

## INVESTIGACIÓN

### ***FACTORES COGNITIVOS Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO (ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, SIDA Y EMBARAZOS NO DESEADOS) EN LOS ADOLESCENTES***

Amado Benito<sup>1</sup>  
Marta Aparicio<sup>2</sup>  
Alicia Briones<sup>3</sup>  
Elena Espinel<sup>4</sup>

---

#### **RESUMEN**

Dos son los objetivos de este trabajo: primero, estudiar la evolución de los conocimientos, mitos, actitudes y comportamiento sexual de dos muestras de adolescentes del distrito de Tetuán. (Madrid). Para ello se aplica el cuestionario de Información, Actitudes y Comportamiento Sexual para Jóvenes (C.I.A.C.) a 115 adolescentes de Enseñanza Secundaria (71 hombres y 42 mujeres). La edad media es de 15,7 años. Los resultados se comparan con los obtenidos hace ocho años en otra muestra de adolescentes de características similares. Segundo, a partir de los datos obtenidos, hacer algunas consideraciones metodológicas acerca de la eficacia y eficiencia de los programas de educación sexual como instrumentos de prevención de las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes.

En conclusión, para que los programas sean eficientes, el diseño tiene que basarse en una teoría que integre todas las aportaciones de la investigación básica de todas las ciencias sociales sobre la conducta sexual, y no solamente las aportaciones del modelo de cognición social.

---

<sup>1</sup> Psicólogo. C.M.S-E-S Mental Infanto-Juvenil de Tetuán. Madrid.

<sup>2</sup> Psicóloga.

<sup>3</sup> Psicóloga. Departamento de Orientación. I.E.S. Tetuán-Valdeacederas.

<sup>4</sup> Psicóloga. Departamento de Orientación. I.E.S. Nuestra Señora de las Victorias.

## **ABSTRACT**

The two basic aims of this paper are the following ones: firstly, to study the evolution of cognitions, taboos, attitudes and sexual behaviour of two samples of adolescents from the Tetuán's district (Madrid). A sample of 115 adolescents (71 boys and 42 girls), with an average age of 15,7 years old. was measured by the Information, Attitudes and Sexual Behaviour Adolescents Questionnaire (C:I.A.C). The results were compared with those obtained eight years ago from another sample of adolescents of similar characteristics. Secondly, to draw from the obtained data some methodological consideration about efficacy and efficiency of interventions designed to promote safer sexual behaviour among young people.

Coming to conclusion, the most appropriate interventions are those that take into account the contributions of basic research of all the social sciences on origins and control of sexual behaviour, and not only those contributions of social cognition model.

## **PALABRAS CLAVE**

Adolescentes. Conductas sexuales de riesgo. Factores cognitivos. Educación sexual. Prevención. Eficiencia.

## **KEY WORDS**

Adlescents. Sexual risk behaviour. Cognitions. Sexual health programmes. Efficiency.

## **INTRODUCCIÓN**

Los embarazos no deseados en los adolescentes, los abortos juveniles y las enfermedades de transmisión sexual, especialmente el SIDA, constituyen un problema de salud pública muy importante en casi todos los países industrializados. (Bury, 1984; Boyer y Kegeles, 1991; Ketterlinus, Lamb y Nitz, 1994; Fuertes, 1997; Recio, Castro y Picó, 1998; Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 1997; Boletín Epidemiológico Semanal, 1998). España no es una excepción. Las cifras del Ministerio de Sanidad así lo confirman. En 1990 abortaban 4,29 menores de 19 años de cada mil. En 1996 la tasa

subió al 5,09 (El País, 20 de septiembre de 1998). Cada año son más las adolescentes españolas que sin desearlo se quedan embarazadas. De cada 10 jóvenes de entre 15 y 19 años que en 1995 se quedaron embarazadas, cuatro (el 37%) abortaron. (C.S.I.C., 1997). Según este mismo informe del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (C.S.I.C., 1997), 11.067 chicas adolescentes tuvieron un hijo que no deseaban.

Las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.) son otro problema importante de salud pública, y no sólo económico. En un encuentro internacional sobre enfermedades de transmisión sexual cele-

brado en Sevilla en octubre de 1997, el Secretario General del Plan Nacional contra el SIDA admitió que esta enfermedad «es un problema de salud pública muy importante para España». Según cálculos del Ministerio de Sanidad esta enfermedad le cuesta a España cada año cerca de 130.000 millones (El Mundo, 26 de octubre de 1997). Y aunque con las estadísticas del 1997 en la mano parece que el SIDA ha pisado el freno en España (el número de casos nuevos ha disminuido en un 9,5%), sin embargo ha aumentado la proporción de afectados por transmisión heterosexual.

Ante esta realidad, en una sociedad como esta nuestra, en la que la comercialización de la semiótica del sexo está tan extendida, la canalización del deseo sexual y las prácticas sexuales sin riesgo son verdaderos retos para los adolescentes. Y, también, todo un desafío para aquellos que tienen responsabilidad de promocionar y proteger la salud de los adolescentes. En este contexto, preparar a la gente joven a manejar competentemente los desafíos emocionales y biológicos que son inherentes al establecimiento de relaciones románticas y al disfrute de una vida sexual satisfactoria y sana, debería ser uno de los objetivos prioritarios de la Educación para la Salud.

La educación sexual de los adolescentes puede constituirse en un factor relevante de prevención. Pero no toda experiencia de educación para la salud es eficaz y eficiente (Fisher y Fisher, 1992; Oakley *et al.*, 1995). Según estos autores, después de haber revisado distintos tipos

de diseños de intervención, concluyen que pocos han demostrado eficacia y eficiencia. Y es más, si nos atenemos a los datos que aportan los informes y estudios antes citados no parece que los resultados obtenidos se correspondan con los esfuerzos realizados. Algo está fallando. En España, por ejemplo, la educación sexual es un contenido que está contemplado dentro del diseño curricular de las distintas etapas de la Educación Obligatoria. Desde la aprobación de la Ley Orgánica de Organización General del Sistema Educativo (L.O.G.S.E.) (B.O.E., 4-10-1990), se han hecho grandes esfuerzos para que la Educación para la Salud y, específicamente, la educación afectivo-sexual como instrumento de prevención de las E.T.S., SIDA y embarazos no deseados, esté en los currículos educativos. Este esfuerzo se puede constatar en la gran cantidad de materiales editados por las distintas consejerías de educación y sanidad de las distintas administraciones estatales, autonómicas y locales. Una amplia relación de estos recursos educativos: programas, campañas publicitarias, vídeos y filmes, textos literarios, temas musicales, centros de documentación, exposiciones y *webs*, se pueden encontrar en Farre y Vidal (1998). También por el número de ponencias y comunicaciones que se han presentado en jornadas y seminarios en los últimos 10 años, a partir de la 1ª Conferencia Europea de Educación para la Salud, organizada conjuntamente por la Unión Internacional de Educación Sanitaria (U.I.E.S.), el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), que se celebró en Madrid, en marzo de 1987.

Los adolescentes y los jóvenes, sin embargo, siguen practicando conductas sexuales de riesgo. Este hecho nos obliga a replantearnos las estrategias y técnicas de educación sexual que se basan fundamentalmente en la información. Si los adolescentes reciben más información que hace 10 años, y tienen más posibilidades de adquirir y usar preservativos u otros métodos anticonceptivos, ¿por qué siguen practicando conductas sexuales de riesgo?

En este estudio nos propusimos dos objetivos: 1. Estudiar y analizar la evolución de los conocimientos, mitos, actitudes y comportamientos sexuales de una muestra de adolescentes de los institutos de nuestro distrito, que se suponía que habían tenido, todos ellos, la oportunidad de recibir educación afectivo-sexual durante los últimos ocho años, desde que se aprobó la L.O.G.S.E., y los resultados compararlos con los obtenidos en otra muestra de adolescentes del mismo nivel escolar en el año 1989/90 y publicados en 1992 (Benito, Paños, y Pérez, 1992); y 2. A partir de los resultados replantearnos la estrategia y las técnicas de educación sexual, inspiradas en el Modelo de Creencias de Salud y el Modelo de Aprendizaje Social, que los profesionales de la salud y de la educación llevamos realizando conjuntamente, en los últimos siete cursos escolares, con los adolescentes de los institutos del distrito.

## **MÉTODOS**

### **Sujetos**

En este estudio han participado un total de 115 adolescentes, estudiantes

de 3º de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) y de 1º de Formación Profesional de Primer Grado, durante el curso escolar 1997/98. De ellos, 71 son hombres (61,7%) y 42 mujeres (36,5%). La media de edad es de 15,7 años.

Elegimos estas edades por varias razones: primera, porque según nuestra experiencia profesional y la literatura científica sobre el desarrollo humano (Delval, 1994; Azar, 1996) éste es un rango de edad en el que los adolescentes se enfrentan a una transición clave en su historia académica y escolar; segunda, porque es la edad en que una parte significativa de los adolescentes suelen tener las primeras relaciones sexuales completas, y no conviene olvidar que la mayor incidencia, por ejemplo, de casos de SIDA se da en el grupo de edad comprendida entre los 25 y 35 años y se constata que el contagio se produce unos 10 años antes; y por último, que el curso escolar 1997/98 era el último curso que había en nuestro distrito de 1º de Formación Profesional de Primer Grado, ya que en el curso 1998/99 ya estará generalizada la E.S.O. a todos los institutos.

### **Instrumentos**

Para identificar los conceptos erróneos, las lagunas de información sobre las bases biológicas y psicológicas de la conducta sexual y los métodos anticonceptivos, así como el número y tipo de creencias, mitos y tabúes sobre la sexualidad utilizamos el **Cuestionario de Información Actitudes y Comportamiento Sexual para Jóvenes (C.I.A.C.)** creado por los autores del trabajo antes citado (Benito, Paños y Pérez, 1992).

## RESULTADOS

### Experiencia sexual

Los datos sobre la experiencia sexual de los adolescentes en la actualidad se presentan en la tabla 1. La media del inicio de las relaciones sexuales es de 14,8 años. Un 24% dice que tiene relaciones sexuales completas. En la muestra del curso 1989/90 la media del inicio de las relaciones era un poco más alta, a los 15 años. Pero el porcentaje de los que decían que tenían relaciones sexuales era más alto, el 35%.

En cuanto a hablar con su pareja de la posibilidad de embarazo, el 37% contesta que sí habló. En el curso 1989/90 un 53% contestó que sí había hablado con su pareja de la posibilidad de quedarse embarazada.

De los que dicen que sí mantienen relaciones (24%), el 60,5% contesta que usa métodos anticonceptivos (un 48,8% preservativo y un 15,12% la «marcha atrás»). En el curso 1989/90 de los que dijeron que sí mantenían relaciones sexuales (35%), el 65% contestó que usaba preservativo, el 4,19% la píldora, y un 14,5% la «marcha atrás».

Ante el motivo de la primera relación sexual el 50% contesta que fue por deseo, mientras que el 35,3% contestan que por amor. En el curso 1989/90 el 54% contestó que lo hizo por deseo y el 39% por amor.

¿Con qué frecuencia mantienes las relaciones sexuales? Un 46,4% de los

adolescentes en el curso 1997/1998 contesta que tiene relaciones sexuales esporádicamente y un 28,6% contestó que una vez por semana y un 17,9% dos veces por semana. En el curso 1989/90 el 63,8% contestó que esporádicamente, mientras que una vez por semana tenían relaciones un 5,5% y dos veces por semana el 19,4%. A la pregunta, ¿sueles hablar en casa con tus padres y hermanos del tema sexual y de los anticonceptivos? el 43,0% contesta que sí habla con sus padres y hermanos. En el curso 1989/90 sólo el 35% contestó que sí.

### Mitos

Los mitos sexuales se presentan en la gráfica 1. Se comparan los porcentajes de respuestas de cada una de las muestras. Llama la atención el alto porcentaje de los que responde que está de acuerdo con el enunciado del mito nº 9, que dice: «*La masturbación (tocarse uno mismo los órganos genitales para obtener placer) es una práctica que produce trastornos físicos y es propia de personas inmaduras*». Otro mito que también obtiene un porcentaje muy significativo es el nº 14, que dice: «*si la mujer orina inmediatamente después del acto sexual no se quedará embarazada*». En el curso 1989/90 el mito que más alto porcentaje de respuesta tuvo fue el nº 12, que dice: «*Lavar la vagina por dentro es una buena medida de higiene*».

### Conocimientos

En cuanto a los conocimientos sobre la sexualidad (ver tabla 2), se obser-

**Tabla 1**  
Experiencia sexual de los adolescentes españoles

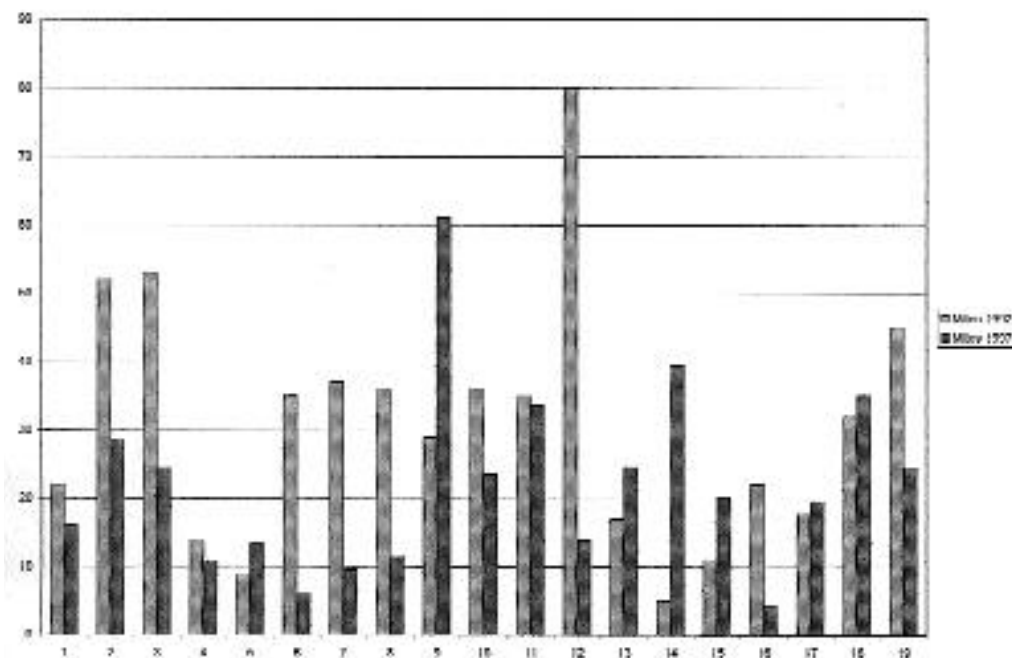
Preguntas	Respuestas	Año 89/90	Año 97/98
¿Has tenido relaciones sexuales?	SI	35	24
	NO	60	76
¿Hablaste con tu pareja de la posibilidad de embarazo?	SI	52,7	36,7
	NO	47,2	63,3
¿Qué método anticonceptivo usaste?	Preservativo	43,7	48,8
	Retirarse antes de eyacular	14,5	15,12
	Píldora	4,1	0
	Ninguno	35,4	39,5
	Otros	2	0
¿Cuál fue el motivo de la primera relación sexual?	Por curiosidad	12,6	11,8
	Por aventura	18,3	0
	No me atreví a negarme	6,8	2,9
	Habíamos bebido	4,6	0
	Los demás también tenían	2,2	0
	Por dinero	1,1	0
	Por deseo	54	50
	Por amor	39	35,3
¿Con qué frecuencia mantienes relaciones sexuales?	Más de 2 veces a la semana	19,4	17,9
	Una vez cada 15 días	1,1	3,6
	Una vez al mes	5,5	28,6
	Esporádicamente	63,8	46,4
	No tienen	10,2	3,6
¿Sueles hablar en casa con tus padres o hermanos de temática sexual o de anticonceptivos?	SI	35	57,7
	NO	65	42,3

va que han evolucionado muy positivamente con respecto a los obtenidos en el curso 1989/90. En concreto, en los ítems relacionados con el SIDA han aumentado los conocimientos objetivos y científicos. Los porcentajes de acierto son significativamente más altos. En otros ítems, por

ejemplo, el porcentaje de aciertos es todavía relativamente bajo, aunque comparado con el obtenido en el curso 1989/90 ha aumentado notablemente, sólo un 22,6% de adolescentes responde correctamente que la fecundación se produce en la trompa.

Gráfico 1

Comparación de los adolescentes que responden verdadero a cada uno de los mitos sexuales



### Actitudes

Las actitudes hacia el sexo se valoraban en una escala de Likert de 1 a 7, siendo el 1 estar de acuerdo y el 7 estar en desacuerdo (ver tabla 3). En las preguntas sobre el uso de los métodos anticonceptivos se observa que los adolescentes consideran importante el uso de éstos en las relaciones sexuales (ítems 1, 2, 3 y 4). Disminuye el miedo a los efectos negativos secundarios. Se mantiene, sin embargo, una actitud bastante ambigua hacia los homosexuales. En cuanto a la masturbación, observamos que tienden a responder con bastante frecuencia que es una forma

rechazable de comportamiento sexual (3,5). Respecto a las preguntas sobre el SIDA, también, se mantiene la tendencia central a considerar que la persona con SIDA debería renunciar a todo contacto sexual, y que es repulsivo mantener relaciones sexuales con una persona infectada. Pero, por otro lado, dicen que seguirían manteniendo relaciones sexuales con su pareja, aunque estuviese infectada (4,4).

### CONCLUSIONES

Estos datos nos sugieren una primera conclusión: hay una parte de adoles-

**Tabla 2**  
 Datos relevantes sobre conocimientos acerca de la sexualidad

CONOCIMIENTOS	Respuestas	Año 1989/1990	Año 1997/1998
La fecundación se produce en	Vagina	8,5	32,2
	Útero	5	59,1
	Ovario	26	22,6
	Trompa	5,2	22,6
La menstruación se produce por término medio cada	15	11	8,7
	28	75,2	80,0
	40	3,3	4,3
Los espermatozoides se producen en el testículo	Constantemente	79,5	86,1
	Una vez al mes	9	3,5
	Después de una relación sexual	1,9	20,9
	No se producen en el testículo	2,8	13,0
La expulsión del semen se denomina	Infertilidad	0	7,0
	Eyaculación	1	83,5
	Contracepción	87	9,6
La fecundación se produce cuando un óvulo	Se junta con un espermatozoide	9,1	95,7
	Se une a cinco espermatozoides	2,8	8,7
	El óvulo no participa en la fecundación	0,8	8,7
	Se integra en otro óvulo	1,9	3,5
El SIDA es una enfermedad que contraen solamente los homosexuales y los heroinómanos		35,2	6,1
Quienes están infectados por el virus del SIDA están condenados a morir por ello		33,3	35,7
El virus del SIDA se puede contraer saludando o dando un beso de cortesía a personas que tienen el SIDA		1,4	3,5
Utilizar preservativos en las relaciones sexuales es una forma de prevenir el contagio del SIDA		80	90,4
Para evitar las enfermedades de transmisión sexual	Usar preservativos	56	88,7
	Tomar la pildora	5,7	24,3
	No disfrutar en las relaciones sexuales	1,9	20
	No sé lo que son las ETS	2,3	13,0
	No sé qué hacer para evitar las ETS	0,5	19,1
El órgano más importante para el placer sexual de una mujer es	Útero	5,7	14,8
	Los ovarios no tienen nada que ver	5,7	42,6
	Vagina	29,5	34,8
	Clítoris	50,9	70,4
	No sé cuál es el órgano que más importancia tiene	18	26,1



**Tabla 2** (continuación)  
Datos relevantes sobre conocimientos acerca de la sexualidad

CONOCIMIENTOS	Respuestas	Año 1989/1990	Año 1997/1998
El momento más favorable para que la mujer se quede embarazada es	Durante la menstruación	20,9	39,1
	En las dos semanas antes de la menstruación	29,5	34,8
	En las dos semanas después	24,2	32,2
	En cualquier momento	8,5	50,4
La principal función de la sexualidad es	Comunicación interpersonal	18	40,9
	Tener hijos	27,6	25,2
	Placer	8,5	66,1
		32,3	

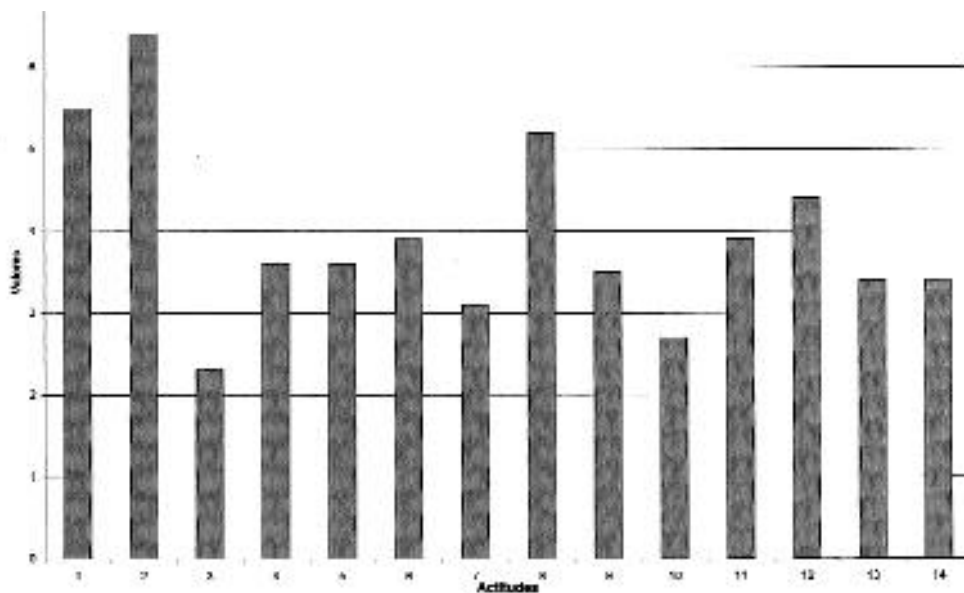
**Tabla 3**  
Actitudes sobre la sexualidad

Actitudes	Media
1. La anticoncepción me parece un buen método para poder disfrutar plenamente de las relaciones sexuales.	5,5
2. Si mantengo relaciones sexuales frecuentemente debería utilizar algún método anticonceptivo.	6,4
3. No merece la pena utilizar anticonceptivos cuando se tienen relaciones sexuales muy esporádicamente.	2,3
4. Por lo general los métodos anticonceptivos reducen parte del placer.	3,6
5. Los homosexuales no obtienen el mismo placer sexual que los heterosexuales.	3,6
6. Las relaciones entre los homosexuales no son mentalmente sanas.	3,9
7. Los homosexuales no son capaces de mantener una relación afectiva duradera.	3,1
8. La masturbación no es igual de agradable que una relación sexual con otra persona.	5,2
9. La masturbación es una forma rechazable de comportamiento sexual.	3,5
10. La masturbación hace distante y egoísta a las personas.	2,7
11. El coito es la única manera de obtener placer sexual completo.	3,9
12. Si supiera que mi pareja está infectada por el SIDA podría seguir manteniendo relaciones sexuales con las debidas precauciones.	4,4
13. Si una persona está infectada por el SIDA debería renunciar a todo contacto sexual.	3,4
14. Es repulsivo mantener relaciones con una persona infectada por el SIDA.	3,4

centes que tiene las primeras relaciones sexuales completas cuando cumplen los 15 ó 16 años. Esto es una constante en todos

las evaluaciones que hemos realizado en los últimos años, al menos en estas poblaciones, pero que coinciden con los resulta-

Gráfico 2  
Actitudes hacia el sexo de los adolescentes en 1997



dos de otros muchos estudios. A esta realidad hay que responder inteligentemente. Aconsejar la abstinencia es como querer poner puertas al campo. Es más, según varios estudios, los últimos publicados en el *Journal of the American Medical Association* (vol. 279, nº 19, pp. 1529-1536), el mensaje de la abstinencia es menos eficiente que la educación sexual orientada a preparar a los adolescentes intelectual y emocionalmente para que se sitúen en la complejidad de la vida contemporánea y practiquen las conductas sexuales de manera satisfactoria y sin riesgos para su salud.

Otra conclusión es que hay también una parte importante de adolescentes

que practican conductas sexuales de riesgo, y ésto a pesar de que como se observan en los datos obtenidos tienen mucha más información que hace siete u ocho años atrás. Este hecho nos hace pensar que la escuela y la sociedad en su conjunto no están siendo capaces de convertir el enorme caudal de información en conocimiento formativo. Como se suele decir en el campo de la enseñanza-aprendizaje, ni toda información se transforma en conocimiento ni éste genera formación. O en otras palabras, no basta con saberse la asignatura. Una correcta información biológica nunca sobra, pero no es suficiente. La educación sexual es algo más que saber mucho de glándulas, óvulos y espermato-

zoides, preservativos, píldoras y diafragmas. La formación sexual tiene que capacitar a la persona para que se enfrente a uno de los vínculos humanos más profundos.

Y, por último, una tercera conclusión como corolario de la anterior, que la tarea de reducir las conductas sexuales de riesgo y la promoción de la salud sexual de los adolescentes es un problema más complejo de lo que a simple vista parece. Requiere un gran trabajo de investigación que intente identificar todos los factores que determinan la conducta sexual.

Pensamos que, la nula o poca eficiencia de las intervenciones de educación sexual orientadas a reducir las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados en la adolescencia, se debe, fundamentalmente, por una parte a que los diseños no se basan en una *teoría del problema* que contemple todos los factores que determinan la conducta sexual segura, y, por otra parte, a que también carecen de una *teoría de la implementación del programa* que respete las características específicas de los grupos concretos de adolescentes, y de los contextos en los que se aplican.

Los diseños de los programas de educación afectivo-sexual deberían basarse en las aportaciones de la investigación básica de todas las ciencias sociales sobre los orígenes y control de la conducta sexual, y no solamente sobre las aportaciones de la teoría cognitiva social. Los factores cognitivos, todos, son importantes para comprender y explicar las conductas de

riesgo, pero hay otros factores que también están presentes. Se aprende la forma de entender la sexualidad, y la aprendemos de forma diferente según el sexo. Es una construcción básicamente social, y por tanto cambiante. Los resultados de los encuentros sexuales heterosexuales están influenciados por las relaciones de poder entre los sexos. El reconocimiento y la interpretación de los riesgos que para la salud tienen las conductas de riesgo varían según la edad, el sexo, la clase social y el sistema de valores dominante en los componentes del grupo al que se pertenece. Los modelos de cognición social, a nivel individual, se proponen identificar todas aquellas variables cognitivas que motivan y regulan las conductas relacionadas con la salud. En concreto, en las conductas sexuales de riesgo, los factores cognitivos que parecen ser más relevantes son: la susceptibilidad personal a asumir riesgos, la percepción de los costes y beneficios de la conducta, la percepción de la aprobación social de esa conducta, la auto-eficacia percibida, y la formación de la intención de la conducta y la planificación de la ejecución de la conducta en un contexto específico. Pero, además de estas variables cognitivas intrapersonales, no podemos olvidar que los resultados de los encuentros sexuales vienen determinados también, en gran parte, por la interacción específica de los factores presentes en el momento de los encuentros sexuales y por el contexto en el que se realizan (Wight, Abraham y Scott, 1988).

En resumen, pensamos que los programas preventivos tienen que basarse en una teoría del problema que integre

todas las variables y, además, en una teoría de la implementación del programa (McLeroy, Bibeau, Stecker y Glanz, 1988), que parta de las necesidades e intereses del grupo de adolescentes con los que se quiere trabajar; que conozca y respete su identidad cultural; que provoque la participación activa de los adolescentes durante todas las fases del proceso de intervención; que implique a toda la comunidad educativa; y, finalmente, que tenga presente en todo momento que el cambio de conducta individual está estrechamente relacionado con los cambios sociales, culturales y económicos de la sociedad en la que vive. Los contenidos de los programas, en definitiva, deberían ir más allá de los factores cognitivos individuales y, también, promover el cambio social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azar, B. (1996). *Schools the source of rough transitions*. Monitor. American Psychological Association. Junio 1996. p. 14.
- Benito, A.; Paños, J. y Pérez, C. (1992). Intervención comunitaria de educación para la salud para prevenir el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes. *Revista Clínica y Salud*. 3. (1). pp. 43-65.
- Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. (1997). *INFORME: Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid*. Agosto-septiembre, 1997. Volumen 5. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Boletín Epidemiológico Semanal. (1998) *Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica de España. Centro Nacional de Epidemiología*. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Boyer, C.B. y Kegeles, S.M. (1991). AIDS risk and prevention among adolescents. *Social Science and Medicine*, 33, pp. 11-23.
- Bury, J. (1984). *Teenage Pregnancy in Britain*. Londres: Birth Control Trust.
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas (1997). *La fecundidad joven y adolescente en España*. Informe.
- Delval, J. (1994). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Farré, J. y Vidal, I. (1998). Para saber más. SIDA y Educación. *Cuadernos de Pedagogía*, 273, pp. 68-72.
- Fisher, J.D. y Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, pp. 455-474.
- Fuertes, A.M. (1997). La infección del VIH/SIDA 16 años después. *Revista Centro de Salud*, Mayo 1997, pp. 283-288.
- Ketterlinus, R.D.; Lamb, M.E. y Nitz, K.A. (1994). Adolescents nonsexual and sex-related problem behaviors: their prevalence, consequences, and co-occurrence. En R.K. Ketterlinus y M.E. Lamb (Eds.) *Adolescent problem behaviors. Issues and Research*. (pp. 17-39). Howe Lawrence Erbaum Associates Publishers.

- McLeroy, K.; Bibeau, D.; Stecker, A. y Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15 (4), pp. 351-377.
- Oakley, A.; Fullerton, D.; Holland, J.; Arnold, S.; France-Dawson, M.; Kelley, P. y McGrellis, S. (1995). Sexual health education interventions for young people: a methodological review. *British Medical Journal*, 310, pp. 158-162.
- Recio, M.; Rosal, C. y Picó, J. (1988). Hábitos de salud de los jóvenes de Lucena. *Revista Centro de Salud*, Marzo 1988, pp. 192-200.
- Wight, D.; Abraham, C. y Scott, S. (1988). Towards a psycho-social theoretical framework for sexual health promotion. *Health Education Research. Theory & Practice*, 13 (3), pp. 317-330.