

COMPARACIÓN DE LA EDUCACIÓN POR PARES Y POR PROFESIONALES DE LA SALUD PARA MEJORAR EL CONOCIMIENTO, PERCEPCIÓN Y LA CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES

Sixto Sánchez C¹, Guillermo Atencio L², Naguye Duy³, Mirtha Grande B⁴, Maria Flores O², Marina Chiappe G⁵, Raúl Nalvarte T⁶, Jorge Sánchez F⁷, King K Holmes⁸.

RESUMEN

Objetivo: Comparar la educación por pares frente a la educación por profesionales de consultorios de planificación familiar de dos hospitales de Lima, Perú. **Material y Métodos:** Estudio experimental simple ciego realizado en 1998 en los consultorios de planificación familiar del Hospital Dos de Mayo y el Instituto Materno Perinatal de Lima, Perú. Después del consentimiento, se asignó aleatoriamente a 206 adolescentes consideradas de riesgo a una de las dos intervenciones educativas y luego fueron invitadas a regresar al final del tercer mes para reevaluar sus conocimientos, actitudes y conducta sexual de riesgo. Se usó la prueba de los signos, Mann Whitney y análisis de Covarianza para comparar los puntajes de los cuestionarios de conocimiento, percepción de riesgo y conducta sexual de riesgo después de la intervención educativa. **Resultados:** 89 (84%) de 106 adolescentes asignadas al grupo de educación por pares y 70 (70%) de las 100 asignadas al grupo de educación por profesionales de la salud ($p=0,02$) regresaron a la evaluación postintervención. El mejoramiento del nivel de conocimiento fue significativamente mayor ($p=0,047$) en el grupo de educación por pares que en el grupo capacitado por profesionales de la salud; sin embargo, esta significancia disminuyó ($p=0,07$) cuando se usó análisis de covarianza para controlar el puntaje obtenido antes de la intervención. El mejoramiento de la percepción y conductas de riesgo fue mayor en el grupo de pares pero esta diferencia no fue significativa. **Conclusiones:** La educación por pares demostró ser más efectiva en mejorar los conocimientos en las adolescentes y el seguimiento fue mejor en este grupo por lo que debe ser promovida como una estrategia para disminuir la prevalencia de infecciones de transmisión sexual en esta población.

Palabras clave: Adolescentes; Educación; Grupos de Pares; Enfermedades Sexualmente Transmisibles; Servicios de Planificación Familiar. (fuente: BIREME).

ABSTRACT

Objective: To compare peer education versus that imparted by health professionals for improving knowledge, risk perception and risky sexual behavior among teenagers attending to family planning clinics of two hospitals in Lima. **Material and Methods:** Experimental single-blind study carried out at the family planning clinics of Hospital Dos de Mayo and Instituto Materno Perinatal during the year 2000. After signing an informed consent, 206 teenagers considered as being at risk were randomly assigned to one of the two educational interventions and later they were requested to come back at the end of the third month in order to reassess knowledge, attitudes and risky sexual behavior. Sign rank, Mann Whitney and Analysis of Covariance tests were used to compare scores for knowledge, risk perception and sexual behavior after the educational intervention. **Results:** 89 (84%) out of 106 teenagers assigned to the peer education and 70 (70%) out of 100 teenagers assigned to the education provided by health professionals ($p=0,02$). Improvement in the level of knowledge was significantly higher ($p=0,047$) in group with peer education compared to the group trained by health professionals; however, significance decreased ($p=0,07$) when analysis of covariance was used taking into account the scores for the first interview. Improvements in risk perception and sexual behavior were higher in the group with peer education, but the difference was not statistically significant. **Conclusions:** Peer education proved to be more effective in improving knowledge and the group undergoing this approach had better follow up rates, so peer education should be promoted as a strategy for decreasing the prevalence of sexually transmitted infections in this population.

Key words: Teenagers; Education; Peer Groups; Sexually Transmitted Diseases; Family Planning Services. (source: BIREME).

¹ Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú.

² Instituto Materno Perinatal, Lima, Perú.

³ Programa MIRT de la Universidad de Washington.

⁴ Asociación de Lucha contra el SIDA Vía Libre, Lima, Perú.

⁵ Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

⁶ Ministerio de Salud del Perú.

⁷ Asociación Impacta Salud y Educación, Lima, Perú.

⁸ Universidad de Washington.

Este estudio contó con el apoyo técnico y financiero del Proyecto Vigía "Enfrentando las Amenazas Infecciosas Emergentes y Reemergentes" (MINS/USAID), y del Programa MIRT de la Universidad de Washington.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de algunas infecciones de transmisión sexual (ITS) en mujeres adolescentes es alta. En un estudio realizado por el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA del Ministerio de Salud del Perú en el año 2000 (datos no publicados) se encontró que en mujeres menores de 20 años, la prevalencia de infección cervical por *Chlamydia trachomatis* en el Hospital Dos de Mayo fue de 25,7% mientras que en las mujeres mayores de 20 ó más años de edad fue 9,1%.

Las mujeres adolescentes constituyen el 22,8%¹ de la población en el Perú y están en riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual² y el VIH debido a su desventaja de género, la precocidad sexual cada vez mayor^{3,1}, su tendencia a exponerse a riesgos, el bajo nivel socioeconómico, la falta de conocimientos sobre sexualidad, el escaso uso de condón⁴ y el desconocimiento de la actividad sexual de su pareja.

En el Perú, el mayor número de casos notificados de SIDA esta entre los 20 y los 34 años y se asume que los infectados entre 20 y 25 años se infectaron durante la adolescencia. 3,3% de pacientes con SIDA en el año 1997 tuvieron entre 13 y 19 años⁵.

Esto demuestra la necesidad de implementar actividades efectivas de educación dirigidas a las adolescentes. La estrategia de pares en adolescentes han evidenciado cierto éxito⁶. Los adolescentes, generalmente reciben la información acerca de sexualidad a partir de otros jóvenes y de los medios de comunicación. La influencia de otros adolescentes es muy importante durante su proceso de maduración^{3,7-10} a medida que se van independizando de sus familias. De aquí nace la necesidad de evaluar la educación recibida por las adolescentes a partir de otras personas como ellas.

El objetivo principal de este estudio fue comparar la efectividad de la educación de pares con la educación brindada por profesionales de salud en cuanto al mejoramiento del conocimiento, percepción y prácticas de riesgo en la población adolescente que acude a los consultorios de planificación familiar de estos dos establecimientos de salud con alta prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en este grupo etáreo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio se llevó a cabo en el año 2000 en los consultorios de planificación familiar del Hospital Dos de Mayo y del Instituto Materno Perinatal, Lima, Perú. Estudio de diseño experimental simple ciego.

Se seleccionó a 10 adolescentes mujeres usuarias de los servicios de planificación familiar de ambos establecimientos de salud las cuales fueron elegidas por su capacidad de liderazgo, luego capacitadas por un total de 10 h en temas de planificación familiar, prevención de ITS/VIH-SIDA, género, autoestima, entre otros. Dos de estas 10 adolescentes (una por cada establecimiento) fueron seleccionadas por su liderazgo, capacidad de convencimiento, adecuado lenguaje, cuidado personal y un nivel adecuado de conocimientos en temas de salud sexual y especialmente en ITSs/VIH/SIDA. Se eligió una de las obstetras encargadas de hacer consejería de salud reproductiva en cada uno de los establecimientos y se les capacitó en la técnica de consejería recomendada por el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA del Ministerio de Salud del Perú.

La población de estudio fueron las mujeres menores de 20 años que asistían a consultorios de planificación familiar y que tenían conducta sexual de riesgo o tenían una ITS especificada mas abajo. Se excluyeron aquellas

adolescentes que se encontraban en los 42 primeros días postparto o 15 días postaborto, o si no habían tenido relaciones sexuales (RS) en los últimos 3 meses. Para el análisis se excluyó a aquellas adolescentes que no completaron la intervención educativa o no regresaron a la entrevista de evaluación.

Luego de firmar el consentimiento informado, las adolescentes fueron entrevistadas para evaluar el grado de conocimientos y percepción sobre infecciones de transmisión sexual y conductas de riesgo y luego examinadas ginecológicamente. Se realizó un examen en fresco de flujo vaginal para diagnosticar vaginosis bacteriana y tricomoniasis y un frotis de secreción endocervical para el diagnóstico de *Neisseria gonorrhoeae* en medio de Thayer Martin y clamydiasis para el diagnóstico de *C. trachomatis*.

Si se encontraba conducta de riesgo, o existía una ITS (tricomoniasis, gonorrea o clamidiasis), la adolescente era randomizada a una de las dos estrategias educativas. Se consideró la presencia de conducta de riesgo si se obtenía un puntaje de 2 ó más en un cuestionario de cinco preguntas: más de un compañero sexual en los últimos 3 meses, nueva pareja sexual en los últimos 3 meses, no usar condón, uso de alcohol o drogas antes o durante alguna relación sexual en el último mes y otros tipos de relación sexual sin uso de condón en los últimos 3 meses. El grado de conocimiento fue evaluado mediante preguntas acerca de: tipos de ITS, sus signos y síntomas, sus modos de transmisión y las medidas de prevención, incluyendo el uso de condón.

El grado de percepción de riesgo de ITS fue evaluado mediante preguntas como: actitudes y conductas que adoptaría si la pareja tuviera síndrome de descarga uretral y úlcera genital, actitudes y prácticas que adoptaría frente a la presencia de síndrome de flujo vaginal, úlcera genital y dolor de bajo vientre, uso potencial de condón durante el embarazo, necesidad de usar condón con la pareja si éste tuviera otras parejas sexuales, necesidad de usar condón aparte de su método anticonceptivo actual y las consecuencias de tener varias parejas sexuales.

La adolescente elegible era asignada randomizadamente a uno de los dos grupos: educación por pares o por profesionales de la salud. Estas estrategias incluían consejería con el uso de material educativo distribuido por el Ministerio de Salud y dildos (pene artificial) para la demostración del uso adecuado del condón. Estas consejerías fueron repetidas dos veces más con intervalos de una semana.

Las adolescentes fueron entrevistadas y examinadas 3 meses después para valorar el cambio de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para el cual se usó el mismo cuestionario que en la primera visita. El profesional que evaluó a las participantes no estuvo informado del grupo al cual pertenecían las participantes. Los datos fueron introducidos y analizados en el programa SPSS 9,0 para Windows. Para asegurar la similaridad de los dos grupos de intervención, se comparó algunas características de las adolescentes entre ambos grupos usando Chi cuadrado o t de student. Para comparar la eficacia en el mejoramiento del nivel de conocimientos,

percepción de riesgo y prácticas sexuales de riesgo se usó la prueba de los signos para muestras independientes. Para comparar las medias del nivel del conocimiento, percepción de riesgo y prácticas sexuales de riesgo entre ambas intervenciones educativas se usó Mann Whitney para muestras no independientes de distribución no paramétrica. Para ajustar con respecto al puntaje obtenido durante la primera entrevista se usó análisis de covarianza. Se consideró como significativo si el valor p era menor de 0,005.

El estudio fue aprobado por los Comités de Ética del Hospital Dos de Mayo y el Instituto Materno Perinatal. La participación de las adolescentes fue voluntaria y muchas veces la decisión fue tomada conjuntamente con la pareja sexual, firmando el consentimiento.

RESULTADOS

De las 5398 mujeres que fueron atendidas en los consultorios de planificación familiar de ambos establecimientos durante el tiempo del estudio, 698 (12,9%) fueron adolescentes. 483 (69,2%) fueron excluidas por diversos motivos: 346 por estar dentro de los 42 días postparto o postaborto, 50 por no poder regresar a la evaluación de los 3 meses y 69 por otras causas. La tasa

de rechazo a participar fue de 2,8% (6 participantes) y tres adolescentes tuvieron que ser excluidas por no tener conducta sexual de riesgo. Finalmente 206 participantes fueron entrevistadas, examinadas y luego randomizadas. 159 (77,2%) regresaron a la visita de evaluación y sólo ellas fueron incluidas en el análisis.

Diecisiete (16 %) adolescentes educadas por pares y 30 (30 %) del grupo educado por profesionales de salud ($p=0,02$) no regresaron a su entrevista de evaluación. Sin embargo, estos grupos no fueron diferentes entre sí, ni con las participantes que sí regresaron, excepto por la mayor probabilidad de no tener hijos en este último grupo ($p=0,03$). El grupo de intervención de pares no fue estadísticamente diferente al grupo educado por profesionales con respecto a edad ($p=0,7$), distrito de procedencia ($p=0,5$), estado civil ($p=0,8$), nivel educativo ($p=0,4$), antecedente de aborto ($p=0,4$), número de hijos vivos ($p=0,8$), edad durante la primera relación sexual ($p=0,6$), número de compañeros sexuales ($p=0,2$), contraceptivo usado ($p=0,8$), porcentaje de mujeres en riesgo ($p=0,6$), presencia de vaginosis bacteriana ($p=0,2$), candidiasis ($p=0,2$) y clamidiasis ($p=0,2$). La tabla 1 muestra la prevalencia de las infecciones vaginales y cervicales en las participantes.

Tabla 1. Prevalencia de infecciones del tracto reproductivo en 159 adolescentes incluidas en el estudio. Consultorios de planificación familiar de los hospitales Dos de Mayo e Instituto Materno Perinatal, Lima, Perú, 2000.

Infecciones	n	%
Infección cervical a <i>C.trachomatis</i> ⁽¹⁾	26	16,4
Infección cervical a <i>N.gonorrhoeae</i> ⁽²⁾	1	0,6
Tricomoniasis vaginal ⁽³⁾	3	1,9
Vaginosis bacteriana ⁽⁴⁾	37	23,6

(1) Usando clamydiazima, (2) Usando tinción Gram de flujo cervical, (3) Mediante examen en fresco, (4) A través del score de Nugent.

Después de la intervención educativa (Tabla 2), el puntaje obtenido en el nivel de conocimientos fue significativamente mayor ($p=0,047$) en el grupo de educación por pares (Media: $14,1 \pm 2,9$) que en el grupo

de educación por profesionales de salud (Media: $13,5 \pm 2,7$). Sin embargo, esta diferencia perdió fuerza cuando se controló el puntaje basal usando análisis de covarianza ($p=0,07$).

Tabla 2. Cambio del nivel de conocimiento en 159 adolescentes después de la intervención por tipo de estrategia educativa. Consultorios de planificación familiar del Hospital Nacional Dos de Mayo e Instituto Materno Perinatal, Lima, Perú, 2000.

	Antes de intervención Educativa			Después de la intervención educativa			p
Puntaje de conocimientos (media $\pm$ 1 DS)	9,0 $\pm$ 3,5			13,8 $\pm$ 2,8			<0,001*
Tipo de educación	Por pares	Estándar		Por pares	Estándar		
Puntaje de conocimientos (media $\pm$ 1 DS)	8,9 $\pm$ 3,6	9,2 $\pm$ 3,4	0,8†	14,1 $\pm$ 2,9	13,5 $\pm$ 2,7	0,047†	0,07‡

* usando prueba de los signos por tratarse de muestras dependientes y que no siguen distribución normal (Prueba de Kolmogorov-Smirnov: $p < 0,001$ para los puntajes obtenidos antes o después de la intervención educativa)

† usando prueba de Mann Whitney para comparar medias entre dos muestras independientes que no siguen un patrón de normalidad

‡ usando análisis de covarianza donde la variable dependiente es el puntaje obtenido a partir de las preguntas de prácticas sexuales de riesgo de la segunda entrevista, la variable independiente es la intervención educativa y la variable a controlar es el puntaje obtenido a partir de las preguntas de prácticas sexuales de riesgo antes de la intervención educativa.

El nivel de percepción de riesgo (Tabla 3) mejoró mayormente en el grupo de pares (Media: $18,8 \pm 2,3$) que en el grupo educado por profesionales (Media: $18,2 \pm 2,7$); sin embargo, esta diferencia no llegó a ser significativa

aún controlando para el puntaje basal ($p=0,1$). No se detectó ningún caso de tricomoniasis.

Las conductas sexuales de riesgo fueron ligeramente mejores en el grupo de pares pero sin significancia estadística ($p=0,7$).

Tabla 3. Cambio en la percepción de riesgo de 159 adolescentes después de la intervención por tipo de estrategia educativa. Consultorios de Planificación Familiar del Hospital Nacional Dos de Mayo e Instituto Materno Perinatal, Lima, Perú, 2000.

	Antes de intervención Educativa			Después de la intervención educativa			<i>p</i>
	Por pares	Estándar	<i>p</i>	Por pares	Estándar	<i>p</i>	
Puntaje de la percepción de riesgo (media $\pm$ 1 DS)	$11,5 \pm 3,3$			$18,6 \pm 2,5$			$<0,001^*$
Tipo de educación	Por pares	Estándar	<i>p</i>	Por pares	Estándar	<i>p</i>	
Puntaje de la percepción de riesgo (media $\pm$ 1 DS)	$11,6 \pm 3,3$	$11,5 \pm 3,4$	$0,7^\dagger$	$18,8 \pm 2,3$	$18,2 \pm 2,7$	$0,1^\ddagger$	$0,1^\ddagger$

* usando prueba de los signos por tratarse de muestras dependientes y que no siguen distribución normal (Prueba de Kolmogorov-Smirnov: $p < 0,001$ para los puntajes obtenidos antes o después de la intervención educativa)

† usando prueba de Mann Whitney para comparar medias entre dos muestras independientes que no siguen un patrón de normalidad

‡ usando análisis de covarianza donde la variable dependiente es el puntaje obtenido a partir de las preguntas de prácticas sexuales de riesgo de la segunda entrevista, la variable independiente es la intervención educativa y la variable a controlar es el puntaje obtenido a partir de las preguntas de prácticas sexuales de riesgo antes de la intervención educativa.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran una alta prevalencia (16,4%) de infección cervical a *C. trachomatis* en, cifra que hubiera sido mayor si se hubiera usado una prueba mas sensible para su diagnóstico tal como la prueba de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para el diagnóstico. Esto confirma, como otros estudios¹¹⁻¹², que las adolescentes tienen alto riesgo de presentar infecciones de transmisión sexual.

En este estudio, la estrategia de educación por pares rindió mejores puntajes que la brindada por profesionales de salud en lo que se refiere al nivel de conocimientos y percepción de riesgo habiéndose obtenido *p* no mayores de 0,1. Esto no sucedió con las prácticas sexuales donde ambas estrategias educativas tuvieron similar impacto.

Continuamente se destaca la eficacia de la educación de pares en adolescentes^{8,13-14} pero no hemos encontrado estudios que evalúen esta eficacia con un diseño experimental como se hace en el presente estudio.

Pelaez y colaboradores¹⁵ encontró que la mayoría de los conocimientos sobre anticonceptivos en el adolescente varón, en especial acerca del condón, fueron obtenidos de sus pares. Se ha observado que los adolescentes que ven que sus pares practican sexo seguro tienen mayor probabilidad de hacer lo mismo^{9,16}. Jemmontt y Jemmontt¹² encontró que la educación de pares mejora el conocimiento y reduce las conductas de riesgo disminuyendo el sexo no protegido, la frecuencia de relaciones sexuales y el número de compañeros sexuales. Algunos estudios han encontrado que la educación por pares fue más efectiva que la brindada por enfermeras⁷ o adultos¹³ en lo que

respecta al uso de contraceptivos. El éxito de la estrategia de pares se basa en la receptividad de las actividades informativas que realizan los pares en un clima de confianza, empatía y abordando estrategias específicas de acuerdo a las necesidades de información que incluye el uso de sus códigos y lenguaje propio.

En este estudio, el abandono de las participantes fue de 22,8% y no se encontraron diferencias estadísticas entre este grupo con las que permanecieron en el estudio hasta su evaluación. La probabilidad de sesgo producida por el grupo que abandonó el estudio es poco probable pues el nivel de conocimientos, percepción de riesgo y prácticas sexuales de riesgo de este grupo fue también similar con las adolescentes que permanecieron en el estudio. Existió significativamente mayor tasa de regreso a la entrevista de evaluación en el grupo de pares, lo cual sugiere también una mayor adherencia a esta estrategia educativa.

Una fortaleza de este estudio fue el estado de ciego de la entrevistadora durante la entrevista de evaluación y durante el análisis estadístico. Por otra parte, la asignación aleatorizada de las participantes a cada uno de los grupos educativos fue bastante efectiva pues las características de las adolescentes asignadas a ambas estrategias fueron bastante similares.

La validez interna de este estudio es bastante aceptable dado el diseño del estudio y la selección de la muestra; sin embargo, los resultados solo pueden ser aplicados a las adolescentes que acuden a consultorios de planificación familiar de estos dos establecimientos de salud y quizá de Lima.

Una probable debilidad de este estudio es el poco tiempo de capacitación que se ofreció a las adolescentes consejeras. Este entrenamiento consistió en solo cinco sesiones de 3 h cada una. La educación que brindaron estas adolescentes a sus pares también fue relativamente corta y consistió solo de tres sesiones de una hora. Es posible que si este entrenamiento hubiera sido más intensivo el mejoramiento en el conocimiento, actitudes y prácticas hubiera sido comparativamente mucho mejor que en el grupo de las adolescentes educadas por profesionales de salud quienes definitivamente conocen mejor los temas de sexualidad. El programa de educación de pares promovido por los defensores de la juventud¹⁷ considera 22 h de entrenamiento a los adolescentes consejeros.

Otra limitación de este estudio es el poco tiempo transcurrido entre esta intervención y la entrevista de evaluación que fue a los 3 meses y finalmente la ausencia de una evaluación posterior.

Uno de los objetivos del Programa Nacional de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA debe ser el lograr un retraso en el inicio de las relaciones sexuales, la promoción y el uso consistente del condón entre las adolescentes que tienen vida sexual y la búsqueda de servicios de salud. En los Estados Unidos de Norteamérica¹⁸, uno de los objetivos nacionales para el 2010 es aumentar entre 85% y 95% el porcentaje de adolescentes (de los tres últimos años de secundaria) que no hayan iniciado sus relaciones sexuales o que hayan usado condón en su última relación sexual. En el 2001, 86% de los estudiantes de secundaria cumplieron este objetivo comparado con el 80% en el año 1991.

En conclusión, este estudio demuestra la importancia de la implementación de la estrategia de pares para mejorar el conocimiento y actitudes sexuales de riesgo en las adolescentes para prevenir infecciones de transmisión sexual. Esto genera la necesidad de crear un sistema de capacitación de promotoras educadoras adolescentes de la comunidad para que informen y generen procesos educativos entre sus pares en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **La Rosa LC.** Adolescencia e iniciación sexual. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1997.
2. **Lundgren R.** Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes varones en América Latina. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
3. **Chirinos J, Brindis C, Salazar VC, Bardales O, Reátegui LR.** Perfil de las estudiantes adolescentes sexualmente activas en colegios secundarios en Lima Perú. *Rev Med Hered* 1999;10 (2):49-61.
4. **Pisan E, Cuchi P, Zacarías F, Schwartlander B, Stanecki K, Castilho E, et al.** VIH y SIDA en las Américas: Una epidemia multifacética. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud y Programa de las Naciones Unidas sobre HIV/SIDA; 2000.
5. **Perú. Ministerio de Salud.** Boletín Informativo PROCETS. 1997; (3):2 .
6. **WHO/UNFPA/UNICEF. Study Group on Programming for Adolescent Health.** Programming for adolescent health and development. Geneva: WHO; 1999. Technical Report Series 886.
7. **Strouse J, Fabes R.** Formal versus informal sources of sex education : competing forces in the sexual socialization of adolescents. *Adolescence* 1985; 20:269-70.
8. **Jay MS, DuRant RH, Shoffitt T, Linder CW, Litt IF.** Effect of peer counselors on adolescent compliance in use of oral contraceptives. *Pediatrics* 1984; 73(2):126-31.
9. **Center for Population Options.** Focus group research results: adolescent HIV knowledge, attitudes, behavior, Spring, 1988. Washington, DC: Advocates for Youth, 1988.
10. **Stevens J.** Peer education: promoting health behaviors. [The Facts] Washington, DC: Advocates for Youth, 1997.
11. **Diclemente RJ, Wingood GM, Sionean C, Crosby R, Harrington K, Davies SL, et al.** Association of adolescents' of sexually transmitted disease (STD) and their current high-risk behavior and STD status: a case for intensifying clinic-based prevention efforts. *Sex Transm Dis.* 2002; 29(9):503-9.
12. **Crosby R, Diclemente R, Wingood G, Sionean C, Harrington K, Davies SL et al.** Psychosocial correlates of adolescents' worry about STD versus HIV infection: similarities and differences. *Sex Transm Dis* 2001; 28(4):208-13.
13. **Jemmott JB, Jemmott LS.** Behavior intentions with heterosexual adolescents. In: NIH Consensus Development Conference on Interventions to Prevent HIV Risk Behaviors. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1997.
14. **Fothergill K, Hauser D, Jackson K, Klindera K, Hincks-Reynolds J.** The Need for HIV/STI Prevention Peer Education. En: Alford S, Feijoo AN, editors. Guide to implementing TAP (Teens for AIDS Prevention) A Peer Education Program to Prevent HIV and STI". 2nd ed. Washington, DC: Advocates for Youth; 2002. p. 1-5.
15. **Pelaez J, Rodríguez O, Bermúdez R.** Adolescente varón y anticoncepción. *Rev Cuba Obstet Ginecol* 1998; 24(1):5-12.
16. **Crosby R, DiClemente R, Wingood G, Salazar L, Harrington K, Davies S, et al.** Identification of strategies for promoting condom use: a prospective analysis of high-risk African American female teens. *Prev Sci* 2003; 4(4):263-70.
17. **Division of STD Prevention.** Sexually transmitted disease surveillance, 1996. Atlanta: Center for Disease Control & Prevention; 1997.
18. Trends in sexual risk behaviors among high school students, United States, 1991 - 2001. *MMWR*; 51 (38):856-9.

Correspondencia: Sixto Sánchez C.

Dirección: Avda. De los Ingenieros 541-101. Surco, Lima, Perú.

Teléfono: (511) 426 4272 / 97492062

Correo electrónico: sixtosan@yahoo.com