

Conductas de riesgo para la salud en adolescentes escolarizados del municipio de Tabio, Colombia

Health-risk behaviors in school-based adolescents in Tabio, Colombia

María C. Paredes-Iragorri, María B. Tovar-Añez, Carlos E. Pinzón-Flórez,
Karem J. Delgado-García, Silvia N. Celemín-Álvarez,
Natalia Becerra-Uribe y Natalia Soto-Ordúz

Recibido 9 octubre 2019 / Enviado para modificación 13 octubre 2020 / Aceptado 12 diciembre 2020

RESUMEN

Objetivos Identificar los comportamientos de riesgo para la salud y describir su relación con las características sociodemográficas en los adolescentes de un colegio del municipio de Tabio, provincia de Sabana Centro, Cundinamarca, Colombia.

Metodología Estudio descriptivo y de corte transversal en población adolescente escolar de 14 a 19 años, durante el año 2018, elegidos por medio de muestreo por conveniencia. Se obtuvo información mediante el cuestionario en español de la herramienta RAAPS (Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services), que evaluó los comportamientos de riesgo, previa firma de consentimiento y asentimiento informado. Se realizó análisis estadístico en el programa STATA versión 14.0.

Resultados Se incluyó una muestra de 217 estudiantes, con edad promedio de 15,8 años (53% mujeres y 47% hombres). La mayoría de zona rural y estrato 2. Dentro de los comportamientos de riesgo detectados se destacan la falta de uso de cinturón de seguridad y casco en casi la mitad de los participantes, síntomas de tristeza en 37,3% (que afecta más a las mujeres), consumo de alcohol en el 45,2% y actividad sexual en el 30,9% (son más frecuentes en el grupo de 17 a 19 años y en el sexo masculino).

Conclusión Los hallazgos confirman la presencia de comportamientos de riesgo para la salud en los adolescentes de la población estudiada, que deben ser intervenidos a través de estrategias preventivas efectivas y que alertan sobre la necesidad de implementar un sistema periódico de vigilancia.

Palabras Clave: Adolescente, conducta del adolescente, conductas de riesgo para la salud, servicio de salud escolar (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective to identify health-risk behavior and describe their correlation with sociodemographic characteristics in a group of adolescents from a school located in Tabio, Sabana Centro, Cundinamarca.

Methodology A descriptive and cross-sectional study was carried out in school adolescents from 14 to 19 years of age during 2018; chosen by convenience sampling. The information was collected using the Spanish version of the RAAPS questionnaire (Rapid assessment for preventive services for adolescents) that assesses risk behaviors, signing of informed consent and assent prior. The statistical analysis was performed in the STATA program, version 14.0.

Results A sample of 217 students was included, the average age was 15.8 years, 53% were women and 47% were men, most of them from the rural area and socioeconomic status 2. Among the main risk behaviors were never wearing a belt of safety or helmet in almost half of the adolescents, symptoms of sadness in 37.3% with higher prevalence in women, alcohol consumption in 45.2% and sexual activity in 30.9%, both being more frequent in the group of 17 to 19 years old and male.

MP: MD. Esp. Pediatría. Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia.
maria.paredes@unisabana.edu.co
MT: MD. Esp. Pediatría. M. Sc. Bioética. Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia.
maria.tovar5@unisabana.edu.co
CP: MD. M. Sc. Epidemiología Clínica. Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia.
carlos.pinzon1@unisabana.edu.co
KD: MD. Esp. Pediatría. Esp. Epidemiología Clínica. Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia.
karemdaga@unisabana.edu.co
SC: MD. Residente de Pediatría. Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia.
silviaceal@unisabana.edu.co
NB: MD. Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia.
nataliabeur@unisabana.edu.co
NS: MD. Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia.
nataliasoso@unisabana.edu.co

Conclusion The results confirmed the presence of health risk behaviors in the adolescents of studied population, who must be intervened through effective preventive strategies and warn about the need to implement a periodic surveillance system.

Key words: Adolescent, adolescent behaviors, health risk behavior, school health services (source: MeSH, NLM).

La adolescencia es una etapa de transición entre los 10 y 19 años que comprende una serie de cambios biológicos y psicosociales. Durante esta se consolidan hábitos, estilos de vida y comportamientos que determinarán la futura salud del adulto (1,2). Este grupo es vulnerable a conductas de riesgo que pueden comprometer su desarrollo físico y/o psicosocial con resultados adversos en la salud y bienestar (3,4). En el mundo, alrededor del 70% de las muertes de jóvenes obedece a causas externas tales como accidentes, homicidios y suicidios, entre otras (5,6). Muchas de ellas son el resultado de comportamientos riesgosos que se categorizan en cinco dominios: violencia y lesiones no intencionales, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos en salud mental, problemas relacionados con la salud sexual y hábitos alimentarios y de actividad física inadecuados (1,3).

Como estrategia para prevenir las principales causas de morbimortalidad en este grupo, los entes gubernamentales y diferentes asociaciones científicas mundiales han elaborado guías, cuestionarios y escalas para detectar y medir de manera oportuna las conductas de riesgo en los jóvenes (7,8). Dentro de estas se destacan, la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS) de la Organización Mundial de Salud (OMS), los cuestionarios de las guías para los servicios preventivos de los adolescentes (GAPS) de la Asociación Médica Americana (AMA) y el sistema de vigilancia de comportamientos de riesgo en jóvenes (YRBS) del Centro de Control de Enfermedades (CDC) (8). A partir de los cuestionarios utilizados por las GAPS, el YRBS y un panel de expertos en salud de adolescentes, la Universidad de Michigan diseñó un cuestionario alternativo más corto denominado RAAPS (Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services) que facilita su aplicación en el escenario de atención primaria (9), el cual, en su versión en español, fue aplicado para estudiantes de colegios de dos ciudades de Colombia (10).

En la provincia Sabana Centro de Cundinamarca, región ubicada en el noroccidente de la capital del país y conformada por 11 municipios, datos epidemiológicos previos han evidenciado conductas de riesgo en este grupo, tales como embarazo adolescente (con una tasa de natalidad de 53 por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años), 18% de violencia intrafamiliar contra la población infantil y adolescente y el suicidio como tercera causa de muerte violenta (un 40% de ellos fueron cometidos por jóvenes entre los 15 y los 24 años) (11).

Con la finalidad de describir las características de las conductas de riesgo para la salud en adolescentes de la región Sabana Centro, se realizó este estudio en un colegio del municipio de Tabio, mediante la aplicación del cuestionario RAAPS (en su versión en español) para recomendar la implementación de estrategias de prevención encaminadas a disminuir su frecuencia.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal en adolescentes de 14 a 19 años, de los grados 8.º a 11.º de un colegio público del municipio de Tabio, ubicado en la provincia Sabana Centro, de Cundinamarca, durante el año 2018. Se llevó a cabo un muestreo por conveniencia para un tamaño calculado de 215 adolescentes, con un poder del 80%, nivel de confianza del 95%, máximo error admisible del 5% y porcentaje de pérdida estimada del 5%. Se excluyó a los estudiantes que tuvieran algún déficit neurológico (pues esto podría limitar el diligenciamiento del cuestionario) y a aquellos que no quisieron participar de forma voluntaria en el estudio.

Se contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de La Sabana y la autorización del rector del colegio. El instrumento para la recolección de información incluyó variables sociodemográficas y de riesgo a través del cuestionario RAAPS (en idioma español) validado en población colombiana, el cual contiene 21 preguntas relacionadas con los 5 dominios de conductas de riesgo: violencia y accidentes, salud mental, salud sexual, consumo de sustancias y hábitos alimentarios y de actividad física.

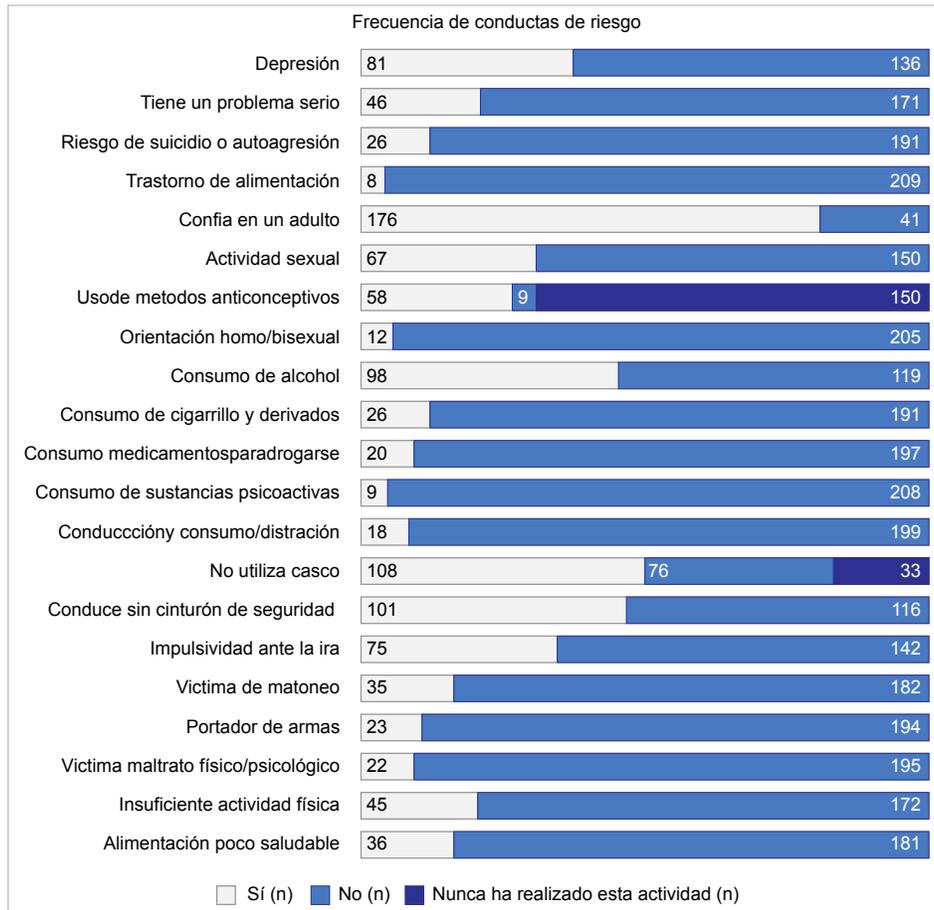
Se realizaron reuniones con los padres de familia para informarles sobre el estudio y obtener la firma de consentimientos; posteriormente, en jornadas educativas, se invitó a los estudiantes a participar en el estudio y se recibieron las firmas de asentimiento de los que aceptaron la propuesta. Luego se procedió a recolectar la información de manera escrita y confidencial mediante el instrumento descrito, cumpliendo con los principios bioéticos internacionales (Declaración de Helsinki) y nacionales (Constitución Política Nacional de 1991 y Resolución 008430 de 1993). En los casos en los que se detectó un comportamiento que atentara contra la vida o integridad del participante o en aquellas situaciones de notificación obligatoria, se contactó de manera privada y oportuna al adolescente y sus padres o tutores legales, dando la orientación necesaria sobre los trámites y procedimiento a seguir.

La información obtenida de las variables fue tabulada en Excel y procesada en STATA versión 14.0. Se realizó un análisis descriptivo de los datos utilizando medidas de tendencia central y dispersión (para las variables continuas) y tablas de frecuencia y proporción (para las variables nominales o categóricas); asimismo, se realizó un análisis bivariado para comparar las características sociodemográficas y el perfil de riesgo (utilizando la prueba chi2 para las variables categóricas y la prueba t student para las continuas), mediante el cual se reportó OR con intervalo de confianza del 95%, considerando una significancia estadística con $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaron 217 estudiantes de los grados 8.º a 11.º de un colegio público del municipio de Tabio. La edad promedio fue de 15,8 años (1,34 DS), con un 73% entre los 14 y 16 años. En la tabla 1 se incluye la descripción sociodemográfica de la muestra. La mayoría (57,6%) se ubicó en el estrato 2 y el 64,5% residía en zona rural. Los padres del 25,8% de los estudiantes no tenían formación educativa o máximo de nivel primaria. Los resultados en valores absolutos y relativos de las 21 preguntas de la encuesta, con respuesta binomiales (sí/no), se encuentran agrupados en los 5 dominios de conductas de riesgo en la Figura 1.

Figura 1. Conductas de riesgo



En lo referente a salud mental, los síntomas depresivos fueron el hallazgo más frecuente (Figura 1). Estos afectan más al sexo femenino y a los jóvenes que vivían con un solo padre, en comparación con familias biparentales, hallazgos estadísticamente significativos (Tabla 1). Con respecto a comportamientos sugestivos de trastorno de conducta alimentaria en últimos 12 meses, estos se pre-

sentaron en el 3,7%, y fueron más frecuentes en el grupo de menor edad (4,4%) y en las mujeres (5,2%) sin significancia estadística. El 81,1% reportó contar con un adulto con quien hablar de sus problemas; en particular, se encontró que los adolescentes de menor edad contaban con este apoyo como un factor protector en mayor proporción que los mayores (84,3% vs. 71,9%), (OR=2,1 p 0,04).

Tabla 1. Relación entre salud mental y variables sociodemográficas

Variable	Total (n) 217	Síntomas de depresión en el último mes				Comportamientos o ideas suicidas en el último año							
		Sí		No		Sí		No		Sí		No	
		n	%	n	%	OR	p	n	%	n	%	OR	p
Edad													
14 a 16 años	160	64	40,0	96	60,0			20	12,5	140	87,5		
17 a 19 años	57	17	29,8	40	70,2	0,6	0,17	6	10,5	51	89,5	0,8	0,69
Sexo													
Mujeres	115	58	50,4	57	49,6			17	14,8	98	85,2		
Hombres	102	23	22,5	79	77,5	0,2	0,00	9	8,8	93	91,2	0,5	0,18
¿Con quién vive?													
Con uno de los padres	83	39	47,0	44	53,0			14	16,9	69	83,1		
Con ambos padres	124	39	31,5	85	68,5	0,5	0,02	10	8,1	114	91,9	0,4	0,05
Con ninguno de los padres	10	3	30,0	7	70,0	0,4	0,31	2	20,0	8	80,0	1,2	0,80
Nivel educativo de los padres													
Sin educación o máximo primaria	56	18	32,1	38	67,9	1,3	0,37	4	7,1	52	92,6	2,0	0,22
Al menos uno de los padres bachiller o más	157	61	38,9	96	61,1			21	13,4	136	86,6		
No sabe	4	2	50,0	2	50,0			1	25,0	30	75,0		

En el dominio de salud sexual, el 30,9% de los estudiantes reportó haber tenido algún tipo de contacto sexual (vaginal, anal u oral), siendo más alto en hombres de edades mayores y en aquellos que viven sin los padres, hallazgos estadísticamente significativos. El 86,6% informó utilizar siempre condón u otro método

anticonceptivo, con mayor frecuencia en los hombres y en el grupo de edades mayores, sin significancia estadística (Tabla 2). Por otro lado, el 5,5% manifestó tener una orientación homo/bisexual, sin diferencias estadísticamente significativas si se compara con variables sociodemográficas.

Tabla 2 Relación entre salud sexual y variables sociodemográficas

Variable	Total (n) 217	Inicio de relaciones sexuales				Siempre utiliza algún método anticonceptivo									
		Sí		No		Sí		No		No ha tenido relaciones		OR		p	
		n	%	n	%	OR	p	n	%	n	%	n	%	OR	p
Edad															
14 a 16 años	160	38	23,8	122	76,3			33	20,6	5	3,1	122	76,3		
17 a 19 años	57	29	50,9	28	49,1	3,3	0,0	25	43,9	4	7	28	49,1	0,4	0,21
Sexo															
Mujeres	115	26	22,6	89	77,4			23	20	3	2,6	89	77,4		
Hombres	102	41	40,2	61	59,8	2,3	0,0	35	34,3	6	5,9	61	59,8	0,4	0,24
¿Con quién vive?															
Con uno de los padres	83	23	27,7	60	72,3			19	22,9	4	4,8	60	72,3		
Con ambos padres	124	38	30,6	86	69,4	1,1	0,65	35	28,2	3	2,4	86	69,4	2	0,35
Con ninguno de los padres	10	6	60,0	4	40	3,9	0,04	4	40	2	20	4	40	0,2	0,09
Nivel educativo de los padres															
Sin educación o máximo primaria	56	19	33,9	37	66,1	0,8	0,51	17	30,4	2	3,6	3,7	66,1	0,7	0,77
Al menos uno de los padres bachiller o más	157	46	29,3	111	70,7			39	24,8	7	4,5	111	70,7		
No sabe	4	2	50,0	2	50,0			2	50	0	0	2	50		

Respecto al consumo de sustancias, se encontró que el alcohol era el más frecuente (45,2%) con mayor prevalencia en los adolescentes de 17 a 19 años (OR=2,7 p 0,00), y en hombres (OR=1,9 p 0,01). En cuanto al consumo de cigarrillo y derivados del tabaco no se encontró diferencia estadísticamente significativa por sexo, grupos de edad u otras variables sociodemográficas. En lo concerniente a uso de otras sustancias psicoactivas (marihuana, inhalantes y otras drogas) la única variable que demostró significancia estadística fue la edad, siendo mayor la prevalencia entre los adolescentes de 17 a 19 años (OR=6,1 p 0,01).

Al explorar las conductas relacionadas con riesgo de accidentes, el 46,5% de los estudiantes no utiliza de manera constante el cinturón de seguridad al montar en vehículos automotores y el 58,6% de los 184 estudiantes que realizan actividades deportivas (patinaje, ciclismo o motociclismo) no utilizan siempre el casco; al respecto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por edad, sexo y otras variables sociodemográficas. El 8,3% refirió haber sido pasajero o conductor de vehículos bajo el efecto de sustancias psicoactivas o enviar mensajes de texto mientras conducía en los últimos 12 meses.

Esta conducta se presenta con una mayor frecuencia de significancia estadística en hombres (13,7% vs. 3,4%) (OR=4,4 p 0,01) y es más prevalente en el grupo de mayor edad (10,5% vs. 7,5%). Este último no es estadísticamente significativo, tampoco si se compara con otras variables. Con respecto a comportamientos violentos, el 16,1% refirió haber sido víctima de matoneo en el último mes, y el 10,1% reportó haber sido víctima de violencia física, sexual o psicológica alguna vez en su vida, sin diferencias significativas por grupos de edad, sexo y otras variables sociodemográficas. En cuanto al porte de armas, se registró que el 10,6% de los participantes ha llevado una consigo para protegerse, con mayor prevalencia estadísticamente significativa en hombres (15,7%) al comparar con mujeres (6,1%) (OR=2,8 p 0,02), sin encontrar significancia estadística al relacionar con grupos de edad y otras variables. Al indagar sobre hábitos alimentarios, el 83,4% de los adolescentes consumían algunas frutas y vegetales todos los días con una frecuencia similar en los dos grupos de edad; y aunque fue mayor en las mujeres (86,9% vs. 79,4%), la diferencia no fue significativa. El 79,3% realizaba actividad física al menos una hora al día por mínimo 3 días a la semana, conducta más frecuente en los de mayor edad con respecto a los menores (87,7% vs. 76,2%), y en los hombres en relación con las mujeres (84,3% vs. 74,7%), valores que no tuvieron significancia estadística. Al comparar estas cifras con las de otras variables solo se encontró una relación significativa en el estrato socioeconómico, ya que la mayoría (n=107) de jóvenes pertenecían al estrato 2 (p=0,01).

DISCUSIÓN

El perfil de riesgo para los estudiantes encuestados en un colegio de la provincia Sabana Centro, Cundinamarca, presentó resultados similares a los reportados por otros estudios en población adolescente en los dominios de violencia (6,12), consumo de sustancias (10), salud mental (6) y salud sexual (13). Por el contrario, en cuanto a los hábitos saludables de alimentación y actividad física, su frecuencia fue más alta con respecto a lo informado por otras encuestas (6,14).

La salud mental es un dominio de preocupación creciente, dado que en este plano el adolescente es mucho más vulnerable. Al respecto, los síntomas de tristeza fueron los más prevalentes en este estudio, similar al 31,5% reportado en Estados Unidos (EE. UU.) por el YRBS (CDC 2017) (6), y de mayor frecuencia si se compara con el 23,7% encontrado en el estudio de validación del cuestionario RAAPS (10), y en la Encuesta de Salud Mental (ESM) de Colombia 2015, en la que se reportó una prevalencia de depresión del 3,9% en los adolescentes de 12-17

años (15); así como respecto al estudio realizado durante el 2010 en escolares de la misma región de Cundinamarca que encontró síntomas depresivos en un 3,3% (16). Esta diferencia de prevalencias tan marcada probablemente se explica porque se usaron cuestionarios con distinta sensibilidad en la detección de síntomas depresivos. En cuanto a las conductas suicidas, la prevalencia en este estudio fue menor que el 17,2% reportado por el YRBS (CDC 2017) (6); similar al 13,8% de un estudio en escolares realizado en Paraguay con la Encuesta GSHS (13) y mayor al compararlo con otros estudios en Colombia que informaron una prevalencia en adolescentes del 8,5% y 6,6% (10,15). Respecto al género, las mujeres presentaron la prevalencia más alta para síntomas depresivos e ideación suicida, datos que confirman lo descrito a nivel nacional e internacional (6,13,15,17). Además, se ha encontrado asociación entre depresión y disrupción en la estructura familiar (18), lo que genera una atención especial hacia aquellos adolescentes con síntomas depresivos y familias monoparentales, como lo encontrado en este estudio.

En lo referente a salud sexual, en el presente estudio se reportó una frecuencia de actividad sexual inferior a lo evidenciado en el YRBS (39,5%) (9) y a lo reportado previamente del 42,8% en escolares de la misma región durante el 2011 (19); sin embargo, fue similar a la Encuesta GSHS en Paraguay (30,1%) (13) y la “Encuesta de comportamientos y factores de riesgo en niños, niñas y adolescentes escolarizados” (ECAS) en Colombia (25,5%) (14), pero mayor que lo reportado en la encuesta de comportamientos en salud de niños en edad escolar (*Health Behaviour in School-Aged Children: HBSC*) practicada en 43 países de Europa (18,8%) (20). También se encontró que la frecuencia era menor para quienes vivían con al menos un padre, como lo descrito en un estudio en jóvenes escolarizados en México en el cual demostraron que la estructura familiar era un factor protector para prevenir estos comportamientos (21). Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, su frecuencia tuvo una tendencia similar al 72% reportado por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2015 en mujeres entre 15 a 19 años sexualmente activas (22); y al estudio de validación del RAAPS en Colombia (70,5%) (10), pero superior a lo encontrado en la ECAS (14). La mayor frecuencia de uso de anticoncepción se presentó en los hombres, como lo descrito en la literatura nacional e internacional (6,13,19,23).

Otro comportamiento indagado que genera un continuo impacto en el mundo occidental es el consumo de sustancias psicoactivas introducidas desde temprano en la adolescencia entre los 12 y 14 años (17,24). El consumo de alcohol y cigarrillo y su aceptación social continúa siendo un problema de salud global y del adolescente. El

alcohol sigue siendo la sustancia de mayor prevalencia entre los jóvenes (6,14,17,24,25), tal como se encontró en este estudio; sin embargo, su tendencia fue inferior a lo reportado en Tunja en un estudio con adolescentes escolarizados que evaluaba su consumo alguna vez en la vida (72,6%) (25), pero más alta con respecto a varios estudios tales como el YRBS (29,3%) (6), la Encuesta Nacional de Consumo (ENC) de sustancias psicoactivas en población escolar (37%) (24) y al estudio con la herramienta RAAPS realizado en Colombia (21,1%) (10). El cigarrillo es la segunda sustancia nociva más utilizada en nuestro estudio, con una prevalencia similar al 12,3% reportado por el YRBS (CDC, 2017) (6) y superior al 8,1% hallado en la ENC (2016) (24). Con respecto a otras sustancias psicoactivas se encontró menor frecuencia a lo reportado por el YRBS (CDC, 2017) donde solo se indagó por el uso de marihuana en los últimos 30 días (19,8%) (6); asimismo, fue inferior a lo informado por la ENC de 6,1% de consumo de múltiples sustancias (24) y de 9,9% en adolescentes escolares en la ciudad de Popayán (17). Al comparar con las prevalencias del estudio de validación de RAAPS en Colombia, el consumo de sustancia psicoactivas (2,9%) fue inferior a nuestros hallazgos (10).

Con respecto al dominio de violencia, el matoneo es un tema álgido en la población escolar. La frecuencia encontrada en el presente estudio fue similar a la observada en el YRBS, que reportó un acoso del 15,5% vía electrónica y 20,2% de forma presencial (6), y a la de un estudio hecho en Popayán, Colombia, que reportó un 15% de acoso (17). Este fenómeno tiene un impacto psicológico importante para quien lo padece, asociado a rechazo y baja autoestima (26), y se convierte en un problema social que debe ser intervenido oportunamente.

En lo referente a haber sido víctima de violencia física, sexual o psicológica, en el presente estudio se encontró una mayor frecuencia en comparación con el 8,9% reportado por otros colegios de Colombia que utilizaron el mismo cuestionario (10). En cuanto al porte de armas, la prevalencia fue similar a la de un estudio realizado en Suba, el cual reportó que 9% de los adolescentes escolarizados habían cargado un arma para defenderse (27). También nuestro estudio confirma el predominio del sexo masculino como portador de armas reportado en otros sistemas de vigilancia a nivel global y del país (6,27), hecho soportado por normas sociales y de género, en las que los hombres, a lo largo de la evolución, han estado más propensos a usar la violencia física como un medio de supervivencia (28). En lo referente a riesgo para accidentes de tránsito, el porcentaje de jóvenes que no utiliza el cinturón de seguridad fue similar al encontrado en el estudio realizado en Colombia con la Encuesta RAAPS (10), y superior al 5,9% reportado por el YRBS (6) y al 36,8% que informó la

Encuesta GSHS en Paraguay (13). En cuanto a los adolescentes que no usan el casco para la actividades deportivas, la prevalencia de nuestro estudio fue menor que el 73,8% reportado por la GSHS en adolescentes escolarizados de países Latinoamericanos (13) y similar a lo reportado en el estudio de validación del RAAPS para Colombia, que fue del 55,2% (10), lo que puede sugerir que en Colombia se requiere implementación de enseñanza de seguridad vial a nivel escolar en los adolescentes.

En lo concerniente a ser pasajero o conductor de vehículos bajo circunstancias distractoras, se encontró una frecuencia superior a lo evidenciado en otros colegios de Colombia evaluados con la misma herramienta (4,8%) (10). Al comparar con estudios de otros países como el YRBS (6) y la Encuesta de Salud Escolar de Paraguay (13) la prevalencia de esta conducta fue menor en nuestro estudio.

Dentro de las conductas evaluadas, los hábitos de vida saludable son un tema fundamental en la prevención de enfermedades crónicas del adulto. En el presente estudio los adolescentes refirieron haber consumido frutas y verduras al menos una vez al día en un 83,4%, hallazgo similar al reportado en un estudio en escolares de 9 a 17 años en Bogotá (29); pero superior al 18,8% y 13,9% de consumo de frutas y verduras respectivamente reportado por el YRBS (6) y por la Encuesta Nacional de Salud en Escolares realizada en Colombia, la cual mostró que solo el 13,1% cumplían con la frecuencia de consumo de frutas y verduras (12).

Respecto a la actividad física, el 79,3% cumplen con la recomendación mínima de realizar una hora al día al menos tres veces a la semana, (30) como lo reportado en la ECAS en Colombia, donde el 82,1% realizó deporte o algún tipo de actividad en los últimos 12 meses (14), pero superior al 46,5% reportado por el YRBS (CDC, 2017) (6).

Para explicar esta diferencia podemos inferir que los adolescentes de la población estudiada requieren movilizarse al colegio caminando o en bicicleta por la ubicación de las viviendas en zona rural y por la menor disponibilidad de recursos para transporte en vehículo automotor en el estrato 2, en el cual se reportó mayor actividad física, lo que coincide con hallazgos de un estudio en Bogotá en el que los estudiantes de colegios públicos y de estratos más bajos reportaron mayores niveles de actividad física para el transporte al colegio (31).

La herramienta RAAPS, validada en su versión en español (10), es un instrumento de tamizaje rápido y oportuno en los adolescentes, lo que facilita la prevención primaria y secundaria de conductas de riesgo, ya que utiliza una menor cantidad de preguntas generales con solo 2 opciones de respuesta para evaluar los 5 dominios. Como desventaja se encontró que ante respuestas que sugieran algún riesgo, se requiere realizar una entrevista adicional

directa para confirmarlo, además que la encuesta requiere ser ajustada al contexto cultural donde se aplique.

Entre las limitaciones del estudio se presentaron la baja asistencia de los padres de familia a las jornadas para la firma del consentimiento informado, restringiendo la oportunidad de participación en algunos adolescentes menores de edad; por otro lado, la inclusión voluntaria pudo generar que algunos jóvenes con riesgos no participaran en el estudio, lo anterior podría constituir un sesgo de selección. Por último, al ser una encuesta anónima confidencial, es decir con identificación de los individuos mediante códigos por parte del equipo investigador, se pudo alterar la veracidad de las respuestas, especialmente en aquellas preguntas álgidas por temor a ser discriminados o juzgados. Estas situaciones inherentes a este tipo de trabajo no invalidan los resultados obtenidos.

Finalmente, se considera que los resultados obtenidos mediante la aplicación de la encuesta sirven para implementar estrategias preventivas en la población estudiada, priorizando intervenciones en aquellas conductas de riesgo que se presentaron con mayor frecuencia.

Este estudio constituye un primer avance que aporta información epidemiológica sobre las conductas de riesgo en adolescentes de la provincia Sabana Centro de Cundinamarca; se espera continuar trabajando en esta línea a fin de ampliar el estudio, con una muestra representativa que incluya a todos los municipios de la región, y, según los resultados globales, formular políticas de salud enfocadas en la prevención y manejo de las principales causas de morbilidad en este grupo de la población. Asimismo, se propone implementar un sistema de vigilancia periódica e integral de los comportamientos de riesgo de los adolescentes, tal como existe en otros países, que permita, además de la detección oportuna, un seguimiento del impacto de las estrategias preventivas a lo largo del tiempo, lo cual redundará en mejorar la calidad de vida del adolescente y garantizar un óptimo estado de salud en la adultez ♦

Financiación: La investigación fue financiada por la Universidad de La Sabana a través de la convocatoria interna para abordar, desde la investigación, temas de interés para la zona Sabana Centro a partir del diagnóstico del observatorio regional Sabana Centro Cómo Vamos como contribución a la innovación social en la región (Código del proyecto MED 218-2017).

Agradecimientos: A la rectora, coordinadores y personal docente y administrativo del colegio participante.

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

- Alba L. Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. Univ Medica [Internet]. 2010 [cited 2019 May 4]; 51(1):29-42. <https://bityl.co/Aroe>.
- Webb MJ, Kauer SD, Ozer EM, Haller DM, Sancí LA. Does screening for and intervening with multiple health compromising behaviours and mental health disorders amongst young people attending primary care improve health outcomes? A systematic review. BMC Fam Pract. 2016; 17(1):104. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0504-1>.
- Keeler HJ, Kaiser MM. An Integrative Model of Adolescent Health Risk Behavior. J Pediatr Nurs. 2010; 25(2):126-37.
- Kaess M, Brunner R, Parzer P, Carli V, Apter A, Balazs JA, et al. Risk-behaviour screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2014; 23(7):611-20. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.005>.
- Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: Riesgos para la salud y soluciones [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2019 May 4]. <https://bityl.co/Arow>.
- Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance United States, 2017. Vol. 67 [Internet]. United States: CDC; 2018 [cited 2019 Sept 5]. <https://bityl.co/Arp1>.
- Vivo S, Saric D, Munoz R, Lopez-Pena P, McCoy S, Bautista-Arredondo S. Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes [Internet]. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo. 2013 [cited 2019 Sept 5]. <https://bityl.co/Arp9>.
- Foti K, Balaji A, Shanklin S. Uses of Youth Risk Behavior Survey and School Health Profiles data: Applications for improving adolescent and school health. J Sch Health. 2011; 81(6):345-54. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00601.x>.
- Yi CH, Martyn K, Salerno J, Darling-Fisher CS. Development and Clinical Use of Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services (RAAPS) Questionnaire in School-based Health Centers. J Pediatr Health Care. 2009; 23(1):2-9. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2007.09.003>.
- Suárez TA, Blanco A, Díaz LA. Validación de la versión en español de la evaluación rápida de servicios preventivos para adolescentes (RAAPS) entre adolescentes colombianos. Arch Argent Pediatr. 2016; 114(5):448-52. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.448>.
- Camelo C, Castro A, Bejarano AM, Pineda M. Informe de calidad de vida del 2017: Sabana Centro Cómo Vamos. Bogotá: Universidad de La Sabana. Tercera edición; 2018.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Panorama de la salud de los escolares en Colombia [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2018 [cited 2019 Jun 5]. <https://bityl.co/ArpM>.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Encuesta Global de Salud Escolar (GSHS), Paraguay, 2017 [Internet]. Asunción: Centro de Documentación y Estudios; 2018 [cited 2019 Sept 4]. <https://bityl.co/ArqA>.
- DANE. Encuesta de comportamientos y factores de riesgo en niñas, niños y adolescentes escolarizados (ECAS), 2016. Boletín técnico [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2017 [cited 2019 Sept 5]. <https://bityl.co/ArqH>.
- Ministerio de Salud, Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo 1 [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2016 [cited 2019 Jun 5]. <https://bityl.co/ArtD>.
- Ospina FC, Hinestrosa MF, Paredes MC, Guzmán Y, Granados C. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Rev. Salud Pública (Bogotá). [Internet]. 2011 [cited 2019 Jun 5]; 13(6):908-20. <https://bityl.co/ArtH>.
- Vernaza-Pinzón P, Pinzón M V. Comportamientos de salud y estilos de vida en adolescentes de tres colegios del municipio de Popayán. Rev Salud Pública [Internet]. 2012 [cited 2019 Jun 5]; 14(6):946-55. <https://bityl.co/ArtI>.

18. Scarpati MP, Pertuz MS. Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con hijos adolescentes. *Divers Perspect en Psicol* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 5]; 10(2):225-46. <https://bityl.co/ArtL>.
19. Paredes MC, Gómez YM, Torres AM, Fernández M, Tovar MB. Prevalencia de *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* en adolescentes de colegios de la zona Sabana Centro de Cundinamarca, Colombia. *Biomédica*. 2015; 35(3):314-24. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v35i3.2398>.
20. World Health Organization Collaborative Cross-National Survey. Health Behaviour in School-aged Children, HBSC, 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2019 Jun 8]. <https://bityl.co/ArtQ>.
21. Castillo-Arcos LC, Alvarez-Aguirre A, Bañuelos-Barrera Y, Valle-Solis MO, Valdez-Montero C, Kantún-Marín MA. Age, gender and resilience in sexual risk behavior of STI among adolescents in Southern Mexico. *Enferm Glob*. 2017;45:178-87. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.234921>.
22. Profamilia, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia 2015. Tomo II [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2016 [cited 2019 Jun 8]. <https://bityl.co/ArtZ>.
23. González JC. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2009; 11(1):14-26. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642009000100003>.
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia 2016 [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2016 [cited 2019 Jun 8]. <https://bityl.co/Artc>.
25. Manrique-abril FG, Ospina JM. Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja, Colombia, 2009. *Rev. Salud Pública* [Internet]. 2011 [cited 2019 Jun 8];13(1):89-101. <https://bityl.co/AvRr>.
26. Contreras Álvarez, Angela Paola. El fenómeno de bullying en Colombia. *Revista logos ciencia & tecnología* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 8];4(2): 100-14. <https://bityl.co/AvS9>.
27. González-Quiñones JC, De La Hoz-Restrepo F. Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá. *Rev. Salud Pública* [Internet]. 2011 [cited 2019 Jun 8]; 13(1):67-78. <https://bityl.co/AvSE>.
28. Mancha Torres GL, Ayala Gaytan EA. Factores de riesgo asociados a la conducta violenta de los jóvenes en México. *Desarro. Soc*. 2018; 81:171-210. <https://doi.org/10.13043/dys.81.5>.
29. Correa-Bautista JE, Ramírez-Vélez MCR, Schmidt-RioValle J, Meneeses-Echávez JF, Correa Bautista J, Correa-Rodriguez M, et al. Nivel y estado nutricional en niños y adolescentes de Bogotá, Colombia. *Estudio FUPRECOL. Nutr Hosp*. 2016; 33(4):915-22. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.392>.
30. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. 2010 [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2019 Jun 9]. <https://bityl.co/Arti>.
31. Piñeros M, Pardo C. Actividad física en adolescentes de cinco ciudades colombianas: Resultados de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. [Internet]. 2010 [cited 2019 Jun 9]; 12(6):903-14. <https://bityl.co/Artp>.