

Influencia de la familia disfuncional y otros rasgos disociales para el inicio sexual temprano en universitarios de la selva peruana

Influence of the dysfunctional family and other dystrophic features for early sexual initiation in university students in the Peruvian jungle

Jhonny Astocondor A¹, Christian R Mejía², José Segundo Niño Montero^{3,4}, Mariano Gastón Quino Florentini⁵

1. Facultad de Medicina, Universidad nacional de Ucayali, Ucayali - Perú
2. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Continental, Huancayo – Perú
3. Editor Jefe de la Revista Médica Carriónica
4. Docente Principal Facultad de Medicina - UNMSM, Lima - Perú.
5. Docente Asociado Facultad de Medicina - UNMSM, Lima - Perú.

RESUMEN

Introducción

El sexo a temprana edad es cada vez más común en Latinoamérica, sin embargo, no se han realizado estudios sobre la influencia de los trastornos disociales y/o de la funcionalidad familiar.

Objetivo

Determinar la influencia que ejerce la familia disfuncional y los propios rasgos disociales para un inicio sexual a temprana edad en estudiantes universitarios de la selva peruana. Metodología: Trabajo transversal analítico, en base a una encuesta realizada en una universidad de la selva peruana, la población fue elegida por conveniencia. Se basó en un test validado (Alpha de Cronbach calculado en nuestro estudio = 0,76). Se generó estadística analítica para determinar la influencia de la disfuncionalidad familiar y/o de los propios rasgos disociales. Resultados: De los 537 estudiantes, el sexo femenino representó un 57% (301), siendo la edad mínima de inicio sexual de 07 años en varones y 11 años en las mujeres. La disfunción familiar se presentó en 20,3%. El análisis demostró que los estudiantes que provienen de familias disfuncionales y los que presentaron pensamientos de incapacidad hacia el futuro tenían 2,09 (IC 95%: 1,11 - 3,92) y 2,19 (IC 95%: 1,11 - 3,92) más posibilidades de iniciarse

sexualmente a temprana edad, respectivamente. El sexo es un factor muy importante, ya que las mujeres tienen menos posibilidades (RP: 0,32; IC 95%: 0,20 - 0,53) de iniciarse sexualmente a temprana edad.

Conclusión

Una familia disfuncional y/o los propios rasgos disociales están asociados para iniciarse sexualmente a temprana edad. Esto debe ser motivo de evaluación por parte de autoridades.

Palabras clave: Conducta sexual, Relaciones familiares, Trastorno de Personalidad Antisocial. (Fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

Introduction

Sex at an early age is increasingly common in Latin America; however, no studies have been conducted on the influence of dysocial disorders and / or family functionality. Objective: To determine the influence exerted by the dysfunctional family and the own dissocial traits for early sexual initiation in university students of the Peruvian jungle.

Methodology

Analytical transversal work, based on a survey conducted at a university in the Peruvian jungle, the population was chosen for convenience. It was based on a validated

test (Cronbach's Alpha calculated in our study = 0.76). Analytical statistics were generated to determine the influence of family dysfunction and / or the dysocial traits themselves. Results: Of the 537 students, the female sex represented 57% (301), with the minimum age of sexual initiation being 7 years in males and 11 years in females. Family dysfunction was present in 20.3%. The analysis showed that students who came from dysfunctional families and those who presented thoughts of future disability had 2.09 (95% CI: 1.11-3.92) and 2.19 (95% CI: 1.11 - 3.92) more likely to start sexually at an early age, respectively. Sex is a very important factor, since women have less chance (RP: 0.32, 95% CI: 0.20 - 0.53) to start sexually at an early age.

Conclusion

A dysfunctional family and / or their own dysfunctional traits are associated to initiate sexually at an early age. This should be the subject of evaluation by authorities.

Keywords: Sexual Behavior, Family Relations, Antisocial Personality Disorder. (Source: MeSH NLM)

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa en la vida en la que se presentan grandes cambios de tipo psicosociales, físicos y cognitivos y como consecuencia de ello determina la forma de comportarse en la vida adulta. Entre estos cambios destaca la adquisición de habilidades para la independencia sexual, lo que permitirá la consolidación del desarrollo psicosexual saludable (1-3). Sin embargo, la precocidad en los adolescentes viene aumentado a nivel mundial.

En estos últimos años, la sexualidad y la salud reproductiva han cobrado relevancia entre los profesionales dedicados a la salud pública y mental, por el impacto social que han producido en las nuevas generaciones, que se manifiesta en el incremento de las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no planeados (4).

Diversos estudios muestran que una proporción importante de adolescentes lleva a cabo prácticas sexuales con las que se expone a infecciones de transmisión sexual y a embarazos no planeados (5). Por un lado, el uso de preservativos por parte de los adolescentes es bajo: en Estados Unidos de Norteamérica es de 46 % y en América Latina varía entre 27 y 33 %. Por otro lado, una gran proporción de adolescentes realiza prácticas sexuales sin utilizar condón, aun cuando tiene múltiples parejas (6 -9).

Es escasa la investigación sobre los factores asociados al inicio de la actividad sexual, lo cual puede dificultar los esfuerzos para proveer servicios que miren las necesidades en salud sexual adolescente (10).

Estudios internacionales han mostrado que el inicio de la actividad sexual está asociados a múltiples factores. Entre los factores personales que se asocian a inicio sexual más temprano son la influencia de alcohol o drogas (11 -13), el antecedente de parejas mayores (14,15), el abuso sexual previo (16 - 20), la influencia de los pares (21, 22) y los/as que trabajan (23,24).

En esta investigación se evaluará el inicio sexual a temprana edad en estudiantes universitarios y su relación con la funcionalidad familiar y el rasgo disocial si llegara a presentar.

METODOLOGÍA

Diseño y población

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, transversal y analítico. Que se basó en una encuesta auto-aplicada realizada en la Universidad Nacional de Ucayali. Se tomaron distintas facultades esto con la finalidad de que la población estudiantil encuestada sea lo más variada posible.

Para un máximo tamaño muestral se considerará una probabilidad de ocurrencia esperada al 0,5, un intervalo de confianza al 95% y un error máximo de estimación al 4%, obteniéndose una muestra de 537 estudiantes

de la Universidad Nacional de Ucayali. Los 537 estudiantes de la UNU serán escogidos por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia

Se incluyó a los estudiantes universitarios matriculados en el 2017 – I. Se excluyó a los estudiantes universitarios con problemas psiquiátricos o que muestran dificultades para el llenado de la encuesta.

Variables

Se tuvo dos variables principales durante el estudio, para lo cual nos basamos en dos escalas validadas en el Perú: la escala de escala de conducta disocial Matorrel y Silva modificada para Latinoamérica y la escala de funcionalidad familiar. Estas escalas nos permitieron determinar si presentaron rasgos disociales durante la encuesta y el tipo de funcionalidad familiar (funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional) de cada estudiante universitarios.

Las variables secundarias fueron el sexo de los encuestados (posibles opciones: masculino y femenino, usando la categoría femenino como principal para la estadística analítica), la edad del encuestado (tomada como variable cuantitativa y así reportada en todo momento), la edad de inicio en la actividad sexual (tomada como variable cuantitativa y así reportada en todo momento), tuvo relaciones sexuales (posibles opciones: Si y No, usando la categoría si como principal para la estadística analítica).

Además, se tomaron otros datos para caracterizar a la población: tipo de alumno, facultad y ciclo académico.

Procedimientos

Se reclutó a los estudiantes de medicina que participaron como coautores mediante las redes sociales, se les encargó a dichos coautores el encuestado en cada una de las facultades, para esto se realizó los permisos necesarios con las autoridades y/o los profesores de los cursos donde se tomó la encuesta, para lo cual se contó con las

condiciones adecuadas de logística, que garanticen el anonimato y un ambiente adecuado para la toma del test.

Luego de ello se realizó el pasado de los datos, teniendo dos filtros de revisión estudiantil, uno por cada uno de los encuestadores y el segundo por el coordinador de la investigación; luego de eso un único asesor estadístico realizó la depuración de la base inicial, dejando lista la sábana de datos previa, esta se realizó en una hoja del programa Microsoft Excel (versión 2013 para Windows).

Ética y análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva obteniendo el porcentaje y frecuencia de los estudiantes universitarios con cuadros depresivos (leves o severos) y con ideación suicida (alta, media y baja). Para la estadística analítica se usó estadísticos de asociación mediante la prueba chi cuadrado (para el cruce de la variable depresión versus la variable ideación suicida). Se hizo el análisis bivariado de depresión e ideación suicida con el uso de los modelos lineales generalizados; para lo cual se usó la familia Poisson, la función de enlace log, los modelos robustos. Con esto se obtuvo las razones de prevalencia (crudas y ajustadas) e IC95% (intervalos de confianza al 95%), así como, los valores p (se consideró a 0,05 como el punto de corte para determinar la significancia estadística).

El proyecto proviene de un análisis secundario de la base de datos que fue probada por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Nacional San Bartolomé (código CIEI: 1770036-2017-OADI-HONODOMANI-SB), se obtuvo los permisos en la sede, luego se procedió a encuestar de manera anónima solicitando su autorización de cada participante.

RESULTADOS

En el presente estudio realizado en estudiantes universitarios la mayor población estuvo representada por el sexo femenino con un 57% (301) de la población

total. Con respecto al tipo de alumno que realizo el llenado de la encuesta son los alumnos invictos con un 60,30% (293) los que apoyaron en mayor numero el desarrollo de la encuesta. La mediana de edad de los integrantes estaba en 19 (18 – 21) años.

Tabla 01.

Tabla 1: frecuencias y porcentajes de las variables principales en nuestro estudio
Fuente: Elaboración propia

Variable	N	%
Sexo del estudiante		
mujer	301	57,00
varón	227	43,99
Tipo de alumno		
regular	193	39,71
invicto	293	60,29
Edad	19	18 - 21
Escala de disfunción familiar		
funcional	124	23,26
moderadamente funcional	281	52,72
disfuncional	110	20,64
severamente disfuncional	18	3,38
Puntaje de disfunción familiar	50	43 - 56
Inicio sexual		
tuvo relaciones	186	34,70
no tuvo relaciones	350	65,30
Tuvo relaciones sexuales antes de los 18 años		
menores de edad	210	66,04
edad de 18 años	108	33,96
Edad de inicio sexual	17	15 - 18
Agresividad		
si	136	25,81
no	391	74,19
Incapacidad a las normas		
si	232	44,02
no	295	55,98
Castigaban sin merecerlo		
si	88	16,42
no	448	83,58
Recibió más castigo		
si	104	19,40
no	432	80,60

Variables cuantitativas*, N: frecuencia y %: porcentaje

DISCUSIÓN

Una de las variables que utilizamos dentro del estudio fue el de la funcionalidad familiar siendo la categoría de moderadamente funcional con un 57,72 % la que presento una mayor frecuencia. Sin embargo los estudiantes que provenían de familias disfuncionales presentaron una frecuencia de 20,3 % de toda la población.

La mediana obtenida del puntaje en cada encuesta sobre el test de función familiar fue de 50 (43 – 56). Con respecto al tipo de familia que provenía cada estudiante se pudo demostrar que del total de la población femenina cerca del 14% provenía de alguna familia con alteración funciona. **Gráfica 1.**

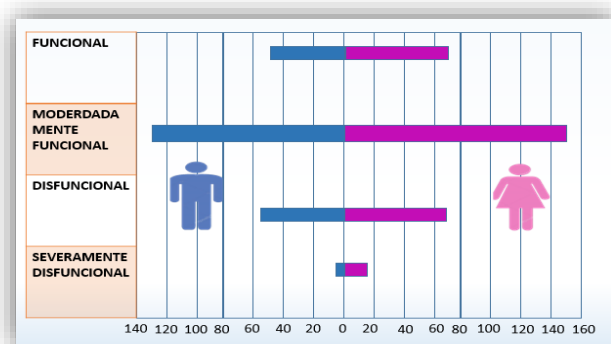


Gráfico 1: Categorización de la funcionalidad familiar

Fuente:

<https://es.slideshare.net/gemahu2579/tipologia-final>

La siguiente variable dentro del estudio fue los rasgos disociales que presentaron los estudiantes universitarios en el semestre 2017-I. Los 6 ítems de rasgos disociales son: incapacidad de adecuarse a las normas, mentir, incapacidad hacia el futuro, agresividad, irresponsabilidad y carencia de remordimiento. El sexo masculino se caracterizaba por ser en frecuencias el más agresivo, más irresponsable y con mayor incapacidad para adecuarse hacia el futuro. **Gráfica 2.**

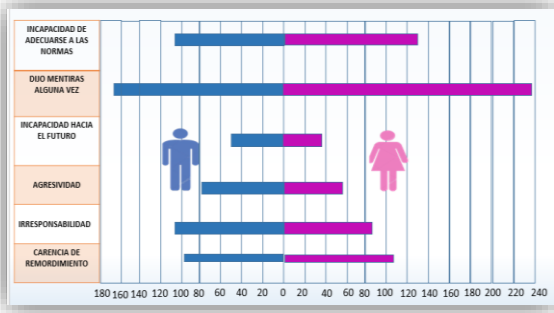


Gráfico 2: Categorización de los rasgos disociales según sexo del estudiante

Fuente:

<https://es.slideshare.net/gemahu2579/tipologia-final>

En el análisis bivariado entre las variables de disfunción familiar y los ítems de rasgos disociales se pudo demostrar que existen fuertes asociaciones. El pertenecer a una familia con disfuncionalidad, tiene como consecuencia: tener 1,9 veces el riesgo de ser agresivo (IC 95%: 1,22 – 2,94), 1,6 veces el riesgo de no adecuarse a las normas de la sociedad (IC 95%: 1,06 - 2,41), 3,5 veces el riesgo de haber sido castigado sin merecerlo (IC 95%: 2,22 - 5,80) y 2,90 veces el riesgo de haber recibido más castigo del que se merecía (IC 95%: 1,84 - 4,59).

Tabla 2: frecuencias y porcentajes de las variables principales en nuestro estudio

Fuente: Elaboración propia

DISFUNCION FAMILIAR			
Variable	RP	IC (95%)	Valor p
Agresividad	1,90	(1,22 - 2,94)	<0,01
Incapacidad a las normas	1,60	(1,06 - 2,41)	0,02
Recibió castigo sin merecerlo	3,5	(2,22 - 5,80)	<0,01
Recibió más castigo	2,90	(1,84 - 4,59)	<0,01

Valores de RP (razón de prevalencias), IC95% (intervalo de confianza al 95%) y valor p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, función de enlace log y modelos robustos.

En la ficha de recolección también se integraron las variables de inicio sexual y

edad del inicio sexual. El 35% de la población en estudio indicó que tuvo relación sexual alguna vez en su vida.

El 66% de los que estudiantes que tuvieron actividad sexual se inició antes de los 18 años de edad. Gráfica 3.

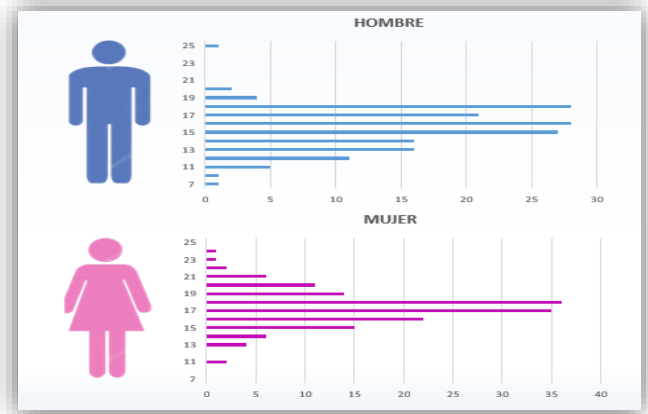


Gráfico 3: edad de inicio sexual de los estudiantes universitarios según sexo

Fuente:

<https://es.slideshare.net/gemahu2579/tipologia-final>

A medida que aumenta la edad de los estudiantes universitarios tienen 1,23 veces (1,13 – 1,34) las posibilidades de iniciarse sexualmente. El adulto joven tiene 2,64 veces (1,67 - 4,15) más riesgo de iniciarse sexualmente que el adolescente. **Tabla 3.**

Tabla 3: Relación del inicio sexual según la edad del estudiante universitario

Fuente: Elaboración Propia

Tuvo relaciones sexuales			
Variable	Valor p	RP	IC (95%)
Edad	<0,01	1,23	(1,13 - 1,34)
Adolescente	<0,01	0,34	(0,21 - 0,54)
Adulto joven	<0,01	2,64	(1,67 - 4,15)

Valores de RP (razón de prevalencias), IC95% (intervalo de confianza al 95%) y valor p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, función de enlace log y modelos robustos.

Las variables del estudio que se asociaron a un inicio sexual antes de los 18 años fueron: familia disfuncional (valor $p = 0,02$), incapacidad hacia el futuro (valor $p = 0,03$) y sexo del universitario (valor $p = <0,01$).

Los estudiantes que provienen de una familia disfuncional tienen 2,09 (IC 95%: 1,11 - 3,92) veces más riesgo de iniciarse sexualmente antes de los 18 años que un universitario de familia funcional. A esto debemos agregar que si tenía pensamientos de incapacidad hacia el futuro tenía 2,19 (IC 95%: 1,11 - 3,92) veces más riesgo de iniciarse sexualmente antes de la adultez.

El sexo de los estudiantes es un factor muy importante (fuerte asociación $= <0,01$) ya que las mujeres tienen menos posibilidades (RP: 0,32; IC95%: 0,20 - 0,53) de iniciarse sexualmente antes de ser adulto que los varones.

Tabla 4: Relación del inicio sexual antes de ser adulto

Fuente: Elaboración propia

Inicio Sexual antes de los 18 años			
Variable	RP	IC (95%)	Valor P
Familia disfuncional	2,09	(1,11-3,92)	0,02
Incapacidad en el futuro	2,19	(1,04-4,58)	0,03
Sexo del estudiante	0,32	(0,20 - 0,53)	<0,01

Valores de RP (razón de prevalencias), IC95% (intervalo de confianza al 95%) y valor p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, función de enlace log y modelos robustos

Valores de RP (razón de prevalencias), IC95% (intervalo de confianza al 95%) y valor p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, función de enlace log y modelos robustos.

La categoría más frecuente de funcionalidad familiar que presentaron los estudiantes universitarios fue el de moderadamente funcional con un 57,72%. A esto le debemos agregar que las familias disfuncionales se representaron con un 20,3% en nuestro estudio. En una investigación realizada en instituciones educativas de Lima Metropolitana determinaron que el 62% de los estudiantes presentaron familias moderadamente funcionales y que el 24%

estuvo representado por las familias disfuncionales (25).

El pertenecer a una familia con disfunción familiar tiene como consecuencia: tener 1,9 veces más posibilidades de ser agresivo, 1,6 veces más posibilidades de no adecuarse a las normas de la sociedad, 3,5 veces más posibilidades de haber sido castigado sin merecerlo y 2,90 veces más posibilidades de haber recibido más castigo del que se merecía. En un estudio realizado en EE. UU. Sobre salud mental, se demostró que un total de 14,79% de los estadounidenses adultos presentaron algún trastorno mental durante su vida diaria y que el trastorno de personalidad antisocial puede llegar a comprender un 3,63% de la población total. A esto debemos agregar que el riesgo de trastorno de personalidad antisocial fue mayor en los hombres en comparación con las mujeres (26).

El 66% de los que estudiantes tuvieron actividad sexual antes de los 18 años. Aquellos que provienen de familias disfuncionales tenían 2,09 veces más posibilidades de iniciarse sexualmente antes de los 18 años y que si tenía pensamientos de incapacidad hacia el futuro tenía 2,19 veces más posibilidades de iniciarse sexualmente en la adolescencia. En México determinaron que el inicio en la vida sexual fue más frecuente en adolescentes con expresión disfuncional de afecto en sus familias (6). En Colombia determinaron que los adolescentes que tuvieron sexo presentaron un porcentaje de 52,8% con una mediana de edad de inicio fue 15 años (RI: 14-16). Las variables asociadas al inicio temprano de la AS para el nivel individual fueron: sexo masculino, aprobación y actitudes permisivas hacia el sexo del adolescente, consumo de licor, tabaco y drogas. El nivel familiar fueron: madre no da educación sexual al hijo y aprobación y actitudes permisivas de los padres hacia el sexo en la adolescencia (27). En Chile hicieron un estudio analítico en población adolescente donde indicaban que el 84,2% de su población se había iniciado sexualmente. Las variables asociadas al inicio sexual fueron: ser hombre; desempeño escolar bajo no participación social; mala relación padre-hijo; mala comunicación familiar (28).

El sexo de los estudiantes es un factor muy importante (fuerte asociación $= <0,01$) ya que

las mujeres tienen menos posibilidades de iniciarse sexualmente antes de ser adulto que los varones. En México, las mujeres que se iniciaron sexualmente a temprana edad son producto de la presión de sus parejas y de sus amistades (29).

Conclusión

Una familia disfuncional y/o los propios rasgos disociales están asociados para iniciarse sexualmente a temprana edad. Esto debe ser motivo de evaluación por parte de autoridades.

Bibliografía

1. Torrico E, Salas A, Gutiérrez A, Arce M, Salazar F. Factores de riesgo asociados al inicio de relaciones sexuales en adolescentes mujeres estudiantes de secundaria en La Paz, Bolivia. *Rev Soc Bol Pediatr*. 2004;43(1):3-7.
2. Pacheco T, Herrera S, Meléndez M, Burgos V. Hacia un modelo integral de enseñar y aprender sobre sexualidad en adolescentes. *Arch Hisp Sex*. 2003;9(2):256-8.
3. Hernández-Cabrera J, Pérez-Rodríguez O. Temas sobre sexualidad que interesan a un grupo de adolescentes en el área de salud Iguará. *Rev Cubana Enferm*. [Internet] 2005;21(2). Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21_2_05/enf10205.htm.
4. Calatrava, M., López-Del Burgo, C., & de Irala, J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Medicina Clínica*. 2012; 138(12), 534-540.
5. García-Roche RG, Cortés-Alfaro A, Vila-Aquilera 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*. [Internet]. 2006;22(1). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi03106.Htm
6. Gutiérrez JP, Bertozzi SM, Conde-González CJ, Sánchez-Alemán MA. Risk behaviors of 15-21 yearolds in Mexico lead to a high prevalence of sexually transmitted infections: results of a survey in disadvantaged urban areas. *BMC Public Health*. [Internet]. 2006;27(6):49. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/49>
7. Harvey SM, Henderson JT. Correlates of condom use intentions and behaviors among a communitybased sample of Latino men in Los Angeles. *J Urban Health*. 2006;83(4):558-74. Texto libre en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2430480/>
8. Soto V. Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. *An Fac Med Lima*. 2006;67(2):152-9. Texto libre en <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v67n2/a08v67n2.pdf>
9. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, ShamahLevy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, et al., editores. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006. Disponible en <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>
10. González E, Molina T, Montero A, Martínez V, Leyton C. Factores asociados a la continuidad del uso anticonceptivo en adolescentes solteras nulíparas. *Rev Med Chile* 2009;137:1187-92.
11. O'Donnell L, Donnell RC, Stueve A. early sexual initiation and subsequent sex-related risks among urban minority youth: the reach for health study. *Fam Plann Perspect* 2001;33:268-75. [Links]
12. Hofferth S. Factors affecting initiation of sexual intercourse. In: *Risking the future: Adolescent sexuality, pregnancy and childbearing*, Washington, DC: National Academy Press 1987;1:7-35. [Links]
13. SERNAM, Análisis de las conductas de las/os adolescentes Región Metropolitana, Santiago, Chile, 1997, No. 53.
14. Kris L, Gowen S, Feldman S, Diaz R, Donovan SI. A comparison of the sexual behavior and attitudes of adolescent girls with older vs similar-aged boyfriends. *J Youth Adolesc* 2004;33:167. [Links]
15. Marin VB, Coyle KK, Gomez C, Carvajal CS, Kirby BD. Older boyfriends and girlfriends increase risk of sexual initiation in young adolescents. *J Adolesc Health* 2000;27:409-18. [Links]
16. Raj A, Silverman JG, Amaro H. The relationship between sexual abuse and sexual risk among high school students. Findings from the 1997 Massachusetts youth risk behavior. *Matern Child Health J* 2000;4:125-34. [Links]
17. Roosa WM, Jenn-Yun T, Reinholtz C, Angelini JP. The relationship of childhood sexual abuse to teenage pregnancy. *J Marriage Fam* 1997;59:119-30. [Links]
18. Boyer D, Fine D. Sexual abuse as factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. *Fam Plann Perspect* 1992;24:11-9. [Links]

19. Fergusson DM, Horwood J, Lynshy MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behavior and sexual revictimization. *Child Abuse Negl* 1997;21:789-803. [Links]
20. Buzi SR, Tortolero RS, Roberts ER. The impact of a history of sexual abuse in high-risk sexual behaviors among females attending alternative schools. *Adolescence* 2003;38:595-611.
21. CB, McCoy JK, Olson TD. Dating age and stage as correlates of adolescent attitudes and behavior. *J Adolescent Research* 1986;1:361-71. [Links]
22. Thornton A. The courtship process and adolescent sexuality. *J Family Issues* 1990;11:239-73. [Links]
23. Jorgensen S, King SL, Torrey BA. Dyadic and social network influences on adolescent exposure to pregnancy risk. *J Marriage Fam* 1980;42:141-55. [Links]
24. Newcomer S, Gilbert M, Udry JR. Perceived and actual same sex peer behavior as determinants of adolescent sexual behavior. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association. In: *Adolescent sexual behavior, Pregnancy and Parenting: Research through the 1980s*. *J Marriage Fam* 1990;1025-44. [Links]
25. Cachay Lopez, P. A. Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to año de secundaria de instituciones educativas en Lima Metropolitana 2010.2011.
26. Subvención BF, Hasin DS, Stinson FS, et al. Prevalencia, correlación, y la discapacidad de los trastornos de personalidad en los Estados Unidos: Los resultados de la encuesta epidemiológica nacional sobre alcohol y condiciones relacionadas. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 948.
27. Holguín M Yuri Paulin, Mendoza T Luis Alfonso, Esquivel T Claudia Marcela, Sánchez M Ricardo, Daraviña B Andrés Felipe, Acuña P María. Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2013 [citado 2017 Ago 01] ; 78(3): 209-219. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000300007&lng=es.
28. González, E., Molina, T., Montero, A., & Martínez, V. Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2013; 78(1), 4-13Subvención BF, Hasin DS, Stinson FS, et al. Prevalencia, correlación, y la discapacidad de los trastornos de personalidad en los Estados Unidos: Los resultados de la encuesta epidemiológica nacional sobre alcohol y condiciones relacionadas. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 948.
29. Lavielle Sotomayor, P. Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes.2014.