



ORIGINAL

Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven

Sílvia Saura Sanjaume^{a,*}, M^a José Fernández de Sanmamed Santos^b, Luis Vicens Vidal^c,
Núria Puigvert Viu^a, Carina Mascort Nogué^a y Jordi García Martínez^a

^aÀrea Bàsica de Salut Girona 3, Institut Català de la Salut, Girona, España

^bÀrea Bàsica de Salut Horta 7D, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^cÀrea Bàsica de Salut Sarrià de Ter, Institut Català de la Salut, Girona, España

Recibido el 26 de febrero de 2009; aceptado el 8 de junio de 2009

Disponible en Internet el 1 de octubre de 2009

PALABRAS CLAVE

Investigación cualitativa;
Enfermedades de transmisión sexual;
Percepción de riesgo

Resumen

Objetivo: Conocer la percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual (ETS) en jóvenes de 15–21 años y sus actitudes y sus conductas para adoptar medidas protectoras en las relaciones sexuales.

Diseño: Estudio cualitativo de tipo socioconstructivista realizado entre 2006–2008.

Emplazamiento: Dos centros de atención primaria de la ciudad de Girona.

Participantes: Treinta y cuatro jóvenes seleccionados de listados proporcionados por médicos e informantes clave.

Métodos: Muestreo teórico a partir de diferentes perfiles diseñados. Los datos se obtuvieron y se saturaron con la realización de 5 entrevistas grupales. Se realizó un análisis de contenido categorial temático del corpus narrativo.

Resultados: Tienen conocimientos parciales sobre sida y escasos sobre otras ETS. El riesgo de embarazo es lo que más influye en la adopción de conductas protectoras. A pesar del buen acceso y el conocimiento del preservativo, en algunos casos no lo usan ni en parejas estables, ni en parejas esporádicas con diferentes justificaciones para realizar estas conductas de riesgo. Tienen muy poco contacto con los servicios sanitarios, la mayoría de las veces para pedir la anticoncepción de emergencia.

Conclusiones: Las estrategias sanitarias deberían encaminarse al acercamiento a los adolescentes de acuerdo con lo que necesitan de los servicios sanitarios en relación con la salud sexual en un contexto diferente del centro de salud. La información debería centrarse en combatir creencias erróneas, como que el sida es una enfermedad de “otros” y no “nuestra”, y focalizar estas actuaciones no sólo en mejorar conocimientos y actitudes, sino en cambios de conducta.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: silviasaura.girona.ics@gencat.cat (S. Saura Sanjaume).

KEYWORDS

Qualitative research;
Sexually transmitted
infections;
Risk perception

Perception of the risk of acquire a sexually transmitted disease in a young population**Abstract**

Objective: To find out the perception of the risk of acquire a sexually transmitted disease (STD) in young people (15–21 years), and their attitudes and behaviour to adopt protective measures in sexual relationships.

Design: Socioconstructive qualitative study performed between the years 2006 and 2008

Setting: Two Primary Care Centres in the city of Girona.

Participants: A total of 34 young people selected from lists provided by doctors and key informers.

Methods: Theoretical sample from different designed profiles. The data was obtained and saturated by performing 5 group interviews. A thematic content analysis of the narrative data was made of the categorical subject.

Results: They had partial knowledge on AIDS and very little on other STD. The risk of pregnancy has the most influence on adopting protective measures. Despite easy access and knowledge of condoms, in some cases they are not used either in stable relationships or in sporadic ones, with different reasons for having this risk behaviour. They have limited contact with the health services, and when they do it is mainly to ask for emergency contraception.

Conclusions: Health strategies should be directed towards adolescents, taking into account what they need from the health services as regards sexual health, in a different context from the health centre. Information should be focused on combating erroneous beliefs, such as AIDS is a disease of “others” and not “ours”, and address these actions, not only to improve knowledge and attitudes but also changes in behaviour.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La adolescencia es un período clave por los cambios evolutivos que se producen y la influencia que tiene en la formación de la persona adulta. Algunos de los aspectos clave del desarrollo del adolescente son la identidad sexual y las relaciones afectivas que comporta¹. Que las experiencias en esta época sean positivas, marcará que las conductas sean más saludables en un futuro, ya que su continuidad en la edad adulta está bien documentada².

En el estudio realizado por Conde³ en jóvenes madrileños, el uso del preservativo aparece plenamente incorporado y los jóvenes tienen claro que los protege de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de los embarazos. A pesar de este conocimiento, sabemos que los adolescentes se exponen a situaciones de riesgo y nos preguntamos por qué realizan comportamientos de riesgo a pesar de tener información sobre los riesgos y los métodos para prevenirlos.

En este sentido nos aproximaremos al estudio del tema con la adaptación del Modelo de Análisis Funcional realizada por Bayés^{4–6} que enfatiza las consecuencias inmediatas de la acción como elemento de motivación de nuestro comportamiento. Afirma también que el análisis que una persona hace del riesgo de una situación no predice la conducta que realiza, ya que el ser humano actúa y a priori o posteriori justifica sus actuaciones al minimizar el riesgo.

Con el presente estudio se pretende conocer la percepción del riesgo de contraer una ETS que tienen los jóvenes de 15 a 21 años y cómo ésta influye en sus actitudes y conductas a la hora de adoptar medidas protectoras en las relaciones sexuales, conocimiento que facilitará las

intervenciones sanitarias para la protección y la disminución del riesgo de ETS en esta población.

Métodos

Se ha realizado un estudio cualitativo de tipo socioconstructivista que ha permitido profundizar de forma intensiva y emergente en las percepciones de nuestros jóvenes, compartir los significados de sus acciones delante de las medidas protectoras de ETS y captar el sentido colectivo sobre el tema.

El estudio se realizó entre diciembre de 2006 y febrero de 2008 con 34 jóvenes de 15 a 21 años asignados al Centro de Salud (CS) Montilivi en el centro de la ciudad de Girona y al CS Vila Roja en la periferia de la ciudad, con mayoría de población gitana. La muestra fue intencional y teórica a partir de la definición previa de unos perfiles de informadores que pretendían recoger la máxima variedad de discursos de los jóvenes sobre el tema. Para elaborar los perfiles se tuvieron en cuenta la edad (de 15 a 17 y de 18 a 21 años), el sexo (varón/mujer), el nivel socioeconómico (alto/medio/bajo) obtenido con la Family Afluyente Scale⁷ y la etnia (gitana/no gitana).

La selección se hizo en un primer momento a través de listados proporcionados por médicos y posterior contacto telefónico con los candidatos seleccionados, pero dadas las dificultades surgidas con este tipo de selección, se optó por buscar informadores de los perfiles diseñados a partir de informantes clave. Para la recogida de información se utilizaron técnicas conversacionales tipo grupos focales. Se realizaron 5 grupos, que fueron suficientes para alcanzar la

saturación del discurso. La misma entrevistadora realizó los grupos, los grabó y posteriormente los transcribió. Los criterios utilizados en la segmentación de los grupos, así como el perfil de los participantes de cada grupo, se muestran en la [tabla 1](#). Se realizó un análisis del contenido categorial temático (ACT) de tipo interpretativo. Se procedió a fragmentar el texto en unidades de significado que posteriormente se codificaron y se agruparon creando

las categorías y las subcategorías en función de los objetivos ([tabla 2](#)). Las etapas del ACT fueron consecutivas y recursivas, y se volvió a los textos una vez creadas las categorías y las interpretaciones con el objetivo de validar los hallazgos. La estrategia analítica se discutió con un experto en análisis y el inventario de códigos se acordó por triangulación entre investigadores. Se garantizó a los informadores la confidencialidad de sus aportaciones y se

Tabla 1 Grupos realizados, variables de segmentación de los grupos y perfil de los participantes en cada grupo

Grupo 1 Chicas de 15 a 17 años, nivel socioeconómico medio y alto	Total participantes: 6 Seis chicas estudiantes entre 4.º de Enseñanza Secundaria Obligatoria y 2.º de Bachillerato: 3 de 17 años, 2 de 16 años y 1 de 15 años
Grupo 2 Chicos de 15 a 17 años, nivel socioeconómico medio y alto	Total participantes: 5 Cinco chicos estudiantes de 2.º de Bachillerato: todos de 17 años
Grupo 3 Chicos y chicas de 18 a 21 años, nivel socioeconómico medio y alto	Total participantes: 6 Dos chicas estudiantes del ciclo formativo: 1 de 21 años y 1 de 18 años Cuatro chicos estudiantes universitarios: 1 de 20 años y 3 de 21 años
Grupo 4 Chicos de 15 a 21 años de etnia gitana, nivel socioeconómico bajo	Total participantes: 10 Nueve chicos con estudios primarios: 6 de 16 años, 2 de 18 años y 1 de 19 años Un chico de 15 años sin estudios
Grupo 5 Chicas de 15 a 21 años de etnia gitana, nivel socioeconómico bajo	Total participantes: 7 Seis chicas con estudios primarios: 1 de 17 años, 1 de 18 años y 4 de 21 años Una chica de 21 años estudiante de ciclo formativo

Tabla 2 Categorización del corpus textual

Categorías	Subcategorías
Percepción del riesgo de contraer una ETS	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos sobre el sida y sus maneras de transmisión • Conocimientos sobre otras ETS y sus maneras de transmisión • Creencias sobre ETS • Cómo y dónde adquieren los conocimientos sobre ETS • Percepción de la suficiencia de los conocimientos que tienen • Influencia del contexto en los conocimientos y las creencias sobre ETS • Influencia del sistema sanitario en los conocimientos y las creencias sobre las ETS • Conocimientos y creencias sobre el embarazo
Percepción del riesgo de un embarazo no deseado	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia del contexto en los conocimientos y las creencias sobre el embarazo
Conocimientos y creencias sobre los anticonceptivos y el acceso a éstos	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia del contexto en los conocimientos y las creencias sobre los anticonceptivos
Conocimientos y creencias sobre la ACE	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia del contexto en los conocimientos y las creencias sobre la ACE • Influencia del sistema sanitario en los conocimientos y las creencias sobre la ACE
Actitudes y conductas protectoras en las relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes y conductas protectoras en las relaciones sexuales con consumo de alcohol
Tratamiento de las discrepancias entre sus creencias, actitudes y conductas	
ACE: anticoncepción de emergencia; ETS: enfermedad de transmisión sexual.	

pidió su consentimiento oral para grabar las entrevistas. Para evitar el condicionamiento de los discursos que podría provocar la posible confusión de roles entre médico de referencia/investigador, los informadores no estaban adscritos a los investigadores, sino a otros profesionales del CS.

Resultados

En la **figura 1** se representa el marco explicativo con las diferentes categorías y sus interrelaciones. Lo que más influye en las actitudes y las conductas protectoras de los jóvenes en las relaciones sexuales es la *percepción del riesgo de embarazo, construida sobre la base de los conocimientos que tienen, fundamentalmente las chicas, sobre el período fértil del ciclo menstrual: "... cuando se te va la menstruación aprovechas por esto de que hay menos posibilidades de quedarte embarazada y a veces lo haces y te esperas 15 días y después ya no lo haces"* (G1, chica 17 años). El contexto ejerce una influencia muy importante porque todos los grupos conocen alguna chica que se ha quedado embarazada. Creen que un embarazo les complicaría la vida: *"después ella puede ser libre de tener el hijo o no, y si después lo quiere tener ¡qué! Yo me arruino la vida. Ligado sabes es que eres el padre de un niño ¿sabes?"* (G2, chico 17 años).

El *riesgo de ETS* se percibe como bajo y construido por los conocimientos que tienen, sobre todo del sida: *"... que se*

murió no porque tuviera cáncer, sino de una bronquitis porque no tenía defensas. Cuando estás en fase final del sida mueren de eso, de un simple resfriado" (G5, chica 21 años). Las otras ETS suelen ser desconocidas para la mayoría de ellos y, además, suponen que ninguna es demasiado grave. Los mayores y los chicos gitanos creen que el sida no afecta a chicos y a chicas como ellos, sino a personas diferentes, como los homosexuales, los dependientes de las drogas y las personas de países subdesarrollados. Por estos motivos el contexto influye poco en la construcción de esta percepción, ya que prácticamente no conocen a nadie que esté afectado: *"... pero no la veo como un bicho raro, quiero decir, como siempre, no la tiene manifestada, la tiene, pero se ha de ir controlando y ya está. Ella ya vigila. Yo la veo como siempre..."* (G1, chica 17 años).

El *conocimiento que tienen, las creencias y la posibilidad de acceso a los anticonceptivos* marcarán también en las actitudes. Creen que el preservativo es uno de los métodos más seguro, barato, cómodo, sano, no necesitan ir a ningún médico para usarlo y sobre todo consideran que es el mejor cuando no se tiene pareja estable. Normalmente no tienen problemas a la hora de adquirirlos: *"Vergüenza ¡qué va! Si lo que tiene que pensar (el farmacéutico) es: mira éste, ¡olé hombre! si no va a pensar mira éste es un maricón, no hace nada"* (G4, chico 16 años). Los otros métodos son poco conocidos, a excepción de las chicas gitanas que están más informadas.

Los *conocimientos y las creencias sobre la anticoncepción de emergencia (ACE)* y sobre todo la *accesibilidad* tienen un peso importante. No todos disponen de suficientes conocimientos en cuanto a funcionamiento ni uso, aunque saben que pueden ir a buscarla como último recurso para evitar el embarazo. Las chicas que habían tomado la ACE en alguna ocasión refieren que no la habían utilizado como método anticonceptivo, sino cuando habían tenido un "problema" con el preservativo. No obstante, refieren que conocen chicas que la van a buscar después de una relación sin protección, sobre todo después de haber tomado alcohol. En *las actitudes y las conductas protectoras en las relaciones sexuales* los más jóvenes tienen una actitud de usar siempre el preservativo como método anticonceptivo, aunque las chicas a veces no lo utilizan, por ejemplo, los días posteriores a la menstruación. Los chicos más jóvenes explican que siempre lo han usado, posiblemente porque tienen menos oportunidades de tener relaciones. Los jóvenes de más edad y los chicos gitanos reconocen no usarlo en ciertas ocasiones, tanto si se trata de parejas estables como parejas esporádicas.

El *consumo de alcohol* no cambia el comportamiento respecto al uso del preservativo en los grupos más jóvenes ni en las chicas gitanas. Además, cuando consumen alcohol suele ser entre amigas y amigos y se genera un control del grupo sobre las conductas de sus miembros. Pero cuando son mayores, sobre todo los chicos, el comportamiento cambia porque se descontrolan: *"Igual soy yo, pero en esto de las relaciones sexuales usar el preservativo y tal, pero no siempre, o sea tú sales de noche y bebes, bebes mucho... Hay alguna vez que lo haces sin... ¡Hostia! no tenemos condón pues venga la marcha atrás, en el momento no piensas..."* (G3, chico 20 años).

En todos los grupos, excepto las chicas gitanas, se dan situaciones de *discrepancias entre las actitudes respecto de*

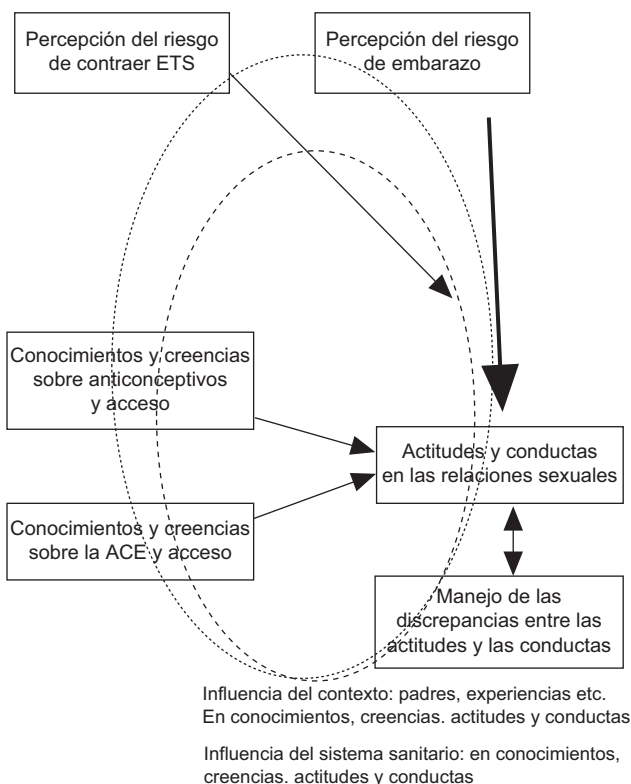


Figura 1 Marco explicativo de las actitudes y las conductas de los jóvenes a la hora de adoptar medidas protectoras en las relaciones sexuales. ACE: anticoncepción de emergencia; ETS: enfermedad de transmisión sexual.

la conveniencia del uso del preservativo y las conductas. Para tranquilizarse por haber mantenido una relación sin protección apelan a que conocen a la persona y a que confían en ella, a que a la otra persona no le importa y no muestra preocupación, a que ocurrió en un momento en que no controlaban porque estaban borrachos o a que si los demás lo hacen sin protección y no les pasa nada, a “*nosotros tampoco nos pasará*”.

Los conocimientos y las creencias sobre ETS y sexualidad los adquieren en el colegio, en las relaciones con amigos/as y por los hermanos/as mayores. Las chicas más jóvenes creen que la información que tienen sobre ETS es suficiente, probablemente porque la han recibido hace poco tiempo. El resto de los grupos creen que es insuficiente, pero no la buscan porque no les preocupan las ETS. Piensan que tal vez el momento en que se les dio la información no fue el más adecuado: “*...hacen una charla en el instituto que lo que estás pensando es ¡jo! No estoy haciendo clase, y sí, te informan, pero lo importante no es informarte, no es saber las cosas, sino que te convengan, conocer riesgos, todos los vemos, ves la televisión y tarde o temprano acabarás viendo anuncios sobre condones...*” (G3, chico 20 años).

La mayoría nunca recurriría a su médico de atención primaria ante dudas o para obtener información. Lo consideran una pérdida de tiempo y sólo lo harían si tienen un problema de salud o si necesitan la ACE. Además, creen que la confidencialidad no siempre está garantizada.

Discusión y conclusiones

En toda la bibliografía consultada^{1,8-11} se señala que los jóvenes inician las relaciones sexuales a los 16-17 años y se dan entre amigos/as utilizando como único método anti-conceptivo el preservativo. A partir de los 18 años se producen diferentes modelos de relaciones sexuales: pareja estable, relaciones sexuales de amistad y relaciones esporádicas con desconocidos/as. Un concepto importante que vemos en nuestros jóvenes es el de la monogamia serial¹², en el que se tienen varias relaciones consecutivas en el tiempo y se es fiel mientras dura cada relación. Al considerar que tienen una relación monógama pueden no ver la necesidad de prevenir ETS. Este hecho es similar a lo hallado por Conde³ en jóvenes madrileños, y la probabilidad de usar el preservativo es menor debido a que el tiempo de relación genera confianza. En las relaciones sexuales con un amigo/a o conocido/a, el riesgo vendría porque no se esperan y se realizan con una persona de confianza de la que suponen no tiene ninguna enfermedad¹³. En las relaciones esporádicas con desconocidos, la mayoría utiliza el preservativo para protegerse tanto del embarazo como de las ETS, aunque esta conducta puede no seguirse en ocasiones, como cuando han consumido alcohol. Como en otros estudios¹⁴, encontramos que a medida que aumenta el número de parejas sexuales que han tenido durante su vida, disminuye el número de veces que usan el preservativo.

No hemos encontrado diferencias en las conductas de los jóvenes de nivel socioeconómico alto y los de nivel bajo. Tal vez diríamos que los chicos gitanos en ningún momento se plantean usar la ACE y que el discurso de las chicas gitanas es diferente, ya que a la mayoría no les está permitido mantener relaciones antes del matrimonio.

Habría que tener en cuenta para nuestra práctica habitual que nuestros jóvenes tienen una información escasa sobre ETS y dudas sobre otros temas referentes a la anti-concepción, no deberíamos presuponer que hoy en día a estos jóvenes no les hace falta información adecuada al respecto. Tampoco habría que olvidar que recibieron esta información en los centros escolares, pero en un momento poco adecuado para que toda la información se transformara en conocimientos y, por tanto, una vez más desde nuestra posición deberíamos actuar como puente de información y adquisición de conocimientos hasta la edad adulta.

Aunque los resultados de nuestro estudio evidencian la escasa influencia del sistema sanitario en los conocimientos y la construcción del riesgo en las relaciones sexuales y que cuentan muy poco con él, lo que muestra a veces desconfianza sobre la intimidad/confidencialidad ofrecida, se debería aprovechar al máximo cuando vienen de visita por cualquier motivo, crear un clima de confianza y proporcionarles un acceso directo y rápido (ya sea por vía telefónica, con nuevas tecnologías o facilitarles el acceso a las visitas).

Otros estudios, como el realizado en el Reino Unido en el 2004¹⁵, encuentran que los jóvenes utilizan más los servicios de salud sexual cuando tienen un mejor conocimiento de ellos y confianza con la educación impartida en el ámbito escolar y cuando mejora la coordinación entre estos servicios y los centros escolares.

En las revisiones sistemáticas publicadas⁸ se proponen actuaciones para la disminución de los embarazos en esta edad, tales como una educación e información sexual adecuada, impulsar la comunicación familiar sobre sexualidad y la promoción de la anticoncepción en general y en la atención primaria en particular. La evidencia^{16,17} indica que la educación sexual puede incrementar los conocimientos, pero que no cambia las conductas, de hecho muchas investigaciones no estudian los cambios conductuales. Oakley et al¹⁸ realizan una revisión metodológica sobre intervención en educación sexual en gente joven, y de 7 estudios con intervenciones efectivas en educación sexual sólo 2 mostraron algún efecto en la conducta sexual.

Una limitación importante de este estudio es que no se contempla la perspectiva de género tan crucial para explicar determinadas conductas en los jóvenes respecto de las relaciones sexuales, por lo que se pierde de este modo la explicación social de los patrones de comportamiento relacionados con la salud ligada al sexo. Sería interesante desarrollar este punto en futuras investigaciones.

Otra limitación que dificulta la transferibilidad de los resultados a todos los jóvenes de Cataluña es que no se recogen las variantes discursivas correspondientes a jóvenes del ámbito rural ni de colectivos de otras culturas de origen presentes actualmente en nuestro país.

En un futuro se debería profundizar en las expectativas de los jóvenes sobre el sistema sanitario e intentar que las actuaciones para disminuir el riesgo y proteger a los jóvenes en las relaciones sexuales se adaptaran a sus circunstancias. No focalizar la enseñanza únicamente en el ámbito educativo, donde no siempre se crea un clima adecuado para la discusión de dudas, tal como también se plantea en otros estudios¹⁹. Las actuaciones deberían basarse en la evidencia y sobre todo en los deseos, las necesidades sobre salud sexual de los jóvenes y en las expectativas que tienen

sobre los recursos sanitarios, no sólo en aumentar conocimientos, sino en conseguir cambios de conducta, porque tal como dicen nuestros jóvenes: “*lo importante no es informarte, no es saber las cosas, sino que te convenzan*”.

Lo conocido sobre el tema

En los jóvenes el preservativo aparece incorporado en sus relaciones sexuales y poseen conocimientos adecuados sobre su uso.

A pesar de este conocimiento y de las actitudes favorables a su uso, esta población realiza conductas de riesgo en muchas ocasiones.

Diferentes estudios proponen actuaciones para la disminución de embarazos, tales como una educación sexual adecuada, el desarrollo de la comunicación familiar y la promoción de la anticoncepción en general.

Qué aporta este estudio

Lo que más influye en las conductas protectoras es la percepción del riesgo de embarazo. El de contraer una enfermedad de transmisión sexual se percibe como bajo y construido por los conocimientos sobre el sida.

Los jóvenes justifican las discrepancias entre actitudes y conductas basándose en la confianza en la otra persona o porque no controlaban las acciones por el consumo de alcohol.

La influencia del sistema sanitario sobre los conocimientos y la construcción del riesgo respecto de las relaciones sexuales en nuestros jóvenes es muy escasa.

Bibliografía

- Lameiras M, Rodríguez Y, Calado M, González M. Determinantes del inicio de las relaciones sexuales en adolescentes españoles. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. 2004;71/72:67-75.
- Viner R, Macfarlane A. ABC adolescent. Health promotion. BMJ. 2005;330:527-9.
- Comunidad de Madrid. Las concepciones de salud de los jóvenes madrileños. Informe 2004, volumen II: prácticas y comportamientos relativos a los hábitos saludables Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2004.
- Bayés R. Psicología y SIDA: análisis funcional de los comportamientos de riesgo y prevención. Papeles del Psicólogo. 1990;46/47:30-6.
- García Huete E, coord. Guía de actuación para profesionales sociosanitarios. Counselling en VIH/SIDA. 1996 [consultado 18/10/2006]. Disponible en: <http://www.fundacionfit.org/documentos/guia.doc>
- Bayés R. SIDA y psicología. Barcelona: Martínez Roca; 1995.
- Currie CE, Elton RA, Todd J, Plats S. Health Educ Res. 1997;12:385-397.
- Tripp J, Viner R. Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. BMJ. 2005;330:590-3.
- Diz MC, Sueiro E, Chas MD, Diéguez JJ. Comportamientos sexuales de adolescentes del medio rural gallego. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. 2003;67/68:46-60.
- Gascón JA, Navarro B, Gascón FJ, Pérula LA, Jurado A, Montes G. Comportamiento sexual de los escolares adolescentes en la ciudad Córdoba. Aten Primaria. 2003;32:355-60.
- Generalitat de Catalunya. Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat. Estudi del comportament dels joves estudiants de Barcelona. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Secretaria General de Joventut; 1999 [consultado 22/10/2006]. Disponible en: <http://www3.gencat.net:81/joventut/docs/aporta6.pdf>
- Bayés R, Pastells S, Tuldrà A. Percepción de riesgo de transmisión del VIH en estudiantes universitarios. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. 1996;39:24-31.
- Comunidad de Madrid. Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños. Documento técnico de salud pública n.º 45. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 1998.
- Planes M, Gras ME, Soto J. Comportamiento anticonceptivo en estudiantes universitarios y riesgo de infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Anuario de Psicología. 2002;33:97-110.
- Parkes A, Wight D, Henderson M. Teenagers' use of sexual health services: Perceived need, Knowledge and ability to access. J Fam Plann Reprod Health Care. 2004;30:217-224.
- Kirby D. The effects of school sex education programs: A review of the literature. J Sch Health. 1980;50:559-63.
- Reader EG, Carter RP, Crawford A. AIDS-knowledge, attitudes and behaviour: A study with university students. Health Education Journal. 1988;47:125-7.
- Oakley A, Fullerton D, Holland J, Arnold S, France-Dawson M, Kelly, P, et al. Sexual health education interventions for young people: A methodological review. BMJ. 1995;310:158-162.
- DiCenso A, Borthwick VW, Busca CA, Creature C, Holmes JA, Kalagian, WF, et al. Completing the picture: Adolescents talk about what's missing in sexual health services. Can J Public Health. 2001;92:35-8.