

Perfil de las estudiantes adolescentes sexualmente activas en colegios secundarios de Lima, Perú.

CHIRINOS, Jesús L. MD, Dr.PH *, BRINDIS, Claire D. Dr.PH **, SALAZAR, Victor C. MPH ***, BARDALES, Olga T. Lic.Psicol., REÁTEGUI, Ludmila R. Lic.Psicol &.

SUMMARY

Objective: To identify the level of knowledge and attitudes regarding sexuality, and sexual practices of female adolescent students in high schools located in Lima, Peru. *Material and methods:* A self-administered, anonymous survey was completed by 935 female adolescents aged 12-19 as part of a School-Based Sex Education Intervention Model. Questions concerned six areas: sociodemographic information; family characteristics; personal activities; attitudes and knowledge regarding sexuality; couple relationships and sexual experience; and use of contraceptives and pregnancy incidence. *Results:* Sexuality knowledge was found to be limited (mean=9.9) as measured through 20 basic questions. Females tended to primarily discuss sexuality with their mothers (43%) or their female peers (41%). Attitudes regarding sexuality and use of contraceptives were found to be positive, but some expressed ambivalent feelings regarding use of contraceptives. Of the sample, 8% had ever had sex and the age of sexual debut was 14. While 63% of the sample would use pills, 74% also gave reasons for not using them. Sexual activity was found to be related to age, ever having repeated a grade, talking about sex with her boyfriend or a male friend, if reasons for having sex are "pleasure or fun", having a boyfriend, and having had more than 2 boyfriends. *Conclusions:* Female adolescents in this sample were found to have limited knowledge regarding sexuality and contraception, ambivalent attitudes towards the use of contraceptives, although they were at risk of an unintended pregnancy or acquiring a STD. These findings clearly document a need for school and community interventions aimed at reducing sexual risk behaviors in adolescents and to assure appropriate contraceptive use in the near future. (*Rev Med Hered 1999; 10:49-61*).

KEY WORDS: Adolescent, female, sexuality, pregnancy, contraception.

* Postdoctoral International Hewlett Fellow, Center for Reproductive Health Policy Research (CRHPR), Institute for Health Policy Studies (IHPS), School of Medicine, University of California, San Francisco (UCSF). Co-Investigador, "Prevención de Comportamientos Sexuales de Riesgo en Escolares Adolescentes: Intervención a Nivel de Educación Sexual en Colegios", Instituto de Estudios de Población (IEPO), Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Lima, Perú.

** Director, CRHPR, IHPS, UCSF

*** Investigador Principal, "Prevención de Comportamientos Sexuales de Riesgo en Escolares Adolescentes: Intervención a Nivel de Educación Sexual en Colegios", IEPO, UPCH, Lima, Perú. & Colaboradores en la supervisión y coordinación de la intervención, "Prevención de Comportamientos Sexuales de Riesgo en Escolares Adolescentes: Intervención a Nivel de Educación Sexual en Colegios", IEPO, UPCH, Lima, Perú.

& Colaboradores en la supervisión y coordinación de la intervención, "Prevención de Comportamientos Sexuales de Riesgo en Escolares Adolescentes: Intervención a Nivel de Educación Sexual en Colegios", IEPO, UPCH, Lima, Perú.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento y las actitudes sobre sexualidad y las prácticas sexuales de las estudiantes adolescentes en colegios secundarios de Lima, Perú. **Material y métodos:** fue una encuesta anónima y auto-administrada fue completada por 935 mujeres de 12-19 años como parte de un Modelo de Intervención sobre Educación Sexual en Colegios Secundarios. Las preguntas cubrieron 6 áreas: información socio-demográfica, características de sus familias, actividades personales, actitudes y conocimientos en sexualidad, experiencia sexual y uso de anticonceptivos. **Resultados:** El nivel de conocimientos de sexualidad fue limitado (media=9.9) al ser medido a través de 20 preguntas básicas. Las mujeres conversaban mas sobre sexualidad con sus madres (43%) y con sus pares mujeres (41%). Las actitudes con respecto a la sexualidad y la anticoncepción fueron positivas pero algunas son ambivalentes con respecto al uso de anticonceptivos. El 8% de la muestra ya ha tenido relaciones coitales y la edad del primer coito fue de 14 años. Mientras que el 63% de las estudiantes usaría la píldora, el 74%, también, dió razones para no usarla. La actividad sexual se relacionó a la edad, si repitió de grado, si habla sobre sexualidad con el enamorado o amigo, si sus razones para tener relaciones coitales son “por placer o diversión”, si ha tenido enamorado y si ha tenido mas de 2 enamorados. **Conclusiones:** Las estudiantes adolescentes en esta muestra tienen un conocimiento limitado en sexualidad y anticoncepción, actitudes ambivalentes en el uso de anticonceptivos, aunque ellas estuvieran en riesgo de un embarazo no planeado o de adquirir una ETS. Estos hallazgos señalan la necesidad de modelos de intervención en colegios y comunidades dirigidos a reducir las actitudes ambivalentes y los comportamientos de riesgo entre las adolescentes con un uso consistente y correcto de los anticonceptivos. (*Rev Med Hered 1999; 10:49-61*).

PALABRAS CLAVE: Adolescente, mujer, sexualidad, embarazo, anticoncepción.

INTRODUCCION

La sexualidad es un aspecto importante del comportamiento humano y es fundamental para la sociedad en cuanto al mecanismo de la reproducción social. Por otro lado, el género es un factor central en la identidad personal que determina la experiencia subjetiva de la vida y las opciones de la persona, tanto biológica como socialmente (1,2).

Los aspectos relacionados a la sexualidad de los adolescentes así como sus consecuencias como las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS), incluido el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y los embarazos no planeados (ENP) son temas que preocupan a gran parte del mundo (3,4,5), en especial a los países en desarrollo como los de América del Sur y el Caribe donde los adolescentes inician su actividad sexual a una temprana edad y sin usar métodos anticonceptivos adecuados aunque ellos refieren conocerlos (6,7,8,9).

El inicio de la experiencia sexual en los adolescentes no es previsible ya que ellos señalan que una de las más importantes razones para no usar un anticonceptivo es porque no esperaban que la relación ocurriera (9); similarmente ocurre con sus pares de USA quienes, además, tienen una co-ocurrencia de comportamientos de riesgo en salud (11,12,13).

Las relaciones de poder de género producen severas limitaciones sobre las mujeres y permisividad para los

varones, siendo ambos perjudiciales para los adolescentes llevando a comportamientos de riesgo, incluyendo los sexuales; por lo tanto, el género tiene diferente significancia biológica, psicológica y social tanto para los hombres como para las mujeres. Estos diferentes significados se reflejan en los diferenciales del poder de género en los comportamientos sexuales (2,3).

Los comportamientos sexuales de riesgo tienen múltiples factores que los condicionan como el conocimiento y las actitudes en sexualidad, la edad del primer coito, características y número de las parejas sexuales tanto acumuladas como en un periodo reciente de tiempo, frecuencia e intervalo de las relaciones coitales, las prácticas sexuales, uso de anticonceptivos y en especial del condón, entre otros (2). El riesgo individual comprende el riesgo de interacción con una pareja sexual que no está protegida, la exposición de la pareja y del mismo individuo, la adquisición del problema al estar expuesto, el desarrollo del problema si lo adquirió y el desarrollo de la secuela. Cada uno de estos componentes esta muy relacionado por lo menos, con una de las variables del comportamiento sexual.

En el Perú, los adolescentes, también, están en riesgo de sufrir estas consecuencias (7,14,15) y una importante brecha es la falta de información sobre el proceso de toma de decisiones que hacen los adolescentes y adultos jóvenes para tener relaciones coitales y para el uso de anticonceptivos; los que son importantes para alcanzar una reducción importante de

la incidencia de las ETS/SIDA y los ENP (17,18,19).

Las adolescentes de 15-19 años representan el 21% de las mujeres en edad reproductiva; su tasa específica de fecundidad es de 55 nacimientos /1000 mujeres a nivel urbano y de 130 a nivel rural y aunque el 97% de las mujeres en edad reproductiva conoce o escuchó sobre algún método anticonceptivo, sólo el 31% de las sexualmente activas había usado un anticonceptivo moderno y el 97% de ellas habían obtenido los métodos modernos a través de los proveedores de salud. Es interesante mencionar que el 53% de las adolescentes quería tener un niño en los próximos dos años o después de dos años (7). Es necesario señalar que tanto los ENP como las ETS ocasionan estigmas que constituyen una barrera para la búsqueda del cuidado de la salud sexual y reproductiva dando lugar a un círculo vicioso en la salud de la población en general y de las adolescentes en especial (2,20,21).

El propósito de este estudio fue documentar el nivel de conocimientos y las actitudes en sexualidad, y las prácticas sexuales de las adolescentes de 12 a 19 años del 3ro y 4to grado de secundaria de colegios mixtos diurnos de Lima-Norte, Perú.

MATERIAL Y METODOS

Una encuesta anónima y auto-administrada fue completada por las estudiantes de 12 a 19 años del tercero y cuarto grado de secundaria de 4 colegios mixtos diurnos de Lima. La encuesta duró aproximadamente una hora y requirió el consentimiento firmado de los padres y la autorización de los directivos de los respectivos colegios. Los 4 colegios seleccionados pertenecían a un distrito escolar (USE 02) en Lima y reunieron los criterios de participación en el estudio como: tener estudiantes de bajas condiciones socioeconómicas, tamaño del colegio, similar número de estudiantes, y que requerían apoyo en educación sexual según lo referido por los directivos.

El cuestionario para las adolescentes fue un instrumento de 50 ítems y cubrió las siguientes áreas: 1). Información Socio-demográfica; 2). Características de sus Familias; 3). Actividades Personales; 4). Conocimiento y Actitudes en Sexualidad; 5). Experiencia Sexual; y 6) Uso de Anticonceptivos. Los datos forman parte de un proyecto mayor denominado "Prevención de Comportamientos Sexuales de Riesgo en Adolescentes: Intervención a nivel de Educación Sexual en Colegios" que fue desarrollado por el Instituto de Estudios de Población de la Universidad Peruana Cayetano Heredia desde Abril 1995 hasta Diciembre 1996, con el apoyo de la Fundación Ford. Las variables

del estudio se presentan en la tabla N°1.

Los grupos etarios fueron definidos estadísticamente como adolescencia temprana de 12 a 14 años, intermedia de 15 y tardía de 16 a 19. Estos cortes reflejan a todos los participantes en este estudio. Adolescente sexualmente activa fue definida al haber tenido alguna vez relación coital, la cual fue utilizada como variable dependiente para el análisis bivariado.

RESULTADOS

Se administraron un total de 955 encuestas, de las cuales quedaron 935 (98%) para el análisis. Las restantes fueron eliminadas por estar incompletas.

Información Sociodemográfica

El promedio de edad de las participantes fue de 14.8 ± 1.17 años (N=935, rango de 12-19 y mediana de 15). De la muestra, el 54.7% (N=506/925) estuvo en 3er grado y el 45.3% (N=419) en el 4to; el 35.1% (N=326/929) había repetido de año alguna vez. La mayoría profesaba la religión Católica (88.3%, N=814/922).

Características de sus familias

El promedio del número de personas que vivían con la adolescente fue de 7.5 ± 4.7 (mediana de 6, N=929 y rango de 1-26). La mayoría (69.5%, N=642/924) vivía con ambos padres, con o sin hermanos y con o sin otros familiares. El 75.5% (N=699/925) de sus padres estaban casados o convivían. El nivel educativo de los padres reflejó que el 51.9% (N=470/907) de las madres y el 66.1% (N=575/871) de los padres habían completado la educación secundaria o alcanzaron la superior. La mayoría de las madres (68.7%, N=540/786) trabajaba en el hogar. El 52.8% (N=362/686) de los padres era agricultor, obrero o tenía un oficio; el 44.5% (N=305) de ellos era empleado, comerciante o profesional; solo 2.7% (N=19) eran desocupados o jubilados o cesantes.

Actividades personales

Las actividades preferidas por las adolescentes fueron: Ir a fiestas (27.9%, N=250/896); reunirse con amigos (27.8%, N=249); reunirse con familiares (17%, N=152); hacer deporte (11.6%, N=104) y otras actividades como ayudar en casa, ver videos o revistas pornográficas, fumar, video-juegos, beber licor, o consumir drogas en el resto (15.8%).

Las siguientes actividades se realizaban diariamente a una vez por semana: "ver videos o revistas

Tabla N°1. Areas y variables de estudio

AREA	VARIABLE
INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA	Edad Grado de instrucción Repitió grado Religión
CARACTERÍSTICAS DE SUS FAMILIAS	Número de cohabitantes Tipo de cohabitantes Estado marital padres Instrucción de los padres Ocupación de los padres
ACTIVIDADES PERSONALES	Deportes Reunirse con amigos Ir a fiestas Reunirse con familiares
FRECUENCIA	Ver videos o revistas pornográficas Fumar, beber licor y consumir drogas
SEXUALIDAD INFORMACIÓN CONOCIMIENTO ACTITUDES	Con quien habla sobre sexualidad Autopercepción nivel de conocimientos Interés prevención SIDA Se cuidaría al tener relaciones sexuales Un hijo obstaculizaría continuar los estudios Sería imposible negarse a tener RS Puede controlar deseo sexual
SITUACIONES HIPOTÉTICAS	Difícil acostumbrarse a usar condón Posibilidad de: Adquirir una ETS Contagiarse con HIV embarazarse
SEXUALIDAD RELACIONES DE PAREJA Y EXPERIENCIA SEXUAL	Ha tenido enamorado Número de enamorados Atracción sexual por y contacto sexual con: varón, mujer, varón y mujer. Razones para tener RS Primera regla, edad de primera regla Ha tenido RS Edad primera RS Con quien tuvo primera RS Cuando fue última RS Con quien tuvo última RS
ANTICONCEPCIÓN Y EXPERIENCIA DE EMBARAZO	Si tuviera RS: usaría condón, iría antes a un centro de planificación familiar Razones para no usar anticonceptivos Conocimiento pares que tienen RS Conocimiento pares que usan anticonceptivos Uso anticonceptivo en primera RS, tipo de anticonceptivo Uso anticonceptivo en última RS, tipo de anticonceptivo Se embarazo alguna vez, tiene algún hijo

pornográficas" (12.1%, N=94/772), "beber licor" (11.4%, N=86/758), "consumir cigarrillos" (8.3%, N=63/765) y "usar drogas" (4%, N=31/762). Es importante señalar que estas mismas actividades eran realizadas en proporciones mayores una vez al mes (39.6%, 40%, 41.7% y 40.6%, respectivamente).

Conocimientos y Actitudes en Sexualidad

Cuando se les preguntó a las adolescentes con quién conversaban sobre sexualidad indicaron con sus madres (43.2%, N=404/935), la amiga (41.5%, N=388/935), un familiar femenino (15.6%, N=146/934), nadie (13.7%, N=128/934) y sus profesores (7.1%, N=66/935).

Al preguntarles sobre cuánto creían saber sobre sexualidad y anticoncepción respondieron que sabían entre "regular a mucho" en el 67.3% (59.7%, N=551/927 y 7.9%, N=73, respectivamente), y "poco a nada" en el 32.7% (28.6%, N=265 y 4.1%, N=38, respectivamente). Por otro lado, su conocimiento real medido por el número de respuestas correctas a 20 preguntas básicas demostró que el 54.1% tuvo 10 ó más respuestas correctas y el puntaje promedio fue de 9.9 ± 3.4 (N=934, rango de 0-19 y mediana de 10).

La mayoría de las estudiantes (78.8%, N=712/903) expresó su interés en cómo prevenir el SIDA y el 88% (N=799/908) se cuidaría al tener relaciones sexuales. En parte esta última respuesta refleja el hecho que el 62.4% (N=566/907) dijo que un hijo actual sería un obstáculo para sus estudios. De la muestra, el 76.5% (N=692/904) indicó que sí podría controlar sus deseos sexuales, pero el 46% (N=410/891) no podría negarse a tener relaciones sexuales si estuviera ante la posibilidad de tener relaciones sexuales. Además, al 44.2% (N=400/904) le daría vergüenza comprar anticonceptivos.

Mediante situaciones hipotéticas, se les dio a las estudiantes la oportunidad de exponer sus percepciones de riesgo acerca de si es posible que adquiriera una ETS, que se contagie con el HIV y que se embarace. La mayoría indicó que no sabía si era vulnerable o indicó que no tenía riesgo para adquirir una ETS (70.7%, N=630/892), infectarse con HIV (67.3%, N=606/900) y embarazarse (67.4%, N=604/896).

Experiencia sexual

El 62.9% (N=576/916) de las participantes ha tenido enamorado y el número promedio de enamorados fue de 3.1 ± 2.7 (N=535, rango 1-17 y mediana de 2). La mayoría de las adolescentes (77.6%, N=691/891) tenía atracción por los varones, mientras que el 6.3% indicó

una atracción hacia las mujeres u hombres y mujeres.

El 17.8% (N=152/853) ha tenido un contacto heterosexual y el 3.6% un contacto con mujeres o con hombres y mujeres.

Como razones principales para tener relaciones sexuales, el 87.7% (N=748/853) de las estudiantes respondió por "temor a perder la pareja, para acercarse a su pareja, si se lo pide su pareja, por amor, ambos lo deciden o están preparados"; el resto (12.3%) señaló por "si su pareja se lo pide, presión de sus pares, para saber cómo es o placer o diversión".

Casi el total de la muestra (94.2%, N=864/917) señaló que ya tuvo su primera regla y la edad promedio fue de 12.4 ± 1.1 años (N=853, rango 7-19 y mediana de 12). El 7.8% (N=69/889) ya ha tenido relaciones sexuales y la edad promedio fue de 13.7 ± 2.4 años (N=58, rango 4-18 y mediana de 14).

El primer coito fue con el enamorado, familiar o amigo en el 90% (N=56/62) y el 10% (N=6) lo tuvo con una pareja casual. El 39.7% (N=23/58) tuvo su última relación sexual en el último año y el patrón de pareja fue similar (96.6%, N=57/59 y 4.4% respectivamente).

Uso de anticonceptivos

Ante la posibilidad de tener relaciones sexuales, el 63% (N=544/863) indicó que usaría la píldora anticonceptiva y el 87.4% (N=782/895) acudiría antes a un centro de planificación familiar en busca de información. A pesar de que las estudiantes señalaron que probablemente usarían la píldora, la mayoría (74.5%, N=593/796) dio varias razones por las cuales no la usaría como "es cara, es para los adultos, no es efectiva o es dañina para la salud"; el resto (25.5%) dijo que sí usaría la píldora.

Se investigaron sus percepciones sobre la experiencia sexual de sus pares del mismo sexo, casi la mitad de la muestra (48.9%, N=451/922) cree que muchas de ellas ya han tenido relaciones sexuales; así mismo, el 39.2% (N=361/921) percibía que pocas o ninguna ha usado un método anticonceptivo y el 40.9% (N=377) no sabe.

Un anticonceptivo fue usado en la primera relación sexual por el 40.7% (N=24/59) de las adolescentes sexualmente activas y disminuyó a 34.8% (N=24/69) en el último coito. Señalaron que el condón fue el método más comúnmente usado por el 63.6% (N=14/22) en la primera relación sexual incrementándose al 72.2% (N=13/18) en el último coito.

De las estudiantes sexualmente activas, el 7.2% (N=5/

Tabla N°2. Número de enamorados, edad de la menarquia y edad de la coitarquia por grupo etario entre las estudiantes adolescentes.

VARIABLE	n	%	MEDIA	MEDIANA	DE	RANGO	p
Número de enamorados	535	57	3.12	2	2.72	01-17	0.0168
- 14a o menos	176		2.73	2	2.34	01-14	
- 15a	213		3.17	2	2.62	01-14	
- 16a o más	146		3.50	3	3.21	01-17	
Edad (a) Menarquia	853	91	12.45	12	1.10	07-19	0.0000
- 14a o menos	349		12.25	12	0.95	09-14	
- 15a	309		12.45	13	1.08	09-19	
- 16a o más	195		12.80	13	1.29	07-16	
Edad (a) Coitarquia	58	6	13.69	14	2.44	04-18	0.0011
- 14a o menos	10		13.30	13	2.16	07-14	
- 15a	22		13.45	14	1.82	08-15	
- 16a o más	26		14.42	15	2.77	04-18	

DE: Desviación estándar, p de K-W de la comparación de medias por edad.

69) dijo haber salido embarazada, 2 de ellas tienen un hijo y 3 perdieron el embarazo.

ANÁLISIS BIVARIADO.

Todas las variables fueron cruzadas con los grupos etarios para observar si habían diferencias significativas por edad, los resultados se presentan en las tablas N°2, 3 y 4. Ser sexualmente activa fue la variable dependiente y los resultados con diferencias significativas se muestran en la tabla N°5.

DISCUSION

Los resultados del estudio demuestran claramente una relación entre el incremento de la edad y la maduración social y sexual, así como el aumento en el conocimiento de sexualidad de las adolescentes. Esto quiere decir, que la socialización les brinda oportunidad para incrementar conocimientos y experimentar conductas sexuales y tomar conciencia de algunos riesgos de la interacción con su pareja.

La alta incidencia de la repitencia de grado estuvo asociada con actividad sexual. Este hallazgo es consistente con los resultados de otros estudios en adolescentes que tienen comportamientos de riesgo, en

los que se señala que bajos rendimientos en el colegio se asocia a un perfil de alto riesgo (12,22,23).

La estructura familiar también tuvo relación con la actividad sexual; un tercio de las estudiantes vivía con uno de sus padres o con una mixtura familiar y ellas fueron más probables de ser sexualmente activas. Patrones similares se han observado que predicen un inicio sexual y paternidad más tempranos (24,25). Además, muchas de las estudiantes han crecido en ambientes familiares de bajas condiciones socioeconómicas las cuales soportan la presión de familias numerosas. Estos factores pueden contribuir tanto a una limitada transmisión de información como a una limitada comunicación entre padres e hijos. A su vez, esto puede haber contribuido a una falta de información de los estudiantes y el consecuente desarrollo de comportamientos de riesgo (9,26,27). Es importante señalar que la característica estructural y dinámica de la familia podría generar un sistema de soporte emocional del cual la adolescente requeriría, así también la familia en la que consolida los patrones de autoestima y auto-concepto los cuales pueden estar desempeñando un factor protector o de riesgo en el comportamiento sexual de las adolescentes.

Se encontró que el grado de instrucción de los pa-

Tabla N°3. Información sociodemográfica, características de las familias y actividades personales por grupo etario.

VARIABLE	≤ 14 años	15 años	≥ 16 años	TOTAL	p
INFORMACION SOCIO-DEMOGRAFICA					
Edad	397 (42.5%)	324 (34.7%)	214 (22.9%)	935	
Repitió de grado	31 (7.9%)	125 (38.7%)	170 (80.2%)	929	0.0000
CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS					
Tipo de cohabitante				924	0.0020
- Ambos padres, hermanos y/u otro familiar	297 (75.4%)	213 (66.8%)	132 (62.6%)		
- Otros	97 (24.6%)	106 (33.2%)	79 (37.4%)		
Ocupación "Padre"				686	0.0176
- Desocupado/obrero	152 (51.5%)	129 (54.2%)	100 (65.4%)		
- Comerciante/empleado	143 (48.5%)	109 (45.8%)	53 (34.6%)		
Grado Instrucción "Madre"				907	0.0000
- Ninguno/Secundaria incompleta	147 (38.0%)	154 (49.2%)	136 (65.7%)		
- Secundaria Completa/Superior	240 (62.0%)	159 (50.8%)	71 (34.3%)		
Grado Instrucción "Padre"				871	0.0000
- Ninguno/Secundaria incompleta	108 (28.9%)	90 (30.6%)	98 (48.3%)		
- Secundaria Completa/Superior	266 (71.1%)	204 (69.4%)	105 (51.7%)		
Estado conyugal de los padres				925	0.0494
- Casado o conviviente	314 (79.5%)	230 (71.9%)	155 (73.8%)		
- Otro	81 (20.5%)	90 (28.1%)	55 (26.2%)		
ACTIVIDADES					
Reunión familiar				844	0.0317
- Frecuente	332 (91.6%)	273 (91.0%)	155 (85.2%)		
- Nunca	30 (8.3%)	27 (9.0%)	27 (14.8%)		
Hacer deporte				847	0.0008
- Frecuente	344 (94.7%)	271 (90.1%)	156 (85.2%)		
- Nunca	19 (5.2%)	30 (10.0%)	27 (14.8%)		
Juego video				812	0.0000
- Frecuente	240 (68.4%)	170 (59.4%)	87 (49.7%)		
- Nunca	111 (31.6%)	116 (40.6%)	88 (50.3%)		
Beber licor				758	0.0021
- Frecuente	160 (48.8%)	141 (54.0%)	88 (52.1%)		
- Nunca	168 (31.6%)	120 (40.6%)	88 (47.9%)		

p: para X².

Tabla N°4. Conocimiento y actitudes en sexualidad, experiencia sexual y anticoncepción por grupo etario.

VARIABLE	≤ 14 años	15 años	≥ 16 años	TOTAL	p
AUTOPERC. CONOCIM.SEXUAL					
Cuánto cree saber				927	0.0255
- Mucho	22 (5.6%)	27 (8.4%)	24 (11.4%)		
- Regular	241 (61.3%)	203 (62.8%)	107 (50.7%)		
- Poco	116 (29.5%)	82 (25.4%)	67 (39.8%)		
- Nada	14 (3.6%)	11 (3.4%)	13 (6.2%)		
ACTITUDES EN SEXUALIDAD					
Poco interés prevención SIDA				903	0.0001
- Sí	34 (8.1%)	35 (11.3%)	30 (14.4%)		
- No	324 (84.4%)	246 (79.1%)	142 (68.3%)		
- No sé	26 (6.8%)	30 (9.6%)	36 (17.3%)		
Sería imposible negarse a RS				891	0.0006
- Sí	103 (27.2%)	72 (23.3%)	66 (32.5%)		
- No	196 (51.7%)	141 (45.6%)	73 (36.0%)		
- No sé	80 (21.1%)	96 (31.1%)	64 (31.5%)		
Puedo controlar deseo sexual				904	0.0006
- Sí	317 (82.6%)	236 (75.4%)	139 (67.1%)		
- No	16 (4.2%)	13 (4.2%)	16 (7.7%)		
- No sé	51 (13.3%)	64 (20.4%)	52 (25.1%)		
SITUACIONES HIPOTETICAS					
Adquirir una ETS				892	0.0006
- Sí	125 (33.2%)	79 (25.2%)	58 (28.9%)		
- No	153 (40.6%)	115 (36.6%)	60 (7.7%)		
- No sé	99 (26.3%)	120 (38.2%)	83 (41.3%)		
RELACIONES DE PAREJA					
Ha tenido enamorado				916	0.0000
- Sí	194 (50.0%)	224 (69.8%)	158 (76.3%)		
EXPERIENCIA SEXUAL					
Ha tenido RS				889	0.0000
- Sí	14 (3.7%)	24 (7.8%)	31 (15.7%)		
ANTICONCEPCION					
Cuántas chicas de la misma edad tienen RS				922	0.0000
- Muchos	155 (39.4%)	165 (51.4%)	131 (63.0%)		
- Pocos/nadie	108 (27.5%)	72 (22.4%)	38 (18.3%)		
- No sé	130 (33.1%)	84 (26.2%)	39 (18.8%)		
Cuántas chicas usan anticonceptivos				921	0.0338
- Muchos	70 (17.8%)	60 (18.8%)	53 (25.6%)		
- Pocos/nadie	149 (37.8%)	138 (43.1%)	74 (35.7%)		
- No sé	175 (44.4%)	122 (38.1%)	80 (38.6%)		

p: para X².

Tabla N°5. Perfil de las estudiantes adolescentes sexualmente activas.

VARIABLE	SA	NSA	TOTAL	RR (IC 95%)	p
INFORMACION SOCIO-DEMOGRAFICA					
Edad			889	2.13 (1.12-4.05)	0.0000
≤ 14 años	14 (3.7%)	369 (96.3%)	383 (43.1%)		
15 años	24 (7.8%)	284 (92.2%)	308 (34.6%)	2.01 (1.22-3.32)	
≥ 16 años	31 (15.7%)	167 (84.3%)	198 (22.3%)		
Repitió de grado	37 (12.1%)	268 (87.9%)	305 (34.5%)	2.25 (1.40-3.46)	0.0004
CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS					
Tipo de cohabitante			880	1.6 (1.00-2.54)	0.0475
- Padre o madre u otros	28 (10.3%)	245 (89.7%)	273 (31.0%)		
- Ambos padres, hermanos y/u otro familiar	39 (6.4%)	568 (93.6%)	607 (69.0%)		
Estado conyugal de los padres			880	0.57 (0.35-0.90)	0.0171
- Casado o conviviente	43 (6.5%)	619 (93.5%)	662 (75.2%)		
- Otro	25 (11.5%)	193 (88.5%)	218 (24.8%)		
ACTIVIDADES O HABITOS					
Reunión familiar			774	0.58 (0.21-0.064)	
- Frecuente	45 (6.3%)	674 (93.7%)	719 (89.8%)		0.0281
- Nunca	14 (17.1%)	68 (82.9%)	82 (10.2%)		
Juego video			724	0.5 (0.35-0.95)	
- Frecuente	28 (5.9%)	450 (94.1%)	478 (61.8%)		0.0143
- Nunca	30 (10.1%)	266 (89.9%)	296 (38.2%)		
INFORMACION SEXUAL					
Enamorado	10 (27.8%)	26 (72.2%)	36 (4.0%)	4.02 (2.25-7.18)	0.0000
Amigo	11 (16.4%)	56 (83.6%)	67 (7.5%)	2.33 (1.28-4.22)	0.0059
SITUACIONES HIPOTETICAS					
Adquirir ETS	30 (12.0%)	219 (88.0%)	249/854 (29.2%)	2.02 (1.28-3.21)	0.0024
Contagio HIV	30 (10.7%)	250 (89.3%)	280/861 (32.5%)	1.68 (1.06-2.66)	0.0258
Embarazo	34 (12.0%)	249 (88.0%)	283/859 (32.9%)	2.10 (1.33-3.31)	0.0012
RELACIONES DE PAREJA					
Razones para tener RS			813	2.30 (1.36-3.89)	0.0019
- Placer/diversión	16 (15.8%)	85 (84.2%)	101 (12.4%)		
- Por amor/perder pareja	49 (6.9%)	663 (93.1%)	712 (87.6%)		
Conoce pares con RS			883	1.60 (1.01-2.55)	0.0447
- Muchas	42 (9.7%)	393 (90.3%)	435 (49.3%)		
- Pocas o no sabe	27 (6.0%)	421 (94.0%)	448 (50.7%)		
Ha tenido enamorado	66 (11.9%)	488 (88.1%)	554/881 (62.9%)	12.99 (4.12-40.97)	0.0000
Número de enamorados			514	2.28 (1.53-2.22)	0.0006
- > 2	40 (17.5%)	188 (82.5%)	228 (44.4%)		
- ≤ 2	22 (7.7%)	264 (92.3%)	286 (55.6%)		

SA: Sexualmente activas; NSA: No sexualmente activas.

RR: Riesgo relativo; IC 95%: Intervalo de confianza al 95%; p: para X² M-H.

dres fue de secundaria completa a superior, lo cual haría anticipar que un alto nivel de educación estaría relacionado a un mayor grado de comunicación y de transmisión de conocimiento sexual hacia los hijos, especialmente dirigidos a retardar el inicio sexual. Sin embargo el nivel de educación de los padres no se asoció a la actividad sexual de los hijos. Estos hallazgos son en parte consistentes con estudios que demuestran que un adecuado contexto familiar (presencia de ambos padres, realizar actividades compartidas con ellos o con la familia) puede prevenir eventos de salud y sociales negativos, incluyendo embarazos no planeados y las ETS/SIDA (9,12,27,28).

Los deportes y las reuniones familiares fueron señaladas como las actividades preferidas de las estudiantes y realizadas frecuentemente. Otras actividades frecuentes fueron los juegos de vídeo y beber licor. Se encontró que tanto las reuniones familiares como los juegos de vídeo tienen un efecto preventivo para la actividad sexual. Sin embargo es necesario continuar investigando entre otros comportamientos de riesgo ya que existen estudios que demuestran que el consumo de alcohol, tabaco y drogas puede estar asociado a actividad sexual y un comportamiento sexual de riesgo (9,29,30,31) y que, además, estos comportamientos de riesgo pueden co-ocurrir y ser acumulativos (11).

En relación a la información sobre sexualidad, casi la mitad de ellas conversaba al respecto con su madre y la amiga y en un porcentaje pequeño (7%), con sus profesores. Estos hallazgos puntualizan el valor de las madres y las amigas en la transmisión de información cuando se tiene un buen nivel de comunicación (27,32) y la necesidad de repotenciar la figura de maestro. Hemos encontrado que conversar sobre sexualidad con el enamorado o pares del sexo opuesto se asocia a actividad sexual, lo cual puede reflejar que ya se ha decidido tener una relación sexual o falta de una percepción personal de riesgo (31,33,34).

Aunque la mayoría percibía que sabe regular a mucho sobre sexualidad, claramente su nivel real de conocimientos es limitado (puntaje de 10 respuestas correctas en 20 preguntas). Sin embargo, ni la autopercepción ni el nivel real de conocimientos se asoció a la actividad sexual, hallazgo que se sustenta en parte por lo que se señala en la literatura (9,35,36). La mayoría tenía actitudes positivas hacia la sexualidad y uso de anticonceptivos si estuvieran frente a la posibilidad de una relación sexual. Sin embargo, casi la mitad de ellas expresó sentimientos ambivalentes como les “daría vergüenza comprar anticonceptivos” y “no podrían negarse a tener relaciones sexuales”, mientras que, por otro lado, también expresaban un punto de vista opuesto

como “sí se cuidarían al tener relaciones sexuales” y “sí pueden controlar el deseo sexual”. En consecuencia, existen actitudes y creencias que influyen en los comportamientos sexuales de riesgo y que requieren ser considerados en el desarrollo de intervenciones efectivas (9,27,37,38). Esto demuestra que no basta con la información que se adquiriera, sino que es importante la parte afectiva y moral que el adolescente interiorice, porque ésta guía el comportamiento final con respecto a su sexualidad.

Casi todas las estudiantes (94%) ya tuvieron su primera regla con 12 años como promedio, lo que las pone en las condiciones biológicas de concebir al tener relaciones sexuales. También, al tener relaciones sexuales incrementa la probabilidad de adquirir una ETS/SIDA, sobre todo si no se protegen ya que no perciben que son vulnerables a estos eventos de acuerdo a los altos porcentajes de adolescentes que no saben o no creen posible adquirir una ETS, contagiarse con el HIV o embarazarse; lo mismo se señala tanto entre los adolescentes de otros países sudamericanos (6,34) como entre sus pares de USA (12,13). Estos hallazgos pueden estar relacionados en parte a la falta de percepción de riesgo entre sus pares al no comprender las consecuencias de sus actividades y porque tales comportamientos se ven reforzados por sus efectos positivos a corto plazo (v.g. placer o aprobación del grupo) (39).

Casi dos tercios de las alumnas ya han tenido enamorado con un número de parejas variado sin definir el periodo ni si son simultáneos. Se encontró asociación con actividad sexual tanto al tener enamorado como con un número de enamorados mayor de 2, hallazgos que indica una relación directa entre estos factores y ser sexualmente activa. Asimismo, las estudiantes que mencionaron como razones para tener relaciones sexuales “placer, diversión, presión de pares o para saber cómo es” son sexualmente activas y podríamos anticipar que pueden tener comportamientos sexuales de riesgo.

El porcentaje de las estudiantes que han tenido relaciones sexuales es bajo (8%) y el inicio es temprano en promedio (14 años); estos hallazgos en parte son consistentes con lo señalado en la literatura donde el rango de las adolescentes que han tenido relaciones sexuales es de 6-47%, considerando el incremento lógico que ocurre por el aumento en la edad y la edad de inicio de la actividad sexual se encuentra entre los 15 a los 18 años, pero ha que resaltar que los estudios cubrían a una población de 15-19 años (6,8,9,40).

Además es necesario considerar la consistencia de la

información dada por los adolescentes (41) al existir la posibilidad de que haya un alto porcentaje de no respuesta debido al estigma que representa para las mujeres el inicio de la actividad sexual en nuestros países. Además, casi la mitad de las alumnas cree que “muchas de sus pares ya han tenido relaciones coitales” y que “pocas o nadie ha usado un anticonceptivo”, lo que daría una pauta para saber en forma aproximada el número de adolescentes que están en actividad sexual, el uso de anticonceptivos y el grado de confiabilidad de la información que brindan las estudiantes.

En lo referente al uso de anticonceptivos, la mayoría usaría la píldora anticonceptiva o acudiría a un centro de planificación familiar en búsqueda de información antes de tener relaciones sexuales, por lo que podemos pensar que tienen el conocimiento o la intención de protegerse del embarazo no planeado; sin embargo, casi la mitad señala que “es el varón el que debe cuidarse”, lo cual indica ciertas intenciones o comportamientos sexuales de riesgo (42,43,44). Así mismo, refieren el 75% dió razones para no usar la píldora (como “es dañina para la salud o sólo los adultos la usan” y sólo la usaría el 25%), lo que indica algunas ambivalencias y conceptos equivocados sobre el uso de los anticonceptivos, lo que generaría temor, vergüenza, mitos, y por tanto conductas de evitación y riesgo. Esto se ve representado, además, en los bajos porcentajes encontrados en el uso de un método anticonceptivo en la coitarquia y en la última relación coital, en las que se usó un condón principalmente. Esto nos señala el camino a seguir para el mejoramiento o desarrollo de modelos de intervención en sexualidad y anticoncepción.

Es importante enfatizar que este estudio tiene las limitaciones propias de su diseño, por lo que puede ser generalizado solo a aquellas adolescentes estudiantes de características similares. Además, debemos considerar la consistencia de las respuestas sobre el haber tenido relaciones sexuales y el uso de los anticonceptivos, mas aun si estas respuestas fueron dadas en los centros escolares. Finalmente es necesario tener en cuenta cómo interpretar las no respuestas y los “no sé” ya que pueden señalar un desconocimiento verdadero del tema o que no sabrían qué hacer en un momento determinado o temor a que sus respuestas no sean confidenciales.

En conclusión y de acuerdo al perfil de las estudiantes adolescentes sexualmente activas debemos dirigir nuestros esfuerzos a mejorar o establecer programas de prevención que incrementen el conocimiento de su sexualidad, prevengan actitudes y comportamientos sexuales de riesgo, así como la co-ocurrencia de otros comportamientos de riesgo, e incentiven una mayor

participación en la toma de decisiones para tener relaciones sexuales y en el uso de los anticonceptivos, incluyendo un uso correcto y consistente del condón.

Agradecimientos:

A la Fundación Ford por el apoyo financiero que otorgó a la intervención “Prevención de Comportamientos Sexuales de Riesgo en Estudiantes Adolescentes: Educación Sexual en Colegios” (Grant 950-0442). Al equipo del IEPO y al Lic. Psicología Daniel Gallegos, quien coordinó la encuesta inicial. A los estudiantes, profesores, padres y autoridades de los colegios que participaron en este estudio.

Correspondencia:

Dr. Jesús Chirinos C.
Departamento de Medicina, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Av. Honorio Delgado s/n San Martín de Porres, Lima, Perú.

BIBLIOGRAFIA

1. Seal D, Agostinelli G. Individual Differences Associated with High-Risk Sexual Behaviour: Implications for Interventions Programmes. *AIDS Care* 1994; 6(4):393-397.
2. Aral S. Sexual Behaviour as a Risk Factor for Sexually Transmitted Disease. En: A. Germain, K. Holmes, P. Piot and J. Wasserheit (Eds.). *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*. Plenum Press, NY, 1992, pp: 185-198.
3. Zierler S. “Women, Sex, and HIV”. *Epidemiology* 1994; 5(6):565-567.
4. Yinger N, Ochoa L, de Sherbinin A, Morris L, Hirsch J. “La Actividad Sexual y la Maternidad entre las Adolescentes en América Latina y El Caribe: Riesgos y Consecuencias”. PRB, DHS-IRD Macro y División de Salud Reproductiva de CDC, Washington, 1992, p:8.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). “Selected Behavior that increase Risk for HIV Infection, Other Sexually Transmitted Disease and Unintended Pregnancy Among High School Students, United States, 1991”. *MMWR* 1992; 41(50):945-950.
6. Morris L. “Young adults in Latin America and Caribbean: Their sexual Experience and Contraceptive Use”. *International Family Planning Perspectives* 1988; 14:153-158.
7. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 1996), Perú. Regulación de la Fecundidad, Conocimiento y Uso de Anticonceptivos. Informe Preliminar, 1997. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Lima, Perú & Programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Macro International, Inc., Calverton, MD, USA, 1997, pp:8-18.
8. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva, Paraguay, 1995-96. Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), and United States Agency for Interna-

- tional Development (USAID). 1997:21-86, 93-112.
9. Encuesta Nacional de Jóvenes, 1992 (ENJOVEN-92), República Dominicana. Informe Final. Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD), entidad de PROFAMILIA & Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ramón Tejada, IEPD, Joan Herold & Leo Morris, CDC. 1997, pp:15-84.
 10. Morris L. Sexual Behavior of Young Adults in Latin America. En LJ Severy, *Advances on Population: Psychosocial Perspectives*. Jessica Kinsley Publishers, London, 1994, 2:231-252.
 11. Brener ND, Collins JL. "Co-occurrence of Health-Risk Behaviors Among Adolescents in The United States". *J Adolesc Health* 1998; 22:209-213.
 12. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, Tabor J, ET.AL "Protecting Adolescents from Harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health". *JAMA* 1997; 278(10):823-832.
 13. Weisman C. "AIDS Knowledge, Perceived Risk and Prevention Among Adolescents Clients of a Family Planning Service". *International Family Planning Perspectives* 1989; 21:213.
 14. Loli A, Aramburú C, Paxman JM. "Sexuality in Peru". *International Family Planning Perspectives*, 1987, Special Number, 17-27.
 15. Wulf D, Singh S. "Sexual Activity, Union, and Child-bearing among Adolescent Women in the Americas". *International Family Planning Perspectives*, 17:137-144.
 16. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991-1992 (ENDES-PERU 1992). Informe Final. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Lima-Perú, 1992.
 17. Moore KA, Driscoll A, Ooms T. *Not Just for Girls: The Role of Men and Boys in Preventing Teen Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 1997, pp:5-27.
 18. Edwards SR. "The role of Men in Contraceptive Decision-Making: Current Knowledge and Future Implications". *Family Planning Perspectives* 1994; 26(2):77-82.
 19. Dryfoos JG. *Putting the Boys in the Picture*. Santa Cruz, CA: Network Publications, 1988, pp:18-37.
 20. Lande R. "Las Pérdidas infligidas por las ETS. Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual". *Population Reports* 1993; XXI(1):3-6.
 21. Brunham R, Embree J. Sexually Transmitted Diseases: Current and Future Dimensions of the Problem in the Third World. En: A. Germain, K. Holmes, P. Piot and J. Wasserheit (Eds.). *Reproductive Tract Infections*. Plenum Press, NY, 1992, pp:36-40.
 22. Upchurch DM, McCarthy J. "The Timing of a first Birth and HighSchool Completion". *Am Sociol Rev* 1990; 55:224-234.
 23. Brindis CD, Jeremy RJ. Influences on Adolescent Sexual Activity. In *Adolescent Pregnancy and Parenting in California. A strategic Plan for Action*. Claire D. Brindis & Rita J. Jeremy, Center for Population and Reproductive Health Policy, Institute for Health Policy Studies, University of California, San Francisco, California, USA, 1988, pp:47-49.
 24. Kiernan KE, Hobcraft J. "Parental Divorce during Childhood: Age at First Intercourse, Partnership, and Parenthood". *Population Studies* 1997; 51:41-55.
 25. McCarthy J, Menken J. "Marriage, Re-marriage, Marital Disruption and Age at First Birth". *Fam Plann Perspect* 1989; 11:21-30.
 26. Althaus F. "Children from Disrupted Families begin Having Sex and Children, at Early Age". *Family Planning Perspectives Digests* 1997; 29(5):240-242.
 27. Huerta-Franco R, Diaz de León J, Malacara JM. "Knowledge and Attitudes toward Sexuality in Adolescents and their Asociation with the Family and other Factors". *Adolescence* 1996; 31(121):179-191.
 28. Diclemente R, Boyer C, Morales E. "Minorities and AIDS: Knowledge, Attitudes and Misconceptions among Blacks and Latino-Adolescents". *Am J Public Health* 1988; 78:55-57.
 29. Califano J. "Editorial: Substance Abuse and Addiction-The Need to Know". *Am J Public Health* 1998; 88(1):9-11.
 30. Emmons KM, Wechsler H, Dowdall G, Abraham M. "Predictors of Smoking among US College Students". *Am J Public Health* 1998; 88(1):104-107.
 31. Capaldi DM, Crosby L, Stoolmiller M. "Predicting the Timing of First Sexual Intercourse for At-Risk Adolescent Males". *Child Development*, 1996, 67(2):344-359.
 32. Gonzalez C, Jimenez A, Gomez C, Berenzon S, Mora J. "El Significado Psicológico del Concepto "Amiga" en Adolescentes Mexicanos: Una comparación por Género". *Acta Psiquiát Psicol Am Lat* 1994; 40(4):308-313.
 33. Alexander E, Hickner J. "First Coitus for Adolescents: Understanding Why and When". *J Am Board Fam Pract* 1997; 10(2):96-103.
 34. Millan T, Valenzuela S, Vargas NA. "Reproductive Health in Adolescent Students: Knowledge, Attitudes, and Behavior in Both Sexes, in a Community of Santiago". *Rev Med Chil* 1995; 123(3):368-375.
 35. Ruusuvaara L. "Adolescent Sexuality: An Educational and Counseling Challenge". *Ann NY Acad Sci* 1997; 816:411-413.
 36. Goldfarb AF. "Adolescent Sexuality". *Ann NY Acad Sci* 1997; 816:395-403.
 37. Hodges BC, Leavy M, Swift R, Gold RS. "Gender and Ethnic Differences in Adolescents' Attitudes toward Condom Use". *Journal of School Health* 1992; 62(3):103-106.
 38. Leland NL, Barth RP. "Gender Differences in Knowledge, Intentions, and Behaviors Concerning Pregnancy and Sexually Transmitted Disease Prevention among Adolescents". *Journal of Adolescent Health* 1992; 13:589-599.
 39. Hunter J, Schaechner R. *Adolescents and AIDS: Coping Issues*. In Paul Ahmed (Ed.) *Living and Dying with AIDS*. Plenum Press, New York, 1992.
 40. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, Honduras (ENESF-1996). Informe Resumido. Ministerio de Salud, Asociación Hondureña de Planificación de Familia ASHONPLAFA), USAID/Honduras, CDC, 1997:53-54.
 41. Lauritsen JL, Swicegood CG. "The Consistency of Self-Reported Initiation of Sexual Activity". *Family Planning Perspectives* 1997; 29:215-221.
 42. Witwer M. "Swiss Program Improves Condom Use, but

- Levels of other HIV Risk-Related Behavior are Unchanged". *Family Planning Perspectives* 1997; 29(5):237-238.
43. McGuire E, Shega J, Nicholls G, Deese P. "Sexual Behavior, Knowledge and Attitudes about AIDS among College Freshmen". *Am J Prev Med* 1992; 8:226-234.
44. Langille D, Beazley R, Shoveller J, Johnston G. "Prevalence of High Risk Sexual Behaviour in Adolescents Attending School in a County in Nova Scotia". *Can J Public Health* 1994; 85(4):227-30.
45. Walrond E, Jones F, Hoyos M, Sounder M, Ellis H, Roach R. "Conocimientos y Actitudes de los Adolescentes de Barbados sobre el SIDA". *Bol Of Sanit Panam* 1993; 114:33-44.
46. Stock JL, Bell MA, Boyer DK, Connell FA. Adolescent Pregnancy and Sexual Risk-Taking among Sexually Abused Girls. *Family Planning Perspectives* 1997; 29:200-203 & 227.
47. Luster T, Small SA. Sexual Abuse History and Number of Sex Partners among Female Adolescents. *Family Planning Perspectives* 1997; 29:204-211.