tipos de relaciones sexuales consideradas de mayor riesgo.
- Los primeros síntomas asociados con el desarrollo de la enfermedad.

- Existe una tendencia a considerar las prácticas homosexuales como prácticas que conllevan un mayor riesgo de transmisión que las de tipo heterosexual, manifestando una confusión al considerar más propias de una determinada orientación sexual (homosexuales) un tipo de prácticas (el coito anal) sin considerar que no existe una mayor probabilidad de contagio por el hecho de presentar un tipo u otro de orientación sexual.

- Todavía existen sujetos (11,5%) que manifiestan no conocer las vías de transmisión de la enfermedad.

Por último y con respecto al apartado relativo las disfunciones sexuales los universitarios manifiestan mayores porcentajes de desconocimiento que de error. Los universitarios encuestados desconocen que la simulación del orgasmo suele encubrir una disfunción sexual, el criterio para valorar correctamente la presencia de un problema de eyaculación precoz y que los remedios de "sentido común" que suelen aplicar los eyaculadores precoces no son eficaces.

Consideramos que para el desarrollo de una vida sexual saludable, es necesario que los sujetos posean una información adecuada que les permitan hacer frente a actitudes y creencias erróneas que puedan interferir en sus relaciones sexuales y el desarrollo de su sexualidad.

Todo lo anterior revela que estamos algo lejos de contar con individuos provistos de las creencias más saludables y por lo tanto es necesario crear recursos dirigidos a resolver la desinformación sexual y las creencias sexuales erróneas (pensamos en un "Servicio de Asesoramiento Sexual Universitario") desde el cual orientar y resolver problemas sexuales detectados en nuestra población, a través de los recursos humanos, materiales y técnicos que puede llegar a ofertar a los estudiantes.

La sexualidad está íntimamente relacionada con la salud entendiendo esta como fomento del desarrollo óptimo del bienestar de la persona (como unidad psicosomática) y de la comunidad. Desde esta concepción de la salud adquieren importancia no solo los cuidados orgánicos, sino los psíquico-conductuales, no solo la atención individual sino la comunitaria.

Es decir se trata de vivir lo mejor posible y eso supone un cambio de actitudes, hábitos y estilos de vida. En este contexto recobra todo su sentido una atención a la vivencia de unas relaciones sexuales satisfactorias. Por ello sexualidad y salud están estrechamente vinculadas a la calidad de vida y demandan la necesidad de intervenciones educativo informativas que prevengan y promocionen la

salud sexual en el contexto universitario.

Referencias bibliográficas:

- Abraham, G y Porto, R.: Terapias Sexológicas, Ediciones Pirámide, Madrid, 1978
- Agnew, J.: Hazards associated with anal erotic activity. Archives of sexual Behavior, N°15.
- Akpom, C.A. y cols; Prior sexual behavior of teenagers attending rap sessions for the first time. Family Planning. Perspective, N° 8, 1976.
- Bataller, A; Homosexualidad. Aplicación clínica de la evaluación y terapia de conducta en las homosexualidades egodistónica y egosintónica, Ed promolibro, Valencia, 1993.
- Bataller, A.; Aproximaciones teóricas en la investigación de la homosexualidad, Ed. promolibro, Valencia, 1992.
- Bayarri, F.; Benavent, J.A., La sexualidad de los universitarios valencianos, Universidad de Valencia, 1989.
- Beach, F.A.;Ford,C.S., Conducta sexual de los animales inferiores al hombre, Ed:Fontanella, Barcelona, 1969.
- Bell, T.A y Hein, K. Adolescents and sexually transmitted diseases. En: Holmes K.K, Mardh P-A, Sparling, Wiesner, ed. Sexually Transmitted Diseases, Nueva York, Mac Graw Hill Book, 1984;
- Benavent, J. y col.; Algunas consideraciones sobre sexualidad de la adolescencia universitaria de Valencia, en Rev.
- Berezin, M. A., Masturbation from infancy to senescence, Ed:Irwin M. Marcus y Jhon J. Francis, International University Press, Nueva York, 1975.
- Boswell, J. Hacia un enfoque amplio. Revoluciones universales y categorías relativas a la sexualidad. En varios: Homosexualidad: literatura y política, Madrid, 1985.
- Carrobes, J.A.; Sanz, A.; Terapia sexual; Fundación universidad empresa, Madrid, 1991.
- Clingman, J y Fowler, M.G. Gender roles and human sexuality. J. Pers. Ases. 1976.
- Claesson, B. Información sexual para jóvenes, Ed. Loguez, Salamanca,1978.
- Cowel, C.A.; Wilfull exposure to unwanted pregnancy, Can. Med. Assoc. J., 1974

- Cory, D y Leroy, J. The Homosexual and his society: view from within. The Citadel Press. Nueva York, 1963.
- Dexeus, S. Forroll, E. Barri, P. Anticoncepción, Ed. Salvat, Barcelona 1989.
- Diagnostic and statistical manual mental disorders, revised. American Psychiatric Association (D.S.M. III-R), 1987.
- Elizari, F.J; El secreto profesional y el sida, Dolentium Hominum, 13.
- Evans, R.B. Physical and biochemical characteristics of Homosexuality men. J.Cons.Clin Psychol. 33. 1972.
- Fairburn, C.G.; Dickerson, M.G.; y Greenwood, J.; Sexual problems and their management. Churchill Livingstone, Edimburgo, 1983.
- Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF). Adolescencia: problemas y riesgos. Londres.
- Feldman, M.P.; Abnormal sexual behavior: Males. In Handbook of Abnormal Psychology, Eysenck ed., London , Pitman medical.
- Frank y Cols:Frecuency of Sexual dysfunction in normal couples. Citado en S.Leibun y L.Previn."The development of sex therapy from a sociocultural perspective. En: Leiblum y Pervin (eds.). Principles and practice of sex therapy, Guilford Press, 1980.
- Garder, K. y Lunde, I : Female sexual behaviour: A study in ranson sample of 40 year-old women, Maturitas, 1980.
- García, A. y col; Comportamiento sexual universitario. U.A.B., Barcelona , 1977.
- García, J.L.; La educación sexual en la escuela;la polemica de nunca acabar; Ed: Edutest, Navarra, 1985.
- García, J.L.; La educación sexual en la escuela; algunos términos de la polémica; Ed: Edutest, Guipuzcoa, 1984.
- García, A. et al., Comportamiento sexual universitario, A. garcía, Barcelona, 1977.
- Greenberg, J. A study of male Homosexuals (Predomantly college students) J.Am. Col. Health,1,1963.
- Gutierrez Calvo, M., Sexualidad de los Universitarios, Ed. Epsa, Salamanca, 1978.
- Hernandez, J.; La conducta sexual del adolescente murciano. Ed regional de Murcia, Murcia, 1985.
- Hass, A., Sexualidad y adolescencia, Ed: Grijalbo, Barcelona.
- Hirsh, H. A. Der Zeitiger stand der tubenesterilisation. Januar 1977 in Giessen. GerbutShifle Frauenheilkd, 1977.

- Hunt, M., La conducta sexual hoy, Ed:Edhasa, Barcelona, 1978.
- Kaplan, H.S. La nueva terapia sexual, volumen 1 y 2: Ediciones Grijalbo, Barcelona, 1974.
- Kaplan, H.S. Trastornos del deseo sexual, Ediciones Grijalbo, Barcelona, 1982.
- Kinsey, A.C.: Sex Behavior in the human animal, Ann NY, Acad Sci, 47, 1947.
- Kinsey. A.C.; Pomeroy, W.B.; Martin, C.E.; Gebhard, P.H., Conducta sexual de la mujer, Ed:Siglo XX, Buenos Aires, 1967.
- Kinsey, A.C. Pomeroy, W.B. Martin, C.E. Conducta sexual del hombre. Ed. Siglo XX, Buenos Aires, 1967.
- Labrador, F.J.; Tratamiento psicológico de las disfunciones sexuales. En Echeburúa (Ed.) Parejas en conflicto: estrategias psicológicas de intervención. Universidad del País Vasco, San Sebastián. 1987.
- Lewellyn-Jones, D. Enfermedades de transmisión sexual. Ed Grijalbo, Barcelona, 1987.
- León, J.M; Aguilar, L; Mediavilla, E.: El impacto del SIDA sobre sectores de población sin factores de riesgo asociados, Rev. de Psicología de la Salud, Vol 1, Nº2, 1989.
- Lief, H.: What's New in Sex Research? Inhibited Sexual Desire. medical Aspects of Human Sexuality, Vol II, 7:, Jul. 1977.
- Lindgren, H. Introducción a la psicología social, Ed.Trillas, Mexico, 1975.
- Lopez, F. Fuertes, A., Para comprender la sexualidad, Ed: Verbo Divino, Navarra, 1989.
- López, F., García, G., Montero, M., Rodríguez, J.A., Fuertes, A. Educación sexual en la adolescencia, ICE, Salamanca, 1986.
- MacGanity, W. J.; Pregnancy in the adolescent; Am. J. Obst. Gynec, 1969.
- Malo de Molina, C.; Valls, J.M.; Pérez, A., La conducta sexual de los españoles, ed:Ediciones B, Barcelona, 1988.
- Masters, W. Jhonson, V. y Kolodny, R; La sexualidad humana, Grijalbo, Barcelona, 1987.
- Masters & Jhonson. Respuesta Sexual Humana, Ed.Interamericana, Buenos Aires, 1967.

- Masters, W; Jhonson, V.:El sexo en los tiempos del SIDA, Ediciones B, Barcelona, 1988.
- Meignant, M: Las disfunciones sexuales en la sexología humanísta, Rev. Sexología nº 2, 1979.
- Millham, J. San Miguel, C.L. y Kellog, R. A factor analitic conceptualization of attitudes toward male and female homosexuals. J. Homosex, 1976.
- Morgan, J. y Nolan, J. Risk of AIDS with artificial insemination, New England Journal of Medicine Nº:314, 1986.
- Newcomb, M.D; Huba, G.J.; Bentler, P. M; Determinants of sexual and dating behaviors among adolescents, Journal of Personality and Social Psychology, 50, 1986.
- Paez, D; Vergara, A; Romo, I. Actitudes, representaciones sociales y prevención en el caso del SIDA. Rev. Papeles de Psicólogo, Nº53, 1992.
- Perea, E.J.; Enfermedades de Transmisión sexual. Ed. Doyma. Barcelona, 1993.
- Planes, M.: Percepción del riesgo personal de sufrir el SIDA en estudiantes universitarios. Rev: Análisis y Modificación de Conducta, Vol 19, Nº68, 1993.
- Reiss, I. El renacimiento sexual en Reiss, I., "Hacia una sexualidad racional".
- Robertson, DHH, MacMillan, A. Young H. Enfermedades de Transmisión sexual. Ed Doyma, Barcelona, 1984.
- Rozembaum,H.; Anticoncepción: indicaciones y contraindicaciones. Ed. Toray-Masson, Barcelona, 1977.
- Sarnoff, S.; Sarnoff,I., Onanismo, Ed:Grijalbo, Barcelona, 1980.
- Serrano Vicens, R.: La sexualidad femenina, Ed Júcar, Oviedo, 1975.
- Shoefield, M. Aspectos sociales de la Homosexualidad. Ed. Fontanella. Barcelona, 1969.
- Sierra Bravo; Técnicas de investigación social, Teorías y ejercicios, Ed Paraninfo, Madrid, 1989.
- Spira,A. y Messiah, A. Las Enfermedades de transmisión sexual. Rev. Mundo Científico Nº96. vol:9.
- Tordjman, G. Enfermedades de transmisión sexual y sociedad. Rev. Tiempos Médicos, Especial verano 1987.
- Unidad de ETS del Instituto Dexeus. Manual de Enfermedades de Transmisión Sexual. Ed. Medici, Barcelona, 1986.

- Usieto,R. El paradigma social del SIDA. Ponencia del III Congreso Estatal de Planificación Familiar, Valladolid, 1987.
- Weinberg, G. La homosexualidad sin prejuicios. Un revolucionario enfoque psicológico. Ed. Granica.Barcelona, 1977.
- Wiley, J.A.; Wilkenstein, W.: Ineffectivity of the human immunodeficiency virus: Estimates from prospective study of homosexual men. Journal of Infectious Diseases Nº: 156, 1987.
- III Congreso estatal de planificación familiar; Programas de atención a adolescentes en sexualidad y anticoncepción. Revisión de programas, propuestas de actuación. Valladolid, 1987.
- III Congreso estatal de planificación familiar; Programas de atención a adolescentes en sexualidad y anticoncepción. Revisión de programas, propuestas de actuación. Valladolid, 1987.

