

¿Aún no está registrado?

Cree su cuenta. Regístrese en Elsevier y obtendrá: información relevante, máxima actualización y promociones exclusivas.

[Regístrame ahora](#)

[Ayuda](#) - [Mi cuenta](#) - [Regístrese](#) - Teléfono 902 888 740

ELSEVIER

Buscar en



[Ciencias de la Salud](#) [Ciencias Sociales](#) [Ciencia y Tecnología](#) [Arte y Humanidades](#) [Autores, Revisores, Editores](#) [Formación](#) [Acerca de](#)

Guías Fisterra
Acceso completo y gratuito a todas las guías publicadas por Fisterra, así como a sus algoritmos de decisión.

[Ver más](#)

[Inicio](#) » [Atención Primaria](#) » [Jóvenes que realizan estudios universitarios: salud sexual y reproductiva](#)

Atención Primaria

Vol. 21. Núm. 5. 31 Marzo 1998
[Documento Anterior](#) - [Documento Siguiente](#)



Jóvenes que realizan estudios universitarios: salud sexual y reproductiva

Young people at university: their sexual and reproductive health

E Sueiro ^a, JL Diéguez ^a, A González ^a

^a Centro de Orientación Familiar Novoa Santos. Ourense.

Palabras Clave

Jóvenes. Conducta sexual. Conducta contraceptiva.

Keywords

Youth. Sexual behaviour. Contraceptive behaviour.

Resumen

Objetivo. Conocer las prácticas sexuales y contraceptivas de la juventud.

Diseño. Estudio descriptivo transversal, donde a todas las personas estudiadas se les pasa una encuesta anónima, voluntaria y estructurada.

Emplazamiento. Campus Universitario de Ourense (Universidad Sur de Galicia).

Participantes. 304 jóvenes que iniciaban sus estudios universitarios, en el curso 1996-1997. Se seleccionaron al azar las titulaciones de donde fue extraída la muestra.

Mediciones y resultados. Se analizan variables de edad, sexo y prácticas sexuales y anticonceptivas. Los datos se analizan mediante el programa estadístico SPSS. Un 63,49% son mujeres y la edad media es de 19,46 ± 1,55 años. El 51,77% comenzaron a masturbarse a los 11-14 años y un 25,74% lo hace con una frecuencia de 1-2 veces/semana. El 2,34 y el 4,09% tienen experiencias homosexuales y bisexuales, respectivamente. Un 57,4% no ha iniciado los coitos. El 56,15% de quienes tenían experiencia coital la iniciaron a los 17-19 años.

Conclusiones. Mediante consulta individual, de pareja y/o trabajo en pequeños grupos, es necesario hacer promoción de la salud sexual y prevención de riesgos sexuales.

Abstract

Objective. We intend to know the sexual and contraceptive behaviours of the youth.

Design. Transverse descriptive study based on a structured, anonymous and selfadministered questionnaire.

Setting. South University of Galician (Ourense Campus).

Participants. 304 universities of 1st course, in 1996-1997, that were selected at random according to studies that they were making.

Measurements and results. We analyse the age, sex and sexual and contraceptive behaviour, with the statistic programme SPSS.

The 63.49% is women and the average age is 19.46 ± 1.55 years. The 51.77% began to masturbate between the 11 and 14 years, and they do it of 1 at 2 times/week. The 2.34% and the 4.09% have homosexual and bisexual experiences, respectively. The 57.4% hasn't began the coitus. The 56.15% of whom had sexual experience it was begun between the 17 and 19 years.

Conclusions. Through individual/couple consultation and/or work in little groups, is necessary to make Sexual Health Promotion and Sexual Risk Prevention.

Opciones

[Resumen](#)
[Bibliografía](#)

Herramientas

[Imprimir](#)
[Enviar a un amigo](#)
[Exportar referencia del artículo](#)
[Exportar a Mendeley](#)
[Descargar imágenes](#)
[Compartir](#)

[Añadir a favoritos](#)
[Recibir los sumarios por e-mail](#)

Más...

[+ PUBMED](#)
[+ Google Scholar](#)
[+ Scopus](#)

Suscribirse a la revista

[+ info](#)

FMC-TICAP

Nuevas tecnologías en Atención Primaria

[Diez consejos para presentar información en Internet \(30-diciembre-2014\)](#)

[Diez consejos para compartir información de salud en Internet \(15-diciembre-2014\)](#)

[Ver más](#)

Contenido ofrecido por:



Esta revista

[Número actual](#)
[Avance Online](#)
[Números anteriores](#)
[Suplementos](#)
[Índice por secciones](#)
[Los más leídos](#)
[Derechos de autor](#)
[Agradecimiento revisores](#)

FI 2013

0,894

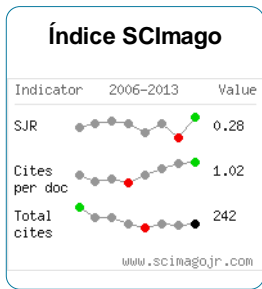
© Thomson Reuters, Journal Citation Reports, 2013

Sobre la revista

[Envío de manuscritos](#)
[Comité Editorial](#)
[Normas de Publicación](#)
[Información de la Revista](#)
[Contactar](#)

Indexada en:

Index Medicus/Medline,
Excerpta Medica/EMBASE,
IBECs, IME, SCOPUS,
Medes, Science Citation Index
Expanded.



Artículo

Introducción

Diferentes investigaciones señalan que las conductas arriesgadas se incrementan sobremanera en el grupo de edad de 15-25 años¹, para ir decreciendo según aumenta la edad², aumentando las muertes accidentales y disminuyendo las causadas por enfermedades infecciosas³. Además, y según señalan diferentes investigaciones, la juventud se siente poco preocupada por la salud y presenta poco interés por las informaciones negativas y amenazas⁴, creyendo que es invulnerable a cualquier tipo de vivencia negativa y valora positivamente el riesgo⁵, considerando que no le pueden ocurrir estos hechos el sentirse invulnerable hace que no atienda a la información recibida y que no siga las recomendaciones dadas, manifiesta la llamada ilusión de control, lo cual es un excesivo optimismo en su capacidad de dominar la realidad⁶ y cualquier comportamiento de riesgo puede presentarse asociado a otros; así, hábitos sexuales aparecen asociados a los de consumo de alcohol⁷⁻¹¹.

Esto se ve favorecido por:

Falta de concordancia entre la maduración biofisiológica y psicosocial.

Búsqueda de una identidad y el aprendizaje de normas sociales.

Gran influencia que ejerce el grupo de iguales.

Predominio de la experimentación, la confusión y los temores.

Enfrentamiento a los valores y normas establecidos.

Escasa previsión de futuro.

Ambigüedad, por parte de la propia juventud y de las personas adultas, ante su estatus social.

Por lo dicho, porque muchos de los comportamientos asociados a la morbilidad y mortalidad en la etapa adulta se inician en esta época¹², y porque la adolescencia-juventud aún está en proceso de desarrollar y madurar sus habilidades y capacidades, podemos afirmar que ésta se convierte no sólo en objetivo importante para realizar educación para la salud (EPS), sino también en agente de la misma.

Y esto, y para la población que estudiamos, podemos hacerlo tanto desde el ámbito educativo (educación formal y no formal), como desde la sanidad pública centros de orientación familiar, equipos de atención primaria..., convirtiéndose ambos en espacios adecuados para tales objetivos.

Pero, para llevarlo a cabo, debemos aproximarnos a la realidad en la que vamos a intervenir, y ese es el objetivo del presente estudio: conocer las prácticas sexuales y anticonceptivas de la población que inicia sus estudios universitarios.

Métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal que se realizó sobre la población diana de toda la juventud universitaria que iniciaba el primer curso de educación social, empresariales, informática de gestión y magisterio, en el Campus Universitario de Ourense, de la Universidad Sur de Galicia, al inicio del curso 1996-1997 (307 en total). Las titulaciones mencionadas fueron seleccionadas al azar entre las existentes de primer ciclo, en dicho campus, en el momento de la aplicación (además, también había estudios de industrias agroalimentarias, geografía e historia y trabajo social). Fueron rechazados 3 cuestionarios de todos los aplicados, por dejar sin responder a más del 50% de los ítems del mismo, con lo cual nos quedó una muestra de 304 sujetos.

A todas las personas estudiadas se les pasa una encuesta anónima, voluntaria y estructurada para conocer variables identificativas edad y sexo y de comportamientos sexuales y anticonceptivos referidas a la autoestimulación, experiencias y prácticas sexuales realizadas, primer coito, relaciones coitales actuales, experiencia anticonceptiva, comunicación sexual con la pareja y haber sido víctima de abuso sexual (conducta sexual en la que media la coerción y/o el engaño y que ocurre entre una persona menor y otra cualquiera).

Para el análisis de resultados, empleamos la media y desviación estándar (DE) para la descripción de las variables cuantitativas. La frecuencia y porcentaje se utilizaron para la descripción de variables cualitativas. Los datos se analizan mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados

La edad media de la juventud que comienza los estudios universitarios es de 19,46 años y la DE de 1,55. Un 63,49% son mujeres. El 81,74% de la misma habla de sus inquietudes y problemas en torno al sexo con su pareja y el 11,20% no lo hace. El 25,7% de las personas estudiadas señala que nunca se ha autoestimulado, habiendo afirmado el resto que dicha actividad sexual la inició a las edades que figuran en la tabla 1. En esta tabla también presentamos la frecuencia actual con que se hace esta práctica.

En la tabla 2 se señalan las prácticas sexuales que la muestra manifestó haber realizado hasta el momento en que se realiza el estudio.

TABLA 1. Frecuencias y porcentajes correspondientes a las conductas autoestimulatorias

La primera autoestimulación la realice a la edad de...		Actualmente me masturbo con una frecuencia de...	
4-6 años	4 1,77%	Menos una vez/mes	49 24,26%
7-8 años	10 4,42%	1-3 veces/mes	46 22,77%
9-10 años	21 9,29%	1-2 veces/sem	52 25,74%
11-12 años	59 26,11%	3-4 veces/sem	19 9,41%
13-14 años	58 25,66%	5-6 veces/sem	8 3,96%
15-16 años	12 5,31%	Más de 6 veces/sem	7 3,46%
Más de 18 años	4 1,77%	No sabe/no contesta	21 10,39%
No sabe/no contesta	22 9,73%		

Presentamos en la tabla 3 los resultados de diferentes variables referidas al primer coito edad a la que ocurrió, pareja y razones por las que se realizó y sentimientos que tuvieron en el mismo, excluyendo al 57,4% que manifestaron no haber iniciado dicha práctica sexual. Y los porcentajes correspondientes de quienes tienen relaciones coitales en la actualidad son los que ofrecemos en la tabla 4, sin contar con el

TABLA 2. Frecuencias y porcentajes correspondientes al tipo de experiencias sexuales

Mis anteriores experiencias sexuales fueron...	Mis actuales experiencias sexuales son...	Las prácticas sexuales que he realizado son...
De ningún tipo 149 49,2%	De ningún tipo 133 43,9%	Besos y caricias 237 78,2%
Homosexuales 4 1,3%	Homosexuales 4 1,3%	Masturbación mutua 101 33,3%
Heterosexuales 130 42,9%	Heterosexuales 143 47,2%	Sexo oral 83 27,4%
Bisexuales 5 1,7%	Bisexuales 7 2,3%	Coito anal 13 4,3%
NS/NC 15 5,0%	NS/NC 16 5,3%	Coito vaginal 108 35,6%

NS/NC: no sabe/no contesta.

TABLA 3. Frecuencias y porcentajes de diferentes variables relacionadas con el primer coito

Mi primer coito fue a la edad de...	Mi primer coito lo realicé con...	Mi primer coito lo realicé por...	En mi primer coito sentí
Menos 13 años 3 23,3%	Prostituta 3 2,3%	Embarcamento 58 44,2%	Satisfacción 51 38,93%
13-16 años 25 19,31%	Amigo-a 26 19,84%	Deseo 71 54,19%	Indiferencia 29 22,14%
17-19 años 73 56,59%	Novio-a 83 63,58%	Cunusidad 23 17,56%	Insatisfacción 18 13,74%
20-22 años 14 10,86%	Esposa-o 2 1,51%	Temor perder pareja 2 2,29%	Otros 20 15,30%
23-25 años 1 0,78%	Otros-os 5 3,79%	Presión pareja 4 3,05%	NS/NC 11 9,74%
NS/NC 13 10,08%	NS/NC 12 9,20%	Presión amigos 1 0,78%	

NS/NC: no sabe/no contesta.

TABLA 4. Frecuencias y porcentajes correspondientes a diferentes variables relacionadas con las relaciones sexuales de quienes las mantienen en la actualidad

Tengo una frecuencia de coito de...	En mis relaciones sexuales actuales siento...	En el último año he tenido...parejas sexuales
<1 vez/mes 35 28,00%	Orgasmo 89 63,57%	Una 119 64,32%
1-3 veces/mes 25 20,00%	Satisfacción sin orgasmo 23 16,43%	Das 24 12,97%
3-4 veces/sem 29 23,20%	Indiferencia 7 5,00%	Tres 10 5,40%
5-6 veces/sem 18 14,40%	Desagrado - -	Cuatro 5 2,70%
NS/NC 1 0,80%	Culpa/venganza 2 1,43%	Cinco 7 3,78%
NS/NC 2 1,60%	NS/NC 18 13,57%	Sexo o más 4 2,16%
NS/NC 15 12,00%	NS/NC	NS/NC 15 8,64%

NS/NC: no sabe/no contesta.

59,1% que no las realizan.

Cuando analizamos sus hábitos anticonceptivos, obtenemos que, de la juventud que tuvo relaciones coitales, en su primer coito un 73,28% sí empleó anticoncepción y el 17,56% no. Los resultados respecto a los métodos empleados en ese primer coito y en la actualidad quedan reflejados en la tabla 5.

TABLA 5. Métodos anticonceptivos utilizados por la juventud analizada

El método anticonceptivo empleado en mi primer coito fue...	La anticoncepción que utilizo en mis coitos es...
Ninguno 18 13,74%	Ninguna 4 3,05%
Naturales 1 0,76%	Naturales 3 2,29%
Coito interrumpido 9 7,63%	Coito interrumpido 20 15,27%
Preservativo 90 70,23%	Preservativo 95 72,52%
Hormonales 1 0,78%	Espermicida 3 2,29%
NS/NC 11 9,16%	DIU 1 0,78%
	Hormonales 31 23,66%

NS/NC: no sabe/no contesta.

Los resultados referidos a los abusos sexuales se muestran en la tabla 6.

Hemos de hacer constar que la muestra tuvo una disposición altamente positiva para responder al cuestionario aplicado y que los ítems referidos a "Las prácticas sexuales que he realizado son...", de la tabla 2, "Mi primer coito lo realicé por...", de la tabla 3, y los correspondientes a la tabla 5, admiten varias respuestas posibles.

Discusión

Existe un 25% de la población estudiada que nunca se ha masturbado. Más de la mitad de quienes han realizado esta práctica comenzaron a los 11-14 años.

En la actualidad, la frecuencia de la masturbación se sitúa en 1-3 veces al mes para casi la mitad de la juventud que realiza esta práctica y de 1-2 veces a la semana para la cuarta parte de la misma. Hay un 7,42% cuya tasa se sitúa en 5 o más veces a la semana. Como vemos, en la muestra universitaria analizada existe una gran variabilidad en la frecuencia con que esta actividad se realiza.

De quienes tuvieron y/o tienen experiencias sexuales, casi todas/os manifiestan que son heterosexuales, existiendo un pequeño porcentaje que las han tenido y mantienen con parejas de su mismo sexo y/o de ambos.

De las prácticas sexuales vividas, la menos habitual es el coito anal y esto se mantiene durante las etapas posteriores, tal como se pone de manifiesto en la consultas clínicas de cada día, y de más a menos frecuentes están los besos y caricias, el coito vaginal, la masturbación mutua y el sexo oral. El coito vaginal es el que está en la base de la mayoría de los riesgos sexuales que presenta la juventud: tener dolor el vaginismo es más frecuente cuando se inicia esta actividad sexual y su consulta es la más elevada en ese momento¹³, cáncer de cuello de útero, embarazo no deseado o contagio de una ETS/VIH, si no se utilizan las medidas adecuadas para prevenirlos.

Más de la mitad de la muestra no ha realizado coitos, siendo la masturbación la práctica más generalizada, la cual, pudiendo resultar placentera, no conlleva los riesgos antes mencionados. En este sentido, las personas que trabajamos en el ámbito de la salud, cuando realizamos EPS para púberes-adolescentes-jóvenes debemos insistir en el carácter de no obligatoriedad de tener relaciones sexuales coitales, tema que resulta muy preocupante a estas edades.

La primera experiencia coital ha sido satisfactoria para menos de la mitad de la población, siendo elevado el porcentaje de quienes refieren insatisfacción e indiferencia ante la misma. Esto puede estar relacionado con el alto porcentaje de errores que presenta esta muestra en un cuestionario sobre conocimientos sexuales en los ítems relacionados con la respuesta sexual humana¹⁴, con la situación y/o lugar donde dicha relación pueda ocurrir, con el elevado nivel de expectativas con el que se llega a la misma favorecido por los medios de comunicación y con los inevitables miedos y temores ante la primera

TABLA 6. Frecuencias y porcentajes que reflejan el hecho de haber sido víctimas de abuso sexual

He sido víctima de abuso sexual...		
Sí	13	4,3%
No	273	91,10%
NS/NC	14	4,60%

NS/NC: no sabe/no contesta.

vez.

La mayoría tuvieron su primera relación coital por deseo y amor. En este sentido, un estudio realizado con adolescentes de 16-20 años señala que las razones emotivas son más importantes para las jóvenes mientras que ellos parecen más prácticos en materia de sexo¹⁵. Sin embargo, un porcentaje pequeño de la muestra estudiada se sintió presionado ante ese primer coito, presión ya manifestada en anteriores investigaciones, donde la mayoría de las jóvenes, con una edad promedio de primer coito de 16 años, manifiesta el deseo de retrasarlo hasta edades más avanzadas^{16,17}. La presión de grupo es de gran importancia en este grupo de edad, obligándoles a hacer lo que no desean iniciar sus coitos, consumir sustancias tóxicas, conducir a gran velocidad..., ante el temor de no ser aceptadas y aceptados por el propio grupo y/o de perder a la pareja, si es ésta quien ejerce la presión.

Un elevado porcentaje de esta muestra inicia los coitos con su pareja, habiendo un porcentaje importante que lo hace con personas del mundo de la prostitución y con sus amistades, añadiendo esto más riesgos a la salud sexual y reproductiva de esta población. Es bastante pequeño el número de jóvenes que comenzó la actividad coital con su cónyuge.

Más de la mitad inició sus prácticas coitales a los 17-19 años, edades similares a las encontradas con anterioridad entre la juventud española¹⁸.

La frecuencia con la que tienen coitos oscila entre una vez/mes y 2 veces/semana y más del 50% manifiesta sentir orgasmo y satisfacción sexual, resultado coincidente con el de la población adolescente española¹⁹.

Más de la mitad de la muestra tuvo, en el último año, una única pareja, aunque es relevante el porcentaje de quienes estuvieron con 3 o más. Este dato es importante, sobre todo, si pensamos en los riesgos que ello conlleva, entre otros, el de desarrollar cáncer de cuello uterino, incidiendo también en él la edad de inicio en los coitos, la no utilización del preservativo, tipo de pareja con quien se realizan los coitos, frecuencia de los mismos y uso continuado de anticoncepción hormonal^{20,21}. En este sentido, en un estudio realizado sobre infección por el virus del papiloma humano (HPV), Mateos et al²² señalan como factor epidemiológico más sugerido el número de parejas sexuales, el uso de anticoncepción oral y el inicio temprano de la actividad coital. La relación cáncer de cérvix y HPV es el factor más considerado en la génesis de esta enfermedad, siendo la citología cervicovaginal un excelente instrumento diagnóstico y el mejor tratamiento, su detección rápida y el seguimiento hasta la remisión.

Es curioso comprobar que el porcentaje de jóvenes que no tiene relaciones sexuales en el momento de hacer el estudio es superior al de quienes las habían iniciado. Puede que este hecho sea simplemente circunstancial o que haya una razón más profunda, que sería preciso investigar en próximos estudios.

Y continuando con los riesgos, ahora referidos a los embarazos no deseados, vemos que casi un 14% no utilizó anticoncepción en su primer coito, siendo el preservativo el método más elegido cuando sí se hizo lo cual resulta coherente con su creencia de que es el método anticonceptivo más seguro^{23,14}, tanto para el primer coito como en el momento actual, seguido por el coito interrumpido en su primera experiencia y la anticoncepción hormonal en la actualidad. Al igual que señalan otros estudios, la anticoncepción hormonal y el preservativo son los métodos más usados por las/os adolescentes²⁴, siendo la rotura de aquéllos lo que mayor demanda de anticoncepción poscoital (APC) genera, tal como manifiesta esta población²⁵. Ante esto, y desde atención primaria, sería importante informar a todas las persona usuarias de los preservativos de la existencia de la APC, además de la conveniencia de emplear otro método que, en los primeros coitos, permita un mayor control de las gestaciones que no se desean.

A pesar del riesgo de contagio de una ETS un estudio realizado con estudiantes universitarias/os de Suecia indica que un 25% de quienes tenían experiencia sexual habían presentado al menos una ETS²⁶, el porcentaje de jóvenes de este estudio que utiliza el preservativo es bajo.

Aunque la mayoría hablan de sexualidad con su pareja, un 11% no lo hace. En este sentido, otras investigaciones señalan que las personas jóvenes sienten temores de hablar de sexo y anticoncepción con sus parejas, lo cual lleva a las mujeres a actuar en función de la percepción que tienen de los deseos y actitudes masculinas²⁷ y viceversa. Esta falta de comunicación puede suponer mayores riesgos para la salud sexual y reproductiva de las parejas jóvenes, sobre todo cuando hay decisiones que tomar y que deberían ser adoptadas en común.

Un elevado porcentaje de la juventud universitaria (4,55%) declara haber sido víctima de abuso sexual, lo cual está asociado con coitos no protegidos, más parejas sexuales, uso de drogas y alcohol y ser trabajadoras/es del sexo, si el abuso ocurrió después de los 13 años²⁸. Quienes ejercemos nuestra práctica asistencial en atención primaria hemos de prestar una atención cualificada tanto a la personas abusadoras como a las víctimas de las mismas²⁹, trabajando cómo prevenir los abusos sexuales por ejemplo, conociendo las estrategias que emplean las/os ofensoras-es sexuales³⁰, qué hacer cuando ocurren, a qué servicios derivar y cómo responder ante el hecho.

Los resultados aquí obtenidos, con una metodología cuantitativa, sería conveniente corroborarlos y/o ampliarlos empleando la cualitativa. Sin embargo, los que presentamos (edad inicio de coitos, frecuencia de los mismos, utilización de la anticoncepción, número de parejas, satisfacción sexual, comunicación sexual con la pareja y abuso sexual) nos pueden orientar, a quienes somos profesionales de la salud, en las estrategias a seguir cuando trabajemos la temática afectivosexual con la población joven, para adecuar de la mejor manera posible nuestra respuesta a sus necesidades, teniendo en cuenta que:

Nuestro objetivo final es su salud, en este caso, referida a la sexual y reproductiva.

Dicha salud debemos entenderla como un derecho y no como una obligación.

Esta intervención podemos hacerla a nivel individual, y con el *counselling* lograr nuestro objetivo, y a nivel grupal.

Nuestra intervención va encaminada fundamentalmente a promocionar la salud y a reducir los riesgos que con la práctica sexual pudieran generarse aunque las organizaciones de profesionales de la medicina recomiendan a sus profesionales tratar la temática de sexualidad y la prevención de riesgos con la juventud, muchas/os adolescentes refieren no recibir este servicio³¹.

Que la mitad de las mujeres y varones jóvenes considera que tiene una suficiente formación en sexualidad^{32,33}.

Que la población hacia la que dirigimos nuestra acción tiene unas características propias que no podemos obviar, características que marcan diferencias importantes entre la demanda que plantean y otros posibles motivos de consulta, sobre todo cuando el tema que se trata es el sexual³⁴.

Además y sin olvidar, tal como señalan Marshall y Pérez³⁵, en la atención a las necesidades adolescentes deben confluír tanto quienes se dedican al cuidado de la salud como quienes son profesionales de la educación, y ambos bajo programas nacionales específicos para este grupo de población.

Bibliografía

- Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: CSIC, 1994.
- Metcalfe O, Weare K, Wijnsma P, Williams T, Williams M, Young I. Promoción de la salud de la juventud europea. La educación para la salud en el ámbito educativo. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia y Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
- WHO. Young people's health a challenge for society. Ginebra: WHO, 1986.
- Salovey P, Binbaum. Influence of mood on judgments about health and illness. En: Forgas JP, ed. Emotion and social judgments. Oxford: Pergamon, 1991.
- Fisher J. Possible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behavior and AIDS prevention. American Psychologist 1988; 43: 914-920.
- Páez D, Ubillos S, Pizarro M, León M. Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del sida. Rev de Ps Gral y Aplicada 1994; 47: 141-149.
- Mott FL, Fondell MM, Hu PN, Kowaleski-Jones L, Menaghan EG. The determinants of first sex by age 14 in a high-risk adolescent population. Fam Plann Sociology 1996; 28 (1): 13-18.
- Spingarn RW y Durant RH. Male adolescents involved in pregnancy: associated health risk and problem behaviors. Pediatrics 1996; 98 (2): 262-268.
- Traeen B, Kvaalem JL. Sex under the influence of alcohol among Norwegian adolescents. Addiction 1996; 91 (7): 995-1.006.

10. Fergusson DM, Lynskey MT. Alcohol misuse and adolescent sexual behaviors and risk taking. *Pediatrics* 1996; 98 (1): 91-96.
11. Lauchli S, Heuss R, Tschopp A, Gutzwiller F. Safer sex behavior and alcohol consumption. Research Group of the Swiss HIV Prevention Study. *Ann Epidemiol* 1996; 6 (4): 357-364.
12. Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO. Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century. Nueva York: Oxford University Press, 1993.
13. Sueiro E. The more frequent sexual problems in young people (1992-1996). Valencia: 13 World Congress of Sexology, 1997 [resumen 117].
14. Sueiro E, Diéguez JL, González A. Los conocimientos sexuales como factor predisponente para tener estilos de vida sexual saludables. Sevilla, Actas del II Congreso de Educación para la Salud, 1997 (en prensa).
15. Traeen B, Kvaalem JL. Sexual socialization and motives for intercourse among Norwegian adolescents. *Arch Sex Behav* 1996; 25 (3): 289-302.
16. Albert A, Ramo S, Navarro J. Comportamiento sexual de las gestantes jóvenes de Sevilla. *Rev Iberoamericana de Fertilidad* 1985; 19: 81-83.
17. Curtis HA, Lawrence CJ, Tripp JH. Teenage sexual intercourse and pregnancy. *Arch Dis Child* 1988; 63 (4): 373-379.
18. Sueiro E, Perdiz C, Doval JL, Gayoso P, Álamo A, Menéndez C et al. Sexualidad en mujeres adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática* 1993; 26: 36-42.
19. Oraá R. Hábitos sexuales y conducta preventiva de los/as jóvenes de La Rioja. *Cuadernos de Medicina Psicosomática* 1996; 40: 51-61.
20. Escudero MC, Sánchez J. Enfermedades. Barcelona: Orbis, 1992.
21. Samaniego JM. Cáncer de cérvix y Contracepción. Actas II Congreso de la Sociedad Española de Contracepción «Contracepción en situaciones patológicas determinadas», 1995; 105-112.
22. Mateos F, Del Barrio P, Rodríguez-Zarraz R, Huertas MA, Martínez O, Sabadell C. Diagnóstico y tratamiento de la infección por HPV en el tracto genital inferior de la mujer. *Acta Obstetricia et Gynecologica* 1995; 8 (5): 299-304.
23. Hansen ML, Bulow HH, Naess B. Condoms and adolescents. A prospective study of a new method of teaching. *Ugeskr Laeger* 1990; 152 (35): 2.478-2.480.
24. Harbin RE. Female adolescent contraception. *Pediatr Nurs* 1995; 21 (3): 221-226.
25. Sueiro E, Perdiz C, Gayoso P, Doval JL. Uso y efectos de la anticoncepción postcoital (APC). *Aten Primaria* 1997; 20 (6): 63-70.
26. Tyden T, Bjorkelund C, Odland V, Olsson SE, Strand A. Effects of specially tailored information on Swedish university students' sexual behavior. *J Am Coll Health* 1994; 43 (2): 75-79.
27. Pick de Weiss S, Atkin LC, Gribble JN, Andrade-Palos P. Sex, contraception, and pregnancy among adolescents in Mexico City. *Studies in Family Planning* 1991; 2 (22): 74-82.
28. Rotheram-Borus MJ, Mahler KA, Koopman C, Langabeer K. Sexual abuse history and associated multiple risk behavior in adolescent runaways. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66 (3): 390-400.
29. Lodico MA, Gruber E, Diclemente RJ. Childhood sexual abuse and coercive sex among school-based adolescents in a midwestern state. *J Adolesc Health* 1996; 18 (3): 211-217.
30. Conte JR, Wolf S, Smith T. What sexual offenders tell us about prevention strategies. *Child Abuse Negl* 1989; 13 (2): 293-301.
31. Schuster MA, Bell RM, Petersen LP, Kanouse DE. Communication between adolescents and physicians about sexual behavior and risk prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150 (9): 906-913.
32. Hurtado F. Estudio descriptivo por niveles educativos (7.º EGB-COU) y sexos, sobre la situación actual de la educación afectivo-sexual en adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática* 1997; 42/43: 32-45.
33. Sueiro E, Diéguez JL, González A, Gayoso P. Comparación de conocimientos sexuales de dos muestras de universitarias/os. *Cuadernos de Medicina Psicosomática* 1997; 44 (en prensa).
34. Sueiro E. Problemas sexuales consultados y detectados en una consulta de atención primaria. *Cuadernos de Atención Primaria* 1997; 4 (2): 96.
35. Marshall MT, Pérez LM. Propuestas para políticas públicas. Sexualidad, embarazo y maternidad adolescente (II). *Revista A tu Salud* 1995; 9

[Ciencias de la Salud](#) [Ciencias Sociales](#) [Ciencia y Tecnología](#) [Arte y Humanidades](#) [Autores, Revisores, Editores](#) [Formación](#) [Acerca de](#)



Acerca de Elsevier

[Contactar](#)
[Ayuda](#)
[Trabaja con nosotros](#)
[Aviso Legal](#)

Otros websites Elsevier

[Elsevier Portugal](#)
[Dfarmacia.com](#)
[Clinical Key](#)
[Sciencedirect](#)
[Studentconsult](#)

Recursos para

[Autores](#)
[Revisores](#)
[Editores](#)
[Librerías](#)
[Distribuidores](#)

Aún más

[Comprar Libros](#)
[Ciencias de la Salud](#)
[Ciencias Sociales](#)
[Ciencia y Tecnología](#)
[Arte y Humanidades](#)
[Registro](#)