

Original

Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía

José Rodríguez Carrión^{a,*} y Clara Isabel Traverso Blanco^b^a Escuela Universitaria de Trabajo Social de Jerez, Grupo Universitario de Investigación Social (GUIS), Jerez de la Frontera (Cádiz), España^b Ayuntamiento de Jerez, Grupo Universitario de Investigación Social (GUIS), Jerez de la Frontera (Cádiz), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de septiembre de 2011

Aceptado el 13 de febrero de 2012

On-line el 6 de abril de 2012

Palabras clave:

Adolescentes

Conducta sexual

Educación sexual

Anticonceptivos

Infecciones de transmisión sexual

RESUMEN

Objetivo: Describir los comportamientos y prácticas sexuales de los y las adolescentes de 12 a 17 años de edad en Andalucía (2007-2008).**Método:** La información se recogió mediante un cuestionario autocumplimentado, anónimo y voluntario, aplicado a una muestra aleatoria estratificada de 2.225 estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria (ESO), en todas las provincias de Andalucía.**Resultados:** 388 adolescentes (18,2%) refirieron haber mantenido relaciones sexuales con penetración, sin diferencias estadísticamente significativas entre chicos (18,0%) y chicas (18,5%). Sí se encontró una mayor precocidad de los chicos en la edad de su inicio (14 años frente a 14,4), comienzo en la masturbación (11,3 años frente a 12,7), sexo oral (13,8 años frente a 14,6) y masturbación a la pareja (13,7 años frente a 14,4). También se hallaron diferencias en el número de parejas sexuales (2 los chicos y 1,6 las chicas), mantener relaciones sexuales en la actualidad (menos ellos), haber mantenido relaciones sexuales a través de Internet (más los chicos), haber usado un anticonceptivo en el primer coito (menos los chicos) y conocimiento del doble método y de las infecciones de transmisión sexual (mayor en las chicas).**Conclusiones:** Uno de cada seis estudiantes de ESO de Andalucía ha mantenido relaciones sexuales con penetración; de ellos, dos tercios las mantienen en la actualidad, sobre todo las chicas. Valorado junto con un escaso conocimiento (menos del 50%) del doble método y de las infecciones de transmisión sexual, nos lleva a considerar necesario incluir la educación sexual como específica dentro del currículo de la enseñanza secundaria.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Sexual behavior in adolescents aged 12 to 17 in Andalusia (Spain)

A B S T R A C T

Keywords:

Adolescents

Sexual behavior

Sexual education

Contraceptives

Sexually transmitted diseases

Objective: To describe sexual behavior and activity among adolescents aged 12-17 years old in Andalusia (Spain) in 2007-2008.**Method:** The data for this study were collected through an anonymous questionnaire distributed to a stratified random sample of 2,225 secondary school students in Andalusia. Participation was voluntary.**Results:** A total of 388 respondents (18.2%) reported having had complete sexual intercourse, with no statistically significant differences between boys (18.0%) and girls (18.5%). However, boys initiated the following practices earlier than girls: sexual activity (14 years versus 14.4 years), masturbation (11.3 years versus 12.7 years), oral sex (13.8 years versus 14.6 years) and mutual masturbation (13.7 years versus 14.4 years). Other gender differences included the number of sexual partners (two in boys versus 1.6 in girls), recent sexual activity (higher in girls), internet sex (higher in boys), contraceptive use during the first coitus (lower in boys) and knowledge about double-barrier methods of contraception and sexually transmitted diseases (higher in girls).**Conclusions:** One out of six Andalusian secondary education students had had sexual intercourse. Two-thirds of the students were sexually active, especially girls, with limited knowledge of double-barrier methods and sexually transmitted diseases. The results of this study demonstrate the importance of including sex education as a core subject in the secondary education curriculum.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Un 9,43% de la población española se encuentra en el periodo de vida que la Organización Mundial de la Salud define como «adolescencia», y que divide en dos fases: adolescencia temprana, de 10 a 14 años de edad, y tardía, de 15 a 19 años de edad. En la

adolescencia temprana aparecen los caracteres sexuales secundarios, hay fantasías sexuales, preocupación por los cambios puberales e incertidumbre sobre la apariencia; es un periodo de turbulencia, con gran ambivalencia afectiva. En la adolescencia media y tardía aumenta la experimentación sexual y hay cambios imprevisibles de conducta, así como sentimientos de invulnerabilidad; a esto se une que las conductas sexuales de los adolescentes se dan cada vez con mayor precocidad¹⁻³, de manera que comienzan a tener relaciones sexuales con penetración a edades más tempranas que sus iguales de hace varias décadas⁴.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pepecarriónjerez@gmail.com (J. Rodríguez Carrión).

En España, estudios recientes han investigado la edad de inicio sexual de los adolescentes, y ha podido comprobarse esa mayor precocidad. El estudio de Hidalgo et al.⁵ señaló 15,4 años en los chicos y 16,1 años en las chicas como edad media de inicio en el sexo, mientras que la investigación de Moreno et al.⁶ indica 15,33 años para ellos y 15,52 para ellas. Más recientemente, Teva et al.⁷ fijaban para los chicos 14,8 años como edad de inicio, y 15 años para las chicas.

Esta precocidad cada vez mayor en el comienzo de la actividad sexual ha hecho que se reste especial atención a las conductas sexuales de los jóvenes, ya que se estima que un inicio temprano está asociado con un mayor número de parejas sexuales, relaciones sexuales no planificadas⁸ y múltiples parejas sexuales ocasionales, todo lo cual incide en un incremento del riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS)^{9,10}.

Junto a todo lo anterior, el embarazo no deseado es otro riesgo relacionado con la precocidad sexual¹¹. El Observatorio de Salud Reproductiva del Consejo Superior de Investigaciones Científicas¹² señala que, en los últimos 10 años, se ha producido un aumento continuo del número de embarazos en la adolescencia, de manera que en la población de 15 a 19 años de edad la tasa de embarazos por mil mujeres ha pasado de 15,12 en 1999 a 24,21 en 2009. Algo similar ha ocurrido con la tasa de fecundidad para este grupo de edad, que en España era de 8,54 en 1999 y ascendió a 11,78 en 2009. Esta situación llevó aparejado un incremento en la proporción de embarazos no deseados, que pasaron del 95,35% en 1999 al 98,15% en 2009, y la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo por cada mil mujeres de 15 a 19 años de edad pasó de 7,49 en el año 2000 a 12,74 en 2009¹³.

Describir las conductas sexuales de los adolescentes de 12 a 17 años de edad, uso de anticonceptivos, conductas de riesgo y sus conocimientos de las ITS, analizando las diferencias según el sexo en Andalucía, en el periodo 2007-2008, es el objetivo de este estudio.

Método

Muestra

La muestra estuvo constituida por 2.225 estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria (ESO) de Andalucía. El estudio está basado en un muestreo polietápico o por conglomerado en el cual se seleccionan los institutos de enseñanza secundaria andaluces participantes mediante un muestreo aleatorio simple. De cada instituto, a elección del director, se selecciona un curso de cada uno de los cuatro de la ESO. Se han marcado dos fases de estratificación, una por provincia y otra por sexo.

Para determinar el tamaño muestral, la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía suministró los datos del alumnado matriculado en ESO durante el curso académico 2007-2008, en cada provincia y curso, diferenciado por sexo y tipo de centro (público, concertado y privado). El error teórico máximo asumido es de un 2,29%, para un índice de confianza del 95,5%.

Instrumentos

Para la recogida de información se utilizó un cuestionario diseñado ex profeso para este estudio, para cuya validación fue facilitado a investigadores pertenecientes a grupos del Plan Andaluz de Investigación, que lo valoraron y determinaron la validez de su contenido. Para medir la fiabilidad, se evaluó la consistencia interna del cuestionario mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, tras realizar una prueba piloto con 85 sujetos de características similares a la población de referencia. Fue calificada como buena (0,70)¹⁴.

El cuestionario consta de 30 preguntas y 39 variables, distribuidas en tres bloques:

- Sociodemográficas: se recogió información sobre la edad, el sexo y el nivel de estudios de los padres.
- Prácticas sexuales: incluyó preguntas sobre si habían recibido educación sexual, su valoración, si habían tenido sexo por Internet o *webcam*, relaciones sexuales sin o con penetración, con quién y razón en caso afirmativo, uso de anticonceptivos y razón tanto de usarlos como de lo contrario, consumo de alcohol/drogas antes del primer coito, cuántas parejas sexuales distintas han tenido, uso de la píldora poscoital y conocimiento del doble método.
- ITS: se les preguntó si consideraban como ITS la gonorrea, el herpes, el papiloma, la sífilis, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida, la clamidiasis y la tricomoniasis.

Procedimiento

Se contactó con los directores de los institutos para llevar a cabo la encuesta. En caso de negarse a participar, ese centro era sustituido por otro de similares características en cuanto a tipo y provincia. Participaron 26 centros con el consentimiento informado de los directores o jefes de estudios (en algunos centros, a criterio del equipo directivo, dicha autorización fue sometida al consejo escolar). Los cuestionarios, para cuya cumplimentación se otorgaron 45 minutos, se administraron en el aula en presencia de un investigador cuya misión era explicarlo y aclarar dudas. Se informó al alumnado de que su colaboración era voluntaria y anónima. Ningún/a adolescente se negó a participar. El trabajo de campo se realizó en la primavera de 2008.

Análisis de datos

Teniendo en cuenta el objetivo de este estudio, se analizaron en un primer momento las frecuencias y los estadísticos descriptivos básicos. También se llevaron a cabo contrastaciones empíricas en función del sexo, correlaciones bivariadas, comparación de proporciones mediante la prueba de χ^2 , comparación de medias mediante la *t* de Student para variables con dos categorías, así como la prueba ANOVA en variables con más de dos categorías. Igualmente se usaron pruebas no paramétricas, como la binomial.

Resultados

Características de la muestra

En la **tabla 1** puede observarse la distribución de la muestra en función del sexo, la edad, el curso en que se encuentra y el nivel de estudios de los padres, sin que se aprecien diferencias significativas entre chicos y chicas. Tampoco se encontraron diferencias en las demás variables según el tipo de centro (público, concertado y privado).

Conductas sexuales

El 18,2% de los adolescentes encuestados ha mantenido relaciones sexuales con penetración, a una edad media de 14,2 años, y el 9,2% de éstos reconoce haber consumido alcohol o drogas justo antes de la primera vez. Se identifica, en ambos sexos, una correlación positiva entre la edad actual y la del primer coito ($p < 0,001$), y una negativa entre esta última y el número de parejas sexuales que han tenido ($p < 0,001$), de manera que los más precoces son los más jóvenes y además han tenido más parejas sexuales distintas.

Analizando la edad de comienzo en sus experiencias sexuales (**tabla 2**), se observa una mayor precocidad en los chicos para el primer coito (14,07 años y 14,48 las chicas; $p = 0,004$). También ellos se iniciaron antes en besar en los labios (11,3 frente a 11,9 años; $p < 0,001$), masturbarse (11,3 frente a 12,9 años; $p < 0,001$),

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra. Andalucía, 2007-2008

| Variable | Chicos N = 1130 n (50,7%) | Chicas N = 1095 n (49,3%) | Edad media (años) |
|---|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| Edad (años) | | | |
| 12 | 117 (10,4) | 119 (10,8) | |
| 13 | 217 (19,2) | 219 (20,0) | |
| 14 | 274 (24,3) | 226 (20,7) | |
| 15 | 268 (23,7) | 296 (27,1) | |
| 16 | 195 (17,3) | 180 (16,5) | |
| 17 | 59 (5,1) | 55 (4,9) | |
| Curso en que se encuentra | | | |
| 1º ESO | 297 (26,3) | 272 (24,9) | 12,7 |
| 2º ESO | 283 (25,1) | 254 (23,2) | 13,8 |
| 3º ESO | 283 (25,1) | 254 (23,2) | 14,8 |
| 4º ESO | 265 (23,5) | 314 (28,7) | 15,7 |
| Nivel máximo de estudios de los padres | | | |
| Sin estudios | 47 (5,1) | 40 (4,4) | |
| Primarios | 326 (35,6) | 344 (38,3) | |
| Bachillerato | 259 (28,3) | 232 (25,8) | |
| Universitarios | 284 (31,0) | 283 (31,5) | |

acariciar, etc. a la pareja (10,3 frente a 11 años; $p < 0,001$), masturbar a la pareja (13,7 frente a 14,4 años; $p < 0,001$) y practicar la *fellatio* (13,8 frente a 14,6 años; $p < 0,001$). No hay diferencias en la edad de inicio del *cunnilingus*.

Sí las hay al comparar las distintas prácticas sexuales entre chicos y chicas (tabla 3). Ellos indican, en mayor proporción, haberse masturbado ($p < 0,001$), masturbado a la pareja ($p < 0,001$), practicado la *fellatio* ($p < 0,001$) o el *cunnilingus* ($p < 0,001$), y tenido relaciones sexuales a través de Internet o de la *webcam* ($p < 0,001$). Ellas, en cambio, realizaron caricias, abrazos, etc. en mayor medida ($p = 0,003$).

No se encuentran diferencias significativas entre la proporción de chicos y chicas que dicen haber mantenido relaciones sexuales con penetración, pero sí en cuanto al número de parejas sexuales que han tenido (2 ellos y 1,6 ellas; $p = 0,005$), así como respecto a con quién tuvieron el primer coito. El 90,8% de las chicas lo tuvo con su pareja, frente al 70% de los chicos; con un amigo/a el 23,2% de ellos y el 7,2% de ellas, y con un desconocido/a también fueron mayoría los chicos (6,8 frente a 2,1%; $p < 0,001$). Además, se constata que quienes tuvieron sexo con un desconocido/a o un amigo/a han tenido más parejas sexuales (2,9 y 2,3, respectivamente; $p = 0,001$) que quienes lo tuvieron con su pareja (1,6).

También la razón para esa primera vez fue diferente según el sexo ($p < 0,001$). Para ellas, la principal fue el amor y para ellos lo fue el deseo, con un significativo mayor número de parejas sexuales distintas en quienes lo hicieron por deseo ($p < 0,001$). Contentar a la pareja fue el motivo también para más chicas que chicos.

Tabla 2
Diferencias entre chicos y chicas de Andalucía, 2007-2008, en la edad media de comienzo de determinadas prácticas sexuales, y número de parejas sexuales distintas que han tenido

| | Chicos | | Chicas | | F | p |
|--|--------|--------------|--------|--------------|--------|-------|
| | N | Media (DT) | N | Media (DT) | | |
| Edad primer beso en los labios | 735 | 11,31 (2,16) | 764 | 11,99 (2,02) | 15,013 | 0,000 |
| Edad primera masturbación | 614 | 11,37 (1,86) | 80 | 12,91 (1,99) | 0,002 | 0,000 |
| Edad comienzo en caricias, abrazos, etc. | 993 | 10,39 (2,74) | 1010 | 11,0 (2,86) | 1,462 | 0,000 |
| Edad primera masturbación a la pareja | 185 | 13,78 (1,59) | 129 | 14,45 (1,03) | 10,966 | 0,000 |
| Edad primera <i>fellatio</i> | 108 | 13,88 (1,57) | 81 | 14,65 (1,03) | 10,809 | 0,000 |
| Edad primer <i>cunnilingus</i> | 118 | 14,31 (1,34) | 57 | 14,28 (1,48) | 0,000 | 0,914 |
| Edad primer coito | 182 | 14,07 (1,52) | 188 | 14,48 (1,19) | 4,010 | 0,004 |
| Número parejas sexuales distintas | 172 | 2,09 (1,65) | 189 | 1,62 (1,49) | 2,871 | 0,005 |

DT: desviación típica; F: test de Levene.

No hubo diferencias en el uso de anticonceptivos en su primer coito (85%), optando la inmensa mayoría por el condón (97,3%) y un 0,9% por pastillas. El 1,8% practicó el coito interrumpido. Tampoco se hallaron diferencias respecto al motivo de no haber usado ninguno: más de la mitad (55,7%) alegó no tener previsto mantener relaciones sexuales ese día, un 23% que no le gustaba, uno de cada diez que su pareja no quiso y un 11,5% porque surgió la posibilidad de tener relaciones con una persona desconocida.

Sí se encontraron diferencias respecto al motivo de usarlo: el 73,6% para evitar un embarazo, en mayor proporción los chicos; un 10,2% para evitar una ITS, también mayoritarios los chicos; y el 13,7% por la formación sexual recibida, sobre todo las chicas, una de cada cinco ($p = 0,008$).

Ciñendonos al momento de la investigación, el 68,5% de quienes han tenido relaciones sexuales dice mantenerlas en ese momento, en mayor proporción las chicas ($p = 0,033$). El anticonceptivo más usado es el condón (90,2%), seguido de los anovulatorios (3,5%); un 2% no usa ninguno y el 4% practica la marcha atrás. El 16,6% de quienes han tenido coito reconoce haber recurrido a la píldora del día después.

Educación sexual

El 60,9% de la muestra ha recibido educación sexual y la valoran con un 7,36 sobre 10. Aun cuando las chicas mostraron un mayor conocimiento del doble método de preservativo más píldora ($p = 0,024$), no se hallaron diferencias en cuanto a la principal fuente de información sobre la sexualidad: los padres, seguidos de los amigos, los profesores, los medios de comunicación y, finalmente, los profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeros/as).

Sí se encontraron diferencias en el uso de anticonceptivos en el primer coito, mayor en el alumnado que sí había recibido educación sexual (88,5% frente a 74,1%; $p = 0,001$), que además conocía más el doble método (39,1% frente a 30,7%; $p < 0,001$). En ambos casos son mayoritarias las chicas.

Las adolescentes consideraron en mayor medida como ITS la gonorrea, el papiloma, la sífilis, el sida, la clamidiasis y la tricomoniasis, sin diferencias por sexo en cuanto al herpes (tabla 4). Sólo el 46% de quienes han recibido educación sexual consideraron la gonorrea como ITS, un 32,9% el herpes, un 51,5% opina lo mismo de la sífilis y el 86,9% respecto al VIH-sida. Aun cuando no haya diferencias significativas entre quienes recibieron o no educación sexual, cabe señalar que apenas un 10,3% de quienes la recibieron consideró como ITS el papiloma, el 9,6% la clamidiasis y el 8,7% la tricomoniasis.

Discusión

El porcentaje de chicos y chicas adolescentes de Andalucía que ha mantenido relaciones sexuales es similar, y si bien unos y otras se iniciaron hacia los 14 años de edad, los chicos fueron más precoces.

Tabla 3
Conductas sexuales de los y las adolescentes. Andalucía, 2007-2008

| | Total muestra | | Chicos | | Chicas | | p | p (binomial) |
|---|---------------|--------------------|--------|--------------------|--------|--------------------|-------|--------------|
| | N | n (%) ^a | N | n (%) ^a | N | n (%) ^a | | |
| <i>Se ha masturbado</i> | 1.979 | 809 (40,9) | 970 | 724 (74,6) | 1.009 | 85 (8,4) | 0,000 | 0,000 |
| <i>Ha besado en los labios</i> | 2.154 | 1.643 (76,3) | 1.083 | 810 (74,8) | 1.071 | 833 (77,8) | 0,057 | |
| <i>Ha tenido caricias, abrazos...</i> | 2.110 | 2.003 (94,9) | 1.061 | 993 (93,6) | 1.049 | 1.010 (96,3) | 0,003 | |
| <i>Ha masturbado a la pareja</i> | 1.974 | 314 (15,9) | 981 | 185 (18,9) | 993 | 129 (13) | 0,000 | 0,002 |
| <i>Ha practicado fellatio</i> | 1.971 | 189 (9,6) | 975 | 108 (11,1) | 996 | 81 (8,1) | 0,000 | |
| <i>Ha practicado cunnilingus</i> | 1.951 | 175 (9) | 971 | 118 (12,2) | 980 | 57 (5,8) | 0,000 | 0,000 |
| <i>Ha tenido sexo por Internet</i> | 2.174 | 119 (5,5) | 1.097 | 100 (9,1) | 1.077 | 19 (1,8) | 0,000 | 0,000 |
| <i>Ha tenido relaciones sexuales con penetración</i> | 2.130 | 388 (18,2) | 1.069 | 192 (18) | 1.061 | 196 (18,5) | 0,401 | |
| <i>El primer coito fue con</i> | | | | | | | 0,000 | |
| La pareja | 385 | 310 (80,5) | 190 | 133 (70) | 195 | 177 (90,8) | | 0,014 |
| Con un amigo/a | 385 | 58 (15,1) | 190 | 44 (23,2) | 195 | 14 (7,2) | | 0,000 |
| Con alguien que conoció ese día | 385 | 17 (4,4) | 190 | 13 (6,8) | 195 | 4 (2,1) | | 0,049 |
| <i>Razón del primer coito</i> | | | | | | | 0,000 | |
| Enamoramiento | 374 | 227 (60,7) | 184 | 80 (43,5) | 190 | 147 (77,4) | | 0,000 |
| Deseo | 374 | 134 (35,8) | 184 | 99 (53,8) | 190 | 35 (18,4) | | 0,000 |
| Contentar a la pareja | 374 | 13 (3,5) | 184 | 5 (2,7) | 190 | 8 (4,2) | | |
| <i>Consumió alcohol o drogas justo antes del primer coito</i> | 383 | 35 (9,2) | 187 | 21 (11,2) | 195 | 14 (7,2) | 0,116 | |
| <i>Usó algún método anticonceptivo en el primer coito</i> | 386 | 328 (85) | 190 | 156 (82,1) | 196 | 172 (87,8) | 0,079 | |
| <i>Método anticonceptivo usado en primer coito</i> | | | | | | | 0,250 | |
| Condón | 333 | 324 (97,3) | 159 | 156 (98,1) | 174 | 168 (96,6) | | |
| Píldoras | 333 | 3 (0,9) | 159 | 2 (1,3) | 174 | 1 (0,6) | | |
| Coito interrumpido | 333 | 6 (1,8) | 159 | 1 (0,6) | 174 | 5 (2,9) | | |
| <i>Razón de uso del anticonceptivo en primer coito</i> | | | | | | | 0,008 | |
| Evitar un embarazo | 322 | 237 (73,6) | 153 | 122 (79,7) | 169 | 115 (68) | | |
| Evitar una ITS | 322 | 33 (10,2) | 153 | 18 (11,8) | 169 | 15 (8,9) | | |
| Por indicación de los padres | 322 | 4 (1,2) | 153 | 1 (0,7) | 169 | 3 (1,8) | | |
| Por formación recibida | 322 | 44 (13,7) | 153 | 10 (6,5) | 169 | 34 (20,1) | | 0,000 |
| No conocía, fue cosa de la pareja | 322 | 4 (1,2) | 153 | 2 (1,2) | 169 | 2 (1,2) | | 0,000 |
| <i>Razón de no uso del anticonceptivo en primer coito</i> | | | | | | | 0,023 | |
| No tener previsto el coito | 61 | 34 (55,7) | 37 | 20 (54,1) | 24 | 14 (58,4) | | |
| No le gusta usarlo | 61 | 14 (23) | 37 | 9 (24,3) | 24 | 5 (20,8) | | |
| La pareja no quiso | 61 | 6 (9,8) | 37 | 1 (2,7) | 24 | 5 (20,8) | | |
| Surgió posibilidad de coito con desconocido/a | 61 | 7 (11,5) | 37 | 7 (18,9) | 24 | 0 | | |
| <i>Mantiene relaciones sexuales en la actualidad</i> | 384 | 263 (68,5) | 194 | 124 (63,9) | 190 | 139 (73,2) | 0,033 | |
| <i>Ha usado píldora poscoital</i> | 379 | 63 (16,6) | 185 | 28 (15,1) | 194 | 35 (18) | 0,267 | |

ITS: infecciones de transmisión sexual; N: número de sujetos que han contestado la pregunta; n: número de sujetos en cada categoría.

^a Porcentaje sobre N.

Estos resultados coinciden con estudios recientes llevados a cabo en una población de similares características en España, como los de Meneses et al.¹⁵ y Gil y Romo¹⁶, e incluso en otros países, como la investigación de Kahn et al.¹⁷, aunque en ésta son más precoces ellas. Otros estudios refieren edades más tardías para el primer coito, como la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009¹⁸ (ENSS-2009), o los trabajos de Teva et al.¹⁰ y Rodríguez y Traverso¹⁹, si bien la explicación podría estar en que sus muestras no abarcan la adolescencia temprana. No obstante, todos estos trabajos ponen de manifiesto una mayor precocidad de los adolescentes en el inicio

de las relaciones sexuales que sus iguales de la última década del pasado siglo².

La mayor precocidad de los chicos no sólo se observa en cuanto al primer coito, sino que se extiende a otras prácticas sexuales, como besar en los labios, masturbar a la pareja o la *fellatio*. Pero no sólo el sexo del sujeto interviene en la mayor precocidad, sino que la edad mantiene una correlación positiva con la edad de inicio de las relaciones sexuales, de manera que los más jóvenes se han iniciado antes, hallazgo que también se observa en los resultados de Ruiz et al.²⁰ y en la 3ª Encuesta Schering²¹, que establece la edad de

Tabla 4
Porcentaje de adolescentes de Andalucía, 2007-2008, que al preguntarles si creen que las citadas son ITS responde «No lo son» o «No sabe/no contesta», según el sexo y en función de si habían recibido o no educación sexual

| | Total | | Chicos | | Chicas | | p | ¿Ha recibido educación sexual? | | | | p |
|---------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-------|--------------------------------|-------|--------------|-------|-------|
| | N = 2.225 | | N = 1.130 | | N = 1.095 | | | Sí (N = 1.356) | | No (N = 733) | | |
| | No | Ns/Nc | No | Ns/Nc | No | Ns/Nc | | No | Ns/Nc | No | Ns/Nc | |
| Gonorrea | 12,5 | 48,0 | 14,7 | 46,8 | 10,1 | 49,3 | 0,005 | 10,6 | 43,4 | 17,1 | 53,5 | 0,000 |
| Herpes | 23,4 | 48,6 | 22,6 | 49,3 | 24,2 | 47,7 | 0,626 | 22,7 | 44,4 | 26,2 | 53,1 | 0,000 |
| Papiloma | 23,3 | 66,5 | 25,8 | 64 | 20,7 | 69,1 | 0,016 | 24,3 | 65,4 | 23,1 | 66 | 0,758 |
| Sífilis | 9 | 47,5 | 10,5 | 45 | 7,4 | 50 | 0,009 | 6,8 | 41,7 | 13,1 | 54,7 | 0,000 |
| Sida | 2,8 | 16,7 | 3,6 | 19 | 2 | 14,3 | 0,000 | 1,9 | 11,2 | 4,5 | 23,1 | 0,000 |
| Clamidiasis | 18,2 | 72,9 | 22,1 | 68,6 | 14,3 | 77,2 | 0,000 | 17,9 | 72,5 | 20,5 | 71,5 | 0,229 |
| Tricomoniasis | 17 | 74,2 | 20,7 | 70,3 | 13,3 | 78,1 | 0,000 | 17,6 | 73,7 | 17,5 | 73,4 | 0,695 |

comienzo en 15 años para el grupo de 15 a 19 años de edad frente a 16,5 para el de 15 a 24 años de edad.

Los sujetos de nuestro estudio que fueron más precoces en el inicio de sus relaciones sexuales también han tenido un mayor número de parejas sexuales distintas, con el consiguiente incremento del riesgo de sufrir una ITS y embarazos no deseados, como señalan Beadnell et al.²² Entre los adolescentes andaluces estudiados, estos riesgos afectan más a los chicos, pues nuestros datos apuntan hacia la existencia de un doble patrón para chicos y chicas con respecto a sus afectos y conductas sexuales. Así, encontramos que los chicos han tenido un mayor número de parejas sexuales, resultados que coinciden con los de Navarro et al.²³, Teva et al.⁷ y Failde et al.⁴ en el sentido de que los chicos, al iniciar antes las relaciones sexuales, se exponen a más riesgos al tener más parejas. Además de la precocidad, la elección de la pareja y la razón de esa primera relación sexual nos ayudan a comprender el mayor número de parejas sexuales y la asunción de más riesgos por parte de los chicos, pues quienes mantuvieron la relación por deseo han tenido más parejas que quienes lo hicieron por amor, e igualmente quienes lo hicieron con un desconocido/a o un amigo/a han tenido más parejas que quienes lo hicieron con su pareja sentimental. En ambos casos son mayoritarios los chicos.

Nuestros datos a este respecto son similares a los de Meneses et al.²⁴ y López et al.²⁵ en cuanto a que las chicas tuvieron esa primera relación sexual preferentemente en un contexto amoroso. En esta línea también hay resultados concordantes con los obtenidos por Gil y Romo¹⁶ respecto a que las chicas conceden mayor importancia a la vinculación afectiva y los chicos valoran más el placer, principal motivo éste que los lleva a mantener relaciones sexuales con penetración. Lameiras et al.²⁶ apuntan que las mujeres están más motivadas hacia relaciones de intimidad y esperan que el coito sirva para profundizar en una relación de pareja, mientras que para ellos representa un medio de placer y están más preocupados por la cantidad de relaciones sexuales que por la calidad. En relación con lo expuesto líneas arriba, nuevamente conllevaría la asunción de mayores riesgos por parte de los chicos.

El anticonceptivo más usado es el preservativo, seguido del coito interrumpido y de los anovulatorios, resultados coincidentes con los publicados por Gascón et al.²⁷ y la ENSS-2009, pero inferiores en lo que respecta a la «marcha atrás» que lo hallado por Callejas et al.²⁸, con quienes sí se coincide, al igual que con Gil y Romo¹⁶, en cuanto al uso de la píldora poscoital (16,6%). Esta cifra casi duplica la hallada por Brasa et al.²⁹ (8,4%) en un estudio previo al nuestro, pero es bastante inferior a la de los estudios de Aymerich et al.³⁰ (26,9%).

La educación sexual se ha mostrado como un claro elemento de protección, pues aunque un 15% de quienes habían tenido relaciones sexuales no usó ningún anticonceptivo la primera vez (cifra similar a la ofrecida por Gascón et al.²⁷, pero inferior a los resultados de la ENSS-2009, de Navarro et al.³¹ y de Mesa et al.³², que hablan de un 33%), entre quienes no habían recibido educación sexual el porcentaje que no usó anticonceptivos fue el doble. Nuevamente los chicos corren más riesgo, y entre los no tuvieron educación sexual las cifras se asemejan a las de Mesa et al.³²

Apenas uno de cada tres chicos y chicas conoce qué es el doble método, datos superponibles a los hallados por el equipo Daphne en la 3ª Encuesta Schering y por Lete et al.³³ Igualmente, salvo en el caso del VIH-sida, más de la mitad de los adolescentes no consideran ITS la gonorrea, el herpes y la sífilis, y en el caso del papiloma, la clamidiasis y la tricomoniasis, apenas uno de cada diez las considera como tales, lo que corroboraría las aportaciones de Gascón et al.³⁴ y Gorrotxategi³⁵ sobre el profundo desconocimiento de las ITS.

El que nuestros/as adolescentes tengan un cada vez un más temprano inicio en las relaciones sexuales, varias parejas sexuales y las demás conductas de exposición al riesgo de un embarazo

no deseado o una ITS, con un manifiesto escaso conocimiento de éstas, nos hace reflexionar seriamente sobre la necesidad de reforzar la educación sexual que estamos dando a nuestros jóvenes, incidiendo en mayor medida en el conocimiento de las ITS y en los métodos de protección. También creemos necesario comenzar esa educación sexual desde edades muy tempranas, en vista de la cada vez mayor precocidad, con un programa adecuado a la realidad que están viviendo nuestros/as adolescentes y abierto a sus incesantes cambios. La idoneidad de modular el registro de dicha formación por sexo debería ser serenamente valorada y consensuada.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Los adolescentes son una población sexualmente activa, pero en ellos se observa un desconocimiento sobre sexualidad y protección de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo no deseado. Los adolescentes son una población de riesgo de contagio de ITS y de embarazo no deseado.

¿Qué aporta el estudio realizado a la literatura?

Se constata una cada vez mayor precocidad y promiscuidad en las relaciones sexuales por parte de los adolescentes, especialmente los chicos. Es necesario que la educación sexual de los adolescentes se imparta a edades muy tempranas y comprenda el conocimiento de los métodos de protección frente a las ITS y el embarazo no deseado.

Contribuciones de autoría

J. Rodríguez Carrión dirigió el diseño y la realización del estudio, el tratamiento de los datos y su interpretación, así como la redacción del manuscrito. C.I. Traverso Blanco participó en el diseño y la realización del estudio, el tratamiento de los datos y su interpretación, así como en la redacción del manuscrito.

Financiación

El estudio fue financiado por la Escuela de Relaciones Laborales, Trabajo Social y Turismo de Jerez.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A todo el profesorado de los institutos de enseñanza secundaria de Andalucía que nos permitieron llevar a cabo el estudio entre sus alumnos y alumnas.

Bibliografía

- Ballester R, Gil MD. La sexualidad en niños de 9 a 14 años. *Psicothema*. 2006;18:25-30.
- Oliva A, Serra L, Vallejo R. Patrones de comportamiento sexual y contraceptivo en la adolescencia. *Infanc Aprendiz*. 1997;77:19-34.
- Molina R, Caba F. Sexualidad y fecundidad adolescente. En: Molina R, Sandoval J, González E, editores. *Salud sexual y reproductiva en la adolescencia*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2003. p. 415-29.
- Faílde JM, Lameiras M, Bimbela JL. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gac Sanit*. 2008;22:511-9.
- Hidalgo I, Garrido G, Hernández M. Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *Journal of Adolescent Health*. 2000;27:351-60.

6. Moreno MC, Muñoz MV, Pérez PJ, et al. Los adolescentes españoles y su salud. Un análisis en chicos y chicas de 11 a 17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. p. 636.
7. Teva I, Bermúdez MP, Buela-Casal G. Características de la conducta sexual en adolescentes españoles. *Spanish Journal of Psychology*. 2009;12:471–84.
8. Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid GP, et al. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*. 2006;368:1595–607.
9. Schofield HL, Bierman KL, Heinrichs B, et al. Predicting early sexual activity with behavior problems exhibited at school entry and in early adolescence. *Journal Abnormal Child Psychology*. 2008;36:1175–88.
10. Teva I, Bermúdez MP, Buela-Casal G. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:309–20.
11. Alonso MC, Piñana A, Cánovas A, et al. Embarazo no deseado en adolescente en un área de salud. *Semergen*. 2011;37:227–32.
12. Observatorio de salud reproductiva. Consejo superior de investigaciones científicas. CSIC. (Consultado el 7 de septiembre de 2011.) Disponible en: <http://www.saludreproductiva.com/datos.html>
13. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. p. 288.
14. García C. La medición en ciencias sociales y en la psicología. En: Landeros R, González MT, editores. compiladores. Estadística con SPSS y metodología de la investigación. México: Trillas; 2006. p. 139–66.
15. Meneses C, Romo N, Uroz J, et al. Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos Adictivos*. 2009;11:51–63.
16. Gil E, Romo N. Conductas de riesgo en adolescentes urbanos andaluces. *Miscelánea Comillas*. 2008;66:493–509.
17. Kahn JA, Huang B, Austin SB, et al. Development of a scale to measure adolescents' beliefs and attitudes about postponing sexual initiation. *J Adolesc Health*. 2004;35:425e1–10.
18. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. 109 p. (Actualizado el 16/12/2009.) Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion.ResultadosENSS.16dic09.pdf.
19. Rodríguez J, Traverso CI. Conductas y educación sexual en universitarios españoles, 33. Málaga: Grupo Editorial; 2007, 170 p.
20. Ruiz M, Cabré A, Castro T, et al. Anticoncepción y salud reproductiva en España: crónica de una (r)evolución. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2005. p. 302.
21. Equipo Daphne. 3ª Encuesta Bayer Schering Pharma. Sexualidad y anticoncepción en la juventud española. 2009. Disponible en: <http://www.equipodaphne.es/archivos/encuestas/presentacionj.pdf>.
22. Beadnell B, Morrison DM, Wilsdon A, et al. Condom use, frequency of sex, and number of partners: multidimensional characterization of adolescent sexual risk taking. *J Sex Res*. 2005;42:192–202.
23. Navarro E, Reig A, Barberá E, et al. Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente: diferencias de género. *Int J Clin Health Psicol*. 2006;6:79–96.
24. Meneses C, Uroz J, Jiménez S. Comportamientos de riesgo en los adolescentes madrileños. *Miscelánea Comillas*. 2008;66:461–92.
25. López F, Carcedo R, Fernández-Rouco N, et al. Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. *Anales de Psicología*. 2011;27:791–9.
26. Lameiras M, Rodríguez Y, Calado M, et al. Determinantes del inicio de las relaciones sexuales en adolescentes españoles. *C Med Psicossom*. 2004;71:67–75.
27. Gascón JA, Navarro B, Gascón FJ, et al. Comportamiento sexual de los escolares adolescentes en la ciudad de Córdoba. *Aten Primaria*. 2003;32:355–60.
28. Callejas S, Fernández B, Méndez P. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79:581–9.
29. Brasa Andrés MS, Celada Pérez AI, Estepa Jorge M, et al. Contracepción de emergencia. Una perspectiva desde la adolescencia. *Index Enferm*. 2007;16:22–5.
30. Aymerich M, Planes MP, Gras ME, et al. La contracepción de emergencia en chicas estudiantes de bachillerato: uso y uso reiterado en función del número de parejas sexuales. *C Med Psicossom*. 2011;26:25–30.
31. Navarro Y, Carrasco AM, Sánchez JC, et al. Comportamientos y actitudes sexuales en adolescentes jóvenes. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*. 2004;10:167–82.
32. Mesa MI, Barella JL, Cobeña M. Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. *Aten Primaria*. 2004;33:374–80.
33. Lete I, Martínez-Salmeán J, Coll C, et al. La juventud española y el doble método: un análisis de la situación actual. Resultados de un estudio transversal de una muestra amplia. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51:716–20.
34. Gascón JA, Navarro B, Gascón FJ. Conocimientos de los adolescentes sobre el sida y las enfermedades de transmisión sexual. *Aten Primaria*. 2003;32:216–22.
35. Gorrotxategi P. Desconocimiento de las enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:171–4.