

ORIGINALES

Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida

R.J. Romero de Castilla Gil^a, M.N. Lora Cerezo^b y R. Cañete Estrada^c

^aHospital Alto Guadalquivir. Córdoba. ^bCentro de Salud de Occidente. Córdoba. ^cDepartamento de Pediatría. Unidad de Endocrinología Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. Conocer la valoración de los adolescentes acerca de la información recibida en su centro de estudios sobre temas relacionados con sexualidad. Conocer sus principales fuentes de información sobre el tema, la utilidad percibida en ellas y sus preferencias.

Diseño. Estudio observacional.

Emplazamiento. Provincia de Córdoba.

Mediciones y resultados principales. Mediante muestreo aleatorio polietápico, se escogieron 955 adolescentes escolarizados en enseñanza secundaria. Encuesta de salud anónima.

La media de edad fue de 16 años; el 62%, mujeres. Valoran como mucha o bastante la información recibida sobre sida 545 sujetos (57%; 54,3-59,6), cifra mayor que cuando se pregunta sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS) (29%; 25,4-31,9), anticonceptivos (33%; 29,7-35,2), relaciones sexuales (22%; 19,5-24,1) o embarazo (22%; 19,3-24,2).

Pueden hablar abiertamente de sexualidad en primer lugar con los amigos (90,8%) y la pareja (80,5%), y en último lugar con profesores (18,7%), padres (17,4%) y sacerdotes (8,9%).

La información sexual ha sido recibida fundamentalmente de amigos (26%) y revistas (24%), y en último lugar de médicos (7%) y padres (6%).

La fuente más útil para los adolescentes son las revistas (21%) y profesores (21%), ocupando últimos lugares los padres y el cine/TV.

Cuando se pregunta de quién preferirían recibir la información, eligen en primer lugar a padres (34%) y médicos (33%).

Conclusiones. Los adolescentes perciben una focalización de la información recibida en su centro educativo hacia el sida. Las fuentes de información que preferirían los adolescentes no coinciden con las más accesibles para ellos. A pesar de considerar al médico como fuente de preferencia, han recibido poca información de nosotros. Es notable la utilidad atribuida a las revistas.

Palabras clave: Adolescencia. Fuentes de información. Educación sexual.

ADOLESCENTS AND THEIR SOURCES OF INFORMATION ON SEXUALITY: PREFERENCES AND PERCEIVED USEFULNESS

Objectives. To find adolescents' assessment of the information received at their school on questions relating to sexuality. To discover their main sources of information on sexuality, the perceived utility of these and their preferences.

Design. Observational study.

Setting. Province of Cordoba.

Measurements and main results. 955 adolescents at secondary schools were chosen through multi-stage randomised sampling. Anonymous health questionnaire. Average age was 16. 62% were girls. 545 valued as a lot or sufficient the AIDS information received (57%; 54.3-59.6), more than when asked about STD (29%; 25.4-31.9), contraceptives (33%; 29.7-35.2), sexual relations (22%; 19.5-24.1) or pregnancy (22%; 19.3-24.2). They were able to talk openly about sexuality, firstly with friends (90.8%) and girl/boy-friend (80.5%), and least with teachers (18.7%), parents (17.4%) or priests (8.9%). Sexual information came basically from friends (26%) and magazines (24%), and least from doctors (7%) and parents (6%). The most useful source for adolescents was magazines (21%) and teachers (21%), with parents and cinema/T.V. in the last positions. When adolescents were asked from whom they would prefer to receive information, they chose firstly parents (34%) and doctors (33%).

Conclusions. Adolescents perceived a centring of the information received at their school on AIDS. Their preferred sources of information did not coincide with what was most accessible. Despite considering doctors as a preferred source, they have received little information from us. The usefulness given to magazines is worthy of note.

Key words: Adolescence. Sources of information. Sexual education.

(Aten Primaria 2001; 27: 12-17)

Este trabajo ha sido financiado, en parte, por la Dirección General de Coordinación, Docencia e Investigación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Expte. 96/108, resolución publicada en BOJA n.º 5 de 11 de enero de 1997).

Correspondencia: Dr. Ramón Cañete Estrada.
Departamento de Pediatría. Consulta externa n.º 2. Hospital Universitario Reina Sofía.
Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba.

Manuscrito aceptado para su publicación el 11-X-2000.

Introducción

El concepto moderno de adolescencia es antropológico y sociológico, perspectiva que ha superado los clásicos ejes que tomaban como referencia segmentos etarios cerrados o cambios exclusivamente somáticos; en la cultura española contemporánea —en general en toda la cultura occidental moderna— los aspectos relacionados con el comportamiento se consideran tan importantes como los físicos¹.

Aunque el tratamiento del concepto de sexualidad también ha evolucionado, nuestras asunciones culturales no contemplan —igual que antes— la expresión sexual como una prerrogativa del adolescente. Esto, en ocasiones, es fuente de distorsiones en la función familiar. Esta circunstancia y la repercusión potencialmente grave de la enfermedad en el/la joven hace que el colectivo sanitario deba tomar competencias². La dificultad de comprender la sexualidad humana deriva de su naturaleza multifactorial y de la tendencia a sobredimensionar o excluir algunos de sus componentes³.

La información sobre sexualidad que el adolescente posee es el bagaje con el que tendrá que enfrentarse a este período de profunda transformación. Pero a menudo los conocimientos que poseen los jóvenes están desvirtuados; bien por ser parcial, o por acabar siendo rutinaria por una repetición sin que exista refuerzo. Esto lleva al joven a estereotipar situaciones y a infravalorar matices individuales.

En trabajos diseñados al efecto, se recoge el deseo de los adolescentes de recibir información sobre sexualidad de forma amplia⁴. La credibilidad que éstos atribuyan a las distintas fuentes de información va a condicionar en gran medida la efectividad de los mensajes recibidos para modular su comportamiento sexual. Por tanto, no basta con aportar información, sino

que además ésta debe ser verosímil y atractiva para el receptor. Esto puede conseguirse personalizando la apreciación del riesgo, consiguiendo una identificación del joven con la situación problema, a fin de reducir sentimientos personales de invulnerabilidad⁵. Nosotros hemos estudiado las fuentes de información con las que el adolescente va a interactuar y, así, inferir la importancia relativa de cada una⁶. Creemos que los resultados obtenidos podrían ayudar al diseño efectivo de iniciativas educativas, que más allá de orientarse a la prevención de enfermedades puedan contribuir de forma integral al crecimiento en salud de nuestros jóvenes.

Personas y métodos

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo transversal o de prevalencia. La población diana la constituyó la totalidad de los alumnos escolarizados en los cursos: segundo de Bachillerato Unificado Polivalente (BUP), cuarto de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), Curso de Orientación Universitaria (COU), segundo de Bachillerato creado por la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) y segundo curso de segundo grado de Formación Profesional (FP) en la provincia de Córdoba. El total de individuos de esta población, obtenida según listados oficiales proporcionados por la Delegación de la Consejería de Educación, fue de 7.853 alumnos. El tipo de muestreo fue aleatorio, polietápico. La unidad primaria fue el aula del colegio. Para la obtención de datos se empleó un cuestionario estructurado, precodificado, autocumplimentado por el alumno, garantizando el anonimato. Se elaboró basándose en otros previamente validados^{7,8}. La encuesta fue pasada a los participantes en horas de clase en coordinación con el profesor, y el mismo día a toda la muestra del centro para evitar sesgos de respuesta. Se distribuyeron los cuestionarios a todos los alumnos presentes en el aula, con el fin de mantener la confidencialidad y evitar sesgos de selección (que fueran los más motivados con el tema o los más informados los que contestaran). Previamente a la distribución del cuadernillo, se realizó una presentación del encuestador y del tema. El número total de encuestas recogidas ascendió a 962. El cuestionario estudió la percepción que tienen nuestros adolescentes de la información que han recibido en su centro de estudios sobre temas de interés en educación sexual. También exploramos con quién pueden hablar abiertamente de sexualidad, sus fuentes fundamentales de información de sexualidad y a cuál de esas fuentes atribuyen mayor utilidad. Obtuvimos las instancias predilectas por los ado-

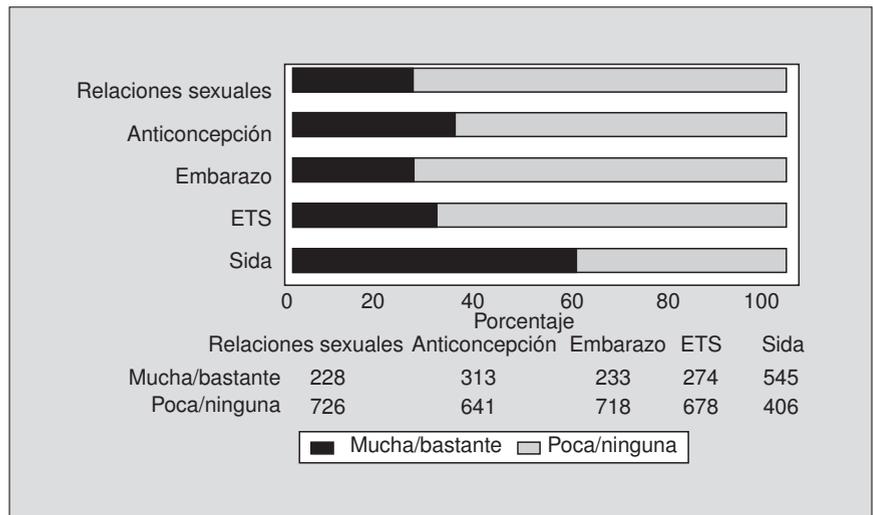


Figura 1. Información recibida en el centro educativo sobre distintos temas.

lescentes, y el lugar donde preferirían recibir la educación sexual. Por último, nos pareció de interés estimar cuántos adolescentes conocen campañas de prevención de enfermedades de transmisión sexual en este grupo etario y quiénes conocen centros de orientación familiar o educación sexual.

Análisis

Se procedió a la codificación y posterior procesamiento, y el tratamiento estadístico constó de los siguientes apartados:

1. Depuración de los datos, desechándose los cuestionarios con aportaciones manifiestamente contradictorias o con notables omisiones de respuesta. Corrección de los errores en la codificación de datos mediante análisis de valores fuera de línea (outliers). Como consecuencia, se anulaban 7 cuestionarios, procesándose 955.
2. Análisis descriptivo de los datos, mediante el cálculo de los índices univariantes (medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas: media, desviación estándar [DE]; frecuencias absolutas y relativas en porcentaje para las variables cualitativas).
3. Estadística inferencial, con cálculo de estimaciones puntuales y con intervalo de confianza (IC) del 95% para las variables principales, y aplicación de tests de hipótesis para variables cualitativas (χ^2 de Pearson con corrección de Yates o prueba exacta de Fisher cuando fue necesario).

Resultados

Información recibida en el centro

Es valorada por los alumnos como se muestra en la figura 1. La distribución según el género sólo arroja diferencias significativas para la información sobre relaciones se-

xuales: 161 varones (44,4%; IC, 39,2-49,5) creen que la información recibida en el centro es mucha o bastante, frente a 127 mujeres (21,5%; IC, 18,2-24,8) de mujeres que piensan igual ($\chi^2 = 4,96$; $p = 0,025$).

Según el tipo de centro, sólo encontramos diferencias cuando los alumnos valoran la información recibida sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS); así, los alumnos de centros privados valoran ésta como mucha o bastante en un 22,8%, porcentaje que se eleva al 30,2% en centros públicos ($n = 952$; $\chi^2 = 3,9$; $p = 0,048$).

La valoración realizada por los alumnos acerca de la información recibida no varía cuando se distribuye en función de los habitantes del lugar de residencia.

Personas accesibles

Cuando exploramos con quién creen los adolescentes que pueden hablar abiertamente de sexualidad, obtenemos los siguientes resultados (tabla 1) El tipo de centro sólo se asocia a diferencias significativas cuando se trata de hablar con amigos/as. En los centros privados, 147 alumnos (86,5%) manifiestan poder hablar abiertamente de sexualidad con sus amigos. Este porcentaje en los centros públicos es del 91,8% ($n = 703$) ($\chi^2 = 4,69$; $p = 0,03$).

Fuentes fundamentales y su utilidad

Los alumnos identifican como sus fuentes informativas fundamentales

TABLA 1. Personas con las que los adolescentes piensan que pueden hablar abiertamente de sexualidad.

	Sí n (%)	No n (%)	Total n
Padre	157 (17,4)	747 (82,6)	904
Madre	280 (30,6)	635 (69,4)	915
Hermanos	367 (40,5)	540 (59,5)	907
Amigos	850 (90,8)	86 (9,2)	936
Pareja	704 (80,5)	170 (19,5)	874
Profesores	167 (18,7)	725 (81,3)	892
Médicos	453 (50,5)	444 (49,5)	897
Sacerdote	79 (8,9)	807 (91,1)	886
Con nadie			37

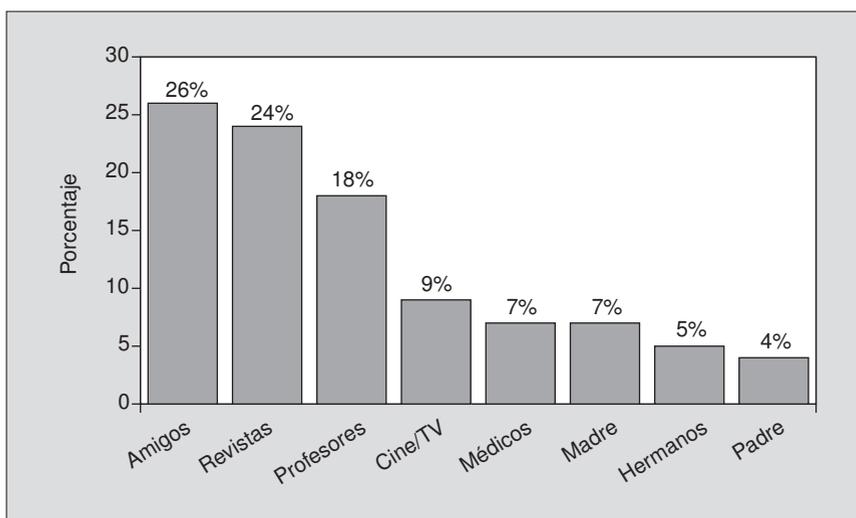


Figura 2. De quién han recibido fundamentalmente la información.

a los amigos (26,3%) y a las revistas o libros (23,9%) (fig. 2). Cuando exploramos qué información de entre la recibida por todos los medios parece más útil a los adolescentes, obtenemos la escala que muestra la figura 3. En la discusión posterior matizamos las diferencias manifestadas.

Fuentes de información preferidas

Cuando se exploran las fuentes de información que preferirían los adolescentes, eligen en primer lugar los padres (34,4%), seguido de los médicos (fig. 4).

Conocimiento de campañas de prevención

Conocen alguna campaña de prevención de enfermedades de transmisión sexual 501 adolescentes (52,6%; IC

del 95%, 49,5-55,9); la proporción es del 59,4% entre los varones y del 48,5% entre las mujeres, difiriendo estas proporciones de forma estadísticamente significativa ($\chi^2 = 10,56$; $p = 0,001$) (fig. 5).

Por último, para 930 alumnos (97,4%; IC del 95%, 96,2-98,3) es necesaria una educación sexual. No se encuentran diferencias por género, por edad ni por tipo de colegio para esta percepción.

Los lugares donde debiera recibirse la educación sexual son la escuela (38,6%), seguido de los centros de planificación familiar (28,8%), la propia casa (18,4%), a través de los medios de comunicación (12,9%) y otros—iglesia, asociaciones de vecinos— (1,3%) (fig. 6).

La edad en la que debiera comenzar a recibirse la educación sexual a juicio de los encuestados es de $12,4 \pm 2,1$ años.

La forma en la que preferirían recibir la educación sexual se encuentra dividida; así, a algo más del 48% de la muestra les daría igual recibirla de forma individual o grupal, mientras que un 38% preferiría recibirla por grupos.

Discusión

La información recibida en los centros educativos, a juicio de los alumnos, se focaliza en torno al sida, aunque incluso en este tema sólo el 56% cree que tal información sea bastante o mucha. Si bien no creemos realista en nuestro entorno defender la tesis de que la educación sexual tenga la consideración de cualquier asignatura, sí nos inclinamos a pensar que esta creencia de los educandos debe ser tenida en cuenta en el diseño de las temas transversales de los currículos docentes.

Las campañas de prevención de ETS son más conocidas que otras. Creemos que esto ocurre a expensas sobre todo de las estrategias de prevención del sida. Los varones refieren conocer más de estas iniciativas que las mujeres. Nos parece necesario un esfuerzo por dotar de eficiencia las iniciativas institucionales; por lo costosas que resultan, parece un lujo que sean conocidas por un 40% de la población en el mejor de los casos, si bien el no mencionar el término sida en el enunciado puede haber originado infradeclaración, por el contingente de individuos que no hubieran asimilado este proceso como de transmisión sexual.

Casi la totalidad de alumnos (97,4%) percibe la necesidad de una educación sexual en la escuela; esta manifestación no siempre es tenida en cuenta por los responsables de su planificación. Los sujetos de nuestra muestra creen que se debe comenzar a recibir la educación sexual, como media, con poco más de 12 años, siendo mayoría la que manifiesta indiferencia por la forma de hacerlo (individual o en grupos). Esto, creemos, evitaría la estructuración de creencias falseadas, posteriormente refractarias a estrategias de modificación de conducta.

La realidad social que los jóvenes viven no es, en la mayoría de las ocasiones, coincidente con la que se toma para el diseño de iniciativas educativas. Muchos centros «cubren el expediente» con alguna charla aislada de algún sanitario local o algún

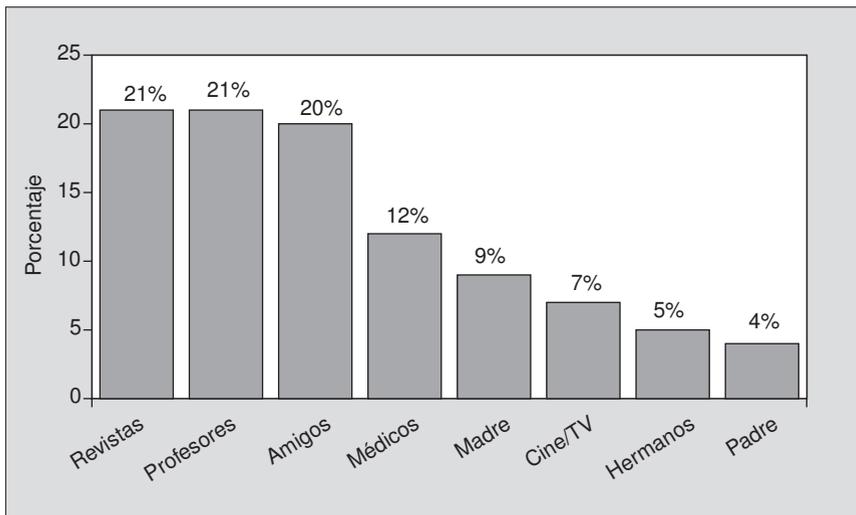


Figura 3. Percepción de la utilidad de la información recibida.

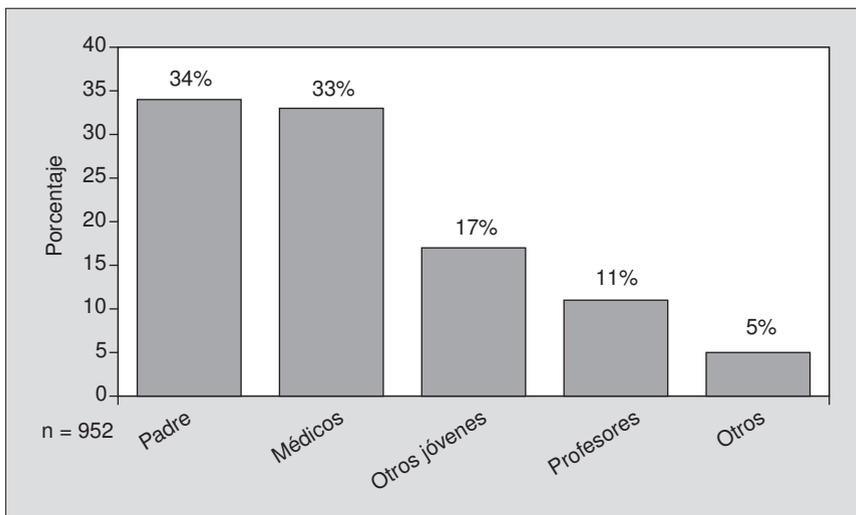


Figura 4. Fuentes de información que preferirían los adolescentes.

docente motivado, muchas veces sin formación específica en el tema. Se intenta abordar la sexualidad desde un encuadre aséptico (alejado de la vertiente de búsqueda del placer o de expresión de sentimientos en una época de la vida tumultuosa) para evitar conflictos de creencias con algunos sectores de padres, que comparten la opinión que la publicidad, aun didáctica, de estos temas, socava la moralidad de los alumnos, a pesar del acuerdo mayoritario en la bibliografía contra esta percepción^{9,10}. La confidencialidad de la información proporcionada o el enfoque de los conflictos individuales tampoco acapara gran espacio en los cursos de

formación, por lo que las habilidades del personal docente en su manejo son, por lo general, deficientes^{11,12}. Sin embargo, los adolescentes definen un marco físico institucional para recibir la educación sexual, prefiriendo la escuela y los centros de planificación a la propia casa o los medios de comunicación. Encontramos en la bibliografía referencias que indican que los países que proporcionan programas de educación sexual en el colegio presentan tasas menores de aborto entre adolescentes, por lo que consideramos acertada esta percepción¹³. Los amigos y la pareja son, con diferencia, los estamentos con los que

pueden hablar abiertamente de sexualidad. En último lugar de las opciones se encuentra el sacerdote y, a distancia, padres y profesores; el médico ocupa un lugar más destacado que los hermanos. La influencia del grupo de amigos es considerada crucial por muchos autores, y estos resultados parecen sugerir que esta influencia está facilitada por su accesibilidad, a pesar de preferir otras fuentes que encuentran más recónditas. La repercusión puede traducirse en errores sobre el propio riesgo, que suele ser minimizado por el adolescente, y actitudes poco favorables hacia el uso de preservativos, si los amigos están poco o mal informados^{5,14-16}. Esto es favorecido por una percepción baja de la posibilidad de enfermar entre el grupo de allegados, común entre los jóvenes¹⁷. Pero un entrenamiento adecuado de los compañeros, según algún trabajo, puede ser una herramienta adecuada para la toma de conductas menos nocivas. Esta es la base de los programas educativos one-on-one o peers-education en países anglosajones¹⁸⁻²⁰. En el nuestro no hemos encontrado referencias similares.

Las fuentes fundamentales de información identificadas por los adolescentes son los amigos y las revistas, seguidas de los docentes. Los facultativos están al mismo nivel que madre y hermanos, y sólo algo por debajo del cine y la TV. Deberían abogar por un mayor protagonismo en estos temas tanto médicos de familia como pediatras.

Revistas, maestros y amigos son las fuentes que más útiles resultan a los adolescentes. Es notable que, a pesar de la utilidad percibida de la información proporcionada por los profesores —incluso más que la de los médicos—, el porcentaje de alumnos que puede hablar abiertamente con ellos sea el 18,7%.

La interacción del entorno cultural y los amigos con las tareas de desarrollo que el adolescente debe superar son, a juicio de autores como Lear, influencias más importantes que los padres o las clases de educación sexual en el centro educativo²¹. Esto concuerda con lo descrito hasta ahora, pero nuestra población preferiría ser informada en primer lugar por los padres y a continuación por médicos.

En muchos trabajos se recogen las dificultades de los sanitarios para responder a esas expectativas; los

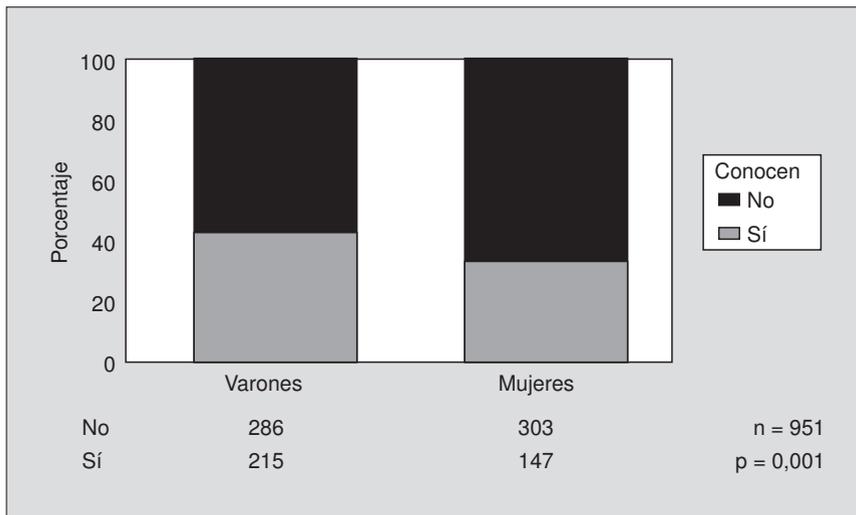


Figura 5. Conocimiento de la existencia de campañas de prevención de ETS según el género.

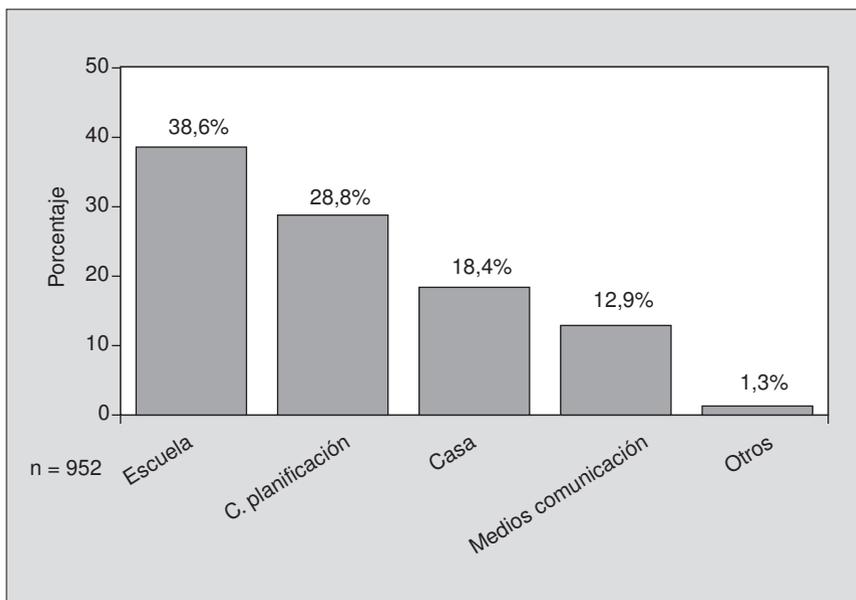


Figura 6. Lugares donde debiera recibirse la educación sexual a juicio de los adolescentes, en orden de preferencia.

motivos que se suelen aducir son miedo a enfrentamientos con los padres, dificultad de negociar la angustia y demandas de aquellos preservando la intimidad del adolescente, falta de tiempo para dedicar a la entrevista, ausencia de programas con directrices explícitas y difícil competencia con temas más tradicionalmente aceptados, como la educación en factores de riesgo cardiovascular²². Pero también los jóvenes demandan información, y prefieren que el médico inicie la discusión, hecho que no es frecuente²³.

También los progenitores manifiestan su necesidad de comunicarse con sus hijos sobre sexualidad de forma creciente durante la última década. Esta demanda es recogida cada vez más frecuentemente, con fines comerciales, en publicaciones periódicas a las que, en ausencia de fuentes oficiales, cada vez más recurren los padres²⁴. Existen estudios que encuentran la comunicación con las figuras parentales como un factor de protección contra conductas de riesgo sexual²⁵⁻²⁷, y también que aquellos que intentan aumentar sus for-

mación en estos temas perciben que sus hijos hablan más abiertamente con ellos²⁸. A la inversa, una disciplina escasa, y una interacción basada en la coerción, se identifica como factor de riesgo para diversas conductas potencialmente nocivas, entre ellas la sexual²⁹. Nosotros encontramos asociación entre la comunicación abierta con los padres y el contacto sexual mantenido, de forma diferencial para padre y madre, pero se precisan diseños más específicos para aquilatar las características íntimas de la misma.

Bibliografía

1. Neinstein LS, Ratner F. Crecimiento y desarrollo físicos normales. En: Neinstein LS, editor. Salud del adolescente (1.ª ed). Barcelona: JR Prous, 1991; 3-36.
2. Brañas MP. Conducta sexual del adolescente: factores de riesgo y prevención. An Esp Pediatr 1991; Supl 1: 20-23.
3. Barragán F. La educación sexual y la educación secundaria obligatoria: enseñar a creer o aprender a crear. En: Temas transversales. Documentos de apoyo (1.ª ed.). Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Educación y Ciencia, 1995; 89-144.
4. Molinero MA. Estudio epidemiológico y profilaxis de las ETS en un grupo de alto riesgo (tesis doctoral). Granada: Facultad de Medicina, Universidad de Granada, 1988.
5. Abraham C, Sheeran P, Abrams D, Spears R, Marks D. Young people learning about AIDS: a study of beliefs and information sources. Health Education Research 1991; 6: 19-20.
6. Romero de Castilla RJ, Lora MN, Cañete R. Adolescencia y medios de información de sexualidad. Vox Paediatrica 1998; 6: 187-192.
7. Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: CSIC, 1995.
8. Oliva A, Serra L, Vallejo R, coordinadores. Sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces. Estudio cuantitativo. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 1993.
9. Feigenbaum R, Weinstein E, Rosen E. College student's sexual attitudes and behaviors: implications for sexuality educations. J Am Coll Health 1995; 44: 112-118.
10. Forrest JD, Silverman J. What public school teachers teach about preventing pregnancy, AIDS and sexually transmitted diseases. Fam Plann Perspect 1989; 21: 65-72.
11. Majer LS, Santelli JS, Coyle K. Adolescent reproductive health: roles for school

- personnel in prevention and early intervention. *J Sch Health* 1992; 62: 294-297.
12. Silber TJ. Consideraciones éticas en el tratamiento médico del paciente adolescente. *JANO* 1989; 37: 839-840.
 13. Creatsas GK. Sexuality: sexual activity and contraception during adolescence. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1993; 5: 774-783.
 14. Hausse D, Michaud PA. Does a condom-promoting strategy (the Swiss STOP-AIDS campaign) modify sexual behavior among adolescents? *Pediatrics* 1994; 93: 580-585.
 15. Lumin I, Hall TL, Mandel JS, Kay J, Hearst N. Adolescent sexuality in Saint Petersburg, Russia. *AIDS* 1997; 9 (Supl 1): 53-60.
 16. Ellen JM, Boyer CB, Tschann JM, Shaffer MA. Adolescent's perceived risk for STDs and HIV infection. *J Adolesc Health* 1996; 18: 177-181.
 17. Hutchinson MK. Something to talk about: sexual risk communication between young women and their partners. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998; 27: 127-133.
 18. Torres J. Sexualidad y salud: tropelías y falacias. En: Red de Actividades de Promoción de la Salud. Sevilla: Junta de Andalucía, Escuela Andaluza de Salud Pública, 1995; 15-18.
 19. Friedman HL. Reproductive health in adolescence. *World Health Stat Q* 1994; 47: 31-35.
 20. Bauman DW 3d. Peer education in the residential context. *J Am Coll Health* 1993; 41: 271-272.
 21. Lear D. Sexual communication in the age of AIDS: the construction of risk and trust among young adults. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1311-1323.
 22. Schuster MA, Bell RM, Petersen LP, Kanouse DE. Communication between adolescents and physicians about sexual behavior and risk prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150: 906-913.
 23. Rawitscher LA, Saitz R, Friedman LS. Adolescent's preferences regarding HIV-related physician counselling and HIV testing. *Pediatrics* 1996; 1: 52-58.
 24. Simanski JW. The birds and the bees: an analysis of advices given to parents through the popular press. *Adolescence* 1998; 33: 33-45.
 25. Young EW, Jensen LC, Olsen JA, Cundick BP. The effects of family structure on the sexual behavior of adolescents. *Adolescence* 1991; 26: 977-986.
 26. Kay LE. Adolescent sexual intercourse. Strategies for promoting abstinence in teens. *Postgraduate Medicine* 1995; 97: 121-134.
 27. Holtzman D, Rubinson R. Parent and peer communication effects on AIDS-related behavior among U.S. high school students. *Fam Plann Perspect* 1995; 27: 235-240.
 28. Brock GC, Beazley RP. Using the Health Belief Model to explain parent's participation in adolescents, at-home sexuality education activities. *J Sch Health* 1995; 65: 124-128.
 29. White SD, DeBlassie RR. Adolescent sexual behavior. *Adolescence* 1992; 27: 183-191.