

Relaciones sexuales en adolescentes escolarizados de Santa Marta, Colombia: una encuesta transversal*

GUILLERMO AUGUSTO CEBALLOS, PSICOL.¹, ADALBERTO CAMPO-ARIAS, M.D.²

RESUMEN

Antecedentes: La prevalencia de relaciones sexuales (RS) en adolescentes varía de un país a otro e, incluso, dentro del mismo país, de una región a otra. No se conoce esta información en una muestra representativa de estudiantes de Santa Marta, Colombia.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores relacionados con RS en estudiantes de bachillerato, colegios públicos y privados, urbanos y rurales.

Método: Una muestra probabilística por conglomerados de estudiantes diligenció en forma anónima una encuesta. Mediante regresión logística se controlaron factores de confusión para haber tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida.

Resultados: Un total de 3,575 estudiantes de todos los grados y estratos respondió la encuesta. La edad promedio fue 13.6 (DE=1.9), la escolaridad promedio fue 8.2 años (DE=1.6), 57% mujeres. Un grupo de 804 estudiantes (22.5%) manifestó haber tenido RS. Haber tenido RS se asoció con ser varón (OR=8.5), consumo de alcohol (OR=4.3), consumo de marihuana (OR=4.2), consumo de cigarrillo (OR=2.8), mayor edad (OR=1.7), colegio privado (OR=1.3) y mayor escolaridad (OR=1.2).

Conclusiones: Una cuarta parte de los estudiantes informa haber tenido RS. Se encontró relación estadísticamente significativa con el consumo de alcohol, marihuana y cigarrillos.

Palabras clave: Relaciones sexuales; Prevalencia; Estudiantes; Adolescentes; Estudios transversales.

Sexual intercourse among adolescent students of Santa Marta, Colombia: a cross-sectional survey

SUMMARY

Background: Among teenagers, the prevalence of sexual intercourse (SI) varies from one country to another, and inside the same country, it varies from region to region. Information regarding SI in teenagers is unknown for a representative portion of students in Santa Marta, Colombia.

Objective: To determinate the prevalence and factors associated with SI in middle-and high-school students from public and private schools from urban and rural zones.

Method: A statistical sample provided by an anonymous survey done to a group of students. Logistic regression was used to control confounders associated with the fact of the student having had SI in his/her lifetime.

Results: A total of 3,575 students, all grades and socioeconomic status, answered the survey. The mean age was 13.6 (SD=1.9), mean scholarship was 8.2 years (SD=1.6), and 57% were girls. A group of 804 (22.5%) students accepted having had SI. The having had SI was associated with being a boy (OR=8.5), alcohol drinking (OR=4.3), cannabis use (OR=4.2), cigarette smoking (OR=2.8), being older (OR=1.7), attending to private school (OR=1.3), and higher scholarship (OR=1.2).

Conclusions: Twenty-five percent of the students reported having had SI. This is associated with unhealthy habits such as alcohol, cannabis and cigarettes consumption.

Keywords: Sexual behavior; Prevalence; Students; Adolescents; Cross-sectional study.

* Esta investigación fue financiada por Fonciencias de la Universidad del Magdalena y la Universidad Autónoma de Bucaramanga mediante el Convenio 030 de 2006.

1. Profesor Auxiliar Ocasional, Grupo de Estudio del Suicidio y Conductas de Riesgo Sexual, Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia. e-mail: gceballos@unimagdalena.edu.co
2. Director de Investigaciones, Instituto Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá. Grupo de Estudio del Suicidio y Conductas de Riesgo Sexual, Universidad del Magdalena y Profesor Asociado, Grupo de Salud Mental y Familia, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Colombia. e-mail: campoarias@comportamientohumano.org

Recibido para publicación abril 18, 2007 Aceptado para publicación julio 4, 2007

En las últimas décadas, los estudios sobre las relaciones sexuales (RS) en adolescentes son numerosos debido a la proliferación de embarazos no planeados (ENP) e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre las cuales el VIH-SIDA es una epidemia que afecta a los grupos poblacionales más jóvenes^{1,2}.

La edad en que se producen los primeros encuentros sexuales coitales es variable entre los distintos países, pues oscila entre los 15 y 19 años³⁻⁵. Sin embargo, algunos estudios señalan edades más tempranas en el inicio de RS^{6,7}. Indudablemente, a más años de edad cumplidos mayores probabilidades de haber tenido RS en estudiantes adolescentes escolarizados⁸⁻¹⁰. En Colombia y en Latinoamérica la iniciación de las RS en las mujeres se da a una edad más tardía que en los hombres³. La prevalencia de RS, en relación con el grado de escolaridad varía de un estudio a otro. Sin embargo, todos coinciden en que a mayor grado de escolaridad mayor prevalencia¹¹⁻¹³. Igual sucede con el estrato socioeconómico de los padres, algunas investigaciones muestran que a menor estrato social mayor prevalencia de RS¹⁴⁻¹⁶ y otros observan una falta de relación¹⁷.

Muy pocos estudios informan la asociación entre el tipo de colegio, privado o público, y haber tenido RS⁷. Sin embargo, los resultados son contradictorios, pues un estudio halló que estudiar en colegio privado influía, tanto en varones como en mujeres, para un inicio tardío de las RS¹⁸; mientras otra investigación indicaba que estudiar en colegio público o privado no influía en la edad de comienzo de las RS⁶.

La adolescencia es, asimismo, la etapa de la vida de mayor riesgo para el consumo de sustancias legales e ilegales¹⁹⁻²⁰. Los estudios muestran una asociación positiva entre consumo de sustancias, legales e ilegales, y haber tenido RS^{7,9,10,21-23}.

En Santa Marta, Colombia, un par de estudios^{24,25} informaron que más o menos 25% de los adolescentes estudiantes manifestaron haber tenido RS. Se documentó que haberlas tenido se asociaba con ser varón, tener más años de edad, mayor grado de escolaridad, fumar e ingerir bebidas alcohólicas y no había diferencia entre estudiar en colegio público y privado. Sin embargo, estos estudios se hicieron con muestras relativamente pequeñas, tomadas por conveniencia^{24,25}.

El objetivo general del presente estudio fue determinar la prevalencia de RS y los factores relacionados como edad, sexo, grado de escolaridad, tipo de colegio (público

o privado) y consumo de sustancias legales e ilegales en una muestra probabilística de estudiantes de Santa Marta, Colombia.

MÉTODO

El presente es un estudio transversal para el que se solicitó permiso a las directivas de los colegios seleccionados, a los padres de familia y a los estudiantes participantes. Se informaron los objetivos del mismo, y su bajo riesgo; la participación fue enteramente voluntaria y se garantizó el completo anonimato^{26,27}.

Se hizo un muestreo probabilístico por conglomerados, donde todos los colegios públicos y privados de secundaria del Distrito de Santa Marta, urbanos y rurales, tenían la misma probabilidad de selección.

En el aula de clase, los participantes diligenciaron un formulario auto-administrado de 30 preguntas que incluía los aspectos sociodemográficos, la conducta sexual y otros aspectos relacionados con la salud. El tipo de cuestionario que se usó, tuvo una excelente confiabilidad en adolescentes de otros países²⁸.

Para la presente investigación la variable independiente fue haber tenido RS coitales, y como variables dependiente se tuvieron en cuenta edad, sexo, grado de escolaridad, tipo de colegio (público o privado) y consumo de sustancias legales e ilegales.

Todos los datos se analizaron en el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS 13²⁹. Se manejaron las medidas estadísticas apropiadas para cada tipo de variables (cualitativa o cuantitativa), cuando fue necesario se establecieron intervalos de confianza de 95% (IC 95%). En el análisis bivariado se determinaron razones de disparidad (OR) con IC 95%. El análisis multivariado se hizo mediante regresión logística según las recomendaciones de Greenland³⁰. Se aceptaron como diferencias significativas probabilidades menores de 5%.

RESULTADOS

Un total de 4,000 estudiantes diligenciaron la encuesta. Se excluyeron 425 formatos, se diligenciaron en forma incompleta 187 formatos (4.7%) y mostraban inconsistencias 238 formularios (6.9%). Este informe se hace con 3,575 encuestas diligenciadas en forma completa y consistente.

La edad del grupo osciló entre 9 y 20 años, con un promedio de 13.6 años (DE=1.9). Participaron estudiantes

Cuadro 1
Características sociodemográficas de una muestra de
estudiantes de Santa Marta, Colombia

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Mujeres	2039	57.0
Varones	1536	43.0
Grado		
Sexto	617	17.3
Séptimo	693	19.4
Octavo	951	26.6
Noveno	429	12.0
Décimo	443	12.4
Undécimo	442	12.4
Estrato		
Uno	563	15.7
Dos	1135	31.7
Tres	1236	34.6
Cuatro	451	12.6
Cinco	106	3.0
Seis	84	2.3
Colegio		
Privado	1366	38.2
Público	2209	61.8

de todos los grados, con un promedio de 8.2 años de escolaridad (DE=1.6). Otras características sociodemográficas aparecen en el Cuadro 1.

En lo concerniente a informar haber tenido una RS alguna vez en la vida, 804 (22.5%) estudiantes respondieron afirmativamente. La edad de la primera RS osciló entre 7 y 18 años, con un promedio de 13.3 años (DE=1.8),

mediana y moda de 13 años. El número de parejas sexuales a lo largo de la vida se encontró entre 1 y 20 parejas, con un promedio de 2.9 parejas (DE=3.3), mediana 2 y moda, 1 pareja.

En el análisis bivariado se observó que los estudiantes que informaron haber tenido RS tenían una edad promedio de 14.8 años (DE=1.7) comparada con quienes lo negaron, 13.3 (DE=1.9) ($t=21.5$; $gl=3573$; $p=0.000$). Los estudiantes que admitieron una RS mostraron en promedio una escolaridad de 8.9 años (DE=1.4) comparada con quienes lo negaron, 8.0 (DE=1.6) ($t=14.9$; $gl=3573$; $p=0.000$). Las asociaciones con variables categóricas se presentan en el Cuadro 2. Para controlar posibles variables de confusión se efectuó un modelo multivariado mediante regresión logística. No se incluyeron en el modelo final las variables percepción de salud, percepción de rendimiento académico y el estrato porque no alcanzaba valor significativo y no producían una variación mayor de 10% en la asociación más fuerte. El modelo se presenta en el Cuadro 3.

DISCUSIÓN

La presente investigación muestra que 22.5% de los adolescentes estudiantes de secundaria de Santa Marta han tenido una RS alguna vez en la vida. El haber tenido RS se asoció con ser varón, tener más años de edad, mayor grado de escolaridad, estudiar en colegio privado y con comportamientos de riesgo para la salud como el consumo de alcohol, cigarrillos y marihuana.

En este estudio se informa que aproximadamente uno de

Cuadro 2
Asociaciones de variables categóricas con haber tenido relaciones sexuales en estudiantes de
Santa Marta, Colombia

Relaciones sexuales	OR	IC 95%	P
Sexo masculino	7.39	6.14-8.89	0.000
Consumo de alcohol alguna vez	9.58	7.32-12.55	0.000
Consumo de marihuana alguna vez	17.88	9.55-33.46	0.000
Consumo de cigarrillo alguna vez	5.24	4.37-6.29	0.000
Estudiar en colegio privado	1.73	1.48-2.03	0.000
Percepción mala o regular de rendimiento académico	1.63	1.36-1.97	0.000
Percepción mala o regular de salud	1.36	1.12-1.66	0.002
Estrato			
Bajo	-	Referente	-
Medio	1.23	1.04-1.45	0.014
Alto	1.42	1.00-2.03	0.042

Cuadro 3
Modelo multivariado para haber tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida en
estudiantes de Santa Marta, Colombia

Relaciones sexuales	OR	IC 95%	p
Sexo masculino	8.51	6.84-10.58	0.000
Consumo de alcohol alguna vez	4.33	3.21-5.82	0.000
Consumo de marihuana alguna vez	4.20	2.06-8.57	0.000
Consumo de cigarrillo alguna vez	2.76	2.18-3.49	0.000
Más años de edad cumplidos	1.69	1.54-1.86	0.000
Estudiar en colegio privado	1.31	1.06-1.61	0.012
Mayor grado de escolaridad	1.18	1.06-1.31	0.002

cada cuatro de los estudiantes ha tenido RS. Similares resultados se encontraron en Santa Marta en muestras no probabilísticas^{24,25} y en lo que se informó para estudiantes de un colegio público de Bucaramanga⁹. No obstante, es significativamente menor a 33% en estudiantes de noveno a undécimo grados de varios colegios públicos de Barranquilla³¹ y 58% para estudiantes de secundaria y universitarios de Bucaramanga³². La prevalencia de RS en adolescentes varía de modo considerable, por ejemplo, se han hallado prevalencias de 20% en estudiantes japoneses²², 34% en nigerianos¹⁴, 43% en ecuatorianos¹², 45% en suizos³³, 22% a 52% en estudiantes estadounidenses³⁴⁻³⁶, 41% en afroamericanos e hispanos³⁷. Divergen de los resultados que se presentan, 11% en adolescentes chilenos¹¹ y 18.4% en estudiantes mexicanos¹³. Estas diferencias se pueden atribuir a factores sociales y culturales propios de la población objeto de cada estudio³⁸.

Lo mismo que en el presente estudio, un gran número de investigaciones, tanto nacionales como internacionales, indican que, por lo general, los varones informan con mayor frecuencia haber tenido RS que las mujeres^{3-5,7-10,13-15,24,25,32}. Esto puede deberse a las relaciones de poder en una sociedad de doble moral en aspectos sexuales, y que hacen surgir derechos y libertades distintos para hombres y mujeres, y donde tácitamente se promueve la actividad sexual en varones y la abstinencia en mujeres. No obstante, las diferencias actuales respecto a los géneros tienden a desaparecer alrededor de los 24 años de edad²¹.

Semejante a lo visto en este estudio, a mayor edad es más probable tener RS entre los adolescentes^{8,9,24,25}. Asimismo, indica que a mayor grado de escolaridad también hay mayor probabilidad de haber tenido relaciones coitales¹¹⁻¹³. Esto es admisible debido a que es de suponer que a mayor grado de escolaridad, igualmente, los estudiantes tendrán mayor edad cronológica y la prevalen-

cia acumulada de RS aumenta con los años²¹.

En el estudio actual se observó que a mayor nivel o estrato socioeconómico hubo mayores probabilidades de haber tenido RS. Datos similares se encontraron en investigaciones precedentes^{39,40}. Sin embargo, otro informe indica que en situaciones económicas desfavorables la prevalencia de RS es mayor²³. En general se observa que las normas de comportamiento sexual, en casi todos los aspectos, son más flexibles a mayores estratos socioeconómicos^{18,41}. Pero, en algunos estratos sociales menos favorecidos una alta prevalencia poco común se podría explicar por la menor supervisión de algunos padres acerca de los hijos. Es incuestionable, el papel definitivo que juega en todo el contexto socio-cultural³⁹.

Los datos que se comunican aquí, muestran que estudiar en un colegio privado es un factor que se relaciona con haber tenido RS. Otra investigación informó un resultado comparable⁴⁰. No obstante, otros trabajos muestran que estudiar en colegios públicos se asocia con haber tenido RS^{6,14-16,23}. Es claro que las instituciones públicas y privadas son heterogéneas en muchos aspectos; es mucho más probable que otras características de la población estudiada sean más influyentes³⁸.

Los datos de este trabajo concuerdan con otras investigaciones en cuanto que tener RS está ligado estrechamente con conductas de riesgo para la salud, como fumar cigarrillo, ingerir bebidas alcohólicas y consumir marihuana^{7,9,19-20,22,24,25,42}. En los adolescentes estos comportamientos de riesgo para la salud quizá sean parte de características de personalidad en consolidación, como las que se relacionan con altos grados de búsqueda de situaciones novedosas o placenteras⁴³.

Hasta la fecha, no se había informado la falta de asociación entre la percepción de salud y de rendimiento

académico y haber tenido RS. Sin embargo, si hubiese asociación, ésta sería espuria o indirecta, pues se ha visto que los estudiantes que informan haber tenido RS, con frecuencia fuman cigarrillo y tienen más posibilidades de consumo problemático de alcohol; este último grupo de estudiantes informa peor percepción de rendimiento académico, quizá mediado por la presencia de síntomas depresivos^{44,45}. Los síntomas depresivos en adolescentes se pudieron relacionar con actividad sexual de riesgo para infección por VIH y embarazos no planeados⁴⁶⁻⁴⁸.

Los resultados sugieren que es necesario que todas las entidades colombianas comprometidas con el desarrollo sexual saludable y armónico de los estudiantes de secundaria deben diseñar campañas de promoción de comportamiento sexual responsable y de prevención de infecciones de transmisión sexual y de embarazos no planeados en adolescentes con una concepción integral, donde se tengan en cuenta la perspectiva de género así como los factores sociales y culturales. Estas estrategias deberían comprender, igualmente, a los estudiantes de básica primaria porque un número importante y considerable de niños y niñas tienen la primera RS antes de pasar a la secundaria^{49,50}.

El presente trabajo corrobora lo que se vio en adolescentes escolarizados de Santa Marta en muestras no probabilísticas, sin duda una fortaleza, y además, de un mayor número de participantes que representan mejor la población de adolescentes escolarizados de Santa Marta, Colombia. Sin embargo, la investigación tiene limitaciones propias de un diseño transversal que no permite calcular una dirección de causalidad. Asimismo, no se estudiaron diversas posibles variables de confusión como la presencia de síntomas depresivos, la filiación religiosa, entre otras, que pueden influir el comportamiento sexual de los adolescentes escolarizados.

Se concluye que uno de cada cinco estudiantes de bachillerato de Santa Marta ha tenido una experiencia coital, la frecuencia es más alta en varones, en estudiantes de colegios privados, a mayor grado de escolaridad, en los estratos socioeconómicos más altos y se relaciona con comportamientos de riesgo para la salud como ingesta de alcohol, fumar cigarrillo y consumo de marihuana. Se recomienda realizar otros estudios que informen el comportamiento sexual en adolescentes no escolarizados, estudiantes de básica primaria y otras investigaciones similares a la presente en la que se controlen otras variables de confusión.

AGRADECIMIENTOS

A Karina Ceballos Moreno, Administradora de Empresas de la Universidad del Magdalena, por su apoyo en la digitación de los datos.

DECLARACIÓN DE INTERESES

Para el momento de la recolección de los datos presentados, el doctor Adalberto Campo trabajaba para la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

REFERENCIAS

1. Corcoran J. Ecological factors associated with adolescent pregnancy: a review of the literature. *Adolescence* 1999; 34: 603-619.
2. Pastsdaughter C, Kelley B, Babington L, Dyer J. A comparison of sexual risk behaviours of Dominicans adolescents in their homeland and the United States. *J Multicult Nurs Health* 2005; 11: 63-68.
3. Trani F, Gnisci F, Nobile CG, Angelillo IF. Adolescents and sexually transmitted infections: knowledge and behaviour in Italy. *J Paediatr Child Health* 2005; 41: 260-264.
4. Hidalgo I, Garrido G, Hernández M. Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *J Adolesc Health* 2000; 27: 351-360.
5. Adu-Mireku S. Family communication about HIV/AIDS and sexual behaviour among senior secondary school students in Accra, Ghana. *Afr Health Sci* 2003; 3: 7-14.
6. Gascón JA, Navarro B, Gascón FJ, Pérula LA, Jurado A, Montes G. Comportamiento sexual de los escolares adolescentes de Córdoba. *Aten Primaria* 2003; 32: 355-360.
7. Campo-Arias A, Silva JL, Meneses M, Castillo M, Navarrete PA. Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* 2004; 33: 367-377.
8. Ruangchanasetr S, Plitponkarnpim A, Hetrakul P, Kongsakon R. Youth risk behavior survey: Bangkok, Thailand. *J Adolesc Health* 2005; 36: 227-235.
9. Castillo M, Meneses M, Silva JL, Navarrete PA, Campo A. Prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Medunab* 2003; 6: 137-143.
10. Chirinos J, Brindis C, Salazar VC, Bardales O, Reátegui LR. Perfil de las estudiantes adolescentes sexualmente activas en colegios secundarios en Lima, Perú. *Rev Med Hered* 1999; 10: 49-61.
11. Fernández L, Bustos L, González L, Palma D, Villagrán J, Muñoz S. Creencias, actitudes y conocimiento sobre educación sexual. *Rev Med Chile* 2000; 128: 574-583.
12. Park IU, Sneed CD, Morisky DE, Alvear S, Hearst N. Correlates of HIV risk among Ecuadorian adolescent. *AIDS Educ Prev* 2002; 14: 73-83.
13. Fleiz-Bautista C, Villatoro-Velásquez J, Medina-Mora ME, Alcántar-Molinari EN, Navarro-Guzmán C, Blanco-Jaimes J. Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. *Salud*

- Mental* 1999; 22: 14-19.
14. Slap GB, Lot L, Huang B, Daniyam CA, Zink TM, Succop PA. Sexual behavior of adolescents in Nigeria: cross sectional survey of secondary school students. *Br Med J* 2003; 326: 15-20.
 15. Barone C, Ickovics JR, Ayers TS, Katz S, Voyce CK, Weissberg RP. High-risk sexual behavior among young urban students. *Fam Plann Perspect* 1996; 28: 69-74.
 16. Robinson KL, Telljohann SK, Price JH. Predictor of sixth graders engaging in sexual intercourse. *J Sch Health* 1999; 69: 369-375.
 17. Santelli JS, Lowry R, Brener ND, Robin L. The association of sexual behavior with socioeconomic status, family structure, and race/ethnicity among US adolescents. *Am J Public Health* 2000; 90: 1582-1588.
 18. Caballero R, Villaseñor A. Socioeconomic strata as a predictor factor for consistent condom use among adolescents. *Rev Saude Publica* 2001; 35: 531-538.
 19. Jackson C, Dickinson D. Cigarette consumption during childhood and persistence of smoking through adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 1050-1056.
 20. Pérez MA, Pinzón-Pérez H. Alcohol, tobacco, and other psychoactive drug use among high school students in Bogotá, Colombia. *J Sch Health* 2000; 70: 377-380.
 21. Santelli JS, Brener ND, Lowry R, Bhatt A, Zabin LS. Multiple sexual partners among US adolescents and young adults. *Fam Plann Perspect* 1998; 30: 271-275.
 22. Takakura M, Nagayama T, Sakihara S, Wilcox C. Pattern of health-risk behavior among Japanese high school students. *J Sch Health* 2001; 71: 23-29.
 23. Valois RF, Thatcher WG, Drane JW, Reininger BM. Comparison of selected health risk behaviors between adolescents in public and private high schools in South Carolina. *J Sch Health* 1997; 67: 434-440.
 24. Ceballos GA, Campo-Arias A. Relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de tres colegios privados de Santa Marta, Colombia: factores asociados. *Medunab* 2005; 8: 171-175.
 25. Ceballos G, Campo A. Relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de Santa Marta, Colombia: Factores asociados. *Duazary* 2005; 2: 4-10.
 26. Resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
 27. Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones. Colombia. Diario Oficial Edición N° 46383.
 28. Brener N, Billy JOG, Grady WR. Assessment of factors affecting the validity of self-reported health risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *J Adolesc Health* 2003; 33: 436-457.
 29. SPSS for Windows 13.0. Chicago SPSS Inc., 2005.
 30. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health* 1989; 79: 340-349.
 31. Navarro E, Vargas R. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sida en adolescentes escolarizados, Barranquilla, julio-noviembre de 2003. *Salud Uninorte* 2004; 19: 14-24.
 32. Vera LM, López N, Orozco LC, Caicedo P. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. *Acta Med Colomb* 2001; 26: 16-23.
 33. Fingerman KL. Sex and the working mother: adolescent sexuality, sex role typing and family background. *Adolescence* 1989; 24: 1-18.
 34. Small SA, Luster T. Adolescent sexual activity: an ecological, risk-factor approach. *J Marriag Fam* 1994; 56: 181-192.
 35. Blake SM, Ledskey R, Goodenow C, O'Donnell L. Recency of immigration, substance use, and sexual behavior among Massachusetts adolescents. *Am J Public Health* 2001; 91: 794-798.
 36. Atav S, Spencer GA. Health risk behaviors among adolescents attending rural, suburban, and urban schools: a comparative study. *Fam Community Health* 2002; 25: 53-64.
 37. Miller KS, Forehand R, Kotchick BA. Adolescent sexual behavior in two ethnic minority groups: a multisystem perspective. *Adolescence* 2000; 35: 313-333.
 38. Upchurch DM, Aneshensel CS, Sucoff CA, Levy-Storm L. Neighborhood and family contexts of adolescent sexual activity. *J Marriag Fam* 1999; 61: 920-933.
 39. Upchurch DM, Levy-Storms L, Sucoff CA, Aneshensel CS. Gender and ethnic differences in the timing of first sexual intercourse. *Fam Plann Perspect* 1998; 30: 121-127.
 40. Bernache-Baker B. The sexual attitudes and behavior of private and public school students: a comparative study. *Adolescence* 1987; 22: 259-269.
 41. Tuinstra J, Groothoff JW, Van den Heuvel WJA, Post D. Socio-economic differences in health risk behavior in adolescence: do they exist? *Soc Sci Med* 1998; 47: 69-81.
 42. Grello C, Welsh D, Harper MS. No strings attached: The nature of casual sex in college students. *J Sex Res* 2006; 43: 255-267.
 43. Lavan H, Johnson JG. The association between axis I and II psychiatric symptoms and high-risk sexual behavior during adolescence. *J Person Dis* 2002; 16: 73-94.
 44. Campo-Arias A, González SJ, Sánchez ZM, Rodríguez DC, Dallos CM, Díaz-Martínez LA. Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Arch Pediatr Uruguay* 2005; 76: 44-49.
 45. Rodríguez DC, Dallos CM, González SJ, Sánchez ZM, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, et al. Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Cad Saude Publica* 2005; 21: 1402-1407.
 46. Shrier LA, Harris SK, Beardslee WR. Temporal associations between depressive symptoms and self-reported sexually transmitted disease among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 599-606.
 47. Longmore MA, Manning WD, Giordano PC, Rudolph JL. Self-esteem, depressive symptoms, and adolescents' sexual onset. *Soc Psychol Q* 2004; 67: 279-295.
 48. Hallfors DD, Waller MW, Bauer D, Ford CA, Halpern CT. Which comes first in adolescence-sex and drugs or depression? *Am J Prev Med* 2005; 29: 163-170.
 49. Tsurugi Y, Yamamoto M, Matsuda S. A sexual health study of high school students at the 3 high schools in Kitakyushu City. *Nippon Eiseigaku Zasshi* 2002; 56: 664-672.
 50. Ceballos GA, Campo A. Prevalencia de relaciones sexuales en estudiantes de secundaria entre 10 y 12 años, Santa Marta, Colombia. *Rev Fac Med Univ Nac* 2006; 54: 4-11.