

VARIABLES PSICOSOCIALES QUE MEDIAN EN EL DEBUT SEXUAL DE ADOLESCENTES EN ESPAÑA

Psychosocial variables related to sexual debut in adolescents in Spain

Recibido: Febrero de 2010
Aceptado: Agosto de 2010

Ángel Castro

M^a Paz Bermúdez

Gualberto Buela-Casal

Universidad de Granada (España)

Juan Madrid

Centro Madrid Salud Joven (España)

Correspondencia: Ángel Castro. E-mail: castroa@ugr.es; M^aPaz Bermúdez. E-mail: maripaz@ugr.es; Gualberto Buela-Casal. E-mail: gbuela@ugr.es. Facultad de Psicología, Universidad de Granada. Campus de Cartuja s/n. 18011, Granada (España). Juan Madrid. Centro Madrid Salud Joven. C/Navas de Tolosa, n^o8. 28013, Madrid (España). Email: madridgj@munimadrid.es.

Resumen

El objetivo de esta investigación es analizar las variables sociodemográficas y psicosociales que median en el debut sexual de los adolescentes en España. Participaron 2.153 adolescentes residentes en España, entre 14 y 19 años de edad, y de distinto origen cultural. De ellos, el 67.7% eran autóctonos españoles y el 32.3% inmigrantes latinoamericanos. El 19.2% de los participantes no había tenido contacto sexual, el 47.3% lo había tenido sin penetración y el 33.5% restante manifestó haber tenido relaciones sexuales con penetración. Se llevó a cabo una regresión logística multinomial para comparar a los adolescentes de los tres grupos, a través de la cual se concluye que las relaciones sexuales sin penetración pueden ser predichas por las actitudes positivas hacia el preservativo y que las relaciones sexuales con penetración pueden serlo por la adaptación personal, la adaptación escolar y las actitudes positivas hacia el preservativo. Posteriormente, a través de un análisis de regresión logística binaria, se obtuvo que los adolescentes latinoamericanos, las mujeres, los que están más adaptados en el ámbito personal y los que presentan menos autoeficacia en el uso del preservativo tienen más probabilidades de tener relaciones sexuales con

Abstract

The aim of this study was to analyze variables that are related to sexual debut in adolescents in Spain. Participants were 2.153 adolescents who lived in Spain. Ages ranged from 14 to 19 years old. Of them, 67.7% were native Spanish and 32.3% were Latin American immigrants. 19.2% of adolescents had never had any sexual contact; 47.3% had had sexual activities without penetration and 33.5% reported sexual intercourse experience. A multinomial logistic regression analysis was performed to compare these three groups of adolescents. According to that analysis, positive attitudes towards condom use predicted sexual activities without penetration. Likewise, personal and scholar adaptation and positive attitudes towards condom use predicted sexual intercourse experience. Subsequently, a binomial logistic regression analysis was performed. This analysis showed that Latin American adolescents, females, those adolescents who were more adapted in the personal area as well as those who had less self-efficacy towards condom use, had a higher likelihood of having had sexual intercourse experience. In the discussion section, relevance of age at first sexual intercourse as a key factor for sexual risk behaviour engagement is highlighted.

penetración. En la discusión se resalta la importancia de la edad de inicio en las relaciones sexuales como factor clave para la emisión de conductas sexuales de riesgo.

Palabras clave: debut sexual; adolescentes; conductas sexuales de riesgo; latinoamericanos; variables psicosociales.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, actualmente constituyen una de las principales amenazas para la salud de los adolescentes. La principal vía de transmisión del VIH en esta población son las relaciones sexuales no protegidas (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2002; Prado, Schwartz, Pattatuci-Aragón, Clatts, Pantin, Fernández, et al., 2006). Dentro del análisis de las conductas sexuales de riesgo, en los últimos años se ha prestado especial atención a la edad de inicio en las relaciones sexuales, pues se estima que un inicio temprano está asociado a un incremento del riesgo de infección por una ITS (Rosenthal, von Ranson, Cottom, Biro, Mills, & Succop, P.A., 2001; Schofield, Bierman, Heinrichs & Nix, 2008; Tenkorang & Maticka-Tyndale, 2008).

En España, recientemente se han publicado estudios en los que se analiza la edad de debut sexual de los adolescentes. En una investigación realizada en 2000, Hidalgo, Garrido y Hernández (2000) señalaron que los varones se inician en el sexo a una edad media de 15.4 años y las mujeres a los 16.1 años. Moreno, Muñoz, Pérez y Sánchez (2004) obtuvieron una edad media de inicio de 15.33 años para los varones y de 15.52 para las mujeres. Por su parte, Teva, Bermúdez y Buela-Casal (2009b) hallaron una edad media en el primer contacto sexual de 14.8 años para las mujeres y de 15 años para los varones.

Un nuevo campo de investigación en el tema se está desarrollando con el análisis de la población adolescente inmigrante y su comparación con la autóctona. Bermúdez, Castro, Madrid y Buela-Casal (2010) analizaron la conducta sexual de los adolescentes autóctonos españoles y la compararon con la de los inmigrantes latinoamericanos residentes en España, que conforman la población inmigrante más numerosa. Obtuvieron una edad media de inicio de 15.1 años en los autóctonos y de 15.09 en los inmigrantes, resultado que no ofrece diferencias significativas. Donde sí las hay, es en el estudio de Prado

Key words: sexual debut; adolescents; sexual risk behavior; latinamericans; psychosocial variables.

et al. (2006) en Estados Unidos, en el que concluyen que el 8.3% de los latinos se inicia en el sexo antes de los 13 años, porcentaje que duplica al de los blancos no latinos. En todos los casos, las edades son muy bajas y, como afirma el CDC (1999), los adolescentes que se inician antes en su actividad sexual con penetración se encuentran más tiempo expuestos al riesgo. Debido a ese inicio temprano y al sexo desprotegido, potenciado por el consumo de drogas y alcohol (Pantin, Prado, Schwartz & Sullivan, 2005), los latinos presentan una incidencia de VIH en Estados Unidos de entre 3.1 y 5.3 veces superior a la de los blancos no hispanos (Villarruel, Jemmott & Jemmott, 2005). En España, como afirman Bermúdez, Castro, Gude y Buela-Casal (2010), los adolescentes latinos tienen 1.5 veces más probabilidades que los autóctonos de infectarse por una ITS/VIH, debido a variables psicosociales que median ante la emisión de conductas sexuales de riesgo.

Además del sexo y del origen cultural, existen otras variables relacionadas con el origen cultural de los adolescentes, que influyen en el inicio temprano en el sexo y que, a su vez, se relacionan con una mayor emisión de conductas de riesgo. Manlove, Ryan y Franzetta (2007) destacan la existencia de factores individuales y escolares que determinan la adaptación de los adolescentes a la sociedad en la que viven y que influyen en el debut sexual. En cuanto a las variables de carácter personal, algunos estudios destacan la baja autoestima como predictor de un inicio sexual temprano (Price & Hyde, 2009). Otros autores concluyen que aquellos que se inician antes en el sexo, muestran un mayor consumo de drogas y alcohol, un mayor número de parejas sexuales a lo largo de su vida (Murray, Zabin, Toledo-Dreves & Luengo-Charath, 1998), menor autoeficacia en el uso del preservativo (Farmer & Meston, 2006). O'Donnell, Myint, O'Donnell & Stueve (2003), y afirman, además, que quizá los jóvenes pertenecientes a minorías étnicas no conocen qué son las ITS y cómo prevenirlas, con lo cual subestiman su

importancia y muestran poca o nula preocupación por una posible infección (Crosby, DiClemente, Wingood, Sionean, Harrington, Davies, et al. 2001). Relacionado con esto, Tenkorang y Maticka-Tyndale (2008) señalan que, en muchas culturas, aún existen mitos que hay que erradicar relacionados con la doble moral sexual y con la dinámica de poder en la pareja. Un ejemplo es la creencia de que los varones deben iniciarse antes en el sexo para enseñar a las mujeres. DiClemente, Wingood, Harrington, Lang, Davies y Hook. (2004) exponen la relevancia de las actitudes hacia el preservativo y de la autoeficacia en su uso, las cuales determinan la emisión de conductas sexuales de riesgo y ejercen una influencia relevante a la hora de iniciarse en las relaciones sexuales con penetración, pues influyen en la negociación sexual (Ortega & Serrano-García, 2006). Otra causa de un inicio sexual temprano es tener una pareja de mayor edad, sobre todo en el caso de las mujeres (Young & d'Arcy, 2005). Así, en un estudio realizado por Cotton, Mills, Succop, Biro y Rosenthal (2004) entre adolescentes con parejas mayores, se encontró que el 78% de ellas creía haberse iniciado demasiado joven en el sexo, frente al 22% que pensaba que se inició en el momento adecuado.

El factor académico también es esencial, pues varias investigaciones demuestran que el nivel educativo correlaciona inversamente con el inicio temprano en el sexo (Manlove et al., 2007). Una mala adaptación escolar, caracterizada por bajas calificaciones y por expulsiones continuas del colegio, se relaciona con un inicio temprano (Manlove et al., 2007; Price & Hyde, 2009). De hecho, Sabia (2007) afirma que los adolescentes que han mantenido relaciones sexuales presentan menos apego hacia el colegio que el resto. Otra variable psicosocial importante en el contexto escolar y en el contexto social es la discriminación percibida, que suele ser mayor en el caso de los adolescentes inmigrantes y que puede determinar una mayor vulnerabilidad ante las ITS (Sánchez, Lemp, Magis-Rodríguez, Bravo-García, Carter & Ruiz, 2004).

Todas las variables citadas pueden influir en el hecho de que, en España, en los últimos años, se observe un incremento en el número de infecciones por el VIH y de casos de sida diagnosticados en inmigrantes (Centro Nacional de Epidemiología y Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Bermúdez, Castro y Bucla-Casal (2009), afirman que alrededor del 15% de las nuevas infecciones por el VIH se diagnostican en jóvenes inmigrantes de

origen latinoamericano, quienes son menos del 3% del total de la población española. Debido a esas elevadas tasas y a la relevancia de la edad de inicio sexual en la emisión de conductas sexuales de riesgo, se presenta este estudio *ex post facto* de tipo prospectivo (Montero & León, 2007), cuyo objetivo fundamental es analizar las variables sociodemográficas (origen, sexo, edad media de la pareja) y psicosociales (doble moral sexual, preocupación hacia las ITS, preocupación hacia el VIH, control sobre la relación de pareja, control sobre la toma de decisiones en la pareja, adaptación personal, adaptación familiar, adaptación escolar y adaptación social, actitudes hacia el preservativo, autoeficacia en el uso del preservativo y discriminación percibida) que pueden mediar en el debut sexual de los adolescentes en España, teniendo en cuenta a los dos grupos mayoritarios: el de autóctonos españoles y el de adolescentes de origen latinoamericano. De esta manera, se espera obtener una visión completa y real de cuáles son las variables que median ante el inicio sexual, cómo median ante ese inicio y si alguna de esas variables puede influir en la emisión de conductas sexuales de riesgo ante las ITS/VIH, para actuar de forma preventiva.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 2.153 adolescentes residentes en España, de los cuales el 67.7% eran de origen autóctono y el 32.3% inmigrantes de origen latinoamericano. Por sexo, el 50.7% de los participantes eran varones y el 49.3% mujeres. La media de edad de los participantes fue de 16.1 años ($DT = 1.01$). El 38.9% de los participantes manifestó tener pareja, por el 61.1% que no tenía. La edad media de la pareja de aquellos que afirmaron tenerla fue de 17.1 años ($DT = 2.26$). Además, más del 96% de los adolescentes latinoamericanos afirmaron llevar más de un año residiendo en España y, aproximadamente, un 85% de ellos afirmó llevar más de dos años. Los criterios de inclusión en esta investigación fueron: a) tener entre 14 y 19 años; b) ser de origen autóctono español o proceder de algún país de Latinoamérica; c) residir en España, y e) participar voluntariamente en la investigación, una vez debidamente informados de sus objetivos. El Comité de Ética de la Universidad de Granada aprobó el procedimiento de esta investigación, detallado más adelante.

Instrumentos de medida

Cuestionario sobre datos sociodemográficos y conducta sexual (Teva, Bermúdez & Buela-Casal, 2009a; Teva et al., 2009b). Está compuesto por 23 ítems, mediante los cuales se recoge información sobre aspectos sociodemográficos y sobre las relaciones sexuales mantenidas por los adolescentes (no relaciones sexuales, relaciones sexuales sin penetración o relaciones sexuales con penetración).

Double Standard Scale (DSS; Caron, Davis, Halteman & Stickle, 1993). Fue utilizada la versión española de Sierra, Rojas, Ortega y Martín-Ortiz (2007), que consta de 10 ítems para evaluar la doble moral sexual, con cinco opciones de respuesta que van desde *Muy en desacuerdo* hasta *Muy de acuerdo*. Caron et al. (1993) informaron de una consistencia interna igual a .72 y Sierra et al. (2007) hallaron valores iguales a .70 para mujeres y .76 para varones. En el presente estudio, el valor alpha de Cronbach fue de .76 para la muestra de autóctonos y de .86 para latinoamericanos.

Cuestionario de Preocupación por ITS/VIH (Crosby et al., 2001; Gutiérrez-Martínez, Bermúdez, Teva & Buela-Casal, 2007). Consta de ocho ítems, cuatro de ellos evalúan la preocupación por las ITS (e.g. *Tú podrías coger una Infección de Transmisión Sexual*), y las cuatro restantes la preocupación por el VIH (e.g. *Tú podrías coger el VIH/sida*). Cada ítem tiene cinco opciones de respuesta, que van desde *Nada de acuerdo* a *Completamente de acuerdo*. Gutiérrez-Martínez et al. (2007) obtuvieron una consistencia interna de .75 en la subescala de preocupación por ITS y de .85 en la de preocupación por VIH. En el presente estudio se obtuvo un alpha de Cronbach de .84 en la preocupación por ITS y de .87 en la preocupación por VIH para los adolescentes autóctonos y de .88 y .87 respectivamente para los latinoamericanos.

Sexual Relationships Power Scale (SRPS; Pulerwitz, Gortmaker & DeJong, 2000). Se utilizó la versión castellana de Pulerwitz et al. (2000). La versión final está compuesta por 23 ítems que se dividen en dos subescalas: *Control sobre la Relación*, que consta de 15 ítems con 4 opciones de respuesta, que van desde *Muy de acuerdo* hasta *Muy en desacuerdo* y *Control sobre la Toma de Decisiones*, compuesta por 8 ítems con tres opciones de respuesta: *Su pareja*, *Ambos por igual* y *Usted*. Un ejemplo de los ítems de la primera subescala sería: *Mi pareja tiene más peso que yo en las decisiones*

importantes que nos afectan y, de la segunda subescala, *¿Quién tiene normalmente más peso a la hora de decidir qué cosas hacen ustedes juntos?* Pulerwitz et al. (2000) obtuvieron un valor alpha de Cronbach de .85 y .63 en ambas subescalas de la versión original, y de .89 y .60 en la versión española. La consistencia interna en el presente estudio fue de .88 para autóctonos y .89 para inmigrantes en la subescala de control sobre la relación, y de .60 para autóctonos y .85 para inmigrantes en la que evalúa el control sobre la toma de decisiones en la pareja.

Inventario de Adaptación de Conducta (IAC; Cruz & Cordero, 1981). Consta de 123 ítems que permiten evaluar la adaptación global de niños y adolescentes a partir de cuatro subescalas: adaptación personal, familiar, escolar y social, con tres opciones de respuesta, *Sí*, *No sé* y *No*. Cruz y Cordero (1981) obtuvieron una consistencia interna de .81 en la adaptación personal, .85 en la familiar, .85 en la escolar, .82 en la social y de .97 en la adaptación global. En el presente estudio, el valor alpha de Cronbach fue de .79 en la adaptación personal, .84 en la familiar, .85 en la escolar, .81 en la social y .98 en la adaptación global para los autóctonos, y de .82 en la adaptación personal, .85 en la familiar, .84 en la escolar, .82 en la social y de .97 en la adaptación global para los latinoamericanos.

Cuestionario sobre actitudes hacia el preservativo (DiClemente et al., 2004). La adaptación al castellano fue realizada siguiendo las guías de la *International Test Commission* (Muñiz & Hamblenton, 1996; Hamblenton, 2001). Está compuesto por ocho ítems, tres de los cuales evalúan actitudes negativas hacia el preservativo y los cinco restantes evalúan actitudes positivas hacia su uso. Cada ítem (e.g. *La gente que usa condones se acuesta con cualquiera*, o *Me parecería bien si mi pareja planteara la idea de usar un condón*) cuenta con cinco opciones de respuesta, que van desde *Nada de acuerdo* hasta *Completamente de acuerdo*. DiClemente et al. (2004) informaron de un valor alpha de Cronbach de .68. En el presente estudio se obtuvo una fiabilidad de .84 en las actitudes positivas y .78 en las negativas para los autóctonos, y de .77 y .78 respectivamente para los adolescentes latinoamericanos.

Cuestionario sobre autoeficacia en el uso del preservativo (DiClemente et al., 2004). La adaptación al castellano fue realizada siguiendo las guías de la *International Test Commission* (Muñiz & Hamblenton, 1996; Hamblenton, 2001). Consta

de nueve ítems que evalúan la autoeficacia en el uso del preservativo, con base en cuatro opciones de respuesta, desde *Nada difícil* hasta *Bastante difícil*. Los autores informaron de una fiabilidad de .88. En el presente estudio se obtuvo un valor alpha de Cronbach de .90 para los adolescentes autóctonos y de .92 para los latinoamericanos.

Cuestionario de discriminación percibida (Navas, García, Rojas, Pumares & Cuadrado, 2007). Está formado por siete ítems que evalúan la discriminación percibida en varios ámbitos: político, bienestar social, vivienda, trabajo, ámbito social, medios de comunicación y religioso. Uno de los ítems de este cuestionario es: *¿En qué grado cree usted que, en este país, las personas latinoamericanas son peor tratadas que las autóctonas en el ámbito político?* Presenta cinco opciones de respuesta para cada ítem, que van desde *Nada* hasta *Mucho* y existen dos versiones: una para autóctonos y otra para inmigrantes. Navas et al. (2007) informaron de una consistencia interna de .86 en la versión de autóctonos y 0.77 en la de inmigrantes. En el presente estudio se obtuvo una fiabilidad de .80 para cada una de las versiones.

Procedimiento

La recogida de datos se llevó a cabo en centros educativos, asociaciones de inmigrantes y centros de salud especializados en salud sexual de varias provincias españolas. Tanto en las asociaciones como en los centros de salud, los datos fueron recopilados por el mismo investigador, en grupos reducidos y tras haber informado debidamente a los participantes de los objetivos de la investigación y de la voluntariedad de participar en ella. En cuanto a los centros educativos, se solicitó a las delegaciones de educación de varias provincias españolas un listado con el número de centros que tenían un mayor número de alumnos de origen latinoamericano matriculados. Posteriormente, se contactó a esos centros. Varios investigadores, previamente entrenados, llevaron a cabo la recogida de datos de aquellos que aceptaron colaborar tras haber sido informados de los objetivos de la investigación, y luego de obtener su consentimiento informado. Esto se hizo en grupos de 15-20 alumnos y bajo las mismas condiciones para todos. Para la redacción del manuscrito, se siguieron las normas establecidas por Ramos-Álvarez, Moreno-Fernández, Valdés-Conroy y Catena (2008).

Resultados

En primer lugar, se distribuyó a los participantes en tres grupos, según su experiencia sexual, hasta el momento de la evaluación. El primer grupo estuvo formado por adolescentes que no habían tenido ningún contacto sexual; el segundo, por aquellos que habían tenido contacto sexual sin penetración y, el tercero y último grupo, por adolescentes que afirmaron haber tenido contacto sexual con penetración. La distribución según origen, sexo y edad de los miembros de cada uno de los tres grupos, se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1.
Distribución por origen, sexo y edad de los participantes según su historia de vida sexual (sin contacto sexual, contacto sexual sin penetración, contacto sexual con penetración)

Variables	Participantes
Adolescentes sin contacto sexual	n = 413
Autóctonos	254
Varones	148
Mujeres	106
Latinos	159
Varones	85
Mujeres	74
Media edad (DT)	16.06 (1.16)
Adolescentes con contacto sexual sin penetración	n = 1.019
Autóctonos	784
Varones	401
Mujeres	383
Latinos	235
Varones	110
Mujeres	125
Media edad (DT)	16.03 (1.04)
Adolescentes con contacto sexual con penetración	n = 721
Autóctonos	420
Varones	192
Mujeres	228
Latinos	301
Varones	156
Mujeres	145
Media edad (DT)	16.08 (1.12)

Posteriormente, se llevó a cabo una regresión logística multinomial, con el objetivo de analizar la pertenencia de los participantes a los tres grupos definidos según su historia de vida sexual (no relaciones sexuales, relaciones sexuales sin penetración y relaciones sexuales con penetración), en función de predictores sociodemográficos y psicosociales (origen, sexo,

doble moral, preocupación por ITS, preocupación por VIH, control sobre la relación, control sobre la toma de decisiones, actitudes negativas hacia el preservativo, actitudes positivas hacia el preservativo, autoeficacia en el uso del preservativo, adaptación personal, adaptación familiar, adaptación escolar, adaptación social y discriminación percibida).

Tabla 2.
Regresión logística multinomial del debut sexual en los grupos con relaciones sexuales con y sin penetración en los participantes

Grupo	Predictores	B	Error estándar	Wald	p	Odds
Sin penetración						
	Origen	0.15	0.49	0.09	0.76	1.16
	Sexo	0.18	0.43	0.18	0.67	1.20
	Doble moral	0.03	0.03	0.97	0.32	1.03
	Preocupación ITS	-0.17	0.10	2.93	0.09	0.84
	Preocupación VIH	0.22	0.11	3.55	0.06	1.24
	Control sobre relación	0.02	0.03	0.41	0.52	1.02
	Control toma decisiones	-0.07	0.10	0.47	0.49	0.93
	Actitudes negativas preserv.	-0.04	0.08	0.27	0.60	0.96
	Actitudes positivas preserv.	0.16	0.05	10.65	0.001	1.17
	Autoeficacia uso preserv.	0.04	0.02	2.28	0.13	1.04
	Adaptación personal	0.14	0.05	7.46	0.006	1.15
	Adaptación familiar	-0.10	0.04	5.51	0.02	0.91
	Adaptación escolar	-0.11	0.04	8.28	0.004	0.89
	Adaptación social	0.10	0.04	5.69	0.02	1.11
	Discriminación percibida	-0.04	0.04	1.05	0.30	0.96
Con penetración						
	Origen	-1.22	0.47	6.70	0.01	0.29
	Sexo	-0.49	0.42	1.32	0.25	0.61
	Doble moral	0.01	0.03	0.05	0.81	1.01
	Preocupación ITS	-0.09	0.09	0.96	0.33	0.91
	Preocupación VIH	0.20	0.11	3.17	0.07	1.22
	Control sobre relación	0.03	0.03	0.98	0.32	1.03
	Control toma decisiones	-0.07	0.09	0.51	0.47	0.93
	Actitudes negativas preserv.	-0.03	0.07	0.13	0.71	0.97
	Actitudes positivas preserv.	0.17	0.05	11.96	0.001	1.18
	Autoeficacia	-0.06	0.02	5.93	0.01	0.94
	Adaptación personal	0.22	0.05	18.67	0.000	1.25
	Adaptación familiar	-0.12	0.04	7.72	0.005	0.89
	Adaptación escolar	-0.14	0.04	12.96	0.000	0.87
	Adaptación social	0.08	0.04	3.85	0.05	1.09
	Discriminación percibida	-0.01	0.03	0.04	0.83	0.99

Tabla 3.
Medias y desviaciones típicas de varios predictores en los tres grupos de comparación

Predictor	Grupo	M	DT
Actitudes positivas preserv.	No relaciones	21.04	3.91
	Sin penetración	21.91	3.43
	Con penetración	21.47	3.85
Adaptación personal	No relaciones	17.23	5.69
	Sin penetración	18.31	5.38
	Con penetración	18.88	5.51
Adaptación escolar	No relaciones	17.62	6.75
	Sin penetración	16.81	6.33
	Con penetración	16.30	6.25

Los resultados mostraron un modelo significativo ($-2 \log \text{likelihood} = 810.09$; $\chi^2 = 185.17$; $p < 0.001$), con un buen ajuste ($\chi^2 = 810.09$; $p = 1$) según el criterio *deviance*, R^2 Nagelkerke = 0.33. El nivel de confianza se ajustó debido al elevado número de predictores para protegerse contra la tasa de error Tipo I ($\alpha = 0.0031$) (Tabachnick & Fidell, 2001). Así, el principal predictor del grupo con relaciones sexuales sin penetración fueron las actitudes positivas hacia el preservativo, mientras que del grupo con relaciones sexuales con penetración fueron la adaptación personal, la adaptación escolar y las actitudes positivas hacia el preservativo (véase la Tabla 2). Este modelo mostró un poder de clasificación global del 67.2%, siendo del 1.2% para el grupo sin relaciones sexuales, del 27.6% para el grupo de relaciones sexuales sin penetración y del 71.2% para el grupo que había mantenido relaciones con penetración. Las diferencias entre los grupos en las variables predictoras mostraron que los participantes que han tenido relaciones sexuales sin penetración manifiestan tener más actitudes positivas hacia el preservativo, mientras que aquellos que han tenido relaciones sexuales con penetración, muestran mayor adaptación personal, menor adaptación escolar y más actitudes positivas hacia el preservativo (véase la Tabla 3).

Para determinar si existen diferencias entre los participantes que habían tenido contacto sexual sin penetración y los que habían tenido contacto sexual con

penetración, se realizó un análisis de regresión logística por el método *introducir*. Así, se buscó determinar si las variables sociodemográficas y psicosociales evaluadas en esta investigación pueden actuar como predictoras de las relaciones sexuales con penetración. Se obtuvo un único modelo con un ajuste igual a 0.30 según el estadístico R^2 de Nagelkerke. La prueba de ajuste de Hosmer y Lemeshow no resultó estadísticamente significativa, lo que también indica un buen ajuste del modelo ($c^2 = 9.86$; $p = 0.27$). Las variables que entraron en el modelo como predictoras fueron el origen, el sexo, la autoeficacia en el uso del preservativo y la adaptación personal (véase la Tabla 4); dicho modelo permite una predicción correcta del 71.90% de los casos (la clasificación de los participantes en función del modelo se puede observar en la Tabla 5).

Las *odds ratio* obtenidas indican que: a) los adolescentes latinoamericanos tienen 4.09 veces más probabilidad de tener relaciones sexuales con penetración que los autóctonos; b) las mujeres tienen 2.08 veces más probabilidad de tener relaciones sexuales con penetración que los varones; c) la probabilidad de tener relaciones sexuales con penetración aumenta un 0.90 por cada unidad que aumente la autoeficacia en el uso del preservativo, con lo que esta variable funciona como protectora, y d) la probabilidad de tener relaciones sexuales con penetración aumenta en 1.09 veces por cada unidad que aumenta la adaptación personal.

Tabla 4.
Variables que predicen el contacto sexual con penetración

Variables	B	E.T.	Wald	gl	p	OR	I.C. 95% OR	
							Inferior	Superior
Origen	-1.41	0.26	29.69	1	0.000	4.09	2.47	6.80
Sexo	-0.73	0.24	9.33	1	0.002	2.08	1.30	3.34
Doble moral	-0.02	0.01	1.67	1	0.20	0.98	0.95	1.01
Preocupación ITS	0.09	0.05	2.54	1	0.11	1.09	0.98	1.22
Preocupación VIH	-0.01	0.05	0.05	1	0.82	0.99	0.88	1.10
Control relación	0.01	0.02	0.35	1	0.55	1.01	0.98	1.04
Control toma decisiones	-0.01	0.05	0.02	1	0.88	0.99	0.90	1.09
Act. negativas preserv.	0.02	0.04	0.24	1	0.62	1.02	0.94	1.11
Act. positivas preserv.	0.01	0.03	0.02	1	0.88	1.00	0.94	1.07
Auteficacia preservativo	-0.10	0.01	54.27	1	0.000	0.903	0.88	0.93
Discriminación percibida	0.02	0.02	1.53	1	0.22	1.02	0.98	1.07
Adaptación personal	0.09	0.03	9.46	1	0.002	1.09	1.03	1.15
Adaptación familiar	-0.02	0.02	0.77	1	0.38	0.98	0.94	1.02
Adaptación escolar	-0.02	0.02	1.13	1	0.29	0.98	0.94	1.02
Adaptación social	-0.02	0.02	1.01	1	0.31	0.97	0.94	1.02

Tabla 5.
Número y porcentaje de casos clasificados correctamente en la predicción del contacto sexual con penetración

Observado	Pronosticado		% correcto
	Sin penetración	Con penetración	
Sin penetración	98	100	49.5
Con penetración	53	294	84.7
% total			71.9

Discusión

Como se manifiesta en este estudio, una edad temprana de inicio en las relaciones sexuales coitales está relacionada con la emisión de conductas sexuales de riesgo para el VIH (Rosenthal et al., 2001; Schofield et al., 2008; Tenkorang & Maticka-Tyndale, 2008), ya sea por las características asociadas a las personas que se inician de forma temprana (Manlove et al., 2007) o simplemente porque, como afirma el CDC (1999), la vida sexual de esas personas es más larga, estando más tiempo expuestas al riesgo y con la posibilidad de tener relaciones con un mayor número de personas distintas. Tras consultar los estudios realizados en los últimos años en España, expuestos en la introducción de esta investigación, se constata que la edad media de inicio

de los adolescentes ha ido descendiendo en los últimos años, hasta estar actualmente en torno a los 15 años. Es una edad muy temprana y por eso es importante identificar y trabajar sobre los factores que inciden en esa conducta.

En esta investigación, se ha concluido que el origen es una variable sociodemográfica que determina el inicio sexual de los adolescentes en España, pues los latinoamericanos tienen cuatro veces más probabilidades de iniciarse en las relaciones con penetración que los autóctonos. Sin embargo, en otra investigación realizada con una muestra similar, no se obtuvieron diferencias significativas en la edad de inicio en las relaciones sexuales coitales, es más, se obtuvo que los autóctonos se iniciaron a los 15.09 años, frente a los 15.10 años de los latinos (Bermúdez, Castro,

Madrid et al., 2010). Con estos datos, se puede concluir que, aunque tienen más probabilidades de tener relaciones sexuales con penetración, los adolescentes inmigrantes latinoamericanos residentes en España se inician a la vez que los autóctonos españoles. Una explicación a este hecho puede ser la influencia que ejercen los adolescentes autóctonos sobre los latinoamericanos, tanto en los centros educativos como fuera de ellos, haciendo que los latinos imiten las pautas conductuales de los autóctonos. De la misma manera, dado que es probable que muchos adolescentes latinoamericanos tengan su primer contacto sexual con adolescentes autóctonos, es probable que adopten un patrón conductual parecido al del grupo mayoritario. Aún así, son necesarias más investigaciones en las que se analice la edad de inicio de los adolescentes inmigrantes en España, tanto los de origen latinoamericano como del resto, pues se ha demostrado la relación de la edad de debut sexual con la emisión de conductas de riesgo (Rosenthal et al., 2001; Schofield et al., 2008; Tenkorang & Maticka-Tyndale, 2008), y este hecho puede influir en las altas tasas de VIH que presentan los inmigrantes en España (Centro Nacional de Epidemiología y Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009), al igual que en otros países, principalmente en Estados Unidos (CDC, 1999; Prado et al., 2006).

El sexo es otra variable relevante como predictora del inicio sexual con penetración. Según los resultados obtenidos, las mujeres tienen el doble de probabilidades de iniciarse en las relaciones sexuales coitales que los varones, resultados que se traducen en un inicio temprano, como se observa en otros estudios. Hidalgo et al. (2000) concluyeron que los varones españoles se inician en las relaciones sexuales a los 15.40 años, por los 16.10 de las mujeres. En investigaciones posteriores, la edad media de inicio de las mujeres ha ido descendiendo, mientras que la de los varones se ha mantenido estable. En 2004, Moreno Rodríguez et al. (2004), obtuvieron una edad media de inicio de 15.33 años para los varones y 15.52 para las mujeres; por su parte, Teva et al. (2009b) hallaron una edad media de inicio de 15 años para los varones y de 14.80 para las mujeres. El descenso en la edad de debut sexual de las mujeres plantea la necesidad de prestar una atención especial a esta población, en la que se observa un aumento en las tasas de infección por VIH en los últimos años a nivel internacional (ONUSIDA, 2009) y que, como se ha demostrado en otras investigaciones, en el caso de las latinoamericanas, tienen más difícil el acceso al sexo seguro

(Bermúdez, Castro, Gude et al., 2010; Castro, Bermúdez & Buela-Casal, 2009). Como se vio en la introducción de este trabajo, la edad media de la pareja es una variable que media ante el inicio sexual, sobre todo en el caso de las mujeres. En esta investigación, la edad media de la pareja de aquellos que la tenían era un año mayor que la de los participantes, aunque menos del 40% de ellos manifestaron tener pareja, con lo que no pudo ser una variable incluida en el análisis.

Otras variables que pueden mediar en el inicio en las relaciones sexuales con penetración son la autoeficacia en el uso del preservativo, la adaptación personal y la adaptación escolar. La primera, como se observa en los resultados, funciona como protectora; aquellos que tienen más autoeficacia en el uso del preservativo tienen menos probabilidades de tener relaciones sexuales con penetración. Además, si las tuvieran, como afirma DiClemente et al. (2004), las afrontarían con más seguridad que los que perciben una baja autoeficacia en el uso del preservativo. En los dos análisis de regresión realizados, la adaptación personal actúa como predictora de las relaciones sexuales con penetración. Estos resultados coinciden sólo parcialmente con los de otras investigaciones, pues muestran que los que han tenido relaciones sexuales con penetración están más adaptados en el ámbito personal que los que no han tenido relaciones con penetración, con lo que son necesarias futuras investigaciones en esta dirección para confrontar los hallazgos. La adaptación escolar es otra variable relevante, pues se ha demostrado que los adolescentes que han tenido relaciones sexuales con penetración muestran menos adaptación escolar que los que no han tenido relaciones, resultado que coincide con el de otros estudios similares (Manlove et al., 2007; Price & Hyde, 2009). La escuela constituye uno de los principales agentes de socialización de los niños y adolescentes, además de ser un factor protector ante el VIH, ya que se encuentran cuidados, y durante el tiempo que están en la escuela, no emiten prácticas sexuales de riesgo (Schwartz et al., 2009). También parece existir una relación directa entre la adaptación escolar y el inicio tardío en las relaciones sexuales, de manera que a mayor adaptación existe un inicio más tardío, con lo que el buen desempeño en el ámbito educativo puede ser un factor protector ante el inicio temprano y ante los riesgos asociados a él.

La última variable significativa en esta investigación han sido las actitudes positivas hacia el preservativo, que

permiten predecir tanto el contacto sexual sin penetración como el contacto con penetración. Los adolescentes iniciados en ambos tipos de relaciones tienen más actitudes positivas hacia el uso del preservativo que los que no han tenido ningún contacto sexual. Algunos autores relacionan este hecho con la seguridad que los adolescentes han sentido en sus relaciones, y si están cercanos a tenerlas, están más familiarizados con el preservativo (Harvey & Henderson, 2006). Además, como afirman DiClemente et al. (2004), aquellos adolescentes que muestran actitudes positivas hacia el preservativo, emiten más conductas protectoras que aquellos que tienen actitudes negativas. Otra razón puede ser que los programas de educación sexual y de prevención de las ITS/VIH ofrecidos a los adolescentes estén teniendo éxito, consiguiendo un aumento de las actitudes positivas hacia el preservativo, con lo que aquellos adolescentes que se han iniciado en las relaciones sexuales –con y sin penetración– son más favorables al uso del preservativo (Bermúdez, Herencia-Leva & Uribe Rodríguez, 2009).

Para terminar, se destacan las limitaciones de este trabajo, así como posibles futuras líneas de investigación. Dentro de las limitaciones, sobre la selección de los participantes, se ha de decir que responde a un muestreo incidental, lo que dificulta la generalización de los resultados. Así, se plantea la necesidad de desarrollar estudios similares con muestras representativas. Por otro lado, se cree que estudios longitudinales pueden ofrecer más información, debido a que es complicado hacer inferencias en investigaciones realizadas en un único momento de tiempo. Además, se hace una comparación entre grupos de diferencia cultural, pero sin hacer una exploración profunda en las creencias sexuales de los participantes, aspecto que se debe considerar en investigaciones futuras. Se debe tener presente que todos los adolescentes evaluados se encuentran escolarizados, con lo que habría que tener en cuenta a las personas de su misma edad, sobre todo inmigrantes, que no se encuentran escolarizados. Por último, se plantea la necesidad de realizar análisis mediacionales con las variables significativas, para avanzar en los resultados hallados en esta investigación. Pese a estas limitaciones, los resultados obtenidos son relevantes y subrayan la necesidad de una correcta formación y educación sexual para niños y adolescentes. Una educación que resalte la importancia de la edad de inicio en las relaciones sexuales, y que tenga en cuenta las variables expuestas en esta investigación que pueden mediar en el debut sexual.

Referencias

- Bermúdez, M.P., Castro, A. & Buela-Casal, G. (2009). Sida en España e inmigración: Análisis epidemiológico. *Universitas Psychologica*, 8, 37-48.
- Bermúdez, M.P., Castro, A., Gude, F. & Buela-Casal, G. (2010). Relationship power in a couple and sexual double standard as predictors of the risk of sexually transmitted infections and HIV: multicultural and gender differences. *Current HIV Research*, 8, 172-178.
- Bermúdez, M.P., Castro, A., Madrid, J. & Buela-Casal, G. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 89-103.
- Bermúdez, M.P., Herencia-Leva, A. & Uribe-Rodríguez, A.F. (2009). Versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41, 587-598.
- Caron, S.L., Davis, C.M., Halteman, W.A. & Strickle, M. (1993). Predictors of condom-related behaviors among first-year college students. *Journal of Sex Research*, 30, 252-259.
- Castro, A., Bermúdez, M.P. & Buela-Casal, G. (2009). Variables relacionadas con la infección por VIH en inmigrantes adolescentes latinoamericanos: Una revisión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 227-240.
- Centers for Disease Control and Prevention (1999). *Youth risk behavior surveillance- United States, 1999*. Recuperado el 12 de febrero de 2008 de <http://www.cdc.gov/MMWR/PDF/ss/ss4905.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (2002). *HIV/AIDS among Hispanics in the United States*. Recuperado el 5 de febrero de 2008 de <http://www.cdc.gov/hiv/>
- Centro Nacional de Epidemiología y Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Registro Nacional de casos de sida. Actualización a 31 de diciembre de 2008*. Recuperado el 16 de julio de 2009 de http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp
- Cotton, S., Mills, L., Succop, P.A., Biro, F.M. & Rosenthal, S.L. (2004). Adolescent girls' perception of the timing of their sexual initiation: "too young" or "just right"? *Journal of Adolescent Health*, 34, 453-458.

- Crosby, R.A., DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Sionean, C., Harrington, K., Davies, S.L., et al. (2001). Psychosocial correlates of adolescents' worry about STD versus HIV infection: Similarities and differences. *Sexually Transmitted Diseases*, 28, 208-213.
- Cruz, M.C. & Cordero, A. (1981). *Inventario de adaptación de conducta: Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Harrington, K.F., Lang, D.L., Davies, S.L., Hook, E.W., et al. (2004). Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292, 171-179.
- Farmer, M.A. & Meston, C.M. (2006). Predictors of condom use self-efficacy in an ethnically diverse university sample. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 313-326.
- Gutiérrez-Martínez, O., Bermúdez, M.P., Teva, I. & Buelacasa, G. (2007). Sexual sensation seeking and worry about sexually transmitted diseases (STD) and human immunodeficiency virus (HIV) infection among Spanish adolescents. *Psicothema*, 19, 661-666.
- Hambledon, R.K. (2001). The next generation of the ITC test translation and adaptation guidelines. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 164-172.
- Harvey, S.M. & Henderson, J. T. (2006). Correlates of condom use intentions and behaviors among a community-based sample of Latino men in Los Angeles. *Journal of Urban Health*, 83, 558-574.
- Hidalgo, I., Garrido, G. & Hernández, M. (2000). Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *Journal of Adolescent Health*, 27, 351-360.
- Manlove, J.S., Ryan, S. & Franzetta, K. (2007). Risk and protective factors associated with the transition to a first sexual relationships with an older partner. *Journal of Adolescent Health*, 40, 135-143.
- Montero, I. & León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Moreno Rodríguez, M.C., Muñoz Tinoco, M.V., Pérez Moreno, P.J. & Sánchez Queija, I. (2004). *Los adolescentes españoles y su salud. Un análisis en chicos y chicas de 11 a 17 años*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Muñiz, J. & Hambledon, R.K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70.
- Murray, N.J., Zabin, L.S., Toledo-Dreves, V. & Luengo-Charath, X. (1998). Gender differences in factors influencing first intercourse among urban students in Chile. *International Family Planning Perspectives*, 24, 139-139.
- Navas, M.S., García, M.C., Rojas, A.J., Pumares, P. & Cuadrado, I. (2007). *Actitudes de aculturación y prejuicio en nuevos colectivos de inmigrantes y autóctonos. Informe de investigación*. Almería: Universidad de Almería.
- O'Donnell, L., Myint, U.A., O'Donnell, C.R. & Stueve, A. (2003). Long-term influence of sexual norms and attitudes on timing of sexual initiation among urban minority youth. *Journal of School Health*, 73, 68-75.
- ONUSIDA (2009). *Informe sobre la epidemia mundial de Sida 2009*. Recuperado el 25 de enero de 2010 de <http://www.unaids.org>
- Ortega, P.N. & Serrano-García, I. (2006). Self-efficacy in sexual negotiation: Challenges for HIV/AIDS prevention in Puerto Rican women. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 21-43.
- Pantin, H., Prado, G., Schwartz, S.J. & Sullivan, S. (2005). Methodological challenges in designing efficacious drug abuse and HIV preventive interventions for Hispanic adolescent subgroups. *Journal of Urban Health*, 82 (Supl. 3), 92-102.
- Prado, G., Schwartz, S.J., Pattatuci-Aragón, A., Clatts, M., Pantin, H., Fernández, M.I., et al. (2006). The prevention of HIV transmission in Hispanic adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 84 (Supl. 1), 43-53.
- Price, M.N. & Hyde, J.S. (2009). When two isn't better than one: predictors of early sexual activity in adolescence using a cumulative risk model. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 1059-1071.
- Pulerwitz, J., Gortmaker, S.L. & DeJong, W. (2000). Measuring sexual relationships power in HIV/STD research. *Sex Roles*, 42, 637-660.
- Ramos-Álvarez, M.M., Moreno-Fernández, M.M., Valdés-Conroy, B. & Catena, A. (2008). Criteria of the peer review process for publication of experimental and quasi-experimental research in Psychology: A guide for creating research papers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 751-764.

- Rosenthal, S.L., von Ranson, K.M., Cottom, S., Biro, F.M., Mills, L. & Succop, P.A. (2001). Sexual initiation: Predictors and developmental trends. *Sexually Transmitted Diseases*, 28, 527-534.
- Sabia, J.J. (2007). Early adolescent sex and diminished school attachment: Selection or spillovers? *Southern Economic Journal*, 74, 239-268.
- Sánchez, M.A., Lemp, G.F., Magis-Rodríguez, C., Bravo-García, E., Carter, S. & Ruiz, J.D. (2004). The epidemiology of HIV among Mexican migrants and recent immigrants in California and Mexico. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 37 (Supl. 1), 204-214.
- Schofield, H.L.T., Bierman, K.L., Heinrichs, B. & Nix, R.L. (2008). Predicting early sexual activity with behavior problems exhibited at school entry and in early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1175-1188.
- Schwartz, S.J., Mason, C.A., Pantin, H., Wang, W., Brown, C.H., Campo, A.E., et al. (2009). Relationships of social context and identity to problem behavior among high-risk Hispanic adolescents. *Youth and Society*, 40, 541-570.
- Sierra, J.C., Rojas, A., Ortega, V. & Martín-Ortiz, J.D. (2007). Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: Primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 41-60.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2001). *Using multivariate statistics* (4ª ed.). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Tenkorang, E.Y. & Maticka-Tyndale, E. (2008). Factors influencing the timing of first sexual intercourse among young people in Nyanza, Kenya. *International Family Planning Perspectives*, 34, 177-188.
- Teva, I., Bermúdez, M.P. & Buela-Casal, G. (2009a). Características de la conducta sexual en adolescentes españoles. *Spanish Journal of Psychology*, 12, 471-484.
- Teva, I., Bermúdez, M.P. & Buela-Casal, G. (2009b). Conductas de riesgo para la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en adolescentes en el año 2007: Diferencias en función de variables sociodemográficas. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 309-320.
- Villarruel, A.M., Jemmott, L.S. & Jemmott, J.B. (2005). Designing a culturally based intervention to reduce HIV sexual risk for Latino adolescents. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 16, 23-31.
- Young, A.M. & D'Arcy, H. (2005). Older boyfriends of adolescent girls: The cause or a sign of the problem? *Journal of Adolescent Health*, 36, 410-419.