

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Conocimientos y comportamientos sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de enfermería

Knowledge, behaviors and beliefs of family planning methods and sexually transmitted diseases among nursing students

Irma Sarahí Alemán Rivera,¹ Irma Cortés Escárcega,² Ricardo Pérez-Cuevas³

RESUMEN

Introducción. Existen riesgos de salud reproductiva para los adolescentes con repercusiones para su vida futura, como el embarazo no planeado y las enfermedades de transmisión sexual. Los estudiantes de Enfermería no están exentos de los mismos riesgos. El objetivo de este trabajo fue analizar la relación entre los conocimientos, comportamientos y creencias sobre la planificación familiar y las enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de Enfermería.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio analítico, transversal y correlacional en 300 estudiantes de la licenciatura en Enfermería, de 17 a 24 años. Se diseñó un instrumento con base en indicadores de la Organización Mundial de la Salud. Los datos se procesaron en el *Statistical Package for the Social Sciences* para el análisis descriptivo e inferencial.

Resultados. Participaron 300 estudiantes, de primero a cuarto año escolar. La edad promedio fue de 20 ± 1.6 años DS. El 70.7% resultó sexualmente activo. Los conocimientos fueron diferentes según la edad, el estado civil y el nivel escolar: inferiores en menores de 19 años ($t = -5.217$, $gl = 298$, $p = 0.0001$); mayores en divorciados *versus* solteros y casados ($F = 5.462$, $gl = 3$, $p = 0.001$). La asociación entre los conocimientos y comportamientos mostró una correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral), directamente proporcional ($rP = 0.139$, $p < 0.05$). Las creencias se relacionaron positivamente con la edad.

Conclusiones. Los conocimientos se relacionan con la edad, el estado civil y el nivel de escolaridad. Los comportamientos son similares, independientemente de los conocimientos, influenciados por las creencias.

Palabras clave: adolescentes, salud reproductiva, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual.

ABSTRACT

Background. Adolescents present risks for their reproductive health such as unplanned pregnancy and sexually transmitted diseases that can have a negative impact on their future. Nursing students are not exempt.

Objective. To analyze the relationship between knowledge, behaviors and beliefs on family planning methods and sexually transmitted diseases among nursing students.

Methods. A cross-sectional study was conducted with nursing students at the National Autonomous University of Mexico. We included nursing students from 17 to 24 years of age. Data were collected using a previously validated instrument based upon the World Health Organization indicators. The information was processed using SPSS for descriptive and inferential analysis.

Results. The study included 300 nursing students from the first to the fourth year of schooling. Mean age was 20 ± 1.6 years; ~71% were sexually active. Level of knowledge was different according to age, marital status and educational level. It was lower in the group of 19-year-olds ($t = -5.217$, $gl = 298$, $p = .0001$) and higher in divorced *versus* single and married students ($F = 5.462$, $gl = 3$ and $p = .001$). The association between knowledge and behaviors showed a significant correlation at the level of $\alpha = 0.05$ (bilateral) and was directly proportional ($rP = 0.139$, $p < 0.05$).

Conclusions. The level of knowledge was related to age, marital status and education. The behaviors are equal, independent of the knowledge influenced by the beliefs.

Key words: adolescents, reproductive health, family planning, sexually transmitted diseases.

¹ Unidad de Medicina Familiar No. 78, Instituto Mexicano del Seguro Social, Nezahualcóyotl, Estado de México

² Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México

³ División de Protección Social y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo, México, D.F., México

Fecha de recepción: 23-12-12

Fecha de aceptación: 24-01-13

INTRODUCCIÓN

La relevancia de analizar los conocimientos, los comportamientos y explorar las creencias en planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual entre los jóvenes, se debe a las posibles consecuencias de sus decisiones en el ámbito de la salud reproductiva.

Los estudios han reportado problemas en la salud reproductiva de los adolescentes, relacionados con la falta de prevención por patrones erróneos de comportamiento, especialmente en Latinoamérica.¹ Los jóvenes, en promedio, inician su vida sexual entre los 15 y 19 años de edad. Esto ocurre en condiciones inseguras de protección a su salud por la escasa información, lo cual se refleja en la poca utilización de métodos de planificación familiar (MPF), particularmente el condón.²

Las mujeres están expuestas a mayores riesgos por embarazos no planeados, que pueden terminar en la práctica de abortos en condiciones inapropiadas, contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) u otras complicaciones del embarazo.³ El grupo de mujeres entre 15 y 19 años representa 25% de quienes interrumpen su embarazo y constituyen 30% de muertes maternas a nivel mundial.⁴

En México, existe una alta proporción de embarazos no planeados y prácticas de riesgo para adquirir ETS en los adolescentes, lo que limita su desarrollo personal y profesional. El nacimiento de los hijos propicia deserción escolar, cambios en el rol personal y familiar y escasez de recursos económicos para afrontar la situación. Tienen que insertarse tempranamente en el campo laboral pero, por la insuficiente preparación académica, consiguen trabajos con baja remuneración, lo que crea un ambiente de incertidumbre económica que repercute negativamente en la familia.⁵

Los adolescentes, por sus características biológicas, psicológicas y sociales, tienen mayor susceptibilidad a riesgos para su salud reproductiva. Se considera que, aunque estén en contacto con los servicios de salud y hayan recibido orientación, los contextos donde se desenvuelven ocasionan que la información recibida sea modificada o distorsionada.⁶

A pesar de la presencia de programas encaminados a proteger la salud sexual de los jóvenes; todavía existen huecos en sus conocimientos acerca de cómo protegerse de un embarazo no planeado.⁷ Persisten creencias erróneas que dan pauta a comportamientos de riesgo, como el ma-

chismo, que dificulta la negociación entre las parejas en la toma de decisiones para elegir un MPF; la sensación de “invulnerabilidad” propia de la edad; los riesgos de padecer alguna ETS; la imitación de los prototipos de mujeres y hombres “sexuales” que los diferentes medios de comunicación difunden,⁸ aunado a la información incorrecta que obtienen de sus pares.⁹

Los estudiantes de enfermería no están exentos a esta problemática aun cuando están formándose como profesionales de la salud. Esta situación permite plantear varios cuestionamientos: ¿cómo influye el entorno y los programas escolares en los estudiantes?, ¿cuál es el impacto de la información específica para la adopción de conductas generadoras de salud?, ¿son significativos los aprendizajes en sus vidas, en especial en materia de salud sexual? Esto cobra relevancia al reflexionar que la carrera de enfermería proporciona las herramientas para que los estudiantes se conviertan en agentes promotores de estilos de vida saludables. Desde la perspectiva del aprendizaje social, estas experiencias de aprendizaje deberían tener impacto en la vida sexual y reproductiva de los estudiantes a lo largo de su desarrollo.¹⁰

La presente investigación tuvo como propósito analizar los conocimientos, comportamientos y explorar las creencias en salud sexual y reproductiva de estudiantes de la licenciatura en Enfermería. El estudio se enfoca en el campo de conocimientos y comportamientos sobre los MPF, en la prevención de embarazos y ETS, y en las creencias en torno a la vida sexual que los expone a riesgos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal en estudiantes de la licenciatura en Enfermería. Para el cálculo de la muestra se consideró a la población inscrita en el periodo escolar 2008-2009. Mediante un muestreo estratificado, se estimó entrevistar a 300 alumnos, entre 17 y 24 años, que estuvieran inscritos en alguno de los cuatro años de duración de la carrera.

Los conocimientos fueron definidos como “la capacidad de los alumnos para aplicar los conocimientos y habilidades para analizar, razonar y comunicarse con eficiencia cuando se plantean, resultan e interpretan problemas relacionados con distintas situaciones”. Se consideró que las competencias no solo se adquieren en la escuela, sino

durante en el contacto diario con la familia, los amigos y el entorno en general,¹¹ puntualizando especialmente la información relativa a enfermedades de transmisión sexual (ETS) y métodos de planificación familiar (MPF) para la prevención de un embarazo.¹²

Retomando los conceptos del aprendizaje social, los comportamientos son las competencias adquiridas mediante la observación del entorno y la vivencia de cada adolescente durante su desarrollo, que le permitirán adoptar o no, comportamientos de riesgo o sin riesgo para la protección de su salud sexual mediante la auto percepción y autoeficiencia positiva de sus capacidades para prevenir un embarazo o una ETS.

Los comportamientos fueron definidos como las conductas observables utilizadas para detectar y medir las competencias cognitivas, ya que éstas generan un desempeño favorable. En este caso, el reconocimiento de la importancia de la utilización del preservativo y MPF con parejas ocasionales para prevención de las ETS y del embarazo.¹³

Las creencias se consideraron como el componente subjetivo del saber que permite distinguir a cada persona en su interior, diferenciándola de otras personas. Por lo tanto es una cualidad específica que ocurre en la mente de un sujeto; puede ser o no consciente, hallarse impregnadas de convicciones religiosas, políticas o morales y, también aunque poco frecuente, de convicciones científicas.¹⁴

Ante esta situación se reconoció que no existe una estrategia cuantitativa que permitiera medir las creencias, dado que varían de una persona a otra. Por lo tanto, solo se describieron de manera cualitativa a través de indicadores que permitieron su categorización.¹⁵

Con base en estos conceptos y con las recomendaciones e indicadores propuestos por la Organización Mundial de la Salud,^{16,17} se diseñó un instrumento de autoaplicación con preguntas cerradas y abiertas. Este se sometió a validación de contenido con expertos. La confiabilidad se determinó utilizando la prueba de Kuder y Richardson 21 (KR21) que resultó de 0.60. El instrumento recolectó datos sociodemográficos como edad, sexo, estado civil, año que cursaban, así como información de las variables de conocimientos, comportamientos y creencias.

La variable de conocimientos se midió a través de preguntas cerradas con opciones de respuesta dicotómica (correcta e incorrecta); la calificación del nivel de conocimientos se estratificó en tres categorías: a) conocimientos

deficientes, cuando tenían de 0 a 4 respuestas correctas; b) conocimiento regulares, de 5 a 8, y c) conocimientos suficientes, de 9 a 12 respuestas correctas.

La variable de comportamientos se midió solamente en jóvenes que ya tenían vida sexual, a través de preguntas cerradas con opciones de respuesta con una ponderación de 1 hasta 3 puntos, donde la sumatoria total en los ítems fue de 25 puntos. Posteriormente, se agruparon estableciéndose rangos de valores: sin riesgo, cuando tenían más de 7 respuestas positivas; mediano riesgo, cuando tenían de 3 a 6 respuestas positivas; y riesgo alto, cuando tenían menos de 3 respuestas positivas.

Para la medición de las creencias, se realizaron preguntas cerradas, con opciones de respuesta y algunas abiertas, que se categorizaron según su frecuencia en alguno de los dominios con los siguientes parámetros de corte: más de 3 respuestas correctas, creencias favorables y menos de 2 respuestas correctas, creencias desfavorables.

Los datos se capturaron en una base de datos en SPSS versión 15 y se realizó el análisis con estadística descriptiva en inferencial.

RESULTADOS

Se entrevistaron 300 estudiantes de enfermería de nivel licenciatura de los diferentes grados académicos (1°, 2°, 3° y 4°), con edades entre 17 y 24 años, promedio de 20 años \pm 1.6 DS (27.9% hombres y 72.1% mujeres). El 78.7% eran solteros, 11.5% casados, 4.9% vivían en unión libre y 4.9% eran divorciados.

Conocimientos

El 30.3% tuvo conocimientos suficientes; el 69.3%, regulares y el 0.3%, deficientes. Entre hombres y mujeres no existió diferencia significativa. Al comparar los conocimientos por grupos de edad, se encontraron diferencias significativas inversamente proporcionales entre los menores de 19 y mayores de 20 años ($t = -5.217$, $gl = 298$, $p = 0.0001$), siendo mayores en los que tenían más de 20 años. Al comparar por estado civil, hubo diferencias ($F = 5.462$, $gl = 3$ y $p = 0.001$). Los grupos que las marcaron fueron los solteros *versus* los divorciados y los que vivían en unión libre *versus* los divorciados. De igual manera, los conocimientos fueron diferentes, según el año que cursaban ($F = 12.079$; $gl = 3$ y $p = 0.0001$). Las diferencias se presentaron entre quienes cursaban el 1°

año *versus* 3° y 4° año y el 2° *versus* 3° y 4° año, respectivamente (Cuadro 1).

Comportamientos

El 70.7% de la población presentó vida sexual activa, y 29.3% no la había iniciado. La edad promedio de inicio de la vida sexual entre los jóvenes sexualmente activos fue de 18 años \pm 8.1 DS. El número de parejas sexuales para hombres y mujeres fue de 3 a 1, respectivamente. Los comportamientos fueron determinados en jóvenes sexualmente activos, donde 75.1% mostró tener comportamientos sin riesgo; 24.4%, de mediano riesgo, y 0.9%, comportamientos de riesgo. El 84% de los estudiantes con vida sexual manifestaron haberse protegido ante un posible embarazo. Los MPF usados en 69.1% de los casos fue el preservativo, 0.7% usaron DIU, 9.5% utilizaron métodos hormonales, 7.3% refirió haber combinado el preservativo con algún otro método, 2.8% recurrió a la pastilla emergente y 0.6% utilizó un método definitivo. La comparación de los comportamientos de los estudiantes según la edad, sexo, estado civil y año de la carrera no mostró diferencias significativas por lo que es razonable asumir que los comportamientos fueron similares en todos los grupos sociodemográficos.

Creencias

Al explorar la variable de creencias, la mayoría consideró que la edad adecuada de inicio de vida sexual era de los 20 años en adelante y que esta edad se relacionaba con una situación de mayor madurez biológica y psicológica. Con respecto al uso de anticonceptivos, más de la mitad reconocieron que pueden presentarse efectos secundarios,

aunque hubo una proporción menor cuyas respuestas reflejaban falta de información. Al preguntar acerca de las ETS, 4 de cada 10 estudiantes no se protegieron de una ETS en su primer encuentro sexual, debido a la espontaneidad o bien a la decisión consciente de no hacerlo. En el mismo sentido ocurrió la decisión de utilizar algún método de planificación familiar en la última relación sexual. La mayoría no lo utilizó, 1 de cada 10 refirió que no tenía los conocimientos suficientes para utilizarlos y 5% consideró que no existía riesgo si no los utilizaba (Cuadro 2).

Cuadro 2. Creencias de los participantes

| Preguntas acerca de las creencias | N/% |
|---|-------|
| Edad adecuada para el inicio de vida sexual | N=300 |
| 20 años en adelante | 44.4 |
| Desde los 16 años | 41.0 |
| No hay edad exacta | 14.6 |
| ¿Por qué consideraba esa edad como la adecuada para el inicio de la vida sexual? | N=300 |
| Relacionaban la situación de mayor madurez biológica y psicológica | 58.4 |
| Lo asociaron con aspectos de responsabilidad, conocimientos y estabilidad económica | 36.0 |
| No respondió | 5.6 |
| ¿Existen contraindicaciones para el uso de MPF? | |
| Manifestaron que Sí | N=198 |
| Se pueden presentar efectos secundarios | 58.0 |
| No sabían las contraindicaciones; sin embargo, no se pueden usar | 14.1 |
| Los motivos de contraindicación serían problemas de salud asociados | 12.6 |
| La edad es un factor para no usarlos | 10.4 |
| El usarlos MPF implica un riesgo para adquirir ETS | 2.5 |
| No respondió | 2.4 |
| ¿Se protegió ante una ETS en su primer encuentro sexual? | |
| Ya tenían vida sexual y No se protegieron | N=61 |
| La espontaneidad de la relación y no contar con un condón a la mano | 39.5 |
| Así lo decidieron ya que era la primera vez | 27.5 |
| No respondió | 13.0 |
| No lo utilizó por confianza en su pareja | 11.5 |
| Refiere haber utilizado otro método | 8.5 |
| ¿Se protegió de un posible embarazo en su última relación sexual? | |
| Ya tenían vida sexual y No se protegieron | N=35 |
| La relación no permitió buscar algún MPF | 57.1 |
| No tener conocimientos suficientes para utilizar los MPF | 14.3 |
| Los métodos naturales son efectivos | 14.3 |
| Deseaba embarazarse en ese momento | 8.6 |
| Consideró que no existía riesgo si no los utiliza | 5.7 |

Cuadro 1. Comparación de los conocimientos de los alumnos, según su estado civil y el año que cursaban de la carrera

| Variable | N | Promedio de conocimiento \pm DS (máx =12) |
|-------------|-----|---|
| Solteros | 267 | 7.7 \pm 1.4* |
| Divorciados | 5 | 10.2 \pm 0.8 |
| Unión Libre | 16 | 8.2 \pm 1.3† |
| 1° año | 102 | 7.2 \pm 1.4** |
| 2° año | 74 | 7.6 \pm 1.3†† |
| 3° año | 63 | 8.4 \pm 1.4 |
| 4° año | 61 | 8.3 \pm 1.5 |

ANOVA de una vía con prueba PH Bonferroni, * p=0.001, ** p=0.0001, † p=0.009, †† p=0.039.

MPF: métodos de planificación familiar; ETS: enfermedades de transmisión sexual.

Asociación de conocimientos, comportamientos y creencias

Al asociar los conocimientos y los comportamientos de los participantes con vida sexual activa, la correlación fue significativa al nivel 0.05 (bilateral), directamente proporcional, pero casi nula ($rP = 0.139$, $p < 0.05$). No se encontró significación estadística entre los conocimientos y las creencias, ni entre los comportamientos y las creencias.

DISCUSIÓN

Conocimientos

El mayor puntaje por grupo de edad lo obtuvieron los mayores de 20 años, comparado con los menores de 19 años. Esto se relaciona con aspectos de la madurez cognitiva que tienen los jóvenes a esas edades, ya que los conocimientos son fortalecidos por su trayectoria escolar, social y con experiencias de vida, bien sean las propias o las compartidas con sus pares, como lo refiere la literatura.^{6,7,10} Este hecho coincide con los resultados obtenidos, ya que sí existe una asociación lineal estadísticamente significativa entre los conocimientos que tienen los alumnos y su edad.

Aunque por sexo el nivel de conocimientos más alto lo obtuvieron los hombres, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Esto difiere de lo reportado por Tapia y colaboradores, quienes han señalado que los hombres poseen mayor conocimiento porque persisten aspectos culturales en los que el varón es el dueño del conocimiento y la toma de decisiones en los campos de la sexualidad, mientras que la mujer asume el papel de “buena mujer” que conoce poco de sexualidad y espera ser enseñada por su pareja.¹⁸

De manera similar ocurrió en el caso de los divorciados, quienes obtuvieron mejores conocimientos. Esta situación lleva a pensar que se debe a la necesidad de conocer cómo protegerse de riesgos, ya que tienen incertidumbre de las personas con las que se relacionan sexualmente, como lo refieren Nieto-Andrade e Izazola-Licea.¹⁹

Los mayores conocimientos los tuvieron los estudiantes del 4° año. Este dato coincide con la relación encontrada por Hicks y colaboradores, quienes reportaron que los conocimientos están fuertemente asociados con el grado de alfabetización.²⁰

Los indicadores donde hubo mayores dudas del conocimiento coincidieron con el estudio de Mosquera y Mateus, que refieren que existen dudas en cuáles son los

métodos más efectivos para prevenir embarazos, cómo se usan y cuándo hay mayor posibilidad de embarazo.²¹ Cabe señalar que los jóvenes conocían las formas de contagio de las ETS, aunado al reconocimiento del preservativo como método de protección.

Comportamientos

Entre los estudiantes que eran sexualmente activos, los mayores de 20 años, las mujeres, los solteros y los alumnos del 4° año escolar obtuvieron el mayor puntaje. Sin embargo, los comportamientos de riesgo continuaron presentándose, reflejando el inicio de la vida sexual a temprana edad, el número de parejas sexuales aunado a que los estudiantes, en ocasiones, no se protegen de un embarazo no planeado o ETS por la espontaneidad de la relación, lo que los expone a riesgos reproductivos.

Cabría esperar que, por ser estudiantes de enfermería, sus comportamientos deberían ser más positivos a medida que aumenta su formación profesional, ya que conocen los riesgos de tener vida sexual sin protección porque durante el 2° año de la carrera les enseñan los contenidos relacionados con los aspectos de la salud sexual y reproductiva. A pesar de tener el conocimiento de estos comportamientos de riesgo, puede pensarse que este no es significativo para el propio cuidado de la salud de cada estudiante y solamente lo considera desde la perspectiva del aprendizaje social.²²

Creencias

Un alto porcentaje demostró tener creencias favorables, donde las mujeres, los casados y los alumnos del 3° año de la carrera obtuvieron el mayor puntaje.

Lo anterior se relaciona con la teoría del aprendizaje social, que aborda cómo los individuos toman decisiones sobre el cuidado de su propia salud a través de factores cognitivos-perceptivos (importancia y definición de la salud, auto eficacia, beneficios, barreras y estado de salud percibidas, acerca de las conductas promotoras de la salud), los beneficios derivados de las actividades de promoción y las barreras a estas actividades, que pueden ser modificables (características demográficas, biológicas, influencias interpersonales, factores de situación y conductuales). Esto ayuda a la participación de las conductas de compromiso con su salud, que es el principio de la acción.¹⁰

Las creencias que se tengan en torno a la sexualidad en la adolescencia constituyen un factor que influye direc-

tamente en los comportamientos que se adopten a lo largo de la vida sexual, ya que permiten la toma de decisiones asertivas en situaciones que se presenten al estar en contacto con sus pares, en el ambiente escolar y social, pues de ellas se previenen o se generan problemas relacionados con la vida sexual. Esta situación fue reportada por Ward y Friedman⁸ y por Jeltova y colaboradores,²³ quienes apoyan la premisa de que el entorno está relacionado con la adopción de creencias que dirigen a las personas a comportamientos, positivos o negativos para su salud. Esto, mediante la culturalización y los estereotipos de forma de vida difundidos en los medios de comunicación, desvirtuando, con ello, los conocimientos formales e impregnando con un sistema de creencias no favorecedor al momento de iniciar su vida sexual.

Asociación entre conocimientos, comportamientos y creencias

En este estudio los conocimientos, aunque regulares en su mayoría, se reflejan con comportamientos positivos, pero se aprecia significación estadística positiva, aunque débil, la cual es directamente proporcional entre los conocimientos y los comportamientos que tienen los estudiantes encuestados con vida sexual activa. Lo anterior, apoya la premisa planteada que señala que, aunque los estudiantes tienen conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar (MPF) para prevenir embarazos, así como conocimientos acerca de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), estos no se ven reflejados en sus comportamientos.

La sexualidad toma diferentes enfoques en cada joven, de acuerdo con los valores aprendidos en el entorno y las experiencias personales. Esta situación genera creencias que intervienen en los conocimientos y comportamientos. Este estudio fue cuantitativo, situación que da pauta a investigar las creencias de los jóvenes relacionadas con este fenómeno a través de estudios cualitativos. Lo anterior permitirá enfocar los programas de salud reproductiva a los valores, la familia y el papel de los medios de comunicación masivos, que influyen en los individuos ya que, aunque poseen conocimientos, existen dudas y creencias erróneas para comportarse de manera riesgosa en su sexualidad.

La promoción y educación en materia de salud sexual fortalece el conocimiento de los jóvenes, pero es necesario intervenir y reintervenir a la población a través de las

estrategias y tecnologías planteadas por diferentes programas en las escuelas, instituciones de salud y núcleos familiares, desde un enfoque social que permitirá al individuo la adquisición de aprendizajes significativos para su vida.

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés y que las opiniones expresadas en este artículo son personales y no reflejan la postura de las instituciones a las cuales están afiliados.

Autora de correspondencia: Mtra. Irma Sarahí Alemán Rivera
Correo electrónico: sarahialeman@hotmail.com

REFERENCIAS

1. Rasmussen-Cruz BL, Hidalgo-San Martín A, Hidalgo-Rasmussen C. Comportamientos de riesgo de enfermedades y lesiones en estudiantes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. En: Rasmussen-Cruz BL, Hidalgo-San Martín A, eds. Investigaciones en Salud de Adolescentes II (1999-2003). Guadalajara, México: Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente (UIESSA); 2005. pp. 27-38.
2. García-Roche RG, Cortés-Alfaro A, Vila-Aguilera LE, Hernández-Sánchez M, Mesquia-Valera A. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2006;22. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi03106.pdf
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI); Navarro-Sandoval NL. Marginación escolar en los jóvenes. Aproximación a las causas de abandono. Rev Inform Anál 2001;15:43-50. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/articulos/sociodemograficas/marginacion.pdf>
4. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. Lancet 2007;369:1220-1231.
5. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 25ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 50ª. Sesión del Comité Regional. Washington, DC, 21-25 de septiembre de 1998. pp. 6-8. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp25_4.pdf
6. Onrubia J. El papel de la escuela en el desarrollo del adolescente. En: Fierro A, Martí E, Onrubia J, García-Milá M, eds. Psicología del Desarrollo: el Mundo del Adolescente. Barcelona: Horsori; 2005. pp. 161-178.
7. Figueroa-Perea JG. Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios. Salud Pública Mex 1991;33:590-601. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1991/No_6/199133_590-601.pdf

8. Ward LM, Friedman K. Using TV as a guide: associations between television viewing and adolescents' sexual attitudes and behavior. *J Res Adolesc* 2006;16:133-156. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-7795.2006.00125.x/pdf>
9. Rodríguez-Cabrera A, Álvarez-Vázquez L. Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Rev Cubana Salud Pública* 2006;32:1-9.
10. Woolfolk AE. Perspectiva social cognoscitiva y constructivista del aprendizaje. En: *Psicología Educativa*. México: Pearson; 2006. pp. 314-320.
11. Organización, Cooperación y Desarrollo Económico, Benito M. Informe PISA 2006. Competencias científicas para el mundo de mañana. España: Santillana; 2008. Disponible en: <http://ccbb.educarex.es/mod/resource/view.php?id=54>
12. Diccionario Mosby POCKET de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Madrid, España: Elsevier Mosby; 2004.
13. Alles M. Nuevo Enfoque. Diccionario de Preguntas. La Trilogía: las preguntas para evaluar las competencias más utilizadas. México: Granica; 2009.
14. Villoro L. Creer, saber, conocer. México: Siglo XXI; 2008.
15. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Monitoreo y Evaluación. FOCUS on Young Adults. Serie OPS/FNUAP 2001;3:1-119. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Seccion1a.pdf>
16. Organización Mundial de la Salud. Part III.H. Adolescent Reproductive Health Programs. Disponible en: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/html/ms-02-06.html>
17. Organización Mundial de la Salud. Departamento para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos y Reino Unido. Encuestas de Vigilancia del Comportamiento (EVC). Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH. *Family Health International* 2000. Disponible en: http://www.who.int/hiv/strategic/en/bss_fhi_sp.pdf
18. Tapia-Curiel A, Villaseñor-Farías M, Nuño-Gutiérrez BL. Conocimientos y actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia en jóvenes universitarios. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008;46:33-41.
19. Nieto-Andrade B, Izazola-Licea JA. Uso del condón en hombres con parejas no estables en la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 1999;41:85-94.
20. Hicks G, Barragan M, Franco PC, Williams MV, del Rio C. Health literacy is a predictor of HIV/AIDS knowledge. *Fam Med* 2006;38:717-723.
21. Mosquera J, Mateus JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Colombia Med* 2003;34:206-212.
22. Hernández-Tezoquipa I, Arenas-Monreal LM, Martínez PC, Menjivar-Rubio A. Autocuidado en profesionistas de la salud y profesionistas universitarios. *Acta Universitaria* 2003;13:26-32. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/416/41613302.pdf>
23. Jeltova I, Fish MC, Revenson TA. Risky sexual behaviors in immigrant adolescent girls from the former Soviet Union: role of natal and host culture. *J School Psych* 2005;43:3-22.