

El CAC - Adolescente como Instrumento para Explorar los Conocimientos, Actitudes y Conductas frente a las ITS y al VIH/SIDA

Lucía Cuba Oroza

La presente investigación aplicada de tipo descriptivo se propuso como objetivo identificar los conocimientos, actitudes y conductas frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y al VIH/SIDA, en una muestra de 382 escolares adolescentes de Lima entre los 12 y 19 años. Se encontró que un 85.9% de los participantes tiene un nivel de conocimientos bajo y actitudes neutras (60.2%) frente a las ITS y al VIH/SIDA, que sus conductas se orientan hacia la protección y responsabilidad frente al riesgo del SIDA. Un 7.3% de los participantes ha tenido relaciones sexuales; la edad de iniciación sexual oscila entre los 13 y 16 años; 1.3% de los participantes ha tenido una ITS, evidenciándose algunas diferencias en los resultados según grupos de edad y sexo. Los padres y los amigos de los participantes conforman una red de apoyo y afirman haber recibido información sobre orientación sexual. Se recomienda el uso de la presente como diagnóstico de partida para futuras intervenciones e indagar más sobre los factores que habrían influido sobre las actitudes, y conductas frente a las ITS, VIH / SIDA.

Palabras Clave: ITS, VIH, SIDA, MAC

The present applied descriptive research aims at identifying the knowledge, attitudes and behaviour towards the STD and the HIV/AIDS, in a sample of 382 adolescent high school students, in a middle class urban District of Lima. It was found that 85.9% of the participants register a low level of knowledge and neutral attitudes towards STI and to the HIV/AIDS, their behaviour is guided towards protection and responsibility, conscience of the risk and of the problematic related to AIDS, 7.3% of the participants had sexual relationships. The ages of sexual initiation oscillates between 13 and 16 years of age. The incidence of STD corresponds to 1.3 % of the participants, showing some differences in the results, according to age groups and sex, the parents and friends of the participants integrate a support net, they contend to have received information on sexual orientation. The present study could be considered as an initial document for future intervention and further research, as well as to investigate deeply on the factors that could have influenced on the attitudes, and behaviours related to the STD, HIV/AIDS.

Key Words: STD, HIV, AIDS, birth control

EN AMÉRICA LATINA existen 1,4 millones de personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH que más adelante desarrollarán el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA que tiene un enorme impacto individual, social y moral. Las personas infectadas son discriminadas, estigmatizadas y privadas de muchos de sus derechos.

En el Perú existe 13,257 casos reportados (Oficina General de Epidemiología, 2002), estimándose que por cada 25 personas diagnosticadas, hay 50 sin saberlo (OPS, 1992). La población más vulnerable al VIH se encuentra en departamentos de la Costa y Selva.

Entre el 2001 y 2007, el Ministerio de Salud (MINSA) calcula que habrá más de 30,000

Psicóloga comunitaria y educacional, especialista en temas de salud sexual y reproductiva. <Lucia_cuba@yahoo.com>.

personas que podrían desarrollar síntomas atribuibles al VIH, demandar apoyo sanitario a través del tratamiento con antiretrovirales que alivian los síntomas y prolongar el tránsito hacia la etapa SIDA.

Un alto porcentaje de personas infectadas con el VIH, afirman infectarse por vía sexual. La edad de contagio oscila entre los 15 y 23 años (MINSA, 2002)

Los adolescentes en el Perú constituyen un 22.3% de la población total, de los cuales un 10% vive en condiciones de extrema pobreza, lo cual a su vez supone falta de oportunidades y una pobre o deficiente comunicación. (Pereyra, 2002).

Si antes un 8% de los casos de infección de VIH involucraba a adolescentes, ahora constituye un 15%, formando parte de un grupo muy vulnerable con un alto riesgo de contagio.

La mayor tasa de incidencia del SIDA en el Perú hasta septiembre del 2002, se encuentra en los departamentos de Lima, Callao, Ica, Loreto, La Libertad, Piura, Arequipa, Junín, Lambayeque, Tumbes y Tacna. La población más vulnerable se encuentra en los departamentos de la Costa y Selva, en ciudades densamente pobladas, estratos muy pobres y con un alto porcentaje de gente joven (Oficina General de Epidemiología, 2002).

En el Perú existe la necesidad de evitar la generalización de la epidemia que actualmente se encuentra en la fase «concentrada» circunscrita a los llamados grupos de elevada prevalencia de enfermedades de transmisión sexual quienes, por su número de intercambio de parejas sexuales, se contagian rápidamente con el VIH. La fase mencionada adquiere particular importancia en el grupo llamado "puente», conformado por adolescentes, clientes de trabajadoras(es) sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, entre otros, quie-

nes luego de contagiarse con el grupo de alto riesgo, diseminan el VIH en la población general (Alcántara, 2002).

La historia natural de la enfermedad evidencia que trascurren entre 5 y 10 años desde el momento en que una persona se infecta con el VIH hasta que sus defensas se destruyen y aparece recién la etapa SIDA. Durante este periodo la persona infectada no muestra molestia alguna y se siente «sana», pero adquiere la capacidad para contagiar desde el primer momento, provocando situaciones de alto riesgo.

Se evidencia la posibilidad y necesidad de ejecutar intervenciones preventivo-promocionales que incluyan múltiples estrategias para hacer viable el cambio de conductas sexuales de riesgo a protección. Estas estrategias deberían fortalecer la oferta de servicios de salud, el diagnóstico, y el tratamiento precoz y eficaz de infecciones de transmisión sexual-ITS. (MINSA, PROCETSS, 2000 y Alcántara, 2002).

La problemática que envuelve a las ITS y al VIH/ SIDA demanda la articulación de los agentes que trabajan e inciden en la prevención, acción y propagación de los mismos. La epidemia del SIDA es una problemática multisectorial que puede atenderse desde distintas áreas. Es una problemática de salud pública ya que las conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes incrementan la posibilidad de ITS y de contagio con el VIH/ SIDA, manteniendo y propiciando el desarrollo de la epidemia con secuelas de morbilidad y mortalidad, consume recursos públicos ya que las personas infectadas demandan y requieren de diagnóstico, tratamiento paliativo y prevención secundaria haciendo que el Estado deje de lado otras prioridades. Afecta el bienestar social y familiar debido a la destrucción de los proyectos de vida personales y familiares.

Resulta entonces importante que nos enfoquemos en la población adolescente, a fin de trabajar con ellos y para ellos, previniendo conductas de riesgo, promoviendo prácticas saludables y responsables en materia de ejercicio de la sexualidad. La poca información existente sobre los factores que influyen en el riesgo de esta población frente a las ITS y VIH/SIDA, hace que nos planteemos la presente investigación.

El propósito de nuestro estudio es identificar el nivel de conocimientos, actitudes y conductas de la población adolescente de un distrito de Lima Metropolitana, respecto de las ITS y el VIH/SIDA a fin de contar con información diagnóstica para la elaboración de planes preventivos futuros.

Metodología

Se realizó un estudio de nivel Descriptivo de tipo Transversal.

Muestra

Los participantes fueron adolescentes de un distrito de clase media de Lima, que cuenta con 22 centros educativos (C.E.) de nivel primaria y secundaria (4 estatales y 18 particulares); siendo 4,729 estudiantes matriculados el total de población estudiantil al 2003 (MED, 2002).

Se obtuvo una confiabilidad de 95%, margen de error del 5%; debiendo ser encuestados 360 adolescentes. Se incluyó como parte de la muestra a adolescentes hombres y mujeres entre los 12 y 19 años, matriculados para el año 2003 en cualquier nivel de educación secundaria diurna de centros educativos estatales y privados.

Se encuestó a 395 adolescentes de dos C.E. estatales y cuatro privados (258 participantes de C.E. estatal y 137 C.E. particular), invalidándose 13 encuestas.

Finalmente, se trabajó con 382 participantes (176 hombres y 206 mujeres), de los cuales 303 tenían entre 12 y 15 años (Grupo 1), y 79 tenían entre 16 y 19 años (Grupo 2):

Grupo 1: 204 participantes de C.E. estatal, y 99 de C.E. particular.

Grupo 2: 44 participantes de C.E. estatal, y 35 a C.E. particular.

Instrumentos

Se elaboró un cuestionario especialmente estructurado, que consta de 4 secciones. La Sección A determina los Datos Generales de los participantes; la Sección B el nivel de Conocimientos de los participantes frente a las ITS y al VIH/SIDA; la Sección C identifica las Actitudes de los Participantes con relación a las ITS, y al VIH/SIDA, y por último, la Sección D explora las Conductas que tomarían los participantes frente a situaciones relacionadas a las ITS y al VIH/SIDA; otorgándosele validez y confiabilidad según sección

Sección A: Datos generales de los participantes

Se consideraron variables como el Sexo, Edad, Religión y Práctica Religiosa, Nivel Educativo y Ocupación de los Padres, Preferencia de Medios de Difusión, Utilización del Tiempo Libre, Pertenencia a Grupos, Orientación en Temas de Sexualidad (interlocutores y medio utilizado), Percepción frente a la Sexualidad en la Adolescencia y frente a la Promiscuidad, Edad de Iniciación Sexual, Uso de Métodos Anticonceptivos, Incidencia en ITS y Tratamiento, y Acceso a Servicios de Salud.

Tiene 33 ítems que identifican quiénes son los adolescentes escolares del distrito (ítems que obtuvieron valores entre .89 y 1.00 en la validación por criterio de jueces y siendo éstos procesados con la herramienta estadística: «V de Aiken»).

Sección B: Cuestionario de Conocimientos sobre las ITS y VIH/ SIDA

El cuestionario identifica el nivel de conocimientos sobre las ITS, VIH/ SIDA, e identifica los conocimientos frente a los Métodos Anti-conceptivos -MAC (en cuanto a identificación y función de los mismos, enfatizando en el uso del preservativo como único MAC artificial que previene del contagio de ITS y VIH/ SIDA).

Esta sección se evaluó mediante 13 ítems, los cuales dividimos en 3 áreas, siendo:

Área 1: Conocimientos sobre ITS, 1 ítem que explora el conocimiento de las ITS más frecuentes mediante la identificación de las mismas con 11 alternativas de respuesta.

Área 2: Conocimientos sobre MAC con énfasis en el preservativo, explorado mediante 4 ítems con 26 alternativas de respuesta.

Área 3: Conocimientos sobre VIH/SIDA, 8 ítems con 41 alternativas de respuesta, relacionadas al Significado del VIH Y el significado del SIDA, modos de transmisión, forma de detección, manifestación y tratamiento y su avance en el país.

La validez de contenido se obtuvo mediante el criterio de validación por Jueces expertos, y el nivel de confiabilidad se obtuvo mediante el método de División en Dos Mitades, arrojando un valor de .87 de confiabilidad.

Para las tres áreas, la confiabilidad también se determinó mediante el método estadístico de División en Dos Mitades: el Área 1: obtuvo un valor de .80 de confiabilidad; Área 2: obtuvo un valor de .73 de confiabilidad; y el Área 3: obtuvo un valor de .86 de confiabilidad.

La sección de conocimientos posee un alta confiabilidad, habiendo obtenido un alfa de .87. Los ítems son dicotómicos, Verdadero y Falso, asignándose un puntaje de 1 para las

alternativas correctas y 0 para las incorrectas. Se determinó el criterio de aprobación al 80%.

Para el Área 1 se determinó como aprobatorio un mínimo de 9 alternativas de respuesta correctas, en el Área 2 se determinó 21, y para el Área 3 un mínimo aprobatorio de 33.

Para la sección de conocimientos (todos los Niveles), se determinó un mínimo aprobatorio de 62 puntos.

Sección C: Escala de Actitudes frente al uso de preservativo y frente a las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/ SIDA

Escala tipo Likert, consta de las alternativas Completamente de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo, Completamente en desacuerdo. Debiendo elegir la que más se acerca a lo que ellos pensaban, mediante 19 ítems que exploran las actitudes frente al contagio, adquisición, transmisión, infección y vulnerabilidad frente al contagio del VIH SIDA como ITS.

Para 15 ítems, la calificación de las afirmaciones fue positiva, es decir, se asignaron los siguientes valores: (5) Muy de Acuerdo, (4) De acuerdo, (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (1) Muy en desacuerdo. Para los 4 ítems restantes la calificación fue negativa, calificándose de manera contraria a las afirmaciones positivas antes expuestas (Hernández, Fernández & Baptista, 1998).

La Validez de contenido se obtuvo mediante el criterio de validación por Jueces o Expertos, y la confiabilidad se obtuvo por medio de la correlación ítem-test corregida. Se eliminaron 3 ítems obteniéndose un coeficiente alfa de .70.

Sección D: Cuestionario de Conductas frente a las ITS, VIH SIDA y a situaciones de riesgo

Pretende dar un primer insumo respecto de las conductas que tomarían los jóvenes frente

a situaciones que implican el manejo de conocimientos y las decisiones frente a situaciones de riesgo y protección ante ITS y el VIH/ SIDA, atención en salud, uso y acceso a medios de información, compromiso ante la epidemia, y relación con pares.

Explorada en 9 ítems con 49 alternativas de respuesta y cada participante debía elegir una alternativa como respuesta.

Se elaboró un registro según las alternativas de respuesta marcadas, debiendo ser elegida solo 1 alternativa por ítem.

No se asignó un valor aprobatorio, por tal motivo, se procedió a registrar las conductas de los participantes de acuerdo a la Moda de las alternativas de respuestas marcadas por ítem.

La validez de contenido se obtuvo mediante el criterio de validación por Jueces expertos.

No se le otorgó confiabilidad a los resultados encontrados debido a que éstos no son calificados mediante un puntaje si no mediante el registro por frecuencias.

Procedimiento

Una vez elaborado el cuestionario, se procedió a otorgarle validez mediante el criterio evaluación de jueces, elaborándose el cuestionario estructurado final.

Se coordinó con los C.E., las fechas de aplicación del cuestionario y se procedió a aplicar los cuestionarios con la ayuda de dos voluntarios, posteriormente, se realizó el vaciado de la información en el programa SPSS V. 10.0, el análisis y elaboración del informe final.

Para el análisis de datos, se usó estadística descriptiva: promedios y frecuencias relativas y frecuencias absolutas, desviación estándar y moda (Muñiz, 2000).

Resultados

Debido a la extensión de los resultados expuestos a través de 47 tablas; se presentan en las Tablas 1 y 2, los resultados hallados según el Grupo y Sexo de los participantes, de manera resumida.

TABLA 1. Resumen de datos sociales y educativos

<i>Grupo</i>	Mujeres 12-15 años	Varones 12-15 años	Mujeres 16-19 años	Varones 16-19 años
<i>Estado civil</i>	Solteras y solteros			
<i>Religión</i>	Católicas practicantes parciales	Católicos practicantes parciales	No saben qué religión profesan	Católicos practicantes parciales
<i>Frecuencia uso de TV y radio</i>	Alta frecuencia TV		TV y radio	Alta frecuencia TV
<i>Tiempo libre</i>	Con su familia		Con amigos en casa de alguno de ellos	Con familia y amigos
<i>Pertenencia a organizaciones</i>	No participan de grupos u organizaciones			
<i>Orientador sexual</i>	Sus padres a través de una charla	Colegio a través de charlas	Colegio y de sus padres a través de charlas	
<i>Nivel educativo y empleo de padres</i>	Nivel educativo secundario y son trabajadores independientes	Padres con educación superior y son empleados. Madres con educación superior y son trabajadoras independientes	Nivel educativo secundario y son trabajadores independientes	Padres con educación superior y son empleados Madres con educación superior y técnica y son trabajadoras

TABLA 2. Resumen de Opinión, Conocimiento, Actitudes y Conductas

Grupo	Mujeres 12–15 años	Varones 12–15 años	Mujeres 16–19 años	Varones 16–19 años
<i>Opinión sobre relaciones prematrimoniales</i>	Opinan que no está bien tener relaciones pre matrimoniales	Opinan que está bien tener relaciones pre matrimoniales		
<i>Opinión múltiples parejas sexuales</i>	Opinan que no está bien tener múltiples parejas sexuales			
<i>Opinión sobre relaciones sexuales en la adolescencia</i>	No deberían tener relaciones sexuales.		Está bien que tengan relaciones sexuales	
<i>Opinión edad de inicio sexual</i>	Edad sugerida : 20 años			
<i>Experiencia sexual (inicio)</i>	La mayoría no ha iniciado actividad sexual			
<i>Antecedentes de ITS</i>	Mayoría no ha tenido ITS			
<i>Conducta si tuvieran una ITS</i>	Acudirían a una clínica o a médico		Acudirían a una clínica	
<i>Actitudes frente a las ITS/VIH/SIDA</i>	Actitudes Neutrales			
<i>Conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA</i>	10.96% aprobatorio 12.16% aprobatorio		21.56% aprobatorio Mejor nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA que sobre las ITS o los MAC	28.57% aprobatorio, por encima respecto de las otras áreas relacionadas a las ITS y a los MAC
<i>Conducta frente a ITS/VIH/SIDA</i>	Conductas orientadas a la responsabilidad y compromiso			

Discusión

Mientras que existen diferencias en los conocimientos, actitudes y conductas entre grupos de edad (12-15 años y 16-19 años), no parece haber diferencias entre sexos, ni mucho menos entre la pertenencia a un centro educativo estatal o privado.

Llama la atención que una gran mayoría informe no haber iniciado relaciones sexuales ni haber sufrido, por tanto, ITS. Igualmente que la postura mayoritaria de considerar los 20 años de edad, como la edad para el inicio de relaciones sexuales, podría deberse a la influencia de la religión y de la familia, así como al nivel educativo de la mayoría de los padres de los encuestados.

La televisión se presenta como principal medio de comunicación. Las familias seguirían cumpliendo un rol importante (padres), como principales orientadores y como parte de la red de apoyo. Los resultados son contrastados con los de Sebastiani & Segil (1999); y se resalta, también, la presencia de amigos como redes de apoyo y en tiempo de ocio.

Existe un cierto interés por vivir una sexualidad más allá de un compromiso formal como el matrimonio, sugiriendo conductas preventivas (no está bien tener múltiples parejas sexuales), y los 20 años como edad para dar inicio a la actividad sexual, supone cierta responsabilidad, influenciada por factores socioculturales.

La mayoría de participantes afirma no haber tenido relaciones sexuales ni haber tenido una ITS. Ante tal situación, acudirían a una Clínica o Centro de Salud para Jóvenes, lo que podría tener relación con el rol de la familia y el nivel educativo de los padres.

Datos contrarios a los sugeridos por Cáceres (1999), indican que un 7.3% de los participantes habría tenido relaciones sexuales (entre los 13 y 16 años). Datos semejantes a los de Sebastiani & Segil (1999) y Ragúz (1999) indican que en este grupo, un porcentaje importante habría usado el preservativo en su primera relación sexual (46.4%), un 28.6% no habría usado ningún método, lo cual, a su vez, supone un alto riesgo de contraer ITS o de embarazo adolescente. De los pocos participantes que tienen relaciones sexuales, un bajo porcentaje hace uso del preservativo, corroborado en datos de Ragúz (1999).

Un 1.3% afirma haber tenido una ITS, la minoría recibió tratamiento en casa y la mayoría no se atendió por vergüenza. Se sugiere profundizar el nivel de asociación entre la variable sexo, actividad sexual, ITS y nivel de conocimientos sobre las misma.

Los participantes muestran un nivel bajo o insuficiente de conocimientos, lo cual sugiere que no han recibido una formación adecuada en ITS. Datos que difieren de los de Páucar (2001).

Los hallazgos sugieren que los conocimientos sobre MAC son mejores que los de *ITS*, existiendo un incremento de puntaje aprobatorio con información sobre el preservativo (mayor difusión con respecto de otras variables). Sin embargo resultan alarmantes y contradictorios los puntajes un tanto alentadores frente al nombramiento de los MAC con la desinformación sobre el uso correcto del preservativo. Datos semejantes a los de Cáceres

(1994) y Ragúz (1999) indican que entre los participantes, existe mayor información sobre el VIH / SIDA, incrementándose el porcentaje de aprobados en los hombres de ambos grupos con resultados semejantes a los de Soto (1994) y resulta pieza clave el tener información suficiente sobre MAC para actuar responsablemente frente a las demás problemáticas.

Los participantes muestran una Actitud Neutral frente a las ITS y al VIH/ SIDA, nos sugiere que el desconocimiento de la problemática relacionada con las mismas, puede ser beneficioso para promover el cambio actitudinal en futuras intervenciones. (Inppares, 2002), con lo que se discrepa de los resultados de Ragúz (1999).

Llama la atención que expresen conductas orientadas a la responsabilidad y compromiso frente a las ITS y VIH/ SIDA, cuando existe la tendencia a considerar a los adolescentes como egoístas e irresponsables.

Consideramos que están en disposición de cambiar sus actitudes mediante la capacitación y el aprendizaje. Sus conductas sugieren responsabilidad, conciencia y compromiso frente a situaciones de riesgo y frente a la problemática de la epidemia, optimizando el perfil de la investigación. A pesar de no contar con suficientes conocimientos, evidencian conductas responsables, siendo una población cuestionadora y comprometida.

Conclusiones

1. La investigación nos permite resaltar que los adolescentes escolares de un distrito de Lima, tienen un nivel de conocimientos bajo o insuficiente, actitudes neutras y conductas orientadas a la responsabilidad respecto de su sexualidad y frente a las ITS y VIH/SIDA

2. Del mismo modo, la investigación aporta información alentadora respecto de las actitudes y conductas de los adolescentes, encontrando cierta apertura, responsabilidad y solidaridad frente a las ITS y VIH/ SIDA.
3. Destacamos el ámbito escolar como escenario protector y favorable en el que confluyen los educadores, padres de familia y pares.

Nuestra información no es generalizable a otros adolescentes, sin embargo, proyecta una imagen positiva de los mismos, contraponiendo el estereotipo de promiscuo e irresponsable en este grupo humano.

Recomendaciones

- En investigaciones posteriores, se requiere indagar más sobre los factores que habrían influido sobre las actitudes y conductas, relacionándolas al nivel de conocimientos.
- Las autoridades de educación y salud deben intervenir más coordinadamente con programas intersectoriales preventivo promocionales, en relación con la salud sexual reproductiva, al interior de los C.E., sugiriendo la elaboración de diagnósticos sobre temas de sexualidad en escuelas.
- Las autoridades municipales, las asociaciones de padres de familia y otras organizaciones de la sociedad civil deben coordinar planes y acciones para generar entornos saludables para la adolescencia y juventud, y posicionar la actitud y conducta responsable en materia de sexualidad, complementando esfuerzos con el sector educación y salud.
- Los municipios escolares deben constituirse en vehículos para canalizar las iniciati-

vas existentes, siendo interlocutores para la planificación de nuevas investigaciones e intervenciones orientadas a generar una sexualidad sana y medidas concretas de prevención de las ITS y VIH/ SIDA.

- Es necesario reforzar los conocimientos frente a temas que permitan a los adolescentes empoderarse con respecto a su sexualidad.

Referencias

- ALCÁNTARA, J. (2002). El SIDA: un problema de todos. *Salud de l@s Adolescentes- Inversión social para cerrar brechas de inequidad* (269-284). Mery M. Carrasco Turín (ed.). Lima: Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud (SPAJ).
- ANAMARÍA, P, CHÁVEZ, E. & PERUANO POSITIVOS (13 de diciembre de 2003). Si el Sida no discrimina, ¿Por qué lo seguimos haciendo? Suplemento especial por el Día Mundial de Lucha contra el SIDA de *El Comercio*, pp. 4y 5.
- BARON, R. & BYRNE, O. (1998). Las actitudes: una evaluación del mundo social. *Psicología Social*, (8va. ed.), 130-175, Madrid: Prentice Hall.
- BURGA, A. (2003). *Materiales de Informática: módulos de Cálculos Psicométricos*, 39, 61. Lima: UPCH.
- CÁCERES, C. & col. (1999). *Nuevos Retos: investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú*, 11-181. Lima: Redes Jóvenes.
- CANESSA, P. & NYKIEL, C. (1997). *Piensa en ellos(as): iniciativas para desarrollar servicios de calidad en la atención de salud de los(as) jóvenes*, 70-73. Washington DC.: OPS.

- CHIRINOS, M. (15 de agosto de 2004). Sexo sí, pero por amor. Suplemento Domingo de *La República*, 20-23.
- ESMAN, A. (1990). *Adolescence and Culture*. New York: Columbia University Press.
- INPPARES (2002). *Manual para Promotores Voluntarios YES!!-IPPF-CJF*. 44-45, Lima.
- MADDALENO, M., D'ANGELO, L. & WOODWARD, K. (1995). *La salud del adolescente y del joven: El Sida y otras ETS*, 274, Washington DC: OPS.
- MADDALENO, M. & MONROY, A. (1995). *La salud del adolescente y del joven: Pubertad, adolescencia y cultura juvenil*, 29, Washington DC: OPS, 29.
- McALISTER, A. (1996). Cambio de conducta de la población: un enfoque con base teórica. *Promoción de la salud: UM antología - Publicación científica* 557(246-257). Washington DC: OPS.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN (2002). *Estadísticas Básicas 2002- Resultado de búsqueda para Centro Educativo: dirección colegios y departamento: Lima y provincia: Lima y distrito: Lince y nivel y I o modalidad: Secundaria de menores*. MED. Lima, 2002.
- (1998). *Guía de educación familiar y sexual para docentes y padres de familia*, 50-52, Lima: UNFPA.
- MINISTERIO DE SALUD (2002). *Formulario de Solicitud para propuesta al fondo mundial. Propuesta de fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y TBC en el Perú-Fondo global del V/H. TBC Malaria*, 16, Lima: MINSA.
- MORALES, F. (1994). *Psicología Social*. Madrid: McGraw-Hill.
- MUÑIZ, J. (2000). *Teoría clásica de los Test*. 34-36, 227. Madrid: Pirámide.
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (25 de noviembre de 2004). Informe 2004 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA. *El Comercio*.
- PEREYRA, H. (2002). Promoción de la Salud en el MINSA, un marco de referencia para las acciones en adolescencia y juventud. *Salud de l@s Adolescentes - Inversión social para cerrar brechas de inequidad*, pp. 11-181, Lima: REDES Jóvenes-Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud (SPA)].
- OPS (1992). *Manual de Medicina de la Adolescencia*, 297-299. Washington DC: OPS /OMS.
- RAGUZ, M. (1999). Riesgo sexual y reproductivo en adolescentes desde una perspectiva de género. En Cáceres, C. (ed.), *Nuevos Retos - Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú*, 63-89 Lima: REDES Jóvenes.
- SEBASTIANI, A. & SÉGIL, E. (1999). Qué hacen, qué piensan, qué sienten los y las adolescentes de Lima respecto a la salud sexual y reproductiva. En Cáceres, C. (ed.), *Nuevos Retos - Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los Jóvenes en el Perú*, 43-60, Lima: REDES Jóvenes.
- SOTO, V. (1999). Conocimientos sobre ETS/SIDA y conducta sexual de riesgo en adolescentes del Departamento de Lambayeque. En Cáceres, C. (editor), *Nuevos Retos-Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú*, 117-129. Lima: REDES Jóvenes.
- Toque de Queja. (23 de noviembre de 1995). *Caretas*, N° 1390, recuperado el 18 de setiembre de 2003 de <http://www.caretas.com.pe/1390/toque-queja.html>.