

COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD EN ESTUDIANTES DE SANTA MARTA: COMPARACIÓN ENTRE COLEGIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS

Lauris Munive Gutierrez*, Mario Hernández Huertas y Minerva Pimienta Tovar

RESUMEN

Hoy en día se sabe que los perfiles de morbilidad y mortalidad de un país se encuentran ligados a patrones de comportamientos que pueden ser modificados y que, por tanto, cualquier persona puede adoptar conductas saludables para contribuir a su propio bienestar. Por ello, los comportamientos relacionados con la salud han sido objeto de estudios en los últimos años. Esto aunado, a sus consecuencias sociales, económicas y de la salud, como son los embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual (ITS), en especial el VIH-SIDA, lo cual ha hecho que se reconozca como un problema de salud pública. El objetivo de la presente investigación fue el de comparar los comportamientos relacionados con la salud de adolescentes escolarizados de colegios públicos y privados de la ciudad de Santa Marta. Se utilizó un diseño de tipo transversal, con 2039 mujeres y 1536 varones, con una edad promedio de 17.5 años. Se concluye que existen diferencias en los comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de colegios públicos y privados de la ciudad, siendo los estudiantes de colegios públicos, independiente del género, quienes presentan mayores comportamientos de riesgo para la salud. (DUAZARY 2011, 58 - 65)

Palabras clave: Estudiantes, colegios públicos y privados, adolescentes.

ABSTRACT

Today it is known that morbidity and mortality profile of a country are linked to patterns of behavior that can be modified and that therefore, anyone can adopt healthy behaviors to contribute to their own welfare. Thus, behaviors related to health have been studied in recent years. This coupled, their social, economic and health, such as unplanned pregnancies, sexually transmitted infections (STIs) including HIV / AIDS, which has led to recognized as a public health problem. The objective of this research was to compare health-related behaviors of adolescent students in schools public and private in the city of Santa Marta. We used a cross-sectional design with 2039 women and 1536 men with an average age of 17.5 years. We conclude that there differences in health-related behaviors in public school students and destitute of the city, where public school students, regardless of gender, those with higher risk behaviors to health.

Keywords: Students, public and private schools, teens.



INTRODUCCIÓN

Los perfiles de morbilidad y mortalidad de un país se encuentran ligados a patrones de comportamientos que pueden ser modificados y que cualquier persona puede adoptar conductas saludables para contribuir a su propio bienestar.¹ Por ello, los comportamientos relacionados con la salud son objeto de estudios en los últimos años. Esto aunado, a sus consecuencias sociales, económicas y de la salud, como son los embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual (ITS), en especial el VIH-SIDA, lo cual ha hecho que se reconozca como un problema de salud pública.²

Si bien en el repertorio de la conducta humana es difícil encontrar alguna que no tenga incidencia sobre la salud, obviamente existen algunas consideradas como factores de riesgo, entre los cuales, en la actualidad, sobresalen el consumo de alcohol, de tabaco y otras sustancias ilegales, el desequilibrio dietético en la alimentación, no practicar ejercicio físico, no participar en programas de promoción de la salud, incumplir las instrucciones médicas y utilizar de forma inadecuada de los servicios de salud.^{3,4} Otra conducta importante a señalar es el sexo y otras variables socioeconómicas.^{3,5} Los grupos sociales, las presiones laborales y económicas, entre otros aspectos, determinan en gran medida la adopción de conductas o estilos de vida que no son saludables.^{3,6}

Aunque no basta tener el conocimiento de algo por sí solo para que sea garantía de cambio conductual, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento.⁷ No obstante, los jóvenes a pesar de estar informados no perciben el riesgo como algo cercano, o se perciben como sujetos invulnerables y en consecuencia realizan conductas poco saludables que pueden afectar la salud a mediano o largo plazo.³ Esto puede indicar un comportamiento deficitario en autocontrol.^{3,6} La familia y los amigos juegan un papel importante como promotores de comportamientos saludables en edades tempranas.⁸⁻¹⁰ Sin embargo, en adolescentes los patrones del comportamiento relacionados con la salud varían según la raza y el género.¹¹

Uno de los comportamientos de riesgo entre los adolescentes que cada día va en aumento es el consumo de sustancias legales e ilegales; es así como encontramos que el alcohol, el tabaco y la marihuana eran las

sustancias más consumidas entre estudiantes, quienes las usan como forma de entretenimiento;¹² relación esta que debe romperse a través de programas de intervención;¹³ el uso del tabaco es cada vez más frecuente entre las mujeres adolescentes y el uso del alcohol comienza en la niñez y se consolida en la adolescencia con una tendencia a la homogenización de estos hábitos entre los géneros.^{14,15} La utilización de otras sustancias ilegales no son consumidas actualmente en los adolescentes como las mencionadas anteriormente^{13,16}, pero se debe estar alerta porque viene incrementándose poco a poco¹⁷⁻²⁰

Debemos recordar que el uso de drogas legalmente aceptadas (alcohol y tabaco) puede ser el inicio al consumo de drogas ilícitas²¹. Un estudio señala que cuando los adolescentes consideran el tabaco y el alcohol como droga resulta ser un factor protector para su consumo¹⁷, lo cual debe ser tenido en cuenta para las campañas de prevención.

Indudablemente, otro comportamiento de riesgo para la salud lo son las Relaciones Sexuales (RS) entre los adolescentes. Al llegar a la pubertad los cambios hormonales desencadenan nuevas sensaciones sexuales que van a adquirir enorme importancia, sentirán necesidades específicamente sexuales y se encuentran en el conflicto entre lo que sienten y lo que se les prohíbe.²² La prevalencia de las RS en adolescentes escolarizados cambia según el contexto social cultural de la población, depende del país, de la ciudad, el lugar de residencia urbana o rural y el rango de edad de la población estudiada, las prevalencias informadas se encuentran entre el 7.0 y 63.5 por ciento.²³⁻²⁷

Estrechamente ligado a las RS encontramos la orientación sexual como factor de riesgo, la cual hace alusión a la atracción física hacia otra persona;²⁸ su consolidación, a pesar de ser un proceso de toda la vida, se inicia en la adolescencia²⁹ y puede terminar en una etapa posterior en personas homosexuales y bisexuales.³⁰ El número de adolescentes bisexuales y homosexuales varía según la población estudiada; adicionalmente un grupo de adolescentes informan estar inseguros sobre la orientación sexual.^{31,32} En general, los adolescentes bisexuales y homosexuales presentan mayor número de comportamientos sexuales riesgosos: inician relaciones sexuales a edad más temprana,^{33,34} tienen mayor número de parejas sexuales^{31,35,36} y además, con menor frecuencia reciben información sobre prácticas sexuales seguras.³⁵ En una sociedad homofóbica como la nuestra, los adolescentes que hacen parte de esta minoría sexual deben afrontar estresores adicionales como la

discriminación, el maltrato por pares y profesores y la falta de apoyo de los padres.^{35,37}

Una de las secuelas de las RS no protegidas y que es una de las principales preocupaciones en el campo de la salud pública, es el VIH-SIDA. Por este motivo, es de relevante importancia su información entre los adolescentes. Diversas investigaciones señalan que las conductas inseguras están presentes en todos los estratos sociales.^{16, 38-41} En Colombia, no es obligatoria la educación sexual en las instituciones educativas y se espera que los resultados de las investigaciones sean tenidas en cuenta para enfatizar en la promoción de conductas sexuales específicas de probado impacto positivo en la prevención de VIH-SIDA.⁴² Los niveles del conocimiento con respecto a VIH-SIDA son bajos en la juventud mexicana,³⁸ lo mismo sucede en Colombia⁴³, quizás ello se deba a la muy poca implementación de estos programas o también a defectos en el modo de plantearlos.^{42,43} A pesar de que muchos estudiantes han recibido en alguna ocasión información sobre el VIH/SIDA, se mantienen vacíos conceptuales o de información importante en lo que se refiere al sexo oral, al período ventana y a la diferencia entre seropositividad y SIDA.⁴⁴ El grado de percepción de los adolescentes colombianos que han recibido información en sus centros educativos tampoco es alta, ya que califican su conocimiento sobre la materia como regular o malo, además de no conocer adecuadamente las formas de prevención y transmisión de VIH/SIDA ni su manejo.^{44,45}

Para todos los comportamientos de riesgo las estrategias de prevención son necesarias y para ello debe vincularse a la familia, la escuela, los compañeros de los adolescentes, el sitio de trabajo para aquellos adolescentes que lo hacen y a los medios de comunicación⁴⁶, y deben iniciarse desde antes de empezar los estudios de secundaria^{13, 47-49}.

El objetivo de la presente investigación fue comparar los comportamientos relacionados con la salud de adolescentes escolarizados de colegios públicos y privados de la ciudad de Santa Marta.

los estudiantes participantes.⁵⁰ Se les informó a los estudiantes seleccionados que su participación era enteramente voluntaria y se les garantizó el anonimato a sus respuestas.

Se realizó un muestreo probabilístico por conglomerados. Para ello se incluyeron los colegios públicos y privados de secundaria registrados en el Distrito de Santa Marta en el año 2009. Se incluyeron colegios tanto del área urbana y como del área rural.

Los estudiantes diligenciaron en el salón de clase un formulario autoadministrado que incluía puntos que abordaban los aspectos demográficos, tipo de colegio, la percepción de rendimiento académico durante el último mes, la percepción de salud durante el último mes, el uso de alcohol y de alguna sustancia ilegal alguna vez en la vida, el consumo de cigarrillo durante el último mes, haber recibido en el colegio información sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y haber tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida.

Todas las variables cualitativas y cuantitativas se agruparon en sólo dos categorías, se dicotomizaron cuando no era la condición natural.

Los datos se analizaron en el paquete estadístico STATA 9.0. Los análisis se hicieron por separado para mujeres y para varones. La regresión logística no condicionada se usó para controlar las posibles variables confusoras. Las razones de disparidad (OR) con intervalo de confianza del 95% (IC95%) se usaron para determinar las asociaciones.

RESULTADOS

En el estudio participaron un grupo de 2039 mujeres y 1536 varones. En las tablas 1 y 2 se presenta el análisis bivariado, se muestran las asociaciones (OR) para la comparación de comportamientos relacionados con la salud en estudiantes mujeres y varones de colegios públicos y privados, respectivamente.

El diseño utilizado fue el descriptivo transversal, para ello se solicitó permiso a las directivas de los colegios seleccionados, a los padres de familia y a

Tabla 1. Comparación de comportamientos relacionados con la salud en estudiantes mujeres de colegios públicos (1323) y privado (716 estudiantes).

Variable	Públicos n (%)	Privados n (%)	OR (CI95%)
Edad entre 9 y 15 años	1.150 (86,9)	522 (72,9)	2,47 (1,97-3,11)
Estrato bajo (1, 2 y 3)	1.190 (89,9)	462 (64,5)	4,93 (3,89-6,21)
Media vocacional (10 y 11 grado)	253 (19,1)	292 (40,8)	0,34 (0,28-0,42)
Mala percepción de rendimiento último mes	156 (11,8)	198 (27,7)	0,35 (0,28-0,44)
Mala percepción de salud último mes	274 (20,7)	113 (15,8)	1,34 (1,10-1,77)
Orientación no heterosexual o inseguros	310 (23,4)	53 (7,4)	3,82 (2,82-5,21)
No información sobre VIH-Sida	103 (7,8)	29 (4,1)	2,00 (1,31-3,05)
Relaciones sexuales	108 (8,2)	67 (9,4)	0,86 (0,63-1,19)
Consumo de alcohol alguna vez	630 (47,6)	552 (72,6)	1,49 (0,98-2,26)
Consumo de cigarrillo el último mes	65 (4,9)	100 (14,0)	0,32 (0,23-0,44)
Consumo de marihuana alguna vez	3 (0,23)	21 (2,9)	0,08 (0,02-0,25)
Consumo de bóxer alguna vez	33 (2,5)	48 (6,7)	0,36 (0,23-0,56)
Consumo de cocaína alguna vez	0 (0,0)	5 (0,7)	-
Inyección de alguna sustancia	0 (0,0)	1 (0,1)	-

Tabla 2. Comparación de comportamientos relacionados con la salud en estudiantes varones de colegios públicos (886) y privados (650).

Variable	Públicos n (%)	Privados n (%)	OR (CI95%)
Edad entre 9 y 15 años	794 (89,6)	432 (66,5)	4,34 (3,32-5,71)
Estrato bajo (1, 2 y 3)	537 (60,6)	152 (23,4)	5,05 (4,02-6,33)
Media vocacional (10 y 11 grado)	122 (13,8)	218 (33,5)	0,32 (0,25-0,41)
Mala percepción de rendimiento último mes	138 (15,6)	182 (28,0)	0,47 (0,37-0,61)
Mala percepción de salud último mes	126 (14,2)	113 (17,4)	0,79 (0,60-1,04)
Orientación no heterosexual o inseguros	181 (20,4)	23 (3,5)	7,00 (4,48-10,94)
No información sobre VIH-Sida	81 (9,1)	37 (5,7)	1,67 (1,11-2,49)
Relaciones sexuales alguna vez	306 (34,5)	323 (49,7)	0,53 (0,43-0,66)
Consumo de alcohol alguna vez	606 (68,4)	523 (80,5)	0,53 (0,42-0,67)
Consumo de cigarrillo el último mes	65 (4,9)	100 (14,0)	0,32 (0,23-0,44)
Consumo de marihuana alguna vez	13 (1,5)	33 (5,1)	0,28 (0,15-0,53)
Consumo de bóxer alguna vez	44 (5,0)	53 (8,2)	0,59 (0,39-0,89)
Consumo de cocaína alguna vez	10 (1,1)	17 (2,6)	0,43 (0,19-0,93)
Inyección de alguna sustancia	0 (0,0)	16 (2,5)	-

DISCUSIÓN

La presente investigación halló diferencias para comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de la ciudad entre colegios públicos y privados, siendo los estudiantes de colegios públicos, independiente del género, quienes presentan mayores comportamientos de riesgo para la salud.

Respecto a la edad, los resultados permiten deducir que los estudiantes de colegios públicos, entre los 9 y los 15 años, presentan mayor comportamiento de riesgo para la salud (en mujeres de colegios públicos el 86.9% contra el 79.2% de colegios privados con un OR de 2.47 con un índice de confiabilidad del 95%; en los varones, los de colegios públicos en un 89.6% y de privados con un 66.5% con un OR de 4.34 al mismo nivel de confiabilidad).

Igualmente, se encontró que en los estratos más bajos (1, 2 y 3) existe mayor riesgo de comportamientos no saludables, tanto en estudiantes mujeres y hombres, de colegios públicos (OR 4.93 para las mujeres y 5.05 para los varones). Esto concuerda con otras investigaciones realizadas en el mundo, en las cuales se encontró que un desequilibrio dietético en la alimentación, no practicar ejercicio físico, no participar en programas de promoción de la salud, incumplir las instrucciones médicas y utilizar de forma inadecuada de los servicios de salud^{3,4}, factores que parecen estar presentes en mayor proporción en estudiantes de colegios públicos. Por ello, en este tipo de colegios, sin descuidar los privados, las políticas gubernamentales deberán implementar mayores programas de intervención, sin excluir a los miembros de las directivas, docentes y familiares de la comunidad educativa; se reitera la necesidad de implementar más y mejores programas preventivos en las instituciones educativas públicas.

La mala percepción de salud en el último mes, sólo fue significativo para el género femenino de colegios públicos (20.7% públicos, 15.8% privados con un OR 1.34 -IC95%). A la luz de estos resultados la orientación no heterosexual o inseguridad sobre la misma es un factor al cual debe prestársele mayor atención, en especial, en los colegios públicos (23.4% con un OR de 3.82 para las mujeres y 7.00 para los varones). Estudios han encontrado la orientación sexual como factor de riesgo²⁸, su inicio se da en la adolescencia²⁹ y puede terminar en una etapa posterior en personas homosexuales y bisexuales³⁰; la evidencia científica

señala que un grupo de adolescentes informan estar inseguros sobre la orientación sexual^{31, 32}. En general, los adolescentes bisexuales y homosexuales presentan mayor número de comportamientos sexuales riesgosos: inician relaciones sexuales a edad más temprana^{33, 34}, tienen mayor número de parejas sexuales^{31, 35,36} y además, con menor frecuencia reciben información sobre prácticas sexuales seguras³⁵. Igualmente, en una sociedad homofóbica como la nuestra, los adolescentes que hacen parte de esta minoría sexual deben afrontar otros estresores adicionales, a los pertinentes a su etapa de desarrollo, como la discriminación, el maltrato por compañeros, docentes y, con relativa frecuencia, la falta de apoyo de los padres^{35, 37}.

Una preocupación de las autoridades mundiales, nacionales y locales de salud pública es el VIH-SIDA. De ahí, la relevancia de informar a los adolescentes sobre el mismo; sin embargo, varias investigaciones han hallado que las conductas inseguras están presentes en todos los estratos sociales^{16, 38-41}, y los niveles de conocimiento respecto al VIH-SIDA son bajos en la juventud mexicana³⁸, lo mismo sucede en Colombia⁴³, quizás ello se deba a la muy poca implementación de estos programas o también a defectos en el modo de plantearlos^{42, 43}. El presente estudio no fue ajeno a estos hallazgos, encontrando que en los colegios públicos las mujeres no tienen información suficiente sobre el tema en un 7.8% y los hombres de este mismo tipo de institución en un porcentaje un poco más alto (9.1%), mientras que las mujeres de colegios privados en menor proporción carecen de esta información con un 4.1% y los hombres, en un 5.7%. Es interesante hacer notar que tanto mujeres como varones que estudian en colegios privados presentan mayor información que sus pares de instituciones públicas, aunque en porcentajes no muy altos, pero significativos estadísticamente (OR para mujeres de 2.00 y para varones de 1.67). Esto se puede explicar por el hecho de que aun cuando la educación sexual no es obligatoria en Colombia, los colegios privados, en su mayoría, de una u otra forma si la incluyen en sus currículos.

No basta tener el conocimiento de algo por sí solo para que sea garantía de cambio conductual, pero sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento.⁷

Por último, varios autores consideran como factores de riesgo actuales para la salud, entre otras, el consumo

de alcohol, tabaco y otras sustancias ilegales^{3, 4}, el presente estudio encontró que el consumo de alcohol alguna vez en la vida es mayor en estudiantes de género femenino de colegios privados (72.6%) que en quienes estudian en instituciones públicas (47.6%). Para el género masculino, han consumido alcohol alguna vez en la vida en mayor porcentaje quienes estudian en colegios privados (80.5%) contra 68.4% de los varones estudiantes de colegios públicos. Similares datos, aunque en mucho menor porcentaje, se encontraron para el consumo de marihuana y cocaína, siempre mayor en quienes estudian en colegios privados, no obstante, estos datos no fueron estadísticamente significativos. Referente a las relaciones sexuales, también fue mayor en quienes estudian en instituciones privadas que en públicas, e igualmente no fue significativo a nivel estadístico.

Se puede concluir, que los jóvenes a pesar de estar informados no perciben el riesgo como algo cercano, o se perciben como sujetos invulnerables y por ende ejecutan conductas poco saludables que pueden afectar la salud a mediano o largo plazo³. Esto puede indicar un comportamiento deficitario en autocontrol^{3, 6}.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ehrenzweig Y. Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2007; 25 (1);7-21
- Pick de Weiss S, Vargas-Trujillo E. Conducta sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. 1990; 8; 11-41
- Arrivillaga M, Salazar I, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colomb Med* 2003; 34: 186-195
- Adger H, DeAngelis CD. Adolescent medicine. *JAMA*. 1994; 271: 1651-1653
- Costa M, López E. Educación para la salud: Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide; 1996
- Bandura A. Pensamiento y acción: Fundamentos sociales. Madrid: Editorial Martínez Roca; 1987
- Fineberg H. Education to prevent AIDS: prospects and obstacles. *Science* 1988; 239:592-596.
- DiLorio C, Dudley WN, Soet JE, McCarty F. Sexual possibility situations and sexual behaviors among young adolescents: the moderating role of protective factors. *J Adolesc Health*. 2004; 35(6):528.e11-20
- Villarruel AM. Cultural influences on the sexual attitudes, beliefs, and norms of young Latina adolescents. *J Soc Pediatr Nurs*. 1998;3(2):69-79.
- Sieving RE, Eisenberg ME, Pettingell S, Skay C. Friends' influence on adolescents' first sexual intercourse. *Perspect Sex Reprod Health*. 2006 Mar;38(1):13-9.
- Halpern CT, Hallfors D, Bauer DJ, Iritani B, Waller MW, Cho H. Implications of racial and gender differences in patterns of adolescent risk behavior for HIV and other sexually transmitted diseases. *Perspect Sex Reprod Health*. 2004;36(6):239-47.
- Piedra KA, O'Brien B, Pillon SC. Drugs use and risk behavior in a university community. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13 Spec No:1194-200
- López M, Santín C, Torrico E, Rodríguez J. Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. *Psicología y Salud*. 2003; 13 (1): 5-17
- Mendoza R, Batista JM, Sanchez M, Carrasco AM. The consumption of tobacco, alcohol and other drugs by adolescent Spanish students. *Gac Sanit*. 1998;12(6):263-71.
- Villalbi JR, Nebot M, Ballestin M. Adolescents faced with addictive substances: tobacco, alcohol and noninstitutionalized drugs. *Med Clin (Barc)*. 1995 27;104(20):784-8.
- Hidalgo I, Garrido G, Hernandez M. Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *J Adolesc Health*. 2000; 27(5):351-60.
- Paniagua H, Garcia S, Castellano G, Sarralle R, Redondo C. Tobacco, alcohol and illegal drug consumption among adolescents and the relationship with lifestyle and environment. *An Esp Pediatr*. 2001;55(2):121-8.
- Espada, J., Méndez, F.X. e Hidalgo, M.D. Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*. 2000; 1: 57-64.
- Gil, M.D. y Ballester, R.. Inicio temprano de consumo de alcohol entre niños de 9 a 14 años. *Análisis y Modificación de Conducta*. 2002; 28 (118): 165-211.
- Luengo M.A., Otero L., Romero E. y Gómez F. Efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas en los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1996; 22(86): 683-708.
- Abdulkarim AA, Mokuolu OA, Adeniyi A. Drug use among adolescents in Ilorin, Nigeria. *Trop Doct*. 2005;35(4):225-8.
- Brito E, Garrido E, Cruz T, Batista N, Campo J. Comportamiento de la sexualidad responsable y la prevención de las ITS / VIH / Sida en féminas adolescente. En <http://www.monografias.com/trabajos17/comportamiento-sexual/comportamiento-sexual.shtml> Accesado el 12 de enero de 2007.

23. Ceballos, G & Campo-Arias, A. (2007). Sexual intercourse among adolescent students of Santa Marta, Colombia: a cross-sectional survey, *Colomb Med*; 38: 191-196.
24. Chirinos, JL., Salazar, VC & Brindis CD. (2000). A Profile of sexually active male adolescent high school students in Lima, Peru. *Cad Saude Publica*, 16: 733-46
25. Gascón, JA., Navarro, B., Gascón, FJ., Férula, LA., Jurado, A y Montes, G. (2003). Comportamiento sexual de los escolares adolescentes de Córdoba. *Aten Prim*, 32: 355-60.
26. Park, IU., Sneed, CD., Morisky, DE., Alvear, S & Hearst, N. (2002). Correlates of HIV risk among Ecuadorian adolescent. *AIDS Educ Prev*, 14: 73-83.
27. Takakura, M., Nagayama, T., Sakihara, S & Wilcox, C. (2001). Pattern of health-risk behavior among Japanese high school students. *J Sch Health*, 71: 23-9.
28. Frankowski, BL. Committee on Adolescence. Sexual orientation and adolescents. *Pediatric*. 2004; 113: 1827-32.
29. Friedman, RC & Downey, JI. Homosexuality. *N Engl J Med*. 1994; 331: 923-30.
30. Pinilla, AP., Sánchez, EW y Campo, A. Evaluación clínica de la orientación sexual en adolescentes. El papel de médicos generales y pediatras. *Medunab*. 2003; 6: 93-7.
31. Cortés, A., Pérez, D., Aguilar, J., Valdés, MM y Tabeada, B. X. Orientación sexual en estudiantes adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Intreg*. 2003; 14: 4504.
32. Faulkner, AH & Cranston, K. Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *Am J Public Health*. 1998; 88: 262-6.
33. Garofalo R., Wolf, RC., Kessel, S., Palfrey, J & DuRant, RH.. The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatric*. 1998; 101: 895-902.
34. Russell, ST., Driscoll, AK & Truong, N. Adolescent same-sex romantic attractions and relationships: implications for substance use and abuse. *Am J Public Health*. 2002; 92: 198-202.
35. Blake SM, Ledsy R, Lehman T, Goodenow C, Sawyer R & Hack T.. Preventing sexual risk behavior among gay, lesbian, and bisexual adolescents: the benefits of gay-sensitive HIV instructions in schools. *Am J Public Health*. 2001; 91: 940-6.
36. Robin, L., Brener, ND., Donahue, SF., Hack, T., Hale, K & Goodenow, C. Associations between health risk behaviors and opposite-, same-, and both-sex sexual partners in representative samples of Vermont and Massachusetts high school students. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002; 156: 349-55.
37. Cochran, BN., Stewart, AJ., Ginzler, JA & Cauce AM. Challenges faced by homeless sexual minorities: comparison of gay, lesbian, and transgender homeless adolescent with their heterosexual counterparts. *Am J Public Health* 2002. 92: 773-7.
38. Tapia-Aguirre V, Arillo-Santillan E, Allen B, Angeles-Llerenas A, Cruz-Valdez A, Lazcano-Ponce E. Associations among condom use, sexual behavior, and knowledge about HIV/AIDS. A study of 13,293 public school students. *Arch Med Res* 2004; 35:334-43
39. Trani F, Gnisci F, Nobile CG, Angelillo IF. Adolescents and sexually transmitted infections: knowledge and behaviour in Italy. *J Pediatric Child Health* 2005; 41: 260-4.
40. 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
41. Ceballos GA, Campo-Arias A. Prevalencia del uso del condón en la primera relación sexual en adolescentes de Santa Marta, Colombia: Diferencias por género. *Medunab* 2005; 8: 59-64.
42. Guerrero PG. Pasado, presente y futuro de la educación sexual en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* 1998; 27: 303-14.
43. Romero, L. Elementos de sexualidad y educación sexual. Centro de Asesoría y Consultoría. 1999. Barranquilla - Colombia.
44. Vinaccia S, Quiceno J, Gaviria A, Soto A, Gil M, Ballester R. Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por Vih/Sida en Adolescentes Colombianos. *Terapia Psicológica*. 2007; 25: (1) 39-50.
45. Navarro, E. & Vargas, R. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. *Salud Uninorte*. 2004; 19, 14-24.
46. Wu LT, Schlenger WE, Galvin DM. The relationship between employment and substance use among students aged 12 to 17. *J Adolesc Health*. 2003 Jan;32(1):5-15.
47. Mohler-Kuo M, Lee JE, Wechsler H. Trends in marijuana and other illicit drug use among college students: results from 4 Harvard School of Public Health College Alcohol Study surveys: 1993-2001. *J Am Coll Health*. 2003;52(1):17-24.
48. Bachanas PJ, Morris MK, Lewis-Gess JK, Sarett-Cuasay EJ, Flores AL, Sirl KS, Sawyer MK. Psychological adjustment, substance use, HIV knowledge, and risky sexual behavior in at-risk minority females: developmental differences during adolescence. *J Pediatr Psychol*. 2002;27(4):373-84.
49. Ancheta R, Hynes C, Shrier LA. Reproductive health education and sexual risk among high-risk female adolescents and young adults. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2005 Apr;18(2):105-11.

50. 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.
51. STATA 9.0. Paquete estadístico extraído el 20 de septiembre/09 desde <http://www.stata.com/news/spanish.news20.2.pdf>

